

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA  
FACULTAT DE MEDICINA  
Departament d'Història de la Ciència i Documentació



**Organización sanitaria y de la higiene pública en la  
provincia de Valencia (1854-1936)**

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:

Carmen Barona Vilar

DIRIGIDA POR:

Dr. Josep Lluís Barona Vilar

Valencia, 2002




Josep Lluís Barona Vilar, catedrático de Història de la Ciència de la Universitat de València,

CERTIFICO:

Que Carmen Barona Vilar ha realizado bajo mi dirección su memoria de tesis doctoral titulada “Organización sanitaria y de la higiene pública en la provincia de Valencia (1854-1936)”.

Lo que certifico en Valencia, a dos de septiembre de dos mil dos

A handwritten signature in black ink, consisting of several fluid, connected strokes. The signature is slanted to the right and appears to be a stylized representation of the name Josep Lluís Barona Vilar.

Firmado: Josep Lluís Barona Vilar



Quiero mostrar mi agradecimiento a todas aquellas personas que de alguna manera han contribuido a que este proyecto se hiciera realidad y especialmente:

A Ana Fullana y Eduardo Plá, de la Dirección General de Salud Pública, por su apoyo incondicional como compañeros y especialmente en la etapa de recogida de datos de archivo.

A Ferran Martínez Navarro, del Instituto de Salud Carlos III, por su enorme accesibilidad y el valioso interés de la documentación que me aportó.

A Joan Micó, del Departament d'Història de la Ciència i Documentació, por la acertada orientación que me proporcionó para realizar el análisis de la beneficencia provincial.

A todos los participantes en les *Trobades sobre Salut i Malaltia en els Municipis Valencians*, porque de la contribución individual de cada uno he podido rescatar pequeños o grandes detalles para completar este trabajo. Especialmente a Josep Bernabeu, Enrique Perdiguero y M<sup>a</sup> José Báguena que me han aportado diferentes perspectivas para estudiar la historia de la salud pública valenciana.

A mi hermano y director del presente trabajo, que ha estado siempre ahí de manera incondicional y ha sabido transmitirme su entusiasmo por la investigación.

A mis hijas y mi marido, a los que he robado tantos minutos mientras trabajaba en el ordenador.



A MANOLO, NURIA Y SANDRA





## **SUMARIO**



1.- INTRODUCCIÓN.....	15
1.1. Planteamiento y objetivos de la investigación.....	17
1.2. Material y métodos.....	20
1.3. Estructura de la exposición.....	26
2.- LA HISTORIOGRAFÍA SOBRE HISTORIA DE LA SANIDAD.....	29
3.- LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL MODELO SANITARIO ESPAÑOL (1855-1936).....	37
3.1. La construcción del marco legislativo global.....	39
3.2. Las instituciones.....	49
3.2.1. El órgano rector de la política sanitaria: entre la Dirección General de Sanidad y las Inspecciones Generales de Sanidad.....	49
3.2.2. Otras instituciones dependientes de la administración central: del Instituto Nacional de Higiene a la Escuela Nacional de Sanidad.....	56
3.2.3. Las juntas provinciales y municipales de sanidad.....	63
3.2.4. Los institutos municipales de higiene.....	69
3.2.5. Los institutos provinciales de higiene.....	71
3.3. La asistencia: del modelo de acción social de la beneficencia pública a las propuestas de intervención de la higiene social.....	75
3.4. Las líneas prioritarias de la política sanitaria.....	93
3.4.1. La sanidad exterior o marítima.....	93
3.4.2. Las prioridades en materia de higiene pública.....	103
3.4.2.1. La lucha contra las enfermedades epidémicas.....	103
3.4.2.2. Las campañas de vacunación.....	108
3.4.2.3. La higiene de los cementerios.....	113
3.4.2.4. La higiene de los alimentos.....	116
3.4.2.5. Las campañas de lucha frente a enfermedades específicas.....	119
3.4.3. El desarrollo de la estadística sanitaria.....	137

3.5. La organización profesional de la salud pública.....	140
3.5.1. Los subdelegados de sanidad.....	140
3.5.2. El cuerpo de sanidad marítima.....	145
3.5.3. El cuerpo de titulares.....	148
3.5.4. Los inspectores provinciales y municipales de sanidad.....	157
4.- LA ORGANIZACIÓN DE LA HIGIENE PÚBLICA VALENCIANA (1882-1936).....	163
4.1. Constitución y desarrollo de la sanidad municipal (1882-1916).....	169
4.1.1. Marco legislativo.....	169
4.1.2. La constitución del Cuerpo Municipal de Higiene Pública y Salubridad de Valencia.....	175
4.1.3. Las casas de socorro.....	178
4.1.4. El laboratorio químico.....	184
4.1.5. Las inspecciones sanitarias y la brigada de desinfección.....	189
4.1.6. El laboratorio bacteriológico.....	195
4.1.7. El instituto municipal de higiene.....	206
4.1.8. <i>El Boletín Sanitario Municipal</i> (1905-1913).....	209
4.2. Constitución y desarrollo de la sanidad provincial: el Instituto Provincial de Higiene de Valencia [IPHV] (1916-1936).....	212
4.2.1. El marco legislativo estatal.....	213
4.2.2. La dependencia administrativa del IPHV.....	221
4.2.3. La financiación del IPHV.....	227
4.2.4. La sede del IPHV.....	234
4.2.5. <i>El Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia</i> (1927-1936).....	237
4.2.6. La actividad desarrollada por el IPHV.....	240
4.3. Otras instituciones que conformaban la organización sanitaria provincial.....	290
4.3.1. De los dispensarios a los centros secundarios de higiene.....	290
4.3.2. Los dispensarios antivenéreos.....	296

4.3.3. Los dispensarios antituberculosos.....	314
4.3.4. Los dispensarios antitracomatosos.....	337
4.3.5. La Escuela Provincial de Puericultura de Valencia y el dispensario de higiene infantil.....	349
5.- LA ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA VALENCIANA (1854-1936).....	371
5.1. El contexto demográfico y socioeconómico de la provincia de Valencia.....	373
5.2. El modelo liberal de asistencia: la beneficencia pública.....	376
5.3. El papel del hospital provincial en el modelo asistencial (1854-1936).....	380
5.3.1. La configuración de la asistencia hospitalaria a partir de la <i>Ley de Beneficencia</i> de 1849.....	380
5.3.2. Dependencias y finalidad del hospital.....	386
5.3.3. Estructura administrativa del hospital.....	395
5.3.4. El personal sanitario del hospital.....	398
5.3.5. La actividad asistencial.....	409
5.4. El sistema asilar en el marco de la beneficencia provincial.....	426
5.4.1. La Casa de Misericordia.....	429
5.4.2. La Casa de Beneficencia.....	438
5.5. El desarrollo de la asistencia médica domiciliaria (1854-1936).....	448
5.5.1. El punto de partida: la situación de la asistencia sanitaria en los pueblos de la provincia de Valencia en 1854.....	451
5.5.2. Los sucesivos reglamentos y el resultado de su aplicación en la provincia de Valencia.....	454
5.5.3. La asistencia benéfico-sanitaria de los pueblos en 1877.....	467
5.5.4. El caso particular de la hospitalidad domiciliaria en la ciudad de Valencia.....	471
5.5.5. La asistencia benéfico-sanitaria de los pueblos en 1928: una organización consolidada.....	473
5.5.6. La profesionalización de la asistencia.....	478

6.- CONCLUSIONES.....	493
6.1. Constitución y desarrollo de la sanidad municipal (1882-1916).....	495
6.2. Constitución y desarrollo de la sanidad provincial: El Instituto Provincial de Higiene de Valencia (1916-1936).....	497
6.3. Otras instituciones que conformaban la organización sanitaria provincial.....	500
6.4. El papel del hospital provincial en el modelo asistencial (1854-1936).....	502
6.5. El sistema asilar en el marco de la beneficencia provincial (1854-1936).....	505
6.6. El desarrollo de la asistencia médica domiciliaria (1854-1936).....	506
7.- BIBLIOGRAFÍA.....	509
7.1. Fuentes históricas.....	511
7.1.1. Fuentes legislativas.....	511
7.1.2. Fuentes de archivo.....	525
7.1.3. Fuentes impresas.....	527
Publicaciones periódicas.....	527
Trabajos monográficos (impresos y manuscritos).....	528
7.2. Bibliografía secundaria.....	554
8.- ANEXO I. MATERIAL ICONOGRÁFICO.....	575
9.- ANEXO II. MATERIAL DOCUMENTAL.....	631

## **1.- INTRODUCCIÓN**





## **1.1. Planteamiento y objetivos de la investigación**

El análisis de las actividades que cada sociedad pone en marcha para intervenir sobre el proceso de salud-enfermedad de la población, permite definir el modelo sanitario que la caracteriza en un momento histórico y en un espacio concretos. Desde el enfoque de la historia social de la medicina, los sistemas de salud se consideran un elemento fundamental de la dinámica social, la resultante de una interrelación mutua entre los sistemas sanitario, social, económico y cultural, que acaban definiendo la mayor o menor eficacia de los modelos de prevención y curación de la enfermedad.

El lento establecimiento del estado liberal que tuvo lugar en España a lo largo del siglo XIX, definió un modelo de sociedad estructurado en clases sociales, que proclamaba en su ideario la igualdad de derechos de los ciudadanos. La nueva mentalidad conllevó la necesidad de iniciar nuevas fórmulas para intervenir en el proceso de salud-enfermedad, con la finalidad de proporcionar una mayor protección social frente al proceso de enfermar. De este modo, los poderes públicos comenzaron progresivamente a asumir responsabilidades en el terreno de la higiene pública y la asistencia sanitaria, que poco a poco fueron adquiriendo el cariz de actuación política, en el marco del establecimiento de lo que hoy se conoce como la administración pública sanitaria.

Las medidas colectivas de higiene promovidas por parte de los poderes públicos, dieron lugar a un importante desarrollo de la higiene pública a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del siglo XX, que se plasmó en su institucionalización a nivel municipal y provincial. A ello contribuyó de manera importante la incorporación de las modernas ciencias experimentales, así como el cambio en la percepción de los riesgos para la salud y los derechos de los ciudadanos. La asimilación del concepto de especificidad etiológica ganó terreno, como producto del desarrollo de la microbiología, e incorporó la nueva concepción del contagio animado a las ideas etiológicas de corte ambientalista y químico imperantes en la etapa anterior. Esta paulatina transformación de los conocimientos y métodos de investigación, reforzada por una mentalidad social favorable, resultaron elementos decisivos para que desde el poder político se vislumbrara la investigación

científica como un instrumento de progreso y dominación. De este modo, la asimilación de los postulados de la bacteriología y la “higiene de laboratorio” en la estructura sanitaria pública, dio pie a la creación de los primeros institutos y laboratorios de higiene.

Las crisis económicas que atravesó la sociedad española durante el último tercio del siglo XIX, agravaron las ya de por sí penosas condiciones de vida de las clases sociales más desfavorecidas, y condicionaron importantes incrementos en la morbimortalidad de determinadas enfermedades infecciosas y carenciales, directamente asociadas a las condiciones sociales desfavorables -tuberculosis, enfermedades venéreas, fiebre tifoidea, tracoma, enfermedades infantiles. Ello movió a las clases dirigentes a promover medidas de política sanitaria para garantizar una fuerza de trabajo sana, capaz de hacer frente a las crisis económicas, al tiempo que se establecían elementos de negociación y conflictos sociales con la clase obrera, que reivindicaba mejoras en las condiciones de vida y de trabajo. En este sentido, la incorporación de los principios de la medicina social determinó la necesidad de adaptar la estructura sanitaria para abordar estos problemas no sólo desde la vertiente terapéutica, sino desde una perspectiva que incorporase la profilaxis, la prevención y la educación sanitaria, dando lugar a la creación de dispensarios, encargados de dirigir las diferentes luchas sanitarias. La vinculación de los dispensarios a los institutos provinciales de higiene, constituyó el punto de partida de una estructura de salud pública, organizada en torno al ámbito territorial de la provincia, que culminó en el período de la Segunda República con la creación de dispensarios y centros secundarios de higiene en el medio rural, para poner en práctica las campañas frente a las principales enfermedades sociales.

Este importante desarrollo observado en el terreno de la higiene pública a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del siglo XX, no resultó equiparable al desarrollo de la asistencia sanitaria. El modelo de asistencia benéfico-sanitaria que implantó el liberalismo decimonónico, tenía el objetivo de establecer una política de acción social desde los poderes públicos, para combatir el desarraigo, la pobreza y la marginalidad. Una de las transformaciones que deparó el siglo XIX, precisamente fue la sustitución de la asistencia social basada en la caridad, propia del Antiguo Régimen, por el sistema de beneficencia. En la nueva sociedad liberal se

hacía incómoda la caridad como agente de acción social, y se requería que el Estado asumiese las funciones asistenciales que había dejado de atender la Iglesia, especialmente tras los procesos de desamortización impulsados por los liberales.

La beneficencia pública apostó por un modelo de organización de carácter provincial, en el cual el hospital contó con la hegemonía absoluta. Un modelo de hospital concebido más como lugar de acogida de los pobres, que como centro para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, que sólo con la llegada del siglo XX inició un cierto proceso de transformación, para dar respuesta a las expectativas que esta institución despertaba en el marco de la protección social comunitaria y ante la necesidad de implantación del modelo médico. Por su parte, la beneficencia pública domiciliaria, defendida desde las posiciones progresistas del liberalismo en un contexto municipalizador, no ocupó un lugar preponderante en el modelo de asistencia benéfico-sanitaria pública.

Estas son las coordenadas que determinan el objeto de investigación de este trabajo, cuyo objetivo principal consiste en analizar en el contexto valenciano, el desarrollo de un marco normativo sobre salud pública, asistencia sanitaria e higiene social, y su influencia en la realidad socio-sanitaria valenciana, a través de nuevas instituciones y nuevas políticas de salud. Se trata de articular la respuesta social y política que subyace en el proceso de transición sanitaria y demográfica, que de manera tan drástica transformó los patrones de vida y salud de la sociedad valenciana.

La investigación que ahora presentamos, se integra en una de las líneas principales que sigue desde hace años el Departament d'Història de la Ciència i Documentació de la Universitat de València, la cual responde a una orientación de gran auge en la historiografía médica: la que se ocupa, desde los planteamientos de la historia social, de estudiar la sanidad y los procesos de salud y enfermedad en el contexto de las sociedades modernas. Sobre su vigencia historiográfica nos ocuparemos en un capítulo posterior.

El estudio de la génesis de la organización de la higiene pública y la asistencia sanitaria valencianas, durante la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del siglo XX, viene a llenar un hueco historiográfico, puesto que los numerosos estudios monográficos sobre epidemias o políticas municipales carecían

del análisis de un contexto general previo, que sentara las bases de esos estudios monográficos más específicos y otros comparados posteriores.

## 1.2. Material y métodos

Para poder llevar a cabo el estudio del primer gran capítulo de la tesis, *La evolución histórica del modelo sanitario español*, resultó de especial interés el análisis de las disposiciones legislativas en materia sanitaria, como fiel reflejo de la ideología del legislador y de las prioridades de la política sanitaria.

El análisis de la legislación sanitaria emanada de los poderes públicos competentes, lo hemos realizado utilizando como principales fuentes la *Colección Legislativa de España* (1848-1891), edición oficial del Ministerio de Gracia y Justicia, el *Diccionario de legislación de Aranzadi* (1951) y el *Diccionario de la Administración Española* de Martínez Alcubilla (1914-1936), que comprende el texto de las diferentes disposiciones del derecho sobre cada materia y en cada edición refunde los apéndices de las anteriores y va añadiendo los textos importantes que se van generando. Junto a ello, la recopilación de Oyuelos (1895), que aborda específicamente la legislación en medicina, con comentarios sobre los diferentes componentes de la estructura sanitaria, nos ha resultado de gran interés para analizar la situación en la segunda mitad del siglo XIX.

La legislación resultó una herramienta útil para conocer hacia donde iban encaminadas las ideas de los que planteaban la política sanitaria, sin embargo esta fuente debía contrastarse con el estudio de los efectos reales de su aplicación. Con este objetivo consultamos diversas fuentes oficiales que ponían de manifiesto el importante retraso sanitario en que vivía la sociedad española de la segunda mitad del siglo XIX y que no logró remontar hasta la segunda década del siglo XX. Entre ellas nos fue de utilidad la consulta de diversas memorias y discursos elaborados por algunos de los higienistas con vinculación profesional a la administración sanitaria, y de otros técnicos extranjeros<sup>1</sup>. Además, las diferentes publicaciones oficiales que impulsó la dirección general de sanidad a partir de 1879 en forma de *Boletines*

(1879-1884; 1888-1896; 11899-1901; 1909-1912; 1916-1917) y *Anuarios* (1921-1924), que recogían una estadística demográfico-sanitaria e incorporaban algunas memorias sobre los establecimientos benéfico-sanitarios, vacunaciones, sanidad marítima, etc. La culminación de todas ellas resultó en el *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad* (1926-1931), que a partir de 1932 pasó a denominarse *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. El vaciado exhaustivo de esta publicación hasta 1936, nos ha permitido realizar una aproximación a la percepción que se tenía desde el ámbito de la salud pública y la administración sanitaria de los principales problemas de salud de la población española. La orientación de la mayor parte de los trabajos aparecidos en esta revista se fundamentaba en criterios epidemiológicos y se planteaban desde una perspectiva de la salud pública y la medicina social. Su análisis ofrece pues un fiel reflejo de la visión que tenían los profesionales con dedicación a esta rama de la medicina –epidemiólogos, higienistas, inspectores provinciales y municipales de sanidad- sobre los principales problemas de salud, al tiempo que permite vislumbrar las estrategias que proponían para abordarlos desde la estructura sanitaria pública. Así, la gestación y desarrollo de las principales campañas de lucha contra el paludismo, tracoma, tuberculosis o enfermedades venéreas, o el proceso de constitución de los primeros centros secundarios de higiene en algunos puntos de España, constituyen buenos ejemplos de ello.

Para abordar el capítulo correspondiente a *La organización de la higiene pública valenciana*, en primer lugar recurrimos a varios trabajos previos que abordaban el proceso de institucionalización de la higiene pública municipal en la capital valenciana<sup>2</sup>, en su mayoría fundamentados en fuentes del *Archivo Municipal de Valencia*. Ello resultó esencial para dimensionar la contribución de la sanidad municipal al desarrollo institucional global de la higiene pública valenciana. Por otro lado, la existencia de una publicación oficial de la institución municipal, nos ha permitido acercarnos a la realidad epidemiológica y demográfico-sanitaria que vivía una ciudad en pleno proceso de cambio y transformación. En este sentido, cabe

---

<sup>1</sup> Algunos ejemplos los encontramos en Méndez Álvaro (1853); Pulido (1902); Murillo (1909 y 1918); Martín Salazar (1913) y Hapke (1929).

<sup>2</sup> Salavert, V.; Navarro, J. (1992); Magraner, A. (1993); Canet, MA; Martínez, Valor, J (1996); Navarro, J. (1996 y 1997); Báguena, MJ. (1999 y 2000).

señalar la contribución del *Boletín Sanitario Municipal de Valencia* (1905-1913) y del *Boletín de la Estadística Municipal de Valencia* (1915-1922), al desarrollo de una estadística demográfico-sanitaria de la ciudad, como herramienta necesaria para realizar el análisis de la situación higiénico-sanitaria. De manera complementaria, también contribuyó a ello el análisis del periodismo médico valenciano de la época, a través del cual hemos podido realizar el seguimiento de todo el proceso.

La prensa médica constituye la principal fuente histórica para aportar información sobre la posición ideológica, las interpretaciones médicas del proceso de enfermar y las propuestas preventivas y terapéuticas planteadas por los médicos. Frente a cualquier otro tipo de literatura más estable, como las monografías o los libros, las revistas de medicina permiten, por su periodicidad, tomar el pulso de los médicos en torno a los problemas sanitarios de mayor relevancia y que a su vez preocupan más a la sociedad del momento. Durante el período en el que hemos centrado nuestro estudio, se publicaban en la ciudad de Valencia un buen número de revistas de nivel científico aceptable en relación con la medicina de su tiempo. Por lo general, se trataba de publicaciones que reunían los trabajos originales de la colectividad médica valenciana, al tiempo que abordaban la traducción de trabajos extranjeros y publicaban noticias sobre acontecimientos relevantes de la medicina internacional. Solían ofrecer una buena actualización de los saberes médicos y sus avances, disponiendo de buenas hemerotecas de publicaciones europeas -italianas, francesas, inglesas, alemanas...- y de las academias médicas y científicas. A continuación enunciamos las revistas consultadas.

El *Boletín del Instituto Médico Valenciano* era la revista más antigua, pues se publicaba desde mediados de los años cincuenta del ochocientos y mantuvo su vigencia hasta finales de la segunda década del siglo XX. Si bien durante el siglo XIX fue la principal revista médica valenciana, durante su última etapa decayó bastante su importancia, al constituirse otros núcleos científicos más activos. La *Crónica Médica* quizás sea la revista que en mayor medida represente al movimiento de la medicina experimental y de laboratorio en Valencia, hecho que puede estar influido por la colaboración que en ella realizaban los más destacados miembros de la Facultad de Medicina. Se publicó con carácter quincenal en los años 1877-1894, 1907-1919 y 1928-1939, aunque la última etapa fue más ocasional y carente de

continuidad. *La Medicina Valenciana* era otra de las revistas publicadas durante los años 1901-1924. Fundada por Miguel Orellana y dirigida por Ramón Gómez Ferrer, tenía carácter mensual y llevaba el subtítulo de “Periódico mensual de Medicina y Cirugía”. *La Revista de Higiene y Tuberculosis*, publicada a lo largo del período 1905-1936, fue fundada por José Chabás, quien además de encargarse de su dirección, daba entrada en su revista a un colectivo significativo y muy activo del movimiento higienista valenciano. La publicación tenía una periodicidad mensual y contenía una separata que denominaba “Boletín Mensual” o “Páginas de Higiene”. Finalmente, la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, publicada entre 1899-1920. Junto a las revistas de ciencias médicas también hemos consultado el *Boletín de la Unión Sanitaria Valenciana* (1919-1936) como publicación conjunta de las diferentes asociaciones de las clases sanitarias (médicos, veterinarios, farmacéuticos, practicantes y matronas), para tomar el pulso de las necesidades corporativas planteadas desde el colectivo sanitario.

A la hora de plantearnos analizar el desarrollo de la higiene pública en el marco provincial, la vinculación que tuvo la creación del instituto provincial de higiene a la Diputación Provincial de Valencia, nos llevó a indagar en fuentes procedentes del archivo de esta institución (A.D.P.V.). De este modo, el seguimiento de las actas realizadas en las sesiones de la comisión de sanidad de la Diputación Provincial de Valencia, nos ha permitido conocer las decisiones tomadas en momentos que resultaron claves para el instituto provincial de higiene, tales como su constitución en 1916, la creación de la brigada sanitaria en 1921 y del servicio sanitario provincial en 1925, o la pérdida de la tutela del instituto que vivió la diputación en 1931.

Sin embargo, esta fuente no resultaba lo suficientemente rica como para vislumbrar otros aspectos de interés como podían ser los recursos materiales y humanos vinculados al instituto, su financiación, emplazamiento, y sobre todo las actividades que desarrolló y su repercusión sobre la salud de la población valenciana de la época. Para ello recurrimos a otra fuente procedente del A.D.P.V. consistente en las memorias anuales que elaboraba la Diputación Provincial de Valencia, en las cuales se resumía en diferentes capítulos la actividad anual de la institución. En este sentido, hemos revisado de manera sistemática el capítulo dedicado a “Beneficencia

y Sanidad” de todas las memorias comprendidas entre 1916 y 1936. Ello nos ha permitido reconstruir la evolución de la actividad llevada a cabo por el Instituto Provincial de Higiene de Valencia y resaltar los acontecimientos e intervenciones más destacables llevados a cabo por esta institución. De manera complementaria, hemos analizado el papel que jugó en la sociedad valenciana, a través de las publicaciones aparecidas en las revistas médicas valencianas de la época que ya hemos descrito con anterioridad.

La llegada al poder del gobierno de la Segunda República desvinculó administrativamente al instituto provincial de higiene de la diputación provincial. Ello determinó que las memorias de la diputación a partir de 1931 dejaran de contener información sobre la actividad de la institución de salud pública. De este modo, para llevar a cabo la reconstrucción de la organización de la salud pública a lo largo del período republicano, recurrimos al análisis de otras dos fuentes. La primera procede del *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia*, publicación de carácter mensual dependiente del servicio sanitario provincial, que vio la luz en junio de 1927 y que, en una segunda época a partir de 1930, pasó a denominarse *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*. Su análisis nos ha desvelado las disposiciones sanitarias establecidas por el gobierno provincial, las actuaciones llevadas a cabo desde los diferentes servicios sanitarios provinciales -instituto provincial, dispensarios, brigada sanitaria, centros sanitarios rurales- la estadística demográfico-sanitaria de la provincia, a lo que se sumaron en la última etapa de su publicación artículos de divulgación sanitaria, notas y consejos relacionados con la higiene, con las distintas luchas profilácticas y, en general, con todo aquello que tuviera relación con la sanidad. En segundo lugar, nos ha resultado de gran utilidad la completa memoria dirigida por Tomás Peset Alexandre<sup>3</sup>, como inspector provincial de sanidad, correspondiente a 1933, con motivo de la inauguración de la nueva sede del Instituto Provincial de Higiene de Valencia.

Para completar nuestro análisis del modelo sanitario valenciano, hemos abordado un tercer capítulo dedicado a *La organización de la asistencia sanitaria*. El importante peso concedido a la administración provincial en la tutela del modelo de

---

<sup>3</sup> Peset Alexandre, T. (1933g); Barona, C. (2002).



beneficencia, nos ha llevado de nuevo a investigar en el A.D.P.V. con la finalidad de vislumbrar cuales fueron las instituciones sobre las que recayó el peso de la asistencia -hospital, asilos de beneficencia y asistencia domiciliaria- y la importancia de su actuación en la sociedad valenciana. En el caso del Hospital General de Valencia, hemos podido seguir su actividad a través del análisis de los distintos reglamentos que regularon su funcionamiento, así como de diversas memorias elaboradas sobre el establecimiento en la segunda mitad del ochocientos. El seguimiento de la actividad asistencial de la institución, sus recursos de personal, secciones en que estaba dividido y el perfil de los enfermos que asistía, lo hemos llevado a cabo analizando las memorias de la diputación en su capítulo correspondiente a “Beneficencia”, así como a través de los estadillos que recogían las estadísticas anuales del movimiento correspondiente a los tres departamentos del hospital: la enfermería, el manicomio y la inclusa.

Los asilos constituyeron otro de los referentes del sistema benéfico-asistencial del modelo liberal, con el objetivo claro de combatir la pobreza, la miseria y la incapacidad. Los dos grandes asilos de que disponía la ciudad de Valencia –las Casas de Misericordia y de Beneficencia-, con la *Ley de Beneficencia* de 1849 adquirieron el carácter de centros de ámbito provincial. La existencia en el A.D.P.V. de un apartado específico que recogía toda la documentación administrativa relativa a los establecimientos provinciales de beneficencia, nos ha permitido conocer la evolución que sufrieron estas instituciones en la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del siglo XX. El análisis de los diferentes reglamentos por los que se rigieron, su capacidad asistencial, el perfil de la población acogida por edad y sexo y en definitiva cuales fueron los principios doctrinales que regían la ideología asilar, los hemos deducido a partir de los reglamentos, memorias, expedientes generales y estadísticas del movimiento de acogidos. Ello además lo contrastamos con las memorias anuales de la diputación en su capítulo correspondiente a “Beneficencia”.

Hemos podido constatar el desarrollo de la beneficencia domiciliaria a través de la documentación existente en el A.D.P.V., como son las actas enviadas por los alcaldes de los pueblos de la provincia de Valencia a su gobernador, en su apartado destinado a “Expedientes generales de sanidad”. La evolución de la implantación de la modalidad de beneficencia domiciliaria en la provincia de Valencia resultó lenta,

tal como hemos podido comprobar a partir del análisis de los recursos de personal sanitario contratado por los municipios –médicos, cirujanos, veterinarios y farmacéuticos-, y de la comprobación de su cualificación profesional. En este sentido hemos analizado el inventario de los profesionales que ejercían en los municipios valencianos en tres períodos de tiempo diferentes. La información relativa a 1854 y 1877 procede de los registros que elaboraba el gobierno civil, a partir de los informes de los subdelegados de medicina, farmacia y veterinaria, como órgano competente en el control de la regulación del ejercicio de las profesiones sanitarias, formando parte de la documentación que conserva el apartado de “Sanidad” del A.D.P.V. En el caso de la distribución de recursos de los diferentes partidos médicos en que se hallaba dividida la provincia en 1928, su inspección provincial de sanidad la hizo pública en su órgano de difusión oficial, el *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia*. Junto a estas fuentes, el periodismo médico nos ha servido para conocer la postura de la clase médica frente a unas propuestas organizativas que no favorecían a aquellos que optaban por el desempeño de su profesión en el medio rural. Especialmente el *Boletín de la Unión Sanitaria Valenciana* (1919-1936), como órgano de difusión corporativo de las profesiones sanitarias –médicos, practicantes, matronas- se hacía eco de los importantes problemas que vivía la zona rural valenciana.

Esta combinación de fuentes documentales (véase el capítulo correspondiente de la bibliografía), fuentes legislativas y fuentes impresas (periodismo, memorias, anuarios, etc...), nos ha permitido desarrollar una perspectiva transversal y dinámica, entre lo legislativo y lo cotidiano, entre el marco normativo y la realidad social. La importancia relativa de cada una de las fuentes, no hace falta decirlo, ha sido diferente en cada caso y de su análisis hemos intentado ofrecer una visión plural e integradora de la sanidad valenciana y de los problemas de salud de la población durante la época estudiada.

### **1.3. Estructura de la exposición**

Tras llevar a cabo la tarea de reconstrucción histórica y del estudio de los materiales obtenidos acerca del modelo sanitario valenciano en la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del siglo XX, hemos dividido la tesis en siete apartados. El

primero de ellos, este en el que estamos, aporta una introducción al interés del tema objeto de la investigación y a la orientación metodológica que lo ha guiado. El segundo apartado estará dedicado a analizar la actualidad historiográfica de los estudios históricos sobre la sanidad y la salud pública, especialmente en el período que nos ocupa. Para poder comprender las características del modelo sanitario desarrollado en la provincia de Valencia, resultaba necesario contextualizarlo en el marco general de un modelo que emanaba del poder central del Estado, y ese fue el propósito del tercer capítulo, en el cual abordaremos el estudio de la evolución histórica del modelo sanitario español entre 1855 y 1936. El cuarto capítulo analizará la organización de la higiene pública valenciana (1882-1936) en su doble vertiente municipal y provincial, valorando el papel que jugaron las diferentes instituciones implicadas y las políticas de salud que desarrollaron. Para completar nuestro análisis del modelo sanitario valenciano, el quinto capítulo estará dedicado a analizar la organización de la asistencia sanitaria (1854-1936), a través de sus tres ejes de apoyo: el hospital provincial, los grandes asilos de la beneficencia provincial y la asistencia pública domiciliaria. La tesis finaliza con el preceptivo capítulo de conclusiones. La investigación incluye en su parte final un apartado de bibliografía, que recoge tanto las fuentes documentales como impresas que hemos utilizado, así como la bibliografía secundaria más relevante sobre el tema.



## **2.- LA HISTORIOGRAFÍA SOBRE HISTORIA DE LA SANIDAD**



Los estudios históricos sobre la medicina, la salud y la enfermedad, han atravesado diversas tendencias y orientaciones a lo largo del siglo XX. Frente a la tradicional erudición bio-bibliográfica característica de la concepción más clásica vigente durante la segunda mitad del siglo XIX, se desarrolló a mediados del siglo XX una tradición filológica, de lectura y análisis de los textos clásicos, vinculada a la llamada historia de las ideas científicas o del pensamiento médico. Sin duda, la figura más destacada de dicha corriente en nuestro país ha sido Pedro Laín Entralgo. Erudición bio-bibliográfica e historia de las ideas llenaron buena parte de la historiografía médica, con una orientación que primaba sobre todo la historia del pensamiento médico, las etapas de evolución de la medicina y los grandes personajes que, dentro o fuera de España, habían contribuido a su desarrollo. Estas dos corrientes historiográficas fueron las predominantes en las revistas histórico-médicas especializadas y también en los congresos de historia de la medicina hasta entrada la segunda mitad del siglo XX.

Sin embargo, la influencia de la historia social y cultural marcaron una etapa de inflexión, en la que estos enfoques más tradicionales abrieron orientaciones más cercanas a la antropología y a la historia social. Con independencia de la indudable importancia del pensamiento médico y de los logros históricos de la medicina, los historiadores empezaron a resaltar que salud, enfermedad y muerte son factores de primera magnitud en la evolución de las sociedades y en la historia de los pueblos. Factores que están sujetos a una multitud de variables que van mucho más allá de la propia evolución del pensamiento médico o de las instituciones sanitarias. Consciente de esa importancia, la historiografía del último cuarto de siglo ha propiciado un fuerte desarrollo de ciertos aspectos de la historia social de la medicina, que han desplazado el tradicional peso académico de la historia intelectual o de las ideas científicas. Las concepciones sobre la salud y la enfermedad, los movimientos de renovación científica o los estudios sobre las grandes figuras o las grandes etapas de la evolución del pensamiento médico han dado paso a una mayor preocupación por otros aspectos tradicionalmente menos tomados en consideración: el enfermo como ciudadano, las manifestaciones de la enfermedad, la respuesta social y política, a las crisis demográficas provocadas por la enfermedad, o las dimensiones culturales del enfermar.

Evidentemente, un cambio de orientación de estas características implica no sólo una mentalidad diferente por parte del historiador, sino también un cambio profundo en los métodos y en las técnicas de investigación. Frente al predominio casi abrumador de una historiografía basada principalmente en el texto, en la erudición bio-bibliográfica y en el análisis internalista o intelectual de las ideas científicas a partir de la investigación filológica de impresos o manuscritos, la reciente historiografía ha procurado un mayor acercamiento a la realidad del enfermar y a sus espacios. La historia del enfermo y de la enfermedad, el análisis de los espacios de interacción entre el médico y el enfermo, reclaman un acercamiento basado no tanto en la erudición filológica y bibliográfica como en todas esas fuentes que nos informan de la vida cotidiana, del sufrimiento individual y de la trascendencia social de la enfermedad y la muerte. En este caso, son principalmente los documentos de archivo de las instituciones, las memorias personales, los informes técnicos y otros documentos clínicos o de diversa índole, poco considerados por la historiografía médico-sanitaria tradicional, los que pueden dar luz sobre estas cuestiones. Por eso, la última historiografía médica se encuentra más relacionada en su discurso y su lenguaje con la historia social y de las instituciones, la historia económica, la historia cultural, la antropología, la demografía histórica o la epidemiología histórica. Difícilmente podría hacerse de otro modo una historia de la sanidad o un análisis histórico de las poblaciones enfermas sin considerar la compleja trama de elementos y relaciones que confluyen en la dinámica interna de las sociedades. Y no hay que olvidar que las manifestaciones específicas de la enfermedad, las formas de organización sanitaria o las políticas de higiene pública son, en cada población y momento histórico, una consecuencia de todo ello.

Por todas estas razones, la historia de la salud pública, de la sanidad, de la demografía sanitaria, de las políticas de salud y de las instituciones constituyen una de las corrientes predominantes en la historiografía médica actual. A ese ámbito se han consagrado algunos de los últimos congresos internacionales de la *European Association for the History of Medicine and Public Health*, en el seno de la cual se ha creado una red específica de ámbito europeo dedicada al estudio de la salud pública, que el año pasado celebró en Ginebra un congreso internacional sobre historia de la salud infantil (2001). Algo semejante puede apuntarse con respecto a publicaciones



periódicas como la británica *Social History of Medicine* o la española *Dynamis*, que dedica la mayor parte de su espacio a trabajos o monográficos de esta orientación.

En nuestro país el auge de la historia social de la salud y la sanidad ha tenido cuatro principales núcleos de difusión en Granada, Madrid, Alicante y Valencia, que han confluído en iniciativas como los Encuentros Marcelino Pascua celebrados a lo largo de los años 1990, proyectos interuniversitarios sobre historia del paludismo en España o las políticas de salud nacionales o internacionales, entre ellas las auspiciadas por la Fundación Rockefeller, sin olvidar, una fructífera colaboración con la Asociación Española de Demografía Histórica o estudios de ámbito nacional y municipal como las sucesivas *Trobades* sobre *Salut i Malatia en els Municipis Valencians*.

Han sido varias las líneas de trabajo desarrolladas en España, que han contribuido con trabajos de historia social de la salud y la sanidad desde perspectivas diferentes. Entre ellas destacamos la que se consagra al análisis histórico del sistema sanitario español, desarrollando aspectos como el marco sanitario normativo e institucional en diferentes momentos históricos, las políticas de higiene pública y la organización médica para su desarrollo o la respuesta político-social ante situaciones de crisis epidémicas<sup>4</sup>. Otro planteamiento diferente es el que aborda el modelo de sistema sanitario adoptado en un momento histórico concreto, considerando como factores explicativos de mayor interés las posiciones de la estructura social y política en ese momento. En este sentido, el discurso ideológico y las iniciativas políticas o la capacidad de influencia de las distintas fuerzas sociales, adquieren una relevancia incuestionable<sup>5</sup>. Otra de las líneas de trabajo abiertas es la que plantea la historia de la salud y la enfermedad desde una visión próxima a la historia cultural y antropológica, tomando en especial consideración la medida en que la modificación

---

<sup>4</sup>Buen ejemplo de esta línea de trabajo resultan, entre otros, los trabajos de Rodríguez Ocaña (1987.88, 1992a, 1992b, 1994a, 1994b, 2000, 2001); Maset Campos (1998); Maset Campos; Rodríguez Ocaña; Sáez Gómez (1998); Maset Campos; Sáez Gómez; Martínez Navarro (1995); Martínez Navarro (1977, 1994); Porras Gallo (1993, 1994, 1998); Perdiguero (1997, 2001); Perdiguero; Bernabeu; Robles (1994); Bernabeu Mestre (1991b, 1992b, 1994, 2000); Bernabeu Mestre; Gascón Pérez (1995); Barona, J.L.; Barona, C. (1998); Barona; Bernabeu; Moncho (1999); Barona; Lloret (2000, 2002); Barona, C. (1999, 2000, 2002) y Barona, Martínez (1997, 2000).

<sup>5</sup> Algunas de las contribuciones que se enmarcan bajo esta perspectiva son las de Huertas García-Alejo (1993, 1994a, 1994b, 2000) y Huertas; Campos (1992); Jiménez Lucena (1997, 1998a, 1998b);

de las actitudes y creencias de la población puede suponer la conquista de mayores niveles de salud. Los estudios sobre el comportamiento de la población ante las campañas de vacunación, la medicina doméstica, las medidas de higiene o la lactancia natural son algunos ejemplos<sup>6</sup>. El desarrollo de la demografía y epidemiología históricas ha desplegado otro punto de vista en relación con la influencia que la enfermedad y la muerte presentan en la evolución de las poblaciones y los sistemas de salud. Desde esta perspectiva, la investigación de la enfermedad y sus manifestaciones representa una tarea multidisciplinar en la que los datos puramente estadísticos se han de complementar con otros de carácter cualitativo procedentes de los múltiples aspectos que integran el comportamiento humano<sup>7</sup>. Finalmente queremos destacar otra de las líneas de trabajo planteadas recientemente que toma como referencia el ámbito local en el que se desarrollan las políticas de salud, las instituciones para ponerlas en práctica, la evolución demográfica de su población y su manera de vivir los aspectos relacionados con la salud y la enfermedad. Se trata de una aproximación a la realidad de los municipios desde una perspectiva multidisciplinar, que integra la visión de historiadores, archiveros, médicos e historiadores de la medicina<sup>8</sup>.

El estudio que ahora presentamos se integra, pues, en un contexto como éste, que toma en consideración el marco histórico de la sociedad valenciana en una etapa plena de cambios sociales, económicos y políticos, sus leyes y administración, para centrarse más detenidamente en el estudio de la configuración de un modelo de organización sanitaria municipal y provincial, que puede servir de referencia a otros estudios españoles y extranjeros. El trabajo abarca una parte sustancial del período considerado por los historiadores como característico de la transición demográfica y

---

Barona, J.L. (1998b); Barona; Lloret (1998); Bernabeu; Barona (2001); Molero Mesa; Jiménez Lucena (2000) y Molero Mesa (1998).

<sup>6</sup>Citaremos a modo de ejemplo los trabajos de Perdiguero (1995, 2000) y Perdiguero; Bernabeu (1996, 1999).

<sup>7</sup> En este sentido son importantes las aportaciones de Bernabeu Mestre (1991a, 1992a, 1995); Martínez Navarro (1992); Bernabeu Mestre; Perdiguero Gil (1996); Robles González; Bernabeu Mestre; García Benavides (1996a); Robles González; García Benavides; Bernabeu Mestre (1996b); Bernabeu Mestre; Robles González (2000); Barona; Barea (1996a, 1996b) y Barona, J.L. (2000b).

<sup>8</sup>Una visión de la situación en los municipios valencianos se encuentra recopilada en diferentes monografías sobre el proceso de salud y enfermedad, el desarrollo de la higiene, la asistencia benéfico-sanitaria, y la influencia del medio ambiente sobre la salud. Barona; Micó (1996); Bernabeu;

sanitaria en nuestro país, caracterizado por un cambio en los patrones demográficos y epidemiológicos, en la evolución de la población y en los modelos de morbilidad y mortalidad, propios de sociedades de régimen demográfico tradicional. Un período de expansión social de la higiene pública, de comienzo de políticas sanitarias promovidas por el Estado, pero desarrolladas legislativamente y ejecutadas casi siempre en la esfera provincial y municipal y la aparición de una estadística demográfica y sanitaria que aportará información fidedigna de forma sistemática.

El trabajo que ahora presentamos es la consecuencia del desarrollo de una línea de investigación sobre higiene y enfermedad en la España contemporánea, que ha tenido sus principales desarrollos en la sociedad valenciana contemporánea. Se trata de una labor que se viene desarrollando durante el último decenio en el Departament d'Història de la Ciència i Documentació, de la Universitat de Valencia dirigida principalmente por los Profesores M.J. Báguena y J.L. Barona. Ha tenido diversos escenarios y dimensiones: la de seminario de estudiantes de licenciatura y doctorado, la de proyecto de investigación formalizado y también ha propiciado cuatro simposios sobre "Salut i malaltia en els municipis valencians (1813-1939)" celebrados en Forcall (1995), Benissa (1997), Alcoi (1998) y Sueca (2000), organizados con las Universidades de Valencia, Alacant y Miguel Hernández que abordaron aspectos técnicos y metodológicos, epidemiológicos, las infraestructuras sanitarias y las relaciones entre medio ambiente y salud.

El presente trabajo aspira a ocupar un lugar en ese rico contexto historiográfico que se proyecta transversalmente desde los más concretos estudios monográficos sobre la sociedad valenciana, hasta estudios de carácter internacional.

---

Espulgues; Robles (1997); Beneito; Blay; Lloret (1999b); Barona, J.L (2000a, 2002); Barona; Perdiguero (2001).



### **3.-LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL MODELO SANITARIO ESPAÑOL (1855-1936)**



### **3.1. La construcción del marco legislativo global**

A lo largo del siglo XIX, la sociedad española vivió grandes transformaciones que afectaron tanto a su sistema político, como a su estructura social. Estas transformaciones tuvieron lugar en el marco de la construcción del estado liberal, una de cuyas características más relevantes fue la sustitución de una sociedad estamental definida por el estatus, propia del Antiguo Régimen, por otra basada en las clases y dinamizada por la burguesía como grupo social emergente.

En el terreno sanitario, el siglo XIX también se constituyó en un período de importantes cambios, que en definitiva tuvieron como objetivo contribuir a una mayor protección social frente al proceso de enfermar. Una de las aportaciones más importantes de este siglo, fue la progresiva delimitación de lo que debía entrar a formar parte del terreno de lo público y, por lo tanto, quedaba englobado en la esfera del estado, frente a lo que escaparía a sus competencias y consecuentemente debía asumirse desde el sector privado. Centrándonos en el terreno de lo público, además de la mayor o menor estatalización del modelo propuesto según la opción política de cada momento, se fue perfilando de una manera progresiva el marco de actuación de las diversas administraciones del estado. Por una parte, los contenidos que debía asumir la administración periférica, representada por los municipios y diputaciones provinciales, y por el otro, los que eran responsabilidad exclusiva de la administración central, es decir del ministerio u otros órganos dependientes del gobierno central. En definitiva, se fue produciendo una progresiva asunción, y ordenación administrativa, de una serie de actuaciones en el marco de la higiene pública, que hasta ese momento habían tenido un carácter esporádico, y básicamente centrado en el fenómeno epidémico, y que de manera costosa en la segunda mitad del siglo XIX, y más intensa tras el “movimiento regeneracionista” que tuvo sus albores ya en las postrimerías del siglo, fueron adoptando el cariz de actuación política<sup>9</sup>.

Los continuos vaivenes políticos acaecidos en España a lo largo del ochocientos, se tradujeron en períodos alternos de aceleración y desaceleración del proceso de transición del Antiguo Régimen y de sus estructuras, representadas por el Protomedicato y por la Junta Suprema de Sanidad, hacia el modelo propuesto desde

---

<sup>9</sup> Díez Rodríguez, F. (1993: 13-18).

la ideología liberal. Ya en los albores del siglo, las propuestas y proyectos de las Cortes de Cádiz, integraron las primeras tentativas de este modelo, si bien la implantación del gobierno absolutista de Fernando VII en 1814, truncó la posibilidad de poner en práctica su iniciativa de elaborar el primer código sanitario español. Este intento volvió a verse frustrado durante el “Trienio Liberal”, ahora además con la participación en su elaboración de destacadas figuras, tanto por su talante progresista, como por sus aportaciones a la organización de la sanidad española<sup>10</sup>.

Hubo de acercarse el siglo a sus años centrales para poder dar a luz, de nuevo en el transcurso de un período político dominado por los progresistas, al primer texto legislativo sanitario de rango superior, la *Ley de Sanidad*, que vio la luz el 28 de noviembre de 1855. No obstante, ya en los años que precedieron a su publicación, se había ido abonando el terreno, con el Real Decreto Orgánico de Sanidad de 17 de marzo de 1847, que acabó con las estructuras sanitarias heredadas del Antiguo Régimen. Si bien, la *Ley de Sanidad* sufrió pequeñas modificaciones en años sucesivos, además de varios intentos de sustitución en los últimos años de la centuria, que permitieran adaptar su contenido a los adelantos científicos, estos intentos no llegaron a consolidar, por lo que la *Ley de Sanidad* de 1855 fue el eje alrededor del cual giró la construcción del modelo sanitario decimonónico<sup>11</sup>.

El modelo organizativo que se desarrolló a partir de la *Ley* de 1855, se basó en una centralización de la política sanitaria desde su órgano rector, representado por la Dirección General de Sanidad, en el seno del Ministerio de la Gobernación. Esta centralización se vio perpetuada a nivel provincial con la delegación en la figura de los gobernadores civiles, de la toma de decisiones sobre política sanitaria. Sin embargo, la independencia de los gobiernos provinciales en lo que se refiere a la adopción de estrategias en el terreno de la higiene pública fue muy limitada, y en cualquier caso tutelada por el gobierno central. Ni qué decir tiene, la escasa capacidad concedida al poder municipal para desarrollar iniciativas en el terreno sanitario, hecho que en más de una ocasión constituyó motivo de discrepancias, e incluso enfrentamientos entre los distintos niveles de la administración.

---

<sup>10</sup> Entre ellas destaca la de Mateo Seoane, como bien refleja la monografía que sobre este autor presenta López Piñero, J.M<sup>a</sup>. (1984: 9-26).

<sup>11</sup> Granjel, L.S. (1974: 87-136).



Dado que la ley de 1855 dedicaba escasa atención a las competencias de los ayuntamientos<sup>12</sup>, sus atribuciones no sufrieron variaciones importantes respecto a las que estableciera ya en 1813 la *Instrucción para el gobierno económico-político de las provincias*, centradas básicamente en garantizar el cumplimiento de las medidas de higiene en sus diferentes vertientes, que abarcaban la higiene urbana, encargada de la limpieza de las calles y plazas públicas, mercados, hospitales, cárceles y casas de caridad; la higiene de los alimentos mediante el control del sacrificio del ganado y la venta de carne; la higiene de los cementerios, así como el control de las aguas tanto de bebida, como de las estancadas o nocivas para la salud<sup>13</sup>. Aunque durante el período revolucionario vieron la luz una ley municipal y una provincial, ambas publicadas con fecha de 21 de octubre de 1868, su aportación no supuso novedad alguna en relación a los requerimientos de los ayuntamientos, como tampoco lo supusieron las nuevas leyes municipales y provinciales promulgadas en los años setenta<sup>14</sup>.

En el panorama organizativo propuesto en la *Ley de Sanidad* también cabe destacar la presencia de las juntas provinciales y municipales de sanidad –éstas en los pueblos con más de 1.000 almas-, presididas por el gobernador o el alcalde respectivamente, a las que se atribuía el papel de organismos consultivos, ayudando a tomar decisiones para resolver determinados problemas sanitarios centrados en la provincia o el municipio. Sin embargo, su papel fue cuestionado por algunos prestigiosos higienistas como Pedro Felipe Monlau, quien reivindicaba la profesionalización de estas instituciones, criticando el carácter honorífico de sus miembros, así como el hecho de que su presidencia la ostentasen los gobernadores y alcaldes, quienes carecían de conocimientos técnicos especializados y favorecían el ejercicio de abuso de su poder<sup>15</sup>.

Y para completar la organización sanitaria periférica, la *Ley de Sanidad* definió la figura de los subdelegados de medicina y cirugía, farmacia y veterinaria,

---

<sup>12</sup> El artículo 98 establecía que las normas higiénicas a las que debían sujetarse todas las poblaciones constituirían el objeto de un próximo reglamento a elaborar por el gobierno.

<sup>13</sup> Perdiguero, E. (1997: 21).

<sup>14</sup> Leyes Municipal y Provincial de 20 de agosto de 1870, que sufrieron modificaciones en la Ley de 16 de diciembre de 1876 y posteriormente en las de 2 de octubre de 1877.

<sup>15</sup> Monlau, P.F. (1862: 1153-1154).

también como cargos honoríficos, para apoyar a los gobernadores civiles y llevar un control del ejercicio de las profesiones sanitarias.

Si bien el panorama organizativo en lo referente a la Sanidad interior o terrestre quedaba establecido en la *Ley* de 1855 de manera escueta, tal como hemos comentado, si existe realmente un aspecto tratado y desarrollado con amplitud en ella, éste es el que hacía referencia al servicio sanitario marítimo, que abarcaba en la ley los capítulos IV al X y los artículos 12 al 51, constituyendo un fiel reflejo del énfasis en la protección de las fronteras marítimas como estrategia para prevenir la entrada y propagación de enfermedades epidémicas procedentes de otros países. En estos 40 artículos dedicados al servicio sanitario marítimo, se establecía la necesidad de crear la figura de los directores especiales de sanidad marítima, como responsables de las estaciones sanitarias de los puertos -éstos quedaban clasificados en tres categorías de acuerdo con su importancia mercantil y sanitaria-, aunque la dotación presupuestaria necesaria para la provisión de estos puestos no se haría efectiva hasta 1867.

La obligación de realizar desde las estaciones sanitarias de los puertos la visita de naves, los expurgos, las cuarentenas a las que debían someterse las naves con patente sucia, los tipos de lazaretos y de patentes, y los derechos sanitarios marítimos a satisfacer por los buques que llegaban a los puertos, completaban unas propuestas para los servicios de sanidad marítima cuyo desarrollo debería disponerse en un supuesto reglamento, que no llegó a publicarse hasta 1887. Esta falta de apoyo al desarrollo de las propuestas sobre sanidad marítima contenidas en la ley, fueron las responsables del generalizado mal funcionamiento y de las continuas transgresiones de las normas de control de entrada y salida de buques que se producían en la mayoría de los puertos españoles, hasta que ya casi en la última década del siglo vio la luz el *Reglamento de Sanidad Marítima*.

A la necesidad de cambio y modernización que comenzaba a hacerse patente en la sociedad española de finales del siglo XIX, bajo la influencia de los países más desarrollados de nuestro entorno europeo, se unió el cambio en los riesgos para la salud, y el concepto de especificidad etiológica ganó terreno, como producto del desarrollo de la microbiología, e incorporó la nueva concepción del contagio animado a las ideas etiológicas de corte ambientalista y químico características de la

etapa anterior. Estos cambios en la interpretación del proceso de enfermar, condujeron irremediablemente a una serie de variaciones en las estrategias para prevenir y combatir la enfermedad. La organización sanitaria y el papel de los profesionales de la salud, tampoco pudieron mantenerse al margen de estas innovaciones, y ello justificó la necesidad de crear un nuevo marco legal capaz de dar respuesta al desarrollo de una nueva administración sanitaria, minuciosamente ordenada en la *Instrucción General de Sanidad*, decretada en enero de 1904, y que a pesar de no disponer de un rango legislativo superior, su contenido y aplicación constituyeron un verdadero cambio en la orientación de la política sanitaria española, con una clara inspiración en los modelos organizativos vigentes en Francia e Italia<sup>16</sup>.

La *Instrucción de Sanidad* de 1904 no fue más que la culminación de una serie de tentativas de sustitución de la *Ley de Sanidad* de 1855, iniciadas a partir de la Restauración Borbónica de 1875, que habían resultado estériles. La primera fue el *Proyecto de Ley de Sanidad* de 1882, que no llegó a consolidar por los sucesivos cambios ministeriales coincidentes con su tramitación, y que dejó transcurrir doce años hasta dar paso a un segundo intento de sustitución de la *Ley de Sanidad*, con el *Proyecto de Ley de Bases* de 1894, el cual a pesar de haber obtenido la aprobación por el Senado no llegaría a obtener luz verde en el congreso. Ello se debió en parte al incremento presupuestario que llevaba implícita la nueva propuesta legislativa, y el tercer intento frustrado se produjo en 1899 con la presentación ante el senado de un nuevo *Proyecto de Ley de bases de Sanidad*, defendido por Ángel Pulido y Fernández-Caro, y que siguió la misma suerte que el anterior<sup>17</sup>. Ante estos antecedentes y con la finalidad de evitar un nuevo fracaso, la *Instrucción General de Sanidad* no fue tramitada como una ley sometida a aprobación parlamentaria, sino que entró en vigor como un decreto-ley, que aunque pretendidamente debía tener carácter provisional, la realidad fue que mantuvo su vigencia hasta 1944<sup>18</sup>.

El modelo por ella propuesto definió tres componentes en la nueva estructura administrativa. En primer lugar, el nivel ejecutivo lo integraba el Ministerio de la

---

<sup>16</sup> Sobre el desarrollo normativo y las distintas etapas que dieron pie a la formación y consolidación de la salud pública en las primeras décadas del siglo XX, véanse los trabajos de Perdiguero (1997), Maset (1998) y Rodríguez Ocaña (2001).

<sup>17</sup> García Caeiro (1998).

<sup>18</sup> *Ibidem*, 106-107.

Gobernación y los gobiernos civiles, como delegaciones provinciales de éste. En segundo lugar, mantuvo el nivel consultivo heredado del siglo anterior, y representado por el Real Consejo de Sanidad y las juntas de sanidad provinciales y municipales. Por último, el tercer nivel y principal aportación, fue la creación de un organismo técnico representado por las inspecciones de sanidad en cada uno de los niveles administrativos general, provincial y municipal. Hay que señalar, que la nueva propuesta organizativa diseñada por la *Instrucción General de Sanidad*, no disfrutó de inmediata efectividad, tomando todavía algún tiempo hasta llegar a hacerse efectiva<sup>19</sup>.

Vemos, por tanto, que la organización sanitaria en el período que hemos centrado nuestro trabajo -1855 a 1936-, va a pivotar sobre dos grandes textos legislativos: la *Ley de Sanidad* de 1855, y la *Instrucción General de Sanidad* de 1904. La primera, supuso la ruptura con las estructuras características del Antiguo Régimen, y la constitución de un sistema sanitario acorde con el prototipo de mentalidad liberal, basado en la asunción por el estado de determinadas actuaciones sanitarias inespecíficas, encaminadas básicamente a combatir el fenómeno epidémico, y en el terreno de la asistencia sanitaria, en el establecimiento de un régimen de beneficencia para atender a los huérfanos pobres y menesterosos, que se complementaba con el libre ejercicio de la profesión para la asistencia del resto de la población.

Esta bipolaridad en la asistencia, planteada más que como obligación, como resultado de la caridad hacia los pobres y miserables enfermos, hacia la impotencia senil y el desamparo infantil, que exigían la mano benéfica de la administración, no sufrió variación alguna a lo largo de todo el período estudiado. No ocurrió lo mismo con la orientación dada a los contenidos de la higiene pública, que sin dejar de conceder importancia a las epidemias, a partir de la *Instrucción* de 1904, vio intensificadas las acciones higiénico-sanitarias al incorporar los postulados de la bacteriología y de la “higiene de laboratorio”. A ello se sumó el creciente interés por la información sanitaria obtenida mediante la cuantificación de los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad, a través del desarrollo de la estadística

---

<sup>19</sup> Véanse los trabajos de Rodríguez Ocaña, E. (1994a) y de Martínez Navarro, J.F. (1994).

demográfica y sanitaria, elemento clave por otra parte, para el desarrollo de la higiene social. También cabe destacar, el estímulo que supuso la *Instrucción General de Sanidad* en la paulatina consolidación de la administración sanitaria periférica, tanto provincial como municipal.

A pesar de que la *Instrucción General de Sanidad* planteó una importante propuesta de modernización y descentralización en la organización sanitaria, realmente fue a partir de la segunda década del novecientos cuando comenzaron a hacerse patentes los primeros cambios organizativos, materializándose tras la publicación de los *Reglamentos de Sanidad Municipal y Provincial*<sup>20</sup> que, a pesar de haber sido gestados en plena dictadura de Primo de Ribera, representaban una importante renovación y ampliación de las atribuciones de los niveles administrativos municipal y provincial respectivamente, y por otra parte orientaban sus propuestas desde la perspectiva propia de la mentalidad higienista más avanzada del momento.

El *Reglamento de Sanidad Municipal* establecía las competencias que debían asumir los ayuntamientos en materia de higiene pública, resultando especialmente interesantes las relacionadas con el aprovisionamiento de agua potable -artículos 5º al 8º-, eliminación y tratamiento de excretas y aguas residuales -artículos 9º al 15º-, higiene de las viviendas -artículos 16º al 18º-, instalación de industrias -artículo 19º-, higiene alimentaria -artículos 20º al 24º- o prevención de infecciones y epidemias -artículos 25º al 36º-. Además asignaba a los municipios la responsabilidad de mantener a su cargo al cuerpo de inspectores municipales de sanidad, como personal técnico de la administración local, y de proporcionar asistencia médica gratuita a las familias pobres residentes en su municipio, mediante la contratación de médicos y farmacéuticos titulares, matronas o parteras para la asistencia gratuita de las embarazadas pobres y practicantes, que además de sus funciones propias, servirían de auxiliares a los inspectores municipales de sanidad<sup>21</sup>. Los contenidos de este reglamento, fueron ensalzados y observados con muy buen ojo desde los países vecinos más avanzados, tal como quedó de manifiesto en el estudio realizado por el

---

<sup>20</sup> Éstos se publicaron en los Reales Decretos-Ley de 9 de febrero y de 20 de octubre de 1925, respectivamente.

<sup>21</sup> Sección VII del *Reglamento de Sanidad Municipal* titulada “Servicios de asistencia benéfica”.

Dr. Hapke, que como funcionario médico de Prusia viajó por España durante dos meses a lo largo de 1927, resaltando entre sus observaciones la importante aportación que suponía para España la publicación de su *Reglamento de Sanidad Municipal*:

“[...] Mis estudios se refieren a España, porque este país ha cristalizado y ha sabido utilizar en un amplio Reglamento de Sanidad Municipal, todos los conocimientos de higiene reunidos y adquiridos hasta el presente por las naciones civilizadas, promulgando una ley que está a la altura de los tiempos actuales. Este Reglamento impone a los municipios una serie de obligaciones y atenciones precisas, notablemente mayor que las nuestras. Se me ocurrió, entonces, averiguar sobre el terreno si esta ley se practicaba y se cumplía ya en toda su amplitud en los pueblos y lugares señalados, o si sólo o hasta qué punto era en realidad efectiva sobre el papel [...]”<sup>22</sup>.

Las observaciones realizadas por este médico prusiano, al parecer eran un fiel reflejo de la realidad española del momento, pues se realizaron en el curso de un viaje por cuenta propia, en contra de lo que podría esperarse de un viaje oficial previamente notificado o realizado en comisión, con una cierta preparación del terreno. Él mismo afirmaba “mi objeto era sorprender, especialmente el funcionamiento diario y el trabajo cotidiano, para observar hasta donde alcanzaba en realidad la ley española, tan perfectamente concebida y redactada”<sup>23</sup>.

En el ámbito provincial, el *Reglamento de Sanidad Provincial*<sup>24</sup> venía a establecer la organización sanitaria en esta demarcación territorial, perpetuando a los gobernadores civiles como máxima autoridad sanitaria, contando con el apoyo técnico de los inspectores provinciales y de la junta provincial de sanidad, encargados de asesorar, informar, cumplir las órdenes y ejecutar los acuerdos del gobernador respecto a los servicios de sanidad e higiene. El capítulo III del reglamento –artículos 13 al 36- se dedica por completo a describir de manera exhaustiva y con detalle, la organización y funcionamiento de los institutos

---

<sup>22</sup> Hapke (1929: 7).

<sup>23</sup> *Ibidem*.

<sup>24</sup> Real Decreto-Ley de 20 de octubre de 1925.

provinciales de higiene. A continuación se ocupaba de la asistencia benéfico-sanitaria provincial, a cargo de las diputaciones, dedicando varios artículos a la necesidad de que tanto en los establecimientos benéficos como en los hospitales, se organizaran servicios de aislamiento de enfermos infecciosos y de desinfección, y en los hospitales servicio de rayos X para mejorar el diagnóstico y tratamiento del cáncer, una sala o departamento para la hospitalización de las meretrices enfermas, y una sala especial para enfermos avanzados de tuberculosis pulmonar –artículos 37 al 44-. A continuación se ocupaba de las organizaciones sanitarias de carácter social - capítulo V, que comprendía los artículos 45 al 60- entre las que hacía mención expresa a los dispensarios, orientados a luchar contra enfermedades prevalentes como la tuberculosis y las enfermedades venéreas y en aquellas regiones donde resultaran endémicos el tracoma o la lepra, también proponía la creación de dispensarios específicos para abordar estas enfermedades. La lucha contra la tuberculosis se complementaba con la creación de sanatorios antituberculosos, o en su defecto concertando estos servicios con otras provincias. Por último, la lucha contra la mortalidad infantil tuvo su expresión en la organización sanitaria en la creación de institutos de puericultura y de asistencia infantil.

Con la llegada de la Segunda República, no hicieron más que ratificarse las propuestas que venían funcionando desde 1925 en lo relativo a la sanidad municipal, e incluso se fortalecieron al alcanzar rango de ley<sup>25</sup>. Pero la principal aportación legislativa en materia sanitaria de esta etapa, fue sin duda la *Ley de Coordinación Sanitaria* de 1934, y los reglamentos de 14 de junio de 1935 para su desarrollo<sup>26</sup>, que al tiempo que creaba las mancomunidades de municipios, establecía unas normas de colaboración entre los tres niveles de la administración, central, provincial y municipal, en un intento de racionalizar los recursos tanto higiénico-sanitarios como asistenciales. La defensa de la salud como línea estratégica de actuación del gobierno republicano, se reflejó definitivamente en la creación de un ministerio de sanidad, aunque no fue hasta 1933 con Alejandro Lerroux como presidente del consejo de

---

<sup>25</sup> Decreto de 16 de junio de 1931, que recibió fuerza de ley el 15 de septiembre de 1931.

<sup>26</sup> *Reglamento económico-administrativo de las mancomunidades sanitarias provinciales, Reglamento técnico de personal y administrativo de los institutos provinciales de higiene, Reglamentos de los cuerpos de médicos municipales, inspectores farmacéuticos e inspectores veterinarios municipales, matronas y practicantes municipales.*

ministros, cuando se produjo un intento de racionalización de la organización sanitaria, haciendo depender las competencias de sanidad y beneficencia del Ministerio de Trabajo. La adscripción de la Dirección General de Sanidad a gobernación, contenía innegables reminiscencias del papel policial y represivo achacado a veces a la salud pública. Aunque la propuesta de creación de un ministerio de sanidad autónomo contó con muchos seguidores, no faltaron quienes consideraron más pertinente agrupar competencias. Finalmente se produjo una transformación de la subsecretaría de sanidad y beneficencia ubicada en el Ministerio de la Gobernación, en otra del mismo rango denominada de sanidad y previsión, que pasó a depender del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión. Un decreto de 25 de abril de 1933 estableció definitivamente la adscripción de sanidad a trabajo<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Sobre el debate que suscitó la creación de un ministerio de sanidad en la España del primer tercio del siglo XX, véanse los trabajos de Huertas, R. (1993 y 1994b).



## **3.2. Las instituciones**

### **3.2.1. El órgano rector de la política sanitaria: entre la Dirección General de Sanidad y las Inspecciones Generales de Sanidad**

La Dirección General de Sanidad se creó por Real Decreto Orgánico de Sanidad de 17 de marzo de 1847, al tiempo que se daba por finalizada la labor del órgano rector de las actuaciones sanitarias durante el siglo XVIII, la Junta Suprema de Sanidad, que no era sino un apéndice del propio Consejo de Castilla, desde el cual se habían dirigido desde 1720 las acciones sanitarias, orientadas casi exclusivamente a prevenir e impedir la importación de enfermedades infecciosas de carácter epidémico y a combatir los focos ya existentes. Las actividades de la junta, que no tenía asignación presupuestaria específica y cuyos miembros no percibían remuneración alguna, tuvieron un carácter puramente administrativo, basado en centralizar la información sobre el lugar y momento de aparición de estas enfermedades, para posteriormente dictar normas totalmente inespecíficas del tipo de las cuarentenas, aislamientos y cordones sanitarios. Por otro lado, su composición a cargo de algunos de los ministros del Consejo de Castilla, con ausencia de médicos en su seno, le obligaba a recurrir al Protomedicato cuando necesitaba asesoramiento técnico de los profesionales<sup>28</sup>.

Inspirándose en la Ley de Sanidad de Inglaterra de 1848, la *Ley de Sanidad* española de 1855 también apostó por mantener la Dirección General de Sanidad, como una estructura pública estable capaz de atender los asuntos sanitarios que se ubicó en el Ministerio de la Gobernación, por considerar asunto de orden público el problema de las epidemias, principal problema sanitario y social del momento. El artículo 1º de la *Ley de Sanidad* de 1855, al reafirmar el carácter centralizador de los gobiernos isabelinos, concedió a la Dirección General de Sanidad la potestad de dirigir la política sanitaria del país, teniendo en todo momento una doble perspectiva a la hora de plantear sus diferentes líneas de actuación en lo que se refiere estrictamente al campo de la salud pública –excluyendo las propiamente médico-asistenciales-, mediante el desarrollo de actuaciones diferenciadas en lo que se

---

<sup>28</sup> Véanse los trabajos de Rodríguez Ocaña, E. (1987-88) y Peset, J.L.; Peset, M. (1972).

denominó sanidad exterior ó marítima y sanidad interior o terrestre. Esta doble vertiente de actuación, se mantuvo prácticamente inalterada en las diferentes propuestas y cambios de denominación de las estructuras administrativas centrales, aunque no de una manera equilibrada, pues el modelo propuesto desde la *Ley de Sanidad* de 1855 apostaba por conceder un mayor peso a los aspectos relacionados con la sanidad marítima respecto a la terrestre. Se entiende fácilmente que el control de las fronteras marítimas se convirtiera en una herramienta prioritaria para prevenir la importación de enfermedades epidémicas. Este desequilibrio se reflejó muy bien en la estructura de la Dirección General de Sanidad, definida por el *Reglamento para el régimen interior del Ministerio de la Gobernación* de 26 de febrero de 1889, en el que la Dirección General de Beneficencia y Sanidad quedaba dividida en tres secciones, dos de ellas dedicadas a la beneficencia general y particular, y la tercera se dividía en un negociado para los temas de sanidad terrestre, y otro para los de sanidad marítima. Los aspectos que abarcaba cada una de estos negociados eran:

“[...] Negociado 2º: Sanidad marítima: Formación de los presupuestos- Creación y supresión de direcciones de sanidad de los puertos y lazaretos sucios- Servicio farmacéutico en las mismas- Impresiones- Visitas de inspección a las direcciones de sanidad de los puertos y lazaretos sucios- Formación de los estados anuales de los movimientos de buques y recaudación de derechos- Partes sanitarios del extranjero- Declaraciones de puertos sucios, de observación o sospechosos- Consultas de las autoridades- Cuerpo diplomático y consular, y pormenores sobre tratamiento sanitario de buques- Declaraciones del comercio y de los representantes extranjeros- Recomposición o construcción de casetas, botes o falúas- Gastos de escritorio de las direcciones de sanidad de los puertos y lazaretos sucios- Obras, gastos, imprevistos y extraordinarios- Indeterminado de sanidad marítima- Personal de sanidad marítima y sus incidencias- Recopilación de la legislación española y extranjera sobre sanidad marítima.

Negociado 1º: Sanidad terrestre: Higiene pública- Vacuna- Nuevos remedios- Epidemias- Epizootias- Cementerios- Inhumaciones,

exhumaciones y traslación de cadáveres- Asuntos generales de baños y aguas minerales- Estadística balnearia- Juntas municipales y provinciales de sanidad- Subdelegados- Inspectores de carnes- Inspectores de géneros medicinales [...]”.

La supresión temporal de la Dirección General de Sanidad, por Real Orden de 20 de diciembre de 1892, por razones de economía en el presupuesto, determinó que la sección de sanidad pasase a depender directamente de la Subsecretaría del Ministerio de Gobernación, aunque sin afectar a los cometidos que venía desempeñando<sup>29</sup>. Hubo de llegar el verano de 1899, para que esta institución volviese a recuperar el rango de dirección general, hecho que se vio forzado por el desafío de la peste en el vecino Portugal y la mala imagen que España presentaba en relación con la falta de atención a la salubridad y la higiene pública, situación que la colocó en el punto de mira de los demás países europeos. Así fue como Francisco Silvela, que accedió al poder para liquidar los rescoldos de la guerra colonial e iniciar una política de reconstrucción, se percató de la responsabilidad contraída y del peligro que se cernía, delegando en el ministro Eduardo Dato la responsabilidad de evitar la invasión epidémica. Éste creó entonces la Dirección General de Sanidad, a cuyo frente situó al higienista Carlos María Cortezo, cuyo paso por la administración central dejaría una importante huella, no sólo por la constitución de dos inspecciones generales de fronteras como medida inmediata para afrontar la amenaza epidémica, situando a su cargo a Ángel Pulido y Amalio Gimeno, sino porque además fue el inspirador de la reforma sanitaria que unos años más tarde quedaría plasmada en la *Instrucción General de Sanidad*.

Efectivamente, Cortezo fue nombrado director por Real Decreto de 15 de agosto de 1899 y cesado el 5 de enero de 1900, pero dos años más tarde volvió a la Dirección General de Sanidad desde el 7 de diciembre de 1902 al 12 de enero de 1904 -esta vez siendo ministro de gobernación Maura-, año en que se promulgó la *Instrucción de Sanidad*, en la que él mismo apostó por suprimir el cargo que desempeñaba, para sustituirlo por dos inspecciones generales de sanidad, a las que les concedía un carácter eminentemente técnico. La finalidad no era otra que evitar

---

<sup>29</sup> Oyuelos, R. (1895).

los continuos cambios de titular en un órgano rector sometido a las constantes influencias del juego político. En sólo cinco años, desde la creación de la Dirección General de Sanidad en 1899 hasta la promulgación de la *Instrucción de Sanidad* en 1904, desempeñaron este cargo cuatro titulares, ya que la obra de Cortezo fue continuada por Francisco Cortejarana, que tomó posesión el 5 de enero de 1900 siendo ministro Dato, y dimitió el 10 de marzo de 1901, siendo ministro Segismundo Moret<sup>30</sup>. Éste apostó por Ángel Pulido para cubrir la vacante durante un período que no superó los dos años<sup>31</sup>, pues, como ya se ha comentado, la llegada de Maura al Ministerio de Gobernación supuso de nuevo el acceso de Cortezo a la Dirección General.

En la nueva estructura organizativa que se planteó en 1904, la Inspección General de Sanidad Exterior asumió la dirección de todos los servicios de puertos, aduanas, importación y exportación de ganados y mercancías, vigilancia sanitaria de transportes, estadística sanitaria, cooperación sanitaria internacional y cuanto atañese a la relación sanitaria con países extranjeros. A la Inspección General de Sanidad Interior correspondía velar por todos los servicios de higiene general, municipal y provincial, la vacunación e inoculaciones preventivas, personal y establecimientos de aguas minerales, cementerios y policía mortuoria, así como la vigilancia de la asistencia médica tanto a nivel domiciliario como hospitalario, y de instituciones benéficas.

En un primer momento ambos cargos fueron ocupados por Manuel Alonso Sañudo y Eloy Bejarano, respectivamente. A la muerte del primero, el cargo de inspector de sanidad exterior fue ocupado por Manuel Martín Salazar, quien más tarde asumió la única dirección resultante de la fusión temporal de ambas inspecciones generales por Real Decreto de 31 de mayo de 1916, hasta que los servicios de la administración sanitaria central sufrieron una nueva división en 1919, quedando estructurados en tres subinspecciones, de interior, exterior e instituciones sanitarias -que ocuparon Leonardo Rodrigo Lavín, Manuel Romero y Francisco

---

<sup>30</sup> En el *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad* aparecen dos trabajos en los que se habla de la aportación realizada por Cortezo y en los que se considera que la creación de la Dirección General en 1899, fue el primer paso para la incorporación de España a la ruta marcada en materia de higiene pública por Alemania, Inglaterra, EEUU, Francia, Italia y Escandinavia. Dirección General de Sanidad (1929b y 1929c).

Murillo respectivamente-. A ellas se añadió un cuarta, administrativa, al promulgarse su reglamento el 27 de julio de 1920. Esta situación duró hasta febrero de 1922, en que de nuevo se creó la Dirección General de Sanidad y las subinspecciones se transformaron en inspecciones generales, y algo más tarde en subdirecciones generales, manteniendo sus competencias de manera invariable tanto a lo largo de la Dictadura de Primo de Rivera como con el gobierno provisional republicano. Durante la etapa de la dictadura, estuvo al frente de la Dirección General de Sanidad Francisco Murillo Palacios, que ya en 1909 se había hecho cargo de la sanidad exterior y más tarde de la Inspección General de Instituciones Sanitarias, experiencia que seguramente le resultó de gran valor en esta nueva etapa, en la que se gestaron los *Reglamentos de Sanidad Municipal y Provincial* en 1925, primer impulso importante para el desarrollo de la sanidad periférica. También favoreció la constitución de la Asociación Nacional de Médicos Titulares en 1926 y fue obra suya la creación de la Escuela Nacional de Puericultura y del Servicio Epidemiológico Central, ambos en 1927, así como el inicio de la lucha contra el tracoma y la potenciación de las ya iniciadas luchas contra el paludismo, la tuberculosis, la lepra y las enfermedades venéreas<sup>32</sup>. Durante la Segunda República se produjeron numerosos cambios estructurales centrales, de manera que la Dirección General de Sanidad sufrió variaciones de ubicación entre los ministerios de gobernación y trabajo, hasta que en 1934 se creó el Ministerio de Sanidad, unido a los de Trabajo y Previsión y que en 1935 pasó a denominarse de Justicia, Trabajo y Sanidad.

---

<sup>31</sup> García Guerra, D.; Álvarez Antuña, V. (1994).

<sup>32</sup> Murillo también fue el fundador del *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, desde cuyas páginas se rendía un homenaje a su obra y se recordaba cual era el panorama sanitario español cuando llegó a la Dirección General. Dirección General de Sanidad (1930c).

Sin duda merece la pena destacar durante esta etapa la labor realizada por Marcelino Pascua, quien a partir del 15 de abril de 1931 sustituyó a José Antonio Palanca al frente de la Dirección General de Sanidad, para poner en marcha una importante labor de reforma de la sanidad española, apostando por la descentralización de la estructura administrativa y la potenciación de la sanidad local –potenció los institutos provinciales de higiene y creó una red de centros secundarios de higiene en el ámbito municipal- para llevar a cabo un programa que centraba sus principales esfuerzos en potenciar la salud materno-infantil, elevar el nivel de educación sanitaria de la población, garantizar una adecuada higiene de la alimentación, intensificar la lucha antituberculosa y antivenérea y organizar la lucha antitracomatosa. Sin duda para llevar a cabo tan ambicioso programa, contó con un nutrido grupo de colaboradores, que en muchos casos tenían vinculación a la Escuela Nacional de Sanidad y a la Rockefeller Foundation, como es el caso de Julio Bravo, Román García Durán, o Sadí de Buen<sup>33</sup>.

Los importantes y sucesivos cambios en la estructura administrativa del órgano rector acaecidos fundamentalmente a partir de la segunda década del siglo XX, implicaron cambios de denominación y creación de nuevos servicios que hicieron crecer y consolidar la administración sanitaria central. Además, la incorporación de los avances científicos aportados desde los postulados de la higiene y desde la mentalidad etiopatogénica, convirtieron esta etapa en el punto de inflexión a partir del cual el lugar preferente en la política sanitaria española pasó a ocuparlo el interés y la preocupación por el estado habitual de la salud pública, frente a la preocupación por la amenaza externa que resultó la idea dominante en la mentalidad de quienes tomaban la iniciativa en materia de política sanitaria en épocas precedentes. En este sentido, es necesario destacar la influencia no sólo de los que ostentaron cargos de responsabilidad en la administración pública central, como los ya mencionados Cortezo, Pulido, Alonso Sañudo, Martín Salazar, Amalio Gimeno, Francisco Murillo o Marcelino Pascua y Eloy Bejarano, sino que además asistimos a un período de gran efervescencia del “movimiento higienista”. Ello aportó una importante difusión del higienismo a través del periodismo científico, que jugó un

---

<sup>33</sup> La labor de Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad ha sido minuciosamente analizada

papel trascendental en la sensibilización de sectores sociales con influencia en la vida pública.

La progresiva incorporación de los avances científicos del momento con la aparición de nuevas vacunas y perfeccionamiento de las ya existentes, impulso de las medidas de profilaxis y desinfección, desarrollo de la estadística sanitaria y su aplicación al análisis epidemiológico de los problemas de salud, etc., impulsó la organización de la estructura sanitaria hacia un proceso de irremediable modernización, que se tradujo en la creación de institutos municipales y provinciales de higiene, dispensarios específicos para la lucha contra las enfermedades prevalentes, etc y que en definitiva fueron el origen de la constitución de una administración sanitaria periférica capaz de impulsar el desarrollo de una política sanitaria en el ámbito local.

La estructura interna del órgano rector también hubo de adaptarse a este proceso de modernización, de manera que observando el *Reglamento de la Inspección General de Sanidad* de 1920<sup>34</sup>, vemos cómo a las ya clásicas subinspecciones de sanidad exterior e interior, sumó otra denominada de institutos de higiene e instituciones sanitarias, que se perpetuó con la creación dos años después de la Dirección General de Sanidad. Ya en la etapa republicana, la Dirección General de Sanidad sufrió una nueva reorganización<sup>35</sup> con la finalidad de adaptar su estructura a las líneas estratégicas de actuación del nuevo gobierno, por medio de la creación de nuevos servicios capaces de alcanzar los objetivos incluidos dentro de las prioridades sanitarias del momento. De esta forma, la Dirección General de Sanidad quedaba estructurada en las cuatro siguientes secciones:

- Inspección General de Sanidad Interior con los siguientes servicios:  
Epidemiología general -Estadística sanitaria- Higiene de la Alimentación- Higiene Infantil- Lucha antivenérea- Higiene rural- Comisaría sanitaria- Aguas mineromedicinales- Régimen de cementerios- Higiene provincial y municipal- profesiones sanitarias-

---

por Bernabeu, J. (2000).

<sup>34</sup> Real Decreto de 27 de julio de 1920 aprobando el *Reglamento para el régimen de la Inspección General de Sanidad*.

Inspectores municipales de sanidad- Institutos provinciales de Higiene.

- Inspección General de Sanidad Exterior y comunicaciones y transportes, con los siguientes servicios: Régimen sanitario de puertos y fronteras- Higiene de la marina civil- Emigración- Higiene social de las zonas marítimas- Transporte- Sanidad internacional y colonial.
- Inspección General de Instituciones Sanitarias, con los siguientes servicios: Lucha contra la lepra- Lucha contra el paludismo- Lucha contra el tracoma- Lucha contra la tuberculosis- Higiene mental- Propaganda sanitaria- Ingeniería sanitaria- Instituto Nacional de Higiene- Hospital Nacional de enfermedades infecciosas- Instituto de farmacobiología- Instituto del cáncer- Escuela Nacional de Sanidad- Instituto de venereología- Escuela Nacional de Puericultura- Comisión de Investigaciones Sanitarias.
- Sección de contabilidad.

### **3.2.2. Otras instituciones dependientes de la administración central: del Instituto Nacional de Higiene a la Escuela Nacional de Sanidad**

Junto a la Dirección General de Sanidad se fueron constituyendo una serie de instituciones, también dependientes de la administración central del estado. Su finalidad era apoyar e impulsar algunas de las principales líneas estratégicas de actuación de la política sanitaria, tales como la elaboración y administración de vacunas, que llevó a la creación del Instituto Nacional de Vacunación en los años setenta del ochocientos, y que con el transcurso del tiempo cambió de denominación al adquirir nuevas competencias, para adaptarse a los importantes cambios científicos del momento. Este instituto, encargado de elaborar, distribuir y administrar la vacuna antivariólica, se convirtió más tarde en Instituto Nacional de Higiene, que ejerció como un importante centro de referencia del estado para apoyar y combatir los diversos focos epidémicos que pudieran hacer su aparición, utilizando los métodos

---

<sup>35</sup> Decreto de 22 de diciembre de 1933, adaptando el Reglamento de 27 de julio de 1920 a las



de desinfección y esterilización en boga, y desarrollando los conocimientos aportados por la medicina de laboratorio<sup>36</sup>.

La necesidad de difundir los nuevos conocimientos y técnicas en este campo, fueron los que determinaron que a lo largo de su andadura -entre 1894 y 1924-, el Instituto Nacional de Higiene también empezara a asumir competencias en el campo de la docencia, para formar al personal de unos institutos provinciales de higiene cada vez mas implantados. Este cometido acabó convirtiéndose en la función primordial de la Escuela Nacional de Sanidad, institución en la que quedó transformado el Instituto Nacional de Higiene a partir de 1924. A su cargo quedaba la formación de todos los sanitarios funcionarios del estado y la acreditación de los conocimientos necesarios para desempeñar los puestos de inspectores de sanidad. También la actualización de conocimientos sobre determinados problemas de salud cuyo abordaje se consideraba prioritario, no sólo para el cuerpo médico sino también para el personal de enfermería y auxiliar.

Los antecedentes del Instituto Nacional de Higiene se sitúan en el Instituto Central de Vacunación, creado por Real Decreto de 24 de julio de 1871, por el Ministerio de Fomento, pero con dependencia de la Real Academia Nacional de Medicina. El objetivo primordial de esta institución, creada a imagen y semejanza de otras ya existentes en diferentes ciudades europeas, consistió en propagar la vacunación antivariólica y erigirse en centro de referencia para los institutos y centros de vacunación de las diferentes provincias del estado español. Su cometido consistía en la fabricación y distribución de la linfa vacunal, proporcionada de manera gratuita a todas aquellas personas capaces de acreditar su condición de “pobre”, o en caso contrario, a unos precios que eran de 2,5 pesetas por una vacunación directa de la ternera de brazo a brazo, de 3 pesetas por un tubo de linfa animal o humanizada, de 2 pesetas por un cristal de características similares a la anterior y de 15 pesetas por una costra seca de ternera<sup>37</sup>.

En 1894, por Real Decreto de 23 de octubre, pasó a denominarse Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII, que aunque inicialmente mantuvo el hilo

---

necesidades derivadas de la creación de nuevos servicios y organizaciones que aquél no pudo prever.

<sup>36</sup> Porras, I. (1998).

<sup>37</sup> *Reglamento para el Instituto Central de Vacunación* publicado el 14 de septiembre de 1876.

conductor de su predecesor<sup>38</sup>, con el tiempo no centró su cometido exclusivamente en la elaboración y distribución de las vacunas, sino que intentó dar respuesta a las necesidades de la nueva mentalidad etiopatogénica con el desarrollo de la medicina de laboratorio. Sin embargo, debieron pasar algunos años para que este objetivo pudiera llevarse a efecto<sup>39</sup>, pues ello exigía la construcción de un nuevo edificio capaz de albergar las dependencias necesarias. Así, en 1912, siendo inspector general Eloy Bejarano y director del Instituto de Higiene, Santiago Ramón y Cajal, se inauguró el nuevo edificio dotado de laboratorios para albergar las secciones de análisis químico y bacteriológico, para “[...] extender sus actuales funciones a un cometido que cada día se está haciendo más necesario poner en práctica y es a saber: la verificación o contraste de sueros, vacunas y preparados medicamentosos específicos de todas clases, que hoy circulan libremente en el comercio, sin que nadie pueda responder de su preparación conveniente y de su inocuidad [...]”<sup>40</sup>. A ello se sumó la creación de una sección de epidemiología, dotada de material y personal propios, encargada de intervenir ante la presentación de cualquier brote epidémico y de estudiar su naturaleza, para establecer las medidas precisas para su extinción y, en caso necesario, desplazarse hasta aquel punto del país en el que hubiese hecho su aparición el foco epidémico, con el material transportable necesario, para estudiarlo y combatirlo lo más precozmente posible.

---

<sup>38</sup> El capítulo XV de la *Instrucción General de Sanidad* de 1904 dedicado a los laboratorios de higiene e institutos de vacunación, establecía la vinculación del Instituto Alfonso XIII a la Inspección General de Sanidad Interior, y le encomendaba la conservación de la pureza de la linfa vacuna.

<sup>39</sup> El Real Decreto de 24 de enero de 1911 disponía que el instituto debía consagrarse a los trabajos relacionados con la beneficencia y la higiene pública, y de manera especial a la vacunación contra la viruela, inoculaciones antirrábicas, preparación y expedición de vacunas, sueros y productos bacteriológicos, análisis de bebidas y alimentos, medicamentos y productos morbosos.

<sup>40</sup> *Obra sanitaria en España durante los años 1910-1912, La* (1914: 119-125).

Con el objeto de almacenar, custodiar y conservar en condiciones apropiadas el material necesario para atender los brotes epidémicos –barracas de aislamiento con su complemento de camas y mobiliario, estufas de desinfección, material de esterilización de aguas, laboratorio transportable para análisis químico- se constituyó el denominado Parque Central de Sanidad Civil, como una sección del Instituto Nacional de Higiene, y se albergó en un edificio propio, con la finalidad de servir también como centro de referencia en la enseñanza de las prácticas más modernas de desinfección y esterilización<sup>41</sup>. La asignación de presupuestos extraordinarios en 1912 para la compra de material de desinfección, hizo posible que este centro estuviese dotado desde el momento de su inauguración de los equipos de desinfección más modernos, “así están adquiridas las estufas Schmidt, Alliot, Henneberg, Averly, Hartmant, llegando el perfeccionamiento a punto tal, que existen algunas en las que los vapores de formol se recuperan por condensación”<sup>42</sup>. Del mismo modo, la dotación de esterilizadores por calor, capaces de someter al agua a 105° de temperatura tras haberla filtrado, constituyeron una de las herramientas utilizadas para potabilizar el agua, vehículo predilecto de infecciones epidémicas como el cólera o la fiebre tifoidea.

En 1919, por Real Decreto de 31 de enero, el Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII pasó a depender de la Inspección General de Instituciones Sanitarias, del mismo modo que lo hicieron los sanatorios marítimos y leproserías, así como la Brigada Sanitaria Central. Ésta última institución, por su carácter ambulante, quedaba adscrita mientras permaneciera en su sede central en Madrid, bien al Instituto de Alfonso XIII, bien al Hospital del Rey o al Parque Central, de acuerdo con las conveniencias sanitarias y según criterio de la inspección general<sup>43</sup>.

---

<sup>41</sup> Desde aquí se impartían cursos, tanto para médicos, como para maquinistas y desinfectores. Así, primero por Real Orden de 8 de marzo de 1911 y más tarde por la de 8 de octubre de 1914 se convocaron cursos de enseñanza práctica de los aparatos de desinfección en uso, para obtener el título de maquinista desinfectador.

<sup>42</sup> *Obra sanitaria en España durante los años 1910-1912, La* (1914: 125-134).

<sup>43</sup> El *Reglamento de la Brigada Sanitaria Central* se publicó en la Real Orden de 18 de noviembre de 1921, estableciendo su plantilla de personal a base de un subjefe médico y tres ayudantes médicos, un auxiliar con título de practicante, dos mecánicos y tres desinfectores, puestos todos ellos a cubrir por concurso oposición. También establecía este reglamento la dotación material con la que contaría la brigada y que básicamente estaba compuesta de dos tipos de aparatos, unos de movilización ligera que constituían la dotación fija de material de la brigada, y otros a utilizar en ocasiones puntuales, de movilización menos rápida y que se obtenían del Parque Central.

Por Real Decreto de 9 de diciembre de 1924 se creó la Escuela Nacional de Sanidad, a partir del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII y del Hospital del Rey, para dar respuesta a la reivindicación ampliamente compartida desde diversos sectores relacionados con la sanidad, de proporcionar un cierto grado de especialización al personal sanitario, en el terreno de la higiene y la salud pública. La utilización de las dos instituciones preexistentes permitirían un ahorro considerable a las autoridades sanitarias, al aportar por un lado los laboratorios apropiados para la enseñanza de la microbiología, serología, desinfección y las materias de física y química aplicadas a la higiene, y por otro un hospital para estudiar los procesos infecciosos prevalentes y la manera de abordarlos desde la perspectiva médico-social<sup>44</sup>. De esta forma, la misión atribuida a esta institución en el artículo 1º del Decreto por el que se creaba era:

1. Instruir y formar el cuerpo de funcionarios médicos dependientes de la Dirección General de Sanidad.
2. Dar la enseñanza y preparación convenientes a cada uno de los grupos auxiliares hoy reconocidos y a los que en lo sucesivo se constituyan, empezando por los practicantes, las enfermeras sanitarias, los desinfectores y el personal subalterno utilizable en la profilaxis antipalúdica y antipestosa.
3. Establecer cursos especiales de enseñanza higiénico-sanitaria para arquitectos, ingenieros, médicos libres, farmacéuticos y veterinarios.
4. Iniciar la fundación de un museo de higiene, y atenderlo y gobernarlo, por ser institución indispensable para el éxito de la escuela.
5. Difundir los principios de higiene y divulgar sus prácticas, organizando sistemáticamente la propaganda, con auxilio de las artes y recursos que la industria científica ofrece en la actualidad.

Sin embargo, esta ambiciosa propuesta inicial de objetivos hubo de adaptarse a la realidad de los presupuestos, cuya limitación hizo necesario priorizar

---

<sup>44</sup> Bernabeu, J. (1994).

inicialmente la formación de los médicos funcionarios<sup>45</sup>, de manera que la primera promoción de la escuela dio como resultado la formación de 12 alumnos para la obtención del título de “oficial sanitario” en 1925, proporción que se fue ampliando en años sucesivos. La aprobación de su reglamento en 1930<sup>46</sup>, marcó el inicio de una nueva etapa que supuso su consolidación al quedar constituida como un organismo autónomo dependiente de la Dirección General de Sanidad, bajo la dirección del catedrático de parasitología Gustavo Pittaluga. La figura de Pittaluga fue clave en el impulso adquirido por la escuela en esta etapa, en la que a la ya clásica docencia dirigida a los médicos que aspiraban a obtener el título de oficial sanitario, se sumaron otras como las de la higiene escolar, la ingeniería sanitaria, la higiene alimentaria, la formación de veterinarios y farmacéuticos o la creación y formación del cuerpo de enfermeras visitadoras. De este modo, en 1930 la escuela contaba con un nutrido grupo de profesores para hacerse cargo de un plan docente estructurado en las siguientes áreas<sup>47</sup>:

- Bacteriología, inmunología y serología, a cargo del profesor Rodríguez Illera, jefe de la sección de epidemiología del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII.
- Enfermedades infecciosas y su clínica, bajo la dirección de M. Tapia, director del Hospital del Rey.
- Parasitología y enfermedades de los países cálidos, organizada por D. Sadí de Buen, jefe de la sección de parasitología del Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII.
- Estadística sanitaria y demografía, a cargo de M. Pascua, jefe del departamento de estadística sanitaria de la Dirección General de Sanidad.
- Epidemiología general y técnica epidemiológica, cuyo encargado también era M. Pascua.

---

<sup>45</sup> Así lo reconocía el propio Director General de Sanidad, Francisco Murillo Palacios, al proponer que el primer curso de la escuela estuviese dirigido a los médicos sanitarios oficiales. *Ibíd.*, 69.

<sup>46</sup> Real Decreto de 12 de abril de 1930.

<sup>47</sup> La enseñanza y profesorado del centro docente apareció publicado en el *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*. Escuela Nacional de Sanidad (1930).

- Higiene del trabajo industrial y profesional, a cargo de A. Oller, director del Instituto de Reeducación Profesional.
- Higiene general privada y pública, cuyo responsable era el entonces director general de Sanidad, J. A. Palanca.
- Higiene escolar, organizada por L. De Hoyos Sáinz, director de la Escuela Superior de Magisterio y catedrático de higiene escolar y antropología fisiológica en la misma escuela.
- Ingeniería sanitaria e higiene urbana, a cargo de D. Lázaro Urra, profesor de ingeniería sanitaria en la Escuela de Ingenieros de Caminos.
- Medicina social y legislación sanitaria, cuyo encargado era R. García Durán, inspector general de sanidad interior.
- Administración sanitaria y sanidad internacional, organizada por F. Mestre Peón, ex inspector general de sanidad exterior y jefe del Parque Central de Sanidad.
- Museo, iconografía y propaganda y extensión de cultura sanitaria, a cargo de Víctor María Cortezo, inspector general de instituciones sanitarias y ex jefe del Parque Central de Sanidad.
- Higiene de la alimentación y de la nutrición y técnica bromatológica, sin asignación de profesores todavía.

Como resumen de la actividad docente correspondiente al curso 1931-32, la Escuela Nacional de Sanidad, a través del curso de oficiales sanitarios expidió 19 títulos, y además realizó dos cursos especiales dirigidos a ingenieros y arquitectos, un curso de parasitología y patología tropical y otro para alumnos de sexto curso de la escuela especial de ingenieros de caminos. Además participó en las pruebas de aptitud para concursar a plazas del cuerpo médico de sanidad nacional, la organización de viajes de prácticas y excursiones y el desarrollo de un ciclo de conferencias a cargo de un nutrido grupo de profesores tanto españoles como extranjeros<sup>48</sup>.

---

<sup>48</sup> Escuela Nacional de Sanidad (1933).

Antes de iniciarse la guerra civil española se produjeron nuevos cambios que afectaron a la estructura y funcionamiento de la escuela. El primero en 1932, siendo director general de sanidad Marcelino Pascua, consistió en la publicación de un nuevo reglamento<sup>49</sup> que obedecía fundamentalmente a la necesidad de realizar un ajuste presupuestario y en cierto modo supuso una merma de la autonomía que el anterior reglamento le había otorgado. El segundo cambio tuvo lugar en 1934 al constituirse el Instituto Nacional de Sanidad, quedando integrada la Escuela Nacional de Sanidad en la sección de estudios sanitarios de dicho instituto<sup>50</sup>. En definitiva, el proyecto iniciado con la constitución de la Escuela Nacional de Sanidad representó un importante progreso para la sanidad española del momento, al contribuir de manera primordial a formar adecuadamente a los profesionales que en aquellos momentos debían desempeñar las tareas propias de la salud pública en España.

### **3.2.3. Las juntas provinciales y municipales de sanidad**

Las juntas de sanidad fueron instituciones concebidas en el marco de la administración sanitaria borbónica del siglo XVIII, como estructuras dedicadas a proteger la salud de las poblaciones frente a la invasión externa de enfermedades epidémicas. La amenaza de que la peste de Marsella pudiera extenderse hasta tierras españolas, determinó que desde 1720 el Consejo de Castilla albergase una Suprema Junta de Sanidad, formada por algunos de los ministros de aquel alto organismo. Desde esta institución, emanaban de forma centralizada las recomendaciones sobre las medidas que debían adoptarse a nivel provincial y local y definía el origen sospechoso de personas y mercancías a vigilar en los puertos de mar<sup>51</sup>.

Las actividades de la Junta Suprema en el siglo XVIII quedaron restringidas a medidas exclusivamente administrativas, basadas en el control de la información de dónde y cuándo aparecían las enfermedades mortíferas. La ausencia de médicos en su seno, determinó el carácter general de las instrucciones y recomendaciones propuestas desde este organismo que, independientemente de que la amenaza fuese

---

<sup>49</sup> Decreto de 3 de junio de 1932 aprobando el *Reglamento para el funcionamiento de la Escuela Nacional de Sanidad*.

<sup>50</sup> Bernabeu, J. (1994).

de peste, fiebre amarilla o de cólera, se basaban una y otra vez en aislar a las poblaciones afectas mediante el establecimiento de cordones sanitarios y la imposición de cuarentenas.

Para completar la organización del sistema de prevención y control de las epidemias, la administración sanitaria borbónica estableció juntas en los principales puertos de mar, que actuaron desde 1720 como delegadas de la Junta Suprema. A partir de 1800, el temor a la propagación de la fiebre amarilla a las poblaciones del interior de la península, creó una situación de alarma que determinó la generalización del sistema de juntas sanitarias. Así, por Real Orden de 30 de septiembre de 1800, se estableció el mandato de formar juntas de sanidad en todas las capitales de provincia y pueblos cabeza de partido, imitando a las ya habituales de los puertos de mar. Éstas se formaban y desaparecían en función de la coyuntura epidémica, hasta que por fin obtuvieron su sanción definitiva en la *Ley de Sanidad* de 1855<sup>52</sup>.

La supresión de la Junta Suprema de Sanidad en 1847<sup>53</sup>, como cúspide de la estructura piramidal de la organización sanitaria, dio paso a la creación de la Dirección General de Sanidad como órgano ejecutivo y del Consejo de Sanidad del Reino como órgano consultivo. Pero a nivel periférico no se produjeron cambios, ya que se mantuvo la estructura jerárquica de juntas de sanidad provinciales, de cabeza de partido y municipales. El capítulo XI de la *Ley de Sanidad* de 1855 estableció la clasificación definitiva de las juntas de sanidad en provinciales y municipales. Las primeras, presididas por el gobernador civil, establecía la ley que contaran además con un diputado provincial como vicepresidente, el alcalde, el capitán del puerto en su caso, un arquitecto o ingeniero civil, dos profesores de la facultad de medicina, dos de la de farmacia y uno de la de cirugía, un veterinario y tres vecinos representantes de la propiedad, la industria y el comercio. Las juntas municipales, presididas por el alcalde, debían contar también con un profesor de medicina, otro de farmacia y otro de cirugía, un veterinario y tres vecinos.

La idea de las juntas de sanidad resultaba presumiblemente buena, pues teóricamente permitiría que aquellos en cuyas manos estaba la capacidad de tomar

---

<sup>51</sup> Peset, M. y Peset, J.L (1972: 175).

<sup>52</sup> Rodríguez Ocaña, E. (1987-88).

<sup>53</sup> Real Decreto Orgánico de Sanidad de 17 de marzo de 1847.



decisiones sobre política sanitaria -alcaldes y gobernadores civiles-, contasen con un órgano consultivo integrado por expertos en materia de sanidad, capaces de recomendar las medidas de urgencia necesarias en caso de epidemia<sup>54</sup>. Sin embargo, la efectividad real de estas instituciones parece que no resultó muy grande, a juzgar por las opiniones que de ellas se fueron emitiendo. Sobre todo se criticaba su excesiva dependencia del nivel político y la falta de autonomía y capacidad de decisión en momentos de crisis epidémicas. Además se consideraba que la existencia de juntas en todos los municipios podía ser excesiva, planteando como alternativa una reducción de su número y una garantía de su mayor nivel científico-técnico. Así fue precisamente como se pronunció la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona en el informe que emitió con fecha 14 de mayo de 1871:

“[...] La comisión no puede menos que recomendar la modificación del capítulo XI, que trata de las Juntas de Sanidad. Si éstas en las épocas normales son simples corporaciones consultivas de las autoridades, es preciso que en tiempos de epidemia gocen de existencia autónoma y tengan facultad de iniciativa y de ejecución. Refúndanse en una sola Junta la provincial y la municipal que existen en las capitales de provincia para evitar perjudiciales dualismos, déseles una organización científica que responda completamente a su objetivo y revístaseles, desde el momento que amenaza una epidemia, de facultades discrecionales, y es bien seguro que la sociedad no tendrá porqué arrepentirse de confiar sus intereses a la ciencia, que prefiere siempre prevenir el mal a combatirlo, pero que cuando llega tristemente este caso, debe ser completamente libre en su esfera de movimiento y en sus medidas de ejecución para llegar a un resultado positivo, rápido y completo [...]”<sup>55</sup>.

Las juntas de sanidad también recibieron la crítica de algunos de los más significados higienistas de la segunda mitad del siglo XIX. Méndez Álvaro

---

<sup>54</sup> Tanto las juntas provinciales como las municipales tenían una vigencia bianual. La elección de sus miembros se hacía en el mes de mayo para que comenzasen a ejercer con fecha de uno de julio del año en cuestión. Así lo establecía la Circular de la Dirección General de Beneficencia y Sanidad de 10 de octubre de 1879.

<sup>55</sup> Giné y Partagás, J. (1871: 208-213).

consideraba innecesaria y poco operativa la excesiva proliferación de estas instituciones y proponía que se estableciesen únicamente en los municipios grandes, pero concediéndoles atribuciones ejecutivas para mantener la tutela de las comisiones de salubridad establecidas en los pueblos más pequeños<sup>56</sup>. Por su parte, Monlau criticaba la condición altruista con que prestaban su servicio los miembros que componían las juntas y proponía potenciar el carácter técnico de estas instituciones mediante el nombramiento de unos inspectores de salubridad local o médicos higienistas en las capitales de provincia y en las ciudades más pobladas:

“[...] Estos cuerpos consultivos podrían prestar grandes servicios si tuviesen un jefe especial y técnico, y si sus individuos fuesen retribuidos con una leve remuneración siquiera con un módico tanto por cada sesión a que asistiese. Siendo, empero, como son puramente honoríficos y gratuitos esos cargos, y siendo los jefes y presidentes natos, de las Juntas los Gobernadores y los Alcaldes, sobre cuyos funcionarios pesan todos los ramos de la Administración pública, las Corporaciones de que se trata no dan los resultados que son de apetecer. O no hacen nada, lo cual es de doler, o hacen demasiado, pasando de Cuerpos meramente consultivos a directivos y ejecutivos, lo cual, muchas veces es todavía más de lamentar [...]”<sup>57</sup>.

En la nueva propuesta organizativa emanada de la *Instrucción General de Sanidad* de 1904, se siguió contando con la existencia de juntas provinciales -éstas coincidirían con las municipales en las capitales de provincia- y municipales. A la tradicional composición de las primeras se sumaron los inspectores provinciales de sanidad, actuando como secretarios de la junta provincial, a cuyo cargo quedaba la dirección técnica, organización y vigilancia del servicio de higiene de la prostitución en la capital respectiva. También se le atribuyó a la comisión permanente de la junta provincial de sanidad el deber de establecer un laboratorio de higiene para realizar, como mínimo, los análisis de sustancias alimenticias y con dotación de material de desinfección. Por último, también se hizo responsable a esta misma comisión de la

---

<sup>56</sup> Méndez Álvaro, F. (1853: 36).

<sup>57</sup> Monlau, P.F. (1869).

organización de un instituto de vacunación, capaz de atender las necesidades de la provincia. Respecto a las juntas municipales de sanidad, en aquellos municipios de más de 25.000 almas debían constituirse del mismo modo y tener las mismas atribuciones que las provinciales. Entre sus obligaciones también se estableció la creación de laboratorios municipales de análisis y desinfección, pero se les eximió de la constitución de institutos de vacunación.

Es posible que las críticas de las que habían sido objeto las juntas de sanidad en la segunda mitad del siglo XIX sirvieran para reorientar su papel, que al parecer adoptó un cariz más técnico a lo largo del primer tercio del siglo XX, bajo el estímulo de los nuevos preceptos legislativos que fueron definiendo el panorama organizativo municipal y provincial. Así, los *Reglamentos de Sanidad Municipal y Provincial* de 1925, también contribuyeron a definir las funciones de las juntas de sanidad. A las municipales se les atribuyó el deber de redactar un reglamento de sanidad municipal, en el cual quedaran recogidas las necesidades y condiciones especiales de su término municipal. También estaban encargadas de vigilar el estado higiénico-sanitario de la circunscripción y de proponer la medidas y reformas que considerase convenientes para mejorarlos. Las funciones de las juntas provinciales se centraron, por un lado, en apoyar, vigilar y servir de consultoras de las juntas municipales, y por otro, en velar por una adecuada organización de la higiene pública en el marco provincial. En este sentido, quedaba bajo su responsabilidad la custodia de la higiene de las vías públicas y del suministro y conducción de aguas, cuidar del cumplimiento de las disposiciones sanitarias y de protección a la infancia –defensa frente a las enfermedades evitables, mujeres embarazadas, expósitos-, así como intervenir en la organización técnica y administrativa de la profilaxis pública contra las enfermedades venéreas. La organización de las juntas provinciales en una comisión permanente y comisiones o subcomisiones especiales, fue la forma más común que adoptaron estas instituciones para su funcionamiento.

Un claro ejemplo del cometido llevado a cabo por estas instituciones, de acuerdo con lo establecido en los preceptos legislativos mencionados, lo encontramos en la elaboración del *Reglamento de Higiene para la provincia de*

*Valencia*<sup>58</sup> redactado por su junta provincial de sanidad y aprobado por el ministro de la gobernación en enero de 1926. En él se establecían con detalle exhaustivo, las principales normas de higiene pública que debían seguirse en la provincia, dirigidas a la atmósfera, el terreno, las aguas, la vía pública, las habitaciones, las construcciones, los alimentos y bebidas, las panaderías, la venta de leche, las vaquerías y cabrerías, los lavaderos y baños, las viviendas económicas para obreros, las fondas, posadas y casas de dormir, las escuelas e internados, los templos, los cafés, tabernas, casas de comidas, etc, las fábricas, establecimientos insalubres, peligrosos e incómodos, los teatros, cinematógrafos y círculos de recreo, los cementerios, la defensa contra las enfermedades contagiosas, la vacunación, las peluquerías y barberías, los ferrocarriles, la defensa de las enfermedades contagiosas de los animales y la hidrofobia. Además, cabe destacar que el contenido de todos estos epígrafes del reglamento respondían a los planteamientos más avanzados de la higiene imperantes en esos momentos. Baste para confirmar esta aseveración el análisis del capítulo IV referente al agua, al que le dedicaba 16 artículos, a través de los cuales se establecían las condiciones para la obtención de agua potable, las características que debían reunir sus conducciones y la obligatoriedad de que fuera sometida a controles bacteriológicos y químicos periódicos en los laboratorios de referencia. Se prohibía el uso como potable del agua de las balsas, pozos y aljibes, hasta que se hubiera certificado su potabilidad, y se prohibía la construcción de pozos negros, haciendo obligatorio el establecimiento del sistema de alcantarillado para el vertido de aguas residuales. Además planteaba la obligación de que todo proyecto de evacuación de aguas negras y materias residuales se completase con un sistema de depuración adecuado.

En respuesta a lo establecido por el *Reglamento de Sanidad Provincial*, la Junta Provincial de Sanidad de Valencia también se hizo cargo de la organización de un dispensario antivenéreo, para la asistencia gratuita de cuantos lo solicitaran. Manuel Aubán, Mauro Guillén y Fernando Medina fueron los médicos encargados de este dispensario, que a pesar de tener que trabajar en condiciones poco ventajosas,

---

<sup>58</sup> Siendo inspector provincial de sanidad Miguel Trallero y gobernador civil de Valencia José Álvarez, la junta provincial de sanidad aprobó el 30 de diciembre de 1925 el *Reglamento de Higiene para la Provincia de Valencia*. Reglamentos (1926a).

y en unos locales cuyas instalaciones dejaban mucho que desear, pusieron en práctica los principios terapéuticos y profilácticos que caracterizaban la función propia de los nuevos establecimientos<sup>59</sup>. La elaboración de informes relativos a problemas de salud concretos y específicos de la provincia de Valencia -fiebres tifoideas, vacunación antidiftérica, gripe...- y la sanción de la adjudicación de las plazas de médicos titulares contratados en los pueblos, completaban los cometidos de su junta provincial de sanidad.

En resumen, puede afirmarse que en la segunda mitad del siglo XIX, las juntas de sanidad fueron organismos de consulta del poder político, que actuaban fundamentalmente emitiendo informes y recomendaciones sobre todo cuando hacía su aparición un brote epidémico. Con la llegada del siglo XX, su actuación pasó de lo esporádico a mantener un cierto grado de regularidad, y con una clara tendencia a ver potenciado su perfil científico-técnico.

### **3.2.4. Los institutos municipales de higiene**

La progresiva incorporación de los postulados de la bacteriología y de la “higiene de laboratorio” que venía ya siendo una realidad desde las postrimerías del ochocientos, experimentó un importante impulso con la llegada del nuevo siglo, haciendo necesaria la creación de nuevas estructuras sanitarias de apoyo en el marco de la administración sanitaria periférica, para dar apoyo a la fuerte intensificación de las acciones higiénico-sanitarias que se vivían en estos momentos, derivadas de la nueva visión que aportaba la mentalidad etiopatogénica sobre el proceso de enfermar y de sus consecuencias terapéuticas y profilácticas<sup>60</sup>.

De este modo, los laboratorios químicos, que ya habían comenzado a constituirse a finales del siglo XIX como núcleos pioneros en el desarrollo de actuaciones higiénicas, tales como la realización de análisis químicos y bacteriológicos de las aguas y alimentos, con la llegada del nuevo siglo ampliaron progresivamente sus funciones hasta convertirse en laboratorios microbiológicos e

---

<sup>59</sup> Dispensarios antivenéreos (1931).

<sup>60</sup> El proceso de modernización científica iniciado a finales del siglo XIX en España, incorporó las ciencias experimentales, dando origen a una nueva explicación de las enfermedades transmisibles. Barona, J.L. (1992b y 2001).

institutos de higiene. La publicación de la Circular de 4 de enero de 1889, estableciendo el traspaso de competencias en materia de higiene desde los gobiernos civiles a los ayuntamientos, fue el principal motor en la constitución de los primeros laboratorios<sup>61</sup>, de manera que las principales capitales dispusieron de laboratorios químicos municipales en las postrimerías del ochocientos. Así, el Ayuntamiento de Madrid fundó en 1878 su laboratorio químico municipal, y Barcelona contó con un laboratorio municipal de microbiología desde 1886<sup>62</sup>, cuya dirección fue asignada inicialmente a Jaime Ferrán con el móvil de aplicar la vacuna antirrábica, dando pie a la constitución en 1891 del primer instituto municipal de la salud, bajo la dirección de Luis Comenge Ferrer<sup>63</sup>. Siguiendo este mismo proceso, la ciudad de Valencia también fue consolidando paulatinamente los servicios municipales de higiene desde la constitución de su laboratorio químico en 1881, al que se sumó a partir de 1894 un laboratorio bacteriológico, formando parte del cuerpo municipal de higiene, que dio paso en 1911 al instituto municipal de higiene<sup>64</sup>.

Estos ejemplos eran los que desde el órgano rector se pretendían generalizar a todas las capitales de provincia, de manera que tras la *Instrucción General de Sanidad* se volvió a publicar una disposición en 1908<sup>65</sup>, en la que se recordaba que los municipios que fuesen capitales de provincia y aquellos ayuntamientos con más de 10.000 almas deberían disponer ineludiblemente de laboratorios, y los de población menor deberían asociarse para costear entre todos un laboratorio. Sin embargo, la aplicación de estos preceptos legislativos no debió ser absoluta, pues nueve años más tarde fue necesario reiterar el cumplimiento de esta obligación en las

---

<sup>61</sup> Este mismo año también se publicaron dos Reales Órdenes de 23 de octubre y 31 de diciembre estableciendo el modo de provisión de las plazas del personal de los laboratorios químicos municipales -incluyendo el programa de las oposiciones- y resolviendo que los ingenieros químicos industriales pudiesen optar a ellas, respectivamente.

<sup>62</sup> Roca Rosell, A. (1988).

<sup>63</sup> En la génesis del Cuerpo Municipal de Sanidad jugaron un importante papel las opiniones e informes elaborados por el prestigioso catedrático de la Facultad de Medicina Juan Giné i Partagàs, claro representante de la nueva medicina “de laboratorio”. Roca Rosell, A. (1991).

<sup>64</sup> Sobre el proceso que siguió la institucionalización de la salud pública en la ciudad de Valencia, véanse los trabajos de Salavert, V.; Navarro, J. (1992), Canet, M.A.; Martínez, F.; Valor, V. (1996) y Navarro Pérez, J. (1996).

<sup>65</sup> Real Decreto de 22 de diciembre de 1908 dictando las disposiciones oportunas a fin de evitar el fraude de las sustancias alimenticias.

capitales y poblaciones importantes<sup>66</sup>, obligación que se reafirmó con la publicación del *Reglamento de Sanidad Municipal* en 1925. Su artículo 61 establecía como funciones de estos centros:

“[...] Analizar a diario o con la mayor frecuencia posible las aguas potables, y las que no siéndolo, sirvan para usos domésticos e industriales, dando cuenta inmediata al alcalde para clausurar las que resulten contaminadas o sospechosas, analizar el suelo y subsuelo, estudiando la composición, humedad, porosidad, circulación de gases y de agua, oscilaciones del agua telúrica, flora bacteriana, etc., organizar la inspección y análisis de toda clase de alimentos y bebidas; verificar el examen de productos patológicos, drogas, materias y productos industriales; organizar y cumplir los servicios de desinfección, conservando siempre en buen uso el material y aparatos que constituyan su parque, y contribuir con su actuación y sus informes a la resolución de los problemas higiénico-sanitarios de la urbe, especialmente en lo que se refiere a la eliminación de excretas y aguas residuales, higiene de vías públicas, saneamiento de edificios y terrenos, acarreo y tratamiento de basuras, policía de mercados, ferias, etc. Los servicios que presten a instancia de parte, serán retribuidos con las tasas que el ayuntamiento establezca [...]”.

Al mismo tiempo, establecía como referentes para el apoyo y el intercambio científico al Instituto Nacional de Bacteriología e Higiene, y a los correspondientes institutos provinciales.

### **3.2.5. Los institutos provinciales de higiene**

La iniciativa surgida en el ámbito municipal, relativa al desarrollo de las primeras estructuras con actividades específicas en el campo de la higiene pública se acompañó, aunque con un cierto desfase en el tiempo, del desarrollo de otras de

---

<sup>66</sup> Real Orden de 3 de octubre de 1918 disponiendo se cumplan inmediatamente las disposiciones relativas al establecimiento de laboratorios.

carácter provincial, que empezaron a prosperar a partir del segundo decenio del siglo y tomaron auge tras la aprobación en 1925 del *Reglamento de Sanidad Provincial*. Mantenido en muchos casos por las diputaciones provinciales y en otros por mancomunidades municipales, estas estructuras de carácter provincial fueron sumando importancia con el transcurso del tiempo, hasta alcanzar su mayor grado de autonomía y desarrollo en el período republicano.

Los primeros institutos provinciales de higiene se crearon en torno a los años veinte, por ejemplo Valencia contaba con esta institución desde 1916<sup>67</sup> y Alicante a partir de 1924<sup>68</sup>. A partir de 1921 se sumó una nueva iniciativa promovida desde la administración central, consistente en la creación de la Brigada Sanitaria Central en Madrid y de brigadas sanitarias en todas las capitales de provincia<sup>69</sup>. Éstas eran organizaciones ambulantes, dotadas para prestar apoyo técnico a aquellas poblaciones donde se hiciera necesario combatir las enfermedades endémicas o epidémicas. La Brigada Sanitaria Central dependía directamente del subinspector de instituciones sanitarias y actuaba apoyando la labor del Instituto Alfonso XIII, Hospital del Rey y Parque Central, dependiendo de las necesidades del momento. Su plantilla la integraban un subjefe médico y tres ayudantes médicos, un auxiliar con título de practicante, dos mecánicos y tres desinfectadores<sup>70</sup>.

La creación de brigadas sanitarias provinciales determinó que en aquellas provincias en las que ya existían institutos provinciales de higiene se vinculase su actividad a la de éstos<sup>71</sup>. Su funcionamiento se produjo en régimen de mancomunidad municipal a través de la aportación de un pequeño porcentaje del presupuesto de cada ayuntamiento, y con juntas administrativas que poseían personalidad jurídica.

---

<sup>67</sup> Barona, C. (1999).

<sup>68</sup> Perdigüero, E.; Bernabeu, J.; Robles, E. (1994).

<sup>69</sup> La Real Orden de 28 de julio de 1921 encargaba a los gobernadores la creación de brigadas sanitarias, dotadas del personal y material necesario para acudir a cualquier punto en que pudieran producirse casos de enfermedades infecciosas, o existiese riesgo de expansión epidémica.

<sup>70</sup> *Reglamento para el servicio de la Brigada Sanitaria Central*, contenido en la Real Orden de 18 de noviembre de 1921.

<sup>71</sup> Real Orden de 18 de mayo de 1922.



Con la finalidad de concretar el tanto por ciento del presupuesto municipal que estaban dispuestos los ayuntamientos a dedicar para la creación y mantenimiento de este servicio, cada gobernador debía promover una asamblea con los ayuntamientos de su provincia, de la que además habría de salir una comisión administrativa que contara como presidente y vicepresidente con el gobernador y el presidente de la diputación, respectivamente<sup>72</sup>. En la práctica, este proceso no fue inmediato ni homogéneo en las diferentes provincias que integraban el territorio español y, mientras algunas como Cáceres, Burgos o Sevilla contaron con una brigada sanitaria desde 1921, otras como Valencia, Castellón y Albacete vieron demorada su constitución a 1924, año en que muchas provincias españolas todavía no contaban con este servicio<sup>73</sup>.

Con la publicación del *Reglamento de Sanidad Provincial* en 1925, se inició una nueva etapa al quedar atribuida a las diputaciones provinciales la responsabilidad de organizar y sostener todos los servicios de carácter provincial -brigadas sanitarias y laboratorios de higiene a cargo de mancomunidades municipales- refundiendo todos estos servicios en uno que se denominaría instituto provincial de higiene, cuya dirección técnica se ponía en manos de los inspectores provinciales de sanidad<sup>74</sup>. Así, los artículos 13 al 36 del mencionado reglamento estaban dedicados a regular la constitución, dirección técnica, régimen administrativo y composición de los institutos provinciales de higiene. Tres eran las secciones mínimas con que debían contar estas instituciones, una de epidemiología y desinfección, encargada de todo lo relacionado con el diagnóstico y la profilaxis de las enfermedades infecciosas. Una segunda sección de análisis orientada hacia los estudios de carácter higiénico, incluyendo los bacteriológicos, serológicos, histológicos y clínicos, los de alimentos, bebidas, condimentos, productos industriales, drogas, medicamentos y materiales considerados peligrosos para la salud. La tercera sección o de vacunación, quedaba encargada de organizar los servicios de vacunación e inoculaciones preventivas, dando preferencia a los antirrábicos, antivariólicos y antitíficos. El reglamento también asignaba a los institutos provinciales de higiene dos tareas importantes como

---

<sup>72</sup> Real Orden. Circular de 5 de septiembre de 1921.

<sup>73</sup> Éste era el caso en el que se encontraban por ejemplo Álava, Baleares, Ciudad Real, Coruña, Murcia o Navarra. Dirección General de Sanidad (1925: 141-158).

eran, la propaganda sanitaria dirigida a la población general, y la organización de la formación continuada de los inspectores municipales de sanidad de la provincia.

Con la llegada de la Segunda República se devolvió la dependencia administrativa de los institutos provinciales de higiene a las mancomunidades municipales de los ayuntamientos de cada provincia<sup>75</sup>, régimen que se vio definitivamente consolidado con la publicación de la *Ley de bases de Coordinación Sanitaria* el 11 de julio de 1934 y del *Reglamento técnico, de personal y administrativo de los Institutos Provinciales de Higiene*<sup>76</sup>, por el que se asignaba a estas instituciones sanitarias la labor de llevar a la práctica en el ámbito provincial el programa de reconstrucción sanitaria del gobierno de la República. En él se daba prioridad a la salud materno-infantil y de la primera infancia, a la profilaxis de las enfermedades evitables y a la medicina social, entre otras. Para poder llevar a cabo este cometido, el reglamento contemplaba la dotación de los servicios técnicos necesarios en los institutos de higiene, agrupados en cinco secciones técnicas comunes a todas las provincias: epidemiología y estadística sanitaria, análisis higiénico-sanitarios, tuberculosis, higiene infantil y venéreo y lepra, a las que podrían sumarse otras secciones de carácter especializado, en función de los problemas sanitarios prevalentes de cada provincia: sección de paludismo, tracoma, higiene mental, ingeniería sanitaria, higiene industrial del trabajo, o higiene de la alimentación. Además, los centros secundarios de higiene, pasaban a depender de los institutos provinciales de higiene, con una demarcación y una población a atender que debería establecer el inspector provincial, y con unos servicios comunes integrados por la atención a la tuberculosis, higiene infantil y servicios de higiene social, y otros de carácter especializado compuestos por los servicios de paludismo y de tracoma.

---

<sup>74</sup> Perdiguero, E. (2001).

<sup>75</sup> Decreto de 31 de julio de 1931.

<sup>76</sup> Éste era uno más de los reglamentos publicados en 14 de junio de 1935 por el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, para la ejecución de la *Ley de Coordinación Sanitaria*, y al que acompañaban otros seis reglamentos más tales como el *Reglamento económico-administrativo de las mancomunidades sanitarias provinciales, los del cuerpo de inspectores farmacéuticos y veterinarios, de médicos y de practicantes de asistencia pública domiciliaria, así como de matronas titulares municipales*.

### **3.3. La asistencia: del modelo de acción social de la beneficencia pública a las propuestas de intervención de la higiene social**

El desarrollo del modelo asistencial de beneficencia, se encuentra estrechamente vinculado a la necesidad de establecer desde los poderes públicos, una política de acción social, para combatir ese fenómeno tan frecuente en España que constituía la pobreza. Si bien la herencia del Antiguo Régimen, proporcionó una parte sustancial tanto de sus instituciones de beneficencia, como de sus principios de intervención en el campo de la política asistencial, lo cierto es que la principal aportación del estado liberal, fue la progresiva delimitación de responsabilidades de los sectores público y privado en el campo de la acción social. La organización asistencial característica del Antiguo Régimen, estaba integrada por la combinación de instituciones diversas en cuanto a su dirección y dependencia, en las que se mezclaban en distintos grados las responsabilidades del municipio, la iglesia, el estado y, frecuentemente de organizaciones particulares de tipo caritativo y de representantes de los grupos sociales destacados por el privilegio y la riqueza. Una de las transformaciones que deparó el siglo XIX fue la clasificación de estas instituciones heredadas, en públicas y privadas, clasificación que en algunos casos resultó conflictiva, tal como lo fue el diseño legal dirigido a articular ambos tipos de beneficencia.

El modelo que definitivamente implantó el liberalismo decimonónico, se caracterizó por una voluntad centralizadora, que apostó por las diputaciones provinciales para desarrollar la beneficencia pública, dejando en sus manos todo lo relacionado con su planificación, financiación y administración directa. Por otro lado, las debilidades del sistema se hicieron patentes en la incapacidad de la administración central para desarrollar el campo de la beneficencia general, así como en las graves dificultades de los ayuntamientos para el desarrollo de la beneficencia municipal. Efectivamente, hasta bien entrado el siglo XIX, la beneficencia municipal padeció las consecuencias de una posición debilitada, en el marco general de un sistema que se decantó por una intensa provincialización, y de las carencias de recursos de una administración que tuvo seriamente limitada su capacidad de gasto.

La falta de unos recursos estables e independientes, obligó a sustentar la estrategia municipal en el voluntarismo caritativo o filantrópico de las gentes posibles<sup>77</sup>.

En el transcurso de la primera mitad del siglo XIX, la política en torno a la beneficencia había discurrido entre las alternativas municipalizadora y provincializadora, opciones acordes con los planteamientos liberales progresistas y moderados, respectivamente. El intento frustrado de las Cortes de Cádiz, de dar protagonismo al municipio en la organización del sistema de beneficencia, sufrió una nueva tentativa en los años del Trienio Liberal, con la publicación de una *Ley de Beneficencia* en 1822, que apostaba radicalmente por la opción municipalizadora. No obstante, el modelo definitivo implantado por el liberalismo decimonónico en España, quedó caracterizado en la *Ley de Beneficencia* de 1849, que intentaba armonizar el sistema de beneficencia con las leyes orgánicas de ayuntamientos y diputaciones de 1845, en las cuales se traslucía un modelo de fuerte centralización estatal. Sin embargo, conviene subrayar que, tanto el liberalismo progresista como el moderado, concedieron un papel muy debilitado a la administración central del Estado en la implantación de la beneficencia pública, apostando en cualquier caso por vincularla a las administraciones locales. El punto en el que ambas opciones políticas disentían, era precisamente en la clase de administración local que debía asumir el papel preponderante en esta materia. En este sentido, la política de provincialización de la beneficencia propuesta desde las posiciones moderadas del liberalismo, era la mejor manera de articular este servicio público en un marco centralizado, dada la estricta dependencia de las diputaciones provinciales de los gobiernos civiles. De esta manera, se delegaban las responsabilidades de financiación y gestión en las diputaciones provinciales –sin perder del todo el control central-, evitando el compromiso y la responsabilidad directa de la administración central del estado sobre la beneficencia pública<sup>78</sup>.

---

<sup>77</sup> Véase el trabajo de Díez Rodríguez, F. (1993) en el cual se presenta un exhaustivo análisis de los fundamentos conceptuales del modelo de beneficencia propio del Estado Liberal del siglo XIX, partiendo del modelo de beneficencia que se desarrolló en la ciudad de Valencia a lo largo de ese período histórico.

<sup>78</sup> A partir de la división provincial de España en 1833, la provincia se convirtió en un importante resorte de centralización, transformándose en la demarcación territorial en la que el gobierno central delegaba el poder, a través del gobernador civil como hombre de confianza.

La *Ley de Beneficencia* de 20 de junio de 1849 y el reglamento para su ejecución, publicado en el Real Decreto de 14 de mayo de 1852, clasificaron este tipo de establecimientos en privados y públicos, y a su vez éstos últimos podrían ser generales, provinciales y municipales. Como establecimientos generales de beneficencia se incluyeron los destinados a prestar asistencia a los locos, sordomudos, ciegos, impedidos y decrépitos. Se definieron como establecimientos provinciales de beneficencia “todos aquellos que tienen por objeto el alivio de la humanidad doliente en enfermedades comunes, la admisión de menesterosos incapaces de un trabajo personal que sea suficiente para proveer a su subsistencia, el amparo y la educación, hasta el punto que puedan vivir por sí propios, de los que carecen de la protección de su familia”<sup>79</sup>, e incluyó en este grupo a los hospitales de enfermos, las casas de misericordia, las de maternidad y expósitos y las de huérfanos y desamparados. Por último, a los establecimientos municipales de beneficencia se les atribuyó el papel de socorrer las enfermedades accidentales, trasladar a los pobres residentes en su municipio a los establecimientos provinciales, y proporcionarles atención en su hogar para el alivio de sus dolencias. A tal fin clasificó en esta modalidad asistencial a las casas de refugio y hospitalidad pasajera y a la beneficencia domiciliaria.

Vemos pues, que el modelo de asistencia benéfico-sanitaria liberal, desarrollado en España a partir de las transformaciones que ocurrieron a mitad del siglo XIX, se planteó la prestación de una asistencia a cargo del Estado, dirigida exclusivamente a los pobres, bajo la idea de que el Estado debía intervenir directamente tendiendo su mano protectora y caritativa a la infancia huérfana o abandonada, a la vejez desvalida y al pobre desamparado, que al enfermar dejaba de ganarse honradamente con el trabajo su propio sustento, de manera que mediante esta intervención el pobre vería restablecida su salud y volvería a ser productivo para sí y la sociedad.

La Beneficencia pública sanitaria del ochocientos se planteó bajo una doble vertiente, la de los establecimientos de régimen cerrado, representados por los hospitales, y la de la llamada beneficencia u hospitalidad domiciliaria. A ellos se

---

<sup>79</sup> Artículo 3º del reglamento de 1852 para la ejecución de la *Ley de Beneficencia* de 1849.

unió un tercer soporte constituido por el sistema asilar, para el acogimiento de pobres con condiciones objetivas de pauperización -infancia desvalida, disminuidos físicos, vejez y viudedad- y para el encierro de mendigos y pobres “falsos” en general.

La polémica y el debate en torno a la conveniencia de hacer pivotar la beneficencia sanitaria en la asistencia hospitalaria versus en la domiciliaria, fue una herencia de los círculos reformistas de la segunda mitad del setecientos, que perduró a lo largo del siglo XIX. No obstante, es necesario apuntar que el triunfo finalmente recayó en el modelo que potenciaba la hegemonía de los hospitales y que respondía a la propuesta provincializadora más conservadora de la corriente liberal. La intención de limitar la hegemonía de los grandes establecimientos, únicamente fue clara en el modelo liberal de talante progresista propugnado por la *Ley de Beneficencia* de 1822, en el marco del Trienio Liberal, que por otra parte atribuía al municipio el papel hegemónico en la organización de la beneficencia, y potenciaba la intervención mediante la actuación domiciliaria<sup>80</sup>. Por el contrario, en el modelo que resultó de las *Leyes de Beneficencia* de 1849 y de *Sanidad* de 1855, la beneficencia domiciliaria quedó relegada a un papel secundario. Si algo cabe destacar de la *Ley de Beneficencia*, en relación con la modalidad domiciliaria, fue la limitada visión que ofrecía de ella, al considerarla exclusivamente como una forma de proporcionar socorros a los pobres en forma de especie, a la que cabe sumar la debilidad financiera de un modelo sustentado en limosnas y suscripciones voluntarias. Es comprensible que la asistencia domiciliaria no hallase en esta ley el marco apropiado para su desarrollo.

El marco legislativo que ofreció soporte a la beneficencia médica domiciliaria, fue la *Ley de Sanidad* de 1855 -texto que cristalizó el modelo sanitario liberal en España- pero cuya preocupación fundamental se centró en preservar la salud pública, por medio de medidas encaminadas a evitar las invasiones epidémicas, basadas en un extenso y minucioso desarrollo de la organización de la sanidad marítima. Por contra, el desarrollo y organización de la asistencia médica domiciliaria no disfrutó del mismo espacio en esta ley, que con escasa firmeza, en su

---

<sup>80</sup> A propuesta del entonces diputado Mateo Seoane se planteó la obligación de que los ayuntamientos proporcionasen los facultativos necesarios para la asistencia de los pobres a cargo de los fondos públicos municipales, tal como relata Peset, J.B (1876: 199).

artículo 64, se limitaba a proponer a los ayuntamientos el establecimiento de la beneficencia domiciliaria, al decir que “las Juntas provinciales de Sanidad invitarán a los Ayuntamientos a que establezcan la hospitalidad domiciliaria”, sin imponer un modelo de organización obligatorio. Este hecho, seguramente contribuyó al retraso en el desarrollo de esta modalidad de asistencia, siendo necesaria la publicación de hasta cuatro reglamentos diferentes en los años que restaron hasta la llegada del nuevo siglo, para poder observar el tímido desarrollo de este modelo asistencial<sup>81</sup>.

La polémica entre la asistencia hospitalaria y la domiciliaria, con sus respectivos defensores y detractores, permaneció como una constante a lo largo del siglo XIX. Uno de los aspectos que provocaban el rechazo de los hospitales era de orden moral y hacía referencia a la mayor estigmatización que implicaba la asistencia benéfica hospitalaria para quien la recibía: “[...] la idea del nosocomio despierta en el ánimo de algunos desgraciados un horror invencible y exagerado[...]. La vergüenza que inspira el estado de miseria ocasionada muchas veces por un cambio de posición ó un revés de fortuna, encierran entre la oscuridad de cuatro paredes a infelices que sucumben víctimas del rubor que les causa el acto de alargar la mano para implorar la caridad pública [...]”<sup>82</sup>.

Otro de los argumentos utilizados entre los detractores de los hospitales, era su consideración como fuentes de infección<sup>83</sup>. Amparados en la teoría miasmática del contagio, los vapores nocivos que emanaban del enfermo y sus deshechos orgánicos, los convertían en lugares insalubres. Si a ello se añadía la situación de hacinamiento que padecían en su mayoría y que impedía el necesario aislamiento de los pacientes con determinadas enfermedades infecciosas, las insuficientes medidas de profilaxis, y el excesivo tamaño de las salas que alojaban a los enfermos, todas estas condiciones explicaban la elevada letalidad hospitalaria y la frecuencia con que los

---

<sup>81</sup> Real Decreto de 9 de noviembre de 1864, del Ministerio de Gobernación, mandando que se cumpla el *Reglamento sobre organización de los partidos médicos de la península*. Orden de 11 de marzo de 1868, del Ministerio de Gobernación, que contiene el *Reglamento para la asistencia de los pobres y organización de los partidos médicos de la península*. Decreto de 24 de octubre de 1873, del Ministerio de Gobernación, aprobando el *Reglamento para la asistencia facultativa de los enfermos pobres*. Real decreto de 14 de junio de 1891, del Ministerio de Gobernación, que contiene el *Reglamento para el servicio benéfico-sanitario de los pueblos*.

<sup>82</sup> López Ramón, V. (1873).

<sup>83</sup> Este argumento se sustentaba en las elevadas tasas de mortalidad que presentaban los enfermos que ingresaban en el hospital. Carasa, P. (1985).

pacientes contraían enfermedades diferentes a las que habían constituido el motivo de ingreso<sup>84</sup>.

Entre los profesionales de la medicina, la defensa de los hospitales como instrumentos imprescindibles para la enseñanza y la investigación, se combinaba con las demandas de importantes reformas para sustituir los hospitales de modelo tradicional. El prototipo de hospital que funcionaba a finales del ochocientos en la mayor parte del estado español, no se ajustaba al modelo de hospital moderno que ya proliferaba en otros países como Francia y Alemania, de pequeño tamaño, con salas regulares con reducido número de camas, con mucha vegetación a su alrededor y ubicados fuera de las poblaciones. Así es como lo expresaba Vicente López Ramón en su discurso ante la Academia de Medicina y Cirugía de Valencia:

“[...] Cuando veamos abandonar los grandes hospitales colocados en los suburbios, para edificarlos pequeños, entre jardines y más allá del radio habitado, separándolos de éste grandes plantaciones o alguna colina, y que se destinen a 150 o 200 enfermos. Cuando veamos sustituir la forma de salas grandes y en crucero por pequeños edificios rectangulares y aislados, disponiéndose como la figura de una H u otra análoga, con salas de techo abovedado y de cuatro metros a cinco de elevación, destinadas tan sólo a 25 o 30 camas, que a su vez reciban pocas variedades patológicas. Cuando la mala ventilación de ahora se sustituya por un medio o sistema que permita la entrada de 20 metros cúbicos de aire por hora y por individuo, con el objeto de que el ácido carbónico no pase del dos por mil según el cálculo de Poumet ó 46 según Tenon, o finalmente 60 según la administración francesa que calcula en un doble de la del sano la cubicación atmosférica del hombre enfermo. Cuando se proporcione temperatura graduada por medio de estufas, se destruya la aptitud de paredes y enseres de impregnarse de las sustancias orgánicas fermenticibles, se descompongan éstas por desinfectantes apropiados,

---

<sup>84</sup> Las enormes deficiencias e inconvenientes del sistema hospitalario vigente, también fueron denunciadas a través de las carencias que se observaban en el Hospital Provincial de Valencia, donde al parecer se vivía una situación de hacinamiento, de ausencia de departamentos especiales capaces de



etc, se clasifiquen y coloquen aparte las diversas enfermedades y aún se separen los individuos por edades. Cuando finalmente los hospitales dejen de ser exclusivamente del gobierno para pertenecer más a la caridad particular, y se confíe su dirección a un médico honrado y sabio, la Beneficencia de los hospitales llegará a la cúspide de la perfección y será respetada por los mismos detractores que actualmente pretenden extinguirla sustituyéndola por la domiciliaria [...]"<sup>85</sup>.

La defensa de la modalidad domiciliaria se sustentaba fundamentalmente en el argumento de que, además de evitar a los enfermos los riesgos e inconvenientes atribuibles a la hospitalización, les reportaría la ventaja de ser atendidos por los facultativos de la beneficencia, con los mismos medios que en el hospital, y de disfrutar de los cuidados que les dispensara su propia familia. En su contra se argumentaban las deficientes condiciones de higiene y salubridad de las casas obreras, en las que el hacinamiento, la escasez de luz y de sol, la humedad y la falta de ventilación, las desaconsejaban como lugar para que el pobre pudiera recuperar su salud: “[...] Si el pobre habitara un cuarto bien ventilado y soleado, si la pobreza no tuviera siempre por compañera la indolencia, si dispusiera de los medios para la limpieza, si separados de los peores sitios de la población ocuparan buenas viviendas en los proyectados barrios obreros, la ciencia se congratularía triunfando de sus dolencias bajo el techo de su hogar; mientras esto no suceda, la cuestión queda a mi juicio muy dudosa [...]"<sup>86</sup>.

En la práctica, podemos afirmar que la implantación del modelo de beneficencia domiciliaria que sugería la *Ley de Sanidad* de 1855 resultó ser un verdadero fracaso, ya que no comenzó a dar frutos hasta las postrimerías del siglo y, aunque de manera irregular, su desarrollo se vio más favorecido desde el medio rural. A finales de siglo, muchos municipios tenían contratados facultativos titulares para hacerse cargo de la asistencia sanitaria de los pobres -aunque también era frecuente el incumplimiento de dichos contratos en lo que se refiere a su remuneración-, que

---

proporcionar el aislamiento de los enfermos infecciosos, y todo ello agravado por la insuficiencia de personal, tanto facultativo como de practicantes y enfermeros. Lechón (1879).

<sup>85</sup> López Ramón, V. (1873: 41-42).

<sup>86</sup> *Ibidem*, 113.

por otro lado ofrecían también asistencia al resto de la población en la que ejercían, mediante un sistema de contrato particular denominado iguala<sup>87</sup>.

El tercer elemento en el que se sustentaba la beneficencia pública era el sistema asilar. Los asilos constituían instituciones para el acogimiento de pobres con condiciones objetivas de pauperización, tales como niños huérfanos, disminuidos físicos, ancianos y viudas, a los que había que sumar los mendigos y pobres “falsos”. Este era básicamente el modelo de asilo heredado del Antiguo Régimen, un asilo que en la práctica, fundamentaba su actuación en una mezcla de asistencia y represión. Era un complemento necesario para conseguir el ideal de erradicación de la mendicidad incontrolada y la persecución de la pobreza considerada perversa. Sin embargo, a lo largo del siglo XIX esta filosofía entró en crisis, y la preocupación por acabar con la dualidad de funciones del asilo se fue haciendo cada vez más patente. Ya en las décadas centrales del siglo se planteó la necesidad de duplicar las instituciones en asilos u hospicios con un objetivo estrictamente asistencial, y correccionales para el internamiento de aquellos que añadían a su pobreza una nota de desviación moral<sup>88</sup>.

Entre los principios de actuación que rigieron la política asilar de la segunda mitad del XIX, prevalecieron algunos de los heredados del Antiguo Régimen, tales como la concepción del internamiento de los pobres como medio privilegiado para la utilización sistemática de técnicas de prevención y reeducación, basadas en la instrucción religiosa, el trabajo forzoso y la disciplina horaria. Con las primeras se pretendía preservar a los asilados de aquellas formas de vida que podían favorecer las desviaciones morales en las que se fundamentaba la pobreza “falsa”, y mediante las segundas el objetivo era proporcionar a los asilados un modo de vida acorde con la condición de una pobreza honrada. Además de estos principios, el cambio de orientación de la política asilar del ochocientos aportó una importante novedad, que consistió en asignar un papel relevante a la escuela dentro de los asilos.

---

<sup>87</sup> Hemos podido constatar que la implantación de la beneficencia domiciliaria en los pueblos de la provincia de Valencia se produjo de manera tardía e irregular en el último tercio del siglo XIX, mejorando sustancialmente con la llegada y avance del nuevo siglo, hasta quedar como un modelo consolidado en los años veinte del novecientos. Barona, C. (2000).

<sup>88</sup> Díez Rodríguez, F. (1993: 130-156).

En los reglamentos elaborados a finales del siglo XIX para regular el funcionamiento de los establecimientos asilares, quedaban reflejados todos los principios que regían la política asilar. Así, por ejemplo, vemos cómo en el artículo 2º del *Reglamento* de 1870, de la Casa de Beneficencia de Valencia, se dejaba bien patente el carácter exclusivamente asistencial de la institución cuando establecía que “No puede admitirse en el establecimiento ningún pobre ni otra persona con el carácter de corrección”. La Casa de Beneficencia constituía un asilo para acoger básicamente a huérfanos entre 7 y 13 años de ambos sexos, y el hecho de ser un asilo de reciente creación -se había fundado en 1826- favoreció que desde sus inicios los principios que rigieron la institución tuvieran asimilados los conceptos propios de la nueva mentalidad del ochocientos. El importante papel concedido a la escuela, y a una adecuada formación religiosa quedaban patentes en el artículo 6º del mencionado reglamento al afirmar que “A todos los pobres admitidos se les dedicará desde luego, a instruirse en los preceptos religiosos y a la enseñanza primaria elemental, sin poder destinarles a las artes y oficios que al efecto tiene el establecimiento, sin que antes estén perfeccionados en aquella instrucción”. Para una institución que tenía por objeto básicamente la lucha contra la peligrosidad social, la escuela pasó pues a constituir el elemento más importante para la transmisión del tipo de valores y actitudes que predicaba la ideología asilar a partir de los años 30 del siglo XIX. No obstante, para un considerable número de internos, el asilo no pasó de constituir una estancia transitoria, mientras su familia lograba superar las circunstancias críticas que atravesaba, o le encontraba un mejor acomodo. No olvidemos el carácter estigmatizante de este tipo de instituciones, a pesar de la modernización y los cambios de la política asilar acaecidos en la segunda mitad del siglo.

Con la llegada del siglo XX, la imperante necesidad de modernizar la sociedad española y de mejorar los niveles de salud de una población que se hallaba castigada por unas elevadas tasas de morbi-mortalidad, la hizo receptiva para incorporar las nuevas corrientes científicas, y derivado de ello, adaptar las antiguas estructuras asistenciales y crear otras nuevas de acuerdo con las nuevas necesidades. La incorporación de la teoría microbiana del contagio, y el desarrollo de los nuevos conceptos de profilaxis y desinfección contribuyeron notablemente a la modernización de los hospitales ya existentes y a la construcción de otros nuevos,

que adaptaron su estructura a las necesidades impuestas por la nueva mentalidad etiopatogénica.

La mayoría de las ciudades españolas que venían impartiendo los estudios de medicina, a lo largo de los primeros años del siglo XX se plantearon la necesidad de renovar sus instalaciones e incluir en los proyectos de las nuevas facultades, la construcción de hospitales clínicos anejos, para facilitar la incorporación de las reformas académicas y la enseñanza práctica de las diferentes especialidades médicas que la integraban. La primera en conseguir este objetivo fue Barcelona, que desde comienzos del curso 1906 a 1907 abandonó las viejas instalaciones de su facultad de medicina junto al Hospital de Santa Creu, inaugurando edificio propio y hospital clínico. El claustro de profesores de la antigua Facultad de Medicina de Valencia ya había hecho explícito en 1893 su deseo de construir un nuevo edificio que tuviera anejo un hospital clínico, si bien los obstáculos de carácter económico que se fueron sucediendo no permitieron el comienzo de las obras del nuevo edificio hasta 1928. Algo similar ocurrió en Madrid, donde se aprobó en 1911 la construcción de una nueva facultad de medicina con su hospital clínico correspondiente, proyecto que tampoco se consumó hasta 1928<sup>89</sup>.

La modernización hospitalaria conllevó la incorporación de las funciones docente, investigadora y de asistencia profiláctica y educación sanitaria, que contribuyeron notablemente a mejorar la imagen pública del hospital. El papel del hospital en la enseñanza médica adquirió relevancia a partir de 1902<sup>90</sup> en que, además de las facultades de medicina, se incorporaron a la enseñanza clínica de los futuros médicos, los establecimientos de beneficencia general, provincial y municipal. En 1931, refiriéndonos sólo a hospitales civiles, había en España 1.529 hospitales generales y de enfermedades comunes, a los que había que agregar otros tantos hospitales especiales, cuya clasificación resumimos en la tabla siguiente<sup>91</sup>:

---

<sup>89</sup> El proceso de la enseñanza de la medicina en España ha sido objeto de estudio en el trabajo coordinado por Danón, J. (1998), en el que se ofrece a lo largo de diferentes capítulos un panorama de la situación en las facultades de medicina de las principales ciudades españolas, Madrid, Valencia, Sevilla, Barcelona y Santiago.

<sup>90</sup> Reales Decretos de Instrucción Pública y de Gobernación de 30 de septiembre y de 18 de noviembre de 1902.

<sup>91</sup> Blanco Grande, P. (1931).

**Tabla I**  
**Clasificación de los hospitales existentes en España en el año 1931**  
**en función de su dependencia y características**

<b>Tipo</b>	<b>Número</b>
<b>Por dependencia:</b>	
Hospitales del Estado	29
Hospitales provinciales	103
Hospitales municipales	209
Hospitales privados	232
<b>Por edad de los acogidos:</b>	
Hospital-asilo de ancianos	12
Hospital-asilo de niños	6
Hospital de expósitos	3
Hospital de huérfanos	3
<b>Por sexo:</b>	
Hospital de mujeres	4
<b>Por estado civil:</b>	
Hospital de viudas	1
<b>Por situación social:</b>	
H. para pobres vergonzantes	1
<b>Por profesión:</b>	
H. de jornaleros	2
H. de mineros	8
H. para sacerdotes	7
H. de misioneros	1
H. cívico-militares	7
<b>Por vecindad:</b>	
H. para transeúntes	8
H. de peregrinos	11
<b>Por nacionalidad:</b>	
H. para extranjeros	5
<b>Epilepsia:</b>	
H. de epilépticos	1
<b>Infecciosos:</b>	
H. de epidémicos	3
Lazaretos para enfermedades infecciosas	4
H. de infecciosos	4
<b>Lepra</b>	
Leproserías	2
H. de San Lázaro	19
Departamentos para leprosos en los hospitales	3

<b>Tuberculosis</b>	
Sanatorios antituberculosos	26
Sanatorios para niños raquíticos y escrofulosos	3
Enfermerías para tuberculosos	14
Preventorios antituberculosos	2
<b>Sífilis</b>	
Sifilicomios	8
<b>Cáncer</b>	
H. para cancerosos	1
<b>Afecciones oculares:</b>	
H. oftálmicos	1
<b>Psicopatías:</b>	
Manicomios	1
Casas de salud para enfermedades nerviosas	10
Casas de observación y depósito de dementes	7
Salas de observación de dementes en hospitales	4
<b>Período de la enfermedad:</b>	
H. de enfermedades agudas y crónicas curables	2
Hospitales-asilos para impedidos e incurables	12
Casas y Hospitales de convalecientes	13
Salas de convalecencia en hospitales	3
<b>Especialización terapéutica:</b>	
Hospitalidad a pobres en balnearios	4
H. homeopáticos	1
<b>Indeterminados:</b>	
Hospitales-asilo	22
H. de la Cruz Roja	9
Clínicas y enfermerías	10
<b>Función docente:</b>	
H. Clínicos	10

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por Blanco Grande (1931).

La llegada del siglo XX también comportó cambios importantes en las estrategias de lucha frente a la enfermedad, que hicieron necesaria la incorporación de nuevas estructuras asistenciales, para hacer posible la puesta en marcha del plan de lucha frente a determinadas enfermedades, que por su elevada prevalencia y por su vinculación a los estratos sociales más desfavorecidos, se convirtió en una de las principales prioridades de la política sanitaria<sup>92</sup>. La elaboración de estadísticas de morbilidad y mortalidad, confeccionadas y publicadas con una frecuencia cada vez mayor, ponía de manifiesto la necesidad de tomar medidas frente al paludismo, la tuberculosis, las enfermedades venéreas o la mortalidad infantil, todos ellos problemas de salud que respondían a esa vinculación entre pobreza y enfermedad que ya resultaba un concepto perfectamente incorporado al pensamiento médico de comienzos del siglo XX. De este modo, la higiene social, que comenzó a ganar adeptos y a fortalecerse en los primeros años del nuevo siglo, hizo patente la necesidad de establecer una lucha organizada frente a todas aquellas enfermedades que presentaban un especial arraigo entre la población trabajadora y en determinados sectores marginados<sup>93</sup>.

La influencia de la corriente europea que defendía la etiología social de las enfermedades, tuvo su impronta en España a lo largo del primer tercio del siglo XX, con notables seguidores entre los que se encontraban Luis Comenge, Philip Hauser, Francisco Méndez Álvaro, Pedro Felipe Monlau, Andrés Larra y Cerezo, y otros con dedicación profesional a la administración sanitaria como Manuel Martín Salazar, Carlos María Cortezo, Francisco Murillo Palacios, Gustavo Pittaluga o Marcelino Pascua<sup>94</sup>. Ello hizo posible que el modelo de asistencia sanitaria incorporase a los servicios públicos unos establecimientos nuevos, que además de presentar el objetivo de atender a las personas enfermas para conseguir su curación, agregaron las nuevas ideas sobre profilaxis, prevención y educación sanitaria.

---

<sup>92</sup> La precaria situación sanitaria que vivía España en los años del cambio de siglo fue denunciada en varias ocasiones por nuestros higienistas más ilustres, como Pulido (1902), Martín Salazar (1913), o Murillo (1918).

<sup>93</sup> El adjetivo “social” como calificativo de higiene se debía a los tratadistas franceses de la década de 1880, y un poco más tarde fue asimilado entre los alemanes. Rosen, G. (1947).

<sup>94</sup> Rodríguez Ocaña, E. (1987).

Nos estamos refiriendo a los dispensarios, estructuras asistenciales ya ensayadas en otros países más desarrollados como Francia o Inglaterra, y destinadas a combatir enfermedades específicas, cuyo paradigma resultó la tuberculosis. En Francia se creó en 1919 una “oficina pública de higiene social” que impulsó la creación de dispensarios, cuya labor lo colocaba en el primer eslabón de la lucha frente a la tuberculosis, las enfermedades venéreas y la mortalidad infantil. “[...] La labor que estos centros tienen encomendada es de una importancia social enorme; respecto al niño, aún antes de nacer empiezan a ejercer sobre él una intensísima profilaxis mediante las consultas para embarazadas, no cesando su vigilancia hasta la terminación de la edad escolar; para los adultos también tienen un extenso programa de profilaxis, investigación y tratamiento de la tuberculosis y de las enfermedades venéreas [...]”<sup>95</sup>. La elevada frecuencia que representaban estos problemas sanitarios, hacía del dispensario el lugar más apropiado para su abordaje, pues el tratamiento ambulatorio de los pacientes suponía un coste económico mucho más llevadero del que significaba el tratamiento en el medio hospitalario.

En España, la apuesta por poner en marcha un modelo de organización similar a los países de su entorno, se vio reflejada en el *Reglamento de Sanidad Provincial* de 1925, cuyo capítulo V estaba dedicado a “las organizaciones sanitarias de carácter social”, entre las que incluía los dispensarios, los sanatorios y los institutos de puericultura y de asistencia infantil. La organización de esta nueva red asistencial también recayó, tal como lo había hecho el modelo de beneficencia pública, en la estructura provincial. Así, las diputaciones provinciales tuvieron asignada la responsabilidad de organizar consultorios públicos gratuitos antituberculosos y antivenéreos, atendidos por personal técnico especializado, y con una misión médico-social. La lucha contra la tuberculosis se completaba con la constitución de sanatorios de carácter provincial y la organización de colonias de niños enfermos, para llevarles a los sanatorios marítimos o de montaña. La lucha contra la lepra también recayó bajo la tutela provincial, del mismo modo que la puesta en marcha de dispensarios específicos para combatir el tracoma, en aquellas regiones como el levante español, en las que resultaba particularmente frecuente. Por

---

<sup>95</sup> De Palacios, J.; Cortinas, G. (1930).



último, la lucha contra la mortalidad infantil requería, además de mejorar los cuidados de la gestante, elevar el nivel de conocimientos de las madres sobre puericultura e higiene, para lo cual también fue la estructura administrativa provincial, la encargada de crear dispensarios de higiene infantil e institutos de puericultura.

La importancia que fue adquiriendo el modelo de dispensarios en los años sucesivos, como catalizador de las principales luchas sanitarias, determinó que a finales de los años veinte del novecientos todas las capitales de provincia de España dispusieran de una red asistencial de dispensarios, organizada en torno a los institutos provinciales de higiene, bajo la dirección técnica de su inspector provincial de sanidad. No obstante, la ubicación de estos establecimientos en las capitales, dejaba desatendida a una gran proporción de la población que vivía en el medio rural. Este hecho, que resultaba común a muchos países con población eminentemente rural, determinó que a partir de los años treinta, los esfuerzos se orientasen a organizar campañas de higiene en el medio rural. De esta forma, el Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones, aprobó la celebración de una reunión que tuvo lugar en Budapest del 27 al 31 de octubre de 1930, en la que se estableció la necesidad de crear centros de higiene en el medio rural. Los clasificaba, de acuerdo con su ámbito de actuación y los servicios disponibles, en primarios y secundarios, estableciendo la necesidad de coordinación entre ellos y con los centros terciarios existentes a nivel provincial.

Más tarde, la Conferencia Europea de Higiene Rural, convocada por la Sociedad de Naciones y celebrada en Ginebra, hizo suyas las conclusiones de la preliminar de Budapest, en relación con la definición y orientación de los centros primarios y secundarios de higiene. Los primeros, representaban el eslabón más pequeño capaz de dar respuesta a las necesidades higiénicas de la zona rural y su programa de actuación debía incluir, además de la lucha contra las enfermedades prevalentes en su ámbito de cobertura, la protección de la madre y del niño hasta la edad escolar, la educación popular en materia de higiene, el saneamiento de la población y la atención a los casos de urgencia. Los centros secundarios, como coordinadores y referentes de los primarios, debían establecer la lucha contra la tuberculosis y contra las enfermedades venéreas, la protección de la madre, la

protección de la infancia, comprendiendo a preescolares y escolares, acción educativa, saneamiento y análisis de laboratorio simples. Además estos centros secundarios serían utilizados como centros de depósito y distribución de los institutos centrales o provinciales<sup>96</sup>.

En España, la llegada de la Segunda República hizo posible llevar a la práctica las reformas organizativas necesarias para poner en marcha el plan propuesto desde la Sociedad de Naciones. De esta forma, se potenciaron los institutos provinciales de higiene como órganos de dirección de la política sanitaria de la provincia. Dependiendo de ellos, se crearon centros secundarios de higiene para hacer frente a aquellos problemas de salud que, de acuerdo con los estudios epidemiológicos, resultaban más prevalentes -tuberculosis, enfermedades venéreas, mortalidad infantil, paludismo, tracoma-. La creación de estos centros secundarios hizo posible iniciar la extensión del plan de higienización al medio rural, pues actuando como delegaciones de los institutos provinciales, permitieron acercar a su población de referencia no sólo las medidas profilácticas y terapéuticas necesarias para hacer frente a la enfermedad, sino que además sumaron una importante tarea de educación sanitaria y de socialización de la higiene. El último eslabón de el panorama organizativo lo constituyeron los centros primarios de higiene, cuya puesta en marcha pasó por un importante esfuerzo de formación y orientación de los médicos titulares, en los contenidos propios de la epidemiología y la higiene<sup>97</sup>.

Algunos ejemplos prácticos del grado de desarrollo adquirido por este modelo organizativo, los encontramos en las descripciones realizadas, en primer lugar por el director del Centro Secundario de Higiene de Jaca, sobre el modelo propuesto en una zona de montaña eminentemente rural<sup>98</sup>, que complementaba la actuación de este centro secundario con la puesta en marcha de siete centros primarios. Su inspector provincial de sanidad, explicaba el modelo de organización de la provincia de Córdoba, basado en la división de la provincia en tres sectores, de los cuales el central era en el que estaba ubicado el instituto provincial de higiene, además de

---

<sup>96</sup> Gimeno de Sande, A. (1933).

<sup>97</sup> Tanto la Escuela Nacional de Sanidad como los propios institutos provinciales de higiene, actuaron como centros de formación de estos profesionales sanitarios, para lo cual recibieron asignaciones presupuestarias tanto de la Dirección General de Sanidad como de la Rockefeller Foundation.

<sup>98</sup> Pintor, A. (1933).

varios centros primarios. Los sectores norte y sur disponían cada uno de su correspondiente centro secundario, del cual pasaron a depender los centros primarios correspondientes<sup>99</sup>. El inspector provincial de sanidad de Valencia también había propuesto ya en 1931, para atender el desarrollo de la sanidad rural, la creación de un modelo de organización basado en tres niveles a los que denominó brigadas, sub-brigadas y puestos de auxilio sanitario. La mayor o menor dotación de recursos sería el criterio para clasificar estos centros que “[...] darán vida sanitaria a los elementos rurales, servirán de elementos de vulgarización de la higiene pública y serán pequeñas centrales de campañas para la lucha contra la tuberculosis, enfermedades venéreas, paludismo, tracoma, lepra y endemias tan pertinaces en la provincia como la fiebre tifoidea y la fiebre de malta [...]”<sup>100</sup>.

El significativo incremento de los recursos sanitarios que tuvo lugar a partir de 1931, se debió a la enorme sensibilidad mostrada por el nuevo gobierno republicano frente a los problemas sanitarios del país, que se tradujo en un sustancial incremento de los presupuestos destinados a mejorar su organización sanitaria. Así, el director general de sanidad, Marcelino Pascua, al explicar cuáles habían sido las inversiones realizadas con el presupuesto de 1932, hacía referencia en primer lugar, a la potenciación de la lucha antituberculosa con la creación de 25 nuevos dispensarios antituberculosos en diferentes provincias, y el inicio en la construcción de dos nuevos preventorios infantiles. Otro de los objetivos alcanzados fue la creación y organización de 15 centros secundarios de higiene rural, a cuyo frente se situaba un oficial sanitario médico del cuerpo de sanidad nacional, que al tiempo que dependía del inspector provincial de sanidad, debía prestar una dedicación íntegra y exclusiva en dicha jefatura. Sus funciones eran efectuar los trabajos técnicos en su ámbito de actuación, por delegación del inspector provincial, entre los que estarían comprendidos los estudios demográfico-sanitarios, higiene social, propaganda higiénica, lucha contra la mortalidad infantil y enfermedades evitables<sup>101</sup>. Además, el estado se hizo cargo de la lucha antivenérea, merced al incremento de los presupuestos destinados a ella, reforzó la lucha antitracomatosa mediante la creación

---

<sup>99</sup> Benzo, M. (1933).

<sup>100</sup> Ferret, G. (1931b).

<sup>101</sup> Centros Secundarios de Higiene (1932).

de 10 nuevos dispensarios, inició la lucha contra la mortalidad infantil mediante la creación de dos dispensarios móviles de higiene infantil, y dedicó una modesta cantidad a iniciar el programa de propaganda y educación higiénica<sup>102</sup>.

En los años que se sucedieron hasta la llegada de la guerra civil, continuaron potenciándose las líneas de actuación ya iniciadas, destacando la creación de nuevos centros secundarios de higiene y la puesta en marcha de una red provincial de dispensarios de higiene infantil<sup>103</sup>, adscritos a los institutos provinciales de higiene. Hay que apuntar que los institutos provinciales de higiene vivieron a lo largo de estos años su etapa de mayor expansión, debido en gran medida a la conquista de su independencia administrativa de las diputaciones provinciales<sup>104</sup> y de la consecuente ampliación de la responsabilidad de sus directores técnicos, los inspectores provinciales de sanidad, en las tareas de organización y puesta en marcha de la política sanitaria provincial. La publicación del reglamento técnico de los institutos provinciales de higiene en 1935, corroboró el papel coordinador de estas instituciones en la organización del programa de reconstrucción sanitaria nacional<sup>105</sup>.

En definitiva, podemos afirmar que a lo largo del período comprendido entre 1931-1936, la organización sanitaria disfrutó de un importante impulso que condujo al sistema sanitario español a adquirir un notable desarrollo. Ello hizo posible que los niveles de salud de la población española vieran reducidas sustancialmente las distancias que le separaban de los disfrutados por sus países vecinos más desarrollados. Pero, lamentablemente esta escalada se vio forzosamente detenida con la llegada de la guerra civil.

---

<sup>102</sup> Entre 1931 y 1933, el presupuesto de la Dirección General de Sanidad se había triplicado, ya que de los 9.990.982 de pesetas en 1931, se pasó a 31.432.690 pesetas en 1933. Pascua, M. (1932a).

<sup>103</sup> Dispensarios (1933).

<sup>104</sup> El Decreto de 31 de julio de 1931, devolvió la dependencia administrativa de los Institutos provinciales de Higiene a las mancomunidades municipales de los ayuntamientos de cada provincia.

<sup>105</sup> *Reglamento técnico, de personal y administrativo de los Institutos provinciales de Higiene*, publicado el 14 de junio de 1935.

### **3.4. Las líneas prioritarias de la política sanitaria**

#### **3.4.1. La sanidad exterior o marítima**

De acuerdo con los planteamientos establecidos en la *Ley de Sanidad* de 1855 y, teniendo como objetivo casi monográfico la defensa y control de nuestras fronteras para evitar la entrada de alguna enfermedad epidémica -no olvidemos que la propia *Ley* se publicó en plena epidemia colérica-, durante la segunda mitad del ochocientos el órgano rector de la política sanitaria manifestó un interés preferente por potenciar los servicios de sanidad exterior o marítima. Para ello proponía la creación de estructuras sanitarias específicas ubicadas en los puertos, denominadas direcciones especiales de sanidad marítima, cuya finalidad debía ser el control de mercancías y pasajeros que hicieran su llegada a dicho puerto, adoptando en caso necesario las medidas de desinfección y aislamiento necesarias para evitar la propagación de enfermedades epidémicas. En la propuesta realizada en la *Ley de Sanidad*, los servicios de sanidad marítima establecidos en los diferentes puertos de la península se complementarían con la actuación de los lazaretos, sucios y de observación, encargados de hacer cumplir la cuarentena a aquellos buques que llevaran patente sucia.

Prueba del interés preferente que despertaba en la administración central el adecuado funcionamiento de los servicios de sanidad marítima, fue la gran cantidad de disposiciones legislativas publicadas a lo largo de la segunda mitad del ochocientos, aunque en muchas ocasiones no tuvieran el fruto esperado, y cuya finalidad no era otra que la de establecer las reglas y preceptos en las que habría de basarse el régimen sanitario de entrada, estancia y salida de buques en los puertos y lazaretos. Por el contrario, no resultó igualmente prolífica la reglamentación sobre las funciones y servicios a desempeñar por los diferentes niveles administrativos con competencias de sanidad marítima, dejando transcurrir treinta y dos años desde la *Ley de Sanidad* hasta hacerse efectivo el *Reglamento de Sanidad Marítima*, el 12 de octubre de 1887. Este vacío legal tuvo, como puede presuponerse, consecuencias claramente negativas derivadas de la falta de clarificación de las funciones y competencias que debería asumir cada una de las autoridades locales, provinciales y centrales, lo cual abocó con gran frecuencia a la ineficacia y el fracaso en el

cumplimiento del objetivo final para el que se habían constituido los servicios de sanidad marítima.

Hay que destacar el año 1867 por ser especialmente prolífico en disposiciones para la regulación de estos servicios, que al parecer en gran medida respondía al intento desde la Dirección General de Sanidad de reconducir la situación caótica y francamente degradada en que funcionaban la mayoría de los puertos de la península. La finalidad última de todas estas disposiciones, no era otra que detectar precozmente la importación de alguna enfermedad contagiosa de carácter epidémico, que con sus irreparables consecuencias había conducido con tanta frecuencia a momentos de crisis y desolación. Sin embargo, el empeño de la administración central por garantizar un adecuado funcionamiento del servicio sanitario marítimo, no era óbice para que en las estaciones sanitarias de los puertos se produjese una continua trasgresión de las normas establecidas, tal y como se deduce de una circular emanada de la Dirección General de Sanidad en la cual se queja de la falta de cumplimiento de las disposiciones sanitarias vigentes:

“[...] Que en algunos puertos se comete la falta de no recoger las patentes de los buques que no permanecen anclados más de veinticuatro horas, teniendo además como no entrados los que salen antes de dicho tiempo, los cuales no se registran en los libros, con cuya omisión no es posible hacer una estadística exacta; ni se les refrendan las patentes; usándose la misma práctica abusiva con los buques que por cualquier motivo son despedidos, y con los que entran de arribada por malos temporales, a pesar de haber permanecido alguno de aquellos fondeado tres o cuatro días, perjudicando de ese modo los ingresos por derechos sanitarios, con infracción manifiesta de las disposiciones vigentes [...]”<sup>106</sup>.

---

<sup>106</sup> Circular de la Dirección General de Sanidad de 12 de marzo de 1866.

Esta laxitud y aparente falta de interés en el cumplimiento de las funciones de control de la entrada y salida de barcos, fue la que en reiteradas ocasiones y en tanto no se constituyera el reglamento de sanidad marítima, condujo al director general, José M<sup>a</sup> Ródenas, a dirigirse a los gobernadores de las provincias para que “[...] a fuerza de celo y perseverancia corten de raíz cuantos abusos puedan cometerse por los empleados del ramo: no basta dictar medidas, conminar con penas, ni exigir multas por faltas en el cumplimiento de un servicio, es necesario estudiar donde está, donde pueda existir el mal, y extirparlo sin tener consideraciones de ningún género [...]”<sup>107</sup>. Esto llevó a la administración central a protocolizar de manera detallada el modo de actuación en las diferentes opciones que podían presentarse ante la entrada de un nuevo buque en el puerto. El modo de actuación ante la entrada de un buque con patente sucia o procedente de un punto declarado sucio o sospechoso, los requisitos a cumplir por los lazaretos de observación, las obligaciones de los directores de sanidad marítima, médico del lazareto, médico de visita de naves, secretario e intérprete, el procedimiento de la cuarentena y expurgos, así como la obligatoriedad de registrar a diario el movimiento de buques y mensualmente un resumen para ser remitido a la Dirección General de Sanidad, eran algunos de los aspectos que recogía esta circular.

Como vemos, 1867 fue un año en el que se produjeron intentos de mejora en el servicio sanitario marítimo, impulsados de nuevo por la amenaza epidémica, que por otra parte y según palabras del propio ministro de la gobernación, respondían a “[...] la necesidad de mejorar el sistema sanitario en nuestros puertos y lazaretos,... ya que en el último año hemos estado expuestos a que el país fuese invadido por enfermedades epidémicas, que como en los principales pueblos de Europa y América, habrían causado infinidad de víctimas [...]”<sup>108</sup>. Precisamente será en este año cuando se sustituirán las clásicas juntas litorales de sanidad, que venían funcionando desde 1475, por las direcciones especiales de sanidad marítima, que habían sido propuestas en la *Ley de Sanidad* de 1855, concediéndoles una asignación presupuestaria de 17.566 escudos para el mantenimiento de personal y material. Del mismo modo, se establecía la clasificación de los puertos de la península e islas

---

<sup>107</sup> Circular de la Dirección General de Sanidad de 25 de abril de 1867.

adyacentes, de acuerdo a su importancia mercantil y sanitaria, en cuatro clases, y bajo la responsabilidad de un “director especial facultativo”<sup>109</sup>:

- De primera clase: Alicante, Barcelona, Cádiz, Málaga, Santander, Cartagena y Valencia.
- De segunda clase: Almería, Coruña, Bilbao, Tarragona, Sevilla y Vigo.
- De tercera clase: Algeciras, Palma de Mallorca, Mahón, Las Palmas, Sta. Cruz de Tenerife, San Sebastián, Torrevieja y Águilas.
- De cuarta clase: Todos los demás que no se hallen habilitados ni comprendidos en la anterior división.

Unos meses más tarde<sup>110</sup> se estableció el servicio de lazaretos de observación en los principales puertos de España -Barcelona, Cádiz, Cartagena, Alicante, Málaga, Valencia, Santander, etc-, además de señalarse el radio donde debía practicarse la observación, por medio de banderolas amarillas, zona en la que todo buque sometido a observación debería permanecer al menos sesenta y dos horas. Y ahondando en el cumplimiento de las medidas cuarentenarias a practicar, tanto en los lazaretos de observación como en los sucios o de rigor, se publicaron dos nuevas disposiciones legales pocos años después<sup>111</sup>, con la finalidad de recordar el trato sanitario al que debía someterse a los buques, tripulación, pasajeros y cargamento. Estas disposiciones se vieron reforzadas pocos años después por otra<sup>112</sup> que establecía la manera en que el médico, el secretario y el intérprete debían practicar la visita de naves, así como las multas que deberían serles impuestas por el incumplimiento de sus funciones. El proceso de fumigación en los lazaretos sucios y de observación, para la desinfección tanto de los buques como de sus pasajeros, se regulaba en la Real Orden de 18 de septiembre de 1879, proponiendo la utilización de fórmulas cloradas en las fumigaciones del buque y para las mercancías y ropas que no se alterasen por los gases.

---

<sup>108</sup> Real Decreto del Ministerio de la Gobernación de 17 de abril de 1867.

<sup>109</sup> Real Orden de 26 de abril de 1867.

<sup>110</sup> Real Orden de 2 de agosto de 1867.

<sup>111</sup> Reales Ordenes de 9 de marzo y 5 de junio de 1872.

<sup>112</sup> Real Orden de 17 de mayo de 1880.



La reorganización del cuerpo de sanidad marítima<sup>113</sup> que, mediante concurso, dotó las plazas del personal de las direcciones especiales de sanidad en los puertos y lazaretos sucios, dio por fin paso a la publicación del *Reglamento de Sanidad Marítima*, en 1887. Hemos tenido ocasión de comprobar cómo hasta este momento, la legislación en torno a las reglas y preceptos para el régimen sanitario de entrada, estancia y salida de buques de los puertos y lazaretos, había sido prolífica, pero no así sobre la asignación de funciones a los diferentes niveles de la administración con competencias en el campo de la sanidad marítima. La finalidad del *Reglamento* era establecer, por una parte las funciones de la administración central, representada por la Dirección General de Sanidad, el Consejo de Sanidad y la Inspección General, las de la administración provincial, a través de los gobernadores de las provincias, juntas provinciales de sanidad e inspección provincial, así como las de la administración local, a través de los alcaldes, juntas municipales de sanidad e inspección local. Obviamente, las grandes decisiones como la declaración de puertos sucios, sospechosos o limpios, la creación y supresión de direcciones de sanidad, la supervisión de la vigilancia e inspección de todos los servicios sanitarios marítimos, o la provisión de los puestos vacantes en este ramo, quedaban bajo la tutela y responsabilidad de la Dirección General de Sanidad.

El papel del nivel provincial consistiría, por una parte, en actuar de hilo conductor de las directrices emanadas de la Dirección General de Sanidad a las direcciones de sanidad marítima de su provincia, devolviendo a su vez al nivel central, con carácter mensual, información estadística del movimiento de buques, recaudación y estado de las enfermedades contagiosas en los puertos y lazaretos de observación y sucios, trimestralmente información sobre el personal, material e inversiones, y anualmente una memoria sobre observaciones meteorológicas y de la topografía médica del puerto. Por otro lado, al gobierno civil de la provincia se le

---

<sup>113</sup> El Real Decreto de 16 de noviembre de 1886 estableció que los empleados de las direcciones de sanidad de los puertos y de los lazaretos, constituyesen el cuerpo de sanidad marítima, en el que sólo podría ingresarse probando la suficiencia mediante una serie de ejercicios. Los directores y secretarios de lazaretos y de direcciones de puertos de primera, segunda y tercera clase, así como los directores de cuarta, debían ser médicos. Los secretarios de las direcciones de cuarta clase, serían médicos o farmacéuticos. Era requisito indispensable en unos y otros, hablar francés, y circunstancia meritoria, poseer otras lenguas. Para tomar visita de naves y secretario, era requisito indispensable ser español y llevar cinco años de antigüedad en el ejercicio de la profesión.

asignaba la supervisión del personal que trabajaba en las direcciones de sanidad marítima de su provincia -concesión de permisos y licencias, nombramiento de interinos, establecimiento de correctivos...-, y siempre contando con el apoyo de la junta provincial de sanidad. Ante este planteamiento eminentemente centralizador, el papel del municipio quedaba claramente relegado a auxiliar a las direcciones de sanidad marítima en caso necesario, proponer al gobernador las mejoras que considerase oportunas, con el auxilio de la junta local de sanidad, y poco más<sup>114</sup>.

La *Instrucción General de Sanidad* de 1904 dejó en manos de la Inspección General de Sanidad Exterior la dirección de todos los servicios de puertos, aduanas, importación y exportación de ganados y mercancías, vigilancia sanitaria de transportes, estadística sanitaria, cooperación sanitaria internacional y cuanto atañese a la coordinación sanitaria con países extranjeros. Y precisamente la relación con otros países, reflejada en el establecimiento de convenios sanitarios internacionales en beneficio de la salud pública y el comercio, firmados por diversos países entre los que se encontraba España, así como la incorporación de la nueva visión de los riesgos sanitarios con un giro en el enfoque de las medidas preventivas y terapéuticas contra las enfermedades infecciosas, condujo al establecimiento de pautas internacionales de comportamiento respecto a la peste y el cólera (1903), fiebre amarilla (1912), viruela y tifus exantemático (1926), y fue el elemento que precipitó un importante proceso de reforma de la sanidad exterior española desde principios de siglo.

La estructura propia de sanidad exterior heredada de la segunda mitad del XIX hubo de adaptarse a las nuevas exigencias, hecho que se materializó en 1909 con la publicación de un nuevo reglamento para la organización de este servicio<sup>115</sup>, en virtud del cual se crearon tres niveles diferentes de estaciones sanitarias en las fronteras terrestres –de primera, enclavadas a la entrada de las vías férreas internacionales, de segunda, dispuestas en la intersección fronteriza de las principales carreteras y de tercera, situadas en los lugares vecinos de la primera línea de

---

<sup>114</sup> Real Decreto de 12 de junio de 1887. *Reglamento orgánico provisional de Sanidad marítima*.

<sup>115</sup> Real Decreto de 14 de enero aprobando con carácter provisional el *Reglamento de Sanidad Exterior*.

comunicación con Portugal y Francia<sup>116</sup> y se mejoraron los servicios de las estaciones sanitarias marítimas.

La creación de estaciones sanitarias fronterizas, encargadas de evitar la importación por tierra de posibles epidemias provenientes de países vecinos, fue una de las medidas impulsadas por los acuerdos internacionales para sustituir los arcaicos cordones sanitarios, cuarentenas y fumigaciones, intentando minimizar a lo estrictamente necesario la limitación de la circulación de las personas y el intercambio de productos comerciales. El compromiso adquirido a través del Convenio de París de 1903, reforzado por la amenaza del cólera iniciada en Rusia en 1907, precipitaron en España la aprobación de créditos extraordinarios para el Ministerio de la Gobernación con la finalidad de modernizar y ampliar las instalaciones y el personal dedicado a la sanidad exterior<sup>117</sup>, ya que según testimonio de las propias autoridades sanitarias: “[...] Cuando en el verano de 1907 apareció intensamente el cólera en Rusia, el estado de defensa sanitaria de nuestro país contra la invasión de una epidemia exótica cualquiera, no podía ser más deplorable: las fronteras terrestres se hallaban totalmente indefensas y la mayor parte de los puertos carecían de los medios más elementales para impedir que fuéramos invadidos por vía marítima de tan terrible plaga [...]”<sup>118</sup>. De esta manera, se dio paso a la construcción de dos estaciones fronterizas terrestres de nueva planta en la frontera francesa, Irún y Port-Bou, cinco en la de Portugal, Badajoz, Valencia de Alcántara, Fregeneda, Fuentes de Oñoro y Tuy, y una en la Línea de la Concepción del Campo de Gibraltar. Con este presupuesto además se mejoró la dotación de medios materiales de carácter sanitario de muchos puertos, que sumado a las mejoras realizadas por las juntas de obras de los puertos a instancias del llamamiento realizado desde el Ministerio de la

---

<sup>116</sup> El material sanitario instalado en las estaciones sanitarias de primera lo integraban una o dos estufas de desinfección, una cámara de desinfección al formaldehído, lejiadoras y aparatos pulverizadores de sustancias antisépticas. En cuanto al personal, éste lo formaba un equipo a cuyo frente figuraba como director un inspector facultativo, ayudado por uno o más subinspectores médicos y un veterinario, apoyados por un jefe administrativo, dos escribientes, un maquinista y un mozo fogonero, así como desinfectores, mozos de carga, enfermeros y matronas. Véase Murillo, F. (1909: 37-46).

<sup>117</sup> El ministro de la gobernación Juan de la Cierva y Peñafiel fue el encargado de administrar los dos millones concedidos por el crédito, de los cuales uno millón y medio se utilizó para la construcción de edificios y adquisición de material, y las quinientas mil pesetas restantes para personal. *Obra sanitaria en España durante los años 1910-1912, La* (1914: 10).

<sup>118</sup> *Ibíd.*, 9.

Gobernación, contribuyeron a la consecución de importantes mejoras en este servicio<sup>119</sup>.

La estrategia general en lo referente a sanidad exterior, sufrió una reorientación como consecuencia de la teoría microbiana del contagio, que centró la atención en la detección de los casos sospechosos -exámenes de salud a los viajeros e incidencias sanitarias del viaje- así como en la incorporación de medidas de desinfección a bordo de los barcos. Sirvan de ejemplo para ilustrar estos cambios, las instrucciones dadas en 1910 por Manuel Martín Salazar en calidad de inspector general de sanidad exterior, en las que comienza “[...] fijando ciertas ideas sobre algunos puntos nuevos, surgidos últimamente del progreso incesante de la microbiología, respecto a los medios de propagación y desarrollo del cólera [...]”<sup>120</sup>, para continuar refiriéndose a la importancia del control de aquellas personas consideradas como portadoras de gérmenes, en los barcos procedentes de puntos infestados, ya sea porque hubieran padecido el cólera y siguieran conservando los vibriones coléricos en su intestino, con el consiguiente riesgo de contaminar a otros individuos por medio de sus heces, ya sea porque hubiesen vivido en contacto con los enfermos y se hubiesen convertido en portadores asintomáticos de la enfermedad. Ante la ausencia de un convenio internacional sobre las medidas a adoptar frente a los portadores de la enfermedad, el inspector general establecía que:

“[...] Cuando un buque traiga a bordo un individuo de la tripulación o del pasaje que haya padecido recientemente el cólera, se considerará tal individuo como un foco posible de contagio y se seguirá con él la conducta siguiente:

Se hará, si es posible y hay materiales para ello, el examen bacteriológico de las heces para llegar a conocer si contienen aún bacillus vírgula de Koch; se someterá a vigilancia y se impedirán en cuanto sea posible su contacto o relación con las personas o cosas que puedan contaminar, especialmente los alimentos y el agua de bebida, por un período de

---

<sup>119</sup> A esta época corresponde la construcción y entrega de obras tan importantes como la estación sanitaria de Las Palmas, Valencia, Ceuta y Algeciras. *Ibíd.*, 11.

<sup>120</sup> Circular de la Inspección General de Sanidad Exterior dictando instrucciones para evitar la invasión del cólera procedente de Rusia.

tiempo discrecional; se desinfectarán sus heces y la ropa interior y de cama que pueda ser manchada con aquéllas [...]”<sup>121</sup>.

La desinfección como medida de profilaxis frente a la transmisión de enfermedades infecciosas se convirtió en estos momentos en uno de los pilares de actuación en el ámbito de la sanidad marítima. El reconocimiento de su relevante papel en este campo dio pie al Convenio Sanitario Internacional de París de 1912, en el que se estableció que los barcos debían ser sometidos a desratizaciones periódicas al menos una vez cada seis meses, con independencia del estado sanitario de los puertos que hubiesen tocado durante dicho período. Basándose en esta recomendación internacional, también fue Martín Salazar, en 1914, quien recordó a los directores de las estaciones sanitarias de los puertos la obligación de desratizar a su llegada, con aparato Clayton o Marot, todo barco procedente de algún puerto infecto de peste, y la recomendación de utilizar esta práctica de manera periódica cada seis meses, con independencia del estado sanitario de los puertos que hubiesen tocado<sup>122</sup>.

Otro ejemplo de la importancia concedida a las medidas de desinfección, lo encontramos en la manera de abordar la lucha frente al tifus exantemático, de cuya nueva concepción etiológica derivó un tipo especial de profilaxis llamado “despiojamiento”, aplicado tanto a las personas como a los objetos. De nuevo fue Martín Salazar, en 1916, quien estableció el abordaje de esta enfermedad en tres direcciones que incluían, por un lado la desparasitación de las personas que llegaran en barco con la enfermedad mediante el baño con enjabonamiento de cabeza y cuerpo con posterior fricción con vinagre caliente y aplicación de algún parasitocida - aceite alcanforado, alcohol alcanforado, aceite de trementina, agua clorofórmica... Por otro lado las ropas y objetos personales de los enfermos se cerrarían en recipiente hermético con bencina, cuyos vapores mataban a los parásitos, y la desparasitación de la ropa se completaría mediante ebullición o vapor a presión en la estufa. En

---

<sup>121</sup> *Ibidem*.

<sup>122</sup> Circular de la Inspección General de Sanidad Exterior, relativa a la desinfección de barcos que hagan frecuentes viajes a países donde recientemente hubiera existido la peste.

tercer lugar, el recinto en el que hubieran permanecido los enfermos, debía someterse a una desinfección completa con anhídrido sulfuroso<sup>123</sup>.

Ante la creciente preocupación por la importante incidencia que empezaban a adquirir las enfermedades venéreas y en el marco de una política general de lucha contra este tipo de enfermedades, desde la Inspección General de Sanidad Exterior también se impulsó la creación de servicios de asistencia, en las estaciones sanitarias de los puertos, dirigidos tanto a los tripulantes como a los pasajeros de los barcos<sup>124</sup>. La subvención emitida desde el Ministerio de la Gobernación para acondicionar las instalaciones y dotarlas del material necesario, permitió que a partir de 1923 todas las estaciones sanitarias de los puertos comenzasen a disponer de dispensarios antivenéreos. Unos años más tarde, en 1929, este hecho sería constatado por un médico alemán, el Dr. Hapke que, como consejero médico de Freiburg viajó por España, y como observador externo de su organización sanitaria pudo constatar que “[...] En todos los puertos se ha creado, con arreglo a la convención internacional de lucha contra las enfermedades sexuales entre las gentes de mar, un servicio de profilaxis antivenérea [...]”<sup>125</sup>.

La necesidad de hacer más efectiva la vacunación antivariólica, como medida de prevención frente a la viruela, también condujo a la Inspección General de Sanidad Exterior a potenciar la comprobación del estado inmunitario frente a esta enfermedad tanto de los tripulantes como de los pasajeros de los barcos, dispensando la vacuna en aquellos casos en que estuviera indicado. El *Reglamento de Sanidad Exterior* de 14 de enero de 1909 exigía que para formar parte de la tripulación de cualquier barco español debería acreditarse estar vacunado o revacunado, dentro del período de los siete años anteriores a la fecha en que se solicitara el enrolamiento. Por otra parte, los directores de sanidad de las estaciones sanitarias de los puertos, “[...] ya sea en los actos para admisión a libre plática, ya en los de despacho de salida

---

<sup>123</sup> Circular de la Inspección General de Sanidad Exterior ampliando las medidas profilácticas que con respecto al tifus exantemático establece el artículo 181 del vigente *Reglamento de Sanidad Exterior*.

<sup>124</sup> Por Real Orden de 27 de mayo de 1922 se dispuso, de acuerdo con lo solicitado por la Sociedad de Naciones, que el personal médico de las estaciones sanitarias de los puertos prestasen asistencia gratuita a los tripulantes afectos de formas ambulatorias de venéreo-sífilis, y que en los laboratorios anexos a aquellas dependencias se practicasen los análisis clínicos precisos para el diagnóstico y orientación del tratamiento. Dirección General de Sanidad, (1923: 25).

<sup>125</sup> Hapke (1929: 129).

de barcos, procurarán conocer la condición de hallarse o no vacunados los individuos de las tripulaciones respectivas, exigiendo a los capitanes la exhibición de los certificados de que se trata. Cuando resulten individuos no vacunados o revacunados dentro del período que se señala, la vacunación o revacunación les será practicada por los funcionarios médicos de las dependencias sanitarias de los puertos gratuitamente [...]”<sup>126</sup>. Del mismo modo se establecía como función de los servicios sanitarios de los puertos, la vacunación gratuita de los pasajeros que llegasen en barcos procedentes de países en los que en fecha reciente se hubiesen producido numerosos casos de viruela, o independientemente de su procedencia, en los barcos en que se hubiese producido algún caso de viruela o hubiesen transportado grandes aglomeraciones de personas en defectuosas condiciones higiénicas.

En definitiva, puede afirmarse que el proceso de modernización de la sanidad española que comenzó con el siglo XX, fue desplazando la atención que de manera casi exclusiva se había centrado en la sanidad marítima como estrategia de defensa frente a las enfermedades epidémicas, hacia un modelo en el cual comenzaría a adquirir un creciente interés el desarrollo de políticas sanitarias potenciadoras de la sanidad interior, con la creación de estructuras propias capaces de ponerlas en práctica.

### **3.4.2. Las prioridades en materia de higiene pública**

#### **3.4.2.1. La lucha contra las enfermedades epidémicas**

A lo largo de la segunda mitad del ochocientos, la Dirección General de Sanidad, sin perder de vista el continuo azote epidémico que tenía en el cólera morbo su más frecuente exponente, centró gran parte de su actividad en dictar recomendaciones para la prevención y control de esta enfermedad. Cuando hacía su aparición una nueva epidemia, perpetuando la centralización de la toma de decisiones, esta institución central establecía las directrices a seguir por los gobernadores de las provincias, en lo referente al establecimiento de cordones sanitarios, tiendas de campaña en las afueras de las poblaciones, aislamiento de los epidemiados en

---

<sup>126</sup> Real Orden de 13 de julio de 1914 del Ministerio de la Gobernación sobre la obligatoriedad de la vacunación a los tripulantes de los buques.

hospitales especiales improvisados al efecto, fumigaciones de mercancías y pasajeros que viajasen en tren, o la obligación de realizar las “visitas médicas preventivas” en el domicilio de los pobres.

Una reacción casi inmediata y constante ante la irrupción de un nuevo brote epidémico era la constitución de juntas de inspección higiénica, así como la emisión de una serie de recomendaciones generales de carácter higiénico y sanitario, dirigidas por una parte a mejorar el saneamiento de las poblaciones para acabar con los posibles focos de infección -eliminación de depósitos orgánicos en descomposición y de aguas corrompidas, ventilación de las casas, utilización de soluciones cloradas en la limpieza de las habitaciones-. No hay que olvidar que la teoría ambientalista miasmática del contagio era la que imperaba en estos momentos, atribuyendo a la suciedad y a la descomposición de la materia orgánica, la producción y liberación de miasmas que se transmitirían por el aire. De ahí el interés de que éste se mantuviese en las mejores condiciones de pureza. De acuerdo con esta concepción etiopatogénica, la basura, las aguas negras de las acequias, los cadáveres en descomposición de los cementerios o las aguas estancadas, constituirían la principal fuente de producción de los miasmas.

Junto a estas normas de higiene colectiva, también solían emitirse de manera casi constante otras que afectaban a la esfera individual, invitando a la población a sustituir algunos hábitos alimentarios, a mejorar su higiene personal, o a practicar determinados hábitos considerados saludables como el ejercicio físico o el descanso nocturno<sup>127</sup>. En el fondo de estos consejos higiénicos se vislumbraba un cierto aire paternalista y protector hacia los pobres y miserables, que no trasluce más que la idea de asociar la pobreza a la enfermedad.

Un aspecto que pensamos que merece la pena resaltar en la lucha frente a las epidemias en esta etapa, es que la estrategia política de actuación era constante e invariable, independientemente de cual fuese la enfermedad responsable –cólera,

---

<sup>127</sup> En este sentido podemos destacar las *Reglas preventivas y curativas contra el cólera morbo*, publicadas en la Real Orden de 6 de enero de 1854, las *Medidas higiénicas o de sanificación de las poblaciones: Focos de infección*, contenidas en la Circular de 21 de enero de 1866, y en el mismo año las *Medidas para prevenir el desarrollo de una epidemia o enfermedad contagiosa*, contenidas en la Real Orden de 11 de julio, las *Preveniones para evitar la propagación del tifus*, en la Circular de 28 de abril de 1869, o las *Medidas preventivas del cólera* que aparecen en tres Reales Órdenes de 24 de junio de 1890, y en la Real Orden de 29 de noviembre de 1890.



fiebre amarilla, tifus exantemático...- y sus mecanismos de transmisión. En cualquier caso se generaba una situación de alarma y crisis social ante la cual, ni el gobierno central ni los gobiernos municipales disponían de capacidad ni de medios para afrontar, poniéndose en evidencia de manera frecuente la falta de coordinación entre los diferentes órganos de decisión en política sanitaria. La rapidez con que se difundían estas enfermedades, afectando en un lapso de tiempo corto a gran cantidad de población –con mayor afectación de los grupos socialmente más desfavorecidos- y la ausencia de una estructura sanitaria pública capaz de hacer frente a la enfermedad, hacían tambalear una y otra vez un sistema inoperante que basaba su estrategia en la creación de comisiones municipales de salubridad, para garantizar el cumplimiento de las medidas elementales de higiene, juntas de beneficencia y juntas parroquiales para promover la ayuda ciudadana a través de la caridad cristiana, en el seno de un sistema de atención sanitaria basado en la beneficencia y la caridad. Por lo tanto se trataba de un sistema ineficiente desde el punto de vista de la intervención sanitaria y generador de alarma social, tal como se pone de manifiesto en los numerosos estudios realizados en diversas poblaciones al respecto<sup>128</sup>.

La incorporación de la teoría microbiana del contagio y el descubrimiento de la existencia de posibles portadores capaces de transmitir la enfermedad sin padecerla, aportó nuevas luces al conocimiento epidemiológico de las enfermedades infecciosas, que sirvieron de base para el diagnóstico y la orientación de las medidas profilácticas a adoptar. De esta manera, el desarrollo de la higiene de laboratorio se convirtió en el núcleo central para abordar el control de las epidemias que fueron apareciendo ya en el siglo XX, que sumó a las ya clásicas medidas de aislamiento de los enfermos, la identificación de los gérmenes a través de estudios microbiológicos, así como la intensificación en la aplicación de medidas de desinfección. Valgan de ejemplo los testimonios realizados por Gustavo Pittaluga, Francisco Murillo, Wistano Roldán y Miguel Trallero, sobre la estrategia desarrollada para controlar la

---

<sup>128</sup> A modo de ejemplo citaremos algunos de los trabajos realizados en el Departament d' Història de la Ciència de la Universitat de València, sobre algunas de las epidemias que vivió la ciudad en la segunda mitad del XIX y primer tercio del XX, tales como los trabajos de Irlés, M<sup>a</sup> Á. y Báguena, M<sup>a</sup> J. (1996) sobre la higiene pública municipal en Valencia durante la epidemia de cólera de 1860, el estudio que realizamos Barona, J. L. y C. (1988) sobre la fiebre amarilla, o el que sobre la epidemia de gripe de 1918 realizó Martínez Pons, M. (1999).

epidemia de cólera que invadió las poblaciones catalanas en 1911<sup>129</sup>, y que consistió en el aislamiento de los enfermos, la aplicación de medidas de desinfección de ropas, enseres y casas de los afectados, así como de los retretes y estercoleros de todas las casas con periodicidad diaria, adopción de medidas sanitarias sobre los manipuladores de alimentos, con especial vigilancia sobre las panaderías, y recomendaciones para evitar aquellos alimentos y frutas capaces de albergar el germen, sin olvidar uno de los puntos más importantes que era el control de la calidad del agua de bebida. Todo ello fue posible merced al desplazamiento de dos brigadas sanitarias, al frente de las cuales se pusieron los profesores del Instituto de Alfonso XIII Francisco Murillo y Gustavo Pittaluga, provistas de material de desinfección, de alojamientos para aislar a los enfermos, de esterilización de agua y de medios de laboratorio para llevar a cabo las investigaciones epidemiológicas pertinentes. Este material estaba compuesto de barracas Doecker para el aislamiento y asistencia de enfermos, estufas de desinfección locomóviles de vapor a presión y uso de formaldehído, esterilizadoras de agua modelo Henneberg, que daban 500 litros de agua esterilizada por hora, y un laboratorio bacteriológico transportable<sup>130</sup>.

Todas estas actuaciones que se centraban en aquellos lugares donde había hecho su aparición la epidemia, se veían rápidamente acompañadas de una serie de disposiciones legislativas que pretendían evitar su extensión, y en cualquier caso garantizar el cumplimiento de las medidas de salud pública necesarias para su detección precoz.

En este sentido, ya en 1901<sup>131</sup> se estableció la obligatoriedad de que todos los médicos declarasen a las autoridades sanitarias los casos sospechosos de determinadas enfermedades como la peste, fiebre amarilla, cólera, lepra, viruela, sarampión, escarlatina, difteria, tífus, fiebre tifoidea y tuberculosis, ampliándose esta lista por Decreto de 10 de enero de 1919 a otras enfermedades como el tífus exantemático, disentería, varicela, sarampión, meningitis cerebro-espinal, septicemia -especialmente la puerperal-, coqueluche, gripe, parálisis infantil, tracoma y las

---

<sup>129</sup> *Obra sanitaria en España durante los años 1910-1912, La* (1914: 28-58).

<sup>130</sup> *Ibíd.*, 22.

<sup>131</sup> Real Decreto de 31 de octubre de 1901.

escolares de origen parasitario<sup>132</sup>. El objetivo de la declaración de casos de estas enfermedades era la detección temprana de cualquier proceso epidémico que hiciera posible iniciar el control de la extensión de la enfermedad. Sin embargo, la percepción de la importancia de cumplir con la obligación de declarar tardaría bastante en formar parte de la cultura sanitaria de los médicos españoles, a pesar de las reiteradas disposiciones publicadas con carácter recordatorio, tanto en los boletines estatales como en los provinciales y municipales.

El innegable avance que determinadas medidas habían supuesto en el control de las enfermedades epidémicas, sufrió un impresionante revés cuando en 1918-19 hizo su aparición una pandemia de gripe, que fue capaz de romper la tendencia decreciente de la mortalidad atribuible a las enfermedades infecciosas iniciada desde principios de siglo XX<sup>133</sup>. La gripe puso en jaque tanto a las autoridades sanitarias que se vieron sobrepasadas en su capacidad de reacción respondiendo a la epidemia sin innovación alguna respecto a epidemias precedentes, como a los representantes del mundo científico, que se enfrentaban a un tipo de microorganismo desconocido, ante el cual no eran válidas las estrategias aplicadas para combatir las epidemias bacterianas predominantes hasta esos momentos<sup>134</sup>.

La epidemia de gripe de 1918 supuso un claro precedente del nuevo rumbo que a partir de entonces tomó la amenaza epidémica, resultando la primera de una serie de enfermedades de etiología viral que ya bien adentrados en el siglo XX culminó con la pandemia de SIDA, constituyendo un nuevo reto para las diferentes disciplinas desde las que se aborda la lucha contra las enfermedades infecciosas – epidemiología, clínica, microbiología, terapéutica....

---

<sup>132</sup> Porras, I. (1993).

<sup>133</sup> Este hecho queda claramente constatado en las estadísticas oficiales que desde la Dirección General de Sanidad promovió Marcelino Pascua. Pascua, M. (1935).

<sup>134</sup> La importancia de esta epidemia de gripe se hace patente en el primordial papel que ocupan en la historiografía médica los estudios sobre este acontecimiento. A modo de ejemplo y centrándonos en los estudios sobre la epidemia en España citaremos los de Tomas, J. (1982) sobre la epidemia en la ciudad mallorquina de Lluçmajor, el de Elespuru, E. (1984) en la ciudad de Bilbao; el de Carrillo, J.L., Castellanos, J. y Ramos, M.D. (1985) en la ciudad de Málaga, el de Urquía, J.M. (1986) en Guipúzcoa, March J. y Salas, P. (1989) en la ciudad de Pollença, Rodríguez F.C. y Gavira, J. (1990) en la ciudad de Córdoba, Bernabeu, J. (1991b) y Palazón, S. (1991) en la ciudad de Alicante, García Faria, F.J. (1991) en la ciudad de Zamora, Rodríguez Ocaña, E. (1991) en la ciudad de Barcelona, Lluch Dobón, F.D. (1991) en las Islas Baleares, Sena Espinel, M.P. (1992) en la ciudad de Salamanca, Echevarri Dávila, B. (1993) sobre la epidemia en España, Porras, I. (1994) en la ciudad de Madrid y Martínez Pons, M. (1995) sobre la ciudad de Valencia.

### 3.4.2.2. Las campañas de vacunación

La práctica de la vacunación antivariólica fue otro de los aspectos sanitarios que suscitó interés a partir de la segunda mitad del siglo XIX. Aunque ésta ya había recibido una gran acogida en los primeros años del siglo<sup>135</sup>, este interés no tuvo la fortuna de mantenerse constante a lo largo de los años siguientes, hecho que algunos autores atribuyen a la ausencia de un marco legislativo e institucional capaz de garantizar la práctica vacunal<sup>136</sup>. La *Real Cédula* publicada en 1805 para obligar la apertura de una sala de vacunación en cada hospital, fue una de las pocas medidas promulgadas<sup>137</sup>. A ello debe sumarse el hecho de que, frente a la mayoría de países europeos, España no contó con una institución dedicada a velar por la expansión de la vacuna hasta bien adentrado el siglo, quedando por ello su difusión íntimamente ligada al mayor o menor interés de personalidades o iniciativas concretas. En este sentido cabe resaltar la labor pionera realizada desde el Instituto Médico Valenciano, que desde el 2 de julio de 1851 contó con una comisión central de vacunación cuyo objetivo fue la propagación de la vacuna sin distinción de categoría o clase social, para lo cual utilizó el *cowpox* genuino remitido desde el National Vaccination Establishment de Inglaterra. El prestigio creciente que llegó a alcanzar esta institución en los años cincuenta y sesenta, la convirtió en un importante centro de referencia hasta el momento en que hizo su aparición el Instituto Nacional de Vacunación. A la institución valenciana recurrían gran parte de municipios y gobernadores de diferentes provincias para la obtención de la linfa vacuna, al haberse ganado la confianza de la Dirección General de Sanidad, desde donde se recomendaba recurrir al Instituto Médico Valenciano para la obtención de la vacuna<sup>138</sup>.

Aunque en la *Ley de Sanidad* de 1855 se atribuía a los ayuntamientos la responsabilidad de vacunar a todos los niños y de manera gratuita a los de familia pobre, la norma no se cumplía con regularidad, y solamente ante la presentación de un brote epidémico se producía de manera reactiva un incremento de uso de esta

---

<sup>135</sup> Balaguer, E. (1987).

<sup>136</sup> Olagüe, G. (1995).

<sup>137</sup> Santamaría, E. (1990).

<sup>138</sup> Teruel, S. (1974: 79-92).

práctica preventiva<sup>139</sup>. Cesaban entonces las resistencias de la población a ser vacunada, por otra parte bien fundadas en los efectos adversos que la linfa vacuna producía en ocasiones, por no mantenerse las necesarias normas de conservación<sup>140</sup>. Los individuos que ingresaban para formar parte del ejército, también fueron pronto considerados parte de la población diana de la vacunación, obligando a partir de 1868 a que “[...] todos los individuos de tropa que en lo sucesivo ingresen en los ejércitos de la Península y Ultramar, cualquiera que sea su procedencia, sean vacunados o revacunados antes de empezar su instrucción [...]”<sup>141</sup>.

La constatación de la necesidad de difundir la vacunación antivariólica, aunque con retraso, se vio por fin culminada con la creación en 1871 del Instituto Nacional de Vacunación<sup>142</sup>. Bajo la dependencia directa de la Academia de Medicina, su reglamento, publicado por la Dirección General de Beneficencia y Sanidad, el 14 de septiembre de 1876 le atribuía, además de la función de elaborar y proveer de linfa vacunal a la Dirección General de Sanidad e institutos y centros de vacunación de las provincias, la realización de estudios de carácter experimental o de otro tipo, con la finalidad de mejorar el poder inmunogénico de la vacuna. También un mejor conocimiento de la eficacia vacunal a través de la valoración de los datos estadísticos enviados desde los diferentes puntos de vacunación. Con la finalidad de potenciar y ampliar la labor del instituto, en 1885 éste sufrió una importante ampliación de su personal<sup>143</sup>.

El triunfo definitivo de la teoría microbiana y la obtención de vacunas y sueros eficaces contra algunas de las principales enfermedades infecciosas determinó

---

<sup>139</sup> Un ejemplo de ello lo encontramos en la Orden de 30 de diciembre de 1873, en la que ante una situación de epidemia, el gobierno de la República decidió hacer obligatoria la vacunación y revacunación en todas las comunidades cerradas: hospicios, colegios, establecimientos penales, e incluso en los hospitales, en los cuales deberían vacunarse los enfermos que ingresaran siempre que ello no fuera contraproducente para su dolencia.

<sup>140</sup> Báguena, M<sup>a</sup>.J. (1992a).

<sup>141</sup> Real Orden de 15 de enero de 1868, dictando medidas para la vacunación y revacunación de los soldados y evitar la propagación de la viruela en el ejército.

<sup>142</sup> Real Decreto de 24 de julio de 1871, a propuesta del Ministro de Fomento Manuel Ruiz Zorrilla.

<sup>143</sup> Por Real Decreto de 20 de noviembre de 1885 se establecía que a partir del mes de diciembre de ese mismo año, el personal del Instituto pasarían a componerlo “ un médico jefe vacunador con el haber anual de 3.000 pesetas, un médico jefe de visitas con 2.500 pesetas, un médico administrador secretario con 2.000 pesetas, dos médicos vacunadores, con 1.500 pesetas cada uno, un médico vacunador con 1.000 pesetas, cuatro médicos visitantes de distrito, con la gratificación de 1.000 pesetas cada uno, un conserje con 1.250 pesetas, tres mozos a 750 pesetas y dos médicos supernumerarios sin sueldo”.

la necesidad de adaptar progresivamente la lucha contra la enfermedad a las nuevas circunstancias. En este sentido, la utilización del suero antidiftérico de Roux-Behring constituyó el principal acicate para la transformación del primitivo Instituto de Vacunación del Estado en el Instituto Central de Bacteriología e Higiene a partir de 1894 y más tarde en el Instituto de Sueroterapia Alfonso XIII<sup>144</sup>.

A pesar de todo, había un eslabón fundamental en toda la cadena que no se había reforzado lo suficiente, y era el papel del municipio y de los médicos municipales en la difusión de la vacunación. Con tal objeto se publicaron en poco tiempo, dos disposiciones para recordar “[...] el deber que todo médico en el ejercicio de su profesión tiene de efectuar la vacunación y revacunación a todos aquellos con los que tenga contratada la asistencia facultativa, siendo servicio obligatorio y gratuito para los médicos municipales el vacunar gratuitamente a los pobres del partido a que se extienda su contrato [...]”<sup>145</sup>. Además, se establecía como población diana la menor de veinte años, haciendo obligatoria la administración de la primera dosis de vacuna a todos los niños antes de cumplir los dos años, y las dosis de revacunación cada cuatro años. Se exigía la vacunación a todos los alumnos que acudiesen a los centros escolares y asilos de beneficencia y se recomendaba como mejor época del año para vacunar, la comprendida entre los meses de abril a junio y de septiembre a noviembre.

La idea de incentivar a los médicos llegó hasta el punto de ofrecer la condecoración con la Cruz de Beneficencia a los que acreditaran haber extendido la vacunación a una proporción superior al 20% de la población atendida, en aquellas superiores a las 20.000 almas. Y los esfuerzos de las autoridades sanitarias por alcanzar el objetivo de que la vacunación antivariólica fuese una práctica regular con una amplia cobertura de población susceptible, se vieron acompañados por un significativo interés en establecer un control estadístico de la práctica vacunal, por medio de la elaboración de registros de base municipal elaborados a partir de las vacunaciones practicadas por los facultativos o instituciones competentes. Estos esfuerzos quedaban reflejados en las reiteradas disposiciones legislativas para

---

<sup>144</sup> En realidad éste se creó como una medida más para luchar contra la amenaza de la peste de Oporto en 1899. Porras, I. (1998).

<sup>145</sup> Real Decreto de 18 de agosto de 1891, y Real Decreto de 15 de enero de 1903.

recordar “[...] esta obligación a los Directores facultativos y Administradores de los hospitales, hospicios, asilos, manicomios, cárceles, institutos o centros de vacunación, profesores de las escuelas y demás establecimientos oficiales o colectividades de esa capital que dependan de la Diputación o del Municipio [...]”<sup>146</sup>.

El gobernador de la provincia era el encargado de recibir en los primeros cinco días de cada mes los partes de vacunación correspondientes a su ámbito de referencia, para posteriormente remitirlos a la Inspección General de Sanidad Exterior. La estadística sobre las vacunas administradas, además de proporcionar información sobre coberturas vacunales, también constituiría un buen elemento para controlar el número de nuevas dosis a elaborar así como la calidad de las vacunas administradas, ya que “[...] los alcaldes y autoridades sanitarias darán cuenta al Inspector provincial de las vacunaciones efectuadas y los resultados obtenidos con todas las remesas de vacuna, indicando en los casos en que dichos resultados fueran negativos, la fecha en que fue recibida y aplicada y el número de lote marcado en el estuche de origen [...]”<sup>147</sup>.

Si bien la viruela, a lo largo de todo nuestro período de estudio mantuvo la primacía como enfermedad vacunable para las autoridades sanitarias, también fueron haciendo su aparición otras vacunas para prevenir y combatir otras enfermedades de no menos trascendencia epidemiológica que la viruela, como eran la fiebre tifoidea, la rabia o la difteria. La fiebre tifoidea constituía un problema sanitario bastante arraigado en la sociedad española, a juzgar por las estadísticas de morbilidad y de mortalidad atribuibles a este proceso, vinculado en gran medida a las deficientes condiciones higiénicas que sufrían la mayor parte de las poblaciones y especialmente las de carácter rural -abastecimientos de aguas en malas condiciones, eliminación de excretas sin depuración en playas, ríos o acequias de riego, contaminación de alimentos de la huerta por el agua de riego, existencia de portadores.... En el quinquenio 1920-1924, la mortalidad por fiebre tifoidea en España fue de 27,3 x 100.000 habitantes, resultando el país con cifras de mortalidad más elevadas junto a Italia, Hungría y Checoslovaquia, frente a Dinamarca, Baviera, Inglaterra y Suiza

---

<sup>146</sup> Real Orden de 21 de julio de 1909 recordando el cumplimiento de envío de datos estadísticos, ampliada por la Circular de la Inspección General de Sanidad de 4 de mayo de 1911.

<sup>147</sup> Real Orden de 26 de enero de 1918 sobre peticiones de vacuna.

que presentaban las cifras más bajas. Entre las provincias españolas con cifras de mortalidad por encima de la media del Estado se encontraban fundamentalmente las de la franja mediterránea, Barcelona, Valencia, Córdoba, Málaga, Alicante, Murcia, Tarragona...<sup>148</sup>. Como consecuencia de la magnitud de este problema sanitario, cuando hizo su aparición la vacuna antitífica tuvo una amplia acogida entre científicos y sanitarios, hasta el punto que el Real Consejo de Sanidad aprobó la moción presentada por los inspectores generales de sanidad en 1913<sup>149</sup>. En ella recomendaba oficialmente su uso y ofrecía los medios necesarios para la extensión de su práctica ante la evidencia científica de su eficacia y de sus escasos efectos nocivos. Si bien la utilización de esta vacuna inicialmente se hacía recomendable en tiempo de epidemias o de recrudecimiento de endemias, no sólo para los enfermos sino también para los contactos y especialmente cuando se tratase de instituciones cerradas, la publicación de la Real Orden de 30 de noviembre de 1921 dispuso que en estos supuestos se administrara con carácter obligatorio. La vacuna constituía un medio de combatir la enfermedad mucho más barato e inmediato que el de cambiar el sistema de dotación de aguas de bebida y depuración de aguas residuales:

“Para contrarrestar tan terrible plaga, que después de la tuberculosis es seguramente la que ocasiona mayor número de víctimas en nuestra nación, no hay más que dos remedios higiénicos fundamentales de carácter público. Uno es el de la dotación de las aguas de bebida, microbiológicamente puras a todas las poblaciones, y el otro es el uso de las vacunaciones preventivas. El primero tropieza en España con inconvenientes casi insuperables, nacidos de la necesidad de un previo, formal y detenido estudio de los proyectos, del largo plazo que exige su ejecución, y sobre todo de la falta de recursos económicos de los pueblos y del Estado para llevarlos a cabo; en cambio el segundo medio, aunque

---

<sup>148</sup> Mortalidad (1926).

<sup>149</sup> En el preámbulo de la Real Orden Circular de 16 de julio de 1913, se justificaba el interés de la utilización de la vacuna antitífica debido a la elevada morbilidad y mortalidad que producía, con cerca de 50.000 casos anuales en España de los cuales morían alrededor de 7.500 individuos.



considerado por lo pronto de más limitado radio de acción, es altamente económico y de muy fácil realización práctica”<sup>150</sup>.

La incorporación de la vacuna de Pasteur frente a la rabia y las contribuciones de Ehrlich al conocimiento de la inmunidad, abonaron el terreno de la inmunología moderna, propiciando que científicos como Roux, Yersin y Fabre sentaran las bases para la obtención de antitoxinas en animales, utilizadas con éxito en humanos para prevenir la difteria y el tétanos, y que alrededor de los años veinte del novecientos darían paso a los toxoides diftérico y tetánico, mucho más inmunógenos y seguros. Será precisamente a partir de estos momentos cuando comiencen a iniciarse con mayor intensidad las campañas de difusión de la vacunación antidiftérica dirigidas fundamentalmente a la población infantil, que resultaba la más afectada por esta enfermedad.

La vacuna obtenida por Pasteur frente a la rabia en 1885, fue conocida de inmediato en España, donde a la vista de los favorables resultados que el microbiólogo francés obtenía en su laboratorio de París, comenzó a aplicarse a partir de 1887, siendo Jaime Ferrán quien propuso al Ayuntamiento de Barcelona la creación en esta ciudad de un instituto de similares características al de Pasteur. Su propuesta culminó en la constitución de un laboratorio microbiológico municipal en el cual comenzaron a aplicarse las primeras inoculaciones antirrábicas con el método del bacteriólogo francés. En los años siguientes comenzaron a sucederse los centros de vacunación que incorporaron la nueva vacuna, en 1895 el Instituto de Higiene de Sevilla, en 1897 el de Pontevedra, en 1899 el Instituto Alfonso XIII o en 1910 el Instituto Municipal de Valencia<sup>151</sup>.

### **3.4.2.3. La higiene de los cementerios**

Aunque la normativa reguladora de la policía mortuoria y de cementerios ya tenía antecedentes desde el reinado de Carlos IV, durante la segunda mitad del ochocientos se intensificó notablemente, dado que bajo la concepción ambientalista y miasmática del contagio los cementerios eran considerados como potenciales focos

---

<sup>150</sup> *Ibíd.*

<sup>151</sup> Véanse los trabajos de Villalbí, J. R. (1991) y de Báguena, M<sup>a</sup>.J. (2000: 77-84).

de insalubridad y de producción de enfermedades, debido a los fenómenos de putrefacción y descomposición cadavérica que en ellos se producían. El importante desarrollo del movimiento higienista en España, contribuyó notablemente a mejorar y modernizar las condiciones higiénicas de los cementerios<sup>152</sup>. Bajo la interpretación ambientalista del contagio, la suciedad y la descomposición de la materia orgánica serían responsables de la producción y liberación de miasmas, que actuarían contaminando el aire, medio que actuaría además como vehículo de transmisión. El aire, indispensable para la vida, había de reunir las mejores condiciones de pureza y sería el responsable de que el aspecto central de la política sanitaria relativa a los cementerios estuviera centrado en su ubicación alejada de las poblaciones, para evitar que el viento transportara hasta ellas los supuestos miasmas.

Realmente el interés de la administración por garantizar que todos los cementerios cumplieren unos requisitos higiénicos mínimos no alcanzó una cierta seriedad hasta la segunda mitad del siglo XIX. Hasta este momento eran prácticas frecuentes los enterramientos en el entorno de las iglesias, la ubicación del cementerio en pleno casco urbano, o la apertura de sepulturas antes de tiempo, por carecer el cementerio de la superficie necesaria. A partir de los años ochenta, a través de varias disposiciones emanadas del Ministerio de la Gobernación, se hacía patente el papel del jefe político de la provincia en relación con los permisos para exhumación y traslación de cadáveres, y se publicaban los requisitos que los ayuntamientos debían cumplir para la construcción de nuevos cementerios. En relación con la inhumación y exhumación de los cadáveres, cabe destacar la Real Orden de 28 de abril de 1875 prohibiendo más de tres días el depósito de cadáveres embalsamados en las iglesias y en las casas, la Real Orden de 18 de julio de 1887, prohibiendo las inhumaciones fuera de los cementerios, o la de 15 de octubre de 1898 sobre procedimientos para las inhumaciones y formalidades legales para las exhumaciones. La Orden de 19 de mayo de 1882, recordaba la obligación de los ayuntamientos de velar por las condiciones higiénicas de sus cementerios,

---

<sup>152</sup> La influencia del movimiento higienista fue precisamente la que condujo a realizar una exhaustiva revisión de la situación de los cementerios españoles en los años ochenta de la pasada centuria, cuya consecuencia inmediata fue la clausura en 1884 de 7.186 cementerios del total de 10.091 que había en España, por no cumplir la normativa exigida. Barona, C y Martínez Pons, M. (1997).

puntualizando cuales eran los requisitos que desde este punto de vista debían cumplir:

- Estar emplazados al menos a medio kilómetro de distancia de toda población, casa de campo o camino urbanizado.
- Emplazado a mayor altitud que el pueblo.
- Contrario a la dirección de los vientos dominantes.
- En un terreno calcáreo o arcilloso.
- Alejado de ríos, pozos, fuentes y conducciones de agua que conduzcan agua de bebida u otros usos domésticos.
- Tener una extensión al menos quintuple en relación a las defunciones estimadas que pudieran producirse en un año, con la finalidad de no tener que remover la tierra de una sepultura para hacer otra inhumación hasta que hayan pasado cinco años.
- Cada fosa para un solo cadáver debería tener dos metros de larga por ocho decímetros de ancha y un metro y medio a dos metros de profundidad, dejando entre una y otra sepultura un espacio de tres a cinco decímetros.
- Además los cementerios deberían estar rodeados por una muralla de dos metros de altura y disponer de una sala mortuoria, otra para las autopsias, una capilla y una habitación para el vigilante.

La adaptación de los ayuntamientos a esta normativa determinó que muchos de ellos se viesan obligados a construir nuevos cementerios en su término municipal. El procedimiento para la tramitación de proyectos de construcción de nuevos cementerios, quedó reflejado en las Reales Órdenes de 17 de febrero de 1886, y de 16 de julio de 1888, estableciendo la necesidad de su aprobación por la Dirección General de Sanidad. Tras este importante impulso a la política de saneamiento y construcción de cementerios, el *Reglamento de Sanidad Municipal* mantuvo esta misma línea ya iniciada, atribuyendo a los ayuntamientos la “conservación de los cementerios en el estado decoroso e higiénico que su propio destino reclama, y la

vigilancia de los sepelios para el mejor cumplimiento de las disposiciones generales sobre policía mortuoria”.

#### **3.4.2.4. La higiene de los alimentos**

A partir de los años centrales del siglo XIX, los esfuerzos por mejorar las condiciones de salubridad de los alimentos y por vigilar la comercialización de los productos cárnicos, se vieron francamente intensificados. En un contexto acorde con las doctrinas sobre el contagio vigentes en la época, la vigilancia higiénica de los alimentos comenzó a adquirir una importancia creciente en el conjunto de las competencias sanitarias municipales<sup>153</sup>, dirigiéndose los esfuerzos básicamente a controlar las epizootias de los ganados, para evitar su transmisión al hombre -peste bovina, fiebre aftosa o glosopeda, viruela, carbunco-, y a establecer las características reglamentarias de los mataderos, para garantizar las condiciones higiénicas en el sacrificio de las reses destinadas al consumo humano. Con esta finalidad se publicó en 1859 el *Reglamento de Inspección de Carnes*<sup>154</sup>, que atribuía a los gobiernos municipales la responsabilidad de velar por el establecimiento de un sistema de vigilancia e inspección de todas las reses cuya carne tuviese como destino el consumo humano.

Dos son los aspectos sobre los que pivotaba este reglamento, la centralización del sacrificio de las reses en un mismo punto llamado matadero, y la creación de la figura del inspector de carnes, elegido por los ayuntamientos entre los profesores de veterinaria, cuya misión consistiría en un primer reconocimiento de las reses antes de su sacrificio y una vez llevado éste a cabo, otro de sus vísceras confirmatorio de su buen estado sanitario. Asimismo, los inspectores de carnes deberían cumplimentar un registro con el tipo y número de reses sacrificadas en su respectivo matadero. Pero el reglamento no debió ser tomado muy en serio, ya que unos años después salían de boca del Director General de Sanidad, Daniel Carballo, las siguientes palabras: “[...] sensible de que por algunas corporaciones municipales, que tienen el sagrado deber

---

<sup>153</sup> Véase a este respecto el extenso y minucioso trabajo realizado por Barona, J.L.; Lloret, J. (2000) sobre el desarrollo de la higiene alimentaria y los mataderos en la sociedad valenciana, que aporta en primer lugar una recopilación de la normativa estatal que hizo posible el desarrollo de esta vertiente sanitaria, para más tarde centrar su atención en la situación valenciana.

<sup>154</sup> Real Orden de 24 de febrero de 1859, aprobando el *Reglamento de inspección de carnes*.

de velar por la salud de sus administrados, sea por una negligencia vituperable, o lo que es más punible, por condescendencias reprobables con los ganaderos y abastecedores públicos, toleren y autoricen la venta de carnes enfermas, y a veces en estado de putrefacción nocivamente perjudiciales, y que en último término producen las enfermedades y hasta la muerte en las personas que hacen uso de ellas para su consumo [...]”<sup>155</sup>, a pesar del intento de regular la contratación de los inspectores de carnes, promulgando varias disposiciones para homologar sus retribuciones de acuerdo con el número de reses sacrificadas, y mediante establecimiento de contratos con los ayuntamientos<sup>156</sup>.

El legislador también intentaba estimular la construcción de mataderos en los cuales “[...] los veterinarios puedan inspeccionar el ganado con el espacio, la detención y el tiempo necesarios para emitir un juicio suficientemente fundado, para lo cual es preciso en ocasiones someter al ganado a observación [...]”<sup>157</sup>. Sin embargo el grado de incumplimiento de las disposiciones establecidas debía ser hasta tal punto importante, que como consecuencia de la venta y consumo de carne procedente de reses muertas de carbunco y tuberculosis se produjo la muerte por carbunco de varias personas, hecho que determinó en 1899 la creación en cada provincia de las figuras de los inspectores y subinspectores veterinarios de salubridad, ambas con carácter honorífico y bajo las órdenes de los gobernadores civiles<sup>158</sup>.

Con la llegada del siglo XX, se fue intensificando aún más la legislación reguladora de las distintas actuaciones necesarias para garantizar una adecuada higiene alimentaria, poniendo un especial énfasis en regular la construcción y el régimen de funcionamiento de los mataderos<sup>159</sup>. También se profesionalizó la figura

---

<sup>155</sup> Circular de 25 de marzo de 1866 de la Dirección General de Sanidad, recomendando la más puntual observancia de los reglamentos vigentes sobre inspectores de carnes.

<sup>156</sup> La Real Orden de 17 de marzo de 1864 estableció el sueldo y las obligaciones de estos funcionarios municipales, oscilando las cantidades a percibir entre 360 y 3.500 reales al año, en función del número de cabezas de ganado sacrificadas en el pueblo, y más tarde la Real Orden de 15 de febrero de 1877 sobre la necesidad de establecer contratos para el nombramiento de empleados facultativos.

<sup>157</sup> Real Orden de 9 de septiembre de 1888 sobre inspección de reses destinadas al matadero.

<sup>158</sup> Real Orden de 1 de febrero de 1899.

<sup>159</sup> Primero la Instrucción General de Sanidad de 1904 insistió en atribuir a cada municipio la responsabilidad de velar por una adecuada higiene alimentaria mediante la actividad inspectora, y por Real Decreto de 6 de abril de 1905 se establecían disposiciones para la construcción y modernización de los mataderos, así como para la venta de carne. Este último aspecto volvería a ser abordado en el Real Decreto de 22 de diciembre de 1908, con un carácter eminentemente sancionador en los casos de

de los inspectores mediante la constitución del cuerpo de veterinarios titulares en el Reglamento de 22 de marzo de 1906, donde se regulaban las condiciones para su acceso y separación del puesto, así como sus obligaciones y derechos.

En esta situación llegamos a 1918 en que vio la luz el texto legislativo sin duda de mayor importancia y repercusión en la organización y control de los servicios encargados de la higiene alimentaria en el período que nos ocupa. Nos estamos refiriendo al *Reglamento general de Mataderos*<sup>160</sup>, en el que se unificaban los criterios tanto sobre el adecuado funcionamiento de los mataderos como sobre las actuaciones de los inspectores veterinarios, a lo largo de seis capítulos y 97 artículos, que de manera minuciosa iban abordando aspectos que van desde el número de dependencias y distribución interior de los servicios del matadero, los recursos materiales con que debía contar, el reconocimiento al que debían someterse los diferentes tipos de animales y las normas tanto para su sacrificio como para su decomisado. Se ocupaba después de la organización del cuerpo de inspectores veterinarios y las condiciones en que debían ser contratados por los ayuntamientos, sus atribuciones y deberes, para finalizar dedicando un capítulo al asunto de las sanciones o penas aplicables a los ayuntamientos que no aplicaran adecuadamente el reglamento<sup>161</sup>.

La decisiva aportación de este precepto legislativo y su puesta en práctica, constituyeron sin duda una impronta en la modernización y renovación del sistema de organización de la higiene alimentaria, de manera que importantes preceptos legislativos publicados con posterioridad como lo fue el *Reglamento de Sanidad Municipal* en 1925<sup>162</sup>, no harían más que ratificar lo ya establecido en el mencionado reglamento. Únicamente merece la pena resaltar la reorganización de los servicios de veterinaria propuesta en 1930<sup>163</sup>, que establecía su jerarquización en servicios centrales, provinciales y municipales, y diferenciaba entre veterinarios higienistas -

---

fraude y adulteración de los alimentos, dedicando entre sus 22 artículos, 7 a la normativa para la actividad de control de la calidad de los alimentos en los laboratorios municipales. En 1909, las Reales Órdenes de 12 de mayo, 25 de agosto y 11 de octubre, vinieron a desarrollar algunos de los aspectos del Real Decreto de 1908.

<sup>160</sup> Real Orden de 5 de diciembre de 1918.

<sup>161</sup> Barona, J.L.; Lloret, J. (2000: 125-131).

<sup>162</sup> La sección V del capítulo primero, que comprende los artículos 20 al 24 aborda los aspectos que sobre policía alimentaria tienen bajo su competencia los ayuntamientos.

<sup>163</sup> Real Decreto de 18 de junio de 1930.

profesionales de los institutos oficiales del estado, institutos provinciales de higiene, subdelegados de sanidad veterinaria, inspectores veterinarios de distrito, veterinarios oficiales de mataderos e inspectores veterinarios de estaciones sanitarias- e inspectores municipales veterinarios y veterinarios titulares que se ocuparían de atender la higiene alimentaria a nivel municipal<sup>164</sup>. En 1931 se consiguió la unificación de todos los departamentos administrativos que se hallaban dispersos, en una única Dirección General de Ganadería e Industrias Pecuarias en el seno del Ministerio de Fomento<sup>165</sup>, de manera que la sección de higiene y sanidad veterinaria, bajo la dirección de un inspector general veterinario, quedaba estructurada en los siguientes negociados: “Primer negociado. Epizootias.- Segundo negociado. Vigilancia de la leche, Mataderos, Fábricas de conservas de carne y pescado, Sacrificio domiciliario de reses de cerda, Carnicerías y venta de despojos, circulación y comercio de carnes, Aves y caza, Inspección de huevos, Pescados, Inspección médica, Importación y exportación.- Tercer negociado. Ejercicio profesional (práctica veterinaria, Intrusismo, Asociaciones veterinarias”.

#### **3.4.2.5. Las campañas de lucha frente a enfermedades específicas**

Los graves problemas sociales planteados por determinadas enfermedades con enorme trascendencia epidemiológica, determinaron que desde la segunda mitad del siglo XIX se despertara un interés especial por éstas a las que se denominó “enfermedades sociales”, las cuales fueron motivo de preocupación para los principales higienistas españoles desde las últimas décadas del siglo XIX y a lo largo del primer tercio del XX –Hauser, Giné Partagás, Martín Salazar, Murillo Palacios, Pittaluga-. Se trataba de un grupo de enfermedades cuya etiología estaba íntimamente ligada a las interacciones humanas en colectividad y, en cualquier caso, representaban una clara indicación de la vinculación entre enfermedad y pobreza<sup>166</sup>. Las enfermedades venéreas, la tuberculosis, el paludismo y las enfermedades infecciosas de la infancia, como paradigma de este tipo de enfermedades, constituían

---

<sup>164</sup> Barona, J.L.; Lloret, J. (2000: 131-133).

<sup>165</sup> Leyes de 2 y 4 de diciembre y Decreto de 7 de diciembre de 1931.

<sup>166</sup> Rodríguez Ocaña, E. (1987: 23-29).

los principales frentes de atención a combatir por las autoridades sanitarias, quienes establecieron alrededor de ellas una organización de lucha sanitaria específica.

### **La lucha antivenérea**

Tenía un claro precedente en la reglamentación sobre la prostitución iniciada ya en el siglo XIX. Aunque su finalidad era disminuir los estragos de la sífilis y otras enfermedades de transmisión sexual, las implicaciones morales y la hipocresía social provocaron un turno de prohibiciones y reglamentaciones, en función de la ideología en el poder<sup>167</sup>. Los distintos reglamentos intentaban el control de las prostitutas a través de su inscripción en registros policiales que permitían su reconocimiento médico periódico. Aunque inicialmente estos controles higiénicos de las casas de mancebía se asignaron a los ayuntamientos en una Real Orden de 14 de enero de 1889, finalmente fueron trasladados a la autoridad provincial por Real Orden de 6 de diciembre de 1892, siendo el cuerpo de médicos higienistas el encargado de la inspección y vigilancia tanto de las prostitutas -anotando en una cartilla sanitaria su estado de salud-, como de sus habitaciones, para garantizar que cumplieran las adecuadas condiciones higiénicas<sup>168</sup>.

Con la llegada del siglo XX, la *Instrucción General de Sanidad* de 1904 mantuvo la tutela de la organización de estos servicios bajo los gobiernos provinciales, y dio pie a que unos años más tarde, la Real Orden de 28 de septiembre de 1910 determinase el establecimiento de un servicio de higiene de la prostitución en las capitales de provincia y poblaciones de importancia, bajo la vigilancia de las juntas de sanidad, creando un cuerpo de médicos con actuación gratuita en dispensarios provinciales.

Finalmente, la conocida como “ley Bahamonde” estableció las bases para la reglamentación de la profilaxis pública de las “enfermedades venéreo sifilíticas”<sup>169</sup>, atribuyendo a los inspectores provinciales de sanidad la jefatura técnica y la dirección de los servicios sanitarios. Debían actuar coordinando la acción del cuerpo

---

<sup>167</sup> Guerreña, J.L. (1995, 1997).

<sup>168</sup> Un claro ejemplo del ejercicio del control sanitario sobre la prostitución, organizado desde la sección de higiene del gobierno civil del Alicante de finales del XIX, lo encontramos en el trabajo realizado por Guillem, I. y Paternina, M<sup>a</sup>.J. (1996).

<sup>169</sup> Real Orden de 23 de marzo de 1918.



de médicos del servicio especial de higiene de la prostitución -al cual quedaba determinado que se accedería por concurso-oposición-<sup>170</sup> encargado de la asistencia médica gratuita de las meretrices enfermas, en dispensarios específicos “[...] en los que se pondrá en práctica todos los recursos científicos posibles para establecer una lucha constante contra las infecciones venéreas y otras enfermedades contagiosas que se observen en aquélla, mediante la exploración clínica frecuente de todas las mujeres dedicadas a la prostitución, su educación higiénica y su tratamiento específico en ciertos casos [...]”<sup>171</sup>. Este servicio higiénico de la prostitución se completaba con el establecimiento de un nivel de asistencia hospitalaria, bien por medio de la creación de hospitales específicos para atender enfermedades venéreas, bien mediante el establecimiento de salas especiales para el tratamiento de estas enfermedades en los hospitales provinciales. Sin embargo, este intento de reglamentación parece que no llegó a ponerse en práctica, dados los criterios contrapuestos en torno a la ley y las polémicas suscitadas por la difusión de la doctrina abolicionista<sup>172</sup>.

No obstante, la realidad estaba marcada por una imparable progresión de las enfermedades venéreas, a las que no podían ser ajenas algunas importantes disposiciones como el *Reglamento de Sanidad Provincial* de 1925, cuyo artículo 49 establecía que “[...] El dispensario antivenéreo de carácter provincial, realizará su misión médico-social extendiendo su acción curativa y profiláctica no sólo al segmento prostibulario, sino igualmente a cuantos hombres y mujeres se hallen afectos de enfermedades venéreo-sifilíticas; para lo cual y, en primer término, no se hará inscripción nominal alguna, debiendo llevarse únicamente un registro de fichas numeradas con los indispensables datos clínicos. Será función principal de este dispensario el diagnóstico y tratamiento gratuito de dichas enfermedades, procurando realizar preferentemente la esterilización terapéutica de los portadores de gérmenes [...]”.

---

<sup>170</sup> Real Orden de 17 de junio de 1918.

<sup>171</sup> Real Orden de 23 de marzo de 1918, Base 5ª.

<sup>172</sup> Granjel, L.S. (1986: 128-129).

Pocos años después, una Orden de 1929<sup>173</sup> estableció que las diputaciones provinciales y ayuntamientos que fuesen capitales de provincia o contasen con un número de almas superior a 20.000, y que no dispusiesen de sus propios dispensarios antivenéreos, debían contribuir con subvenciones al mantenimiento de los servicios montados por las juntas provinciales o municipales de sanidad. Además atribuía a los inspectores provinciales de sanidad, como jefes técnicos de los servicios de profilaxis antivenérea, la tarea de hacer saber la cuantía de los presupuestos con que contaban estos servicios, a la Dirección General de Sanidad, de acuerdo con las instrucciones de la Real Orden de 24 de diciembre de 1926 en la que se había dispuesto que las juntas provinciales de sanidad confeccionarían anualmente los presupuestos de ingresos y gastos para las atenciones de servicios de profilaxis pública de las enfermedades venéreo-sifilíticas.

Finalmente, la Orden de 27 de mayo de 1930, estableció las bases de reorganización de la lucha antivenérea, planteando la obligatoriedad de su tratamiento y la necesidad de investigar las fuentes de contagio<sup>174</sup>. Además planteaba la organización del servicio de lucha oficial que pasaba por la unificación de los métodos terapéuticos y serológicos utilizados en los dispensarios antivenéreos, la creación de una junta central antivenérea, que a través de una comisión permanente tramitaría y resolvería todos los asuntos relacionados con estos, y la provisión de las plazas de médicos de la “lucha oficial antivenérea” por oposición pública en Madrid<sup>175</sup>. Diferenciaba el doble perfil de médico clínico y médico bacteriólogo, que les hacía depender directamente de la Dirección General de Sanidad, así como el mantenimiento económico de este servicio bajo los presupuestos del estado, diputaciones y municipios con más de 20.000 almas.

La aportación de la etapa republicana a la lucha antivenérea estuvo marcada por dos importantes acontecimientos, el primero, la supresión del impuesto a las

---

<sup>173</sup> Orden de 8 de enero de 1929 sobre la subvención por ayuntamientos y diputaciones a dispensarios antivenéreos.

<sup>174</sup> A tal efecto, proponía la creación de un cuerpo de enfermeras visitadoras, procedente de la Escuela Nacional de Sanidad, para cooperar con las autoridades sanitarias y médicos de estos servicios en la investigación del origen del foco, asignándoles además una importante labor de educación sanitaria a “las muchachas inexpertas y a las mujeres ignorantes acerca de los peligros de que han sido contagiadas”.

<sup>175</sup> Con arreglo al reglamento y programa aprobados por Real Orden de 11 de julio de 1927.

casas de prostitución como fuente de ingresos de la lucha antivenérea<sup>176</sup> y la incorporación de España al movimiento abolicionista internacional que condujo a la supresión de los reglamentos sobre control de la prostitución en 1935. El segundo fue la creación del Instituto Nacional de Venereología, por Real Decreto de 29 de julio de 1933, con el objetivo fundamental de “[...] asesorar debidamente a la Dirección General de Sanidad en cuanto tenga relación con las enfermedades venéreas, constituyendo un Centro Superior de Estudios Venereológicos [...]”.

### **La lucha frente a la tuberculosis**

Se encontraba sobradamente justificada por las elevadas y crecientes tasas de morbilidad y mortalidad que esta enfermedad venía provocando a lo largo de todo el ochocientos. Los cambios económicos y sociales inmediatos a la revolución industrial, provocaron un incremento de la incidencia de la enfermedad debido al desplazamiento de grandes masas de población rural a la ciudad, donde el hacinamiento en las casas y en los centros de trabajo, y las jornadas laborales prolongadas en fábricas insalubres, reunían todos los elementos apropiados para favorecer su contagio por vía respiratoria<sup>177</sup>. “[...] En las fábricas, los niños mayores de ocho años y los hombres y mujeres trabajaban jornadas de 10 y 12 horas, sin vacaciones, sin ninguna protección frente a la enfermedad, los accidentes o la vejez. La humedad, la falta de ventilación y de luz natural eran una constante en sus alojamientos y lugares de trabajo. Los bajos salarios impedían una alimentación suficiente y favorecían el alcoholismo [...]”<sup>178</sup>.

Diferentes estudios parecen demostrar que la mortalidad por tuberculosis comenzó a declinar de manera lenta a partir de los años centrales del siglo XIX, con

---

<sup>176</sup> En el preámbulo del Decreto de 7 de abril de 1932, Casares Quiroga, como Ministro de Gobernación, se lamentaba de lo inapropiado de la medida de pasar una cuota mensual a las dueñas de las casas de prostitución, con la finalidad de destinarla a la lucha antivenérea. Por ello el Decreto establecía la inclusión en los presupuestos del Estado de “la partida correspondiente que ha de sustituir tan vergonzoso tributo, acabando así con la paradoja de que en los momentos en que afortunadamente para la cultura de nuestro pueblo las enfermedades venéreas ya no se llaman vergonzosas, quedase una sola vergüenza, la mayor de todas: la del sistema de arbitrar los recursos para la lucha contra dichas plagas”.

<sup>177</sup> Molero, J.(1991), ha analizado las diferentes tendencias en la historiografía de la tuberculosis.

<sup>178</sup> Báguena, M<sup>a</sup>.J. (1992b).

un cierto adelanto al resto de enfermedades infecciosas<sup>179</sup>, pasando en el conjunto de España de unas tasas de mortalidad de 232 y 218 por 100.000 habitantes en 1881 y 1900<sup>180</sup>, a cifras de 123 en 1910 y 102 en 1931<sup>181</sup>. No obstante, la intensidad de las acciones de lucha frente a la enfermedad emanadas desde las instituciones sanitarias, no fue proporcional a la importancia que ésta representaba para la población española, dedicando una escasa asignación del presupuesto a este cometido y dejando en manos de instituciones benéficas la mayor parte de su organización. Si bien en 1903 se había fundado en Madrid la Asociación Antituberculosa Española, incorporándose al *Bureau Central Internacional* de Berlín para la lucha contra la tuberculosis<sup>182</sup>, la primera referencia que encontramos entre las disposiciones legislativas, es una Real Orden Circular de 17 de junio de 1904 dando instrucciones a los gobernadores de las provincias para que apoyasen las iniciativas de creación de comités contra la tuberculosis, invitando a todas las entidades prestigiosas de las localidades para la formación de estas instituciones. Dos años más tarde, el gobierno central creó en el Ministerio de Gobernación, y aneja a las inspecciones generales de sanidad, una comisión permanente contra la tuberculosis<sup>183</sup>, que sin duda constituyó el centro de dirección de las líneas de actuación y de reparto de los recursos destinados a ponerlas en práctica. Desde aquí se impulsó la constitución de juntas provinciales y locales, amparándose en la idea de que “[...] la acción antituberculosa colectiva, se realiza más fácil y eficazmente por juntas compuesta por reducido número de personas, siempre que ellas reúnan a la buena voluntad en todas reconocible, posibilidad de dedicar tiempo y atención a la obra médico-social que se les confía e idoneidad que garantice el acierto en la gestión [...]”<sup>184</sup>. La junta provincial, con residencia en la capital de la provincia, quedaba integrada por el gobernador civil y el presidente de la diputación como presidente y vicepresidente, el inspector provincial de sanidad y el director de la sucursal del Banco de España, como secretario y tesorero, completándola diez vocales entre los que figuraban el

---

<sup>179</sup> McKeown, Th. (1988).

<sup>180</sup> Villar Salinas, S.J. (1947).

<sup>181</sup> Martínez Navarro, J.F. (1977).

<sup>182</sup> Báguena, M<sup>a</sup>.J. (1992b: 74).

<sup>183</sup> Ésta se creó por Real Decreto de 6 de febrero de 1906, y su *Reglamento* fue aprobado por Real Orden de 20 de enero de 1908.

<sup>184</sup> Real Orden Circular de 31 de marzo de 1914.

alcalde, los directores de dispensarios y sanatorios antituberculosos existentes, el jefe del laboratorio municipal, un profesor de higiene de la Facultad de Medicina, representantes del mundo de la enseñanza, así como el obispo de la diócesis, entre otros.

En las juntas municipales, el alcalde y el juez de instrucción ocupaban la presidencia y vicepresidencia, el párroco y el subdelegado de medicina, la tesorería y secretaría, y los cargos de vocales los ostentaban el médico, el maestro de instrucción primaria, el veterinario, un comerciante, un industrial y un obrero. No obstante, la escasa asignación contemplada, al menos inicialmente, en los presupuestos del Estado para la lucha contra la tuberculosis -entre 1909 y 1912, la comisión permanente contó con un presupuesto anual invariable de 100.000 pesetas anuales para repartir entre todas las provincias<sup>185</sup>, planteó la necesidad de utilizar la tradicional estrategia de recaudar fondos a través de donaciones particulares, colectas, suscripciones y fiestas benéficas, cuya administración se atribuyó a las juntas de patronato de señoras<sup>186</sup>. Así fue como se institucionalizó el “Día de la tuberculosis en España”, también conocido como “fiesta de la flor”, que como propuesta de las conclusiones del segundo Congreso Español Internacional contra la tuberculosis, celebrado en San Sebastián en septiembre de 1912, llevó al ministro Sánchez Guerra a publicar una Real Orden Circular de 10 de junio de 1914, aprobando la generalización de esta medida y planteando su organización en cada provincia, tras ser adaptada a las particularidades locales. En estas actividades se pretendía implicar a representantes de las distintas esferas sociales, para colaborar de modo totalmente altruista, tal como queda reflejado en la Circular de la Junta Provincial contra la Tuberculosis publicada por el gobierno civil de la provincia de Valencia:

“[...] se celebrarán funciones cultas y abrirán suscripciones anuales o por una sola vez entre Sociedades y admiradores de la idea, dándose también conferencias en las clases nocturnas, en las Sociedades y en el Salón de Sesiones de los Ayuntamientos, enseñando a prevenir y curar la

---

<sup>185</sup> *Obra sanitaria en España durante los años 1910-1912, La* (1914: 147).

<sup>186</sup> Real Decreto de 7 de julio de 1911.

tuberculosis. En estos actos deberán colaborar muy directamente las autoridades todas, y muy especialmente los médicos, sean o no inspectores de Sanidad o titulares, los maestros y los sacerdotes que por su misión no pueden dejar de ocupar en esta lucha antituberculosa su puesto de honor. A la mujer se le deberá invitar para que se ocupe en esta cruzada. Ella todo amor, deberá enseñarse para esta lucha, dentro y fuera de casa y a la vez, educar a los suyos para que eviten el contagio y no lo esparzan si por desgracia lo sufriesen ya [...]"<sup>187</sup>.

Esta situación se perpetuó en los años siguientes, de manera que la administración central dejó en manos del nivel provincial la organización y gestión de recursos para la lucha antituberculosa, evitando asumir la creación de cuerpo oficial o escalafón alguno, y dejando en manos de las juntas de patronato respectivas los sueldos del personal de dispensarios y sanatorios antituberculosos<sup>188</sup>. Por Real Decreto de 4 de junio de 1924 se creó el Real Patronato para la lucha contra la tuberculosis, presidido por la reina de España, asumiendo las funciones que venían desempeñando la Asociación Antituberculosa fundada en 1903, y la Comisión Permanente Contra la Tuberculosis, nacida en 1906. El Patronato quedaba dividido en una sección técnica y una administrativa, y la organización periférica debía completarse con la constitución de juntas provinciales y municipales, cuyos miembros, nombrados por la reina, estarían representados por médicos, veterinarios, farmacéuticos y arquitectos, en primer lugar.

La orientación de las actuaciones impulsadas por las instituciones antituberculosas provinciales y locales, se centró en las medidas de profilaxis e higiene para evitar el contagio, difundidas a través de campañas de propaganda, y contó con el desarrollo de centros específicos para el diagnóstico precoz y la educación sanitaria de la población, que se denominaron “dispensarios antituberculosos”, cuya coordinación a nivel estatal corrió a cargo del Real Patronato Central de Dispensarios e Instituciones Antituberculosas, contando con la

---

<sup>187</sup> Circular de la Junta Provincial contra la Tuberculosis de la provincia de Valencia de 26 de octubre de 1914, firmada por su presidente, el gobernador Juan Tejón Marín.

<sup>188</sup> Real Decreto de 14 de junio de 1919.

colaboración de la Real Junta de Damas protectora del dispensario<sup>189</sup>. El modo de abordar la lucha contra la tuberculosis desde el dispensario se planteó desde la doble vertiente médico-social, teniendo como misión en primer lugar el diagnóstico precoz de enfermos, en segundo lugar la investigación de los contactos del enfermo en el medio familiar y social, y en tercer lugar, de acuerdo con los datos clínicos y económico-sociales del enfermo, establecer el tratamiento a seguir, ambulatorio o en un sanatorio o centro específico<sup>190</sup>.

Los sanatorios constituyeron el segundo pilar en el que se apoyó la atención sanitaria de estos pacientes, bajo la idea de que la acción combinada del aire puro, el sol, el reposo y la alimentación apropiada, bajo estricta vigilancia médica, constituiría el conjunto necesario para que los enfermos recuperasen la salud. Los modelos de sanatorio propuestos fueron dos, los denominados sanatorios de “altura”, ubicados en la montaña, como sede de los tuberculosos pulmonares, y los sanatorios marítimos, para albergar fundamentalmente a niños escrofulosos y raquíticos. En ambos casos, los primeros sanatorios españoles se debieron a la iniciativa privada, resultando costosa su asunción bajo la tutela estatal<sup>191</sup>, pero la evidente consideración de su interés condujo a disponer en el artículo 56 del *Reglamento Provincial* de 1925, que “[...] las Diputaciones que por sí solas no puedan establecer un Sanatorio provincial para enfermos curables de tuberculosis, deberán concertarse con las que le tuvieren, abonando el importe de las estancias que causen dichos enfermos. Podrán asimismo organizar, en las épocas oportunas, colonias de niños enfermos o predispuestos de dicha dolencia que hubiere en sus Establecimientos benéficos, para llevarles a los Sanatorios marítimos o de montaña, oficiales o particulares, abonando igualmente los gastos de su viaje o estancia [...]”. Los dispensarios también salieron fortalecidos en esta norma provincial, que resaltó su importante papel en el diagnóstico precoz y en la difusión de las medidas profilácticas frente a la enfermedad, destacando el papel de las enfermeras visitadoras adscritas a este

---

<sup>189</sup> Real Decreto de 7 de marzo de 1908.

<sup>190</sup> Llopis Llorente, R. (1935).

<sup>191</sup> En 1918 había un total de seis sanatorios en España, tres en Madrid y el resto en Barcelona, Valencia y Zaragoza. Báguena, M<sup>a</sup>.J. (1992b: 80-81).

servicio como personal que altruistamente colaboraría en la identificación de contactos de los enfermos en el medio familiar<sup>192</sup>.

Estas mismas líneas de actuación en lo referente a la lucha contra la tuberculosis se mantuvieron durante la etapa republicana, si bien se produjeron cambios en los órganos de gestión, que consistieron en la disolución del Real Patronato de Lucha Antituberculosa, pasando todos los servicios encargados de la organización de la lucha antituberculosa a depender directamente de la Dirección General de Sanidad<sup>193</sup>. Ello se complementó con la desaparición de las juntas provinciales del Real Patronato<sup>194</sup> y la creación de unas tituladas Comisiones Gestoras Provinciales de Lucha Antituberculosa.

### **La lucha contra el paludismo**

Aunque no disfrutó de una organización reglada hasta la segunda década del siglo XX, la presencia de esta enfermedad se remontaba hasta varios siglos atrás en muchas comarcas españolas, con una especial predilección por determinadas zonas pantanosas o de huerta, principalmente a lo largo del litoral mediterráneo y de tierras extremeñas. En algunas zonas como el Delta del Ebro constituía una gravísima endemia, una enfermedad de la que raramente se libraba nadie, “[...] todas las actividades, todas las manifestaciones de la vida de aquellas poblaciones, estaban sometidas al paludismo que reinaba, condicionándolo todo. Así, por ejemplo, de 1855 a 1860 llegaron a faltar brazos para cultivar la tierra, teniendo que recurrir a las comarcas vecinas, y llegó a paralizarse la navegación por el Ebro, a pesar de contar la matrícula de marineros con más de 400 [...]”<sup>195</sup>.

Esta perspectiva determinó que a partir de la segunda mitad del siglo XIX, los municipios implicados comenzaran a tomar medidas de saneamiento consistentes en la limpieza de acequias, la plantación de arbolado en terrenos pantanosos, o el

---

<sup>192</sup> Artículos 45 al 48 del *Reglamento de Sanidad Provincial* publicado el 20 de octubre de 1925.

<sup>193</sup> Dependiente de la Inspección General de Instituciones Sanitarias se creó, por una disposición de 20 de mayo de 1931, una sección denominada de tuberculosis, con la función de servir de centro de unión de todos los dispensarios, distribución de enfermos y su hospitalización en sanatorios públicos, confeccionar un fichero central de enfermos, propaganda para la lucha antituberculosa, regulación de todos los centros implicados en la misma y gestión de los fondos destinados a esta causa.

<sup>194</sup> El Decreto de 22 de abril de 1931 declaró disuelta la Junta Central Administrativa del Real Patronato y el de 18 de junio del mismo año disolvió las de carácter provincial.

<sup>195</sup> Cartaña, P.; Canicio, I.; Fabrega, J. (1933).



control del cultivo del arroz<sup>196</sup>. Todas las medidas estaban relacionadas con la limpieza y vinculadas a la concepción miasmática del contagio, bajo cuyo prisma las aguas estancadas y los terrenos pantanosos eran en sí mismos focos de insalubridad y de producción de miasmas, los cuales al ser liberados corrompían el aire que se volvía impuro y foco de transmisión de la enfermedad. Al ser el aire el elemento por el que circulaban los vapores miasmáticos, en las zonas donde se prodigaba el cultivo del arroz, como el Delta del Ebro o la ribera del Turia, adquirió gran importancia la situación de los arrozales en relación a los pueblos, su distancia y la dirección que tomaban los vientos, circunstancia que explica los acotamientos de este cultivo practicados ya a finales del siglo XVIII como medida para controlar las epidemias palúdicas.<sup>197</sup> Sin embargo, la toma de conciencia de la necesidad de poner en marcha una lucha organizada aún se hizo esperar algún tiempo, de manera que las primeras actuaciones se debieron a la Mancomunidad de Cataluña, que a partir de 1915 y bajo el asesoramiento técnico de Gustavo Pittaluga, puso en marcha una campaña basada en varios frentes de actuación, entre ellos la realización de una encuesta entre los médicos de las zonas palúdicas de Cataluña para establecer la dimensión real del problema, la puesta en práctica de ensayos de profilaxis química, el establecimiento de dispensarios temporales durante la época de mayor intensidad de la endemia y de dispensarios permanentes en los tres principales focos de paludismo, la realización de estudios de topografías médicas desde el punto de vista palúdico, así como los estudios y proyectos de saneamiento antipalúdico basados en las obras de limpieza de pluviales y de saneamiento de terrenos<sup>198</sup>.

Esta sensibilidad frente al problema mostrada en Cataluña, comenzó a hacerla suya la Dirección General de Sanidad a partir de 1920, en que se elaboró la primera estrategia de actuación global, contando para establecer el programa de actuación con el apoyo y el patrocinio de la Rockefeller Foundation. Así fue como en 1920, el

---

<sup>196</sup> La vinculación entre el cultivo del arroz y la presencia de fiebres palúdicas ya había sido un hecho señalado por Cavanilles (1795-1797), el cual utilizó la estadística demográfica para reforzar las argumentaciones contra el cultivo del arroz, tomando como referencia la comparación del saldo vegetativo en varios pueblos de la ribera del Turia en dos períodos diferenciados, siendo este saldo positivo en el período en que no hubo cultivo de arroz y negativo en el que sí lo hubo. A este respecto véase el análisis sobre la obra de Cavanilles realizado por Micó, J.A.; Barona, J.L (1992-93).

<sup>197</sup> El tema ha sido específicamente tratado por Peset, M.; Peset J.L. (1972), y ha recibido un tratamiento monográfico en el trabajo de Mateu, E. (1987).

<sup>198</sup> Cartañá, P. (1933: 133-135).

entonces director general de sanidad, Manuel Martín Salazar, constituyó la denominada “Comisión para el Saneamiento de Comarcas palúdicas”, que contaba como presidente con el entonces catedrático de parasitología Gustavo Pittaluga, cuya primera actuación consistió en crear un grupo técnico en el figuraban Sadí de Buen, Jiménez de Asúa y Emilio Luengo, equipo que se instaló en Talayuela -Extremadura- para hacer un experimento de lucha antipalúdica, montando en un pabellón Docker un pequeño laboratorio, desde donde dieron comienzo a su trabajo de búsqueda de portadores de gérmenes, estudio de la topografía y aguas peligrosas de la región y localización preferente de las hembras invernantes<sup>199</sup>. Este sería el núcleo a partir del cual poco a poco fue extendiéndose la lucha antipalúdica en años sucesivos, sumando paulatinamente la apertura de nuevos consultorios a los que fueron incorporándose médicos de cada localidad. De esta forma se llegó a 1924, en que se reguló la creación de la Comisión Central Antipalúdica<sup>200</sup> como organismo encargado de la dirección, organización y administración de la campaña antipalúdica, así como de declarar oficialmente las zonas palúdicas, y de nombrar al personal técnico encargado de combatir la enfermedad. Junto a ella, se crearon comisiones provinciales, las cuales debían aportar los recursos locales, y todo ello contando con el apoyo de los facultativos, médicos de la Brigada Sanitaria Central, los de la sección de parasitología y epidemiología del Instituto de Alfonso XIII, los médicos e ingenieros del Parque de Sanidad y los médicos de las brigadas provinciales.

La declaración de una zona como de palúdica, implicaba la obligatoriedad de someterse a las medidas de tratamiento y profilaxis general dispuestas por las autoridades sanitarias -petrolizaciones, protección mecánica, etc.-, la organización de dispensarios con dotación apropiada para la realización de controles hemáticos, erradicación de los anofeles e instauración de tratamientos a los enfermos. Tomando como ejemplo las actuaciones llevadas a cabo en la provincia de Cáceres, en el Delta del Ebro y en la provincia de Castellón<sup>201</sup>, la lucha antipalúdica partía de un estudio previo de la zona que incluía el reservorio -enfermos de paludismo-, los mosquitos transmisores, el ambiente palúdico y los sujetos expuestos al contagio.

---

<sup>199</sup> Del Campo, A.; Pita, E. (1933).

<sup>200</sup> Reales Decretos de 14 de junio y de 13 de diciembre de 1924.

<sup>201</sup> Vidal, J.; Del Pino, M. (1931).

Desde el punto de vista organizativo, el eje sobre el que descansaron todas las actuaciones fue el dispensario, en cuyas manos quedaba el diagnóstico precoz y el control terapéutico de los enfermos. En el caso cacereño el ayuntamiento de Navalmoral de la Mata llegó a ceder a la Dirección General de Sanidad un edificio destinado a hospital e instituto antipalúdico, que en 1925 se constituyó en anejo a la Escuela Nacional de Sanidad como referente para sus alumnos en los estudios sobre paludismo. Los dispensarios antipalúdicos, unas veces con dependencia municipal y bajo la tutela de los institutos provinciales de higiene<sup>202</sup>, y otras veces dependiendo directamente de la Comisión Central Antipalúdica, se fueron consolidando en la estructura sanitaria provincial, de manera que la creación de los centros primarios y secundarios de higiene a partir de 1931 los asimilaron en su estructura. Como resultado del inicio de las actuaciones para combatir el paludismo de una manera organizada, la Dirección General de Sanidad<sup>203</sup> atribuía la disminución de la mortalidad por paludismo observada especialmente a partir de 1922, a la intensificación de la campaña oficial contra la enfermedad, destacando determinadas zonas geográficas en las que especialmente se concentraban los casos. La mortalidad por paludismo para el conjunto de España en 1924 era de 0,55 x 10.000 habitantes, resultando un problema importante en Extremadura, algunas provincias andaluzas y del mediterráneo y algún foco en Salamanca y Ciudad Real, aunque su intensidad también se había visto disminuida considerablemente. En la tabla siguiente, reproducimos las cifras de mortalidad debidas a la enfermedad entre 1900 y 1924, en algunas provincias españolas:

---

<sup>202</sup> La asistencia en los dispensarios municipales corría a cargo de los médicos locales, a los cuales se les había formado desde los institutos provinciales de higiene mediante cursos específicos encaminados fundamentalmente a su entrenamiento en el diagnóstico hematológico y clínico de la infección palúdica. Del Campo, A. (1933: 565).

<sup>203</sup> Mortalidad (1926).

**Tabla II**  
**Comparación de la mortalidad por paludismo en España (defunciones x 10.000 habitantes) entre los años 1900 y 1924**

Provincia	1900	1924
Alicante	5,10	2,16
Almería	3,01	0,15
Ávila	4,24	0,91
Badajoz	9,92	2,07
Baleares	2,63	0,26
Barcelona	0,13	0,003
Cáceres	14,86	4,20
Cádiz	5,52	1,42
Castellón	1,13	0,27
Huelva	10,31	2,21
Lérida	0,44	0,12
Málaga	3,79	0,28
Murcia	5,47	1,59
Oviedo	0,89	0,01
Salamanca	4,86	1,54
Sevilla	6,81	1,14
Toledo	2,84	0,64
Valencia	1,15	0,40
Valladolid	0,75	0,14
Zamora	2,03	0,30
Zaragoza	0,28	0,04

Fuente: elaboración propia a partir de datos del *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*.

## La lucha contra la mortalidad infantil

Los orígenes los podemos situar en los primeros ensayos sobre legislación laboral realizados en los últimos años del siglo XIX, en los que se intentaba regular el trabajo de los niños, limitando tanto la edad de acceso como el número máximo de horas que debían trabajar. Pero estos intentos no llegaron a ponerse apenas en práctica, se trabajaban muchas más horas de las reglamentarias y resultaba una situación común que los niños comenzasen a trabajar en las ciudades a partir de los seis años. Sin embargo, estas circunstancias empezaron a corregirse con la publicación de la *Ley Dato* el 13 de marzo de 1900, que reguló las condiciones de trabajo y estableció la necesidad de realizar inspecciones de control bajo la responsabilidad de los gobiernos civiles provinciales. Tras esta primera demostración de un cierto grado de sensibilización por los problemas de la infancia, se alcanzó el punto álgido con la *Ley de protección de la Infancia* en 1904, que marcó el momento a partir del cual el Estado comenzó a asumir como obligación propia la vigilancia de la salud infantil. Ésta se encontraba claramente amenazada por una multiplicidad de factores entre los que destacaban la explotación del niño en el trabajo, las malas condiciones higiénicas de las viviendas obreras, la incorporación de las madres al mundo laboral y la elevada mortalidad infantil asociada a enfermedades infecciosas. Cuatro años después, se aprobó un reglamento para el desarrollo de esta ley, que entre otros aspectos regulaba la vigilancia de las nodrizas, establecía disposiciones para evitar el abandono de los niños, así como la creación de la figura de los inspectores médicos para el control de las escuelas y de los asilos infantiles<sup>204</sup>. Como complemento de esta ley, entre 1912 y 1915 se publicaron varias disposiciones dirigidas a organizar juntas provinciales y locales de protección a la infancia y represión de la mendicidad<sup>205</sup>.

Desde el punto de vista asistencial, el nivel municipal se había mostrado desde principios del siglo XX pionero en el desarrollo de instituciones benéficas conocidas con el nombre de “Gotas de leche” -en la ciudad de Barcelona comenzó a

---

<sup>204</sup> Bágüena, M<sup>a</sup>.J. (1992b: 71-73).

<sup>205</sup> El 8 de junio de 1912 se dictó una Real Orden prohibiendo la mendicidad, el 8 de febrero de 1911 se publicaron las disposiciones para la constitución y funcionamiento de las Juntas provinciales y locales de protección a la infancia, y el 26 de enero de 1915 se dictaron las reglas para el régimen y funcionamiento de las Juntas de protección a la infancia y represión de la mendicidad.

funcionar en 1904<sup>206</sup>, en Valencia en 1910<sup>207</sup> y en Alicante en 1925<sup>208</sup>-, dirigidas a atender las necesidades de los hijos de familias pobres cuyas madres, por los motivos que fuera, no podían dar lactancia natural, y en las que se les proporcionaba la cantidad de leche necesaria para el adecuado crecimiento y desarrollo de sus hijos, garantizando que este alimento se proporcionara en adecuadas condiciones higiénicas -análisis y esterilización de la leche- además de cumplir una importante labor de educación sanitaria a las madres en relación con el cuidado de sus hijos.

La publicación de los *Reglamentos de Sanidad Municipal y Provincial* en 1925, insistió en la necesidad de garantizar una adecuada asistencia materno-infantil, que se iniciaba con los cuidados de la mujer embarazada -el artículo 41 del *Reglamento Municipal* establecía la obligación de que cada partido médico dispusiera de un servicio municipal de matronas para la asistencia gratuita de las embarazadas pobres- y se complementaba con la creación de institutos de puericultura y de asistencia infantil, de acuerdo con lo establecido en la norma provincial, que asignaba a las diputaciones provinciales la responsabilidad de su organización, “[...] para que sirva de enseñanza higiénica a la mujer en todo cuanto se refiere a los cuidados del embarazo y crianza de los hijos [...]”. Establecía que debían constar de una sección dedicada a comedor de embarazadas y de madres lactantes, una segunda de gota de leche, y la tercera de casa-cuna. Para hacerse cargo de las nuevas instituciones dedicadas a atender la salud materno infantil, se precisaba de personal sanitario con una formación específica en este campo, para lo cual se contó a partir de 1923 con la Escuela Nacional de Puericultura<sup>209</sup>, encargada de la formación del personal especialista -médicos puericultores- encargado de la atención sanitaria de los niños en los dispensarios de higiene infantil, que poco a poco fueron constituyéndose a lo largo de todo el territorio español y que alcanzaron su momento de máximo desarrollo con la llegada de la etapa republicana.

La situación sanitaria con la que se encontró en España el Gobierno de la Segunda República al acceder al poder en 1931, todavía se caracterizaba por unas

---

<sup>206</sup> Plasència, A. (1991: 174).

<sup>207</sup> Navarro Pérez, J. (1997).

<sup>208</sup> Perdiguero, E.; Bernabeu, J. (1999).

<sup>209</sup> Real Orden de 23 de mayo de 1923, creando la Escuela Nacional de Puericultura, adscrita al Consejo Superior de Protección de la Infancia.

elevadas tasas de mortalidad entre la población menor de un año, que se mantenían de manera inalterable desde hacía una década y que situaban a España muy por debajo de los niveles de salud de la mayoría de países de su entorno europeo. Esta situación condujo a que el gobierno de la Segunda República pusiera un especial énfasis en potenciar el desarrollo de políticas sanitarias específicas dirigidas a proteger y mejorar la salud infantil. La creación de una sección específica de higiene infantil en el organigrama de la Dirección General de Sanidad, con departamentos de mortalidad materna, morti-natalidad e higiene prenatal y preescolar, fue un fiel reflejo del interés del nuevo gobierno por la mejora de la salud infantil, pasando a ocupar uno de los puestos prioritarios de su política sanitaria.

Experto en estadística sanitaria, Marcelino Pascua analizaba la situación de la mortalidad infantil en España en una conferencia pronunciada en el Ateneo de Madrid al principio de su mandato<sup>210</sup>, destacando que el descenso experimentado desde principios de siglo era totalmente insuficiente, ya que todavía morían en España anualmente 80.000 niños menores de un año, 30.000 menores de dos años y 20.000 más antes de llegar al primer lustro, representando la mortalidad en los menores de 5 años un 32% de la mortalidad global en España. Asimismo, evidenciaba el importante papel que debía jugar una buena orientación profiláctica, teniendo en cuenta que entre las causas del exceso de mortalidad infantil tenían un peso importante las deficiencias en la lactancia y otros factores de índole doméstica y social entre los que destacaba la falta de higiene durante el embarazo y crianza del niño, así como la incultura y falta de orientación sanitaria.

Ante este panorama epidemiológico tan poco halagüeño, la Dirección General de Sanidad apostó por la estructura sanitaria provincial para poner en marcha las estrategias dirigidas a combatir la mortalidad infantil. Así, los institutos provinciales de higiene, bajo la dirección de los inspectores provinciales de sanidad, asumieron la responsabilidad de poner en marcha la política sanitaria emanada desde el poder central. La creación en 1933 de 50 dispensarios de higiene infantil, uno por provincia, con adscripción a los institutos provinciales de higiene, y la publicación *del Reglamento técnico de los Institutos provinciales de Higiene* en 1935, en el que

---

<sup>210</sup> Pascua, M. (1931c).

se les atribuía la organización del programa de reconstrucción sanitaria nacional, corroboran su papel coordinador, que en el caso concreto de la lucha contra la mortalidad infantil debería realizarse a través del establecimiento de una sección específica de higiene infantil, encargada de la protección de la madre y del niño, así como de vigilar la salud física de los escolares y adolescentes<sup>211</sup>.

La creación de los dispensarios provinciales de higiene infantil, dio pie a que los médicos en posesión del título de puericultor se ocupasen de estos servicios, y partir de 1934 se crearon plazas en todas las provincias -aunque inicialmente estaba proyectada una por provincia, las necesidades determinaron que en Madrid, Barcelona, Valencia y Sevilla fueran dos-<sup>212</sup>. La asignación a los puericultores del Estado del trabajo en los dispensarios fue decisiva para orientar la filosofía del quehacer de estos centros, donde además de la atención individual, se potenciaban las actividades de prevención y promoción de la salud, tanto de manera individual como en un ámbito comunitario. En su organización se contemplaban tres tipos de consulta: una “consulta de higiene prenatal”, dando consejos a las madres, para que la gestación llegase a feliz término y para que el niño naciera en buenas condiciones de vitalidad, recomendando a las primeras en momento oportuno la necesidad de dirigirse a un tocólogo o una comadrona y facilitando a los pobres el material necesario para una buena asistencia del parto, que tendiera particularmente a evitar la infección puerperal. Una segunda consulta de “lactantes”, que hacía propaganda en favor de la lactancia materna, vigilaba el crecimiento normal del niño, y se encargaba de vacunarle contra las enfermedades evitables, llevando a cabo además el tratamiento profiláctico y en su caso el curativo de las diarreas estivales, una de las más importantes causas de mortalidad infantil. Por último, la tercera consulta, la de “higiene escolar”, se encargaba del diagnóstico y tratamiento de las anomalías del niño y de la profilaxis de las infecciones en esta edad. Una idea debía quedar clara, que el servicio de higiene infantil debía ser un centro de lucha contra la morbilidad y mortalidad infantil en todos los períodos de la infancia, todas las actividades que de él emanasen debían girar alrededor de la enseñanza, divulgación y

---

<sup>211</sup> *Reglamento técnico, de personal y administrativo de los Institutos Provinciales de Higiene*, publicado el 14 de junio de 1935.

<sup>212</sup> Boix, J. (1979: 15-16).



estudio de la higiene infantil y la puericultura, sin llegar a convertirse nunca en consultorios de niños ni policlínicas infantiles.

### 3.4.3. El desarrollo de la estadística sanitaria

El desarrollo de la estadística como disciplina capaz de proporcionar una de las bases científicas de la salud pública, en España comenzó a vivir sus primeros impulsos a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX, con un cierto retraso respecto a los países de nuestro entorno. No obstante, y a pesar de que no se escatimó en la publicación de disposiciones legislativas con la pretensión de hacer efectiva la puesta en marcha de registros capaces de proporcionar estadísticas demográfico-sanitarias<sup>213</sup>, la realidad fue que “[...] la falta de medios y de constancia hicieron caer en el olvido tantas y tan repetidas disposiciones [...]”<sup>214</sup>.

Dado el papel protector de la higiene pública concedido a la Dirección General de Sanidad, parece que el punto de partida para la elaboración de una estadística exclusivamente de carácter demográfico-sanitario partió de la voluntad de este órgano de la administración de conocer de manera más precisa los acontecimientos sanitarios del momento. Así, mediante una orden publicada en 1879 siendo director general Ibáñez Aldecoa, se encargaba al negociado de estadística de la sección de sanidad dependiente de la Dirección General de Beneficencia y Sanidad, publicar la estadística demográfico-sanitaria en los *Boletines Mensuales de Estadística Demográfico-sanitaria de la Península e Islas Adyacentes*, cuya fuente resultarían ser los datos recogidos en los municipios para el registro civil y que se enviaban al gobierno civil, desde donde se elaboraba un resumen provincial que era el que llegaba al mencionado negociado de estadística.

En una primera etapa que duró entre 1879 y 1884, el contenido del *Boletín* se centraba en ofrecer resúmenes, agrupados por provincias y localidades de más de 10.000 habitantes, de los nacimientos –diferenciando su origen legítimo o natural- y

---

<sup>213</sup> Sobre el desarrollo de la estadística demográfico-sanitaria en España, véase el monográfico del Primer Encuentro Marcelino Pascua, Madrid, Ministerio de Sanidad, 1992, con importantes aportaciones como las de Bernabeu, J. (1992a), Rodríguez Ocaña, E. (1992a) y Martínez Navarro, J.F. (1992).

<sup>214</sup> *Boletín Mensual de Estadística Demográfico-sanitaria de la Península e Islas Adyacentes* (1880).

defunciones -por edad y enfermedades que las provocaron-. Interrumpida su publicación y tras un paréntesis de varios años, hubo que esperar a 1888 para que viese la luz el *Boletín de Sanidad*, cuya publicación se mantuvo hasta 1896. El contenido de este *Boletín* resultaba más ambicioso que el de la primera etapa pues además de recoger estadísticas de morbi-mortalidad, contemplaba otras secciones sobre memorias de establecimientos balnearios, legislación sanitaria, sanidad marítima, vacunaciones, consumo de carnes y estadísticas sobre los ingresos hospitalarios, asistencias realizadas en las casas de socorro y partes de los subdelegados de medicina clasificados por provincias. En cualquier caso, si hubo una característica común a los dos períodos en los que aparecieron estas publicaciones, fue la irregularidad en el envío de información con ausencia sistemática de datos de determinados distritos de algunas provincias y la consecuente falta de uniformidad en la información, cuya consecuencia final fue que el enorme valor potencial de la información recogida en esta publicación se viera frustrado<sup>215</sup>. La reinstauración de la Dirección General de Sanidad en 1899, bajo la dirección de Carlos María Cortezo, vio un nuevo intento de poner en marcha la publicación periódica de estadísticas demográfico-sanitarias, sin embargo esto no se consiguió hacer efectivo hasta la publicación de la *Instrucción General de Sanidad*.

La *Instrucción General de Sanidad* de 1904 encomendó la elaboración de estadísticas sanitarias a la Inspección General de Sanidad Exterior<sup>216</sup>, desde donde volvió a retomarse la publicación del *Boletín mensual de estadística demográfica sanitaria*, interrumpida desde 1896. Aunque la serie se inició en julio de 1905, con un contenido correspondiente al primer semestre de 1904, hasta finales de 1909 no se convirtió en realidad la entrega mensual de estas estadísticas<sup>217</sup>, reconociéndose en la presentación del primer número las dificultades frente a las que se iba a encontrar este proyecto, dada “[...]la falta de hábitos sociales para cooperar a la estadística de sanidad y donde no existe, como en otras partes, un organismo perfecto montado con todos los elementos necesarios para ejecutar con rapidez y exactitud esta clase de

---

<sup>215</sup> Bernabeu, J. (1992a).

<sup>216</sup> Capítulo XIV, que comprende los artículos 180 a 189.

<sup>217</sup> Por Real Orden 20 julio de 1909, el Ministro de la Gobernación Alba, autorizaba a la Inspección General de Sanidad Exterior para publicar este *Boletín* con carácter mensual, con la finalidad de dar a conocer el estado sanitario de la nación.

labor [...]”<sup>218</sup>. En un primer apartado, el *Boletín* recogía las observaciones meteorológicas del mes, para dar cuenta a continuación de la natalidad, mortalidad general -ésta se reducía al nivel de capitales de provincia- y mortalidad específica por enfermedades infecciosas en los pueblos cabeza de partido y poblaciones de más de 10.000 habitantes, generada a partir de los partes diarios enviados desde los juzgados municipales. Respecto a la información relativa a la morbilidad, los datos relacionados con las enfermedades infecciosas o epidémicas merecían un lugar preferente ya que “[...] no se debe olvidar que es hoy un axioma fundamental entre los higienistas que la eficacia de las medidas sanitarias tomadas contra las enfermedades epidémicas, está en razón directa de la prontitud con que se conocen, aíslan y combaten los primeros casos del mal [...]”<sup>219</sup>.

Aunque desde los albores del siglo ya se habían dictado disposiciones con la finalidad de que la declaración de enfermedades infecciosas pasara a constituir una práctica regular del trabajo de los médicos<sup>220</sup>, la realidad distaba mucho de que esta práctica fuera un hecho cotidiano, y la falta de implicación de los médicos era el principal desencadenante del fracaso de este sistema de información. Aunque el *Reglamento de Sanidad Municipal* de 1925 volviese a recordar a los inspectores municipales su responsabilidad en la recogida de estadísticas de morbilidad, la voluntad del legislador no suponía estímulo suficiente y fue necesario que se hiciesen cargo de la Dirección General de Sanidad Francisco Murillo en tiempos de Primo de Rivera, y sobre todo Marcelino Pascua con la llegada de la Segunda República, para que la situación comenzase a adquirir un rumbo diferente<sup>221</sup>. Pascua había recibido

---

<sup>218</sup> *Boletín Mensual de la Estadística demográfico-sanitaria* (1909).

<sup>219</sup> *Ibidem*.

<sup>220</sup> La Circular de 10 de octubre de 1900 a cargo de Francisco de Cortejarena y la de 31 de octubre de 1901 a cargo de Ángel Pulido, en calidad de directores generales de sanidad respectivamente, obligaban a los médicos la notificación de los casos de enfermos diagnosticados de enfermedad infecciosa al subdelegado de medicina, especificando la segunda Circular como enfermedades de declaración obligatoria la peste, fiebre amarilla, cólera lepra, viruela, sarampión, escarlatina, difteria, tífus exantemático, fiebre tifoidea y tuberculosis.

<sup>221</sup> Precisamente será Murillo en 1926, quien pondrá en marcha de nuevo la publicación de un *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, que posteriormente en 1932 dio paso a la *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, en la cual se pasó de un contenido predominante de artículos dedicados a la microbiología en sus primeros números, a una creciente publicación posterior de artículos sobre epidemiología y administración sanitaria. Durante la etapa republicana se publicó además un *Boletín* con carácter semanal, a partir de los datos de morbimortalidad declarados por los Inspectores Municipales de Sanidad. Rodríguez Ocaña, E. (1992a) y Maset, P.; Rodríguez Ocaña, E.; Sáez, J.M. (1998).

una formación específica en instituciones norteamericanas, para poner en marcha el departamento de estadísticas sanitarias de la Dirección General de Sanidad, gracias a la colaboración y el apoyo económico de la Rockefeller Foundation<sup>222</sup>. Esta formación específica en demografía y estadística sanitaria, fue la que hizo posible que desde el departamento que él dirigía se elaborasen los primeros estudios analíticos epidemiológicos serios, centrados en análisis que incluían series cronológicas prolongadas sobre mortalidades específicas, que hacían posible además establecer estudios comparados con otros países<sup>223</sup>.

### **3.5. La organización profesional de la salud pública**

#### **3.5.1. Los subdelegados de sanidad**

El planteamiento centralizador propuesto por la *Ley de Sanidad* de 1855 en lo referente a la organización sanitaria, comportaba importantes dificultades para mantener un sistema de información y control permanente y eficaz tanto del estado de la salud pública en la totalidad del territorio español, como de los profesionales que en él ejercían las distintas ramas sanitarias. La estructura sanitaria periférica, con los gobernadores civiles como máxima autoridad, debían estar informados de lo que sucedía en los diferentes partidos judiciales en que se dividía su territorio, y esta labor de inspección y transmisión de la información sanitaria fue la que se atribuyó a la figura de los subdelegados de medicina y cirugía, farmacia y veterinaria.

El capítulo XIII de la *Ley de Sanidad* titulado “De los Subdelegados de Sanidad”, establecía la necesidad de que en cada partido judicial hubiese tres subdelegados de sanidad, uno de medicina y cirugía, otro de farmacia y otro de veterinaria, cargos que con carácter puramente honorífico correspondía nombrar a los gobernadores civiles de cada provincia. Los subdelegados de medicina tenían la obligación de velar porque ninguna persona ejerciese la ciencia médica o sus ramas

---

<sup>222</sup> Rodríguez Ocaña, E.; Bernabeu, J.; Barona, J.L. (1996); Rodríguez Ocaña, E. (2000) y Weindling, P. (2000).

<sup>223</sup> Algunos de estos trabajos se publicaban en el *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad* (1929, 1930, 1931a, 1931b). Pero además Pascua publicó varios folletos y monografías dentro de la colección del departamento de estadísticas sanitarias que dirigía, entre las que merecen especial

auxiliares, tales como cirujanos dentistas, practicantes, matronas o parteras, sin el correspondiente título, poniendo en conocimiento del gobernador cualquier irregularidad en el ejercicio de estas profesiones<sup>224</sup>. Además de comprobar los títulos de cada uno de estos profesionales, los subdelegados de medicina tenían como responsabilidad la elaboración y actualización periódica de un registro con los datos generales y nominales, por categoría profesional, de todos ellos, haciendo llegar a la autoridad sanitaria provincial una actualización semestral de estos listados.

La inspección y reconocimiento de sustancias alimenticias era otra de sus funciones, como representantes técnicos de la policía alimentaria, y para delimitar y diferenciar sus competencias de las de los subdelegados de veterinaria, la Real Orden de 28 de febrero de 1855 resolvió que sería competencia exclusiva de éstos últimos la inspección de animales de sangre caliente y de sus embutidos y conservas, confiando la revisión de todas las demás, incluyendo pescados, a los subdelegados de medicina y farmacia. Y otra importante función atribuida a los subdelegados de medicina era la vigilancia de la salud pública, emitiendo al gobernador informes periódicos sobre la patología prevalente en cada momento, y sobre todo dando cuenta de la aparición de cualquier brote epidémico en su ámbito de actuación. En el caso de los subdelegados de farmacia, su labor de inspección la debían ejercer sobre los farmacéuticos, herbolarios, drogueros, especieros y sobre todos los que elaborasen o vendiesen sustancias medicamentosas o venenosas, encargándose además de visitar todas las boticas nuevas con la finalidad de garantizar su adecuación. Finalmente, los subdelegados de veterinaria estaban encargados de supervisar la labor de veterinarios, albéitares, herradores, castradores y demás personas que ejerciesen total o parcialmente en el campo de la veterinaria.

Estas funciones quedaban ampliamente descritas en el *Reglamento para las Subdelegaciones de Sanidad interior del Reino*, de 24 de julio de 1848, que fue el que regía la actuación de estos profesionales, incluso después de promulgarse la *Ley de Sanidad*. El artículo 27 de este reglamento disponía que “[...]Como compensación de los gastos que han de originarse a los subdelegados de Sanidad, en el desempeño

---

mención las que dedicó a *La mortalidad infantil en España* (1934) y *La mortalidad específica en España* (1934-35).

del cargo que se les confía por este reglamento, gozarán por ahora de las dos terceras partes de las multas o penas pecuniarias que se impongan gubernativa o judicialmente por cualquiera infracción, intrusión, contravención, falta o descuido en el cumplimiento de las disposiciones del ramo sanitario; teniendo sólo derecho a dichas dos terceras partes el subdelegado o subdelegados que hubiesen hecho las reclamaciones sobre que recaiga la pena [...]”. Como se aprecia en estas líneas, la labor ejercida por estos profesionales no tenía contrapartida económica alguna, proporcionando como máxima compensación el servir de mérito para su carrera profesional, a pesar de que desde el colectivo de profesionales se hicieran intentos por constituirse en un cuerpo dependiente de la administración y con un sueldo fijo como compensación al trabajo prestado. La pérdida de parte de sus atribuciones con el nombramiento de los inspectores de carnes a partir de 1859, y la importancia concedida por la *Ley de Sanidad* a las juntas provinciales en el control y registro de los profesionales sanitarios, debieron hacer sentir peligrar la continuidad de este grupo profesional, sin embargo una Real Orden de 19 de marzo de 1865 reconocía la vigencia del *Reglamento de subdelegaciones* de 1848 en relación con sus atribuciones, al tiempo que planteaba la imposibilidad de que el Estado asumiese nuevas cargas, corroborando la compensación económica marcada en el artículo 27 del citado reglamento.

Hubo de llegar el año 1891 para que los subdelegados de medicina vieran recompensada su labor con una gratificación económica predeterminada por la Dirección General de Sanidad. La amenaza de la extensión de la epidemia de cólera que había hecho su aparición en España un año antes, precipitó la creación de unas inspecciones médicas temporales de distrito y de región<sup>225</sup>, con la finalidad de establecer una vigilancia continua que permitiera la detección precoz de cualquier caso de la enfermedad que pudiera representar el inicio de una nueva epidemia. Estas inspecciones médicas recayeron sobre los subdelegados de medicina pues el propio director general, Carlos Cortel, reconocía el problema que suponía el hecho evidente y frecuente de la falta de declaración de los casos de enfermedad por parte de los

---

<sup>224</sup> Asistimos a una etapa en que el intrusismo resultaba una situación muy frecuente, debido en gran medida a la falta de profesionalización de la asistencia sanitaria.

<sup>225</sup> Real Orden de 3 de febrero de 1891.

médicos: “[...] Todos sabemos que el obstáculo principal a que se conozca la verdad en el caso de aparecer alguna epidemia, es la dependencia en que los médicos de los pueblos se encuentran, y el temor de atraer contra sí, por declaraciones que otros repugnan y que a muchos contrarían, la malquerencia o enemistad de los habitantes, y a veces por desgracia de las autoridades de los puntos en que residen y ejercitan su profesión. Incorrecto y hasta vergonzoso semejante proceder, se explica, y sería vivir fuera de la realidad no partir de ese hecho, para buscar fuera de él su necesario remedio [...]”<sup>226</sup>. Éste era pues el motivo de su reiterada insistencia sobre el importante servicio de los inspectores sobre la vigilancia continua y el aviso oportuno y rápido ante cualquier sospecha de lo que pudiera suponer el comienzo de la epidemia colérica.

Así fue como el nombramiento personal de los nuevos cargos no se hizo esperar, siendo la propia Dirección General de Sanidad la que los emitiera a lo largo del mismo mes de febrero en que se publicó la Orden de creación de las inspecciones, estableciendo además la cuantía de la remuneración que cada inspector percibiría mensualmente “[...] a título de dietas e indemnización por los gastos de traslación material que se le originen en el desempeño de su misión [...]”<sup>227</sup> y a cargo del gobierno provincial.

La creación de las inspecciones médicas temporales fue el más claro precedente del cuerpo técnico inspector que iba a formar parte del modelo de organización sanitaria propuesto por la *Instrucción General de Sanidad* en 1904, por la cual “[...] los subdelegados de medicina de cada partido o distrito serán inspectores de sanidad en la capital del mismo, donde residirán, y serán secretarios de la junta municipal. Cuando hubiere más de uno, tendrá dichas atribuciones el más antiguo, entre antigüedades iguales, el que tenga título profesional superior, y en igualdad de títulos el de mayores méritos [...]”<sup>228</sup>.

---

<sup>226</sup> Oficio del Director General de Sanidad al gobernador civil de la provincia de Valencia, para que transmita instrucciones a los inspectores sanitarios de esa provincia. A.D.P.V., D.2.2., caja 159.

<sup>227</sup> Nombramiento como inspector sanitario del partido judicial de Gandia al subdelegado de medicina del mismo, D. Miguel Oller Cardona, con la gratificación mensual de 250 pesetas. A.D.P.V., D.2.2., caja 159.

<sup>228</sup> Artículo 76 de la *Instrucción General de Sanidad* de 1904.

Esto supuso que muchos de los subdelegados de medicina pasaran a ostentar el cargo de inspectores de sanidad, figura que a partir de entonces realizó la labor de vigilancia epidemiológica, atribuida anteriormente a los subdelegados, a quienes únicamente les restaba la obligación de resumir las estadísticas enviadas por los inspectores municipales, actuando de transmisores de la información al inspector provincial de sanidad.

La función principal de los subdelegados quedó, por tanto, centrada en la vigilancia de las profesiones sanitarias, en lo referente a la comprobación de la legitimidad de los títulos y al ejercicio profesional. A partir de la revisión y registro de los títulos profesionales, formaban listas nominales, con altas y bajas, con la obligación de enviar copias en el mes de octubre de cada año, al gobernador civil, al inspector general de sanidad, al inspector provincial y al subdelegado de farmacia. En relación con los subdelegados de veterinaria, el artículo 79 establecía que “[...] llevarán las estadísticas de los ganados de su distrito, y las remitirán directamente al inspector provincial de sanidad. La comprobación de existir una epizootia o enfermedad contagiosa en los ganados o animales domésticos, que no haya sido advertida oficialmente al inspector provincial por el subdelegado de veterinaria del distrito, será causa suficiente para la separación del cargo, siempre que el mal tuviere más de un mes de existencia al conocerlo el dicho inspector [...]”. En otro apartado de la norma legislativa se recogía de forma ambigua y sin especificar cantidades, el derecho de estos profesionales a percibir retribuciones por revisión de títulos, apertura de farmacias y dietas en caso de ser requeridos por la autoridad sanitaria. Además los que ostentasen el puesto de inspectores municipales también percibirían la retribución correspondiente a este cargo.

En realidad, la red inspectora que planteó la *Instrucción de Sanidad* hacía hasta cierto punto innecesaria la continuidad de unos subdelegados a los que únicamente les quedaba la competencia de controlar el ejercicio profesional, circunstancia que, con el paso del tiempo, se fue haciendo cada vez más evidente hasta encontrar su desenlace final con la extinción de este cuerpo profesional, al llegar al poder del gobierno republicano. Así, por Decreto de septiembre de 1933, se declaró la extinción de los subdelegados de medicina y farmacia y se dispuso la amortización de las vacantes, transfiriendo las funciones que estos profesionales



venían desempeñando, a los inspectores municipales de sanidad y a los negociados de farmacia dependientes de las inspecciones provinciales. En los artículos 3º y 4º del Decreto se establecía que “[...] A partir de la promulgación de este Decreto, el registro de títulos se llevará a cabo con carácter gratuito por las inspecciones provinciales de Sanidad, quedando suprimido por innecesario el visado de certificaciones. Todos los subdelegados de medicina y farmacia harán entrega a los inspectores provinciales de Sanidad de los libros de registro de los títulos [...]”.

### **3.5.2. El cuerpo de sanidad marítima**

El interés concedido en la *Ley de Sanidad* de 1855 a la organización de los servicios de sanidad marítima, quedó patente en su capítulo IV, en el cual se planteaba la necesidad de crear las direcciones especiales de sanidad marítima y de clasificar los puertos españoles, de acuerdo con su importancia mercantil y sanitaria. El personal asignado a los puertos clasificados como de primera se componía de un director, un secretario, un médico primero de visita de naves, uno segundo, un intérprete, un oficial de secretaría, dos escribientes, dos patronos de falúa y nueve marineros. Los puertos de segunda debían estar dotados de un director médico primero de visita de naves, un médico segundo, un secretario, un oficial, un escribiente, un intérprete, un celador, un patrón de falúa y seis marineros. Los de tercera, un director médico de visita de naves, un secretario, celador, escribiente, patrón de falúa y cuatro marineros. En cuanto a las funciones de este personal, la ley remitía a la próxima publicación de un supuesto reglamento que en la práctica no vio la luz hasta 1887, y el funcionamiento de los servicios de sanidad marítima distó durante muchos años de los planteamientos propuestos en la mencionada ley.

Una vez más, la amenaza epidémica fue el motor de los primeros intentos de adscripción de personal a estos servicios, al crear en 1867 con un presupuesto específico, las direcciones especiales de sanidad marítima, cuyos máximos responsables serían los directores especiales de sanidad marítima. Sus funciones se centraron en garantizar la exactitud de los libros de registro e intervención de los derechos sanitarios, elaborar la estadística mensual del movimiento de buques y remitirla al gobernador, cuidar de la salubridad y limpieza de los puertos a su cargo,

expedir las patentes de sanidad, imponer las multas a los capitanes de los buques cuando fuera necesario, realizar personalmente la visita de naves en compañía del médico consultor, y en general ser los “jefes superiores en el puerto”<sup>229</sup>. Pero la ausencia de un reglamento posterior que desarrollase estas funciones, determinó que este primer intento de organizar un cuerpo técnico de sanidad marítima se evaporase y, en consecuencia, la situación profesional de los médicos de sanidad marítima quedaba sujeta al capricho de la opción política del momento:

“[...] Se mudan de continuo estos funcionarios, quitándolos y poniéndolos caprichosamente, conforme las exigencias de los hombres políticos que ejercen influencia amistosa o que se hacen al contrario temer en las esferas de la gobernación del Estado. Basta que un diputado, un candidato ministerial lo exija, para que desaparezca el Director de un puerto y sea reemplazado por otro, ni más entendido en el ramo, ni adornado de mayor probidad profesional. Las plazas de médicos de baños y de Directores especiales de Sanidad marítima, son las destinadas a satisfacer las concupiscencias médico-políticas de la época, con grandísimo perjuicio de la nación [...]”<sup>230</sup>.

Esta deplorable situación determinaba que al no acceder a los puestos por oposición, el personal a cargo de las direcciones de sanidad marítima no tuviera la formación técnica que requería el puesto. Por ello, no era raro encontrar en las revistas científicas voces que denunciaban la situación y exigían una mayor profesionalidad en el desempeño de unos puestos que debían proveerse en una oposición y que además de valorar los conocimientos especiales de sanidad marítima, exigiera el conocimiento de idiomas<sup>231</sup>.

---

<sup>229</sup> Real Orden de 26 de abril de 1867, mandando observar varias reglas sobre sanidad marítima, mientras se discuten, aprueban y publican los reglamentos generales para la ejecución de este servicio.

<sup>230</sup> Sanidad marítima (1874).

<sup>231</sup> En este sentido cabe destacar algunos artículos publicados en 1874 en *El Siglo Médico* como el de Carlán, D., el de Sobrino, F., o el anónimo que lleva por título “El movimiento continuo”.

Pero esta aspiración no fue una realidad hasta la constitución del cuerpo de sanidad marítima en 1886<sup>232</sup>, mediante el cual se transformaron en funcionarios del estado, dependiendo del Ministerio de Gobernación, todos los empleados que en aquel momento formaban parte de las direcciones de sanidad de los puertos y lazaretos, y se exigía que los nuevos ingresos de personal se realizaran probando su suficiencia mediante concurso oposición. La cualificación exigida para desempeñar los cargos de directores y secretarios de lazaretos y direcciones de puertos de primera, segunda y tercera clase, así como los directores de cuarta era la de ser médicos, mientras que los secretarios de éstas últimas podrían ser médicos o farmacéuticos. Constituía un requisito indispensable en cualquier caso, hablar francés, y circunstancia meritoria conocer otros idiomas.

La creación de este primer cuerpo de sanidad obviamente no fue un hecho casual, teniendo en cuenta el momento en que tuvo lugar en plena Restauración Borbónica. Las reformas administrativas para dar consistencia a los cuerpos especiales de la administración y terminar con los continuos cambios y ceses de personal, el intento en definitiva de deslindar la administración de la política, se convirtió en el paso necesario para alcanzar una mayor estabilidad política al tiempo que una modernización del estado. El Real Decreto para la creación del nuevo cuerpo también aprobó la plantilla de las direcciones de sanidad marítima, que comprendía 98 directores médicos de visita de naves, 35 secretarios médicos, 3 médicos de bahía y 3 médicos de consigna, así como 48 médicos suplentes. Pero este importante impulso de la sanidad marítima de los años ochenta no tuvo la duración esperada, pues en el último decenio del siglo la importante disminución en los presupuestos determinó una reducción del número de médicos y del gasto en material sanitario en las estaciones marítimas<sup>233</sup>.

En 1899 al tomar las riendas de la materiales –a lo cual contribuyeron en gran medida las juntas de obras de puertos- que permitieron poner en práctica los avances tecnológicos propios del momento, de manera que a todas las estaciones sanitarias de primera y segunda clase pronto se les dotó de aparatos de desratización y estufas de desinfección por vapor a presión. De manera similar, los cinco lazaretos que había en

---

<sup>232</sup> Real Decreto de 16 de noviembre de 1886, reorganizando el Cuerpo de Sanidad Marítima.

España quedaron reducidos a dos, el de Mahón en el Mediterráneo, y el de San Simón (Vigo) en el Atlántico, que a partir de 1908 comenzaron a dotarse de elementos de desinfección más precisos, se proveyeron de camas y mobiliario para las hospederías y enfermerías, y se organizó el personal de estas estaciones sanitarias conforme a un plan de servicios en armonía con los reglamentos y tratados internacionales<sup>234</sup>. En este contexto, el personal adscrito al cuerpo de sanidad marítima se fue adaptando a las exigencias del momento, incorporando a sus funciones clásicas otras como la vacunación y revacunación de tripulación y pasajeros, o la puesta en marcha de servicios de profilaxis antivenérea. En 1927, la plantilla de la Inspección General de Puertos y Fronteras contaba con un total de 74 médicos adscritos, además de los secretarios intérpretes y del personal auxiliar correspondiente<sup>235</sup>.

### 3.5.3. El cuerpo de titulares

La creación de la figura de los titulares de medicina y cirugía, farmacia y veterinaria se encuentra vinculada a la necesidad de desarrollar la organización de la asistencia benéfico-sanitaria, desde la concepción liberal de que el Estado debía hacerse cargo de la salud de los pobres menesterosos, idea que comenzó a ponerse de manifiesto a partir de la segunda mitad del siglo XIX. Con la llegada del “bienio progresista” (1854-1856), se puso en práctica el primer intento de garantizar en todos los pueblos de España una asistencia sanitaria mínima de carácter benéfico<sup>236</sup>, a través de la creación de los llamados “partidos”, para garantizar unos servicios mínimos de medicina, cirugía y farmacia a las personas que, por su condición social y económica, carecían de recursos propios para procurarse estos servicios. Se trataba de implicar a todos los ayuntamientos en la contratación de médicos, farmacéuticos y cirujanos, con opción de que aquellos que tuviesen escaso vecindario se uniesen entre sí para formar un partido, al tiempo que se pretendía garantizar que la asistencia sanitaria fuese prestada por personal cualificado, regulando las asignaciones que los

---

<sup>233</sup> Molero, J.; Jiménez, I. (2000).

<sup>234</sup> *Obra sanitaria en España durante los años 1910-1912, La* (1914: 77-106).

<sup>235</sup> Hapke (1929: 12).

<sup>236</sup> Real Decreto de 5 de abril de 1854 para la asistencia médica de los pueblos y de los menesterosos.

facultativos deberían percibir en sus contratos con los ayuntamientos en función de la población a asistir, y de los vecinos particulares en el caso de que se estableciesen igualas. Sin embargo, tanto este primer intento regulador como un segundo que tuvo lugar en 1864, se vieron abocados al más rotundo fracaso, al chocar de pleno con la realidad social y económica de la mayoría de municipios, que vivían en la más absoluta precariedad y falta de recursos, lo que hacía inviable asumir innovación organizativa alguna.

El vacío existente hasta el momento, en lo referente a la regulación de la organización de la asistencia sanitaria de los pueblos, había concedido plena libertad para que aquellos municipios que lo desearan, pudieran contratar libremente a sus facultativos y acordar en su caso particularmente con ellos, tanto el tipo de asistencia que debían proporcionar y las personas a las que debían atender, como la forma y cuantía de la remuneración a percibir por ello. La única obligación contraída con la autoridad provincial, consistía en que ésta debía sancionar el nombramiento del facultativo en cuestión, dada la competencia del gobernador en materia de regulación del ejercicio de las profesiones sanitarias. Por ello, el objeto de la reglamentación que el gobierno central pretendía poner en marcha para homogeneizar todos estos aspectos, no tuvo una buena acogida al restar libertad de actuación a los ayuntamientos para la contratación de estos servicios a cargo de los presupuestos municipales, y a un coste que la mayoría no podían asumir<sup>237</sup>.

El interés por no volver a fracasar en un nuevo intento de organizar la asistencia sanitaria de los pueblos, es el que llevó al gobierno a elaborar en 1868 un nuevo reglamento, con extraordinario detalle y con gran minuciosidad en su desarrollo. La idea de que el prestar asistencia gratuita a los que carecen de los medios necesarios para procurársela, es un “imperioso deber que la caridad impone al Estado”, es la que impulsó la promulgación de este Real Decreto, aún reconociendo el propio ministro de la gobernación, Luis González Bravo, las dificultades que su aplicación ofrecía por haberse de extender a pueblos de escasos recursos, y muchos de ellos de reducido vecindario y difíciles medios de

---

<sup>237</sup> El fracaso en los sucesivos intentos por regular la organización de la asistencia sanitaria de los pueblos, ha sido valorado por nuestra parte a través de la situación concreta en la provincia de Valencia. Barona, C. (2000).

comunicación. La propuesta organizativa en partidos médicos se resumía a grandes rasgos en los siguientes puntos:

“[...] Todas las poblaciones que no pasen de 4.000 vecinos, contratarán facultativos titulares de Medicina, Cirugía y Farmacia. Se considerarán de primera los que excedan de 599 vecinos, y tendrán un titular para cada grupo de una a 300 familias pobres y uno más por los que excediesen si pasan de 150, con la asignación anual de 400 a 800 escudos. A los farmacéuticos que se establezcan como titulares, se les asignará la dotación de 200 escudos. Serán partidos de segunda los de 400 a 599 vecinos, y tendrán un titular por cada grupo de una a 200 familias pobres y un sueldo anual de 300 a 600 escudos. A los farmacéuticos que se establezcan como titulares, se les asignará la dotación de 160 escudos. Los partidos de tercera serán los de 200 a 399 vecinos, y tendrán por cada grupo de una a 100 familias pobres un titular con sueldo anual de 300 a 500 escudos. A los farmacéuticos que se establezcan como titulares, se les asignará la dotación de 120 escudos. Serán partidos de cuarta los de menos de 200 vecinos que puedan costear por sí su titular por cada grupo de una a 100 familias pobres, y con sueldo anual de 400 a 600 escudos. A los farmacéuticos que se establezcan como titulares, se les asignará la dotación de 120 escudos. Los pueblos que por su escasez de vecindario no puedan formar partido ni unirse a otros por las distancias, formarán partidos cerrados. Los facultativos titulares contratados solamente para la asistencia de los pobres, quedan en libertad de celebrar contratos particulares con los demás vecinos para prestarles la asistencia correspondiente a su profesión. En las capitales de provincia y en las poblaciones de más de 4.000 vecinos, se establecerá la hospitalidad domiciliaria. Los gobernadores de las provincias, oída la Junta provincial de Sanidad, y de acuerdo con los respectivos ayuntamientos, formarán el reglamento para cumplir con lo dispuesto en este artículo [...]”<sup>238</sup>.

---

<sup>238</sup> Real Decreto de 11 de marzo 1868 del Ministerio de la Gobernación, que contiene el *Reglamento para la asistencia de los pobres, y organización de los partidos médicos de la península*.

Las funciones atribuidas en este reglamento a los facultativos titulares contemplaban, además de la asistencia sanitaria gratuita a los pobres, las de prestar los servicios sanitarios de interés general que el gobierno y sus delegados encomendasen, apoyar a las corporaciones municipal y provincial en lo relativo a la policía sanitaria y prestar, en casos de urgencia y con la correspondiente remuneración, los servicios que el gobernador les encargase en las poblaciones próximas. La duración de los contratos de los facultativos con los ayuntamientos se establecía en cuatro años.

Un nuevo reglamento a cargo del gobierno de la Primera República, se publicó el 24 de Octubre de 1873 para poner en práctica los preceptos de la Constitución de 1869 y de la *Ley Municipal* de 1870, guiados de un espíritu descentralizador que intentaba devolver al municipio la administración de sus intereses particulares. Con arreglo a este criterio, el gobierno sólo debería intervenir en los asuntos relacionados con la administración de los ayuntamientos, en los casos en que entrasen en conflicto dos o más municipios en lo que pudiera verse afectada la salubridad de la nación. Llevado al terreno de la organización de la asistencia sanitaria, ello se traducía en la adquisición de una autonomía plena por los ayuntamientos, a la hora de contratar a sus facultativos titulares, perdiendo la dependencia del gobierno civil que establecían la *Ley de Sanidad* de 1855 y el *Reglamento* de 1868, para realizar la elección más oportuna de los facultativos. Sin embargo, la mayor autonomía municipal concedida por este reglamento, fue vivida con recelo por la profesión médica, al considerar que ni la voluntad de la mayoría de los municipios, ni el estado de los presupuestos municipales, favorecerían el desarrollo de la asistencia sanitaria de los pueblos y las condiciones laborales de los profesionales sanitarios a su cargo<sup>239</sup>.

Las funciones que este reglamento asignaba a los médicos titulares, no sufrieron variaciones respecto a las establecidas en el reglamento de 1868, y la titulación que se exigía para poder optar a una plaza de médico municipal era la de doctor ó licenciado en medicina y cirugía, ó estar en posesión de cualquier título

---

<sup>239</sup> En este reglamento se omitía la regulación de las remuneraciones que los ayuntamientos debían pagar por los servicios sanitarios, además de los criterios para catalogar a los vecinos como pobres, dejándolo a la arbitrariedad de los ayuntamientos.

legal de los que habilitaban para el ejercicio de estas profesiones. El papel otorgado al gobierno civil se centraba en la supervisión de la adecuación de los títulos académicos de los profesionales sanitarios, así como de sus contratos. La junta provincial de sanidad se constituía en el organismo encargado de llevar el inventario de los facultativos municipales, pueblos de la provincia en que servían, y número de expediente, con la finalidad de elaborar la estadística, informar a los municipios y demás corporaciones administrativas ó científicas, y al gobierno, así como de librar a los interesados las certificaciones que pudiesen serles necesarias.

Antes de finalizar el siglo, todavía vio la luz un nuevo reglamento, el de 14 de junio de 1891, cuya aportación en el terreno organizativo fue escasa en relación a los que le precedieron, ya que mantendrá la organización de la asistencia en los mismos términos que el reglamento de 1870, tanto en lo relativo a la facultad de los municipios para contratar titulares que atendiesen el servicio benéfico, como en su cuantía y distribución en función del tamaño de las poblaciones. No obstante, esta situación de continuidad afectó más a las poblaciones pequeñas, que en realidad eran las que habían puesto en marcha en mayor o menor grado la beneficencia pública domiciliaria.

Sin embargo, en las grandes poblaciones el impulso en el desarrollo de la salud pública, que en general comenzó a ponerse en evidencia en la última década del ochocientos, despertó el interés por asumir las competencias que en el terreno de la asistencia benéfico-sanitaria habían merecido hasta el momento escasa atención. Si bien la mayoría de capitales de provincia habían hecho caso omiso a los intentos de organización propuestos hasta la fecha para implantar la hospitalidad domiciliaria, con la publicación de este nuevo reglamento se percibió un cierto despegue en su desarrollo. Una de sus consecuencias fue la elaboración un “registro de pobres” con derecho a asistencia gratuita en las grandes ciudades, así como la contratación de facultativos municipales, a quienes además de sus deberes propios les atribuía la competencia de atender el servicio de las casas de socorro. También comenzaron a hacerse sentir tímidamente las primeras señales de lo que supuso el inicio de la etapa de modernización de la salud pública española, fundamentalmente en lo relativo a la ampliación de competencias de los facultativos municipales, hacia aspectos diferentes a la mera asistencia a los casos de enfermedad y a los nacimientos y



abortos de las familias pobres a las que atendían, demostrando un creciente interés por aspectos como la estadística sanitaria, la policía de salubridad ó la vacunación.

El título exigido para prestar los servicios de facultativo, era el de doctor ó licenciado, expedido por las universidades del Reino, bajo cuya dependencia preveía el reglamento la contratación de practicantes y ministrantes, para desempeñar el servicio municipal de cirugía menor, con sujeción a las atribuciones que sus títulos les otorgasen.

La publicación de la *Instrucción General de Sanidad* vino a afianzar la situación de los facultativos municipales, con la constitución del cuerpo de médicos titulares, al que podían incorporarse todos aquellos médicos que llevasen ocupando una plaza de titular en los últimos cuatro años, y al cual podrían tener acceso a partir de ese momento los nuevos facultativos por oposición. Ese mismo año de 1904, se publicó el *Reglamento del Cuerpo de Médicos Titulares de España*<sup>240</sup>, que quedaba constituido por los facultativos encargados permanentemente de la completa asistencia médico quirúrgica de las familias pobres en los municipios, merced al establecimiento de contratos con los ayuntamientos, para lo cual distinguía cinco categorías de partidos. En el caso de los farmacéuticos y veterinarios, la situación siguió un curso paralelo, pues a la necesidad de que en cada municipio de más de 2.000 habitantes existiese al menos una farmacia para poder suministrar los medicamentos para los enfermos pobres, establecida en el artículo 93 de la *Instrucción General de Sanidad*, se sumó la constitución del cuerpo de farmacéuticos titulares y la clasificación de los partidos farmacéuticos<sup>241</sup> en tres categorías, en función del número de habitantes de cada población. La constitución del cuerpo de veterinarios titulares quedó establecida en el Reglamento de 22 de marzo de 1906, donde se regulaban las condiciones para su acceso y separación del puesto, así como sus obligaciones y derechos.

Con la publicación del *Reglamento de Sanidad Municipal*, se vieron reforzadas las atribuciones de los ayuntamientos en lo relativo a la organización de los servicios de asistencia benéfica, a cuyo cargo quedaba no sólo la contratación de

---

<sup>240</sup> Real Decreto de 11 de octubre de 1904.

médicos, farmacéuticos y veterinarios titulares, sino que además en su artículo 41 se establecía la obligación de contratar en cada partido médico un servicio municipal de matronas o parteras para la asistencia gratuita de las embarazadas pobres, así como un practicante titulado para auxiliar la labor del inspector municipal de sanidad. Como vemos, la necesidad de implicar a los municipios en la organización de la asistencia benéfico sanitaria se fue incrementando progresivamente, aunque en la práctica puede decirse que las irregularidades en el cumplimiento de las obligaciones de los ayuntamientos constituían la tónica general, a juzgar por las continuas reclamaciones presentadas ante los gobiernos provinciales, por unos profesionales sanitarios que se sentían indefensos ante el incumplimiento de lo establecido en sus contratos, hecho del que se hacía eco la prensa médica y los órganos profesionales, desde donde se reclamaban medidas para subsanar la injusta situación bajo la que vivían los sanitarios locales, pues:

“[...] El parlamento unas veces, el gobierno otras, han dictado disposiciones encaminadas a asegurar el pago de los haberes de los sanitarios titulares y a procurar los medios de defensa contra las persecuciones y atropellos. Todo ello fue ineficaz. Los ayuntamientos en gran número no cumplen sus obligaciones. Los sanitarios no cobran. En alguna provincia alcanza la deuda el millón de pesetas. En cambio, se suman por centenares las reclamaciones que llegan a la subsecretaría de Sanidad. Se estima urgente acabar con este estado de cosas que desmoraliza al funcionario y perjudica el interés sanitario del país [...]”<sup>242</sup>.

Tras casi treinta años de reivindicación de los médicos rurales, la sensibilidad mostrada por José Antonio Palanca en la Dirección General de Sanidad, abrió ciertas expectativas de mejora en su situación, al plantear la creación en 1930 de una comisión interministerial “[...] para estudiar el modo de organizar el pago de los

---

<sup>241</sup> Su reglamento quedó plasmado en el Real Decreto de 14 de febrero de 1905, que se completó con la Real Orden de 18 de abril del mismo año para la clasificación de los partidos farmacéuticos y dotación de sus titulares.

<sup>242</sup> Ley de Bases (1934).

médicos titulares por cuenta del Estado [...]”<sup>243</sup>. Con esta perspectiva, ya el gobierno republicano se planteó la coordinación de la actuación sanitaria de los tres niveles de la administración, mediante la publicación de la *Ley* de 11 de julio de 1934. El *Reglamento económico-administrativo de las mancomunidades sanitarias provinciales* de 14 de junio de 1935, establecía la constitución en cada provincia de un organismo denominado mancomunidad sanitaria provincial, del que pasaban a formar parte la totalidad de los ayuntamientos de la provincia<sup>244</sup>. Eso les obligaba a ingresar del 1 al 5 de cada mes los haberes de su personal sanitario correspondiente al mes anterior, así como trimestralmente la parte correspondiente al 2% de su presupuesto, para el mantenimiento de los institutos provinciales de higiene. También se desarrollaban en este precepto legislativo los reglamentos que regulaban la actividad de los distintos profesionales sanitarios que prestaban sus servicios a los municipios:

- Inspectores farmacéuticos municipales: se constituyó el cuerpo en el que quedaban incluidos todos los farmacéuticos que hasta la fecha estuviesen desempeñando en propiedad una inspección farmacéutica municipal, o que perteneciendo al antiguo cuerpo de farmacéuticos titulares, desempeñasen cargo técnico en laboratorios oficiales. El ingreso en el cuerpo se establecía que fuese por oposición, pasando a ser considerados funcionarios técnicos del Estado, con la misión de dispensar los medicamentos a las familias incluidas en la beneficencia y realizar sus análisis, surtir a las casas de socorro, y realizar el análisis químico de los alimentos en coordinación y dependencia con el instituto provincial de higiene. Los partidos farmacéuticos quedaban clasificados en 4 tipos, en función del número de habitantes, con dotaciones que oscilaban entre las 2.750 pesetas a los de más de 5.000 habitantes, y las 1.100 pesetas a los de menos de 2.500 habitantes.

---

<sup>243</sup> Organización sanitaria (1930).

<sup>244</sup> Sólo permitía quedar exentos los ayuntamientos de capitales de provincia que demostrasen tener perfectamente atendidos sus servicios sanitarios y benéfico sanitarios.

- Inspectores veterinarios municipales: se constituyó el cuerpo profesional, integrando a los que hubiesen desempeñado el cargo de veterinario titular, inspector de carnes, inspector de higiene y sanidad pecuaria o de inspector municipal veterinario. Desde el punto de vista administrativo, pasaban a ser funcionarios municipales, dependiendo técnicamente del ministerio de agricultura, y se les atribuía la dirección del matadero municipal.
- Practicantes de asistencia pública domiciliaria: se constituyó el cuerpo profesional, incluyendo a los practicantes de medicina y cirugía que desempeñaban plazas de practicantes titulares, auxiliares de médicos de asistencia pública domiciliaria.
- Matronas titulares municipales: se constituyó el escalafón de matronas titulares, integrando a todas aquellas que venían prestando sus servicios en la beneficencia municipal, a las que pasaba a considerarse funcionarias del Estado, con una remuneración que se estableció en el 30% de la percibida por el médico de la localidad.
- Médicos de asistencia pública domiciliaria: con el escalafón del cuerpo de médicos titulares inspectores municipales de sanidad, se constituyó el cuerpo de médicos de asistencia pública domiciliaria, con la categoría de funcionarios del Estado. Su misión se centraba en prestar la asistencia médico-quirúrgica gratuita a las familias pobres que se les asignara, atender los abortos en cualquier caso y los partos distócicos en el domicilio o centro municipal, hacerse cargo de la vacunación antivariólica y de las demás que establezca la Dirección General de Sanidad, certificar las defunciones, auxiliar a los forenses, elaborar las estadísticas y prácticas sanitarias en defensa de la salud pública y realizar la inspección médico escolar. Se mantenían las 5 categorías de partidos que habían sido establecidas en la Orden de 29 de octubre de 1931, en las que las asignaciones a percibir oscilaban entre las 4.000 pesetas anuales para un médico que prestase servicio

en un partido de primera, y las 2.000 pesetas para el que lo hiciese en un partido de 5ª categoría.

Como vemos, la consolidación de la organización de la beneficencia sanitaria municipal culminó a lo largo del gobierno de la Segunda República, con el reconocimiento de un grupo de profesionales sanitarios con categoría de funcionarios del estado, que tenían que velar no sólo por atender la salud individual de las familias que les asignase el municipio en el que prestaban sus servicios, sino que además abarcaron competencias dirigidas a preservar la salud comunitaria del municipio en cuestión.

#### **3.5.4. Los inspectores provinciales y municipales de sanidad**

El primer intento de creación de una red inspectora de salud pública tuvo lugar en España en 1891, como medida para intensificar la vigilancia epidemiológica frente al cólera, enfermedad que un año antes había hecho su aparición en varias regiones. La Real Orden de 3 de febrero de 1891 establecía la nueva organización inspectora en los destinos que un año antes habían sido afectados por la epidemia, diferenciando dos categorías de inspectores, los de distrito a ostentar por los subdelegados de medicina, y los regionales como delegados de la Dirección General, encomendados a médicos que hubiesen prestado servicios combatiendo la enfermedad. A los primeros se les atribuía la función de visitar de inmediato aquellos pueblos de su partido que hubiesen tenido casos de cólera, repitiendo la visita mensualmente, al tiempo que quedaban encargados de solicitar al inspector regional de referencia el material desinfectante para los casos en que fuera necesario, y de impartir las reglas oportunas a las autoridades municipales con la finalidad de garantizar la salud pública. Por su parte, los inspectores regionales quedaban encargados de visitar, al menos quincenalmente, todos los partidos o subdelegaciones bajo su responsabilidad, actuando de referentes para la petición de material desinfectante por los subdelegados y emitiendo partes mensuales de la situación epidemiológica en su ámbito de competencia, tanto al gobernador de la provincia como a la Dirección General. Sin embargo, esto no fue más que una circunstancia

temporal, planteada como una manera de abordar la situación de crisis derivada de la epidemia, en contra del planteamiento que se propondrá más adelante, de utilizar la red inspectora para garantizar las condiciones del estado habitual de la salud pública.

La aportación más innovadora de la *Instrucción General de Sanidad* de 1904 fue la creación de un cuerpo de técnicos de la administración, con la misión exclusiva de desempeñar funciones en el ámbito de la salud pública y de las medidas colectivas de higiene, en los tres niveles de actuación central, provincial y municipal. Precisamente el capítulo V del mencionado precepto legislativo desarrollaba el perfil y el marco de actuación de los inspectores provinciales de sanidad, atribuyéndoles la responsabilidad de organizar los servicios de higiene de la prostitución, inspeccionar los establecimientos de aguas minerales, estar informado de los contratos establecidos por los ayuntamientos con los facultativos titulares, velar porque en los establecimientos benéficos de la provincia cumplieran las medidas de higiene general, vigilar el laboratorio de higiene y el instituto de vacunación, así como los servicios de sanidad exterior donde los hubiese. El acceso a estos puestos se establecía por oposición, a la cual podrían acceder únicamente los doctores en medicina y cirugía que contasen con más de ocho años de ejercicio profesional. Sin embargo, hay que apuntar que las perspectivas de este nuevo modelo organizativo, que auguraba una apuesta hacia el paulatino desarrollo y consolidación de la administración sanitaria periférica, no se materializaron hasta pasados muchos años y los nuevos técnicos de la administración, al menos inicialmente no recibieron el apoyo material ni el reconocimiento a su autoridad que merecían<sup>245</sup>.

Aunque los inspectores provinciales de sanidad se constituyeron como cuerpo facultativo dependiente del Ministerio de la Gobernación en 1912<sup>246</sup>, volviendo a regular su actividad profesional la publicación del reglamento del cuerpo en 1920<sup>247</sup>, por la cual se establecía la necesidad de acceder mediante oposición y se disponían las funciones de este grupo técnico en su ámbito de actuación, haciendo recaer sobre ellos la responsabilidad de vigilar la salud pública de la provincia y coordinar la

---

<sup>245</sup> Rodríguez Ocaña, E. (1994a).

<sup>246</sup> Siendo Inspector General de Sanidad Interior A. Barroso, se publicó el primer *Reglamento del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad* con fecha 15 de junio de 1912.

<sup>247</sup> El 27 de agosto de 1920 se aprobó el segundo *Reglamento del Cuerpo de Inspectores Provinciales de Sanidad*.

actuación de los diferentes inspectores locales, lo cierto es que ni siquiera esta ordenación reglamentaria ayudó a consolidar su situación, pues dados los escasos incentivos que se les ofrecían -bajas remuneraciones, que en ocasiones se limitaban a porcentajes sobre las multas que imponían, limitación de su movilidad territorial...- y las dificultades que implicaba en ocasiones su relación con los gobiernos civiles y las diputaciones provinciales, la realidad fue que la enorme potencialidad de su cometido se vio relegada al mínimo posible.

La situación comenzó a mejorar a partir de la publicación del *Reglamento de Sanidad Provincial* de 1925, en el que se potenciaba la figura de los inspectores provinciales, como consecuencia del desarrollo de estructuras provinciales de salud pública, encarnadas en los institutos provinciales de higiene, que se transformaron en el foco impulsor de las actuaciones preventivas y de los programas de lucha frente a las enfermedades infecciosas, la mortalidad infantil, etc. Así fue como la figura de los inspectores provinciales de sanidad adquirió relevancia, al quedarle asignada la dirección técnica de estos centros.

Aunque en esta etapa la dependencia administrativa de las diputaciones provinciales restaba parte de la supuesta autoridad que el *Reglamento Provincial* les atribuía, finalmente alcanzaron el merecido reconocimiento de máxima autoridad sanitaria provincial al llegar la etapa republicana, en la que los institutos provinciales de higiene perdieron la dependencia de las diputaciones y pasaron a gestionarse en régimen planteó la *Instrucción General de Sanidad* en relación con los inspectores municipales de sanidad, contemplaba en el caso de los municipios grandes, un inspector por cada 40.000 almas, que en las capitales de provincia con menos de esta cifra de habitantes el cargo sería asumido por el inspector provincial, en los ayuntamientos que fuesen cabeza de partido el cargo de inspector lo ostentarían los subdelegados de medicina y en los demás ayuntamientos el cargo debería recaer sobre los médicos titulares, encargados hasta ese momento de prestar la asistencia benéfico-sanitaria en el medio rural.

Aunque la *Instrucción General de Sanidad* trató de ampliar las funciones puramente asistenciales benéficas que venían desempeñando los médicos titulares, a otras que comprenderían la prevención y las medidas colectivas de higiene - inspección de las escuelas de su municipio, mercados y establecimientos de venta de

alimentos, potabilidad del agua de bebida, control de focos infecciosos, vacunaciones, elaboración de la estadística sanitaria-, lo cierto es que los inspectores municipales de sanidad siguieron en su evolución una trayectoria paralela a la comentada para sus homólogos provinciales, pues la aplicación real de la *Instrucción General de Sanidad* resultó decepcionante a corto plazo y hubo de transcurrir un tiempo hasta publicarse el *Reglamento de Sanidad Municipal* en 1925, para que los facultativos que en aquel momento se encontraban desempeñando el puesto de médico titular pasaran a adquirir de manera automática la condición de inspectores municipales de sanidad. No obstante, ni tan siquiera la creación del cuerpo de inspectores municipales de sanidad por el *Estatuto Municipal*, supuso la inmediata asunción por parte del estado de los presupuestos necesarios para transformar a este colectivo en funcionarios del estado, como hubiese sido deseable, atribuyéndose entre tanto a los ayuntamientos la responsabilidad de contemplar la asignación correspondiente a la función inspectora de los médicos titulares:

“[...] Se constituye el cuerpo de inspectores municipales de sanidad, al cual pertenecerán todos los titulares ingresados en el mismo hasta la fecha, y todos los que en lo sucesivo ingresen en él por oposición.

Los ayuntamientos proveerán las plazas de titulares por concurso entre facultativos pertenecientes al cuerpo de inspectores municipales de Sanidad. Ínterin el Estado no lleve al presupuesto nacional créditos suficientes para la retribución de los inspectores municipales de sanidad, los ayuntamientos consignarán en los suyos las cantidades necesarias para dotar dicha Inspecciones, que serán independientes de las que figuren para pago de las titulares y sin merma de las igualas, y su evaluación no podrá ser inferior al 10% de la titular [...]”<sup>248</sup>.

Como vemos, una propuesta legislativa que representaba importantes aportaciones para la mejora de la sanidad rural, no reportó más que frustraciones entre los propios profesionales, y la excesiva dilatación en el tiempo de su situación de dependencia del nivel municipal, fue uno de los aspectos que mayor descontento

---

<sup>248</sup> Artículos 43 y 44 del Estatuto Municipal, contenido en el Real Decreto de 9 de febrero de 1925.



provocó entre los médicos titulares, cuya aspiración a convertirse en funcionarios del estado no fue un hecho real hasta la llegada de la etapa republicana<sup>249</sup>. Así, con fecha 15 de septiembre de 1932 se aprobó una ley sobre titulares, cuya aplicación se materializó con la publicación de su reglamento, publicado con fecha 7 de marzo de 1933, a través del cual se regulaba el acceso a las vacantes de médicos titulares, las cuales deberían proveerse por personal del cuerpo de inspectores municipales de sanidad, atribuyendo a los inspectores provinciales el encargo de seleccionar al que fuese nombrado, de acuerdo con los resultados del concurso. Mas tarde, la *Ley de Bases de Coordinación Sanitaria*, aprobada el 11 de julio de 1934, vino a satisfacer la vieja aspiración de los facultativos titulares de ser funcionarios técnicos del estado, lo cual les garantizaba la seguridad en el cobro y la independencia en el desempeño de sus funciones al servicio de la sanidad nacional.

---

<sup>249</sup> Entre los motivos que justificaban el rechazo de los médicos titulares a depender del poder municipal se encontraban las malas condiciones contractuales y económicas que tenían que soportar, los dilatados retrasos en el cobro de sus emolumentos, que les hacían sentirse explotados por los caciques de la España rural, o la falta de objetividad y el compadrazgo a la hora de proveer las vacantes de médico rural.



#### 4.-LA ORGANIZACIÓN DE LA HIGIENE PÚBLICA VALENCIANA (1882-1936)



## La organización de la higiene pública valenciana (1882-1936)

La organización sanitaria en el período que hemos centrado nuestro estudio, pivotó sobre dos grandes textos legislativos: la *Ley de Sanidad* de 1855, y la *Instrucción General de Sanidad* de 1904. La primera, supuso la ruptura con las estructuras características del Antiguo Régimen y la constitución de un sistema sanitario acorde con el prototipo de la mentalidad liberal<sup>250</sup>, basado en la asunción por el estado de determinadas actuaciones sanitarias inespecíficas, encaminadas básicamente a combatir el fenómeno epidémico. El proceso de renovación científica iniciado a finales del siglo XIX, en el caso de la higiene pública encontró su máxima expresión con el desarrollo y la incorporación de los postulados de la bacteriología y de la “higiene de laboratorio”<sup>251</sup>, cuya asimilación en la estructura sanitaria pública dio origen a los primeros laboratorios de higiene en el ámbito municipal. Con la publicación de la *Instrucción General de Sanidad* en 1904, las actuaciones higiénico-sanitarias se vieron potenciadas e intensificadas, al tiempo que la paulatina consolidación de la administración sanitaria periférica, tanto provincial como municipal, comenzó a ser una realidad.

Las competencias sanitarias asignadas a la administración sanitaria periférica fueron recogidas en las diversas leyes municipales y provinciales publicadas en la segunda mitad del siglo XIX, en las que se concedía a los municipios una autonomía en el gobierno de los servicios sanitarios, que resultó más normativa que real<sup>252</sup>. La tutela municipal desde el nivel provincial resultó un claro elemento centralizador del modelo sanitario que fue construyéndose a lo largo del primer cuarto del siglo XX y que finalmente resultó el eje del modelo organizativo que quedó consolidado en los años inmediatamente anteriores a la contienda civil<sup>253</sup>.

En la provincia de Valencia, a partir de la *Ley de Sanidad* de 1855, la higiene pública local pivotó en torno a dos instituciones como eran la junta municipal de sanidad y la junta provincial de sanidad. Aunque ambas debían actuar de manera coordinada y complementaria, la realidad fue bien distinta, pues la rivalidad y el afán

---

<sup>250</sup> Véanse los trabajos de López Piñero, J.M. (1984) y Fresquet, J.L. (1990).

<sup>251</sup> García Guerra, D.; Álvarez Antuña, V. (1994).

<sup>252</sup> Muñoz Machado, S. (1975).

<sup>253</sup> Perdiguero, E. (1997); Rodríguez Ocaña, E. (2001).

por conservar la independencia municipal, llevaron a ambas instituciones a momentos de claro enfrentamiento<sup>254</sup>.

Durante la segunda mitad del ochocientos, la medicina vivió en Valencia un importante proceso de recuperación científica, impulsado desde instituciones como el Instituto Médico Valenciano y la Facultad de Medicina. El esfuerzo y la aportación de una notable generación de médicos vinculados a ellas, resultó trascendental para la introducción del método experimental y la incorporación en Valencia de la moderna bioquímica, histología, fisiología experimental y microbiología. Esta paulatina transformación de los conocimientos y métodos de investigación, reforzada por una mentalidad social favorable, resultaron elementos decisivos para que desde el poder político se vislumbrara la investigación científica como un instrumento de progreso y dominación, que dio pie a la creación de institutos y laboratorios<sup>255</sup>. De este modo, la asimilación de la mentalidad etiopatogénica que convirtió la higiene en una disciplina experimental, al encontrar el apoyo de su corporación municipal, hizo posible que la ciudad de Valencia fuera una de las primeras de España en incorporar los supuestos de la medicina de laboratorio, mediante la institucionalización de la higiene municipal y la creación del cuerpo de higiene y salubridad municipal<sup>256</sup>.

El cambio de siglo se acompañó de un proceso de consolidación progresiva de la administración sanitaria periférica, paralelo al creciente auge de la higiene pública. En este sentido, la legislación sanitaria impulsó la creación y desarrollo institucional de estructuras sanitarias específicas para la prevención y la lucha contra las enfermedades transmisibles. Así, el proceso de institucionalización municipal de la higiene pública vivido por la ciudad de Valencia desde finales del ochocientos, fue seguido de un importante proceso de desarrollo e institucionalización a nivel provincial, a partir de la creación de su instituto provincial de higiene en 1916. Diferentes disposiciones legislativas publicadas en los años siguientes, impulsaron el desarrollo de estas instituciones provinciales y, finalmente, el *Reglamento de Sanidad Provincial* de 1925 confirmó el papel de los institutos provinciales de

---

<sup>254</sup> Salavert, V.; Navarro, J. (1992: 116-119).

<sup>255</sup> Barona J.L. (1992b).

<sup>256</sup> Magraner Gil, A. (1993).

higiene como ejes alrededor de los cuales debía establecerse la organización de la higiene pública en España.

El presente capítulo tiene como finalidad analizar la implantación y expansión de la sanidad en la provincia de Valencia, entendiendo como tal el reflejo institucional del desarrollo de la higiene pública<sup>257</sup>, en una estructura administrativa organizada por los poderes públicos. En este sentido, el capítulo comprende un primer apartado en el que hemos abordado el proceso de institucionalización de la higiene pública en la ciudad de Valencia, como experiencia anticipada desde la iniciativa municipal. Ésta situó a la capital valenciana entre las pioneras del estado en disponer de laboratorios químico y bacteriológico, instituciones que se fueron afianzando y ampliando en los primeros años del siglo XX, para dar respuesta a las necesidades colectivas de carácter preventivo y profiláctico de la ciudad<sup>258</sup>.

La consolidación de la higiene pública municipal, dio paso en 1916 a la creación del Instituto Provincial de Higiene de Valencia (IPHV), cuyo proceso de constitución y desarrollo hemos analizado en un segundo apartado. La apuesta que definitivamente se realizó por el modelo sanitario provincial, situó a esta institución como centro de la organización sanitaria de esta provincia a lo largo del primer tercio del siglo XX. En este sentido, pretendemos valorar el papel que jugó esta institución en la dirección y organización de la política sanitaria provincial y su contribución a las mejoras en los niveles de salud de la población valenciana, en este período de tiempo.

El tercer y último apartado del capítulo, está dedicado a analizar el desarrollo de otras instituciones públicas en el ámbito de la provincia de Valencia, que complementaron la actuación de su instituto provincial de higiene y contribuyeron a extender el desarrollo de la sanidad al medio rural. La incorporación del componente social a las variables que influyen sobre la salud, situó como problemas sanitarios prioritarios en el primer tercio del siglo XX, aquellos en los que el componente social resultaba determinante -mortalidad infantil, tuberculosis, enfermedades venéreas, tracoma-. La necesidad de abordar estos problemas no sólo desde la vertiente

---

<sup>257</sup> La higiene pública se refiere a aquella parcela del saber y la práctica médica que tiene por objeto proteger y mejorar la salud, desde una perspectiva colectiva o comunitaria. Rodríguez Ocaña, E. (1987).

terapéutica, sino desde una perspectiva que incorporase la profilaxis y la prevención, determinó la necesidad de adaptar la estructura sanitaria a estos requerimientos. Esta fue la orientación bajo la que nacieron los dispensarios, encargados de dirigir las diferentes luchas sanitarias. La creación de los primeros dispensarios en la ciudad de Valencia, vinculados a su instituto provincial de higiene, constituyeron el punto de partida de una estructura de salud pública que culminó en el período de la Segunda República con la creación de dispensarios y centros secundarios de higiene en el medio rural, para poner en práctica las campañas frente a las principales enfermedades sociales.

---

<sup>258</sup> Canet, M.A.; Martínez, F.; Valor, J. (1996).



## 4.1. Constitución y desarrollo de la sanidad municipal (1882-1916)

### 4.1.1. Marco legislativo

La *Ley de Sanidad* de 1855, vertebradora de la organización sanitaria liberal en la segunda mitad del siglo XIX, concedió escasa importancia a la sanidad municipal, a la cual se refería únicamente al plantear el mantenimiento de las juntas provinciales y municipales de sanidad -artículos 52 a 56- y más tarde dedicaba un único artículo a lo que debía de ser el contenido de la acción higiénica -artículo 98-, desde el que se remitía a un posterior reglamento.

Hubo de llegar el año 1866 para que la legislación sanitaria española estableciese la creación de comisiones de salubridad pública agregadas a las juntas de sanidad y, más tarde, la *Ley Municipal* de 1870 concediese a los municipios una autonomía, al menos teórica, sobre la organización de servicios e instituciones sanitarias. Unos años después, el artículo 121 del *Proyecto de Ley de Sanidad Civil* de 1882, recogía la obligación de crear laboratorios químicos en los municipios: “[...] todos los ayuntamientos en la medida de sus recursos, pondrán al servicio de las subdelegaciones un laboratorio químico, lo más completo posible con destino a los análisis y experimentos de las materias alimenticias y bebidas, del aire atmosférico y para cuantas aplicaciones sanitarias sea necesario [...]”<sup>259</sup>. La publicación de la Circular de 4 de enero de 1889 estableciendo el traspaso de competencias en materia de higiene desde los gobiernos civiles a los ayuntamientos, daría paso definitivamente a la constitución de los primeros laboratorios municipales.

En la ciudad de Valencia, las primeras instituciones creadas al amparo de su administración local fueron las casas de socorro que, a imagen y semejanza de las ya existentes en otras ciudades españolas, surgieron con la idea inicial de paliar la situación de abandono en la que se encontraba el sistema de asistencia benéfico-sanitaria. Más tarde, la línea de actuación de estos centros se fue decantando más hacia las tareas propias de los centros al servicio de la higiene pública, que hacia las de carácter propiamente asistencial. El *Reglamento para la Casa de Socorro*,

---

<sup>259</sup> Sanidad Civil (1882).

aprobado en el mes de junio de 1879<sup>260</sup>, completado unos meses después por otro<sup>261</sup> que preveía el crecimiento del número de estas instituciones, establecía como objetivo de las mismas “[...] prestar auxilio inmediato a cualquier persona acometida de accidente en paraje público, facilitar el primer socorro en el domicilio de los pacientes en caso de inminente riesgo, proporcionar consulta pública diaria gratuita para los pobres de solemnidad, socorrer con toda urgencia a los niños recién nacidos y abandonados en la vía pública, propagar las operaciones de vacunación y revacunación y prestar en casos excepcionales los servicios higiénicos y sanitarios que el Ayuntamiento creyese conveniente [...]”. El personal lo integraría un médico director, tres médicos numerarios, cuatro médicos supernumerarios, cuatro practicantes numerarios, cuatro supernumerarios, un conserje, un portero-enfermero y cuatro camilleros.

La creación en 1881 de un laboratorio químico municipal, del cual se hicieron cargo inicialmente Domingo Greus Martínez y Vicente Peset Cervera, vino a ampliar las competencias municipales en materia de salud pública y dio pie a la propuesta realizada por Constantino Gómez Reig<sup>262</sup>, como inspector de la casa de socorro, de unificar los diferentes servicios existentes hasta el momento -veterinarios, químicos y médicos- en un cuerpo unificado. Éste debería hacerse cargo del servicio prestado por las casas de socorro, cuidados urgentes en el domicilio de los pobres hasta su traslado al hospital, reconocimientos periciales, servicios extraordinarios durante épocas excepcionales, estudio de las epidemias, inspección sanitaria de edificios públicos y privados, vacunación y revacunación y estadísticas demográfico-sanitarias. La iniciativa de Gómez Reig, determinó que la corporación municipal le encargase el proyecto de constitución de dicho cuerpo, que se materializó definitivamente en el *Reglamento general de Higiene y Salubridad Municipal de 1882*<sup>263</sup>.

---

<sup>260</sup> Alafont, F. et al. (1879a).

<sup>261</sup> Alafont, F. et al. (1879b).

<sup>262</sup> Gómez Reig, C. (1880a).

<sup>263</sup> Reglamentos (1882).

Éste fue seguido de dos nuevos reglamentos en 1890 y 1894 que, salvo algunas modificaciones formales como la incorporación de farmacéuticos o el incremento del número de médicos, aportaron pocas modificaciones de fondo.

En 1894 se creó un nuevo servicio municipal, el laboratorio bacteriológico, que comenzó a funcionar de manera independiente respecto del laboratorio químico y como una sección más del cuerpo municipal de sanidad. Las funciones del nuevo servicio, así como las obligaciones y derechos de su director, quedaron recogidas en *el Reglamento del Cuerpo Municipal de Sanidad de 1894*<sup>264</sup>. El nuevo servicio centró su atención en la realización de los estudios microbiológicos de las aguas, alimentos y fluidos orgánicos, así como en el estudio práctico y experimental de los diversos tipos de desinfectantes.

El cambio de siglo se acompañó de una intensa actividad reformista a nivel del Estado español en el terreno sanitario, que quedó plasmada en la *Instrucción General de Sanidad* de 1904. La nueva norma concedió un amplio espacio a la higiene municipal, estableciendo en su ámbito de competencias la limpieza de vías públicas, el suministro de aguas y la vigilancia de su pureza, la evacuación de aguas y residuos, el saneamiento de las viviendas, la higiene de los cementerios, mataderos, escuelas públicas, industrias, mercados y casas de huéspedes, así como la asistencia domiciliaria de enfermos, infancia y embarazadas pobres y la vigilancia higiénica de los establecimientos benéficos. Además, el artículo 191 del mencionado precepto planteaba la necesidad de que los ayuntamientos de más de 15.000 almas facilitaran y subvencionaran el sostenimiento de laboratorios municipales para dar respuesta al servicio de desinfección y a las necesidades de reconocimiento de aguas, alimentos y productos patológicos y de medios de desinfección. Sobre esta cuestión volvió a insistir la legislación en los años sucesivos, de manera que en 1908 se planteó “[...] la obligación de todos los municipios de más de 10.000 habitantes de tener un laboratorio para toda clase de reconocimientos: análisis físicos, químicos, microscópicos y bacteriológicos [...]”<sup>265</sup>, y un año después se regulaba la dotación de material con que debían contar dichos laboratorios<sup>266</sup>.

---

<sup>264</sup> Reglamentos (1894).

<sup>265</sup> Real Orden de 28 de diciembre de 1908.

<sup>266</sup> Real Orden de 12 de mayo de 1909.

En Valencia comenzó a gestarse a partir de 1909 la idea de una institución que agrupara los diversos servicios municipales dedicados a poner en práctica las medidas de higiene pública. Para ello se vislumbró como referente el Instituto Alfonso XIII de Madrid, constituido por las secciones de análisis bacteriológico y enseñanza de su técnica, sueroterapia y obtención de sueros y vacunas, e inoculación y vacunación<sup>267</sup>. El objetivo no era otro que formar una sección del cuerpo municipal de sanidad, agrupando la sección de veterinaria y los laboratorios químico y bacteriológico en una nueva institución que además asumiría la vacunación antirrábica<sup>268</sup>. Finalmente, en 1911 se hizo realidad la idea de crear un instituto municipal de higiene, cuyo *Reglamento* se aprobó el 27 de marzo, dotando a la nueva institución de la estructura suficiente para lograr los objetivos planteados como consecuencia de la ya cristalizada microbiología médica en estos momentos. El instituto asumió las funciones de estudiar las enfermedades transmisibles, obtener y aplicar los sueros y vacunas, realizar los análisis químicos y bacteriológicos, la inspección química y veterinaria, la práctica de la desinfección y la enseñanza práctica de la bacteriología y química aplicadas a la higiene.

La situación se mantuvo de esta forma hasta 1914, en que la corporación municipal aprobó un dictamen que dejaba sin efecto la creación, reglamento y plantilla del instituto municipal de higiene, volviendo los dos laboratorios a quedar organizados como establecía el reglamento anterior a la creación del instituto.

En el contexto de la legislación española, el *Reglamento de Sanidad Municipal*<sup>269</sup> de 1925, encargaba a los municipios en materia de higiene pública similares cometidos a los precedentes mandatos, al tiempo que les asignaba la responsabilidad de mantener a su cargo el cuerpo de inspectores municipales de sanidad, como personal técnico de la administración local y de proporcionar asistencia médica gratuita a las familias pobres residentes en su municipio. Para ello planteaba la contratación de médicos y farmacéuticos titulares, matronas o parteras para la asistencia gratuita de las embarazadas pobres y practicantes, que además de

---

<sup>267</sup> Báuena, M.J.(1984).

<sup>268</sup> La puesta en marcha del servicio antirrábico permitiría al ayuntamiento un importante ahorro, pues empezaba a resultarle muy costoso derivar los casos susceptibles del tratamiento profiláctico a otros laboratorios como el de Ferrán en Barcelona o el de Alcira. Báuena, M.J. (2000: 93-94).

<sup>269</sup> Real Decreto de 9 de febrero de 1925.

sus funciones propias, servirían de auxiliares a los inspectores municipales de sanidad. También recomendaba el establecimiento de laboratorios municipales donde pudiesen sostenerse y, de manera obligada en los municipios que contasen con más de 10.000 habitantes.

Amparado en el reglamento publicado por el Estado, Valencia contó con su propio *Reglamento de Higiene* a partir de 1926<sup>270</sup>, elaborado desde la inspección provincial de sanidad, en el que quedaban recogidas las responsabilidades de los municipios de la provincia en materia sanitaria -atmósfera, aguas, terreno, vía pública, habitaciones, construcciones, alimentos y bebidas, panaderías, venta de leches, vaquerías y cabrerías, lavaderos y baños, viviendas para obreros, fondas, escuelas, templos, cafés y casas de comidas, fábricas, teatros, cementerios, defensa contra las enfermedades contagiosas, vacunación, peluquerías y barberías, ferrocarriles e hidrofobia-.

La nueva norma incluía en el rango de autoridades sanitarias a los inspectores municipales de sanidad, subdelegados de sanidad, jefe del laboratorio municipal de higiene y al director del instituto provincial de higiene, al tiempo que dejaba constituido el cuerpo de inspectores municipales de sanidad. En relación con las competencias de los servicios municipales ya establecidos en la ciudad de Valencia, el reglamento planteaba su actuación de manera coordinada con los servicios de carácter provincial -brigada sanitaria e instituto provincial de higiene- cuando la situación lo requiriese. El artículo 202 establecía que “El Ayuntamiento de Valencia sostendrá un Laboratorio municipal, el cual cumplirá con todas las funciones que afectan a la Sanidad municipal. Se complementarán cuando sea preciso por el Servicio sanitario provincial con los que conservará las relaciones, derechos y los intercambios científicos indicados en el artículo 61 del Reglamento de Sanidad Municipal”.

La llegada de la Segunda República, además de ratificar lo que estaba en vigor desde 1925 en lo referente a sanidad municipal, aportó sucesivos intentos de racionalización en lo relativo a la coordinación de los recursos higiénico-sanitarios y asistenciales, que culminaron con la *Ley de Bases de Coordinación Sanitaria* de

---

<sup>270</sup> Reglamentos (1926a).

1934. Mediante ella quedaron establecidas las normas de colaboración entre los tres niveles de la administración, central, provincial y municipal<sup>271</sup>.

En 1931 el Ayuntamiento de Valencia también adaptó sus competencias a la reordenación que había sido propuesta desde el nivel central, mediante la publicación de su propio *Reglamento General del Cuerpo Municipal de Beneficencia y Sanidad e Higiene Social de Valencia*, que vertebró el cuerpo en tres grandes secciones:

- Beneficencia: incluía todos los servicios relacionados con la asistencia benéfico-sanitaria, tales como la asistencia domiciliaria de los pobres, la asistencia gratuita a los heridos y accidentados en las casas de socorro, la instalación de hospitales y lazaretos en previsión de enfermedades epidémicas, la asistencia tocológica a las embarazadas incluidas en el padrón de pobreza, incluyendo la asistencia al embarazo, parto, puerperio y al recién nacido, la creación de un instituto policlínico aglutinador de las diversas especialidades médico-quirúrgicas y el instituto de puericultura.
- Instituto municipal de higiene: quedaba estructurado en ocho secciones con el propósito de asumir los estudios higiénico-sanitarios, legislación, informes técnicos, análisis de laboratorio, obtención de sueros y vacunas, desinfección, desinsectación y desratización, control de alimentos, servicio hospitalario de infecciosos, lazaretos y baños públicos, divulgación y propaganda, publicación de un boletín y realización de actividades docentes.
- Higiene social: encargada de organizar la lucha frente a las principales enfermedades sociales en el ámbito municipal. También quedaba bajo su competencia la vigilancia de la higiene escolar, materna, prenatal e infantil, la higiene del trabajo, la higiene sexual y la higiene familiar. Por último se le atribuía la coordinación de los dispensarios y preventorios y la labor de propaganda para divulgar los conocimientos sanitarios entre la población.

---

<sup>271</sup> Perdiguero Gil, E. (1997: 37-38).

#### **4.1.2. La constitución del Cuerpo Municipal de Higiene Pública y Salubridad de Valencia**

El proceso de institucionalización de la higiene pública municipal valenciana fue posible merced a la contribución de tres instituciones: el Instituto Médico Valenciano, la Facultad de Medicina y el Cuerpo Municipal de Higiene y Salubridad de Valencia<sup>272</sup>. Desde el instituto se realizó una importante contribución en el terreno higiénico-sanitario a través de sus eficaces comisión central de vacunación y comisión de medicina legal, higiene pública y policía sanitaria, destacando sus actuaciones frente a la lepra, el paludismo, la viruela y el cólera, al tiempo que fomentó la investigación en los campos de la histología, fisiología y microbiología<sup>273</sup>. Desde la Facultad de Medicina, figuras como José Monserrat Ruitort, catedrático de química general y fundador del primer laboratorio químico universitario, y sus discípulos Pablo Colvée Roura, Vicente Peset Cervera y Constantino Gómez Reig, resultaron relevantes tanto en el desarrollo de la microbiología como en la aplicación de los principios de la higiene moderna y de las técnicas de laboratorio<sup>274</sup>.

El inicio del proceso que abocó en la institucionalización municipal de la higiene en Valencia, tuvo su origen en la organización aislada de servicios o instituciones básicas, como las casas de socorro y el laboratorio químico, que más tarde dieron paso a una formulación integradora caracterizada por la constitución de un cuerpo organizado. En este recorrido, las instituciones que inicialmente surgieron para dar respuesta a las necesidades médico-quirúrgicas de accidentados y menesterosos y para paliar las carencias asistenciales de una ciudad que no tenía desarrollado el servicio de asistencia benéfica domiciliaria, cambiaron más tarde su orientación asistencial hacia los cometidos de la higiene pública<sup>275</sup>.

Sin duda alguna, Constantino Gómez Reig fue el protagonista y principal responsable de la idea de aglutinar en un único dispositivo municipal los diferentes

---

<sup>272</sup> Salavert, V; Navarro, J. (1992: 125-130) y Canet, M.A.; Martínez, F.; Valor, J. (1996).

<sup>273</sup> Teruel Piera, S. (1974).

<sup>274</sup> López Piñero, J.M.; Báguena Cervellera, M.J.; Barona Vilar, J.L. (1988).

<sup>275</sup> Navarro Pérez, J. (1996: 167-182).

servicios y profesionales dependientes del poder municipal<sup>276</sup>. Su propuesta fue apoyada de manera categórica por algunos miembros del Instituto Médico Valenciano como Francisco Cantó, quien realizó una importante contribución a la difusión de este proyecto, a través de la prensa médica. Tras denunciar el escaso desarrollo de los servicios municipales por la falta de interés de las autoridades sanitarias, atribuía la creación de la única casa de socorro de la ciudad y del laboratorio químico municipal a la respuesta casi ineludible del ayuntamiento para dar solución a problemas fragrantés y no a una sensibilidad por atender a la ciudadanía más necesitada:

“[...] Ha sido preciso el espectáculo de hechos lamentables y que produjeron honda sensación en el público, para que el municipio se resolviera a intentar algo en beneficio del pobre o del desgraciado. La profunda herida en el cuello de la atunera de la calle de Serranos, conducida para su curación a nuestro hospital, fue la causa determinante de la instalación de una casa de socorro, establecida como por vía de ensayo y no definitivamente, como debemos exigir y lo demanda el público todo. La sofisticación del anís por la cicuta y las harinas por sales nocivas, acaecidos o sospechados y denunciados por algunos comerciantes de la plaza, hicieron que la comisión de Repeso pidiera un perito y tras ello el establecimiento de un laboratorio químico, que asesore a la corporación municipal acerca de la bondad de las sustancias bromatológicas que se dedican al consumo, y que sea la salvaguardia de la salud pública en cuanto a las alteraciones que ella pudiera sufrir del uso de agentes nocivos [...]”<sup>277</sup>.

También fue Cantó el que unos meses más tarde organizó un extenso debate en el seno del Instituto Médico Valenciano, en el que participaron además Lechón, Machí, Guillén, Ferrer Julvé y el propio Gómez Reig y que tuvo como resultado la unánime adhesión a la propuesta<sup>278</sup>. Unas pocas semanas después, Gómez Reig era

---

<sup>276</sup> López Piñero, J.M.; Navarro, J. (1994).

<sup>277</sup> Cantó, F. (1881).

<sup>278</sup> Cantó Blasco, F.; Gómez Reig, C. (1881).



nombrado inspector general de higiene y jefe superior del Cuerpo Municipal de Higiene y Salubridad Pública de Valencia. Su primera tarea consistió en elaborar un *Reglamento general*, que sancionó el ayuntamiento con fecha de 26 de julio de 1882.

El *Reglamento General de Higiene y Salubridad Municipal de 1882*, a lo largo de sus 155 artículos orientaba las actuaciones del cuerpo municipal hacia dos vertientes, una de carácter ejecutivo basada en la medicina pública curativa y otra de carácter profiláctico sustentada en la investigación, los estudios experimentales y la puesta en marcha de acciones de inspección sanitaria. Para poder llevar a cabo este cometido, el personal se compondría de médicos, peritos químicos y veterinarios, y todos ellos bajo la dirección de un inspector de higiene y salubridad municipal, cargo por otro lado, honorífico y gratuito. El cuerpo médico -seis numerarios y cuatro supernumerarios- debía encargarse de atender las casas de socorro, los primeros cuidados en el domicilio de los pobres, reconocimientos periciales, servicios médicos extraordinarios durante épocas excepcionales, endemias y epidemias, inspecciones higiénicas, profilaxis de las enfermedades -vacunación y revacunación e inspección escolar- y estadística demográfico-sanitaria. Para apoyar la labor de los médicos en las casas de socorro se asignaban cuatro practicantes numerarios y tres supernumerarios, con el deber de prestar otros servicios extraordinarios cuando lo requiriese la situación.

Para ser perito químico municipal se requería el título de doctor en farmacia, en ciencias físico-químicas o ingeniero químico y se contemplaba que inicialmente fuesen dos numerarios y dos supernumerarios, cuya tarea se centraría en realizar los análisis propios del laboratorio químico, basados fundamentalmente en estudios bromatológicos. Por su parte, los veterinarios en número de tres -dos numerarios y uno auxiliar- debían centrar su actividad en la realización de las inspecciones del matadero -reses vivas y muertas destinadas al consumo público- de carnes frescas y saladas o en conserva, aves de corral, caza y pesca, así como de los mercados públicos -inspección de frutas, legumbres y verduras-.

En los dos reglamentos posteriores del cuerpo -1890 y 1894- el número de médicos se fue incrementando pasando de 14 a alcanzar la cifra de 21. Por su parte, el personal del laboratorio químico no se modificó, el número de veterinarios se incrementó en uno, pasando en 1894 a ser un total de tres y también contemplaba

este reglamento como novedad la incorporación de farmacéuticos al cuerpo de sanidad municipal. Otra innovación del tercer reglamento fue la inclusión de dos nuevos servicios entre las prestaciones municipales: el laboratorio microbiológico y la brigada sanitaria.

#### **4.1.3. Las casas de socorro**

La idea de crear estas instituciones surgió como una manera de hacer frente a las necesidades asistenciales en las grandes ciudades, ante los sucesivos fracasos de los reiterados intentos por organizar la beneficencia pública domiciliaria. Así fue como se crearon en el municipio de Madrid, con la finalidad de asumir desde la administración pública la antigua beneficencia a cargo de las juntas parroquiales. Desde ellas se ofertaba consulta pública diaria gratuita a cualquier enfermo pobre que lo solicitara, atención domiciliaria a los que acreditaran su condición de pobreza, así como asistencia inmediata a cualquier persona, independientemente de su condición social, víctima de un accidente fortuito<sup>279</sup>.

En Valencia también comenzó a percibirse la necesidad de que los poderes públicos municipales asumieran una organización sanitaria a su cargo más ajustada a las necesidades reales de la ciudad, cuestionando la capacidad del hospital como única institución sanitaria pública hasta ese momento. El volumen de población, que a finales de los años sesenta del ochocientos no bajaba de 107.000 personas, al que se sumaba un importante contingente de población flotante, hacía aconsejable la creación de casas de socorro. Así lo manifestaba Nicolás Ferrer en el *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, al apuntar el interés de que las autoridades valencianas creasen cuatro casas de socorro en diferentes puntos de la ciudad<sup>280</sup>, sin embargo esta propuesta no pasó en aquel momento de ser una mera ilusión.

La primera casa de socorro de Valencia se creó con carácter temporal para atender las posibles urgencias que pudieran presentarse durante la celebración de la festividad de la Feria de Julio de 1875<sup>281</sup>. El ayuntamiento dejó en manos del

---

<sup>279</sup> Fernández de los Ríos, A. (1862-1863).

<sup>280</sup> Ferrer y Julvé, N. (1867).

<sup>281</sup> Peset, J.B. (1875).

Instituto Médico Valenciano la organización del servicio, cuyos socios se hicieron cargo de atender el servicio sanitario ubicado en una de las torres de la Alameda. Los resultados de la experiencia fueron tan satisfactorios, que al año siguiente volvió a repetirse, pero en esta ocasión en lugar de una fueron tres las casas de socorro instaladas -en el colegio Corpus Christi, en la Casa Vestuari y una nocturna en la Alameda-. Finalmente, la inauguración de la primera casa de socorro con carácter permanente tuvo lugar el 11 de junio de 1879, y su ubicación en el número 25 de la calle Serranos<sup>282</sup>.

Aunque los diferentes reglamentos por los que se rigió la nueva institución contemplaban la posibilidad de creación de nuevas casas de socorro, la primera funcionó en solitario a lo largo de diez años, tras los cuales se fueron instalando nuevos servicios de las mismas características en diversos puntos de la ciudad. En menos de veinte años desde que se inaugurase la primera, la ciudad de Valencia quedó sectorizada en cuatro áreas sanitarias, cada una de las cuales quedaba atendida por una casa de socorro de referencia. Así, el distrito céntrico de Ciutat Vella quedaba a cargo de la Casa de Socorro de la calle Serranos al norte y de la de La Glorieta al sur, la Casa de Socorro de Ruzafa atendía el distrito del mismo nombre y los poblados marítimos encontraron su referente en la Casa de Socorro del Puerto.

Las funciones asignadas a estos servicios en el *Reglamento de la Casa de Socorro de 1879* tenían un carácter fundamentalmente asistencial, consistente en prestar servicio médico-quirúrgico a los accidentes fortuitos y establecer una consulta gratuita para los pobres de solemnidad. El componente preventivo del servicio lo integraba la vacunación a niños y adultos. Los posteriores reglamentos no aportaron novedades relevantes, salvo en lo que se refiere a la recogida de niños abandonados y al registro y reconocimiento de nodrizas.

En cuanto a la actividad llevada a cabo por las casas de socorro, ésta aparecía recogida por primera vez en un trabajo publicado en 1901 por Vicente Carsi<sup>283</sup> en el que realizaba un análisis de la situación sanitaria en la ciudad de Valencia y, durante la etapa en que se publicó el *Boletín Sanitario Municipal* (1905-1913), la actividad desglosada de cada una de las cuatro casas de socorro aparecía mensualmente

---

<sup>282</sup> Navarro Pérez, J. (1996: 171).

reflejada en las páginas de esta publicación. Para hacernos una idea de las características de la asistencia prestada por estas instituciones, hemos elaborado la tabla que a continuación presentamos con un resumen de los trabajos realizados entre 1901 y 1913. Dado que las diferencias interanuales en el volumen de actividad no presentaban variaciones importantes, hemos calculado la media aritmética de los diez años (1901 y 1905-1913) en cada uno de los tipos de actividad, de manera que en la misma tabla quedaran reflejadas las principales actuaciones de las cuatro casas de socorro de Valencia, permitiendo de ese modo realizar comparaciones entre ellas.

---

<sup>283</sup> Carsi, V. (1902).

**Tabla III**  
**Actividad realizada por las casas de socorro de Valencia (1901-1913)**

Actividad	Serranos	Glorieta	Puerto	Ruzafa
Media anual de accidentes asistidos	2.105	1.707	1.582	1.085
Media anual de enfermos asistidos	624	802	1.025	420
Media anual de visitas y curaciones	9.162	5.828	10.111	8.082
Media anual de vacunados	1.4257	1.757	665	266
Media anual de operaciones	994	563	1.298	631

Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas publicadas en *La Medicina Valenciana* (1901) y el *Boletín Sanitario Municipal* (1905-1913).

Como puede comprobarse, las dos casas de socorro que prestaban asistencia en los distritos más céntricos de la ciudad, eran las que asistían un mayor volumen de población como consecuencia de accidentes fortuitos -contusiones, heridas incisas y contusas, esguinces, fracturas, cuerpos extraños y excoriaciones eran entre otros los motivos de asistencia más frecuentes-. En relación con la asistencia a la enfermedad, la Casa de Socorro del Puerto era sin duda la que presentaba mayores demandas, probablemente debido a que el distrito en el que se hallaba ubicada era el que presentaba niveles de salud más deficientes entre su población. A favor de este supuesto también apunta el también más elevado número de visitas domiciliarias y curas practicadas a la población de este distrito, así como el mayor volumen de operaciones que en él se practicaban y en las que quedaban comprendidas las reducciones de fracturas y luxaciones, dilataciones, extracción de cuerpos extraños, cauterizaciones y suturas. Por el contrario, la actividad relacionada con la vacunación al parecer se encontraba más arraigada entre la población residente en los distritos más céntricos de la ciudad, cuyos vecinos disfrutaban por lo general de mayor nivel socioeconómico y de mayor interés por las actuaciones de carácter preventivo en la lucha contra la enfermedad.

En 1905 se incorporaron las primeras especialidades en la Casa de Socorro de la Glorieta: pediatría, urología y venereología, oftalmología y otorrinolaringología. Éstas fueron seguidas de la ginecología en 1907, la neurología en 1908 y la

odontología en 1911. Especial mención merece el establecimiento del servicio denominado “Gota de Leche y reconocimiento de nodrizas” que ya en 1903 había sido propuesto por el concejal de sanidad blasquista, Eladio Fajarnés Ramos. Sin embargo, problemas de índole presupuestaria condicionaron que no se estableciese hasta 1909 y que dos años después se transformase en un “consultorio municipal de niños”, que incorporó un servicio de reconocimiento de nodrizas. Finalmente, el servicio se transformó en 1927 en el instituto municipal de puericultura.

Las “Gotas de Leche” fueron instituciones que comenzaron a emerger en España a partir de 1902, como fórmula institucional de lucha contra la mortalidad infantil. Tomaron como ejemplo otras ya existentes en países de nuestro entorno como Francia, Bélgica, Inglaterra o Suecia, aunque la pionera fuese la creada por el francés Dufour en Fecamp. La creación de la institución en la capital valenciana ya venía siendo reclamada desde 1904 por algunos médicos que, sensibles al problema de la mortalidad infantil, solicitaban la apertura de este nuevo servicio a cargo del municipio<sup>284</sup>, de manera similar a lo que ya tenían establecido otras capitales como Madrid, Barcelona o San Sebastián<sup>285</sup>. Sin embargo, el planteamiento no debía ser únicamente el de un centro de dispensación de leche con garantías higiénicas, sino que se trataba además de hacer educación sanitaria a las madres, para lo cual era necesario establecer consultorios de niños junto a los servicios lácteos<sup>286</sup>. La importancia de las diarreas y otros problemas digestivos en la patología infantil en Valencia justificaban, para Aguilar Jordán, el establecimiento de consultorios donde, paralelamente a la distribución de leche se realizase la distribución de consejos a las madres “[...] para que no dé esas mortíferas sopas de ajo, o añada a la leche esterilizada tratando de hacerla más digerible, agua de la fuente riquísima en todo género de microbios [...]”<sup>287</sup>.

---

<sup>284</sup> Carsi, V. (1904).

<sup>285</sup> Entre 1902 y 1912 se inauguraron en España 30 consultorios y gotas de leche, y en 1928 ya se contabilizaban más de 40. El patrocinio de estas instituciones fue heterogéneo y aunque en muchas ocasiones dependía de los ayuntamientos, en otras lo hacía de las juntas provinciales de protección a la infancia o, simplemente de la caridad cristiana. Rodríguez Ocaña, E. (1996: 149-169). La ciudad de Alicante vio nacer la Gota de Leche en 1925, dentro de lo que fue su institución municipal de puericultura. Perdiguero, E.; Bernabeu, J. (1999: 291-310).

<sup>286</sup> Aguilar Jordán, J. (1903).

<sup>287</sup> Aguilar Jordán, J. (1904).

La tabla que presentamos a continuación recoge un resumen de las consultas atendidas de las diferentes especialidades en la Casa de Socorro de La Glorieta, cuya estadística aparecía publicada en el *Boletín Sanitario Municipal*:

**Tabla IV**  
**Enfermos atendidos en las consultas de especialidades establecidas en la Casa de Socorro de La Glorieta (1909-1913)**

Consulta	1909	1910	1911	1912	1913
<b>Ginecopatía</b>	92	214	197	225	15
<b>Vías urinarias, venéreas y sifilíticas</b>	139	198	582	257	17
<b>Infancia</b>	722	1.083			
<b>Oftalmología</b>	800	937	827	971	72
<b>Otorrinolaringología</b>	513	543	471	671	35
<b>Sistema nervioso</b>	89	123	42	248	41
<b>Enfermedades del pecho</b>	44	78	187	601	12
<b>Aparato digestivo</b>	50	129	119	151	16
<b>Consultorio municipal de niños</b>					
<b>Enfermos asistidos</b>			4.071	5.533	625
<b>Leche repartida</b>					2.514
<b>Reconocimientos de nodrizas</b>				200	23
<b>Odontología</b>				671	120
<b>Tocología: servicio de comadronas-partos</b>					40

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos publicados en el *Boletín Sanitario Municipal*.

Como puede apreciarse, al constituirse el consultorio municipal de niños la atención infantil pasó a realizarse desde aquí, junto al servicio de “Gota de Leche” y reconocimiento de nodrizas. Para completar la atención materno-infantil, vemos cómo en 1913 quedó establecido un servicio de asistencia al parto atendido por comadronas. Esta paulatina incorporación de nuevas especialidades determinó que en 1917 quedasen todas ellas concentradas en lo que se denominó el instituto policlínico municipal, ubicado en las proximidades de la Casa de Socorro de Colón. En 1930 se creó un último centro, el instituto municipal de oncología, situado inicialmente en Colón y, a partir de 1933 en la avenida Pérez Galdós como un centro

independiente<sup>288</sup>. Vemos pues, que lo que comenzó siendo un centro de atención a los accidentados y menesterosos, fue ampliando su campo de actuación para adaptarse a la nueva visión que contemplaba los factores sociales en la etiología de las enfermedades, mediante la incorporación progresiva de las diferentes especialidades médicas.

#### **4.1.4. El laboratorio químico**

Los laboratorios municipales iniciaron su desarrollo en España en la década de los años ochenta del ochocientos, tomando como referentes los que ya funcionaban en las principales capitales europeas. De este modo sucedió en Madrid, cuyo ayuntamiento fundó en 1878 su laboratorio químico municipal<sup>289</sup>, del mismo modo que Barcelona contó con un laboratorio municipal de microbiología desde 1883<sup>290</sup>. En Valencia, la idea de crear una institución municipal para dar solución a los problemas relacionados con la higiene pública, también fue adquiriendo creciente intensidad a lo largo del último tercio del siglo XIX, hasta que finalmente en 1882 se creó el cuerpo municipal de higiene y salubridad. Como principal impulsor de la organización de la sanidad municipal valenciana, Constantino Gómez Reig expresaba el interés de la creación de estas estructuras municipales con las siguientes palabras:

“[...] Donde más quehacer tiene la medicina pública es en el terreno profiláctico. Evitar el desarrollo y propagación de las enfermedades. La profilaxis se impone como necesidad urgente y de ahí la inspección minuciosa, entretenida, formal y científica de todo foco mefítico de los establecimientos públicos, de los industriales, del domicilio particular, del suelo, del aire, de las aguas, de los alimentos, de todos los medios en una palabra, que sean capaces de desarrollar o retener y propagar los elementos morbosos [...]”<sup>291</sup>.

---

<sup>288</sup> Salavert, V; Navarro, J. (1992: 153-157).

<sup>289</sup> Puerto Sarmiento, J.; Cobo Cobo, J. (1983).

<sup>290</sup> Roca Rosell, A. (1988).

<sup>291</sup> Gómez Reig (1880a).



Como vemos, se percibía la necesidad de realizar inspecciones y controles de los alimentos para poder hacer frente a la frecuente situación de adulteración a la que éstos eran sometidos. Precisamente fue la denuncia presentada por diversos comerciantes del mercado, la que determinó que la comisión de repeso pidiera un perito químico, cuya contratación por el ayuntamiento dio pie al establecimiento de un laboratorio químico. En la memoria que presentó Vicente Peset Cervera para optar a la mencionada plaza de perito químico en 1881<sup>292</sup>, establecía que el agua, el medio ambiente y los cosméticos, serían también objeto de análisis e inspección en estos laboratorios<sup>293</sup>.

Finalmente se aprobó la instalación de un laboratorio químico que comenzó a funcionar a finales de 1881 bajo la dirección de Domingo Greus Martínez, auxiliado por Vicente Peset Cervera. El primero ostentó la dirección del laboratorio hasta su muerte en 1903 -su sustituto fue Rafael Colomina Navarrete-, y el segundo abandonó el laboratorio en 1888 y fue sustituido por Juan Antonio Izquierdo, quien permaneció en este puesto hasta 1897 en que presentó su dimisión y fue sustituido por José Alapont Ibáñez. En 1913 la plantilla del laboratorio químico estaba integrada por un director técnico, Rafael Colomina Navarrete, con un sueldo anual de 3.000 pesetas, un subdirector y profesor técnico, Juan Campos Fillol, con un sueldo de 2.500 pesetas y dos inspectores químicos de sustancias alimenticias, Vicente Izquierdo Gómez y Luis Durán Martínez, con un sueldo de 1.500 pesetas cada uno. La plantilla se completaba con dos peritos químicos auxiliares, un ayudante práctico y un mozo ordenanza<sup>294</sup>.

La improvisación con que se realizó la puesta en marcha del laboratorio químico, junto a los escasos recursos destinados a ello, acarrió en un principio problemas de infraestructura, que necesariamente influyeron limitando su actividad. La falta de previsión determinó que el ayuntamiento improvisara en sus propios locales una ubicación provisional del laboratorio, trasladándose más tarde a un

---

<sup>292</sup> Peset Cervera, V. (1881).

<sup>293</sup> La idea del importante papel que debía jugar el laboratorio en el desarrollo de la higiene experimental quedó recogida en el trabajo de V. Peset Cervera publicado en *La Revista Valenciana de Ciencias Médicas*. Peset, V. (1899).

<sup>294</sup> Canet, M.A.; Martínez, F.; Valor, J. (1996).

“oscuro y microscópico calabozo de la Lonja de la Seda”<sup>295</sup>, hasta que finalmente se instaló en un segundo piso de una casa situada en la calle Serranos, precisamente la misma en cuyo entresuelo se encontraba la casa de socorro. A pesar de los sucesivos traslados, las condiciones de las instalaciones en las que funcionaba el laboratorio no debían responder a las necesidades mínimas requeridas, situación que determinó que en 1891 volviera a plantearse la posibilidad de un nuevo traslado del laboratorio químico a la casa del Parterre, aunque éste no se materializó hasta 1902. En pocos años las instalaciones volvieron a ser insuficientes por la falta de espacio y, aprovechando las infraestructuras creada a propósito de la Exposición Regional de 1909, el laboratorio químico se trasladó en 1910 al edificio del Palacio Municipal de la Exposición, donde también lo hizo el laboratorio bacteriológico y un año después el instituto municipal de higiene<sup>296</sup>.

Las funciones del laboratorio químico quedaron reguladas en los diferentes reglamentos del cuerpo municipal de sanidad, en los que se contemplaba como un servicio de los integrados en la estructura sanitaria municipal. Así, el *Reglamento* de 1890 establecía que “[...] Los objetivos del Laboratorio son: el análisis de los factores modificadores de la higiene, principalmente las sustancias bromatológicas [...]”<sup>297</sup>, funciones que serían corroboradas en el *Reglamento* de 1894, que además añadía su obligación de “[...] auxiliar a los demás centros administrativos municipales en cuantos casos se necesiten datos, noticias o resolución de problemas relacionados con sus funciones, tales como identificación de las especias gravadas en el impuesto de consumo y bebidas procedentes de mercados etc. [...]”<sup>298</sup>. El cambio estructural que trajo consigo la constitución del instituto municipal de higiene en 1911, otorgó al laboratorio químico las mismas funciones que venía desempeñando, a excepción del análisis de aguas, que pasó a ser competencia de una sección específicamente dedicada a su análisis químico y bacteriológico.

Por tanto, el laboratorio químico en esta etapa centró su atención en los estudios bromatológicos, situación que se mantuvo con la desaparición del instituto en 1914. A partir de este momento, los laboratorios químico y bacteriológico

---

<sup>295</sup> Peset Cervera, V. (1882).

<sup>296</sup> Canet, M.A.; Martínez, F.; Valor, J. (1996).

<sup>297</sup> Reglamentos (1890).

formaron una sección diferenciada de la de veterinaria, y de la de desinfección y estadística demográfico-sanitaria.

La labor del laboratorio comenzó a hacerse imprescindible como herramienta de apoyo en el control rutinario de los determinantes medioambientales. Su contribución en situaciones especiales, como la epidemia de cólera de 1885, también resultó de gran apoyo al garantizar la pureza del agua de bebida mediante su análisis diario<sup>299</sup>. En efecto, a pesar de sus limitados recursos materiales y humanos, el cuerpo municipal de higiene organizó las medidas higiénicas más apremiantes para hacer frente a la epidemia, resultando el análisis bacteriológico diario de las aguas la más innovadora<sup>300</sup>. Recordemos que Peset Cervera estuvo muy implicado en la lucha contra la epidemia de cólera y formó parte del grupo encabezado por Amalio Gimeno, que junto a otros como Candela, Pauli, Garín, Navarro y Colvée defendieron y promovieron la vacunación aticolérica de Ferrán<sup>301</sup>.

Los análisis de las aguas, para calificar su potabilidad, constituyeron sin duda una tarea importante del laboratorio químico. Utilizando el procedimiento hidrotimétrico auspiciado por los químicos franceses Boutron y Boudet, Peset llevó a cabo el estudio químico y óptico de diferentes aguas de abastecimiento, como las de Puente Molinell, Ribarroja, Godella, o las procedentes del Turia<sup>302</sup>, utilizadas para el consumo de un gran parte de población.

La actividad del laboratorio apareció por primera vez reflejada en el trabajo publicado por Vicente Carsi en *La Medicina Valenciana*<sup>303</sup> y más tarde en las páginas del *Boletín Sanitario Municipal* (1905-1913) y del *Boletín de la Estadística Municipal de Valencia* (1915-1922). El análisis de esta información revela la intensa actividad dedicada al análisis de alimentos, con gran dedicación a los líquidos como

---

<sup>298</sup> Artículo 109 del *Reglamento del Cuerpo Municipal de Sanidad* de 1894.

<sup>299</sup> Báuena Cervellera, M.J. (1992a).

<sup>300</sup> La llegada de la epidemia puso en jaque al gobierno municipal, que fue criticado por su incapacidad para dar una respuesta a la situación de crisis que planteó la epidemia. Ni el presupuesto municipal se adaptó a las necesidades, ni se incrementaron los recursos sanitarios para hacerse cargo de los enfermos. Campá, F. (1885).

<sup>301</sup> López Piñero, J.M.; Navarro, J. (1994).

<sup>302</sup> Peset Cervera, V. (1883, 1884a, 1887, 1884c).

<sup>303</sup> Carsi, V. (1902).

el agua de bebida -fuentes públicas-, vinos, jarabes, licores y limonadas<sup>304</sup>. En relación con la procedencia de las muestras, llama la atención el gran volumen procedente de cementerios, de investigación sanitaria y de aguas potables.

La memoria sobre la actividad del laboratorio realizada en 1909 por su director, Rafael Colomina<sup>305</sup>, ponía de manifiesto toda la serie de análisis e investigaciones realizadas a lo largo de ese año, que ascendieron a un total de 800. De acuerdo con la procedencia de las muestras analizadas, el mayor volumen procedía de la inspección de sanidad, aunque también resultaban numerosas las procedentes de la administración de consumo, la alcaldía, los juzgados y las muestras de alimentos y bebidas procedentes de particulares. En esta memoria también quedaba claro el papel del laboratorio químico en la revisión de féretros, según lo establecido por la Real Orden de 15 de octubre de 1898, sobre los materiales y condiciones que debían reunir los féretros. Acatando esta disposición, a lo largo de 1909 se revisaron y sellaron 3.648 féretros.

De todo lo expuesto podemos afirmar que el laboratorio químico municipal, tanto a través de su trabajo en solitario durante sus primeros años de andadura, como del que realizó en años posteriores formando parte del instituto municipal de higiene en una estructura municipal integradora, prestó un importante servicio a la ciudad de Valencia mediante la incorporación y desarrollo de la vertiente de la higiene experimental dirigida a controlar la calidad de los alimentos.

---

<sup>304</sup> La idoneidad de la utilización de algunos aditivos, conservantes y colorantes para mejorar el aspecto y la conservación de determinados alimentos como el pimentón, vino, dulces, leche y carnes, fue objeto de análisis por parte de Peset Cervera, V. (1884b).

<sup>305</sup> Colomina Navarrete, R. (1909).

#### 4.1.5. Las inspecciones sanitarias y la brigada de desinfección

Uno de los aspectos que Gómez Reig consideraba necesario incluir en su proyecto de organización sanitaria municipal era la actividad inspectora, como medida de vigilancia y control de las enfermedades infecciosas y que sin duda contribuiría a mejorar los niveles de salud pública de la ciudad<sup>306</sup>. De este modo, el artículo 93 del *Reglamento General de Higiene y Salubridad Municipal* de 1882 establecía que “[...] Con el objeto de investigar las causas morbosas, procurar por la salud pública, detener la marcha de las enfermedades, evitar en lo posible su mortalidad y procurar un fundamento racional a las necesidades profilácticas, el Cuerpo Médico debe hacer las inspecciones médicas que creyese convenientes a la consecución de estos hechos [...]”. Las inspecciones debían realizarse en edificios y establecimientos públicos, industrias, habitaciones privadas, al aire, agua, alimentos y bebidas que fueran sospechosas como foco de transmisión de enfermedad. Para ello, en caso de que fuese necesario, los médicos encargados de realizar la inspección recibirían el apoyo de los peritos químicos y veterinarios del cuerpo municipal. La creciente importancia concedida a este servicio, determinó un incremento progresivo de recursos por parte del municipio pues, si bien inicialmente todas las inspecciones de la ciudad recaían sobre dos médicos, la normativa de 1894 asoció esta actividad a la beneficencia domiciliaria, pasando a sumar 15 el número de facultativos destinados a tal fin.

En el *Reglamento* aprobado a finales de 1913, tras disolverse el instituto municipal de higiene, el servicio de inspecciones sanitarias, con dependencia tanto de la inspección municipal como de la provincial de sanidad, se ordenó en diez distritos para poder acometer la investigación de focos insalubres, la inspección higiénica de inmuebles de uso público y privado, la vigilancia higiénica de las vías públicas - limpieza, evacuación de aguas y residuos, industrias nocivas, mercados y vaquerías, establos y establecimientos de conserva y venta de alimentos y bebidas-, la inspección de la apertura y régimen de establecimientos sanitarios y la desinfección de las viviendas con enfermos contagiosos<sup>307</sup>.

---

<sup>306</sup> Gómez Reig, C. (1880b).

<sup>307</sup> Navarro Pérez, J. (1997: 142).

Las inspecciones de mataderos y mercados para garantizar una adecuada higiene de los alimentos, resultó el principal cometido de los veterinarios del cuerpo. La normativa estatal reguladora de la higiene alimentaria, ya había sido intensa a lo largo de toda la segunda mitad del siglo XIX, hecho que determinó que la corporación valenciana contratase ya en 1875, dos veterinarios titulares para hacerse cargo de los servicios higiénicos y sanitarios de la ciudad. La constitución del cuerpo de sanidad municipal supuso la integración de los veterinarios en el mismo y sus cometidos quedaron reflejados en sus diferentes reglamentos. La función primordial asignada a estos profesionales sanitarios era la que debían realizar en los diferentes mataderos municipales -el General, inaugurado en 1902 y los de Villanueva del Grao, Pueblo Nuevo del Mar, así como los dos ubicados en el extra-radio de la ciudad-. Aquí debían hacerse cargo tanto de la inspección de reses vivas y muertas destinadas al consumo público, como de que las instalaciones del matadero reuniesen las condiciones adecuadas de higiene. De manera complementaria, los inspectores veterinarios tenían a su cargo el reconocimiento de alimentos de venta al público en los mercados, fundamentalmente de las carnes, pescados y sus derivados. Finalmente tenían asignado el estudio de las enfermedades de los animales, de las que debían investigar la causa, realizar el diagnóstico y tratamiento, así como aplicar las medidas profilácticas propias de cada una de ellas<sup>308</sup>.

Las inspecciones escolares merecieron una especial atención en la normativa municipal de 1882, cuya finalidad no era otra que la de mejorar la higiene escolar y evitar la propagación de enfermedades contagiosas en este medio. La responsabilidad de llevarlas a cabo recaería sobre los médicos del cuerpo y los agregados en los partidos en que ejerciesen, e implicaba una visita mensual de las escuelas para comprobar las condiciones higiénicas del local, limpieza y material escolar.

---

<sup>308</sup> Barona Vilar, JL.; Lloret Pastor, J. (2000).

Para poder acceder al centro docente, se exigiría a los alumnos un certificado médico que diera constancia de estar correctamente vacunado y de no padecer enfermedades contagiosas<sup>309</sup>. La importancia de las enfermedades infecciosas entre la población infantil menor de diez años -sarampión, escarlatina, viruela, difteria, coqueluche o tos ferina, gripe, tifus abdominal, tuberculosis- apuntaba hacia la necesidad de higienizar los centros de enseñanza y de establecer medidas concretas para combatir estas enfermedades, tales como el aislamiento, declaración, certificación médica, habilitación de enfermerías y las desinfecciones con carácter preventivo<sup>310</sup>.

Íntimamente ligado al servicio de inspección, se encontraba el de la brigada sanitaria de desinfección, ya que la identificación de cualquier foco infeccioso hacía necesario intervenir utilizando los medios de desinfección apropiados para combatirlo. No olvidemos que nos encontramos en un momento en que la desinfección se vislumbraba ante los higienistas como la mejor medida profiláctica y terapéutica en la lucha frente a las enfermedades infecciosas.

La negativa experiencia de la epidemia de difteria por la que atravesó la ciudad de Valencia en 1886, fue el detonante para la creación de este servicio. Una vez superada la situación de emergencia, el servicio se mantuvo de manera irregular y con altibajos en su personal, situación que era fuertemente criticada desde la prensa médica, pues no era propio de la tercera capital de España contar con un servicio de desinfección tan mal organizado: “[...] O suprimáse por completo el gasto de dicha sección, a todas luces inútil, o establézcase un servicio bien organizado con personal bastante para atender como se debe a la población y con instrucciones de técnica terminantes. Mientras esto no suceda, los médicos perderán la paciencia, el municipio el dinero, los padres verán morir uno tras otro a sus hijos queridos y tendremos el sentimiento de decir que en Valencia sólo se conoce la higiene por el nombre[...]<sup>311</sup>. Finalmente el servicio de desinfección quedó establecido en 1991 en que se creó una brigada de desinfección permanente, dirigida por un médico municipal y cuatro sanitarios, así como dos brigadas de desinfección con carácter

---

<sup>309</sup> Artículos 106 a 112 del *Reglamento* de 1882.

<sup>310</sup> Barreda, V. (1905).

<sup>311</sup> Orellano, M. (1886-87).

transitorio. Como resultado del concurso celebrado para la provisión de la plaza de médico jefe de la brigada entre los médicos agregados del cuerpo, se nombró a Emilio Moreno Pastor, quien se hizo cargo de la dirección del servicio<sup>312</sup>.

De manera paralela a lo que ocurría con el servicio de inspecciones, el servicio de desinfección se fue afianzando progresivamente con el paso del tiempo, de manera que el artículo 49 del reglamento de 1894 establecía su composición por doce individuos, de los cuales ocho serían los encargados de efectuar las prácticas de desinfección bajo las órdenes de un cabo -éste dirigía las desinfecciones en ausencia del médico jefe-. El equipo lo completaban un escribiente y dos ordenanzas, además del médico jefe al frente de la brigada, encargado de la organización del servicio y a quien además se le atribuía la responsabilidad de recoger las muestras que el inspector ordenase como necesarias para que el laboratorio microbiológico realizase los estudios pertinentes en momentos determinados.

La actividad desarrollada por la brigada formó parte de las estadísticas de los servicios sanitarios municipales publicadas por primera vez en el trabajo de Vicente Carsi<sup>313</sup> y más tarde de manera periódica en las páginas del *Boletín Sanitario Municipal* (1905-1913). Dicha actividad venía resumida en un cuadro estadístico en el que se hacía constar el número de objetos desinfectados por el calor húmedo a temperaturas entre 120°-130° en la estufa de Geneste, entre los que especificaba la ropa de cama, colchones, vestidos u otros objetos. Además resumía el número de habitaciones desinfectadas, refiriendo si el desinfectante utilizado había sido líquido o gaseoso. Por último detallaba el número de servicios de camilla realizados por la brigada.

---

<sup>312</sup> Magraner, A. (1993).

<sup>313</sup> Carsi, V. (1902).



En relación con las enfermedades que motivaban la actuación de la brigada sanitaria, sin lugar a dudas los casos de viruela resultaban los más frecuentes, seguidos de los de tuberculosis y sarampión. Otras enfermedades como la difteria, infecciones intestinales, escarlatina, erisipela y gripe, también aparecían entre las causas de intervención de la brigada de desinfección. No olvidemos que, de acuerdo con los datos publicados en el *Boletín Sanitario Municipal* (1905-1913), la patología infecciosa era responsable del 18,2% de la mortalidad de los valencianos, y la evolución de la mortalidad entre 1905 y 1920 en la ciudad de Valencia<sup>314</sup>, situaba a la tuberculosis como causa más frecuente de mortalidad en el grupo de enfermedades epidémicas, seguida de la viruela y la gripe -ésta presentó un pico importante en 1918-1919 como consecuencia de la epidemia que asoló la ciudad-<sup>315</sup>.

Como vemos, la intensa actividad de desinfección constituyó una de las estrategias para combatir las enfermedades infecto-contagiosas, probablemente con muy poco éxito. Si bien la vacunación antivariólica resultó el elemento clave para combatir esta enfermedad, la lucha contra la tuberculosis presentaba mayor complejidad, ya que para combatirla las medidas debían ir más allá del terreno de la medicina, haciendo necesarias otras medidas de índole económica y social:

“[...] Sigue la tuberculosis en su labor silenciosa y devastadora de la sociedad: ha producido 525 defunciones, casi el 10% de la mortalidad general; de todas la enfermedades infecto-contagiosas la más impecable, la más terrible. ¿Qué hacer para detener su marcha invasora? ¿Qué podríamos al menos aconsejar para atenuar sus estragos?. En nuestro concepto la solución consiste en higienizar Valencia, en llevar los preceptos de esta ciencia hasta los últimos rincones de la ciudad y en proporcionar trabajo remunerador a los obreros para que puedan alimentarse mejor. El problema de la tuberculosis abarca en sí a todos los higiénicos y sociales: por eso al tratar de resolverlo, se trabaja en la solución de todo lo demás [...]”<sup>316</sup>.

---

<sup>314</sup> Barona, J.L.; Barea, E. (1996b).

<sup>315</sup> Martínez Pons, M. (1999).

<sup>316</sup> Carsi, V. (1903).

Indudablemente, además de emprender una lucha organizada contra la tuberculosis<sup>317</sup>, la ciudad requería otras medidas higienizadoras importantes y así lo hacía saber la comisión de la junta provincial de sanidad en la memoria que elaboró en 1882 sobre la situación higiénica de la ciudad<sup>318</sup>. De manera especial, las poblaciones de Villanueva del Grao y Pueblo Nuevo del Mar, la barriada del Carmen, las calles de Gracia y San Gil, el distrito de Escuelas Pías y gran parte de los distritos de la Misericordia y Museo, cuyas calles estrechas, casas en las que apenas entraba el sol, plantas bajas por debajo del nivel de la calle, con la consiguiente humedad y oscuridad, resultaban en sí mismas claros focos de insalubridad. Acometer un nuevo trazado de calles anchas, construcción de casas más higiénicas para la clase obrera y establecer un nuevo sistema de alcantarillado, se vislumbraban pues como medidas que el ayuntamiento debía poner en práctica de manera inmediata<sup>319</sup>.

Con la toma del poder municipal por el partido blasquista, la ciudad comenzó a vivir las importantes mejoras en infraestructuras sanitarias e higiénicas que venían resultando a todas luces imprescindibles desde hacía tiempo. La preocupación higienista del blasquismo hizo suyos los problemas del agua y la limpieza de las calles, de manera que el derribo de casas y la apertura de nuevas vías, las aguas, la remodelación del centro, el ensanche, el alcantarillado, el mercado, la atención a los poblados marítimos fueron abordados en esta etapa con decisión. La limpieza de las vías públicas se intentó solucionar mediante la sustitución de los “fematers” por barrenderos públicos. Los primeros eran huertanos que recogían la basura de la ciudad, aprovechando el estiércol para su campo. La solución al problema del suministro del agua, se inició al aprobar en 1902 la modernización de las instalaciones por la Sociedad de Aguas Potables de Valencia y el control higiénico de los alimentos dio origen a la reglamentación del control de la salubridad en la entrada de carnes a la ciudad<sup>320</sup>.

---

<sup>317</sup> En 1906 se constituyó la Liga Antituberculosa de Valencia y su provincia, con las secciones de profilaxis social, a cargo de Constantino Gómez Reig, propaganda, a cargo de Faustino Barberá, dispensarios y preventorios a cargo de Adolfo Gil y Morte, hacienda a cargo de César Santomá y legislación y estadística a cargo de Gómez Ferrer. Liga antituberculosa (1906).

<sup>318</sup> Memoria de sanidad terrestre. A.D.P.V., D.2.2., caja 148, 1882.

<sup>319</sup> Carsi, V. (1903 y 1904-1905).

<sup>320</sup> Navarro Pérez, J. (1977).

Los intentos de mejora en el campo de la higiene no cesarían ya a lo largo del primer tercio del siglo XX, a pesar de la difícil situación económica derivada de la Guerra Mundial, agravada unos años después por la epidemia de gripe de 1918. Ello no fue óbice para que en 1920 se elaborase un proyecto sobre saneamiento de Valencia, como un intento de reanudar los trabajos de saneamiento iniciados a principios de siglo y cuya finalidad última era la reducción de las tasas de mortalidad. También volvía a plantearse la construcción de un alcantarillado completo, la pavimentación y asfaltado de las calles, el abaratamiento del agua potable, la construcción de escuelas, la continuación del interrumpido Parque Marítimo de Nazaret a la Dehesa o la inspección veterinaria de las vacas de leche prohibiendo su sacrificio fuera de mataderos oficiales para evitar la transmisión de la tuberculosis<sup>321</sup>.

#### **4.1.6. El laboratorio bacteriológico**

Si bien el director del laboratorio químico, Domingo Greus, venía reclamando desde finales de los años ochenta el apoyo institucional necesario para poder introducir las técnicas microbiológicas en su laboratorio<sup>322</sup>, la decisión del ayuntamiento se decantó hacia la creación de un nuevo laboratorio, que funcionara de manera independiente del químico y con funciones diferentes, aunque complementarias.

---

<sup>321</sup> *Ibíd.*

<sup>322</sup> Amparado en las Reales Órdenes de 23 de octubre y 31 de diciembre de 1889 que establecían la necesidad de crear laboratorios químicos municipales.

La creación del laboratorio bacteriológico, de manera similar a los que ya existían en otras ciudades como Madrid, Barcelona y Sevilla, concedería a la ciudad de Valencia plena autonomía para la fabricación de vacunas -recordemos que en el caso de la rabia dependía de otros laboratorios- y para el análisis del aire, agua y alimentos como causas de enfermedad y le permitiría evaluar la eficacia de los desinfectantes como herramienta de lucha frente a las distintas enfermedades infecto-contagiosas. De este modo, la creación oficial del laboratorio bacteriológico tuvo lugar en 1894, como una sección más del cuerpo municipal de sanidad. El *Reglamento* publicado este año, en su artículo 15º recogía así las funciones del jefe facultativo del nuevo laboratorio<sup>323</sup>:

- El reconocimiento y cultivo de los microorganismos de las aguas, aire, alimentos, aguas de desagüe, cloacas, etc. que sean necesarios para el conocimiento de las causas productoras de la enfermedades o consecuencia de las mismas.
- El estudio práctico y experimental del valor de cada desinfectante frente a determinado microorganismo.
- Reconocimiento de esputos, leche, orina, pus y demás materiales que envíen los médicos de beneficencia domiciliaria, con aplicación a sus respectivas clínicas.
- Reconocer asimismo estos materiales con la prontitud y oportunidad que el caso requiera, aún cuando sean remitidos por médicos ajenos al cuerpo. Si se acredita que es en beneficio de enfermos pobres, no se cobrará por este servicio, pero en otro caso, se abonará lo que corresponda según tarifa.
- Remitir mensualmente dentro del sexto día, a la inspección, un estado de los reconocimientos practicados y de los resultados obtenidos.
- Redactar anualmente una memoria dentro de los dos primeros meses del siguiente año en la que se haga constar el resumen de los trabajos realizados y las consecuencias que científicamente se deriven de ellos.

---

<sup>323</sup> Reglamentos (1894).

- Tendrá las obligaciones de preparar los caldos, jugos orgánicos, etc para los tratamientos llamados preventivos que la inspección le ordene.
- Cuidar del buen estado y conservación de los útiles necesarios para todos los trabajos del laboratorio que están a su cargo.
- Cuidar que en el laboratorio no falten los materiales precisos para reconocimientos y cultivos, para lo cual pedirá a la inspección el aprovisionamiento necesario y reposición de útiles y aparatos que han de renovarse o adquirirse.
- Tendrá obligación de asistir al laboratorio todo el tiempo que exijan los trabajos del mismo, tiempo que nunca podrá bajar de tres horas diarias.
- El jefe del laboratorio microbiológico será responsable de los trabajos que ejecute y muy particularmente de los análisis que practique.

La jefatura del nuevo laboratorio bacteriológico recayó sobre José Pérez Fuster, que pertenecía al cuerpo municipal de sanidad desde 1883 y cuyo esfuerzo en el desarrollo de un plan de actuación sobre la ciudad de Valencia, desde la perspectiva de la bacteriología, marcaría el origen de una etapa que culminó institucionalmente con la creación del instituto municipal de higiene en 1911, del que Pérez Fuster pasó a ser director. Casi de manera inmediata a su nombramiento en la jefatura del nuevo laboratorio, fue comisionado al Instituto Pasteur de París por el Ayuntamiento de Valencia, para estudiar la vacuna antidiftérica descubierta por Roux. Esta experiencia le sirvió para poder iniciar la vacunación antidiftérica desde el servicio municipal que dirigía y permitió que Valencia se adelantase al resto de ciudades españolas en la oferta de esta nueva vacuna<sup>324</sup>.

Aunque en un primer momento la intención fue ubicar el laboratorio bacteriológico en la Casa de Socorro de la Glorieta, esta propuesta no prosperó y finalmente se decidió realizar algunas obras en el local de la calle Serranos en el cual estaba instalado el laboratorio químico. Ambos permanecieron juntos, compartiendo

---

<sup>324</sup> El 21 de enero de 1895 el Ayuntamiento de Valencia acordó administrar gratuitamente la vacuna en una campaña que duró entre el 22 de febrero y el 20 de mayo. Navarro Pérez, J. (1996:178).

el edificio con la casa de socorro, la cocina de la cárcel de mujeres y una escuela infantil, a pesar de las limitaciones de espacio y de las malas condiciones del local, hasta el traslado del laboratorio químico al Parterre en 1902. Los intentos de mejorar la ubicación del laboratorio bacteriológico resultaron muy pausados y no fructificaron más que parcialmente en 1907, con una ampliación de su espacio, aprovechando el traslado de la escuela infantil situada en el mismo edificio. En 1908 vuelve a hacerse patente la insuficiencia de las instalaciones con el intento frustrado de su traslado a las Alamedas de Serranos. Por último, en 1910 encontró definitivamente un emplazamiento digno en los locales del Palacio Municipal de la Exposición. Allí volvió a compartir ubicación con el laboratorio químico y las condiciones de trabajo de ambos mejoraron sustancialmente, con dotación de agua potable y gas, así como un sistema de desagüe apropiado<sup>325</sup>. En la nueva ubicación, el personal de ambos laboratorios pasó a formar parte en 1910 del Instituto Municipal de Higiene de Valencia, que también agregó el personal veterinario necesario.

Junto a Pérez Fuster desempeñaron su labor otros técnicos del laboratorio bacteriológico como Juan Campos Fillol, que más tarde pasó a ocupar la subdirección del laboratorio químico, Pedro Vicent Fabregat a partir de 1908 y Pablo Colvée Reig a partir de 1910. Al constituirse el instituto municipal de higiene, el personal de esta institución lo integraron los profesionales de los laboratorios químico y bacteriológico, al que se agregó una sección de veterinaria, seroterapia y vacunación, de la que inicialmente se hizo cargo Ramón Gómez Pérez. En 1915 la plantilla del laboratorio estaba integrada por un director técnico, Pérez Fuster, con un sueldo de 4.000 pesetas anuales, un profesor técnico primero, Pablo Colvée Reig, con un sueldo de 3.000 pesetas anuales y un profesor técnico segundo, Pedro Vicent Fabregat, con un sueldo de 3.000 pesetas anuales. A ellos se sumaba un ayudante práctico y un mozo ordenanza<sup>326</sup>.

Como puede imaginarse, la limitación de recursos con que contó el laboratorio bacteriológico en sus primeros años de funcionamiento y la falta de instalaciones apropiadas, condicionaron el desarrollo pleno de las funciones que tenía

---

<sup>325</sup> Canet, M.A.; Martínez, F.; Valor, V. (1996: 196-198).

encomendadas. Así, en esta primera etapa su actividad primordial estuvo al servicio de la clínica y se centró fundamentalmente en los análisis de orina, exámenes microscópicos de esputos, etc., dejando de lado otros trabajos de experimentación e investigación que teóricamente le corresponderían. Carsi, en su trabajo sobre la actividad desarrollada por el cuerpo municipal de sanidad en 1901<sup>327</sup>, echaba en falta una mayor especialización del laboratorio en la elaboración de sueros con carácter terapéutico y profiláctico, medida en la que tantas esperanzas tenía puestas la nueva medicina de laboratorio para combatir las enfermedades infecciosas. También echaba en falta un mayor apoyo del laboratorio a las casas de socorro con el suministro de agua destilada, filtrada y esterilizada para su utilización en las disoluciones antisépticas y lavados asépticos, así como de la esterilización del material utilizado en estos establecimientos para atender a los heridos y accidentados, afirmando que “[...] para que todo esto pueda hacerse, es preciso que el ayuntamiento se decida a instalar el laboratorio de una manera ad hoc, emplazado en sitio apropiado, aislado si es posible, que tenga todas las dependencias necesarias y con la dotación conveniente para que disponga del material necesario [...]”.

El traslado del laboratorio bacteriológico a los locales del Palacio Municipal de la Exposición en 1910, sin duda supuso el inicio de una nueva etapa que le permitió desarrollar con mayor plenitud sus potencialidades. Destacan de esta época los estudios realizados sobre la potabilidad del agua de bebida de la ciudad, así como el inicio de la profilaxis seroterápica, con el comienzo de la aplicación de la vacuna antirrábica en 1910 y de la vacuna antitífica en 1912. En la memoria realizada por Pérez Fuster en 1916<sup>328</sup>, puede decirse que la actividad del laboratorio se encontraba consolidada, tanto en su sección de biología -análisis para la detección de la fiebre tifoidea, reacciones de Wassermann para el diagnóstico de la sífilis, análisis de aguas de bebida-, como en la sección de bacteriología -análisis de esputos, sangre y orina para la detección del bacilo de Koch, elaboración de sueros y vacunas-.

---

<sup>326</sup> *Ibíd.*, 207-9.

<sup>327</sup> Carsi, V. (1902: 196-201).

<sup>328</sup> Pérez Fuster, J. (1917).

Uno de los aspectos que ocupó una parcela importante de la actividad del laboratorio bacteriológico fue el estudio del agua de bebida<sup>329</sup>. El exceso de mortalidad que presentaba la ciudad de Valencia en relación con otros países más avanzados de su entorno, resultaba preocupante para aquellos que desde las propuestas de la higiene social, analizaban la relación causal entre la mejora de la salubridad -aguas y alcantarillado sobre todo- y el descenso de la mortalidad. En este sentido, Carsi<sup>330</sup> destacaba que las dos principales reformas para mejorar el estado higiénico de la ciudad consistirían en un adecuado abastecimiento de aguas potables y en el saneamiento del subsuelo, propugnando el establecimiento del sistema de alcantarillado de Waring. Bajo la defensa de los mismos supuestos conceptuales, las páginas del *Boletín Sanitario Municipal* también recogían algunos trabajos reivindicando la canalización de las aguas y la necesidad de someterlas a análisis químico-bacteriológicos, como única forma de acabar con los focos de enteritis y fiebre tifoidea<sup>331</sup>.

La importancia alcanzada por las enfermedades de transmisión hídrica en términos de morbilidad y mortalidad -cólera, fiebre tifoidea e infecciones del tracto gastrointestinal-, abrió el debate en torno al grado de potabilidad de los pozos que suministraban agua a la ciudad de Valencia y planteaba la necesidad de una inmediata intervención desde el poder municipal, para regular y garantizar un adecuado abastecimiento de agua en toda la capital. Los estudios sobre la constitución de las distintas capas de terreno sobre las que asentaba la ciudad<sup>332</sup> y los análisis realizados por el laboratorio bacteriológico, contribuyeron notablemente a desvelar los puntos negros de la ciudad, en lo referente a la pureza bacteriológica de las aguas de bebida. Se comprobó que las aguas procedentes de pozos superficiales estaban en su mayoría contaminadas, lo que llevó al cuerpo municipal de sanidad a recomendar al ayuntamiento la construcción de pozos artesianos, recomendación que se materializó con su construcción en los poblados marítimos del Cabañal y parte de

---

<sup>329</sup> El papel desempeñado por el agua en el contexto de la higiene urbana valenciana ha sido analizado por Barona, J.L.; Lloret, J. (2002).

<sup>330</sup> Carsi, V. (1904-1905). Un año después, reprodujo este mismo trabajo en las páginas del *Boletín Sanitario Municipal* (1906).

<sup>331</sup> Barrachina, P.T. (1905), Tudela (1905) y Barreda, V. (1906).

<sup>332</sup> Peset Cervera, V. (1906) y Peset Cervera, V. (1910).



Castellar<sup>333</sup>. Esta sensibilidad mostrada por el consistorio en lo referente a la higiene del agua de bebida, volvió a ponerse de manifiesto cuando en 1911 envió comisionado a Pérez Fuster, como jefe del instituto municipal de higiene, para estudiar el sistema de depuración de las aguas implantado en algunas ciudades francesas -París, Marsella y Rouen- basado en la utilización de rayos ultravioleta, del que concluyó la conveniencia de que en los siguientes presupuestos municipales se dedicasen de 60 a 70.000 pesetas para atender la instalación de dichos aparatos<sup>334</sup>.

La profilaxis sueroterápica fue una línea de trabajo de limitado desarrollo en el laboratorio bacteriológico durante su primera etapa de funcionamiento, por la evidente falta de apoyo que en este período recibió del consistorio en lo relativo tanto a espacio físico como a recursos. Una excepción fue la puesta en marcha de la vacunación antidiftérica, que además de plantearse como medida prioritaria para hacer frente a las epidemias que azotaban a la población infantil, se propuso como medida obligada por el gobierno en la Real Orden de 2 de marzo de 1895. Sin embargo, la estancia de Pérez Fuster en el Instituto Pasteur y en el Hospital Tousseau de París, comisionado por el ayuntamiento para estudiar el descubrimiento de Roux, hizo posible que la capital valenciana viviera la primera experiencia de vacunación antidiftérica del estado. Como resultado de esta experiencia, Pérez Fuster elaboró una memoria en la que, además de explicar su aprendizaje en París, resumía los resultados de la primera vacunación practicada en Valencia a 127 niños enfermos, de los cuales se curaron el 75%. Unos años más tarde, en 1896, Pérez Fuster también fue el autor de la puesta en marcha de la sueroterapia antivariólica por el servicio sanitario municipal<sup>335</sup>.

Las diversas tentativas por hacerse cargo de la profilaxis contra la rabia no corrieron la misma suerte que la difteria y la viruela, lo cual determinó que el servicio antirrábico no se estableciera hasta 1910. Sin embargo, el ayuntamiento sí que fue capaz de destinar una subvención fija desde 1895 para sufragar el viaje al laboratorio municipal de Barcelona, de los pobres que necesitaran recibir la vacuna antirrábica a manos de Ferrán. A partir de 1898 también contó para ello con el

---

<sup>333</sup> Pérez Fuster, J. (1907) y Pérez Fuster, J. (1908).

<sup>334</sup> Pérez Fuster, J. (1912).

<sup>335</sup> Salavert, V. Navarro, J. (1992: 136-137).

laboratorio de Francisco Sociats en Alcira, de manera que hasta 1910 la vacunación antirrábica se realizó indistintamente en los laboratorios de Barcelona y Alcira. Sin embargo, esta situación derivada de la mala gestión y de la incapacidad de rentabilizar sus propios recursos, resultaba hartamente gravosa para las arcas municipales, situación que finalizó con la creación del instituto municipal de higiene. Éste se planteó como una sección del cuerpo municipal de sanidad, integrada por los laboratorios químico y bacteriológico, agregando los veterinarios que se considerasen necesarios, para poder establecer el servicio de vacunación antirrábica.

Tras el viaje realizado por el director del centro, Pérez Fuster, al Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII para recibir adiestramiento en su preparación y aplicación, las inoculaciones contra la rabia se iniciaron la semana del 22 al 28 de agosto de 1910, permitiendo desde ese mismo momento suprimir las subvenciones para la vacunación fuera de Valencia. Finalmente, tras la reestructuración que sufrió la estructura sanitaria municipal al disolverse el instituto municipal de higiene y separarse de nuevo los laboratorios químico y bacteriológico, Pérez Fuster propuso que Tomás Peset Alexandre, veterinario adscrito al laboratorio bacteriológico desde hacía tiempo, fuese el responsable de la vacunación antirrábica en todo su desarrollo, desde los trabajos de conservación del virus fijo hasta la aplicación de la vacuna y seguimiento del proceso. Su condición de doctor en medicina y profesor de veterinaria, unido a su experiencia en el laboratorio, le respaldaban como la persona apropiada<sup>336</sup>. Tras el primer lustro de actividad, Pérez Fuster resumía los resultados de las actuaciones frente a la rabia realizadas desde la sección responsable, datos que presentamos en la tabla siguiente<sup>337</sup>.

---

<sup>336</sup> Báuena Cervellera, M.J. (2000: 71-109).

<sup>337</sup> Pérez Fuster (1915a).

**Tabla V**  
**Vacunaciones antirrábicas practicadas por el Cuerpo Municipal de Sanidad de Valencia (1910-1914)**

<b>Año</b>	<b>Nº vacunados</b>	<b>Nº curados</b>	<b>Nº fallecidos por rabia</b>
1910	25	25	
1911	148	146	2
1912	123	123	
1913	80	79	1
1914	173	172	1
<b>Total</b>	<b>549</b>	<b>545</b>	<b>4</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por Pérez Fuster (1915a).

Entre los tres posibles métodos utilizados para la vacunación contra la rabia, el que se aplicaba en Valencia era el de Högyes, de manera análoga al Instituto Alfonso XIII de Madrid, por resultar más barato. Sin embargo, de acuerdo con los resultados estadísticos, el método más efectivo por su menor mortalidad era el de Pasteur. La crítica realizada por Pérez Fuster al método denominado suprainensivo de Ferrán, que calificó como de secreto, levantó una polémica entre ambos que quedó reflejada en las páginas de *La Medicina Valenciana* y que finalmente requirió de la intervención del director de la revista para zanjar la cuestión<sup>338</sup>. No hay que olvidar que Jaime Ferrán se había convertido en una figura polémica, como consecuencia de su afán de protagonismo y de su insaciable espíritu comercial.

En 1912 se planteó la fabricación y aplicación de la vacuna antitífica en Valencia y en el mes de julio de 1913 tuvo lugar la primera aplicación en masa de la vacuna, con motivo de la aparición de un brote de tifus en la población de Dos Aguas. En esta ocasión, el ayuntamiento confió a Salvat Navarro, catedrático de Higiene y Bacteriología de la Facultad de Sevilla, el encargo de poner en práctica este procedimiento profiláctico para acabar con la epidemia. Tras vacunar a 260 de los 700 habitantes con que contaba la población, la inmunización se vislumbró como

<sup>338</sup> Ferrán, J. (1915), Pérez Fuster, J. (1915b) y. Gómez Ferrer, R. (1915).

un excelente recurso no sólo terapéutico sino también profiláctico<sup>339</sup>. La vacuna preparada en un primer momento por el laboratorio bacteriológico se hizo de acuerdo con la técnica de Pfeiffer y Kolle hasta que su director, Pablo Colvée, asesorado por Juan Peset Alexandre, decidió comenzar a elaborar la tifovacuna etérea tipo Vincent<sup>340</sup>.

El regreso desde Sevilla de Juan Peset Alexandre, para hacerse cargo del Instituto Provincial de Higiene de Valencia, determinó que en 1917 el Instituto Médico Valenciano le otorgase un homenaje en reconocimiento a la tifovacuna etérea introducida por él en España, a partir de la propuesta por Vincent y que Juan Peset había tenido oportunidad de estudiar en París, cuando fue comisionado por el Ayuntamiento de Sevilla en 1913<sup>341</sup>. La aparición de dos importantes brotes de fiebres tifoideas a lo largo de 1917 en Cheste y Torrente, provocaron la intervención del instituto provincial de higiene, que desarrolló una importante experiencia de vacunación masiva en ambas poblaciones. El debate reunió a importantes figuras de la medicina valenciana, todos ellos miembros del Instituto Médico Valenciano y representantes del campo de la higiene y la bacteriología, que tuvieron ocasión de poner en común sus propias experiencias con la vacuna antitífica. Así, además de Juan Peset intervinieron Torres Balbí -inspector provincial de sanidad en aquel momento-, Vila Barberá, Rincón de Arellano, Comín, Campos Fillol, Colvée y Faustino Barberá que, como presidente del instituto puso de manifiesto el apoyo de la institución a la utilización de la vacuna.

La constitución del Instituto Provincial de Higiene de Valencia en 1916, sin duda despertó el recelo y la rivalidad entre los niveles de la administración sanitaria municipal y provincial, sobre todo porque la apuesta de desarrollo del futuro modelo sanitario iba a tener como eje a la nueva institución provincial. No obstante, la relación entre los profesionales que desempeñaban su labor en los laboratorios municipal y provincial estuvo siempre al margen y por encima de estas cuestiones, como se comprobó en el caso ya comentado de la vacuna antitífica, con la estrecha colaboración entre Juan Peset Alexandre, director del laboratorio provincial, y Pablo

---

<sup>339</sup> Salvat Navarro, A. (1913).

<sup>340</sup> Peset, J. (1917b).

<sup>341</sup> Peset, J. (1917c).

Colvée Reig, director del municipal. La resolución de los problemas sanitarios constituía siempre una prioridad para estos profesionales, que de nuevo trabajaron codo con codo para intentar encontrar remedio a la importante epidemia de gripe que vivió la ciudad de Valencia en 1918. En este caso, además de las actuaciones urgentes que emprendió el cuerpo municipal de sanidad para hacer frente a la invasión epidémica<sup>342</sup>, se desarrolló una importante labor de investigación para identificar el germen causante y hallar una vacuna capaz de neutralizarlo. El núcleo de profesionales que dedicaron su esfuerzo a este cometido, lo hicieron trabajando desde el laboratorio del instituto provincial de higiene y formaron un equipo integrado por Peset Alexandre, Colvée Reig, Torres Balbí, Rincón de Arellano, Ramón Corella y Jaime Ferrán. La identificación de manera constante de un germen que resultó pertenecer al grupo de los neumococos y su posterior aislamiento, les llevó a preparar una vacuna que obtuvo el informe favorable del Real Consejo de Sanidad y de la Academia de Medicina de Madrid, aunque fue escasamente utilizada por la llegada del final de la epidemia<sup>343</sup>.

Sin duda alguna, la labor del laboratorio bacteriológico municipal, con una trayectoria que fue incorporando de manera progresiva los métodos de análisis e investigación de la bacteriología y la medicina de laboratorio emergentes, resultó fundamental para la institucionalización de la sanidad municipal valenciana. Ello hizo posible que la oferta de servicios de salud pública de la ciudad de Valencia estuviera a la altura tanto de otras ciudades españolas como Barcelona y Madrid, como de los países vecinos más desarrollados.

---

<sup>342</sup> Pérez Fuster, J. (1918) y Pérez Fuster, J. (1921).

<sup>343</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 16, 109-112.

#### **4.1.7. El instituto municipal de higiene**

Al amparo de la Real Orden de 11 de octubre de 1909, que obligaba a que los municipios organizaran bajo su dependencia institutos de higiene, a lo largo de 1910 se intentó organizar en Valencia una nueva institución que respondiese a los planteamientos que mandaba la legislación estatal. La existencia de un laboratorio químico y otro bacteriológico entre los servicios sanitarios municipales que, aunque con importantes carencias venían prestando servicio en la ciudad desde finales del novecientos, dio pie a la creación de una nueva institución capaz de aunar todas las acciones de salud pública y que sin duda supuso la definitiva consolidación de la medicina de laboratorio en el seno de la sanidad municipal valenciana.

La propuesta que se planteó consistió en crear un instituto municipal de higiene, agrupando otros servicios municipales ya existentes, tales como el laboratorio químico, el bacteriológico y la sección de veterinaria. El debate en el seno de la corporación municipal, de la que en aquel momento era concejal de sanidad Adolfo Batllés, se inició a lo largo de 1910 en torno a la manera de obedecer los preceptos que marcaba la ley, al tiempo que se respetara la realidad valenciana, con unos laboratorios que realizaban una importante labor, tanto el químico en el análisis de aguas, como el bacteriológico en la aplicación de vacunas y la detección de enfermedades infecciosas, si bien es cierto que ambos funcionaban desde su creación con una asignación mínima de recursos. La creación de una nueva institución debía implicar necesariamente una adaptación del personal que prestaba servicios en los laboratorios, además de la contratación del que fuera necesario y todo ello apoyado por un importante incremento presupuestario para hacer frente a la reestructuración que se planteaba.

Finalmente, con la aprobación de su *Reglamento* el 27 de marzo de 1911, el instituto empezó a funcionar, quedando oficialmente integrados los laboratorios en la nueva estructura como dos secciones. Pero antes de finalizar ese mismo año, se produjo una importante polémica al recibir la corporación municipal una orden - basada en la Real Orden de 3 de julio de 1909- que recordaba la dependencia de los servicios municipales del inspector provincial de sanidad como jerarquía sanitaria. A

pesar del rechazo mostrado por la corporación valenciana, bajo la iniciativa de Batllés, a esta orden centralizadora que iba en contra de los principios de autonomía municipal ratificados en el Real Decreto de 11 de noviembre de 1909, finalmente el Ministerio de la Gobernación falló en contra de la corporación municipal. Éste no era más que un nuevo ejemplo de la rivalidad entre los niveles municipal y provincial por mantener la hegemonía en lo relativo a la organización sanitaria. Un primer intento por convertir el laboratorio bacteriológico en laboratorio provincial ya había sido rechazado por el ayuntamiento en 1899, ante la propuesta realizada por la junta provincial de sanidad para hacer frente a la posible llegada de la epidemia de peste bubónica iniciada en Oporto<sup>344</sup>.

La creación del instituto municipal de higiene, fue uno de los indudables logros alcanzados como culminación de la etapa en la que la sanidad municipal fue dirigida por el partido republicano blasquista y que abarcó entre 1898 y 1911, contando en la concejalía de sanidad con figuras clave como Eladio Fajarnés Ramos, José Sánchis Bergón, Juan Aguilar Blanch y Adolfo Batllés. Pero fue sobre todo al responsabilizarse Sánchis Bergón a partir de 1905, cuando la higiene municipal obtuvo el máximo esplendor<sup>345</sup>. Sin embargo, la llegada de las elecciones municipales en 1911, precedidas de una convulsa situación socio-política, quitó la hegemonía al partido blasquista y la puso en manos de una coalición de partidos de la derecha. En el mes de diciembre de 1914, la corporación municipal aprobó un dictamen de la comisión de beneficencia y sanidad que dejaba sin efecto la creación, reglamento y plantilla del instituto municipal de higiene y planteaba una organización de los laboratorios similar a la existente con anterioridad a la constitución del instituto, es decir tal como se diseñó en el *Reglamento del Cuerpo Municipal de Sanidad*. No obstante, todos estos aparentes cambios probablemente no fueron más que cambios de nombre y sobre el papel, pues la realidad en cuanto al funcionamiento y la tarea que realizaban los laboratorios no varió sustancialmente, y así lo avalaba la permanencia de los mismos profesionales a su cargo<sup>346</sup>.

---

<sup>344</sup> Bágüena Cervellera, M.J. (2000: 90).

<sup>345</sup> Navarro ha calificado la actividad desarrollada por el servicio sanitario municipal en el período de 1901-1911, como la “década febril”. Navarro Pérez, J. (1997: 134).

<sup>346</sup> Canet, M.A.; Martínez, F.; Valor, V. (1996: 193-194).

Las funciones del instituto, definidas en su *Reglamento*, consistían en el estudio de las enfermedades transmisibles, la obtención y aplicación de sueros y vacunas, los análisis bacteriológicos, la inspección química y veterinaria, la práctica de la desinfección y la enseñanza práctica de la bacteriología y química aplicadas a la higiene. Para poder llevarlas a cabo, inicialmente el instituto fue organizado en cinco secciones, bajo la dirección de José Pérez Fuster: investigaciones biológicas, bajo la directriz de Juan Campos Fillol, bacteriología a cargo de Pablo Colvée Reig, análisis de aguas a cargo de Pedro Vicent Fabregat, veterinaria, seroterapia y vacunación a cargo de Ramón Gómez Pérez y desinfección a cargo de Emilio Moreno Pastor. El laboratorio químico, bajo la dirección de Rafael Colomina se mantuvo independiente en su dedicación a los estudios bromatológicos. Vemos pues cómo el laboratorio bacteriológico perdió su función de aplicación de sueros y vacunas que pasó a la sección de Ramón Gómez Pérez y el laboratorio químico cedió a la sección de Pedro Vicent el análisis bacteriológico y químico de “las aguas de alimentación, las de uso doméstico, las industriales, medicinales, de ríos, manantiales y pozos”<sup>347</sup>.

También cabe destacar la actividad docente planteada en el *Reglamento* y que erigía al instituto en centro de referencia para la enseñanza de la higiene. Desde sus diferentes secciones se ofertarían cursos para la ampliación de conocimientos en materia de higiene, destinados por orden de preferencia a médicos, farmacéuticos, veterinarios, licenciados en ciencias y a cualquier alumno de estas facultades. La condición para la matrícula era que cada alumno debía aportar su microscopio, mientras que el resto del material corría a cargo del instituto.

---

<sup>347</sup> Reglamentos (1911).



En la nueva etapa que se inició con la constitución del instituto municipal de higiene, sin duda las perspectivas de trabajo de la institución se ampliaron notablemente, de modo que las actuaciones que podríamos denominar rutinarias, comenzaron a complementarse con otras acordes con un centro de investigación y experimentación. Un claro ejemplo del nuevo enfoque lo constituyeron los estudios y aplicación de la vacuna antirrábica<sup>348</sup>, iniciados por Tomás Peset en 1910 y los relacionados con la vacunación antitífica llevados a cabo por Pablo Colvée en 1912. A ello se sumó una importante preocupación higienista, que llevó a iniciar en esta etapa el abordaje de algunos de los principales problemas que vivía la ciudad, como eran los relacionados con el alcantarillado y el abastecimiento de agua potable, la limpieza de las calles, la intensificación del control higiénico de los alimentos o la atención a la salud infantil, mediante la creación de un servicio destinado a “Consultorio de niños, gota de leche y reconocimiento de nodrizas”. Todas estas actuaciones sin duda representaron importantes avances para la ciudad desde el punto de vista higiénico-sanitario, que desde luego ya no tendrían vuelta atrás.

#### **4.1.8. *El Boletín Sanitario Municipal (1905-1913)***

Esta publicación de carácter mensual, que constituyó el órgano de difusión oficial de la institución sanitaria municipal, contribuyó de manera notable a difundir los conocimientos y métodos que daban soporte a la higiene pública en Valencia. En este sentido cabe destacar su contribución al desarrollo de una estadística demográfico-sanitaria de la ciudad, como herramienta necesaria para realizar el análisis de la situación higiénico-sanitaria. Los intentos por hacer efectivo en el estado español un sistema de información sistematizado a partir de las estadísticas demográfico-sanitarias -natalidad, mortalidad, morbilidad-, habían sido reiterados desde finales del siglo XIX<sup>349</sup>. No obstante, la voluntad mostrada desde la legislación de poner en marcha los registros necesarios, no se vio acompañada de manera

---

<sup>348</sup> Bágüena Cervellera, M.J. (1999: 259-271).

<sup>349</sup> El *Boletín Mensual de la Estadística Demográfico-sanitaria*, fue la primera publicación de la Dirección general de Sanidad que entre 1879 y 1884 recogió este tipo de estadísticas. Tras un paréntesis con carencia de información, vio la luz una nueva publicación estatal con la misma finalidad, conocida como *Boletín de Sanidad*, que duró entre 1888 y 1896. Ésta dio paso en 1905 a

paralela de los medios apropiados para garantizar la regularidad y uniformidad del sistema de información<sup>350</sup>.

De manera similar a lo que ocurría a nivel estatal, Valencia también vivió esa irregularidad en la publicación de estadísticas demográfico-sanitarias que caracterizó este período. Desde la creación del cuerpo de sanidad municipal, éste realizó importantes esfuerzos por dar a conocer diferentes datos estadísticos, objetivo que se materializó casi diez años después de su constitución, en que comenzó a aportar datos esporádicos sobre la situación sanitaria de la ciudad. La creación de una sección de estadísticas dentro del cuerpo, a partir de 1894, sin duda jugó un papel decisivo en este cometido. Las estadísticas vieron la luz escasamente cinco meses, entre enero y mayo de 1891, en una de las revistas valencianas de mayor prestigio, *La Crónica Médica*. Ofrecía datos exclusivamente de mortalidad, con un criterio de clasificación muy sintético. La segunda aparición de estadísticas epidemiológicas procedió de *La Medicina Valenciana*, donde se incluyeron los resúmenes de los años 1901 y 1902. Finalmente, la culminación de esta trayectoria fue el *Boletín Sanitario Municipal de Valencia* (1905-1913), que fue seguido del *Boletín de la Estadística Municipal de Valencia* (1915-1922)<sup>351</sup>.

En sesión celebrada por la comisión de beneficencia y sanidad, el 21 de febrero de 1905, el concejal inspector del cuerpo, José Sánchis Bergón, propuso la creación de un *Boletín Sanitario Municipal*, con carácter mensual, para dar a conocer la estadística y demografía sanitaria llevadas a cabo por el personal técnico del cuerpo. Entre las estadísticas publicadas en el *Boletín*, había un apartado sobre meteorología que resumía la temperatura, humedad, dirección y fuerza del viento. Un segundo apartado de demografía, reflejaba los nacimientos y matrimonios, así como las defunciones por causas de muerte en los diferentes distritos de la ciudad y también por edad y sexo. Otro apartado del *Boletín* era el destinado a la estadística de los servicios prestados por las casas de socorro, detallando los accidentes atendidos y su causa, las atenciones realizadas desde la consulta pública, con el número de

---

otra publicación de la Inspección General de Sanidad Exterior denominada *Boletín Mensual de la Estadística demográfico-sanitaria*.

<sup>350</sup> Sobre el desarrollo de la estadística demográfico-sanitaria en España, véase el monográfico de Primer Encuentro Marcelino Pascua. Ministerio de Sanidad (1992).

enfermos asistidos y vacunados, así como las operaciones practicadas -dilataciones, reducciones de fracturas y luxaciones, extracción de cuerpos extraños, etc-. La sección de veterinaria ocupaba un lugar propio en el *Boletín*, para dar cuenta del número de inspecciones higiénicas realizadas, número de reses y de especies analizadas. Del mismo modo, la brigada sanitaria resumía su actividad, con el número de objetos y de habitaciones desinfectadas, las enfermedades que motivaron la actuación y los servicios de camilla prestados. La serie dedicada a resumir la actividad de las diferentes secciones de cuerpo de sanidad se completaba con la actividad de los laboratorios químico y bacteriológico.

La aportación estadística del *Boletín* se complementó con una serie de trabajos originales sobre diversos temas de actualidad que constituían la preocupación del personal técnico vinculado al cuerpo de sanidad municipal -higiene de los alimentos, potabilidad del agua de bebida, alcantarillado, lucha contra la difteria, fiebre tifoidea, tuberculosis y rabia, etc-. Además integró una sección de higiene popular, compuesta de consejos médicos dirigidos a la población, en el marco de una campaña general de sensibilización hacia la vacunación como medida preventiva y que incluyó la publicación de cartillas sanitarias contra el sarampión y la viruela<sup>352</sup>.

La supresión de esta publicación en 1913 por razones presupuestarias, supuso la ruptura de la importante labor de sistematización en la publicación de estadísticas iniciada en la ciudad de Valencia en 1905. Sin embargo, la inercia creada por el *Boletín* a lo largo de sus años de publicación ya era una realidad que, con toda seguridad, contribuyó a que la labor de análisis que éste había realizado se continuara en el *Boletín de la Estadística Municipal de Valencia* (1915-1922).

---

<sup>351</sup> Precisamente estos *Boletines* constituyeron la fuente principal del estudio sobre mortalidad en la ciudad de Valencia (1901-1920), realizado por Barona, J.L.; Barea, E. (1996a).

<sup>352</sup> Sánchis Bergón, J. (1905a, 1905b, 1905c).

## **4.2. Constitución y desarrollo de la sanidad provincial: el Instituto Provincial de Higiene de Valencia [IPHV] (1916-1936)**

El análisis de la constitución y desarrollo del Instituto Provincial de Higiene de Valencia (IPHV), lo hemos iniciado examinando la normativa de carácter estatal que dio pie a la creación de los institutos provinciales de higiene, y el modo en que se vivió y aplicó en la provincia de Valencia. A continuación, se centra en analizar los diferentes cambios en la dependencia administrativa y financiera por los que pasó la institución hasta 1936, ocupándose después de las características de su ubicación física. Posteriormente, aborda el estudio de la actividad desarrollada por el servicio sanitario provincial en el período comprendido entre 1916 y 1936, lo que nos ha llevado a diferenciar claramente tres períodos en su trayectoria. Para poder estudiar los dos primeros -1916 a 1920 y 1921 a 1931- nos hemos basado fundamentalmente en fuentes del archivo de la Diputación Provincial de Valencia (A.D.P.V.), pero la ausencia de este tipo de fuentes sobre el período comprendido entre 1931 y 1936 nos ha remitido, como principal fuente de información, al *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia*, órgano mensual dependiente del servicio sanitario provincial, que comenzó a publicarse en junio de 1927 y que en una segunda época, a partir de 1930, pasó a denominarse *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*. La completa memoria sobre los servicios sanitarios provinciales realizada en 1933 por la inspección provincial de sanidad, en el año en que inauguró su nueva residencia, también nos ha servido de gran ayuda para poder reconstruir la situación en estos últimos años de nuestro estudio.

### 4.2.1. El marco legislativo estatal

En el primer tercio del siglo XX, tuvo lugar el establecimiento progresivo de una administración sanitaria periférica dependiente del Estado, regulada en una primera instancia por la *Instrucción General de Sanidad* de 1904, en la cual se establecieron las bases para el progresivo desarrollo de los contenidos a impulsar desde los niveles provincial y municipal. No obstante, las propuestas contenidas en esta norma legislativa no se hicieron efectivas hasta pasados algunos años de su publicación. Según recogía la citada norma legal, “todas las capitales de provincia tendrán un Laboratorio de Higiene y un Instituto de Vacunación, en cuyo sostenimiento o mejoramiento se empleará por lo menos el 25% del producto total de los ingresos sanitarios. La Diputación Provincial y el Ayuntamiento de la Capital procurarán auxiliar con subvenciones el sostenimiento y la mejora de estos Laboratorios o Institutos donde no los sostuvieran anteriormente”.

En el caso de la provincia de Valencia, la fuerte institucionalización de la higiene a nivel municipal, encarnada en unos servicios higiénico-sanitarios específicos que daban cobertura a la capital desde el último decenio del siglo anterior, aspecto que ya hemos abordado con anterioridad, constituyó un elemento clave en la génesis de lo que llegaría a ser su instituto provincial de higiene.

La incuestionable rivalidad entre los niveles municipal y provincial, jugó un papel concluyente en la decisión tomada por la Diputación Provincial de Valencia de aceptar la propuesta de creación de un instituto provincial de higiene, realizada en 1916 por los médicos valencianos Juan Torres Balbí y Juan Peset Aleixandre. Además de la bondad del proyecto y del favorable dictamen emitido por la Real Academia de Medicina de Valencia, suscrito por su presidente y catedrático de la Facultad de Medicina Adolfo Gil y Morte, reconocía la propia diputación la influencia que tuvo en su decisión la Circular de la Inspección de Sanidad Interior de 29 de marzo de ese mismo año “...en la cual se insinúa para las provincias que no tengan dichos Laboratorios, el peligro de contribuir al sostenimiento de los municipales, mediante subvención de las Diputaciones, con lo que se obligaría a éstas a gasto tal vez mayor, sin la intervención directa y eficaz que le permitirá la

existencia de un centro propio”<sup>353</sup>. Así fue como el 16 de junio de 1916, la diputación aprobó la creación del instituto provincial de higiene, comenzando éste a funcionar el 21 de agosto del mismo año.

En 1921, se promovió desde la administración central un segundo impulso para mejorar los servicios higiénico-sanitarios y combatir las enfermedades transmisibles, a través de la creación de una brigada sanitaria en cada capital de provincia<sup>354</sup>, que en aquellas que ya disponían de institutos de higiene vincularon su actividad a la de éstos<sup>355</sup>. Se trataba de organismos técnicos que, aún teniendo su sede en las capitales de provincia, tenían carácter itinerante, desplazándose para ofrecer sus servicios a todas aquellas poblaciones del ámbito geográfico provincial en las que se presentara algún problema endémico o epidémico. El funcionamiento de las brigadas sanitarias se preveía en régimen de mancomunidad municipal, a través de la aportación de un pequeño porcentaje del presupuesto de cada ayuntamiento, y con juntas administrativas que poseían personalidad jurídica. Con la finalidad de concretar el tanto por ciento del presupuesto municipal que estaban dispuestos los ayuntamientos a dedicar para la creación y mantenimiento de este servicio, cada gobernador debía promover una asamblea con los ayuntamientos de su provincia, de la que además habría de salir una comisión administrativa que contara como presidente y vicepresidente con el gobernador y el presidente de la diputación, respectivamente<sup>356</sup>.

Acatando la normativa mencionada, el gobernador de Valencia, José Calvo Sotelo, llevó a cabo la mencionada asamblea con los alcaldes<sup>357</sup>, los cuales mostraron gran hostilidad ante la nueva carga que supondría la creación de la brigada sanitaria para los presupuestos municipales, máxime cuando algunos ayuntamientos de

---

<sup>353</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 14, 79-83.

<sup>354</sup> La Real Orden de 28 de julio de 1921, tras lamentar el abandono en que tenían la mayoría de municipios la defensa de la salud pública, encargaba a los gobernadores que, asesorados por los inspectores provinciales de sanidad, constituyeran en cada capital de provincia una brigada sanitaria, dotada del personal y material necesario para acudir a cualquier punto en que pudieran presentarse casos de enfermedades infecciosas o existiese riesgo de expansión epidémica.

<sup>355</sup> Perdiguero, E. (2001).

<sup>356</sup> Real Orden Circular de 5 de septiembre de 1921, resolviendo consultas formuladas respecto a la interpretación de algunos extremos de la Real Orden de 28 de julio último, referente a la creación y sostenimiento de brigadas sanitarias en todas las provincias.

<sup>357</sup> Su convocatoria se publicó en el Boletín Oficial de la Provincia de Valencia de 23 de septiembre de 1921.

poblaciones grandes como Sueca, Carcagente y Játiva, además de la capital de la provincia, ya contaban con recursos propios. Para disuadirles de esta intransigente actitud, el gobernador hubo de imponer su autoridad y conformarse con que, de la propuesta planteada inicialmente del 1,5% de los presupuestos municipales, se acordase destinar únicamente el 0,5% a la creación de la brigada sanitaria<sup>358</sup>. La escasez de recursos económicos como tónica general de los ayuntamientos de la provincia, fue sin duda el elemento crítico que condicionó el retraso de la puesta en marcha del nuevo servicio higiénico-sanitario, ya que el 0,5% del presupuesto de los municipios de la provincia ascendía únicamente a 45.000 pesetas, cantidad que apenas daba para la adquisición del material sanitario necesario.

Tras el acuerdo alcanzado con los municipios, la puesta en funcionamiento del nuevo servicio todavía se demoró algo más de un año, ya que hasta 1924 no se completó la dotación del personal técnico requerido para su correcta labor, a pesar de compartir algunas de las infraestructuras de carácter provincial ya existentes, como el laboratorio dirigido por Juan Peset Alexandre en el instituto provincial de higiene<sup>359</sup>. Al parecer, la aprobación del *Reglamento para la brigada provincial de Valencia* con fecha de 15 de febrero de 1923, resultó el elemento clave para el inicio de su andadura, al dejar claro no sólo los objetivos y el ámbito de actuación del nuevo servicio, sino también los servicios que debía prestar, el régimen administrativo al que quedaba sometido, el personal que lo debía integrar y el domicilio donde se fijaban sus dependencias.

El capítulo I del *Reglamento* establecía que el objeto de la Brigada Sanitaria Provincial de Valencia era “prestar a todos los pueblos de la misma los servicios sanitarios que necesiten para prevenir las enfermedades infecto-contagiosas y combatir cualquier epidemia que de éstas pueda presentarse”.

---

<sup>358</sup> De este escaso presupuesto se lamentaba el inspector provincial de sanidad, Arturo Cubells Blasco, en la memoria presentada en el *Anuario de la Dirección General de Sanidad, 1922*. Dirección General de Sanidad (1923: 392).

<sup>359</sup> *Ibídem*; Dirección General de Sanidad (1924: 141, 1925: 157).

Para ello era necesaria la unión de todos los ayuntamientos de la provincia, formando una mancomunidad sanitaria. Únicamente el ayuntamiento de la capital quedaba exento de contribuir a los gastos de sostenimiento de la brigada, por tener ya establecidos laboratorios y servicios de desinfección propios. Los servicios que la brigada estaba obligada a prestar eran los siguientes:

- El diagnóstico bacteriológico de los procesos infecciosos e infecto-contagiosos endémicos y epidémicos.
- Hacer el aislamiento de los atacados de enfermedades que pudieran por su propagación dar lugar a una epidemia, así como de las personas sospechosas de padecer una de esas enfermedades, o que fueran probadamente portadoras de gérmenes.
- Desinfección de habitaciones, ropas, excretas y productos que pudieran llevar al contagio.
- Hacer la inmunización de los individuos predispuestos a la enfermedad o expuestos al contagio (vacunación preventiva) en la viruela, fiebres tifoideas y paratíficas, y demás enfermedades en que resulta positivo este recurso profiláctico.
- Suministrar en caso de epidemia los sueros curativos apropiados.
- Auxiliar a los médicos en el tratamiento de las enfermedades epidémicas, cuando por exceso de trabajo no pudieran hacerlo por sí los titulares de los pueblos.
- Estudiar las zonas palúdicas de la familia: formular los proyectos de saneamiento y la profilaxis de la enfermedad.
- Practicar la profilaxis del tifus exantemático y evitar la propagación del proceso con cuantas medidas fueran necesarias.
- Análisis químico y bacteriológico de las aguas de bebida, estudiando las condiciones del abastecimiento y señalando las reformas que debieran hacerse para garantizar la pureza del líquido.
- Practicar análisis de alimentos, condimentos y bebidas, tomados en los centros productores o en los establecimientos de venta, cuando el



jefe lo crea conveniente, o por requerimiento de las autoridades locales.

La publicación en 1925 de los *Estatutos Municipal y Provincial* y de sus correspondientes reglamentos, atribuyendo competencias a estos dos niveles administrativos, transfirió a las diputaciones provinciales la organización y tutela de los institutos de higiene, que debían fusionar las brigadas sanitarias y los demás recursos de carácter provincial que ya existiesen en un dispositivo único, o en su defecto crearlos donde no los hubiera.

A pesar de esta disposición oficial, la implantación de los institutos de higiene y su sostenimiento por parte de las diputaciones provinciales, no se produjo de una manera homogénea en todo el territorio español, lo que condujo al Ministerio de Gobernación a permitir su constitución en régimen de mancomunidades, de manera similar a como habían funcionado las brigadas sanitarias hasta la promulgación del *Estatuto Provincial*<sup>360</sup>. A esta determinación, parece que contribuyó decisivamente la presión ejercida por algunos inspectores provinciales de sanidad, que como funcionarios del estado se oponían a estar sometidos a la tutela administrativa de las diputaciones provinciales, por cuanto éstas les usurpaban su carácter de jerarquía sanitaria de la provincia. En cualquier caso, independientemente del carácter de su financiación administrativa, las competencias y el funcionamiento desde el punto de vista técnico fueron similares en ambos tipos de institutos.

A la Diputación de Valencia no le fue difícil poner en práctica los preceptos del *Reglamento de Sanidad Provincial*, dado que por un lado ya tenía a su cargo un instituto provincial que venía funcionando desde 1916, merced a un contrato con los doctores Peset Alexandre y Torres Balbí, y por otro una brigada sanitaria que hacía extensivos los servicios de desinfección y control de las enfermedades transmisibles a todos los pueblos de la provincia. Ambos quedaron fusionados en lo que se denominó el servicio sanitario provincial, cuyo reglamento fue aprobado por la Diputación de Valencia el 29 de abril de 1926<sup>361</sup>. En él se contemplaba la prestación

---

<sup>360</sup> La Real Orden de 4 de enero de 1927 permitía que las diputaciones fuesen relegadas de la obligación de poner en marcha los institutos de higiene, dando la opción de que éstos fuesen regidos por juntas administrativas, como antes de publicarse el Estatuto Provincial.

<sup>361</sup> Reglamentos (1926b).

de unos servicios externos, cuyo núcleo lo constituiría la antigua brigada sanitaria<sup>362</sup>, y otros servicios acordes con los que venía prestando el instituto provincial de higiene, organizados en tres secciones:

- a. Sección de epidemiología y desinfección, a cuyo cargo debía correr todo lo relacionado con el diagnóstico y la profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas, la investigación epidemiológica de sus causas y las medidas a adoptar, desde las operaciones de desinfección y esterilización, hasta el aislamiento y transporte de los enfermos infecciosos. También se atribuía a esta sección la elaboración de estadísticas y de propaganda sanitaria.
- b. Sección de análisis clínicos, higiénicos y químicos; encargada de la realización de los estudios bacteriológicos, serológicos, histológicos y clínicos. Los productos a analizar podían abarcar una amplia gama que contemplaba aguas, alimentos, bebidas, condimentos, productos industriales, drogas, medicamentos y cualquier otro material considerado peligroso o sospechoso para la salud pública.
- c. Sección de vacunaciones, encargada de preparar las vacunas y sueros de uso más frecuente en la prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas. También se le asignaban a esta sección las funciones de elaboración de estadísticas y de propaganda sanitaria.

---

<sup>362</sup> En el momento de publicarse el *Reglamento* se hallaban funcionando dos sub-brigadas sanitarias, una en Liria y otra en Játiva.

Todos estos servicios se ofertaban gratuitamente a los individuos incluidos en las listas de beneficencia de sus respectivos pueblos, y siempre que la petición del servicio se hiciese a través del alcalde y del médico titular de la población. No obstante, cualquier particular podía también hacer uso de ellos, a condición de satisfacer su importe, con arreglo a las tarifas aprobadas por la diputación y publicadas en un anexo del reglamento. En éste aparecían detalladamente los precios de las vacunas, del servicio antirrábico, de los sueros, análisis clínicos de orina, sangre, esputos, exudados y heces, análisis higiénicos, agrícolas e industriales, desinfecciones y pulverización de locales con sustancias antisépticas.

El *Reglamento* atribuía al inspector provincial de sanidad el papel de inspector jefe de todos los servicios y director efectivo de los de carácter externo, ya que como director técnico del instituto provincial continuaba Juan Peset Alexandre, por cuyo cargo fue nombrado además vocal de la Junta Provincial de Sanidad de Valencia. Para los asuntos de carácter administrativo, el inspector provincial de sanidad debía dirigirse al diputado ponente de sanidad e higiene, pues éste era el encargado de su alta inspección y de actuar de intermediario entre la diputación y el servicio provincial. Este servicio, contaba para su mantenimiento con un presupuesto consistente, por una parte en las 20.000 pesetas del contrato entre el instituto provincial de higiene y la diputación, y por otra se le destinaba el 25% de los ingresos del servicio sanitario provincial<sup>363</sup>. Con la finalidad de atender el régimen administrativo y formar el proyecto de presupuesto anual, se constituyó la comisión que establecía el artículo 24 del *Reglamento de Sanidad Provincial*, la cual debería velar además por garantizar la inclusión en los presupuestos anuales de una cantidad destinada a subvencionar las obras de carácter sanitario que llevaran a efecto los ayuntamientos de la provincia, con preferencia sobre las de abastecimiento de aguas, evacuación de inmundicias y saneamiento de zonas palúdicas<sup>364</sup>.

---

<sup>363</sup> Capítulos III, IV y VIII. Reglamentos (1926b).

<sup>364</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 24, 131-132.

La llegada al poder del gobierno republicano, sin duda determinó una nueva y floreciente etapa para el desarrollo de la organización sanitaria española. El principal acontecimiento que marcó el inicio de esta etapa en la provincia de Valencia, fue el cambio en la dependencia administrativa de su instituto provincial de higiene, a partir de la publicación del Decreto de 31 de julio de 1931. El artículo 19 del mencionado decreto dispuso que las comisiones gestoras de las diputaciones provinciales, hicieran entrega a las nuevas juntas administrativas de los institutos de higiene, de todos los bienes muebles e inmuebles pertenecientes a estos centros, asunto que se llevó a efecto en la provincia de Valencia tras la publicación del Decreto de 10 de febrero de 1932. La entrega hecha por la diputación a la nueva junta administrativa, se acompañó además de la cantidad de 55.000 pesetas en calidad de fianza por la contrata de las obras del nuevo instituto.

La consolidación del régimen de mancomunidades tuvo lugar en 1934, con la *Ley de servicios sanitarios* publicada el 11 de julio<sup>365</sup>, que además recogía en uno de sus apéndices el *Reglamento técnico, de personal y administrativo de los Institutos provinciales de Higiene*, por el que se asignaba a estas instituciones sanitarias la labor de llevar a la práctica en el ámbito provincial el programa de reconstrucción sanitaria del gobierno de la República, con las siguientes prioridades de actuación:

- Protección a la madre
- Protección al niño.
- Salud y vigilancia física de escolares y adolescentes.
- Saneamiento del medio.
- Profilaxis de las enfermedades evitables.
- Medicina social.
- Enseñanza popular de la Higiene.
- Investigación sanitaria.

---

<sup>365</sup> En sesión de 2 de julio de 1935, la Diputación de Valencia acordó solicitar la exención de formar parte de la mancomunidad sanitaria provincial, fundando su petición en tener perfectamente atendidos los servicios benéfico-sanitarios, pero tal solicitud fue desestimada por el ministerio. A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 34, 109-110.

Para poder llevar a cabo este cometido, el reglamento contemplaba la dotación de los servicios técnicos necesarios en los institutos de higiene, agrupados en cinco secciones técnicas comunes a todas las provincias: epidemiología y estadística sanitaria, análisis higiénico-sanitarios, tuberculosis, higiene infantil y venéreo y lepra, a las que podrían sumarse otras secciones de carácter especializado, en función de los problemas sanitarios prevalentes en cada provincia: sección de paludismo, tracoma, higiene mental, ingeniería sanitaria, higiene industrial del trabajo, o higiene de la alimentación. Además, los centros secundarios de higiene, pasaban a depender de los institutos provinciales de higiene, con una demarcación y una cobertura de población que debería establecer el inspector provincial, y con unos servicios comunes integrados por la atención a la tuberculosis, higiene infantil y servicios de higiene social, y otros de carácter especializado compuestos por los servicios de paludismo y de tracoma.

#### **4.2.2. La dependencia administrativa del IPHV**

Tres son las etapas por las que pasó el instituto provincial de higiene de Valencia en lo referente a su dependencia administrativa. Tras una primera etapa en la cual la asociación entre la iniciativa privada y la pública -ésta encarnada en la Diputación de Valencia- permitió el nacimiento y la consolidación de la institución, llegó un corto período marcado por la rescisión del contrato de prestación de servicios entre Juan Peset Alexandre y la diputación, en 1930. Con la proclamación de la Segunda República, la dependencia administrativa del instituto provincial de higiene se trasladó a la mancomunidad municipal de los ayuntamientos de la provincia.

Como ya se ha comentado, el temor de la Diputación de Valencia a tener que subvencionar el laboratorio municipal existente en la capital, fue el que provocó la asociación de las iniciativas pública y privada para constituir el embrión del instituto provincial de higiene, al aceptarse la iniciativa particular de Juan Torres Balbí, que en aquel momento ostentaba el cargo de inspector provincial de sanidad, y del

catedrático de medicina legal Juan Peset Alexandre<sup>366</sup>. Así, en la sesión celebrada el 3 de junio de 1916<sup>367</sup>, la comisión provincial de sanidad aceptó la propuesta de constitución de un instituto provincial de higiene, trasladándola a la comisión de hacienda para que ésta informara de su viabilidad económica. Otra circunstancia muy favorable era que en el proyecto que ambos presentaron, el solar donde debía emplazarse el edificio del instituto colindaba con el hospital provincial, lo que haría posible la comunicación directa con el mismo:

“[...] Dos ilustrados doctores valencianos de justo renombre, ofrecieron a la Diputación construir un Instituto provincial de Higiene, inmediato al Hospital provincial, dotado de material e instrumental perfeccionados y dirigido por personal facultativo que tiene pública y solemnemente probada su suficiencia. En dicho Instituto se prestarán gratuitamente a la Diputación provincial todas las vacunaciones creadas por los últimos adelantos de la ciencia, y las investigaciones y servicios propios de laboratorio, con motivo de las epidemias que ocurran en la provincia, los servicios analíticos en el Hospital, Manicomio y Asilos sostenidos o subvencionados con fondos provinciales, y en general los servicios citados en el Reglamento de la Junta provincial de Sanidad [...]”<sup>368</sup>.

Como se evidencia en estas líneas, la diputación concibió en un primer momento la creación del instituto como un servicio auxiliar del hospital y demás establecimientos de beneficencia a su cargo. Tanto es así, que parte de la subvención inicial concedida a los dos médicos valencianos provenía del presupuesto destinado a un puesto no provisto de director del laboratorio microbiológico del hospital. La duración del contrato se establecía en 25 años forzosos, con posibilidad de establecer prórrogas a petición de alguna de las partes, y los servicios que se comprometía a prestar consistían en la realización de las campañas de vacunación antivariolosa, antirrábica, antitífica, anticolérica y antipestosa, la aplicación de las vacunas

---

<sup>366</sup> Juan Peset Alexandre acababa de trasladarse a Valencia en 1916, tras ganar la cátedra de medicina legal, y contaba ya con la experiencia que le había proporcionado el cargo de catedrático de la misma especialidad en la Facultad de Medicina de Sevilla, así como la de haber sido jefe del laboratorio bacteriológico municipal de aquella ciudad.

<sup>367</sup> Acta de la sesión celebrada el 3 de junio de 1916 por la Diputación Provincial de Valencia. A.D.P.V., A.1.3., Vol. 7.

antigonocócica, antiestreptocócica, antiestafilocócica, antimelitocócica y demás vacunas bacterianas, la aplicación del suero antidiftérico, así como las investigaciones y servicios propios de laboratorio con motivo de las epidemias que ocurrieran en la provincia y la gestión de los servicios analíticos provinciales que precisaran con arreglo al artículo 146 de la *Instrucción de Sanidad*. Estos servicios consistían en el análisis de agua de los suministros o conducciones de la misma, que dependieran o interesasen a la administración provincial y los necesarios en el hospital, en el manicomio y en los asilos subvencionados con fondos provinciales<sup>369</sup>.

El contrato establecía que todos los servicios enumerados, excepto el suero antidiftérico y la vacunación antirrábica, deberían prestarse desde el momento de la firma del contrato, oferta que sería ampliada a la totalidad de servicios mencionados diez meses después de la entrega del solar en el que debía edificarse el instituto.

Con motivo de la muerte de Torres Balbí, en diciembre de 1920, la diputación mantuvo el contrato con Juan Peset, quien quedó como único director del instituto hasta que el 31 de marzo de 1930 se produjo la rescisión del mencionado contrato debido, por un lado a la necesidad de construir un nuevo edificio que albergase todos los servicios de carácter provincial que en aquellos momentos se prestaban en diversas sedes<sup>370</sup>, y al mismo tiempo se le presentaba a la diputación la posibilidad de ampliar el hospital provincial, comprando a Peset el edificio de su propiedad y sede del instituto provincial de higiene:

“[...] El acuerdo de rescisión se adoptó en 31 de marzo de 1930, determinándose: que se abonará al Sr. Dr. Juan Peset Aleixandre la cantidad de 164.500 pesetas por el edificio donde está instalado el Instituto provincial de Higiene, sobre solar propiedad de la Diputación; y abonar igualmente al Sr. Peset la cantidad de 135.500 pesetas por vía de indemnización por rescindir el contrato sobre prestación de servicios afectos al Instituto provincial de Higiene, que se formalizó en escritura

---

<sup>368</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 14, 80.

<sup>369</sup> Acta de la sesión celebrada el 14 de julio de 1916 por la Diputación Provincial de Valencia. A.D.P.V., A.1.3., Vol. 7.

<sup>370</sup> En sesión de 4 de febrero de 1930, se había aprobado el proyecto presentado por el arquitecto provincial para la construcción de un edificio destinado a instituto provincial de higiene, en la calle

de 14 de junio de 1917...La citada rescisión se elevó a escritura pública en 23 de abril de 1930, y el 15 de mayo de 1930 se entregó al señor Peset la convenida suma de 300.000 pesetas [...]”<sup>371</sup>

La instauración de la Segunda República abrió una nueva etapa de cambios que dieron un importante giro a la política sanitaria española, destacando el carácter descentralizador y municipalista, que mermó considerablemente las atribuciones de las diputaciones provinciales. En el tema que nos ocupa, la publicación del Decreto de 31 de julio de 1931 devolvió la dependencia administrativa de los institutos provinciales de higiene a las mancomunidades municipales de los ayuntamientos de cada provincia, a pesar de la tajante oposición de algunas diputaciones provinciales, que defendieron a ultranza, desde que en el verano de 1930 se empezó a barajar el probable cambio en la reglamentación vigente, la opción de mantener bajo su tutela a los mencionados institutos.

Un claro ejemplo de esta resistencia lo constituyó la Diputación de Valencia, que lideró entre las diferentes corporaciones provinciales del Estado, una serie de iniciativas para instar a la Dirección General de Sanidad a que no modificase la reglamentación de los servicios sanitarios provinciales, llegando hasta la interposición de un recurso contencioso-administrativo contra la disposición dictada por el Ministerio de la Gobernación. Así, el 9 de agosto de 1930 Pedro J. Serrano Biguer, presidente de la diputación valenciana, envió una circular al Ministerio de la Gobernación. En ella se afirmaba que “[...] antes de que declare ultimada la reglamentación de estos servicios, sean oídas las Diputaciones provinciales, a fin de unir todas aquellas ideas y propósitos que estas corporaciones pudieran aportar y resulte con ello la nueva reglamentación lo más perfecta posible [...]. En este mismo sentido se ha permitido dirigirse esta Excelentísima Diputación provincial a las demás, interesando su valiosa aportación y lograr con la cooperación de todas, una

---

del Dr. Simarro, con presupuesto de ejecución de 608.614,41 pesetas. Acta de la sesión celebrada el 4 de febrero de 1930 por la Diputación Provincial de Valencia (A.D.P.V., A.1.3., Vol. 17).

<sup>371</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 29, 112.



legislación en esta materia, que por sus fines afecta a todo el Estado, que concilie las aspiraciones de cada una de las corporaciones interesadas [...]”<sup>372</sup>.

Sin embargo, el inspector provincial de sanidad y director técnico del IPHV en aquellos momentos, Gabriel Ferret, no participó de esta lucha, sino que mantuvo una postura claramente enfrentada con la diputación. Al parecer, el excesivo acaparamiento de los servicios del laboratorio del instituto provincial de higiene en beneficio del hospital irritaba a su director técnico, que pensaba más en el interés que tenía proyectar los servicios de la institución hacia el exterior, para servir de elemento de apoyo a las actuaciones de salud pública de los diferentes pueblos de la provincia. La concepción de los institutos provinciales de higiene como organismos encargados de realizar servicios de carácter higiénico y social en la circunscripción provincial, había resultado hasta esos momentos un objetivo difícil de alcanzar bajo la tutela de la diputación. La notificación de su disconformidad mediante un oficio enviado al director general de sanidad, y el anuncio de su intención de que el laboratorio cesara en diciembre de 1930 de prestar servicio al hospital, si a cambio no se obtenía alguna compensación por el servicio, le valieron la ruptura del cordón umbilical con la diputación provincial<sup>373</sup>. Además ésta puso en marcha una propuesta de sanción administrativa, que más tarde desestimaría el entrante gobierno republicano:

“[...]Teniendo en cuenta la situación de rebeldía adoptada por el director técnico del Instituto Provincial de Higiene [...] rebeldía que trata de hacer extensiva a los funcionarios, toda vez que en las oficinas del servicio y laboratorio ha colocado una orden escrita prohibiendo que los funcionarios atiendan órdenes que no emanen de su autoridad, habiendo aconsejado verbalmente a los mismos que desobedezcan y desacaten las que no se lleven a efecto por su conducto, aunque emanen de la presidencia de la Diputación [...]”<sup>374</sup>.

---

<sup>372</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 29, 124-125.

<sup>373</sup> Acta de la sesión celebrada el 26 de noviembre de 1930 por la Diputación Provincial de Valencia. A.D.P.V., A.1.3., Vol. 17.

<sup>374</sup> Acta de la sesión celebrada el 26 de noviembre de 1930 por la Diputación Provincial de Valencia. A.D.P.V., A.1.3., Vol. 18.

La posición de Ferret, claramente a favor de separar los institutos de higiene de las corporaciones provinciales, también la ponía de manifiesto en el *Boletín* que en la provincia de Valencia publicaba su instituto de higiene, donde acusaba a las diputaciones de:

“[...] mediatizar, ordenar y sojuzgar los Institutos de Higiene a su autoridad, no comprendiendo que en la jerarquía sanitaria no podía nunca estar a sus inmediatas órdenes el funcionario del Estado a quien la ley encomendaba la vigilancia y fiscalización de cuanto a Sanidad concierne en la provincia, y que aún cuando tuvieran esas corporaciones toda la aptitud y carácter legal, no podía mediatizar la acción del Director técnico del Instituto, cuya unicidad con el cargo de Inspector de Sanidad de la provincia era manifiesta [...]. Liberados ya los centros sanitarios de ridículas tutelas administrativas. Acordado ya que la Sanidad es función privativa del Estado, desaparezca toda traba [...]”<sup>375</sup>.

La posición de Ferret, a favor de que la coordinación de los recursos higiénico-sanitarios de la provincia recayese sobre las inspecciones provinciales de sanidad, fue la que definitivamente triunfó en esta nueva etapa, y en este sentido el proyecto de creación de los centros secundarios de higiene<sup>376</sup> como una fórmula colectiva de defensa de la sanidad rural, fue responsabilidad del inspector de cada provincia.

---

<sup>375</sup> Ferret y Obrador, G. (1931a).

### 4.2.3. La financiación del IPHV

La propuesta de constitución del instituto provincial de higiene que realizaron Peset Alexandre y Torres Balbí, llevaba aparejada la necesidad de una subvención económica por parte de la diputación que ellos fijaron en 20.000 pesetas. Dado que en el momento de la firma del primer contrato en 1916, no existía una reserva presupuestaria específica destinada a tal fin en las arcas provinciales, la diputación echó mano del presupuesto que venía destinando al centro provincial de vacunación dirigido por Torres Balbí, al que sumó la asignación destinada a un puesto vacante de director del laboratorio microbiológico del hospital, todo lo cual ascendió a una cuantía de 6.000 pesetas. No obstante, se comprometía a un incremento progresivo de esta subvención hasta alcanzar la cifra estipulada:

“[...] Se decidió otorgar a favor del instituto provincial de higiene que proyectan establecer en esta ciudad los doctores Torres Balbí y Peset Alexandre, la subvención de 6.000 pesetas solicitada por los mismos, pagadera mediante la entrega de 3.000 pesetas que en la actualidad y en virtud de contrato se satisfacen como subvención al centro de vacunación antivariolosa, con cargo al capítulo de calamidades del presupuesto provincial, y el abono de otras 1.500 pesetas que en el presupuesto especial del hospital figuran como haber de un director del laboratorio microbiológico, cargo que no está provisto. Procurar a la formación del nuevo presupuesto, el aumento de esta subvención inicial en la cuantía que permita el estado de la hacienda provincial, aumento que seguirá en años sucesivos hasta llegar a la cifra definitiva de 20.000 pesetas que fijan los iniciadores del instituto provincial de higiene [...]”<sup>377</sup>.

En las bases del contrato inicial, se dejaba plena potestad a los fundadores para hacer uso de la subvención otorgada por la diputación y nombrar o adquirir a sus expensas, el personal y material que a su juicio fuese necesario para poner en

---

<sup>376</sup> Su creación fue regulada a través de la Orden de 22 de abril de 1932.

<sup>377</sup> Acta de la sesión celebrada el 14 de junio de 1916 por la Diputación Provincial de Valencia. A.D.P.V., A.1.3., Vol. 7.

marcha el nuevo servicio. Tal como había sido estipulado en un principio, las primeras 6.000 pesetas que constituyeron la subvención inicial, se fueron incrementando progresivamente hasta alcanzar lo acordado en el contrato, que eran 20.000 pesetas.

En los presupuestos de los años 1925 a 1930 la Diputación incrementó esta subvención, dedicando al capítulo de “salubridad e higiene” una cantidad anual de 25.000 pesetas. Obviamente, el capítulo de ingresos del instituto provincial de higiene no se limitaba a la subvención que le otorgaba la diputación, ya que ésta estaba destinada únicamente al servicio que debía dedicar a atender a las personas incluidas en los padrones de pobres de los municipios, situación que éstos debían de acreditar acompañando la solicitud del servicio<sup>378</sup>. La tarifa de precios de los diferentes servicios que ofertaba el servicio sanitario provincial quedaba establecida en el anexo de su reglamento, y constituía su principal fuente de financiación. A modo de ejemplo, transcribimos los precios de algunos servicios como la elaboración de vacunas, sueros, análisis de aguas y servicio de desinfección, que podían ser solicitados tanto desde los diferentes municipios, como por cualquier particular:

**Tabla VI**  
**Tarifa de precios del Servicio Sanitario Provincial de Valencia en 1926**

<b>Producto</b>	<b>Precio en pesetas</b>
Vacuna antivariólica	
Tubo para 1-3 personas, con estuche y vaccinostilo	1
Vial para 5-8 personas	2
Vial para 25-30 personas	5
Vial para 50-60 personas	10
Vacuna antitífica polivalente etérea	
Preventiva, caja de 3 ampollas	5
Curativa, caja de 4 ampollas	7,5
Preventiva, ampolla de 2 c.c	2,5
Preventiva, ampolla de 10 c.c	5

<sup>378</sup> Esta norma parece que en la práctica era frecuentemente transgredida por los municipios, y así lo hacía saber Juan Peset a la diputación al comunicarle que muchos pueblos solicitaban el suministro de vacuna antirrábica y antivariólica para personas que no eran pobres. Acta de la sesión celebrada el 16 de febrero de 1921 por la Diputación Provincial de Valencia (A.D.P.V., A.1.3., Vol. 9).

Vacuna antiparatífica A Curativa, caja de 3 ampollas	7,5
Vacuna antiparatífica B Curativa, caja de 4 ampollas	7,5
Vacuna antitifo-paratífica Preventiva, caja de 3 ampollas	5
Vacuna antimelitocóccica Curativa, caja de 10 ampollas	8
Vacuna antitifo-melitocóccica Preventiva, caja de 3 ampollas	5
Vacuna antiestafilocóccica Curativa, caja de 10 ampollas	8
Vacuna antigonocóccica Curativa, caja de 10 ampollas	10
Vacuna antineumocóccica Curativa, caja de 10 ampollas	10
Vacuna antiocenosa Curativa, caja de 20 ampollas	20
Servicio antirrábico Diagnóstico revelador de la rabia	50
Tratamiento antirrábico completo	75
Vacunación antirrábica de animales	75
Consultas acerca de este servicio	10
Servicio a domicilio, precios convencionales	
Sueros Antidiftérico, ampolla de 10 c.c.	4
Antitetánico (10 c.c.)	5
Antiestreptocóccico (10 c.c.)	5
Antimelitocóccico (10 c.c.)	8
Antineumocóccico (10 c.c.)	8
Antimeningocóccico (10 c.c.)	5
Equino normal (10 c.c.)	2,5
Hematopoyético (10 c.c.)	4
Gelatina esterilizada al 10% para inyecciones (10 c.c.)	2,5
Análisis de aguas Grado hidrotimétrico	50
Determinación del residuo	10
Ensayo químico cualitativo general	25
Análisis completo de potabilidad	150
Análisis para declarar de utilidad pública un agua	1.500
Récuento bacteriano	20
Investigación del colibacilo	30
Análisis bacteriológico completo	150

Eficacia de un desinfectante	200
Desinfecciones	
Por cada 50 m. cúbicos o fracción a concentración de	5,5
Por cada 50 m. cúbicos o fracción a concentración de	7,25
Por cada 50 m. cúbicos o fracción a concentración de	8,5
Por cada 50 m. cúbicos o fracción a concentración de	11
Desinfección de ropas a la estufa	2
Pulverizaciones, por cada 50 m. cúbicos y fracción	
Formol	4
Creolina	4
Ácido fénico	4
Bicloruro mercuríco	2

Fuente: Anexo al Reglamento del Servicio Sanitario Provincial de Valencia, Diputación de Valencia, 1926.

Como ya se ha dicho, la puesta en marcha de la Brigada Sanitaria Provincial de Valencia como un servicio ambulante de carácter provincial, destinado a prestar los servicios de higiene y desinfección necesarios en cualquier población de la provincia, se planteó con cargo a la contribución económica de todos sus municipios. Sin embargo, a diferencia de la propuesta que realizó inicialmente el gobernador Calvo Sotelo, de que cada municipio aportase un 1,5% de su presupuesto, la asamblea de municipios convocada para pactar su contribución para la creación del nuevo servicio, acordó que fuera de un 0,5% del mismo. Esto mermó sustancialmente las posibilidades de la puesta en marcha del nuevo servicio, pues con la recaudación del primer año -1922- sólo se ingresaron 33.000 pesetas, cantidad a todas luces insuficiente para la compra del mínimo material necesario<sup>379</sup>. La suma que proporcionó la recaudación de la aportación realizada a lo largo de 1923, hizo posible que la comisión administrativa de la brigada, en la sesión que realizó el 25 de octubre de ese año, acordase la adquisición de lo más indispensable para comenzar a funcionar. Este material constaba de una estufa de desinfección por vapor a alta presión, una potabilizadora, una lejadora, un aparato sulfurador, sistema Clayton, un formógeno, pulverizadores y dos tiendas de campaña, todo ello montado sobre furgonetas automóviles. No fue necesaria la adquisición de material de laboratorio, ya que los análisis derivados de la actuación de la brigada sanitaria los asumió el laboratorio del instituto provincial de higiene<sup>380</sup>.

<sup>379</sup> Dirección General de Sanidad (1923: 392).

<sup>380</sup> Dirección General de Sanidad (1924: 142).

El presupuesto reunido por la mancomunidad de municipios en 1924, hizo definitivamente viable la puesta en marcha del servicio, al sumar a la dotación de material adquirida con el presupuesto del año anterior, la dotación del personal sanitario. Así, se contrataron dos médicos -por oposición-, dos practicantes, dos desinfectores, dos conductores y un administrativo. De los ingresos de 1924, que ascendieron a 45.000 pesetas, 30.356 se invirtieron en gastos de personal, y 29.650 en gastos de material<sup>381</sup>.

El cambio de dependencia administrativa que tuvo lugar a partir de 1931, puso en manos de la mancomunidad de municipios de la provincia la gestión del instituto provincial de higiene. De esta forma, los ingresos con que pasó a contar la institución eran, por un lado, los resultantes de la tributación municipal, aportación que suponía el 1% del total del presupuesto de cada municipio. A esta cuantía se sumaba la resultante del cobro por las actividades privadas realizadas -análisis, desinfecciones, tratamientos antirrábicos, cursos de formación...-. Como ejemplo de la distribución del presupuesto del IPHV a lo largo del período republicano, en la tabla siguiente presentamos la propuesta que realizó su inspector provincial, Gabriel Ferret, para el año 1932<sup>382</sup>:

---

<sup>381</sup> Dirección General de Sanidad (1925: 157).

<sup>382</sup> Ferret, G. (1932).

**Tabla VII**  
**Presupuesto del Instituto Provincial de Higiene de Valencia para el año 1932**

<b>INGRESOS</b>	<b>Pesetas</b>
<b>CAPITULO I: TRIBUTACIONES</b>	
Partida 1ª: Tributación municipal: 1% de los presupuestos municipales.	214.000
<b>CAPITULO II: DERECHOS Y TASAS</b>	
Partida 2ª: Por 25% de derechos sanitarios.	15.000
Partida 3ª: Por 25% de análisis, dictámenes, etc.	1.500
Partida 4ª: Por 25% de desinfecciones, desinsectaciones y desratizaciones.	2.000
Partida 5ª: Por 25% de los cursos de enseñanza para inspectores municipales de sanidad y otros.	1.000
Partida 6ª: Por traslado de enfermos pudientes.	500
Partida 7ª: Por observación de animales.	250
Partida 8ª: Por tratamientos antirrábicos a pudientes.	200
Partida 9ª: Por productos elaborados en el Instituto.	250
<b>CAPITULO III: EXTRAORDINARIOS</b>	
Partida 10ª: Por subvenciones, legados, etc.	200
<b>CAPITULO IV: RESULTAS</b>	
Partida 11ª: Por lo que se calcula existirá en la caja en 31 de diciembre.	40.000
Partida 12ª: Por lo que se calcula ascenderán los créditos pendientes de cobro hasta el 31 de diciembre de 1930.	95.850
Partida 13ª: Por lo que se calcula ascenderán los créditos pendientes de cobro hasta el 31 de diciembre de 1931.	149.435
Partida 14ª: Por lo que se calcula de otras resultas.	2.000
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>522.185</b>
<b>GASTOS</b>	<b>Pesetas</b>
<b>CAPITULO I: PERSONAL</b>	
Facultativo	
Partida 1ª: Director- Jefe técnico.	10.000
Partida 2ª: Jefe sección epidemiología.	8.000
Partida 3ª: Jefe sección bacteriología.	8.000
Partida 4ª: Jefe sección análisis químico.	8.000
Partida 5ª: Jefe sección veterinaria.	8.000
Administrativo	
Partida 6ª: Secretario-administrador ,gratificación.	3.000
Partida 7ª: Tesorero, por quebranto de moneda.	2.000
Partida 8ª: Oficial 1ª administrativo.	7.000
Partida 9ª: Oficial 2ª administrativo.	6.000
Auxiliar técnico	
Partida 10ª: Un practicante.	4.000
Partida 11ª: Un practicante.	4.000
Partida 12ª: Un desinfector.	3.600



Auxiliar técnico (continuación)	
Partida 13ª: Un desinfector.	3.600
Partida 14ª: Un desinfector Játiva.	3.600
Partida 15ª: Un chofer.	4.000
Partida 16ª: Un chofer.	4.000
Partida 17ª: Un chofer Játiva.	4.000
Partida 18ª: Un mozo de laboratorio química.	2.500
Partida 19ª: Un mozo de laboratorio bacteriología.	2.500
Partida 20ª: Un conserje.	2.000
<b>CAPITULO II: MATERIAL</b>	
Partida 21ª: Laboratorio.	15.000
Partida 22ª: Desinfección, desinsectación, etc.	4.000
Partida 23ª: Para coches en general, su entretenimiento y reparación.	22.000
Partida 24ª: Mobiliario nueva instalación.	65.000
Partida 25ª: Biblioteca, suscripciones, anuncios, propaganda y divulgación.	6.000
Partida 26ª: Boletín mensual y memoria anual.	6.000
Partida 27ª: Escritorio.	2.000
Partida 28ª: Equipos y otros vestuarios para chóferes, personal y epidemias.	4.000
<b>CAPITULO III: FUNCIONAMIENTO</b>	
Partida 29ª: Alquileres, obras y conservación: agua, gas, combustible, calefacción y electricidad.	10.000
Partida 30ª: Productos químicos, medios de cultivo, animales de experimentación y sus sostenimiento.	3.000
Partida 31ª: Desinfect., insecticidas, raticidas, sueros, vacunas, médulas rábicas, medicamentos y material de curaciones.	5.000
Partida 32ª: Limpieza y lavado de ropas.	400
Partida 33ª: Teléfonos, telegramas, telefonemas, sellos y timbres.	1.500
Partida 34ª: Dietas y gastos de traslado de personal del instituto y de los vocales de la junta administrativa.	12.000
Partida 35ª: Gastos por enseñanza, ampliación de estudios y otros similares.	5.000
Partida 36ª: Contribuciones, impuestos, seguros, etc.	4.000
<b>CAPITULO IV: FUNDACIONAL</b>	
Partida 37ª: Por instituto de higiene lo que falta entregar hasta terminación del edificio.	170.000
Partida 38ª: Primer plazo de 1932.	50.000
Partida 39ª: Por intereses de 6% de 300.000 pts.	18.000
Partida 40ª: Para fundar brigadas, subbrigadas, etc.	20.000
<b>CAPITULO V: IMPREVISTOS</b>	
Partida 41ª: Por gastos no previstos en este presupuesto.	1.485
<b>TOTAL GASTOS</b>	<b>522.185</b>

Fuente: *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 56, 1932, 6-7.

#### 4.2.4. La sede del IPHV

El acuerdo inicial al que llegó la diputación con los fundadores del instituto provincial de higiene, incluía que la diputación comprase un solar anejo al hospital provincial para que ellos se hiciesen cargo de la construcción del edificio que debía albergar a la nueva institución. Sin embargo, este proceso que aparentemente parecía sencillo, llevaba aparejadas algunas complicaciones pues el solar en cuestión, que años atrás había albergado el antiguo convento de San Agustín, era propiedad de la junta de la nueva cárcel de Valencia. En el momento de formalizarse el contrato con Peset Alexandre y Torres Balbí, esta institución había solicitado al Ministro de Gracia y Justicia la pertinente autorización para cederlo a la diputación provincial por su precio de tasación, resultando necesaria su exención de las formalidades de subasta y concurso:

“[...] Debiendo ser construido el edificio del instituto provincial de higiene sobre un solar perteneciente a la Excelentísima Diputación Provincial, que por circunstancias especiales ésta no puede enajenar en la actualidad, adquiere el compromiso de venderlo por el precio de adquisición a los fundadores de dicho Instituto al expiar el contrato, si éstos lo solicitan y la Diputación se encuentra en situación legal de hacerlo [...]”<sup>383</sup>.

Cinco meses fue el tiempo que tardó aproximadamente en resolverse la compra del solar del antiguo convento de San Agustín por la diputación. Así, en sesión celebrada el 17 de abril de 1917, se daba cuenta de la cesión por la Junta de inspección y vigilancia de obras de la nueva cárcel, de “las parcelas números 1 y 2, manzana primera del solar de San Agustín, por el precio de su tasación. 36.992’68 pesetas el número 1, y 41.598’90 pesetas el número 2, formando un total de 78.591’58 pesetas”<sup>384</sup>. De esta manera, el instituto provincial de higiene estuvo ubicado en una primera etapa junto al hospital provincial, en la calle Guillén de

---

<sup>383</sup> Acta de la sesión celebrada el 14 de julio de 1916 por la Diputación Provincial de Valencia. A.D.P.V., A.1.3., Vol. 7.

<sup>384</sup> Acta de la sesión celebrada el 17 de abril de 1917 por la Diputación Provincial de Valencia. A.D.P.V., A.1.3., Vol. 7.

Castro nº 22, situación que por otro lado le creaba una gran dependencia de la institución asistencial y le restaba autonomía para orientar su cometido hacia una perspectiva más en la línea de las actividades propias de la salud pública.

Con la creación en 1925 del servicio sanitario provincial, el instituto provincial de higiene se convirtió en el núcleo de la organización de los servicios de sanidad e higiene de la provincia. Pero esta progresiva expansión, que se caracterizó por la creación de nuevos dispensarios y de una escuela provincial de puericultura, veía obstaculizada la posibilidad de que todos estos servicios estuvieran ubicados bajo una misma sede, ante las limitaciones de espacio que ya presentaba el edificio anejo al hospital provincial, sede del instituto provincial de higiene. Por otra parte, la compra de este edificio a su propietario, Juan Peset Alexandre, se presentaba como una buena oportunidad para que la diputación ampliase las dependencias del hospital. Así fue como la diputación decidió rescindir el contrato de prestación de servicios que se había formalizado por escritura otorgada en 14 de junio de 1917, con arreglo a las siguientes condiciones:

“[...] 1ª. El precio que la Diputación ha de pagar a D. Juan Peset Alexandre por el edificio construido sobre solar de la Diputación donde está instalado el Instituto Provincial de Higiene, es el de 164.500 pts.

2ª Abonar a Peset la cantidad de 135.500 pts. por indemnización por la rescisión del contrato en vigor sobre la prestación de servicios afectos al Instituto Provincial de Higiene.

3ª La Diputación abonará a Peset las precitadas sumas de 164.500 y 135.500 pts., que en conjunto forman la cantidad global de 300.000 pts. antes del 1 de mayo [...]”<sup>385</sup>.

---

<sup>385</sup> Acta de la sesión celebrada el 4 de febrero de 1930 por la Diputación Provincial de Valencia. A.D.P.V., A.1.3., Vol. 17.

En esta misma sesión en la que se acordaba recuperar el edificio del instituto de higiene para ampliación del hospital, también se aprobó el proyecto presentado por el arquitecto provincial para la construcción de un nuevo edificio destinado a instituto provincial de higiene en la calle del Dr. Simarro, actualmente Micer Mascó, con presupuesto de ejecución de 608.614,41 pts. La fuente de financiación con la que se contaba para la ejecución de las futuras obras estaba compuesta por la aportación de los ayuntamientos, “siendo la diputación mera administradora de estos fondos por medio de la comisión administrativa del servicio sanitario”<sup>386</sup> Tras celebrarse el pertinente concurso, se adquirió el mencionado solar, de superficie 1.160 metros cuadrados y se formalizó su escritura el 24 de junio de 1930. La obra para la construcción del nuevo edificio se adjudicó por subasta a la compañía de Construcciones Hidráulicas y Civiles S.A., por la cantidad de 516.130,46 pts. y aunque el edificio comenzó a construirse en 1930<sup>387</sup>, la realización de la obra avanzaba muy lentamente. Probablemente el hecho de que la empresa constructora tuviera su sede fuera de Valencia, fue el principal determinante del retraso en la entrega del edificio. Así fue como, con cerca de un año de retraso respecto a lo acordado y sin que el edificio estuviese definitivamente terminado, se produjo el traslado de los servicios del Instituto al nuevo local, donde según palabras de Tomás Peset “[...] rodeados de albañiles, pintores, fontaneros, etc., mal acondicionados y con grandes molestias nos instalamos, único modo de que en febrero se nos entregara provisionalmente el edificio, con defectos por falta de orientación técnica, que hemos tenido más tarde que subsanar, acoplando servicios a locales en lugar de locales a servicio [...]”<sup>388</sup>.

Por fin el 4 de junio de 1933, el inspector de sanidad y jefe de todos los servicios provinciales, Tomás Peset Alexandre, realizaba la inauguración oficial del nuevo edificio en la calle del Dr. Simarro número 39<sup>389</sup>, acompañado por el recién nombrado director general de sanidad Julio Bejarano, y del director de instituciones sanitarias Sadí de Buen, que se vieron acompañados por los diferentes representantes

---

<sup>386</sup> Esto es explicado por Giner Guillot, miembro de la Comisión Administrativa en la sesión celebrada el 31 de marzo de 1930 por la Diputación Provincial de Valencia. A.D.P.V., A.1.3., Vol. 17.

<sup>387</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 29, 111-113.

<sup>388</sup> Peset Alexandre, T. (1933a: 7-9).

de las entidades culturales y sanitarias, así como por las autoridades políticas de la ciudad. De esta forma, el nuevo edificio permitió reunir en una misma sede los diferentes servicios sanitarios de carácter provincial, ya que además de albergar los servicios administrativos de la inspección provincial, también pasó a ser la nueva sede de los dispensarios antivenéreo, antirrábico y antituberculoso, de los laboratorios del instituto provincial de higiene y de la escuela provincial de puericultura<sup>390</sup>.

#### **4.2.5. El *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia* (1927-1936)**

El instituto provincial de higiene contó a partir de 1927 con la publicación de un boletín de carácter mensual, como órgano de difusión oficial de sus actividades. Su primer número se publicó en junio de 1927, con la denominación de *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia*, siendo en aquel momento inspector provincial de sanidad Miguel Trallero, bajo cuya responsabilidad quedaba su redacción y administración. Esta denominación se mantuvo hasta 1930 en que, al hacerse cargo de la inspección provincial Gabriel Ferret, adoptó la nueva denominación de *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*. Suponemos que el cambio de denominación coincidió con la desvinculación administrativa de la diputación provincial y el interés por reforzar la imagen del instituto como la institución técnica de referencia en materia de higiene en el ámbito provincial.

Como publicación oficial que era, su contenido desde un principio se centró en gran medida en dar publicidad a las disposiciones y reglamentaciones establecidas ya por el gobierno central, ya por el provincial, y por otro lado en dar a conocer a través de las memorias de actividad de algunos servicios provinciales, la situación con respecto a determinadas enfermedades de interés por su impacto social.

La menor autonomía técnica del instituto en los primeros años de la publicación, en que su dependencia administrativa estaba vinculada a la diputación provincial, además de hacerse patente en su denominación, también se ponía de

---

<sup>389</sup> Este edificio fue derruido a finales de los años noventa y en su lugar se edificó el inmueble en el que actualmente tiene su sede la Conselleria de Sanitat.

manifiesto en la utilización del *Boletín* como órgano de difusión de las disposiciones sanitarias provinciales emanadas desde el gobierno civil, resultando frecuentes los trabajos firmados por el entonces gobernador civil, Cristino Bermúdez Castro, en forma de recordatorio de las disposiciones establecidas desde el gobierno provincial<sup>391</sup>. Junto a ello, aparecían publicados artículos firmados por profesionales sanitarios vinculados a la sanidad provincial -médicos del instituto y de los dispensarios, subdelegados, sanitarios locales-, bien dando a conocer las actuaciones realizadas desde su lugar de trabajo, bien analizando la situación respecto a algún problema de salud concreto. La estadística relativa a la actividad del instituto provincial de higiene y la legislación sanitaria también eran dos secciones fijas que incorporaba el boletín en las últimas páginas de cada número.

Con el logro de su independencia administrativa, el cambio de nombre del boletín en 1930 vino a centrar su papel como órgano de difusión del instituto provincial de higiene, bajo la dirección en aquel momento de Gabriel Ferret, quien contaba con la asistencia de otros colaboradores vinculados al Instituto o a los diferentes dispensarios provinciales. Así, en el equipo de redacción colaboraban inicialmente Vicente Sánchis Bayarri y Vicente Ramón Méndez, médicos de las secciones de epidemiología y bacteriología, así como Alejandro García Brustenga, secretario de la escuela de puericultura. Pero además, la existencia en el boletín de una sección dedicada a dar a conocer las actuaciones llevadas a cabo desde los diferentes servicios provinciales, determinaba otras colaboraciones más o menos asiduas, como las de Aubán, Guillén y Medina del dispensario antivenéreo provincial, o la de Castañer del dispensario provincial antituberculoso. Todos ellos contribuían no sólo presentando los datos estadísticos relativos a la actividad de los servicios que prestaban, sino que además analizaban la situación sanitaria de la provincia desde la perspectiva que les ofrecía el conocimiento del campo específico de actuación al que se dedicaban. En este sentido, Gabriel Ferret, como director de la política sanitaria provincial, también aprovechaba las páginas del boletín para dar a

---

<sup>390</sup> Instituto Provincial de Higiene (1933b).

<sup>391</sup> A modo de ejemplo vemos insertas entre las páginas del *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia* varias circulares del gobierno provincial. La primera se refería al reconocimiento de carnes y la construcción de mataderos, la segunda anunciaba el concurso de madres lactantes en la provincia de

conocer los principales proyectos a impulsar desde la inspección provincial, o para comentar su opinión acerca de los importantes cambios en la organización sanitaria propuestos con la llegada del gobierno de la Segunda República. También cabe destacar la inclusión de una sección dedicada a publicar la estadística demográfico-sanitaria, con datos de natalidad y mortalidad de Valencia y su provincia, la cual se complementaba con la estadística de morbilidad de enfermedades infecciosas, en la que se reseñaba no sólo la morbilidad sino también la mortalidad mensual provincial debida a las enfermedades de declaración obligatoria.

La sustitución de Gabriel Ferret por Tomás Peset, conllevó la propuesta por parte del inspector provincial entrante de introducir alguna novedad en el boletín como propósito al empezar el año 1933, pero siempre bajo la perspectiva de que mantuviese su orientación divulgativa, no de publicación de carácter científico, y de esta forma lo expresaba:

“[...] Nuestra primera labor ha sido la de agrupar a todos los compañeros, a más de haber reunido a todos los elementos y servicios sanitarios oficiales, cosa que no en todas las provincias pudo conseguirse. Contamos con una colaboración de garantía que orientará la labor del Boletín en el sentido práctico que debe tener de divulgar, apartándonos por completo de la posible orientación de la revista científica, ya que para esa orientación ya existen otras que cumplen a la perfección su cometido, y en cambio una labor exclusiva de divulgación sanitaria que hoy en día está algo descuidada, es la única que cuadra a este Boletín [...]”<sup>392</sup>.

La estructura de la publicación en esta nueva etapa dio pie a introducir, además de las estadísticas, artículos de divulgación, notas, consejos, datos, etc. relacionados con la higiene, con las distintas luchas profilácticas contra la tuberculosis, tracoma, enfermedades venéreas, y en general con todo aquello que tuviera relación con la sanidad. Con esta intención se difundía de manera gratuita a ayuntamientos, médicos, veterinarios, farmacéuticos y maestros de los pueblos de la

---

Valencia, y la tercera hacía referencia al interés de persistir en la campaña contra la viruela mediante la vacunación infantil. Circular del gobierno provincial (1928a, 1928b, 1928c).

<sup>392</sup> Peset Alexandre, T. (1933e).

provincia. El cuerpo de redactores en esta etapa lo integraban Tomás Peset como director, Vidal Jordana -jefe de la sección de epidemiología-, Ramón Méndez -jefe de la sección de bacteriología-, Marqués Gil -jefe de la sección de química- y Campos Pérez -jefe de la sección de veterinaria- como redactores, García Brustenga -secretario de la escuela de puericultura- como redactor jefe, y como colaboradores los facultativos de los servicios de sanidad provincial.

No cabe duda de que esta publicación oficial fue una de las herramientas importantes con que contó el Instituto Provincial de Higiene de Valencia, en su labor de aglutinar y estimular a todos los profesionales e instituciones sanitarias de la provincia, hacia el proyecto común de elevar el nivel de salud de la población valenciana.

#### **4.2.6. La actividad desarrollada por el IPHV**

El Instituto Provincial de Higiene de Valencia fue uno de los pioneros del estado español. Fundado en 1916, su importancia se fue incrementando de forma progresiva en los años siguientes, adaptando su actividad a las exigencias sociales del momento, hasta llegar a alcanzar su máximo esplendor en los años de la Segunda República. Vamos a distinguir tres períodos claramente diferenciados en lo que fue su trayectoria: el período que podríamos denominar fundacional, comprendido entre 1916 y 1920, en el que su actividad estuvo claramente vinculada a la del hospital provincial. Un segundo período que duró hasta 1931, marcado por la creación del servicio sanitario provincial, fruto de la fusión del instituto provincial de higiene con la brigada sanitaria provincial. Por último, la mayor dotación de recursos en el período republicano, permitió una nueva expansión de esta institución sanitaria, que asumió nuevas responsabilidades en el campo de la salud pública y de la medicina social.

##### **El período fundacional (1916-1920)**

El 21 de agosto de 1916, los médicos fundadores del instituto comunicaron a la diputación que estaban en condiciones de comenzar a prestar sus servicios, y suponemos que lo hicieron utilizando las instalaciones del hospital, ya que el nuevo



edificio de su propiedad no se terminó hasta la primavera de 1917, por lo que fue “[...] en 1918 cuando realmente comenzaron a prestarse en toda su extensión los servicios contratados por esta Diputación[...],”<sup>393</sup>. Como puede deducirse de la descripción de la actividad desarrollada que a continuación se va a detallar, la función del instituto en esta primera etapa estuvo básicamente dirigida a cubrir las necesidades del hospital. Los estudios analíticos realizados en el laboratorio tenían un carácter eminentemente clínico, ocupando un lugar secundario los estudios propios de un laboratorio de salud pública -análisis de aguas, alimentos...-. Por el contrario, otra actividad de salud pública, la vacunación, sí encontró el lugar preferente que merecía entre las actividades del instituto. La asimilación del antiguo centro provincial de vacunación a la estructura del instituto de higiene, permitió a la nueva institución no sólo continuar con la labor preventiva ya iniciada por Torres Balbí y centrada básicamente en la vacunación antivariólica, sino que además comenzó a potenciar la utilización de otras vacunas.

Entre los colaboradores de Juan Peset Alexandre en esta etapa, además del mencionado Torres Balbí, figuraron Vicente Peset Cervera -su padre y uno de los fundadores del laboratorio químico municipal de Valencia- y el ayudante de éste, Francisco Alexandre, ambos como químicos. Adolfo Rincón de Arellano, que era comandante de Sanidad Militar, José Blay Santos, Joaquín Mestre Medina y Ramón Corella como médicos. El equipo lo completaban Enrique Gay Méndez, farmacéutico del Hospital, y Tomás Peset Alexandre, doctor en medicina y veterinario, también vinculado con anterioridad al servicio sanitario municipal y que más tarde ganó la inspección provincial de sanidad de San Sebastián -en 1923- y a continuación de Valencia -en 1932-<sup>394</sup>.

### ***Servicios analíticos***

Entre las diversas actividades realizadas, puede decirse que unas presentaban un carácter continuo y persistente en el tiempo, formando parte de la rutina del instituto. Nos estamos refiriendo a la realización de análisis clínicos -de sangre, orina, esputos y exudados- que daban servicio a las demandas del hospital provincial.

---

<sup>393</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 16, 104.

Los estudios químicos y bacteriológicos de las aguas también ocupaban un importante espacio, dado su interés desde el punto de vista higiénico, al actuar el agua como vehículo de transmisión de enfermedades epidémicas como el cólera y la fiebre tifoidea, ambas de una alta incidencia y prevalencia en la zona, y con graves repercusiones sobre el nivel de salud de la población. En la tabla siguiente queda resumida la actividad analítica realizada por el Instituto durante este primer período, que como puede observarse tuvo un constante predominio de los análisis de orina y sangre sobre el resto<sup>395</sup>:

**Tabla VIII**  
**Análisis realizados por el Instituto Provincial de Higiene de Valencia**  
**(1916-1920)**

<b>Año</b>	<b>Sangres</b>	<b>Orinas</b>	<b>Espustos</b>	<b>Exudados</b>	<b>Aguas</b>	<b>Otros</b>
1916	62	138		36	14	13
1917	510	965	91	131	72	53
1918	579	1162	164	131	58	47
1919	382	1018	161	79	57	65
1920	672	1006	184	99	88	140
<b>Total</b>	<b>2205</b>	<b>4289</b>	<b>600</b>	<b>476</b>	<b>289</b>	<b>318</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de la Diputación Provincial de Valencia de los años 1916-1920.

<sup>394</sup> Peset, J. (1922-1923).

<sup>395</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vols. 14-18.

### ***La vacunación***

La vacunación fue una de las parcelas de los que se ocupó el instituto provincial de higiene desde un primer momento, al absorber al antiguo centro provincial de vacunación. Éste venía funcionando bajo la dirección del inspector provincial, Juan Torres Balbí, y su principal cometido se había centrado en actuar como centro de referencia, de los municipios de la provincia, en la preparación de la vacuna antivariólica. La administración de esta vacuna en Valencia contaba ya con una larga tradición, desde que el Instituto Médico Valenciano constituyese en 1851 una comisión central de vacunación con el objeto de propagar la vacuna, ofreciéndola de manera gratuita en sus propios locales hasta 1894. La decisión de hacerse cargo de la vacunación, había sido adoptada por los miembros del instituto ante las graves lesiones que se producían cuando se vacunaba incorrectamente a la población, hecho que provocaba graves reticencias a recibir esta inoculación preventiva<sup>396</sup>. La constitución del cuerpo municipal de sanidad determinó que a partir del último decenio de la centuria, los servicios municipales de higiene de la capital también colaborasen en las campañas de vacunación al ofertarla entre sus prestaciones<sup>397</sup>. En realidad, se trataba de una medida preventiva que quedaba bajo la responsabilidad municipal, siendo los médicos titulares los responsables de llevar a efecto las campañas de vacunación.

Desde la fundación del IPHV, éste se convirtió en el centro de referencia para las peticiones de vacuna antivariólica de todos los pueblos de la provincia de Valencia. Aunque también practicaba la administración de la vacuna como un centro más de vacunación, su labor más importante se centraba en su fabricación, ya que la administración formaba parte de las competencias de los médicos titulares de los pueblos, encargados de elaborar los listados de los “pobres” de la demarcación en que ejercían y en base a los cuales se solicitaba la vacuna al Instituto para que éstos se beneficiaran gratuitamente de la prestación.

---

<sup>396</sup> Carreras Panchón, A. (1991: 60-83).

<sup>397</sup> Canet, M.A.; Martínez, F.; Valor, V. (1996).

El resumen anual de la actividad relacionada con la vacunación antivariólica se refleja en la tabla IX, en la que puede apreciarse como ya en los primeros años se consolidó la tarea de producción de vacuna sobre la de inoculación. También puede comprobarse una manifiesta intensificación de la actividad vacunal en los períodos epidémicos, lo cual evidencia el escaso uso de esta herramienta con carácter preventivo. Así vemos como en 1919, año epidémico, la producción de este producto se disparó, con cifras de vacuna remitida por el instituto casi diez veces superiores a las del año anterior, hecho que además se vio favorecido por la publicación de dos Ordenes recordando el carácter obligatorio de la vacunación<sup>398</sup>.

**Tabla IX**  
**Producción y administración de vacuna antivariólica por el Instituto**  
**Provincial de Higiene de Valencia (1916-1920)**

<b>Año</b>	<b>Vacunaciones efectuadas</b>	<b>Vacuna remitida</b>	<b>Total</b>
1916	1.202	24.370	25.572
1917	1.108	20.770	21.878
1918	939	15.872	16.811
1919	171	140.643	140.814
1920	107	24.818	24.925
<b>Total</b>	<b>3.527</b>	<b>226.473</b>	<b>230.000</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de la Diputación Provincial de Valencia de los años 1916-1920.

La fiebre tifoidea también constituía un problema de salud muy arraigado en la sociedad española, con una incidencia especialmente alta en las provincias de la franja mediterránea, como avalaban las cifras de morbilidad y mortalidad del momento<sup>399</sup>.

<sup>398</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 17, 109.

<sup>399</sup> Fresquet, J.L. (1991: 117-129).

La aparición de la vacuna antitífica pronto contó con innumerables adeptos y en España se recomendó oficialmente su utilización tras el informe realizado por el Real Consejo de Sanidad en 1913. La evidencia científica de su eficacia, determinó que desde el Ministerio de Gobernación se recomendase que los laboratorios municipales y provinciales que contasen con medios adecuados, estudiaran los aspectos técnicos y científicos relacionados con la vacuna y la fabricasen de acuerdo a los métodos o procedimientos que juzgasen oportunos<sup>400</sup>. Así fue como Juan Peset Alexandre, conecedor de la vacuna por haber estado en París comisionado oficialmente por el Ayuntamiento de Sevilla en 1913, puso en marcha su elaboración en el laboratorio provincial de Valencia, del que era director técnico<sup>401</sup>.

El tipo de vacuna por el que optó Juan Peset fue el propuesto por Vincent, que empleaba el éter como medio para su preparación, pues según sus palabras “[...] es de la máxima importancia escoger un medio suave suficiente para matar las bacterias, pero que respete al máximo la integridad de la molécula albuminoidea específica. En este sentido hay varios medios (calor a las temperaturas mínimas suficientes para dicha muerte, antisépticos débiles), pero de todos ellos, el que hasta ahora ha recibido la más completa satisfacción práctica ha sido el éter [...]”<sup>402</sup>. De este modo y bajo su asesoramiento, el laboratorio bacteriológico municipal comenzó a producir la vacuna bajo la dirección de Pablo Colvecé<sup>403</sup>.

De esta forma, el instituto provincial de higiene se convirtió en un importante centro de difusión de la vacunación antitífica, que no escatimó esfuerzos en vacunar a todos aquellos colectivos donde hacía acto de presencia la enfermedad. Ello hizo posible analizar los resultados de la aplicación masiva de la vacuna en situaciones epidémicas y debatir determinados aspectos sobre su utilización que todavía no eran definitivos, tales como la cantidad de bacilos necesaria para provocar una adecuada inmunización, el número de dosis y el tiempo transcurrido entre una y otra, o el excipiente que menos reacciones adversas producía.

Y más importante aún fue el esfuerzo realizado desde el instituto para la utilización de la vacuna de manera habitual con fines preventivos y no solamente

---

<sup>400</sup> Real Orden Circular de 16 de julio de 1913, dictando disposiciones para la vacunación antitífica.

<sup>401</sup> Peset Alexandre, J.,(1917c).

<sup>402</sup> Peset Alexandre, J. (1917a).

ante la aparición de un brote epidémico, esfuerzo que tuvo su reconocimiento en la concesión de la Gran Cruz de Beneficencia con distintivo morado y negro a Juan Peset Alexandre. En la tabla X hemos resumido las cifras correspondientes a la producción de esta vacuna en los primeros años de actividad de esta institución sanitaria provincial.

El patrón epidemiológico de las fiebres tifoideas en la provincia de Valencia comportaba la presentación de brotes epidémicos con relativa frecuencia. Ya en 1913, la población de Dos Aguas había sido objeto de una vacunación masiva dirigida por Antonio Salvat, catedrático de higiene y bacteriología de Sevilla, bajo el patrocinio del Ayuntamiento de Valencia<sup>404</sup>. La presentación de dos importantes brotes en 1917, en Cheste y en Torrente, también hizo necesaria la intervención del instituto provincial de higiene. Allí se desplazaron Peset Alexandre y Torres Balbí, para recoger y analizar muestras de sangre procedentes de enfermos residentes en puntos distantes de la población y cuyos resultados fueron demostrativos de fiebres tifoideas. Así mismo, la presencia de colibacilos en el agua de abastecimiento de la población, la confirmó como sospechosa y obligó a la limpieza del depósito para que el agua recuperase su pureza. La confirmación del diagnóstico de fiebres tifoideas hizo que se ofertase sistemática y gratuitamente la vacuna a todos los vecinos, y el elevado porcentaje de aceptación permitió realizar una interesante valoración de la eficacia vacunal<sup>405</sup>. La estrategia de intervención comentada para el caso de Torrente, con desplazamiento del personal del instituto para la toma de muestras, confirmación diagnóstica de la enfermedad y oferta sistemática de la vacuna, se reproducía siempre que hacía acto de presencia un nuevo brote, como los de Buñol en 1918 y los de Beniarrés y Enguera en 1920.

Otros ejemplos permiten valorar el esfuerzo por aplicar la vacuna de manera profiláctica a poblaciones no expuestas a invasión epidémica alguna. Así en 1917 destaca la labor del médico de Picaña que vacunó a 700 personas “[...] dándose el

---

<sup>403</sup> Peset Alexandre, J. (1917b).

<sup>404</sup> Salvat Navarro, A. (1913).

<sup>405</sup> Para la defensa de la vacunación antitífica que Peset realizó en el debate que tuvo lugar en el Instituto Médico Valenciano, se apoyó en gran medida en la experiencia de Torrente. Mientras entre los no vacunados hubo 107 casos de fiebre tifoidea y 14 muertes atribuibles a esta causa, entre los 3.550 vacunados no hubo ninguna defunción, sólo un proceso benigno en tres personas empezadas a vacunar y ninguno entre las vacunadas completamente. Peset Alexandre, J. (1917a).

primer caso en nuestra Nación de una vacunación extensa, no debida a los temores de un movimiento epidémico en la población, y sí al loable esfuerzo y sabios consejos de su médico [...]”<sup>406</sup>. También en el mismo año, se vacunó a todos los niños del Asilo de San Eugenio, a la guardia civil del cuartel del camino de Algirós donde se aplicó la vacuna a 400 personas entre guardias y familias, a unas 300 personas de la cárcel modelo, a 300 en Montichelvo, y otras tantas en Cheste, Minglanilla, Requena y el Pohuet.

**Tabla X**  
**Producción de vacuna antitífica por el Instituto Provincial de Higiene de Valencia (1916-1920)**

Año	Número de dosis
1916	1.593
1917	11.458
1918	5.680
1919	2.833
1920	14.092
<b>Total</b>	<b>35.656</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de la Diputación Provincial de Valencia de los años 1916-1920.

La vacunación antirrábica descubierta por Louis Pasteur en 1885, había sido un acontecimiento ampliamente aceptado desde un primer momento por la comunidad científica española. El reconocimiento oficial de los beneficios que esta nueva herramienta profiláctica producía<sup>407</sup>, determinó que muchos ayuntamientos comenzaran a sufragar el envío al laboratorio de Pasteur de personas mordidas por animales rabiosos. Un año después, Jaime Ferrán propuso al Ayuntamiento de Barcelona la creación de un instituto de vacunación antirrábica, a modo del de París, proyecto que acabaría dando origen al laboratorio microbiológico municipal, bajo su

<sup>406</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 15, 79.

<sup>407</sup> El gobierno español mandó en 1886 al laboratorio de Pasteur una comisión científica, para conocer de primera mano las investigaciones sobre la nueva vacuna, que tras dos meses de trabajar

dirección, desde donde comenzó a practicarse la vacunación antirrábica a partir de 1887<sup>408</sup>. Su desarrollo del denominado método “supraintensivo” de vacunación, con una pauta que consistía en inocular en cinco días la dosis que propugnaba Pasteur en veinte, creó una importante polémica debido a las mayores consecuencias adversas observadas con este método y que finalmente precipitaron la destitución de Ferrán en 1905<sup>409</sup>.

En Valencia, el dictamen favorable de su Real Academia de Medicina a la vacuna antirrábica, determinó que el ayuntamiento de la ciudad sufragase los gastos de la vacunación en el Laboratorio Municipal de Barcelona, a los ciudadanos que acreditasen su condición de pobreza. Esta situación se mantuvo, a pesar de las críticas por no asumir el propio laboratorio bacteriológico municipal de la ciudad el servicio antirrábico<sup>410</sup>, hasta la creación del Instituto Municipal de Higiene de Valencia. En 1910, el jefe del laboratorio bacteriológico, Pérez Fuster, tras desplazarse al Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII para recibir el necesario adiestramiento en la preparación y aplicación de la vacuna, puso en marcha en la ciudad de Valencia el anhelado servicio de vacunación antirrábica. Finalmente su consolidación se produjo a lo largo de 1912, siendo veterinario al servicio del instituto municipal de higiene Tomás Peset Alexandre<sup>411</sup>, que años más tarde ostentó la dirección de la organización sanitaria de la provincia desde su inspección provincial de sanidad.

Cuando el IPHV abrió sus puertas en 1916, la vacuna antirrábica era absolutamente incuestionable. Sin embargo, la mayor complejidad de su elaboración y aplicación respecto a las demás vacunas, determinó que este servicio comenzase a practicarse con tres años de retraso. Esto fue a partir de 1919 y quedó bajo la responsabilidad exclusiva de Ramón Corella, dadas las especiales características de esta vacuna en cuanto a sus posibles efectos secundarios y sobre todo a la necesidad de efectuar un seguimiento post-vacunal de los pacientes hasta pasados tres meses.

---

experimentalmente con ella, concluyó que el método profiláctico era eficaz. Báguena Cervellera, M.J. (2000: 71-109).

<sup>408</sup> Roca i Rosell (1988).

<sup>409</sup> Báguena, M.J.; Ferran i Clua, J. (1995: 652-679).

<sup>410</sup> Carsí, V. (1902).

<sup>411</sup> Báguena Cervellera, M.J. (2000).



En relación con la rabia, el instituto también publicó en 1919 unas instrucciones acerca de la conducta a seguir en caso de mordedura por un animal, que difundió entre todos los médicos y alcaldes de la provincia, con la finalidad de homogeneizar su conducta y evitar sacrificios innecesarios del animal mordedor, “[...] que no va más que en detrimento de la persona mordida pues si se conservara la vida de aquel, no precisaría someterse a la persona a un tratamiento tan largo y enojoso [...]”<sup>412</sup>.

Entre 1919 y 1920, el servicio de vacunación antirrábica administró 99 vacunas y realizó el seguimiento de las personas vacunadas hasta pasados tres meses de la vacunación, y de todos estos casos únicamente cabe resaltar la aparición en uno de ellos de una parálisis facial pasajera, y “[...] un caso sospechoso de una pobre mujer de Enguera, que falleció 114 días después de vacunada, habiendo sufrido una mordedura de perro en un dedo, cuya herida le supuró [...]”<sup>413</sup>.

### ***Otras actividades***

Cabe destacar el papel activo que desempeñó el instituto en la lucha contra la epidemia de gripe que durante 1918-19 asoló la provincia de Valencia, y que causó una importante crisis en todos los órdenes en el seno de la sociedad valenciana<sup>414</sup>. En este sentido, la necesidad de vislumbrar una respuesta sobre la etiopatogenia de la enfermedad, hizo del instituto provincial de higiene un centro de investigación donde confluyeron y formaron equipo en una tarea común personalidades como Adolfo Rincón de Arellano, director del laboratorio de sanidad militar, Pablo Colvée, subdirector del laboratorio bacteriológico municipal, y Jaime Ferrán como delegado especial del gobierno en esta provincia, para el estudio de la enfermedad. Sus trabajos de laboratorio a partir de sangre, esputos y órganos aislados en autopsias de enfermos, les llevaron a identificar de manera constante un germen que resultó pertenecer al grupo de los neumococos, y a partir de cuyo aislamiento prepararon una vacuna que se inocularon en primer término Ferrán, Torres, Colvée, Rincón, Corella y Peset, y comprobada la ausencia de reacciones adversas importantes, propusieron a

---

<sup>412</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 17, 112.

<sup>413</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 18, 130.

<sup>414</sup> Martínez Pons, M. (1999).

la inspección general de sanidad dicha vacunación, que aunque obtuvo el informe favorable del Real Consejo de Sanidad y de la Academia de Medicina de Madrid, fue escasamente utilizada porque la llegada del final de la epidemia limitó su utilización.

No ocurrió lo mismo con el suero equino utilizado en el tratamiento de la gripe, cuya producción se elevó a 110.810 c.c. en 1.918 y a 4.810 c.c. entre 1919 y 1920. Aún no siendo una de las actividades que tenía contratadas con la diputación, el instituto provincial de higiene respondió con diligencia a la disposición del ministerio de que los laboratorios oficiales preparasen suero equino normal, utilizando los caballos del ejército, y evitar por otra parte, el excesivo consumo de suero antidiftérico que comenzaba a ser preocupante. La totalidad del suero equino preparado se suministró de manera gratuita a pesar de que “[...] fueron muchos los farmacéuticos de esta ciudad y otras poblaciones que pidieron dicho suero abonando su importe, y a ninguno se proporcionó por ser necesario todo el producido para atender a los pobres de la provincia [...]”<sup>415</sup>.

Los trabajos de investigación también empezaron a ocupar un lugar propio entre las funciones del IPHV, destacando por ejemplo los estudios experimentales sobre 21 casos de encefalitis letárgica realizados conjuntamente entre Martínez Sabater y Peset Alexandre con motivo de la epidemia ocurrida en 1920, o el trabajo experimental que sirvió de tesis doctoral a Francisco Javier Aguilar sobre *La reacción de Abderhalden en los delirios sistematizados*<sup>416</sup>.

---

<sup>415</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 16, 112.

<sup>416</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 18, 131.

La labor realizada por el IPHV también comenzaba a tener eco en los ámbitos nacional e internacional. Así, en 1918 Peset Alexandre fue invitado a impartir una conferencia en la Facultad de Medicina de París, sobre los trabajos realizados en el instituto con motivo de la epidemia de gripe. Y en el mes de abril de 1919, a propósito de la primera Exposición Nacional de Medicina e Higiene celebrada en Madrid, “[...] envió a la sección científica de la misma una información gráfica, por medio de una serie de cuadros con fotografías y dibujos, que daban idea bastante exacta de la instalación del instituto, cuya importancia así demostrada, hizo que se le concediera la más alta recompensa que se otorgaba, o sea el Diploma de Honor, igual a los concedidos al Instituto Nacional de Alfonso XIII, al Instituto Central de Higiene Militar y al Laboratorio Municipal de Madrid, centros que por su historia y gran importancia hace que sean siempre considerados como los primeros de la Nación[...].”<sup>417</sup>. También cabe citar la visita realizada al instituto en 1920 por el entonces Inspector General de Sanidad, Manuel Martín Salazar que no escatimó elogios hacia la institución, y la puso de modelo ante el resto de la Península<sup>418</sup>.

### **El segundo período: la constitución del servicio sanitario provincial (1921-1931)**

El año 1921 constituyó el comienzo de una nueva etapa de expansión y desarrollo del instituto provincial de higiene, marcada en una primera instancia por la muerte de uno de sus fundadores, Juan Torres Balbí, que determinó que la dirección de la institución pasara a depender exclusivamente de Juan Peset Alexandre. El segundo acontecimiento que marcó la entrada en la nueva etapa fue la creación de un nuevo servicio de carácter provincial: la Brigada Sanitaria Provincial de Valencia, cuya finalidad era la de acercar los servicios higiénico-sanitarios a todos los pueblos de la provincia. El mantenimiento de este nuevo servicio se produjo merced a la financiación de todos los municipios de la provincia en régimen de mancomunidad y, aunque su constitución formal había sido en 1921<sup>419</sup>, la situación real fue que no comenzó a prestar sus servicios hasta pasados dos años, tiempo que costó reunir la

---

<sup>417</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 17, 113.

<sup>418</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 18, 131.

<sup>419</sup> Real Orden de 28 de julio de 1921 para la creación de una brigada sanitaria en cada provincia.

recaudación suficiente para la dotación inicial del servicio<sup>420</sup>. El tercer acontecimiento que caracterizó este período fue la fusión en 1925 de la brigada sanitaria con el instituto provincial de higiene en un dispositivo sanitario único, dependiente exclusivamente de la diputación, tal y como se ordenaba en el *Reglamento de Sanidad Provincial* de 20 de octubre de 1925.

Como ya se ha comentado al hablar del marco legislativo que reguló la creación de las brigadas sanitarias, su puesta en marcha en la provincia de Valencia no estuvo exenta de dificultades, ya que a la normal reticencia de los alcaldes a asumir nuevas cargas en los presupuestos municipales, se sumaba la iniciativa de algunos ayuntamientos que ya disponían desde hacía algún tiempo de los servicios para los que se creaba la brigada sanitaria. Este era el caso de algunos pueblos como Sueca, Carcagente y Játiva, que disponían de sus propios aparatos de desinfección para combatir los brotes epidémicos. Todo ello sin contar con los servicios disponibles en el municipio de Valencia que, según palabras de su inspector provincial de sanidad, Arturo Cubells Blasco “[...] cuenta en abundancia y hasta con opulencia con una organización que le permite llevar a cabo todos los servicios que ha de realizar la Brigada Sanitaria provincial; pues cuenta con un hospital de aislamiento, estufas de desinfección por vapor fijas, aparatos de desinfección por formol, y dos Laboratorios (químico y bacteriológico), bien dotados de personal y material [...]”<sup>421</sup>.

Estas dificultades que acabamos de mencionar, condicionaron el retraso en la puesta en marcha de la brigada, de cuya actividad existen noticias a partir de 1924. En este año los presupuestos permitieron la provisión por oposición de dos plazas de médicos para hacerse cargo del servicio, las cuales fueron ganadas por Vicente Sánchis Bayarri y por Vicente Ramón Méndez<sup>422</sup>. También se contrataron por oposición como personal auxiliar, dos practicantes, dos desinfectores y dos

---

<sup>420</sup> Pocas eran las provincias que fundaron este servicio en 1921 -Burgos, Cáceres y Sevilla son algunas de ellas-, ya que el retraso en la puesta en marcha de la brigada sanitaria fue una constante en la mayoría de las provincias españolas, algunas de las cuales se constituyeron en 1924 -Albacete, Castellón, Valencia- y otras no habían llegado tan siquiera a constituirse al terminar ese año -por ejemplo Álava, Baleares, Ciudad Real, Coruña, Murcia o Navarra-. Dirección General de Sanidad (1925: 141-158).

<sup>421</sup> Dirección General de Sanidad (1923: 392).

<sup>422</sup> Ambos habían pertenecido previamente a la plantilla del instituto provincial de higiene. A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 22, 124.

conductores, además de un administrativo. Del presupuesto global que se planteó para el año 1924, a partir de la contribución realizada por la mancomunidad de municipios y que ascendió a una cuantía de 45.000 pesetas, 30.356 fueron destinadas a gastos de personal y el resto a gastos generados por la compra de material.

Aunque el laboratorio que dirigía Juan Peset en el instituto provincial de higiene se comprometió a asumir los análisis generados por la toma de muestras que realizase la brigada sanitaria en sus desplazamientos a los pueblos, ésta tuvo que comprar el material necesario para poder llevar a cabo las tareas de desinfección en los lugares en que se requiriese este servicio: una estufa, una lejadora, un sulfurador Clayton, tres formógenos, dos pulverizadores y una potabilizadora, y también, dos tiendas de campaña como material de aislamiento y cinco automóviles: uno para el transporte de enfermos, tres para material y otro para el personal <sup>423</sup>.

La brigada sanitaria encontró en el instituto provincial de higiene un estrecho colaborador, ya que además de proporcionarle las vacunas necesarias para sus intervenciones de tipo profiláctico, le facilitaba los medios para la recogida de los productos que posteriormente se analizaban en el laboratorio dirigido por Juan Peset. Durante 1924, la brigada prestó sus servicios en 22 pueblos entre los que destacaban Ador, Buñol, Chelva, Enguera, Llaurí, Millares y Simat de la Valldigna. Estas intervenciones motivaron 42 salidas de la brigada y generaron la siguiente actividad:

---

<sup>423</sup> Dirección General de Sanidad (1925: 157).

**Tabla XI**  
**Actividad de la Brigada Sanitaria Provincial**  
**de Valencia en 1924**

Tipo de actividad	Número
Análisis de aguas	168
Análisis de bebidas	3
Desinfecciones	79
Vacunación antivariolosa	1.271
Tomas de muestras en enfermos	12

Fuente: *Anuario de la Dirección General de Sanidad*, 1924.

Durante 1925 la brigada sanitaria continuó interviniendo allí donde fuese necesario, acercando los servicios de vacunación, desinfección y toma de muestras a los diversos pueblos de la provincia. Durante este año, tenemos constancia que prestó servicios en Alginet, Benaguacil, Pedralva, Navarrés, Quesa, Bocairente, Dos Aguas, Rafelbuñol, Tabernes Blanques, Albalat dels Sorells, Masanasa, Rebollar, Liria y Losa del Obispo<sup>424</sup>, aunque no existe constancia de su actividad en términos cuantitativos.

En el período que abarca desde 1921 a 1925, es decir hasta que se creó el servicio sanitario provincial, la actividad del instituto provincial de higiene se mantuvo en la línea ya consolidada en los últimos años del período fundacional, aunque con un notable incremento de su actividad. Siguiendo la misma secuencia de análisis de la actividad desarrollada a lo largo del primer período, en la tabla XII presentamos en primer lugar, un resumen de los análisis clínicos practicados en el laboratorio que dirigía Juan Peset para dar servicio a las solicitudes del hospital provincial. Como puede apreciarse el incremento de la actividad analítica, exceptuando los análisis de aguas que prácticamente se mantuvieron como en el quinquenio anterior, se incrementó de manera general en todos los tipos de análisis, llegando en algunos casos incluso a duplicarse respecto al período anterior, como es el caso de los análisis de sangre y también el de exudados. Un aspecto que resalta también al observar los datos, es la mayor contribución de los dos últimos años de

<sup>424</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 23, 51-52.

este quinquenio al incremento de la productividad del laboratorio, coincidiendo claramente con el inicio de la actividad de la brigada sanitaria en 1924, lo que confirma el apoyo y la colaboración del instituto provincial de higiene con la nueva institución<sup>425</sup>.

**Tabla XII**  
**Análisis realizados por el Instituto Provincial de Higiene de Valencia**  
**(1921-1925)**

<b>Año</b>	<b>Sangres</b>	<b>Orinas</b>	<b>Espustos</b>	<b>Exudados</b>	<b>Aguas</b>	<b>Otros</b>
1921	914	1.018	184	150		159
1922	1.105	1.093	164	217	95	152
1923	973	1.095	143	122	94	191
1924	1.001	1.118	159	135	10	251
1925	1.411	1.491	217	239	52	246
<b>Total</b>	<b>5.404</b>	<b>5.815</b>	<b>867</b>	<b>863</b>	<b>251</b>	<b>999</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de la Diputación Provincial de Valencia de los años 1921-1925

La producción de vacuna antivariólica, y en menor medida su aplicación, continuó siendo a lo largo de este quinquenio uno de los principales cometidos del instituto provincial de higiene. Un aspecto que es necesario resaltar y que se pone claramente de manifiesto al analizar estos datos, es que la práctica de la vacunación únicamente se producía de manera constante cuando hacía su aparición un nuevo brote de la enfermedad implicada, que ocasionaba a su vez medidas coercitivas para fomentar esta práctica. Este hecho sustenta la consideración ya esgrimida por algunos autores de que existía entre la población un cierto rechazo a ser sometidos a esta práctica, fundamentado en algunas experiencias negativas secundarias al mal estado de la linfa vacunal utilizada<sup>426</sup>. Basta con observar la disparidad en las cantidades de vacuna producida entre 1922 -7.730 dosis- y los dos años posteriores - cerca de 70.000 y 131.000 dosis- para apreciar el importante esfuerzo que representaba vacunar a la población cuando ya resultaba irremediable un

<sup>425</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vols. 19-24.

recrudescimiento de la enfermedad, situación que tuvo lugar en 1923. Para intentar acabar con la amenaza epidémica, a lo largo de 1924 las autoridades locales se esforzaron en promover la práctica de la vacunación, aprovechando la mayor sensibilización de la población por el reciente recrudescimiento vivido, como reflejan las cifras de producción de vacuna de ese año<sup>427</sup>.

**Tabla XIII**  
**Producción de vacuna antivariólica por el Instituto Provincial de Higiene de Valencia (1921-1925)**

Año	Total
1921	20.602
1922	7.730
1923	69.718
1924	131.365
1925	21.151
<b>Total</b>	<b>230.000</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de la Diputación Provincial de Valencia de los años 1921-1925

A lo largo del quinquenio que estamos analizando, también continuó el instituto con sus campañas de difusión de la vacunación antitífica y antirrábica, hasta llegar a incluirlas en lo que podríamos denominar su actividad rutinaria. En la tabla XIV puede apreciarse cómo la producción de vacuna antitífica superó en 21.253 dosis a la del período fundacional, y en la tabla XV se recoge la actividad del servicio de vacunación antirrábica a cargo de Ramón Corella, con unos resultados considerados como francamente satisfactorios, ya que el fracaso de la vacunación en los dos casos registrados en este quinquenio “[...] es muy inferior a la cifra que

---

<sup>426</sup> Las dificultades para la aplicación de la vacuna antivariólica en diversos ámbitos y el modo irregular de su utilización fue tratado en las aportaciones de Báguena Cervellera, M.J. (1992a: 139-140) y también en la de Perdiguero, E.; Bernabeu, J. (1996: 257-283).

<sup>427</sup> En 1924 Juan García Trejo, Gobernador Civil de la provincia dictó una Orden de vacunación obligatoria, que justifica las elevadas cantidades de vacuna producidas a lo largo de este año en el instituto provincial de higiene. A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 22, 125.



arrojan la inmensa mayoría de las estadísticas de Centros análogos nacionales y extranjeros [...]”<sup>428</sup>.

**Tabla XIV**  
**Producción de vacuna antitífica por el Instituto Provincial de Higiene de Valencia. 1921-1925**

<b>Año</b>	<b>Nº Dosis</b>
1921	14.626
1922	8.392
1923	6.954
1924	10.475
1925	16.462
<b>Total</b>	<b>56.909</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de la Diputación Provincial de Valencia de los años 1921-1925.

**Tabla XV**  
**Actividad del servicio de vacunación antirrábica del Instituto Provincial de Higiene de Valencia (1921-1925)**

<b>Año</b>	<b>Personas vacunadas</b>		<b>Total</b>
	<b>Resultado (+)</b>	<b>Resultado (-)</b>	
1921	108	0	108
1922	151	0	151
1923	128	0	128
1924	142	1	143
1925	194	1	195
<b>Total</b>	<b>723</b>	<b>2</b>	<b>725</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de la Diputación Provincial de Valencia de los años 1921-1925

Al margen de la actividad que podríamos considerar habitual en la rutina del instituto y que acabamos de describir, también fueron muy interesantes sus aportaciones derivadas de la realización de trabajos de investigación para intentar esclarecer aspectos como la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de algunas de

<sup>428</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 22, 127.

las enfermedades prevalentes como las infecciones paratíficas, la peste bubónica, la lepra o la meningitis cerebro-espinal epidémica. Ésta última fue uno de los objetos preferentes de estudio en este período, centrando el instituto su esfuerzo en obtener un tratamiento de la enfermedad que redujese la elevada mortalidad que estaba produciendo, tal como expresaba Aguilar Jordán, director de la “Gota de Leche” del Ayuntamiento de Valencia: “[...] Para los médicos que ejercemos en Valencia, no existe problema más pavoroso que el que nos plantea la meningitis cerebro-espinal y no ciertamente porque tan terrible dolencia suela aquí tomar caracteres epidémicos. El problema se nos plantea con caracteres de verdadera gravedad, por lo que se refiere al tratamiento. Aquí resulta una verdadera casualidad que se cure algún caso de meningitis cerebro-espinal [...]”<sup>429</sup>.

La idea concebida desde el instituto, basada en experimentos de laboratorio y clínicos, se basó en utilizar simultáneamente el anticuerpo específico -suero antimeningocócico ordinario- y el suero normal al que se le agregaba la alexina, que no tenía el líquido cefalorraquídeo, para fomentar la propiedad bactericida y favorecer la acción defensiva de los leucocitos. La aplicación de este tratamiento obtuvo su primer caso de curación en 1922, en un hijo del propio Peset, que contaba con tres meses de edad y posteriormente se obtuvieron siete casos más de curación en el mismo año. Sin embargo, no se detuvieron aquí los éxitos del nuevo tratamiento, que a lo largo de 1923 hicieron ascender hasta 254 el número de curaciones<sup>430</sup>. Además, estos estudios fueron la base del discurso de ingreso en 1922 de Juan Peset Alexandre en la Real Academia de Medicina, así como de la ponencia que presentó en el *II Congreso Nacional de Medicina e Higiene*, celebrado en 1924 en Sevilla.

La presentación de casos de peste bubónica en Barcelona en 1922 puso en alerta al instituto provincial de higiene, que se apresuró a preparar la vacuna correspondiente para ponerla a disposición de las autoridades en caso de necesidad, aunque afortunadamente no hubo necesidad de hacer uso de ella. También la lepra,

---

<sup>429</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 20, 140.

<sup>430</sup> Una observación realizada en la memoria de 1923 hace constar que con anterioridad a la puesta en práctica de este tratamiento, los casos de curación eran excepcionales, y que de los últimos 22 casos contabilizados, 18 habían terminado en curación y 4 en defunciones, lo que limitaba la mortalidad a un 18%. A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 21, 97.

enfermedad especialmente frecuente en ciertas comarcas valencianas, ocupó un espacio en los trabajos del instituto, en relación con su diagnóstico y tratamiento. En lo relativo al diagnóstico, los trabajos se centraron en demostrar las reacciones de albúmina fuertemente positivas del moco nasal de los leprosos, y en cuanto al tratamiento, en aplicar inyecciones de éteres etílicos del aceite de chalmogra, de acuerdo con los resultados obtenidos en el extranjero y hasta el momento no aplicados en España<sup>431</sup>.

La creciente importancia concedida a los factores sociales como determinantes de la salud y la enfermedad, se puso de manifiesto en el *I Congreso Nacional de Higiene y Saneamiento de la Habitación*, celebrado en Barcelona en octubre de 1922 por su Academia de Higiene, y en el que la Diputación de Valencia, sensibilizada por las desigualdades sociales ante la salud y representada por los diputados médicos Francisco Moliner y José Palafox, hizo dos aportaciones. La primera se titulaba “Los Sanatorios populares antituberculosos, como base de la economía nacional”, en la cual defendía que el establecimiento de este tipo de instituciones debía correr a cargo del Estado y no de la iniciativa privada, lo que redundaría en un considerable incremento del número de curaciones entre las clases más necesitadas. El segundo trabajo fue presentado bajo el título “Hospitalización obligatoria de los enfermos pobres”, defendiendo la creación de hospitales para infecciosos que atendiesen a los enfermos pobres, en tanto no mejorasen sus insalubres condiciones de vida:

“[...] y ante la razón de que en tanto en cuanto aquellas mejoras de higiene no se lleven a efecto, los pobres continuarán viviendo realquilados, hacinados, sin luz y sin aire, sin sol y sin agua, sin buena condición de los detritus, etc; y mientras los pobres sigan viviendo así, las infecciones se cebarán en ellos, y continuaremos viendo cómo los pequeños mueren de sarampión y escarlatina, de viruela y coqueluche, y los mayores de tifus y de gripe. Esto es lo que seguirá sucediendo, cuando tan fácil sería evitarlo contando con medios adecuados, medios que proporcionaría la hospitalización obligatoria de los enfermos

---

<sup>431</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 20, 138-139.

infecciosos pobres para que, sin las miserias de la pobreza y sin los descuidos de la ignorancia, aumentaran las probabilidades de la curación [...]”<sup>432</sup>.

La creación del servicio sanitario provincial a partir de 1925 y el consiguiente incremento de su dotación presupuestaria, tuvieron como repercusión una notable expansión de los servicios que venía prestando. Este período también se caracterizó por una mayor proyección hacia el exterior, con una intensificación de las actuaciones higiénico-sanitarias en los diferentes pueblos de la provincia y por la ampliación de la oferta de servicios con la incorporación de algunos nuevos.

A lo largo del período de tiempo en que estuvo bajo la tutela de la diputación provincial, ésta fue sin duda la etapa de mayor esplendor de la institución provincial. En este sentido, resultó decisiva la adquisición de una mayor autonomía respecto al hospital provincial en comparación con la etapa previa, y su actividad principal dejó de estar circunscrita a las demandas de éste. Sin duda alguna, la creación del servicio sanitario provincial decantó definitivamente la actividad del instituto hacia la provisión de servicios de higiene pública, adoptando un papel secundario los que eran propios de una orientación típicamente clínica. Únicamente la rescisión del contrato con Juan Peset Alexandre en 1930, motivó que durante los meses de mayo a septiembre de ese año, se viese reducida la actividad del instituto.

La sección de análisis mostró continuidad en los análisis clínicos, sin embargo comenzaron a adquirir mayor importancia los servicios analíticos destinados a garantizar la higiene pública mediante el análisis de las aguas de bebida, y se iniciaron en esta etapa los estudios para comprobar la higiene de los alimentos. Las memorias del servicio sanitario provincial con los datos de su actividad, comenzaron en esta etapa a presentar de una manera diferenciada la actividad del laboratorio que daba servicio al hospital, de la que respondía a las demandas de los médicos titulares o de los de ejercicio libre, especificando además las actuaciones realizadas por los servicios externos<sup>433</sup>.

---

<sup>432</sup> *Ibidem*, 143-145.

<sup>433</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vols. 24-29.

En las dos tablas siguientes reproducimos la actividad cuantificada de los servicios prestados por el laboratorio, comprobando cómo la principal función para la que había sido creado el instituto en 1916, que era básicamente servir a los requerimientos del hospital, fue relegada a un segundo plano con la creación del servicio sanitario provincial.

**Tabla XVI**  
**Análisis realizados por el Instituto Provincial de Higiene de Valencia**  
**para el Hospital Provincial (1926-1930)**

<b>Año</b>	<b>Sangres</b>	<b>Orinas</b>	<b>Espustos</b>	<b>Exudados</b>	<b>Otros</b>
1926	495	311	25	120	37
1927	613	460	47	99	108
1928	695	348	31	250	77
1929	451	465	26	137	99
1930	392	266	57	41	2.205
<b>Total</b>	<b>2.646</b>	<b>1.850</b>	<b>186</b>	<b>647</b>	<b>2.526</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de la Diputación Provincial de Valencia de los años 1926-1930.

**Tabla XVII**  
**Análisis realizados por el Instituto Provincial de Higiene de Valencia**  
**no vinculados al Hospital (1926-1930)**

<b>Año</b>	<b>Sangres</b>	<b>Orinas</b>	<b>Espustos</b>	<b>Exudados</b>	<b>Aguas</b>	<b>Alimentos</b>	<b>Otros</b>
1926	1.671	1.791	218	243	192	287	232
1927	1.614	1.848	193	279	284	183	241
1928	1.785	1.704	180	442	223	190	218
1929	1.476	1.766	244	243	189	163	228
1930	976	963	139	135	113	36	299
<b>Total</b>	<b>7.522</b>	<b>8.072</b>	<b>974</b>	<b>1.342</b>	<b>1.001</b>	<b>859</b>	<b>1.218</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de la Diputación Provincial de Valencia de los años 1926-1930.

La comparación del volumen de análisis realizados por el laboratorio en este quinquenio respecto al inmediatamente anterior, pone de manifiesto la importante intensificación de su actividad entre 1926-1930, resultando el número de análisis realizados el doble para la mayoría de las determinaciones. De 5.000 análisis de sangre realizados en 1921-1925 se pasó a 10.000 en 1925-1930, de 5.800 a 10.000 orinas, de 800 a 2.000 exudados, de 250 a 1.000 aguas.

La sección de epidemiología y desinfección, tras la integración de la brigada sanitaria en el servicio sanitario provincial, mejoró la coordinación de las actuaciones en aquellos pueblos en los que hacía acto de presencia algún brote epidémico. En estos casos, no se hacía tardar el desplazamiento del inspector provincial de sanidad, como jefe efectivo de este servicio, acompañado por los médicos asignados a esta prestación, para realizar el pertinente análisis de la situación y proceder, según el caso, a la toma de muestras para confirmación diagnóstica, desinfección de locales o traslado de enfermos en los carruajes disponibles a tal efecto.

El servicio externo estaba dividido en dos secciones, las denominadas brigadas de desinfección de Valencia y Játiva, cuyas principales herramientas de trabajo eran: una potabilizadora, una estufa de desinfección, tres coches para el servicio de urgencias -uno de ellos en Játiva-, un coche ambulancia con dos camillas,

y un coche turismo<sup>434</sup>. En la tabla XVIII presentamos un resumen con la actividad de los servicios externos prestada por el servicio sanitario provincial en esta etapa, en la que puede observarse cómo el peso más importante de su labor recaía sobre los servicios de desinfección. Los problemas de salud derivados de la mala calidad del agua de bebida debieron también ser uno de los motivos frecuentes de actuación, a juzgar por el volumen de análisis que tuvieron como objeto este elemento. El brote más importante acaecido en este período fue una epidemia de fiebre tifoidea en Loriguilla, en marzo de 1927, que obligó a movilizar todo el material sanitario de la brigada sanitaria y a permanecer cinco días en dicha localidad hasta la remisión del brote, que dio un saldo de 173 afectados entre los 996 vecinos de la población, y de cinco muertes<sup>435</sup>.

En cuanto a los alimentos estudiados, aunque fueron diversos predominaron las leches, vinos, pan, aceite y vinagre. Y aunque no se ha hecho constar en la tabla XVIII, también intervino este servicio externo en la administración de las vacunas antirrábica, antivariólica y antitífica cuando las circunstancias epidemiológicas lo aconsejaban.

**Tabla XVIII**  
**Actividad externa del Servicio Sanitario Provincial de Valencia**  
**1927-1930**

Año	Desinfecciones		Análisis				Traslados enfermos
	Sec.	Sec.Vale	Sangr	Orina	Agua	Alime	
1927	183	179	28	2	75	60	6
1928	252	148	24	2	33	11	5
1929	221	179	27	2	44	23	9
1930	289	151	11	2	80	1	9
<b>Total</b>	<b>945</b>	<b>657</b>	<b>90</b>	<b>8</b>	<b>232</b>	<b>95</b>	<b>29</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de la Diputación Provincial de Valencia de los años 1926-1930.

<sup>434</sup> *Ibíd.*

<sup>435</sup> Martínez Sellés (1928).

Centrándonos en la actividad de la sección de vacunas, a lo largo de este período la producción de vacuna antivariólica adquirió una mayor regularidad respecto a los precedentes -únicamente disminuyó en 1930 debido a que las cifras que presentaba la memoria de este año eran sólo parciales-. A juzgar por la información que proporciona la memoria de actividad de este período, parece que por fin la vacunación entró a formar parte de las obligaciones y competencias de los médicos titulares, pues sin que se haya dejado constancia de la aparición de brotes epidémicos en estos años, el número de vacunas suministradas gratuitamente por el servicio sanitario provincial a los diversos pueblos de la provincia, superó considerablemente a la del quinquenio precedente, pero además no presentó fluctuaciones importantes a lo largo de los cinco años que constituyen este período.

Sin duda debería valorarse la puesta en marcha de las actividades denominadas de “propaganda sanitaria”, que seguramente contribuyeron notablemente a mejorar el nivel de conocimientos de la población en torno a la vacunación. Desde el servicio sanitario provincial se orquestaron campañas de vacunación como la de 1928, en la cual a propuesta del inspector provincial de sanidad, Miguel Trallero, el gobernador difundió el acuerdo de vacunar a todos los recién nacidos antes de los seis meses de vida y establecer la revacunación cada siete años, concediendo a las juntas municipales de sanidad la tarea de llevar un registro de las personas vacunadas y de organizar esta actividad profiláctica para asegurar que llegara a toda la población, con expedición de un certificado al interesado en el que se hiciese constar la fecha en que fue vacunado<sup>436</sup>. La producción de vacuna antivariólica en esta etapa superó en 129.425 dosis a la producción del quinquenio anterior.

La fiebre tifoidea continuaba padeciéndose de manera endémica en la provincia de Valencia, y la lucha para combatirla que debía centrarse en una adecuada evacuación de las aguas residuales y en un apropiado suministro de agua de bebida con todas las garantías de potabilidad, se hallaba todavía muy lejos de ser una realidad. Tal y como exponía Ramón Méndez, “[...] la vacunación habría venido a resolver el problema, ya que minimiza frente a la infección, y aunque el germen entre

---

<sup>436</sup> Bermúdez Castro, C. (1928b).



en el organismo, le encuentra en tales condiciones que es vencido con facilidad [...]”<sup>437</sup>. Y a pesar de su limitada eficacia, atribuible al hecho de que su inmunidad estaba limitada a dos años, la generalización de esta vacuna continuó promoviéndose desde el servicio sanitario provincial, llegando a superar la producción del quinquenio anterior en 60.377 dosis.

La lucha contra la rabia, además de estar enfocada a vacunar a aquellas personas mordidas por algún animal sospechoso, en este período amplió sus perspectivas de actuación. El mayor énfasis en la prevención y en la difusión de los conocimientos sanitarios que comenzó a caracterizar este período, se puso de manifiesto en la edición de una “cartilla de vulgarización sanitaria contra la rabia”<sup>438</sup>, en la que se exponía, en primer lugar, la conducta que debía observar cualquier persona en presencia de un animal rabioso, y en segundo lugar detallaba las medidas preventivas destinadas a contener la difusión de la enfermedad y a extinguir los focos existentes.

**Tabla XIX**  
**Producción vacunas por el Instituto Provincial de Higiene**  
**de Valencia (1925-1930)**

Año	Antivariólica	Antitífica	Antirrábica	
			Result.(+)	Result.(-)
1926	38.527	25.908	180	2
1927	70.804	39.740	98	
1928	93.074	25.397	151	
1929	146.120	20.269	171	
1930	10.900	5.972	34	
<b>Total</b>	<b>359.425</b>	<b>117.286</b>	<b>634</b>	<b>2</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de la Diputación Provincial de Valencia de los años 1926-1930.

Atendiendo a las obligaciones que establecía el *Estatuto Provincial* de incluir en el presupuesto anual de la diputación una cantidad destinada a subvencionar las

<sup>437</sup> Ramón Méndez, V. (1928).

<sup>438</sup> Trigo, M. (1928).

obras de carácter sanitario llevadas a cabo por los ayuntamientos de la provincia, a partir de 1929 en que se estableció el régimen económico entre ambas instituciones, los pueblos de la provincia de Valencia se empezaron a ver favorecidos por este tipo de ayudas. De este modo Casinos, Masanasa y Cheste obtuvieron el 40% de la subvención para la construcción de pozos artesianos para abastecer de agua a su población, y el mismo porcentaje le fue asignado a Rocafort para el ensanche de su cementerio, y a Adzaneta de Albaida para la construcción de un matadero, un abrevadero y para la conducción de aguas.

### **La actividad en el período republicano (1931-1936)**

La publicación del Decreto de 31 de julio de 1931, por el cual el IPHV quedaba desvinculado de la diputación provincial, marcó el inicio de una nueva etapa, caracterizada por una mayor autonomía de la institución y por su dirección exclusiva a cargo del inspector provincial de sanidad, como técnico del cuerpo de sanidad nacional. A esta autonomía se sumó la gran responsabilidad delegada por el nuevo gobierno republicano en estos profesionales, para llevar a cabo el programa de reconstrucción sanitaria que se planteaba como prioridad política el nuevo gobierno y que sin duda condujo a una etapa de gran desarrollo de la sanidad provincial.

Las principales líneas de actuación planteadas por el gobierno republicano se centraron en mejorar la salud materno-infantil, abordar las enfermedades evitables desde su profilaxis, atender las enfermedades sociales y fomentar la educación sanitaria de la población. Para poder atenderlas, los institutos provinciales de higiene debían adaptar su estructura y crear los servicios técnicos necesarios, que en definitiva estarían agrupados en cinco secciones comunes a todas las provincias: epidemiología y estadística sanitaria, análisis higiénico-sanitarios, tuberculosis, higiene infantil, así como una sección encargada de las enfermedades venéreas y la lepra. A ellas podrían sumarse otras secciones de carácter especializado, en función de los problemas sanitarios prevalentes de cada provincia: sección de paludismo,

tracoma, higiene mental, ingeniería sanitaria, higiene industrial del trabajo, o higiene de la alimentación<sup>439</sup>.

Aunque la estructura del IPHV ya constaba de las secciones de epidemiología y estadística, laboratorio y vacunaciones, además de los servicios externos que proporcionaban las brigadas sanitarias de Valencia y Játiva, en esta etapa se produjo un mayor afianzamiento de sus funciones. Si en el período fundacional el IPHV se había constituido con el objeto de dar servicio a las necesidades clínicas de laboratorio del hospital provincial, y en las etapas siguientes había compaginado éstas con las propias de un servicio de salud pública, a partir de 1931 ya podemos afirmar que sus actuaciones estuvieron estrictamente al servicio de las necesidades planteadas desde la óptica de la salud pública.

Para poder alcanzar los objetivos planteados en relación con la mortalidad infantil y con las enfermedades sociales –tuberculosis y enfermedades venéreas fundamentalmente- la inspección provincial de sanidad coordinó las actuaciones a realizar con la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia y se hizo cargo de los dispensarios provinciales antituberculoso y antivenéreo. Esta labor se vio facilitada a partir de 1933, en que pudo inaugurarse, tras varios años en construcción, el edificio que debía alojar los servicios sanitarios provinciales en la calle del Dr. Simarro nº 39, actualmente Micer Mascó, y en el que pudieron ubicarse conjuntamente por primera vez todos los servicios de carácter provincial a cargo de su director técnico: los dispensarios antivenéreo, antirrábico y antituberculoso, los laboratorios químico y bacteriológico del instituto de higiene y la escuela de puericultura<sup>440</sup>.

Con la finalidad de poder acometer el reto que se planteaba en esta nueva etapa, los servicios del IPHV quedaron agrupados en cuatro secciones<sup>441</sup>: las de epidemiología y bacteriología a cargo de Vicente Sanchis Bayarri, la de química a cargo de José Marqués Gil, y la de veterinaria bajo la tutela de Juan Campos Pérez. A partir de 1932 se produjeron ciertos cambios como la sustitución de Gabriel Ferret

---

<sup>439</sup> Artículo 6º del *Reglamento técnico, de personal y administrativo* de los Institutos Provinciales de Higiene, publicado en el apéndice tercero de la Ley de Servicios Sanitarios de 11 de julio de 1934.

<sup>440</sup> Instituto Provincial de Higiene (1933b).

<sup>441</sup> Orden del Ministerio de la Gobernación de 28 de diciembre de 1931.

Obrador por Tomás Peset Alexandre en la inspección provincial de sanidad<sup>442</sup>, la toma de posesión en la jefatura de la sección de epidemiología por Javier Vidal Jordana y en la de bacteriología por Vicente Ramón Méndez, manteniéndose los mismos titulares en las jefaturas de las secciones de química y veterinaria.

La labor del instituto de higiene continuaba abarcando el amplio espectro de servicios y actividades iniciadas en la etapa anterior. Éstas aparecían anunciadas en las páginas de su órgano de difusión, el *Boletín del Instituto Provincial de Higiene de Valencia*, cuyo director Gabriel Ferret y Obrador las daba a conocer, haciendo notar que los servicios solicitados por personas pudientes también podrían practicarse mediante el pago de los honorarios correspondientes. Éstos quedaban resumidos en:

- Análisis de aguas, aceites, vinos, leches y demás alimentos y bebidas.
- El instituto estaba autorizado oficialmente para efectuar los análisis de aguas mínero-medicinales y de productos orgánicos como la sangre, líquido céfalo-raquídeo, jugo gástrico, orinas, esputos, pus, excrementos, tumores, parásitos, etc. También efectuaba el suero-diagnóstico de la fiebre tifoidea, de las fiebres paratíficas, de malta, etc., así como las reacciones de desviación del complemento (Wasserman, etc.), de floculación y precipitación (Meinique, etc.), coloidales, etc.
- Sueros y vacunas: Suministro de sueros y vacunas preventivas para medicina y veterinaria. Preparación de autovacunas. Tratamientos antirrábicos, diagnóstico de zoonosis, análisis biológicos de carnes y leche.
- Desinfección: de viviendas y demás locales, ropas, muebles, etc.

---

<sup>442</sup> El cambio de titular de la inspección provincial de sanidad, lo motivó precisamente el hecho de que Gabriel Ferret ganase el puesto de inspector provincial de sanidad de Barcelona. Catalán de origen, Ferret había cursado la licenciatura de medicina y obtenido el grado de doctor por la Universidad de Barcelona en 1906. En enero de 1911 aprobó las oposiciones a la cátedra de patología médica de Valencia y en junio de 1911 las oposiciones a la cátedra de parasitología y patología tropical. También se le atribuye la fundación del Instituto de Higiene y Laboratorio Municipal de Alicante, cuya dirección ostentó entre 1911 y 1913. Su ideología de izquierdas le acarreó muchos disgustos durante la época de la dictadura, en la que sufrió una fuerte persecución, tras la cual se refugió en Valencia haciéndose cargo de su inspección provincial de sanidad (García Brustenga, A., 1931). Por su parte Tomás Peset, veterinario de profesión, provenía de la inspección provincial de sanidad de Guipúzcoa

- Transporte: Ambulancia automóvil con camilla para traslado de enfermos, heridos y dementes, dentro de la provincia y en la capital.
- Enseñanza: Cursos de enseñanzas teórico-prácticas para funcionarios de Sanidad, profesionales y alumnos de cuantos servicios corresponden a la Sanidad Nacional.
- Propaganda: Conferencias y publicaciones (impresos, folletos, etc), sobre asuntos higiénicos y sanitarios, así como sociales con ellos relacionados

En la siguiente tabla resumimos la actividad llevada a cabo por el laboratorio del IPHV entre 1931 y 1933. Con ello pretendemos, más que hacer una valoración cuantitativa de los servicios prestados, reflejar su importante evolución y la adaptación que sufrió para obedecer las líneas de actuación sanitarias convertidas en prioritarias. La actividad del laboratorio en esta etapa y en lo que a su vertiente bacteriológica se refiere, prácticamente se puso al servicio de las necesidades emanadas de los dispensarios provinciales antituberculosos y antivenéreos y de la escuela de puericultura. La vertiente química del laboratorio mantuvo por un lado el apoyo a las instituciones de beneficencia que le era característico, en lo que se refiere análisis clínicos, y potenció estas mismas actuaciones para dar servicio a los diferentes dispensarios provinciales encargados de la lucha antituberculosa, antivenérea y de atender la salud materno-infantil. El control de la calidad de las aguas de bebida también comenzó a ser una labor de rutina en el quehacer de la sección de química del laboratorio, desde donde se comenzó a analizar la calidad de las aguas de los diferentes pueblos de la provincia.

La actividad relacionada con la producción y suministro de vacunas a los pueblos de la provincia, para que los inspectores municipales de sanidad realizaran las correspondientes campañas de vacunación, se mantuvo como en períodos anteriores. La sección de epidemiología, responsable del control de las enfermedades infecto-contagiosas fue en esta etapa la referente para suministrar a los municipios las vacunas antivariólica, antitífica y también comenzó a propugnarse desde el

---

y obtuvo la plaza para el mismo cargo en Valencia por concurso entre una gran cantidad de aspirantes (Instituto Provincial de Higiene, 1932b).

dispensario de higiene infantil y la escuela de puericultura, la necesidad de vacunar a la población infantil frente a la difteria y frente a la tuberculosis. La vacunación e investigación de la rabia se mantuvo bajo la tutela de la sección de veterinaria.

**Tabla XX**  
**Actividad del laboratorio del Instituto Provincial de Higiene**  
**de Valencia (1931-1933)**

TIPO DE DETERMINACION	1931	1932	1933
<b>SANGRE</b>			
Reacción Wasserman	959	602	841
Reacción Khan	880	530	841
Reacción Meinicke	877	537	841
Reacción Weinberg		25	
Reacción Cassoni		13	16
Reacción Bothello		19	16
Morfológicas	256		
Otras reacciones	82		7
Investigación de treponemas			95
Aglutinaciones	89	86	309
Hemocultivos		26	
Glucosa		18	39
Recuento globular		377	410
Fórmula leucocitaria		212	410
VSG			26
Urea			30
Otras determinaciones			11
<b>ORINAS</b>	862		
Análisis completos		135	160
Análisis parciales		293	241
Sedimentos (bacteriológicos)			159
<b>EXUDADOS</b>	125		21
Jugo gástrico	260	57	23
Nasales		65	5
Uretrales			71
Vaginales		37	
Pleurales			10
Espustos	158	160	150
Heces	48	22	17
LCR	159	96	34
Tumores	23	45	1
Pus	5		
Leche de mujer			11
<b>INVESTIGACIÓN RABIA</b>	2	38	88
<b>ALIMENTOS</b>		8	17
<b>AGUAS</b>	27		
Bacteriológicos		96	46
Químicos		39	122
<b>TOXICOLÓGICOS</b>			27

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos estadísticos publicados en el *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia* entre 1931 y 1933.

La actuación de las brigadas sanitarias de Valencia y Játiva también continuaba ocupando un importante espacio entre las funciones del IPHV, centrandose su cometido en las tareas de desinfección. Como servicio ambulante, los dos equipos existentes se desplazaban a aquellos municipios de la provincia que los requerían, constituyendo la principal causa de la demanda la desinfección de viviendas en las que se había producido una defunción por alguna enfermedad infecto-contagiosa como la tuberculosis, el tifus o la meningitis. Una idea de la intensa actividad que realizaba este servicio ambulante de desinfección nos la dan las cifras de los desplazamientos realizados a lo largo de toda la geografía valenciana en el año 1932<sup>443</sup>, que supusieron la práctica de 372 desinfecciones en los municipios que se detallan en la tabla XXI.

Esta actividad tan prolífica de los servicios externos de desinfección, al parecer no se encontraba justificada, pues según opinión del propio inspector provincial la relación coste-efectividad de este servicio era escasa<sup>444</sup>. El hecho de que cada desinfección tuviera un coste medio de 100 pesetas obligó a Peset a tomar la decisión de limitar su práctica a los casos de tifoidea, tuberculosis, escarlatina, difteria y viruela, y posteriormente a plantearse la delegación de esta tarea en los farmacéuticos titulares, a los que se les impartirían previamente unas lecciones prácticas. De esta forma también podrían rentabilizarse los 70 formógenos que desde hacía 4 o 5 años se habían repartido entre los pueblos. La idea de Peset era, por tanto, utilizar este servicio únicamente en casos especiales, consiguiendo mejorar su rentabilidad y reconvertir al personal que venía prestando servicio en las brigadas, ubicándolo en los nuevos centros de higiene que tenía en proyecto inaugurar a partir de 1934<sup>445</sup>. Sin duda, en una primera etapa de la era bacteriológica el mito de la desinfección desencadenó estrategias de intervención de una ineficacia absoluta, al tiempo que calaba hondo en la mentalidad popular.

---

<sup>443</sup> Instituto Provincial de Higiene (1933a).

<sup>444</sup> Peset Alexandre, T. (1933b: 194-196).

<sup>445</sup> *Ibíd.*, 195.



**Tabla XXI**  
**Relación de desinfecciones practicadas por las brigadas sanitarias en 1932**

Alcántara del Júcar	11	Cerdá	1	Museros	2
Alfajar	33	Castelló de Rugat	1	Meliana	12
Albal	1	Canet de Berenguer	6	Mislata	5
Aldaya	66	Cuartell	1	Masanasa	5
Albalat de la Ribera	11	Cuart de Poblet	1	Masamagrell	7
Almácer	33	Catadau	1	Masalfasar	1
Albuxech	3	Casinos	66	Navarrés	3
Alboraya	7	Catarroja	2	Olocau	1
Albaida	1	Cullera	1	Olleria	6
Anna	2	Chella	3	Paiporta	1
Albalat dels Sorells	2	Chiva	4	Puebla Larga	1
Alacuàs	1	Cheste	5	Palomar	1
Alcira	1	Chirivella	4	Picasent	13
Almusafes	3	Domeño	1	Paterna	5
Alcudia de Crespins	9	Enguera	8	Pedralva	3
Antella	1	Enova	3	Puebla de Vallbona	3
Albaida	1	Estubeny	11	Puzol	2
Ayelo de Malferit	2	Fuente La Higuera	3	Puebla del Duc	1
Anahuir	1	Fortaleny	1	Poliñá del Júcar	1
Benifairó de	1	Foyos	5	Quesa	1
Bélgida	2	Fuente Encarroz	3	Rafelguaraf	3
Benegida	1	Genovés	3	Riola	1
Bocairente	2	Guadasuar	6	Rotglá-Corbera	2
Barcheta	1	Higueruelas	1	Rafelbuñol	3
Bicorp	3	Játiva	144	Real de Montroy	1
Beniganim	4	Jaraco	2	Siete Aguas	1
Bellús	1	Llosa de Ranes	4	Sollana	2
Burjasot	6	Lugar Nuevo Fenollet	2	Sellent	2
Benifairó de les Valls	2	L. Nuevo S. Jerónimo	1	Simat de Valldigna	2
Benetuser	4	La Granja	4	Sumacárcel	1
Benicalap	1	Loriguilla	1	Sedaví	1
Beniparrell	1	Liria	5	Tabernes Blanques	1
Benisanó	1	Moncada	2	Torrente	4
Bétera	1	Montserrat	2	Torre Lloris	1
Benaguacil	1	Manuel	7	Torrella	3
Corbera	1	Montesa	4	Vallada	4
Cuatretonda	4	Montaverner	2	Villanueva Castellón	3
Canals	2	Mogente	2	Villar del Arzobispo	4
Corbera de Alcira	1	Masarrochos	2	Yátova	5

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos publicados en el *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*.

### *Actividad desarrollada por la sección de epidemiología y estadística*

La labor de vigilancia epidemiológica de las enfermedades infecto-contagiosas prevalentes y la elaboración de una estadística demográfico-sanitaria que aportaba indicadores de natalidad y mortalidad, constituían el cometido fundamental de esta sección. La incorporación de Javier Vidal Jordana a su jefatura, coincidiendo con la reestructuración de los servicios provinciales en 1932, constituyó un verdadero acicate para la mejora en la recogida y elaboración de los informes estadísticos de carácter provincial, así como para la elaboración de estudios específicos sobre algunas enfermedades consideradas endémicas de la provincia de Valencia.

Indudablemente, las directrices marcadas desde la Dirección General de Sanidad y la importante contribución de Marcelino Pascua al desarrollo de la estadística sanitaria<sup>446</sup>, ejercieron una influencia significativa en la dirección adoptada desde la sección de epidemiología del IPHV. También hay que decir que pudieron alcanzarse estas mejoras gracias a una labor de sensibilización de los inspectores municipales de sanidad para conseguir, en primer lugar, que cumplimentasen los partes de declaración semanales y mensuales de manera regular y en segundo lugar, que la calidad de esa cumplimentación fuera adecuada<sup>447</sup>. El propio Vidal Jordana reconocía la repercusión negativa que tenía la apatía de algunos inspectores municipales sobre la posibilidad de realizar estudios demográfico-sanitarios de la provincia y la necesidad de sensibilizarlos para que percibieran como reconocida esta labor de declaración:

“[...] Únicamente pueden aprovecharse los datos de natalidad y mortalidad; pero aún suponiendo que éstos sean exactos, como quiera que son muchos los inspectores municipales que no envían los partes o los envían tarde, los datos son muy incompletos. Por lo que toca a las enfermedades de declaración obligatoria, creo no hay que insistir, pues

---

<sup>446</sup> Bernabeu Mestre, J. (1992b: 11-15).

<sup>447</sup> Esta sensibilización en ocasiones hubo de ir acompañada de medidas coercitivas. Así, en marzo de 1932, el inspector provincial de sanidad en funciones, Mariano Bellogín, publicó una Circular imponiendo multas de 25 pesetas a los inspectores municipales de sanidad de 85 pueblos de la provincia, por no haber remitido la estadística sanitaria correspondiente, al tiempo que les amenazaba con proponer su destitución si persistían en incumplir sus obligaciones. Bellogín, M. (1932b).

de sobra sabemos todos que son muy pocos los que cumplen este requisito. [...] A la vista de esto resalta la necesidad imperiosa de que algunos inspectores municipales (que casi siempre son los mismos) se capaciten del perjuicio que irrogan y de lo poco que cuesta cumplir esa obligación [...]”<sup>448</sup>.

Fruto del interés que cobró la estadística sanitaria como herramienta para el análisis epidemiológico, fueron los estudios de natalidad y mortalidad elaborados desde esta sección del instituto, que valoraban la evolución temporal de estos indicadores sanitarios en la capital y en la provincia de Valencia y establecían comparaciones con el resto de provincias del Estado. El primero se tituló “Resumen de natalidad y mortalidad en Valencia, provincia y capital, y su relación con las de España. Decenio 1921-1930”, el cual fue seguido de otro titulado “Resumen de natalidad y mortalidad en Valencia durante 1932”<sup>449</sup>. De acuerdo con las palabras del propio Vidal Jordana “[...] Hacía falta disponer de un estudio completo de los 264 ayuntamientos que componen la provincia, pues carecíamos de datos suficientes muy necesarios al organizar la lucha de la higiene rural [...]”<sup>450</sup>. Estos estudios permitieron obtener varias conclusiones entre las que destacaron la baja natalidad, tanto de la capital como de la provincia, en relación con otras regiones, la mortalidad infantil superior en la provincia que en la capital -en ésta los servicios sanitarios estaban más desarrollados- y las tasas de mortalidad general, aunque inferiores a las demás provincias, alejadas de los niveles deseables. Como corolario, el autor de los trabajos apuntaba que la campaña de actuación sanitaria debía centrarse en favorecer la natalidad y luchar contra la mortalidad infantil. El primer objetivo se conseguiría intensificando en toda la provincia las actuaciones de higiene maternal y prenatal, y el segundo extendiendo con celo y tesón la higiene infantil.

---

<sup>448</sup> Vidal Jordana, J. (1933c: 10-35).

<sup>449</sup> Estos trabajos aparecieron publicados en 1933 en el *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, con la finalidad de difundirlos entre todos los funcionarios municipales que habían contribuido con su declaración a hacerlos posible. Vidal Jordana, J. (1933a, 1933b).

<sup>450</sup> Vidal Jordana, J. (1933c:13).

Para poder analizar el estado de la situación de la sanidad rural valenciana y los recursos con que contaba cada municipio, la sección de epidemiología solicitó a los inspectores municipales de sanidad su colaboración. Así se hacía patente una vez más, el importante papel atribuido a los sanitarios locales en la reforma sanitaria que se estaba gestando, poniendo en sus manos la responsabilidad de colaborar para mejorar la organización rural de la sanidad valenciana. El informe dirigido y elaborado por Vidal Jordana consistió en el análisis de un cuestionario, cumplimentado por los inspectores municipales de sanidad de cada municipio, en el cual se reflejaban pueblo a pueblo su presupuesto municipal y los servicios que disponían. Los datos que debían consignarse en el cuestionario fueron el presupuesto municipal, situación, medios de comunicación, climatología, estadística de natalidad, mortalidad, servicios hospitalarios, diagnóstico, enfermedades venéreas, tuberculosis, protección a la infancia, higiene prenatal, primera infancia, edad preescolar, higiene escolar, higiene mental, problemas sanitarios especiales, higiene industrial, ingeniería sanitaria -aguas potables, residuales, basuras-, alimentos<sup>451</sup>.

La preocupación por la fiebre tifoidea como problema sanitario prioritario de la provincia de Valencia, también se ponía de manifiesto en los estudios realizados desde esta sección de epidemiología. De acuerdo con el análisis de la magnitud de la enfermedad en términos de morbilidad y mortalidad, se concluía con la necesidad de implicar a corporaciones, clases sanitarias, ingenieros, arquitectos, maestros, etc. en la puesta en marcha de una campaña destinada a combatir este problema sanitario, cuya etiología bien conocida se encontraba claramente vinculada a unos niveles de higiene deficitarios:

“[...] Conociendo fundamentalmente los mecanismos de propagación y sus fuentes de contagio, la acción que ejercen los portadores de gérmenes que continuamente van sembrando todo aquello que les rodea y en especial los alimentos; la contaminación de legumbres y hortalizas por los lavados y aguas de riego de las huertas, generalmente aguas fecales, que no van lo suficientemente depuradas. Recordaremos además, la costumbre muy extendida en algunos sitios, en donde los mismos carros

---

<sup>451</sup> *Ibíd.*, 25-30.

que sacan de la ciudad los productos de deshecho, estercoleros, etc., retornan al día siguiente cargados de verduras y a veces hasta de pan. La facilidad de contaminación de la leche, debido a sus manipulaciones y la falta de abastecimiento de este alimento de forma adecuada y sometida a una eficaz inspección. Los abastecimientos de aguas en malas condiciones higiénicas, sin ninguna protección y expuestos a toda clase de poluciones. La eliminación defectuosa de excretas y su alejamiento sin depuración, vertiéndolas en el mar, ríos o acequias de riego [...]”<sup>452</sup>.

El análisis comparativo de las tasas de mortalidad específicas por fiebre tifoidea en las diferentes provincias españolas, situaba a Valencia como la de mayor mortalidad en el conjunto del Estado en el quinquenio 1927-1931, seguida de Alicante, Barcelona, Castellón y Cáceres<sup>453</sup>. La epidemiología de la enfermedad estaba claramente vinculada a importantes deficiencias en el abastecimiento de aguas y eliminación de excretas de muchos municipios, así como a la existencia de un considerable volumen de portadores del bacilo tífico<sup>454</sup>. El primer aspecto se ponía de manifiesto en el cuestionario contestado para dar lugar al informe sanitario general de la provincia, en el cual se hacía evidente la necesidad de apoyar a los ayuntamientos para solucionar cuanto antes estos aspectos tan básicos. En este sentido, el IPHV se ofreció como intermediario ante los 153 ayuntamientos de menos de 2.000 habitantes, para ayudarles a tramitar la solicitud de la ayuda económica ofrecida por el Estado para acometer las obras de abastecimiento del agua de bebida y de evacuación de aguas residuales. De esta forma, a lo largo de 1933 se tramitaron los expedientes relacionados con las obras sanitarias que a continuación se detallan<sup>455</sup>:

- Aguas potables 9: Sagunto, Estivella, Real de Montroy, Puig, Serra, Cullera, Luchente, Catadau, Torres Torres.
- Alcantarillado 5: Sagunto, Meliana, Puig, Oliva, Museros.

---

<sup>452</sup> Vidal Jordana, J. (1933d).

<sup>453</sup> Sánchez Verdugo, J. (1932).

<sup>454</sup> Manzanete, R. (1933).

<sup>455</sup> Vidal Jordana, J. (1933c: 22-24).

- Lavaderos 3: Cullera, Estivella, Casas Altas.
- Depósito de aguas 1: Catarroja.
- Saneamiento de playa 1: Playa de Levante (Grao) Valencia.

### *Actividades de la sección de veterinaria*

El principal cometido de esta sección, cuya jefatura ostentaba Juan Campos Pérez, era el abordaje del problema de la rabia. El estudio histopatológico de los órganos nerviosos de los animales sospechosos, la preparación de diluciones a partir de la médula enviada desde el Instituto Nacional de Higiene para la obtención de la vacuna antirrábica y la aplicación del tratamiento a las personas mordidas constituían la mayor dedicación del departamento. Entre las medidas propuestas desde la inspección provincial de sanidad para luchar contra la rabia, se estableció la prohibición de la circulación de perros sin bozal, la vigilancia facultativa de todo animal mordedor durante los 8 días posteriores y, en caso de que éste muriese, los mordidos debían ser enviados al IPHV con un parte facultativo y un certificado de pobreza en su caso<sup>456</sup>. Las distintas vertientes de la actividad desarrollada en esta sección se hacían patentes en la memoria que resumía su actividad a lo largo de 1933<sup>457</sup>, con los siguientes resultados:

---

<sup>456</sup> Circular de la Inspección Provincial de Sanidad de Valencia, de 16 de enero de 1933.

<sup>457</sup> Campos Pérez, J. (1933: 49-54).

**Tabla XXII**  
**Actividad desarrollada por la sección de veterinaria del Instituto**  
**Provincial de Higiene de Valencia en 1933**

Actividad	Número
<b>Análisis efectuados</b>	
Investigación histopatológica de la rabia en cerebro	76
Investigación de rabia en ganglio plexiforme	3
Reacción de Wassermann	2
Diferenciación biológica de carnes	1
Inoculaciones diagnósticas	6
<b>Total</b>	<b>88</b>
Investigación histopatológica de la rabia (cerebros examinados):	
De perro	48
De gato	23
De conejo	2
De ratón	2
De caballo	1
<b>Total</b>	<b>76</b>
<b>Casos positivos de rabia</b>	<b>28</b>
<b>Casos negativos de rabia</b>	<b>48</b>
<b>Individuos vacunados</b>	<b>396</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por Campos Pérez (1933).

**Tabla XXIII**  
**Individuos vacunados en 1933 según tipo de mordedura**

Tipo de animal	Número	Porcentaje
Perro	270	68,18
Gato	107	27,05
Ratón	9	2,28
Conejo	3	0,76
Caballo	1	0,25
Mula	1	0,25
Contagio accidental	5	1,26
<b>Total</b>	<b>396</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por Campos Pérez (1933).

Queda claramente patente en los datos presentados, el importante desarrollo experimentado por esta sección a partir de 1931, con una ampliación clara de competencias en lo relativo a los estudios sobre la rabia. El afianzamiento del departamento, dirigido por Campos Pérez, también se ponía de manifiesto en el importante volumen de vacunas administradas que, de una media de 130 vacunas

anuales aplicadas en los años comprendidos entre 1921-1930, se paso a una cifra cercana a las 400 en 1933.

Además del problema sanitario de la rabia, desde la sección de veterinaria comenzó a controlarse el abastecimiento de leche en la provincia, de manera que como punto de partida se planteó la elaboración de “[...] un catastro de las leches consumidas, para determinar las constantes de composición media de las leches. Hemos ido formando un departamento para el análisis de estos productos y completando el material necesario para su reconocimiento y examen, tarea que confiamos tener terminada en breve con la recepción de algunos aparatos y reactivos de que carecíamos, lo que nos permitirá entrar de lleno en el asunto y obtener óptimos resultados y conclusiones que han de cooperar por una parte al mejoramiento del ganado de producción lechera y por otra al índice de salubridad del importantísimo alimento [...]”<sup>458</sup>. Como director técnico del instituto, Tomás Peset apoyaba la necesidad de que desde la sección de veterinaria comenzaran a orientarse parte de los esfuerzos al control de los alimentos de origen animal, muy especialmente al abastecimiento de leches y a los derivados de este producto<sup>459</sup>.

### ***Actividad desarrollada por la sección de química***

Bajo la dirección de José Marqués Gil, esta sección estaba encargada de la realización de los análisis químico-clínicos procedentes de la beneficencia de los pueblos de la provincia, establecimientos de beneficencia a cargo del Estado y servicios ubicados en el propio instituto. También se encargaba de la realización de los análisis químicos de sustancias alimenticias y productos químicos, análisis toxicológicos, preparación de reactivos y soluciones valoradas para los distintos laboratorios dependientes del instituto. Para el envío de muestras de productos patológicos desde los pueblos en condiciones óptimas para poder llevar a cabo los análisis, se dotó a los ayuntamientos del equipo de material necesario. El resumen de la actividad realizada desde esta sección en el año 1933 descrito por su director José Marqués<sup>460</sup>, nos da una idea de cuales eran sus cometidos:

---

<sup>458</sup> *Ibíd.*

<sup>459</sup> Peset Alexandre, T. (1933b: 196).

<sup>460</sup> Marqués Gil, J. (1933: 55-58).



**Tabla XXIV**  
**Actividad desarrollada por la sección de química del Instituto**  
**Provincial de Higiene de Valencia en 1933**

Actividad	Número
<b>Análisis procedentes de la beneficencia de los pueblos de la provincia</b>	
<b>Orinas</b>	
Análisis completos	103
Análisis parcial	128
<b>Sangre</b>	
Glucosa	23
Urea	18
Otras investigaciones	6
<b>Jugo gástrico</b>	15
<b>Heces</b>	7
<b>Análisis procedentes de los servicios sanitarios oficiales: dispensarios antituberculosos, dispensarios antivenéreos, escuela de puericultura, servicios antitracomatosos.</b>	
<b>Orinas</b>	
Análisis completos	57
Análisis parcial	113
<b>Sangre</b>	
Glucosa.	16
Urea	12
Otras investigaciones	5
<b>Jugo gástrico</b>	8
<b>Heces</b>	2
<b>Leche de mujer</b>	11
<b>Análisis de las aguas potables de 71 pueblos de la provincia</b>	
<b>Aguas buenas</b> (componentes químicos dentro de los límites oficiales de la potabilidad)	
<b>Aguas regulares</b> (componentes en el límite de la potabilidad)	
<b>Aguas malas</b> (componentes rebasan los límites de la potabilidad)	22
<b>Análisis de alimentos para controlar su pureza y comprobar posibles adulteraciones introducidas por la industria o el comercio</b>	
<b>Análisis toxicológicos: como consecuencia de tox infecciones alimentarias por la ingestión de alimentos en malas condiciones - helados, pasteles, leche, etc.-</b>	

Fuente: elaboración propia a partir de los datos aportados por Marqués Gil (1933).

### *Actividades de la sección de bacteriología*

Dirigida por Vicente Ramón Méndez, la labor de la sección de bacteriología estuvo fuertemente vinculada a las demandas de los dispensarios antivenéreo y antituberculoso, así como a la escuela de puericultura, vinculación que se vio reforzada cuando todas estas instituciones pasaron a compartir la misma sede que el instituto provincial de higiene. Ello explica la intensificación que sufrieron los estudios serológicos para el diagnóstico de las enfermedades venéreas más importantes -sífilis y gonococia-, así como de la tuberculosis. El resumen de la actividad de esta sección en el año 1933 ejemplifica la orientación que tomó en esta etapa<sup>461</sup>.

**Tabla XXV**  
**Actividad desarrollada por la sección de bacteriología del Instituto**  
**Provincial de Higiene de Valencia en 1933**

<b>Actividades</b>	<b>Número</b>
<b>Sección del Instituto</b>	
Reacciones de Wassermann, Kahn y Meinicke (de ellas resultaron 48 positivas).	222
Desviaciones de complemento para el diagnóstico de tuberculosis, gonococcia y quiste hidatídico	16
Recuentos y fórmulas leucocitarias	24
Reacciones de seroaglutinación al grupo colitífico y disentéricos	305
Análisis de esputos	80
Análisis de exudados	19
Análisis de líquido pleural	6
Análisis de líquido ascítico	3
Análisis de líquido céfalo raquídeo	14
Análisis de heces	8
Análisis de tumores	1
Preparación de autovacunas	14
Análisis bacteriológicos de aguas	46
<b>Total</b>	<b>758</b>

<sup>461</sup> Ramón Méndez, V. (1933: 59-63).

<b>Actividades (continuación)</b>	<b>Número</b>
<b>Servicios prestados al Dispensario Antivenéreo</b>	
Reacciones de Wassermann, Kahn y Meinicke (de ellas resultaron 112 positivas)	710
Desviaciones de complemento para diagnóstico de gonococcia	7
Recuentos y fórmulas leucocitarias	15
Reacciones de seroaglutinación	1
Sedimentos de orina (análisis bacteriológico)	159
Exudados uretrales	71
Examen de pelos y escamas	46
Análisis de líquido céfalo raquídeo	20
Investigación del treponema pálido	95
<b>Total</b>	<b>1.009</b>
<b>Servicios prestados a la Escuela Provincial de Puericultura</b>	
Reacciones de Wassermann, Kahn y Meinicke (de ellas resultaron 4 positivas)	80
Exudados faríngeos	5
<b>Total</b>	<b>85</b>
<b>Servicios prestados al Dispensario Antituberculoso Provincial</b>	
Reacciones de Wassermann, Kahn y Meinicke. (de ellas resultaron 2 positivas)	22
Recuentos y fórmulas leucocitarias	18
Reacciones de seroaglutinación	2
Determinación de la velocidad de sedimentación	26
Análisis de esputos	70
Análisis de exudados	2
Análisis de líquido pleural	4
<b>Total</b>	<b>144</b>

Fuente: elaboración propia a partir de los datos aportados por Ramón Méndez (1933).

La interpretación de estos datos pone claramente de manifiesto, por un lado el papel de centro de referencia que suponía el laboratorio de bacteriología para los diferentes dispensarios integrados en la estructura sanitaria provincial y por otro, la importancia y el peso que representaba el diagnóstico de las enfermedades venéreas en general y de la sífilis en particular en el quehacer de este laboratorio, a juzgar por la cantidad de reacciones de Wasserman, Kahn y Meinicke llevadas a cabo para satisfacer la demanda de los diferentes dispensarios y de la escuela de puericultura.

### ***La labor docente y de propaganda***

La importante reforma sanitaria que pretendía efectuar la nueva administración republicana, se encontraba con un significativo obstáculo en la falta de profesionales capaces de llevarla a cabo. En este sentido, era necesario implicar a los sanitarios locales e inspectores municipales de sanidad, asignándoles el importante papel de impulsar el desarrollo de la política sanitaria en el medio rural. No obstante, este cometido requería pasar por un adecuado proceso de formación, de acuerdo con los supuestos conceptuales y metodológicos más actualizados. A los esfuerzos iniciados por la Junta de Ampliación de Estudios, a las oportunidades de formación ofrecidas a través del convenio firmado con la Rockefeller Foundation, o a las iniciativas de la Comisión Permanente de Investigaciones Sanitarias a lo largo de los años veinte y treinta<sup>462</sup>, se sumaron otras instituciones con carácter docente como las escuelas nacional y provinciales de puericultura, o el proyecto de escuela de enfermeras visitadoras<sup>463</sup>. En el campo de la docencia, a los institutos provinciales de higiene también se les atribuyó la misión de extender y actualizar los conocimientos de los profesionales sanitarios de su provincia.

El IPHV se mostró sensible a esta necesidad de establecer un mecanismo de formación continuada de los sanitarios locales, considerados como piezas clave del proceso de reconstrucción sanitaria del gobierno republicano. Acatando las disposiciones de la Dirección General de Sanidad<sup>464</sup>, asumió la tarea de impartir, a partir de 1931, los cursillos necesarios para el ingreso en el cuerpo de médicos inspectores municipales de sanidad de la provincia. Se trataba de poner al día en los últimos avances en materia de salud pública a estos profesionales, y de sensibilizarlos para que entendiesen la importancia y el interés de la orientación preventiva y comunitaria de su quehacer cotidiano. Desde esta misma perspectiva, el instituto provincial de higiene también organizó un curso en 1931 para actualizar los conocimientos de los farmacéuticos titulares de la provincia<sup>465</sup>.

---

<sup>462</sup> Pitaluga Fattori, G.; Buen Lozano, Sadi de; Benzo Cano, M. (1935: 409-447).

<sup>463</sup> Bernabeu Mestre, J.; Gascón Pérez, E. (1995).

<sup>464</sup> Real Decreto de 16 de mayo y Orden de 22 de mayo de 1930 de la Dirección General de Sanidad, regulando los cursillos de ingreso en el cuerpo de inspectores municipales de sanidad.

<sup>465</sup> En 1931, el instituto provincial de higiene anunció la convocatoria para la realización de cursillos de formación dirigidos a farmacéuticos (Instituto Provincial de Higiene, 1931a) y médicos inspectores municipales de sanidad (Instituto Provincial de Higiene, 1931b). Por su parte, la escuela provincial de

La necesidad de expandir al medio rural las principales luchas sanitarias frente a las enfermedades sociales, con el consiguiente desarrollo de estructuras organizativas responsables de su materialización encarnadas en los dispensarios, también hizo necesaria una labor docente promovida desde la sede de los diferentes servicios vinculados al instituto. Así, desde el dispensario oficial antivenéreo de la calle del Dr. Simarro, se organizó entre los meses de noviembre y diciembre de 1933 el “I Cursillo de enfermedades venéreasifilíticas y su clínica”, contando como docentes con Ramón Vila Barberá, Manuel Aubán Amat, Ramón González Medina y Manuel González Rey, todos ellos profesionales que ejercían en los dispensarios antivenéreos de Valencia. También participaron como invitados, el Director General de Sanidad Julio Bejarano -en calidad de sifiliógrafo- así como Sánchez Covisa de Madrid, Peyri y Noguer Moré de Barcelona y Rodríguez Fornos de Valencia. Los alumnos asistentes, en número de 28, pertenecían en su mayoría al cuerpo de médicos inspectores municipales de sanidad de los diferentes municipios de la provincia. Y promovido por los mismos organizadores desde el dispensario antivenéreo, también se planteó el “Cursillo breve de Terapéutica Dermatológica” a celebrar en la primera quincena de marzo de 1934<sup>466</sup>. Como vemos, no se trataba de campañas de divulgación sino de formación especializada para profesionales, es decir que la propia dinámica desencadenada por las campañas sanitarias actuó de acicate del inicio y proceso de constitución de ciertas especialidades médicas<sup>467</sup>.

Bajo la idea de que el problema de la mortalidad infantil estaba vinculado a un nivel educativo bajo de la población, la puericultura se presentaba como una disciplina cuya finalidad debía fijarse en la educación de las madres del momento y de las futuras madres, es decir de las niñas. Por ello, la labor docente de la puericultura se planteó dirigirla hacia dos colectivos diferentes, uno el de las

---

puericultura organizó en 1933 cursos de puericultura (Escuela Provincial de Puericultura, 1933b) y en 1934 de higiene escolar dirigidos a médicos en ambos casos (Escuela Provincial de Puericultura, 1934b).

<sup>466</sup> Instituto Provincial de Higiene (1934a). También aparecía anunciado el cursillo de terapéutica dermatológica, que se limitaba a 30 alumnos, cuyas solicitudes debían dirigirse a González Medina del dispensario antivenéreo provincial, con unos derechos de inscripción de 25 pesetas (Instituto Provincial de Higiene, 1934b).

<sup>467</sup> La relación entre las luchas contra la mortalidad infantil y contra el cáncer y su contribución a la consolidación de la pediatría y la radiología respectivamente, como especialidades médicas, han sido tratadas por Medina Doménech, R.M.; Rodríguez Ocaña, E. (1994).

estudiantes que cursaban la carrera de maestras, por el enorme poder de difusión de su labor docente hasta el rincón más alejado, y el otro colectivo al que debía dirigirse era el de médicos rurales, con la finalidad de ir creando referentes en las zonas rurales en esta materia. Por último, con la finalidad de estimular a las madres a interesarse por la puericultura, se planteó el interés de organizar cátedras ambulantes de puericultura, que se desplazarían a dar cursillos y conferencias a las zonas rurales<sup>468</sup>.

Entre las actuaciones que realizó la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia dentro de la campaña de lucha contra la mortalidad infantil, también tuvo un papel relevante la organización de cursos de formación. Conscientes de que para elevar el nivel de la salud infantil era necesario mejorar el nivel de conocimientos sanitarios de las madres<sup>469</sup>, las primeras actuaciones docentes de la escuela de puericultura se centraron precisamente en este colectivo:

“[...] Más de cincuenta señoritas y jóvenes madres se han alistado en la Escuela de Puericultura, ansiosas de conocer los múltiples problemas relacionados con la crianza de los niños [...]. En la sesión de clausura quedó claramente demostrado que la obra social que realiza la Escuela de Puericultura es justamente apreciada, ya que sus propósitos se vieron confirmados, al ver un nutrido grupo de mujercitas valencianas compenetradas con los ideales de la Escuela que no son otros que los de la defensa de la vida de los niños y la exaltación de los derechos que les corresponden [...]”<sup>470</sup>.

García Brustenga, Martí Pastor, Vilar Gallego, Valencia Negro, Rodrigo Pérez, Bosch Marín, Moltó Santonja y Antón Bellver fueron los encargados de impartir estos cursillos. La mayor parte de ellos participaron un año más tarde en otro curso de puericultura, esta vez dirigido a los médicos de la provincia, en el cual se compaginaba la teoría con la práctica. Las clases prácticas se impartieron en establecimientos íntimamente ligados al cuidado de la infancia, que además de la

---

<sup>468</sup> Pardo, P. (1930).

<sup>469</sup> Cuidado, protección e intervención era la tríada subyacente en la lucha sanitaria en pro de la salud y el bienestar infantil. Ballester, R.; Balaguer, E. (1995).

escuela de puericultura estaban integrados por el servicio de guardalactantes de la fábrica de tabacos, la guardería infantil de la barriada de Sagunto, el instituto municipal de puericultura, la inclusa y maternidad del hospital provincial, la Casa de Beneficencia, el dispensario antituberculoso de la Avenida del Puerto, la Casa de Misericordia, la Escuela Reforma de Burjasot y el Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa<sup>471</sup>.

Aunque desde el IPHV ya se había tomado alguna iniciativa orientada a la prevención y la promoción de la salud con anterioridad a la etapa republicana<sup>472</sup>, será precisamente en este período cuando se hará claramente patente la necesidad de socializar los conocimientos sanitarios, como herramienta fundamental para combatir la miseria y la incultura, que tan íntimamente se vinculaban al deficiente nivel de salud de la población<sup>473</sup>. La educación se convirtió en un elemento reformador de la sociedad, de tal forma que el adoctrinamiento sanitario permitiría el desarrollo del argumento del libre acuerdo en la legitimación de la política sanitaria. Preparar a los ciudadanos para aceptar las campañas sanitarias evitaría tener que declarar su naturaleza obligatoria, legitimándose éstas con el argumento de libre elección<sup>474</sup>.

La labor de propaganda constituyó uno de los principales elementos de apoyo de la Escuela de Puericultura y Dispensario de Higiene Infantil de Valencia. Para conseguir el objetivo de reducir las elevadas tasas de mortalidad infantil en la provincia, una de las estrategias planteadas era elevar el nivel de educación sanitaria de la población en relación con la salud infantil, incluyendo tanto a profesionales sanitarios -médicos, enfermeras visitadoras- como a las propias madres, encargadas del cuidado, alimentación e higiene de los niños. Con esta finalidad se elaboraron

---

<sup>470</sup> Escuela Provincial de Puericultura (1932a).

<sup>471</sup> Escuela Provincial de Puericultura (1933b).

<sup>472</sup> La necesidad de atajar el problema que representaba la rabia ya había dado pie en 1928, a editar una "Cartilla de vulgarización sanitaria contra la rabia", con instrucciones destinadas a prevenir la enfermedad entre las personas y a combatir su propagación entre los animales (A.D.P.V., A.3.1.12, vol. 19-24). No obstante, las principales actuaciones en el campo de la promoción de la salud estuvieron orientadas desde un principio a mejorar la salud infantil, y en este sentido cabe destacar la promoción de la lactancia materna como forma de garantizar una adecuada nutrición en el primer año de vida y de disminuir la mortalidad infantil, a través de la organización por la Junta Provincial de Protección a la Infancia de Valencia de concursos anuales de madres lactantes (Bermúdez Castro, C., 1928a). Del mismo modo, la necesidad de concienciar a la comunidad sobre la importancia de la vacunación, también había sido objeto de campañas de propaganda sanitaria (Dirección General de Sanidad, 1925).

<sup>473</sup> Bellogin, M. (1931, 1932a).

varios folletos que incluyeron una “Cartilla de Higiene Infantil”, un folleto sobre “Los derechos del niño”, y otro titulado “Los juguetes del niño”. Además, la labor educativa llevó a la escuela de puericultura a idear lo que denominó “Cátedra Ambulante”, que consistía en organizar en lugares de amplio aforo -normalmente teatros- tanto de la capital como de los pueblos más dispares de la provincia, actos dirigidos a la población para mejorar los conocimientos sanitarios sobre la higiene infantil<sup>475</sup>. Además se aprovechaban para iniciar la vacunación antidiftérica a los niños de 1 a 3 años de las poblaciones donde se realizaba el acto en cuestión, y de esta forma se pretendía poner al alcance de la población del medio rural las nuevas medidas preventivas sobre vacunación. Con todos estos actos se pretendía recordar al pueblo sus deberes para con la salud pública y contribuir a crear generaciones vigorosas.

La estrategia utilizada desde la inspección provincial de sanidad para realizar intervenciones comunitarias con la finalidad de elevar el nivel de conocimientos sanitarios de la población, era aprovechar determinadas circunstancias como la inauguración de un nuevo servicio en una determinada localidad, o la circunstancia de realizar alguna intervención sanitaria urgente para atajar un problema, como en el caso de un brote epidémico. Así lo expresaba Tomás Peset al resumir las actividades de propaganda impulsadas a lo largo de 1933:

“[...] En el primer caso lo hemos hecho en circunstancias de inauguración de un servicio nuevo, como el antivenéreo de Sagunto, proyectando la película “La terrible lección” teniendo gran aceptación, hasta el punto de tenerla que pasar varios días por imposibilidad de los locales que eran insuficientes para el público que deseaba concurrir. En el segundo, aprovechamos todos los brotes epidémicos. Tifoidea, meningitis, sarampión, rabia, difteria, etc., para conseguir una mayor colaboración en el momento y una atención para el porvenir.

Cuando se ha conseguido vacunación en masa contra la fiebre tifoidea o se ha estimulado a los ayuntamientos y particulares a la

---

<sup>474</sup> Jiménez Lucena, I. (1998a).

<sup>475</sup> Escuela Provincial de Puericultura (1933a).



práctica de las medidas higiénicas, incluso se ha conseguido iniciar obras de abastecimiento de aguas, eliminación de excretas, etc, ha sido siempre con el terrible ejemplo de alguna defunción que puede evitarse.

En todo tiempo puede realizarse la propaganda, pero siempre dentro de la verdad, la dignidad y el buen gusto [...]"<sup>476</sup>.

---

<sup>476</sup> Peset Alexandre, T. (1933c: 38-39).

### **4.3. Otras instituciones que conformaban la organización sanitaria provincial**

#### **4.3.1. De los dispensarios a los centros secundarios de higiene**

Los dispensarios fueron estructuras asistenciales que surgieron ante la necesidad de poner en marcha un plan de lucha frente a determinadas enfermedades, que por su elevada prevalencia y por su vinculación a los estratos sociales más desfavorecidos, se convirtieron en una de las prioridades de la política sanitaria del primer tercio del siglo XX<sup>477</sup>. La asimilación de la defensa de la etiología social de determinadas enfermedades por parte de algunos higienistas españoles con dedicación profesional a la administración sanitaria -Carlos María Cortezo, Manuel Martín Salazar, Ángel Pulido, Amalio Gimeno, Francisco Murillo Palacios, Gustavo Pittaluga, Marcelino Pascua o Sadí de Buen- seguramente resultó un factor determinante en la incorporación de esos nuevos establecimientos que eran los dispensarios, al modelo de asistencia sanitaria pública en España.

La apuesta española por poner en marcha un modelo organizativo basado en la creación de dispensarios, de manera similar a los países de su entorno, encontró el marco legislativo para su desarrollo en el *Reglamento de Sanidad Provincial* de 1925, donde estas estructuras se catalogaban como de “organizaciones sanitarias de carácter social”, junto a los sanatorios y los institutos de puericultura y de asistencia infantil. La nueva red asistencial, cuya organización recayó en la estructura sanitaria provincial, se encargaría de prestar asistencia gratuita de manera ambulatoria a los enfermos pobres con enfermedades generales y, especialmente, a los tuberculosos y enfermos de afecciones venéreas. El dispensario debía cumplir una misión médico-social y sus actuaciones centrarse en el diagnóstico precoz de la enfermedad, en la detección de los contactos para limitar en lo posible la expansión de la enfermedad y en la educación sanitaria sobre las medidas profilácticas recomendadas en cada caso. La lucha contra la tuberculosis a nivel provincial, se completaba con la creación de sanatorios marítimos y de montaña y la organización de colonias de niños enfermos. La lucha contra la lepra también le fue asignada al nivel provincial, del mismo modo

---

<sup>477</sup> Rodríguez Ocaña (2001).

que la puesta en marcha de dispensarios específicos para combatir el tracoma, en aquellas áreas geográficas en que esta enfermedad resultaba endémica. La lucha contra la mortalidad infantil estableció sus bases en la organización sanitaria provincial a través de la creación de dispensarios de higiene infantil, encargados de atender la salud materno-infantil, y de escuelas de puericultura, cuya misión era elevar el nivel de conocimientos sobre higiene materno-infantil tanto de los profesionales sanitarios como de las madres.

La consolidación del modelo dispensarial como catalizador de las principales luchas sanitarias, determinó que una vez cubiertas las necesidades organizativas de las capitales de provincia, este mismo modelo se hiciese extensivo al medio rural para poner también allí en marcha las distintas luchas sanitarias. Esto se hizo posible merced a un importante incremento de los presupuestos destinados a sanidad por el Estado que, si bien en 1900 suponían un 0,08% de los gastos del Estado -738.652 pesetas-, en 1921 pasaron a suponer el 0,24% -6,62 millones de pesetas-, en 1930 ascendieron al 0,27 % -10,3 millones-, en 1932 se produjo una subida del 50% alcanzando el 0,36% del presupuesto y en 1933 la subida volvió a ser del 100% -31,43 millones de pesetas-<sup>478</sup>. Así fue como a partir de 1932, coincidiendo con este importante incremento en los presupuestos, comenzaron a hacer su aparición los primeros centros secundarios de higiene<sup>479</sup>. Se trataba de estructuras descentralizadas de salud pública, encargadas de dar servicio a las necesidades de las zonas rurales y dirigir la puesta en marcha de los principales programas de actuación de la política sanitaria, bajo la tutela directa de las inspecciones provinciales de sanidad. La novedad respecto a planteamientos organizativos anteriores consistía en que era el Estado el responsable último de la dirección y funcionamiento de la estructura sanitaria, con la necesaria cooperación de los municipios<sup>480</sup>.

De esta forma, se potenciaron los institutos provinciales de higiene, como órganos de dirección de la política sanitaria de la provincia y, dependiendo de ellos, se crearon centros secundarios de higiene para hacer frente a aquellos problemas de

---

<sup>478</sup> Véanse los trabajos de Marsset Campos, P.; Sáez Gómez, J.M.; Martínez Navarro, F. (1995) y Mazuecos Jiménez, A. (1980).

<sup>479</sup> Con fecha de 22 de abril de 1932, Marcelino Pascua hizo pública la consignación de un crédito específico en los presupuestos del estado, para la creación de 15 centros secundarios de higiene rural. Centros Secundarios de Higiene (1932).

salud más prevalentes en cada zona -tuberculosis, enfermedades venéreas, mortalidad infantil, paludismo, tracoma-. Y así fue como la onda expansiva con origen en el centro terciario que era el instituto provincial de higiene, comenzó a propagarse al medio rural en pequeños núcleos sanitarios que, con la filosofía asistencial propia de los dispensarios, reunían los servicios mínimos para combatir la salud materno infantil, la tuberculosis, las enfermedades venéreas, y, en aquellas zonas en las que resultaba endémico, el tracoma. La ponencia presentada en el primer Congreso de Sanidad Nacional por Sadí de Buen titulada “Organización de los servicios de higiene rural” resumía la propuesta de organización sanitaria para el medio rural en los siguientes puntos<sup>481</sup>:

- El núcleo de atenciones de la organización de la higiene rural estará formado por la higiene personal, en especial infantil y maternal y la lucha contra las enfermedades evitables.
- Desde el principio debe prepararse y aceptar en un futuro próximo la responsabilidad de la coordinación de los medios de saneamiento y de asistencia médica, y más tarde de la sanidad rural.
- La organización total debe depender de la Dirección General de Sanidad, estableciéndose los servicios con la cooperación de las corporaciones locales.
- Se acepta como célula fundamental de la organización el centro primario de higiene rural, orientado y completado en sus funciones por los centros secundarios y los institutos provinciales de higiene, dependientes mediante la jefatura de sanidad provincial de la Inspección General de Sanidad Interior.
- A la organización deben incorporarse los médicos rurales que deseen colaborar en medicina preventiva y se favorecerá el desenvolvimiento de las especialidades en las zonas donde todavía no existan.

---

<sup>480</sup> Huertas, R. (2000).

<sup>481</sup> Ruesta (1934).

Tal como afirmaba Nájera en la apertura de este congreso<sup>482</sup>, no cabe duda de que la llegada de la Segunda República permitió llevar a término las reformas organizativas necesarias para poner en marcha el plan propuesto desde la Sociedad de Naciones de incluir el desarrollo de la higiene rural en el modelo de organización sanitaria. Aunque el verdadero impulso en el desarrollo organizativo de la estructura de salud pública en el medio rural tuvo lugar a partir de 1932, en la provincia de Valencia ya se habían esbozado algunas propuestas con anterioridad. Así, en noviembre de 1931, su inspector provincial, Gabriel Ferret, presentó su proyecto de creación de centros a nivel rural, dependientes técnicamente del instituto provincial de higiene, que como él mismo decía “[...] darán vida sanitaria a los elementos rurales, servirán de centros de vulgarización de la Higiene pública y serán pequeñas centrales de campañas para la lucha contra la tuberculosis, enfermedades venéreas, paludismo, tracoma, lepra y endemias tan pertinaces en la provincia como la fiebre tifoidea y la fiebre de malta [...]”<sup>483</sup>.

La propuesta del inspector provincial, planteada como de carácter obligatorio para los ayuntamientos, consideraba la creación de tres tipos de estructuras a nivel rural: brigadas, subbrigadas y puestos de auxilio, diferenciadas por la mayor o menor dotación de recursos y capacidad asistencial. Así, la creación de una brigada exigía un local con vestíbulo y recibidor, sala de espera, oficina y dirección, laboratorio, sala de curas, una pequeña enfermería, sala de juntas donde pudieran darse conferencias, garaje para los coches y almacén para los útiles de desinfección, mientras que las subbrigadas, más modestas, se diferenciarían por carecer de laboratorio, sala de reunión y garaje. Como puntos estratégicos para establecer las brigadas marcó la capital de la provincia, Sagunto, Liria, Chelva, Chiva, Requena, Ayora, Alcira, Gandía, Onteniente, Enguera y Játiva. Las subbrigadas estarían ubicadas en Carlet, Alberique, Albaida, Sueca y Torrente, y los puestos de auxilio sanitario en Cullera, Burjasot, Villar del Arzobispo, Camporrobles, Aras de Alpuente, Algimia de Alfara y Cofrentes. Y para poder llevar a efecto este ambicioso proyecto descentralizador, el inspector provincial presionaba a los ayuntamientos, sedes de las nuevas estructuras sanitarias, a ceder los locales para su instalación y a

---

<sup>482</sup> Rodríguez Ocaña, E.; Méndez Álvaro, A. (1986).

incluir en sus presupuestos las dotaciones económicas necesarias<sup>484</sup>. Por otra parte, los municipios grandes que ya disponían de un instituto municipal de sanidad, con su oficina, dispensarios, laboratorio y centros de desinfección, podrían asimilar la nueva estructura a las ya existentes.

Al hacerse cargo de la inspección provincial de sanidad Tomás Peset, y tras consolidar la estructura del IPHV como centro de nivel terciario director de la política sanitaria provincial, volcó todos sus esfuerzos en completar la organización de la salud pública en el medio rural. La creación de dispensarios, con una ideología asistencial que comprendía tanto el tratamiento gratuito de los pacientes como la profilaxis y la educación sanitaria de la población, comenzó a hacerse una realidad en los pueblos más populosos de la provincia. La cesión de locales por parte de los respectivos ayuntamientos facilitó la constitución de los dispensarios antivenéreos de Alcira, Gandía, Játiva, Sueca y Sagunto, y de los antitracomatosos de Alcira, Sagunto, Sueca, Cullera y Gandía. El inicio de la lucha contra la mortalidad infantil determinó que esta nueva lucha sanitaria se sumase a las anteriores, impulsada ya desde las nuevas estructuras administrativas que en forma de polidispensarios constituyeron los centros secundarios de higiene. En un primer momento se proyectó la creación de tres centros secundarios en las poblaciones de Gandía, Sagunto y Játiva, aprovechando la colaboración de sus ayuntamientos y la facilidad de reunir en un mismo local varios dispensarios que ya venían funcionando en estas poblaciones. Pero Tomás Peset tenía además intención de ampliar la organización sanitaria rural con la creación de varios centros primarios en otras poblaciones:

“[...] Tenemos ya en construcción por cuenta de los municipios de Játiva y Sagunto, entusiastas por la Sanidad, conscientes de sus deberes para con sus administrados, locales para instalar en ellos dos centros secundarios de higiene rural con sus servicios múltiples [...]. También tenemos adquirido el material para instalar en Ademuz un centro primario vigilado, necesario para atender las necesidades sanitarias de este rincón que es un conjunto de pueblos modestos, algo aislados de la

---

<sup>483</sup> Ferret, G. (1.931b).

<sup>484</sup> *Ibíd.*

capital y que con éste resolvemos su problema sanitario casi por completo. Otro centro primario deseamos instalar en Alboraya, en el que especialmente se atenderán los servicios de Puericultura e Higiene escolar, aprovechando la inmejorable disposición del municipio que nos ha prometido un local construido *ad hoc*. Es nuestro propósito el poner en marcha un dispensario antivenéreo en Cullera, en local cedido por el municipio, con material comprado por nosotros y que tenemos pendiente de una mínima posibilidad económica para atender su sostenimiento [...]”<sup>485</sup>.

El criterio que guiaba a Tomás Peset, no era otro que el de crear en el conjunto de la provincia centros secundarios con los correspondientes primarios, y luego algunos centros primarios vigilados directamente desde la capital -en lugares cuyas características topográficas o de otra índole no permitiese asimilarlos a un centro secundario-<sup>486</sup>. Las limitaciones económicas eran el freno más importante a este proyecto, que se planteó de manera progresiva, dando prioridad en el orden de creación e instalación de servicios rurales, a aquellos centros que tuviesen un eco favorable en los municipios en el aspecto económico. El inspector provincial hacía un llamamiento a todos los ayuntamientos para que colaborasen con entusiasmo con la aportación del 1% de sus presupuestos, para el mantenimiento y desarrollo de la estructura sanitaria provincial. En el mapa de la provincia de Valencia que se acompaña en el anexo I -material iconográfico-, queda resumido el proyecto organizativo planteado por su inspector provincial de sanidad, con un centro terciario ubicado en la capital y tres centros secundarios ubicados en Gandía, Játiva y Sagunto, de cada uno de los cuales dependían algunos centros primarios.

---

<sup>485</sup> Peset Alexandre, T. (1933d: 188-192).

<sup>486</sup> Aunque el modelo de organización propuesto desde las distintas inspecciones provinciales de sanidad coincidía en sus planteamientos básicos con el planteado en la Conferencia de Ginebra, cada provincia lo adaptó a sus particulares características geográficas y a los recursos disponibles. En Valladolid, Becares (1933), proponía asociar puestos de socorro de urgencia a los centros rurales primarios y secundarios. La provincia de Córdoba quedó dividida en tres sectores, en el norte se organizó un centro secundario y cinco primarios, el sector centro albergaba el centro terciario y cuatro centros primarios, y el sur con un centro secundario y nueve primarios (Benzo, 1933). Las características de la zona de influencia del centro secundario de higiene de Jaca, con 34.862 habitantes repartidos en 181 pueblos y una complicada orografía que dificultaba las comunicaciones, hizo aconsejable organizar siete centros primarios dependientes del secundario (Pintor, 1933).

Dependiendo del terciario, además de los tres centros secundarios, habría centros primarios y centros primarios vigilados.

### **4.3.2. Los dispensarios antivenéreos**

A lo largo de la segunda mitad del siglo XIX, la percepción de que las enfermedades venéreas guardaban una tendencia progresiva y ascendente despertó la preocupación de las autoridades sanitarias, debido a las repercusiones demográficas, económicas y morales que planteaban. La postura adoptada por los principales higienistas del momento, tuvo un doble enfoque que enfrentaba a los que concedían a la enfermedad un fuerte carácter moral<sup>487</sup> y aquellos otros para los que primaba sobre el carácter moral y el pecado individual, sus consecuencias demográficas y económicas. La solución que unos y otros planteaban al problema también fue diferente pues, aunque el modelo epidemiológico asumido en ambos casos se centró en la prostitución, sus posturas se dividieron entre los prohibicionistas -partidarios por razones morales de la consideración de la prostitución como delito- y los reglamentaristas, que utilizaban las razones higiénicas para justificar la necesidad de reglamentar la prostitución. De esta manera, se mantuvo en el seno del ámbito higienista un debate abierto, que progresivamente se decantó del lado reglamentarista<sup>488</sup>.

---

<sup>487</sup> La idea que sobre la sífilis tenía Pedro Felipe Monlau (1862: 611), el higienista español más destacado de mediados del siglo XIX, estaba asociada a las prácticas sexuales ilegítimas, a la falta de limpieza y al abuso y los excesos de las práctica sexuales.

<sup>488</sup> Castejón Bolea, R. (1991).



Así fue como se desarrolló y empezó a ser aplicado a partir de 1860 en diferentes ciudades españolas, un sistema de reglamentación basado en la tolerancia de la prostitución para su mejor control moral, policial y sanitario, que consistía básicamente en el empadronamiento y la vigilancia sanitaria periódica de las prostitutas. La prostitución no era sólo una cuestión sanitaria sino también un asunto policial y la defensa de la salud pública venía claramente asociada con la defensa del orden público<sup>489</sup>. Bajo este contexto, las actuaciones se centraron en el control sanitario de las prostitutas y la responsabilidad de llevarlas a cabo recayó sobre el nivel sanitario provincial, que basó su actuación en la realización de exámenes de salud periódicos a este colectivo de mujeres.

Esta percepción de las enfermedades venéreas adquirió un rumbo diferente con la llegada del siglo XX, en que a las preocupaciones demográficas, económicas y morales se unieron las preocupaciones eugenésicas y regeneracionistas. Poco a poco empezó a hacer mella la influencia del abolicionismo imperante en otros países europeos, que denunciaba la ineficacia de la reglamentación y su carácter discriminatorio con respecto a la mujer. Sin embargo, la supresión del impuesto a las casas de prostitución como principal fuente de ingresos de la lucha antivenérea no se produjo en España hasta la etapa republicana, mediante el Decreto de 7 de abril de 1932. Esto supuso la incorporación de España al movimiento abolicionista internacional, que abocó en la supresión de los reglamentos sobre control de la prostitución en 1935.

La incorporación de los dispensarios a la organización de la lucha antivenérea conllevó un importante giro en su orientación, al poner de manifiesto la necesidad de controlar no sólo a las prostitutas sino también a sus contactos, para poder frenar la cadena de transmisión. Asimismo, la concepción de estas enfermedades como de sociales llevaba asociada la necesidad de sistematizar la recogida de información a través de la elaboración de estadísticas y de intensificar las medidas de educación sanitaria, para mejorar los conocimientos de la población y contribuir a su identificación y prevención<sup>490</sup>.

---

<sup>489</sup> Guerreña, J.L., (1995).

<sup>490</sup> Entre las medidas utilizadas para popularizar los conocimientos sobre las enfermedades venéreas se hicieron frecuentes las conferencias, carteles, folletos, así como la proyección de una película

En la provincia de Valencia, la organización de la lucha antivenérea tuvo sus antecedentes en la organización de un servicio de vigilancia sanitaria de la prostitución, en la segunda mitad del siglo XIX, dependiente del gobierno civil. Así, antes de la llegada del nuevo siglo encontramos dos reglamentos provinciales destinados al control sanitario de las prostitutas<sup>491</sup>, a las cuales se obligaba a estar inscritas en un registro como requisito para poder acceder a los reconocimientos médicos periódicos. Las implicaciones morales y la hipocresía social al abordar el problema de la prostitución, considerándola como un vicio reprobable, quedaba expresado de manera común en el primer artículo de ambos reglamentos “[...] no tienden en manera alguna a autorizar la prostitución, vicio reprobado por la moral y la religión: el reprimir aquella, el corregir en lo posible sus extravíos, el organizar, reglamentar y vigilar médica y legalmente a las mujeres que se dedican a esta vida y el proteger la salud pública, evitando la propagación del mal venéreo y sus fatales consecuencias, es el único y exclusivo objeto [...]”. De esta manera, tanto las amas de las casas de mancebía como las propias mujeres que prestaban servicio en ellas, quedaban clasificadas en cuatro categorías de acuerdo a las cuales debían abonar mensualmente una cuota de contribución para gastos de higiene. Se trataba, por tanto, de mantener controladas a las prostitutas en un registro policial, al tiempo que se vigilaba su situación higiénica practicándoles exámenes de salud periódicos dirigidos a detectar enfermedades venéreas, y en especial la sífilis, y todo ello a costa de las cuotas que debían pagar las propias prostitutas. A cada mujer se le abría una cartilla, donde el médico anotaba su estado de salud, documento que le era retirado en caso de contraer alguna enfermedad venérea, en cuyo caso se la derivaba para tratamiento al hospital provincial.

En el *Reglamento sobre mujeres públicas de Valencia de 1879*, la organización de este sistema policial de vigilancia de la prostitución como medida de control de las enfermedades venéreas, dependía de la sección de higiene pública del gobierno civil, bajo las órdenes directas de su secretario, quien actuaba coordinando

---

elaborada por el comité ejecutivo antivenéreo del Ministerio de Gobernación con el título de “La terrible lección”, para ser difundida de manera gratuita por toda España. Fernández de la Portilla, J. (1928).

a los facultativos encargados de la realización de los reconocimientos médicos y a los demás empleados. Éstos los integraban un inspector de higiene encargado del servicio administrativo, un interventor, encargado de llevar los libros de registro de cartillas, matrícula de mujeres públicas, entrada y salida de caudales y cuentas corrientes. Además el servicio contaba con los celadores, encargados de vigilar las casas de prostitución y acompañar a los facultativos en los días de reconocimiento, recogiendo las cartillas que el médico mandase retirar para hacérselas llegar al inspector. Finalmente, entre el personal también había un escribiente y un ordenanza, a las órdenes del inspector<sup>492</sup>.

La llegada del siglo XX no supuso inicialmente cambio alguno en la organización de la lucha antivenérea, hasta la publicación de la Real Orden de 28 de septiembre de 1910, que determinó la creación de un servicio de higiene de la prostitución en las capitales de provincia, bajo la vigilancia de las juntas provinciales de sanidad, creando un cuerpo de médicos con actuación gratuita en dispensarios provinciales. Finalmente, la Real Orden de 23 de marzo de 1918 fue la que estableció las bases para la reglamentación de la profilaxis pública de las enfermedades venéreo-sifilíticas, propiciando en la provincia de Valencia la celebración de oposiciones para dotar de personal técnico el modesto dispensario situado en un local del gobierno civil -al parecer una antigua cárcel- bajo la supervisión de la junta provincial de sanidad y destinado al reconocimiento y tratamiento de las meretrices. Sin embargo, la escasez de recursos destinados a este servicio, cuyo mantenimiento seguía estando sustentado en las cuotas aportadas por las prostitutas, determinaba que las condiciones en que era prestado se encontraran muy lejos de ser aceptables. A pesar de no recibir subvención alguna del Estado, diputación ni ayuntamiento de la ciudad, en 1926 el inspector provincial de sanidad, Arturo Cubells, consiguió que la junta provincial de sanidad trasladase el dispensario a un nuevo local en el número 24 de la calle Quevedo. Las nuevas instalaciones mejoraron en cierto modo las condiciones de la asistencia y permitieron cambiar la orientación del dispensario, centrada hasta ese momento en la atención exclusiva de las meretrices, a la atención

---

<sup>491</sup> El primero se debió al entonces gobernador de la provincia Cástor Ibáñez de Aldecoa (Reglamentos, 1865) y el segundo se publicó siendo gobernador de la provincia Francisco José Camuño (Reglamentos, 1879).

a hombres y mujeres en general que necesitaran el servicio, y al suministro gratuito de la medicación:

“[...] Para sostener económicamente este servicio sanitario, la Junta Provincial de Sanidad no disponía de más recursos que los obtenidos de la vigilancia sanitaria de la prostitución, bien escasos por cierto, lo que motivó que la profilaxis no pudiera desenvolverse durante varios años, como deseábamos el personal técnico. Por la honrada gestión administrativa de un ilustre Inspector Provincial de Sanidad valenciano, el Dr. D. Arturo Cubells y por el sacrificio del personal técnico y subalterno, que percibimos durante 8 años una mezquina gratificación, pudo la Junta en 1926 instalar en la calle de Quevedo, núm. 24, un nuevo Dispensario, intensificándose el tratamiento, ampliándose a los hombres y a cuantas mujeres lo solicitaban, limitado en años anteriores a las meretrices, proporcionando gratuitamente las medicaciones arsenical, mercurial, bismútica, vacunas, etc., sin subvención del Estado, Diputación ni Ayuntamiento [...]”<sup>493</sup>.

A finales de los años veinte se vivía ya en España una necesidad imperiosa de reorientar la lucha antivenérea y desvincularla definitivamente de la prostitución, de manera que en 1929 se creó una comisión para redactar las bases de una nueva legislación. A la luz de los conocimientos científicos sobre las tres enfermedades venéreas más frecuentes -chancro blando, sífilis y gonococia-, se ponía en entredicho el valor profiláctico de los reconocimientos periódicos de las prostitutas. El corto período de incubación del chancro blando permitiría que 24 o 48 horas después de haber verificado un reconocimiento sanitario “tenga una prostituta sembrados sus genitales de chancros venéreos contagiosos”<sup>494</sup>. El caso de la sífilis resultaba justamente al contrario, su prolongado período de incubación que era de entre 20 días a varios meses, podía determinar que a una mujer infectada, y por tanto con capacidad de contagiar, se le expidiese un certificado sanitario acreditando su buen

---

<sup>492</sup> Artículos 44 a 61 del *Reglamento Especial sobre las mujeres públicas en Valencia* de 1879.

<sup>493</sup> Aubán, M., (1933: 164-168).

<sup>494</sup> Fernández de la Portilla, J. (1929).

estado de salud. En definitiva, se hacía necesario buscar estrategias diferentes al teórico control sanitario de la prostitución, para abordar de una manera seria la lucha contra las enfermedades venéreas. Esta necesidad la vio clara Marcelino Pascua a su llegada a la Dirección General de Sanidad en 1931, quien planteó la reorientación de la lucha antivenérea hacia la consecución de tres objetivos: la supresión de la prostitución reglamentada, el sostenimiento por el estado de la lucha contra las enfermedades venéreas y el tratamiento obligatorio de estas enfermedades<sup>495</sup>.

### **El dispensario antivenéreo de la junta provincial de sanidad**

Este dispensario, ubicado en la calle Quevedo, estaba organizado en dos consultas, de las cuales se ocuparon en un principio Manuel Aubán y Mauro Guillén -éste falleció en 1931-, a quienes suplían en caso de ausencia o enfermedad los supernumerarios interinos Ramón Pascual y Emilio Berenguer. Al parecer, el local en el que se hallaba situado, aunque había mejorado respecto al que le precedió, también adolecía de condiciones higiénicas y distaba mucho de reunir los requisitos para prestar la labor que se esperaba de un dispensario antivenéreo. Si el anterior local del gobierno civil había sido una antigua cárcel, éste había correspondido a un antiguo almacén del hospital provincial, inmediato a unas cuerdas, que fue cedido a la junta provincial de sanidad. El testimonio de Manuel Aubán pone de manifiesto las deplorables condiciones a las que se encontraba sometido este dispensario provincial:

“[...] A reconocimiento y tratamiento se destina la única habitación disponible a tal fin, que es interior, sin más luz que la que penetra por un estrecho y alto patio, precisando emplear luz artificial a toda hora para poder trabajar. En el patio aludido se ha improvisado una sala de espera, en la que es imposible permanecer en invierno. Por ser planta baja, el local es húmedo, y más todavía por la circunstancia de que por la construcción del edificio, penetra el agua de lluvia que inunda las habitaciones. El frío húmedo excesivo perjudica la salud del personal que

---

<sup>495</sup> Así lo expresó Pascua en la conferencia sobre el tema “Prostitución, abolicionismo y enfermedades venéreas” que dio en el salón teatro de la Casa del Pueblo de Madrid, organizado por las juventudes

presta servicio en el dispensario y del que acude a la consulta. No disponemos de más calefacción que la proporcionada por dos caloríferos eléctricos de soporte [...]”<sup>496</sup>.

Tras este testimonio de denuncia, Aubán solicitaba la clausura del dispensario a los miembros de la junta provincial de sanidad, calificándolo de un establecimiento indigno de Valencia, y proponía la creación de dos nuevos dispensarios para satisfacer las necesidades de la tercera capital de España. La insuficiencia de recursos públicos dedicada al mantenimiento del servicio, también se ponía de manifiesto en las escasas retribuciones asignadas a los profesionales que se hacían cargo de él, quienes además de sentirse mal remunerados por su trabajo, criticaban el hecho de que la dispensación gratuita de los medicamentos se hiciera a costa de percibir ellos una asignación inferior a la de los profesionales que ejercían en otros dispensarios oficiales:

“[...] Debemos hacer constar, para conocimiento de todos, que en el dispensario antivenéreo de la Junta Provincial de Sanidad de Valencia no sólo se asiste gratuitamente a cuantos hombres y mujeres lo solicitan, sino que se les proporciona igualmente los medicamentos necesarios que importan varios miles de pesetas anualmente, a pesar de la escasa protección económica del Estado y nula de las entidades oficiales a ello obligadas por las disposiciones vigentes. En la mayoría de los dispensarios oficiales antivenéreos se hace comprar los medicamentos a los enfermos. Con el presupuesto actual de ingresos y gastos puede en Valencia hacerse lo anteriormente expuesto, gracias al sacrificio económico del personal técnico adscrito al dispensario, que disfruta de una remuneración inferior a la percibida por la mayoría de sus compañeros de los dispensarios antivenéreos de España [...]”<sup>497</sup>.

Las funciones del dispensario quedaban resumidas en las siguientes<sup>498</sup>:

---

socialistas. Pascua, M. (1932b).

<sup>496</sup> Aubán, M.; Guillén, M. (1931).

<sup>497</sup> *Ibídem*.

<sup>498</sup> *Ibídem*.

- Reconocimiento de las meretrices inscritas en el gobierno civil. Al parecer, aunque ésta seguía siendo la labor principal del dispensario, la reglamentación particularmente arcaica que regía en la provincia de Valencia, impedía que los resultados obtenidos fueran efectivos. Así, en Valencia se exigía a las mujeres tener más de 23 años para poder ejercer la prostitución oficialmente y, por consiguiente, para tener acceso a los reconocimientos sanitarios. Sin embargo, la imposibilidad de que la policía gubernativa evitara que el grupo de menores de 23 años que se dedicaban a la prostitución lo hiciesen, determinaba que este amplio grupo de mujeres quedara desprotegido sanitariamente.
- Hospitalización de meretrices afectas de enfermedades venéreas. El ingreso en el hospital provincial se hacía únicamente en aquellos casos en que la enferma no respondía al tratamiento suministrado en el dispensario.
- Tratamiento de meretrices afectadas por enfermedades venéreas. Aunque la sífilis, gonococcia y el chancro venéreo constituían la parte más importante de la demanda asistencial, también se atendían pacientes con papilomas genitales, molusco contagioso, sarna, pediculosis, intertrigos, herpes...
- Tratamiento de enfermos. La asistencia a hombres y mujeres enfermos, al margen de las meretrices, se realizaba por las tardes en la consulta que atendían Fernández Medina de 17 a 19 horas, y Mauro Guillén a partir de las 19 horas.

A pesar de la lamentable situación en la que se encontraba el dispensario y de las limitaciones que ello suponía para un adecuado desarrollo de la lucha antivenérea, hubo de llegar el año 1932 para que la situación encontrara visos de solución. Y fue precisamente gracias a la confluencia de dos factores coincidentes en el tiempo, por un lado la reorganización de la lucha antivenérea que suprimía el impuesto a la prostitución y pasaba a depender de la tutela del estado, y por otro la sensibilidad mostrada por el recién llegado inspector provincial de sanidad a Valencia, Tomás

Peset Alexandre<sup>499</sup>. Éste comprendió inmediatamente que el dispensario de la calle Quevedo, ni por sus deficientes instalaciones, ni por su situación, podía cumplir debidamente sus fines. Su diligente gestión hizo posible que en un año, no solamente se trasladase este dispensario a unas nuevas dependencias en el número 26 de la calle del Pilar, sino que además estableció uno nuevo en los locales del recién inaugurado instituto provincial de higiene.

### **El dispensario antivenéreo de la calle del Pilar**

Éste ocupaba la planta baja de una casa de reciente construcción y, aunque su situación resultaba próxima a la barriada de máxima prostitución, el llamado “barrio chino”, no lo era a su foco principal. En palabras de Manuel Aubán, quien compartía con González Rey la dirección del dispensario “[...] No se trata de un dispensario modelo, pues eso no puede lograrse mas que cuando se construye de planta o se dispone de suficiente subvención oficial para sufragar el alquiler de un espacioso local, y desgraciadamente el presupuesto oficial del Estado para la lucha antivenérea en Valencia es muy reducido y la diputación y ayuntamiento, a pesar de la disposiciones vigentes, no presta la ayuda económica que le corresponde [...]”<sup>500</sup>.

El local disponía de 6 departamentos independientes, integrados por una sala de espera, un local para lavados uretro-vesicales, otro para diatermia y electroterapia, otro para curas, otro para reconocimientos y esterilización, otro para despacho del médico y un modesto laboratorio para investigaciones de urgencia con ultramicroscopio.

Con motivo del traslado del dispensario a la calle del Pilar, se incrementó sustancialmente la dotación de instrumental y mobiliario, lo cual contribuyó notablemente a favorecer la labor médico-social que tenían asignada estos establecimientos sanitarios. De esta forma, Manuel Aubán y González Rey,

---

<sup>499</sup> La Orden de 27 de mayo de 1930 ya había establecido las bases para la reorganización de la lucha antivenérea, fundamentadas en el mantenimiento de este servicio bajo los presupuestos del Estado, la provisión de plazas de médicos -clínicos y bacteriólogos- específicas para la lucha oficial antivenérea, dependientes de la Dirección General de Sanidad, así como la unificación de los métodos terapéuticos utilizados en los dispensarios. Finalmente, el Decreto de 7 de abril de 1932 suprimía el impuesto a las casas de prostitución, en el cual lamentablemente durante tanto tiempo se habían sustentado las insuficientes medidas de lucha contra las enfermedades venéreas.

<sup>500</sup> Auban, F. (1933: 166).



auxiliados por los practicantes Alberto Buchón y Daniel Navarro, atendían diariamente la consulta entre las 18 y las 21 horas, completamente gratuita, a cuantos enfermos y enfermas lo solicitasen.

La mejor dotación de espacio y de recursos materiales, unida a los importantes cambios en la reglamentación para la reorganización de la lucha antivenérea ocurridos a principios de los años treinta<sup>501</sup>, empezaron a reflejarse en un incremento de la demanda asistencial en el dispensario provincial. El cese de la intervención de la policía gubernativa sobre la prostitución -ésta tenía una oficina en el dispensario funcionando a las mismas horas que la consulta de mujeres-, favoreció la accesibilidad de las meretrices menores de 23 años, del mismo modo que resultó favorable el traslado de las dependencias a la calle del Pilar y su separación del foco máximo de prostitución donde se hallaba previamente. En Valencia, a partir de 1932 el reconocimiento de meretrices se convirtió en voluntario y dejaron de expedirse certificados sanitarios, ante el convencimiento de su inutilidad, desde el punto de vista de la profilaxis de las enfermedades venéreas. La comparación entre el número de primeras consultas -pacientes nuevas- atendidas entre 1926 y 1932, respecto a las primeras visitas realizadas a lo largo de 1933, ponen en evidencia los beneficios comentados y su repercusión sobre el incremento de la actividad del dispensario antivenéreo provincial. Así vemos como en sólo el año 1933, la cantidad de pacientes nuevos superó en todas la patologías atendidas a los que se habían atendido de manera acumulada en el setenio comprendido entre 1926 y 1932<sup>502</sup>:

---

<sup>501</sup> La llegada al poder del primer gobierno republicano, supuso un cambio de orientación radical para la lucha antivenérea. Además de asumir desde el primer presupuesto de sanidad las cantidades necesarias para sufragar sus gastos, hubo cambios importantes en la reglamentación. En la conferencia que pronunció Marcelino Pascua en noviembre de 1932 en la Casa del Pueblo de Madrid, puso de manifiesto las razones en pro de la abolición de la prostitución y la significación moral de su triunfo en España, además de la conveniencia de establecer una responsabilidad equivalente para el hombre o la mujer que transmitiera una enfermedad venérea. Pascua, M. (1932b: 1274-1275).

<sup>502</sup> Aubán, F. (1933: 167).

**Tabla XXVI**  
**Primeras consultas atendidas en el Dispensario Antivenéreo Provincial de Valencia (1926-1933)**

Año	Sífilis	Blenorragia	Chancro venéreo	Paravenéreas	Otras	Total
<b>1926-1932</b>	83	24	12	28	13	160
<b>1933</b>	147	34	27	97	80	385
<b>Total</b>	230	58	39	125	93	545

Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias del Dispensario Antivenéreo Provincial.

La tarea de los médicos clínicos del dispensario también comenzó en esta etapa a verse complementada por la labor del bacteriólogo Ramón Vila Barberá en el laboratorio del propio dispensario. Pero la falta de dotación inicial de algunos recursos, condicionaba la dependencia de la sección de bacteriología del instituto provincial de higiene para poder llevar a cabo determinados estudios, como era el caso de las investigaciones ultramicroscópicas. La estadística presentada por Vila Barberá en el año 1933 da una idea del perfil de actuación llevado a cabo desde el laboratorio que dirigía<sup>503</sup>:

- Serodiagnósticos de sífilis en sangre por triple reacción de Wassermann, Kahn y Meinicke:  
1.929 (de ellas resultaron 209 positivas y 434 negativas).
- Serodiagnósticos en líquido cerebro-espinal por examen citológico, reacciones globulínicas, de Wassermann y Meinicke, y curvas coloidales:  
15 casos positivos, 15 casos negativos.
- Gonodiagnósticos en exudados uretrales y útero-vaginales por frotis:  
101 casos positivos, 123 casos negativos.
- Otros trabajos no registrados y realizados eventualmente:  
Investigaciones químicas, citológicas y bacteriológicas en orinas, frotis de exudados ulcerosos y chancrosos, preparación de antígeno Frey para dermorreacciones en el diagnóstico de la linfogranulomatosis inguinal de Nicolas y Favre.

La aceptación y el reconocimiento social del importante papel que empezaba a desempeñar el dispensario antivenéreo, como institución de referencia en la lucha contra las enfermedades venéreas, y no solamente como controlador sanitario de la prostitución, se ponía de manifiesto en el modo como accedían al servicio los usuarios. Así, en la memoria correspondiente al segundo semestre de 1933, primeros meses de su funcionamiento en las dependencias de la calle del Pilar, Ramón González Rey señalaba que, de los enfermos examinados, 360 conocieron el dispensario por referencia de amigos, 10 acudieron por investigación familiar, 4 por consejos de prostitutas, 6 fueron enviados por médicos particulares, 8 por el dispensario antituberculoso central, 15 habían conocido el dispensario a través de la propaganda cinematográfica, y uno por los carteles<sup>504</sup>.

### **El dispensario antivenéreo del instituto provincial de higiene**

El cierre del dispensario de la calle Quevedo y su traslado al nuevo local de la calle del Pilar, coincidió también con la apertura de un nuevo dispensario en el segundo trimestre de 1933, ubicado en las dependencias del recién inaugurado edificio del IPHV en la calle del Dr. Simarro. De él se hizo cargo Manuel González Medina, quien estructuró el servicio en una sección de enfermedades venéreo-sifilíticas, a la que dedicó para su diagnóstico y tratamiento las consultas de los lunes, miércoles y viernes de 6 a 9 de la noche, y otra de enfermedades de la piel infecto-contagiosas, con el objeto de atraer a los enfermos venéreos vergonzosos, incapaces de acudir a una consulta antivenérea por su nombre. Del mismo modo, la instalación del nuevo dispensario alejado de los barrios de prostitución, permitía extender la lucha antivenérea al foco infeccioso ajeno a la práctica de la prostitución, integrado fundamentalmente por enfermas de sífilis conyugal y por enfermos de ambos sexos afectados de sífilis congénita. Ambos colectivos siempre se habían resistido a acudir al dispensario enclavado en el barrio de la prostitución<sup>505</sup>.

---

<sup>503</sup> Vila Barberá, R. (1933: 173).

<sup>504</sup> González Rey, R. (1933: 170-172).

<sup>505</sup> González Medina, M. (1933: 174-180).

El local destinado a este servicio constaba de tres habitaciones, una de las cuales se hallaba subdividida, con separación de madera, en tres pequeñas: una para inyecciones y curas, otra para terapéutica física y otra para tratamiento de la blenorragia con los lavados. Carecía de laboratorio propio, dependiendo para los estudios bacteriológicos del laboratorio del IPHV. Tras un año de funcionamiento, González Medina reivindicaba mayores recursos y mayor espacio para conseguir un adecuado funcionamiento del servicio:

“[...] El Dispensario carece de laboratorio propio y de médico del mismo. La labor de análisis es tan intensa como se desprende de la casuística del año, que creemos que precisa la creación de la plaza de médico de laboratorio de este dispensario, ya que el hecho de la intensa labor de análisis que lleva el médico bacteriólogo del Instituto nos limita forzosamente a las determinaciones analíticas complementarias. En un año de funcionamiento, hemos podido ver que resulta pequeño el espacio destinado a este servicio. Una separación de sexos, desarrollar otros aspectos de la lucha antivenérea, como investigación de fuentes de contagio, conexión real con los servicios de Puericultura, Sifilocomio, lo consideramos factible dentro del mismo Instituto y esperamos tener estas mejoras, ya que el propio Inspector Provincial de Sanidad ha iniciado la necesidad de estos servicios [...]”<sup>506</sup>.

La estadística de enfermos atendidos en este dispensario en su primer año de funcionamiento, permite evidenciar las carencias sufridas por la provincia de Valencia hasta 1932, en establecimientos específicos para la lucha antivenérea desvinculados de la atención a la prostitución. Así vemos cómo a lo largo de 1933 sólo en las consultas del dispensario del IPHV se atendieron 1.170 primeras consultas, a un promedio aproximado de 100 nuevos pacientes mensuales. Si esto se compara con los nuevos casos atendidos a lo largo del mismo período en el dispensario de la calle del Pilar, que fueron 385, podemos hacernos una idea del importante papel que asumió el nuevo servicio en la lucha contra las enfermedades

---

<sup>506</sup> *Ibíd.*, 175.

venéreas en la provincia de Valencia. El número de casos de sífilis diagnosticados ascendió a 103, el de chancros venéreos a 144, y los linfogranulomas inguinales ascendieron a 9 casos.

En sintonía con la estrategia de actuación común a todas las luchas sanitarias promovida desde la inspección provincial de sanidad de Valencia, la educación sanitaria sobre estas enfermedades, tanto a profesionales sanitarios como a la población general ocupaba un importante lugar. En este sentido, el dispensario del IPHV, a lo largo de 1933 comenzó a realizar algunas actividades de propaganda y de enseñanza a estudiantes y médicos. Entre las primeras, la proyección de la película “La Terrible lección” pretendía sensibilizar a la población general sobre la importancia de la detección y control temprano de las enfermedades venéreas. En cuanto a la enseñanza, ésta se orientó en primer lugar hacia los estudiantes de sexto curso de medicina, que realizaban prácticas en la consulta del dispensario, y en segundo lugar hacia los médicos rurales de la provincia, mediante la organización de cursillos tutelados desde el dispensario, que se iniciaron en 1933 y continuaron en 1934<sup>507</sup>. Se trataba de sensibilizar y responsabilizar a los médicos que ejercían en el medio rural, de su deber de orientar la lucha antivenérea, no sólo hacia una oferta terapéutica apropiada, sino que además debían contribuir a acabar con la ignorancia existente alrededor de estas enfermedades, actuando de educadores de sus conciudadanos y de las familias a su cargo.

El análisis de la actividad de este centro provincial permite subrayar el carácter más bien preventivo y de detección y diagnóstico de nuevos casos de enfermedad de los dispensarios antivenéreos sobre su papel como centros terapéuticos, máxime si tenemos en cuenta la dudosa eficacia de las terapias del momento.

### **Los dispensarios antivenéreos de la provincia de Valencia**

La higiene y el control sanitario de la prostitución también habían sido objeto de reglamentación por parte de las juntas municipales de sanidad de algunos de los pueblos más poblados de la provincia de Valencia, a partir de los años veinte del

novecientos. No obstante, con anterioridad a la creación de los dispensarios antivenéreos, existen testimonios sobre la realización de reconocimientos médicos a las prostitutas en las propias casas de prostitución, por parte de los médicos municipales ya desde hacía algunos años. Este era el caso de Alcira<sup>508</sup>, o el de Gandía, donde:

“[...] Por los antecedentes que hemos recogido en nuestro archivo municipal, el servicio de profilaxis antivenérea data en su origen alrededor del año 1909. En esta fecha presta el servicio un médico municipal, cuya misión se reduce a reconocer las pupilas en sus respectivos domicilios, siendo los honorarios a cargo de ellas mismas y por visita [...]”<sup>509</sup>.

---

<sup>507</sup> La publicidad sobre su realización aparecía en las páginas del Boletín de la provincia. Instituto Provincial de Higiene (1934a).

<sup>508</sup> Torres Colomer (1933: 181-182).

<sup>509</sup> Pérez Abad, F., (1933: 183-184).

Del mismo modo, en la ciudad de Játiva también se realizaban reconocimientos médicos en los propios domicilios de las prostitutas, hasta que en 1920 y a propuesta de la clase médica por el importante incremento de las enfermedades venéreas en la ciudad, el ayuntamiento destinó un local para el control sanitario de la prostitución. Este servicio, respondiendo a la reglamentación de 1918, se constituyó siguiendo los mismos planteamientos que los descritos para la ciudad de Valencia, se trataba de crear registros de las meretrices, a las que se dotaba de una cartilla sanitaria que era cumplimentada en cada revisión realizada por el médico municipal en este caso. La junta municipal de sanidad era la encargada de administrar los fondos recaudados a las prostitutas por los servicios sanitarios, los cuales debían sufragar los gastos del médico, un practicante, material y limpieza del dispensario<sup>510</sup>. En el caso de Gandía, su junta municipal de sanidad aprobó un reglamento de profilaxis de la prostitución el 28 de octubre de 1926<sup>511</sup> y el 10 de enero de 1929, el inspector provincial Miguel Trallero, inauguró el local para dispensario costeado por el ayuntamiento y dotado con material adquirido por medio de rifas, funciones benéficas y suscripciones populares. A partir de ese momento el servicio se mantuvo por la cuota de 75 pesetas mensuales que abonaban las dueñas de los diferentes prostíbulos<sup>512</sup>.

Al hacerse cargo el Estado de la lucha antivenérea en 1932, los centros que en el medio rural se habían estado haciendo cargo del control sanitario de la prostitución, se convirtieron en dispensarios oficiales antivenéreos. En la provincia de Valencia, esta situación se dio en Alcira, Sueca, Gandía y Játiva, y a partir de 1933 también se inauguró un dispensario en Sagunto<sup>513</sup>. Este paso determinó un cambio cualitativo importante de sus funciones, al pasar de ser meros reconocedores de las meretrices, a hacerse cargo de una profilaxis antivenérea que comprendía no sólo el diagnóstico y tratamiento gratuitos de enfermas y enfermos, sino que además pretendía la investigación de la fuente de contagio y contemplaba entre sus objetivos mejorar la educación sanitaria de la población con su labor de propaganda. La

---

<sup>510</sup> Sanz, E., (1933: 185-187).

<sup>511</sup> Alemany i García, S.; Casanova i Miret, V., (1997: 199-207).

<sup>512</sup> Pérez Abad (1933: 183).

<sup>513</sup> A propuesta de la Dirección General de Sanidad, con fecha 27 de febrero de 1933, se crearon 32 dispensarios antivenéreos, uno de los cuales fue el de Sagunto. *Dispensarios antivenéreos* (1933).

estadísticas presentadas por estos centros a lo largo de 1933, aparecieron publicadas en las páginas del *Boletín del Instituto de Higiene* dando una idea de la actividad que llevaban a cabo<sup>514</sup>:

Como puede comprobarse en la tabla XXVII, aunque la actividad a lo largo de 1933 en estos centros fue modesta y todavía el grueso de los reconocimientos se centró en el sexo femenino, el esfuerzo por desvincular las enfermedades venéreas de la prostitución comenzaba a hacerse evidente y los dispensarios antivenéreos empezaban a ser los referentes para la población general en la lucha frente a estas enfermedades, con una mayor eficacia en las actuaciones diagnósticas y preventivas que en las terapéuticas. No cabe duda de que su situación era mejorable, pues carecían de laboratorio propio -dependían del laboratorio del IPHV - y sus limitaciones de recursos les impedían poner en práctica algunos de los métodos terapéuticos en boga, tales como la electroterapia o la diatermia.

---

<sup>514</sup> Ernesto Sanz, Francisco Granell, Torres Colomer y Fernando Pérez Abad, como responsables de los dispensarios de Játiva, Sueca, Alcira y Gandía, firmaban estas memorias de la estadística anual. *Dispensarios antivenéreos* (1934).



**Tabla XXVII**  
**Estadística de los dispensarios antivenéreos de la provincia de**  
**Valencia en 1933**

Actividad	Játiva	Sueca	Alcira	Gandía
<b>Reconocimientos</b>	2.528	134	2.822	2.451
Hombres	134	100	213	19
Mujeres	2.394	34	2.609	2.432
<b>Morbilidad en hombres</b>				
Sífilis de meses anteriores	75	39	24	7
Sífilis primeras visitas	48	46	19	11
Blenorragias anteriores	6	22	8	2
Blenorragias primeras visitas	3	27	9	8
Chancros venéreos anteriores	1	8	2	
Chancros venéreos primeras		12	4	1
Paravenéreas anteriores		4	2	
Paravenéreas primeras visitas		6		1
Otras enf. de la piel anteriores		2	1	
Otras enf. de la piel primeras		4	3	
<b>Morbilidad en mujeres</b>				
Sífilis de meses anteriores	21	6	50	9
Sífilis primeras visitas	6	19	50	9
Blenorragias anteriores	1	3	3	10
Blenorragias primeras visitas		9	6	28
Chancros venéreos anteriores				
Chancros venéreos primeras		3	1	6
Paravenéreas anteriores		3	2	1
Paravenéreas primeras visitas		1	5	10
Otras enf. de la piel anteriores			2	
Otras enf. de la piel primeras			6	1
<b>Tratamientos realizados</b>				
Operaciones		1	22	1
Curas locales	27	170	88	520
Electroterapia, diatermia, etc.				
Inyecciones subcutáneas o intramusculares	438	228	258	141
Inyecciones intravenosas	204	293	187	73

Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas publicadas en el *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia* en 1934.

Una vez consolidada la estructura del IPHV como centro de referencia en materia de salud pública para toda la provincia, el proyecto de constitución de varios centros secundarios de higiene en la provincia de Valencia se convirtió en la

principal prioridad de Tomás Peset, como estrategia para la mejora de la sanidad rural. La idea era reunir en un mismo centro varios servicios, o lo que es lo mismo, crear un polidispensario en el que se atendiesen los problemas de salud objeto de las diferentes luchas sanitarias<sup>515</sup>. De esta forma, se planteó que los dispensarios antivenéreos pasaran a formar parte del centro secundario de higiene, con la ventaja del mayor anonimato del paciente y de la confluencia de diferentes especialistas en el propio centro, incluyendo un laboratorio<sup>516</sup>. Con esta organización, la lucha antivenérea se veía favorecida pues “[...]En nuestros dispensarios trataremos enfermos, se pueden vigilar sanitariamente las prostitutas tratándolas si lo precisan, atacaremos y lucharemos contra la clandestinidad, indagaremos para tratar las fuentes de contagio, haremos profilaxis en general y desarrollaremos la máxima labor educativa, no ya sólo de los enfermos más o menos ignorantes, sino de aquellos compañeros y futuros médicos que tengan todavía una concepción arcaica de este problema social [...]”<sup>517</sup>.

En 1934 se hallaban en fase de construcción los centros secundarios de higiene de Játiva y Sagunto –sus fotos y planos se recogen en el anexo I de este trabajo: material iconográfico. Como puede apreciarse en los planos del Centro Secundario de Higiene de Sagunto, en un mismo edificio quedaron albergados los dispensarios antivenéreo, antituberculoso, antitracomatoso y el dispensario de higiene infantil, además de un laboratorio.

### **4.3.3. Los dispensarios antituberculosos**

Los primeros intentos de establecer una lucha organizada contra la tuberculosis en la provincia de Valencia, fueron promovidos por el catedrático de clínica médica en la Facultad de Medicina de esta capital, Francisco Moliner Nicolás<sup>518</sup>. Su propuesta consistió en la creación de una “Liga Nacional contra la

---

<sup>515</sup> Evidentemente, la Conferencia de Higiene Rural de Ginebra, bajo los auspicios de la Sociedad de Naciones y más tarde el I Congreso Nacional de Sanidad celebrado en 1934, resultaron decisivos para impulsar el desarrollo de la organización de la higiene rural creando centros de asistencia médico-profiláctica de distintos grados. Higiene Rural (1931) y Ruesta, S. (1935: 235-279).

<sup>516</sup> Corrales Vicente, P. (1933).

<sup>517</sup> Peset Alexandre, T. (1934).

<sup>518</sup> Molero Mesa, J. (1990).

tuberculosis y de socorro a los tísicos pobres”, para favorecer la creación de sanatorios antituberculosos gratuitos. Constituida la liga en Valencia el 9 de junio de 1899, fue la primera en su género, aunque apenas funcionó algo más de un año<sup>519</sup>.

La fundación en Madrid de la Asociación Antituberculosa Española en 1903, dio finalmente paso a la constitución de la Comisión Permanente contra la Tuberculosis en 1906, anexa a las inspecciones generales de sanidad. Éste fue el punto de partida de las primeras actuaciones organizadas desde los poderes públicos y, entre ellas, se impulsó la creación de juntas provinciales encargadas de promover la lucha contra la tuberculosis en este ámbito geográfico.

En la provincia de Valencia se constituyó una junta provincial<sup>520</sup>, de la que formaban parte como vocales la mayor parte de los médicos que desde las diferentes ramas y especialidades de la medicina, tenían en el ámbito de la provincia alguna vinculación con la enfermedad tuberculosa. Por citar algunos, entre sus vocales más relevantes figuraban Adolfo Gil y Morte, Peregrín Casanova, Francisco Moliner, Juan Bartual Moret, José Chabás, José Sanchis Bregón, Rafael Pastor Reig, Fernando Rodríguez Fornos y Vicente Peset Cervera.

Desde esta junta provincial se promovió la creación del primer dispensario antituberculoso provincial y de un sanatorio marítimo en La Malvarrosa, además de impulsar iniciativas para recaudar fondos en el ámbito de la provincia, para la lucha contra la tuberculosis, del tipo del “día de la flor”, auspiciado desde la administración central. No obstante, la labor de la junta provincial estuvo marcada por los graves problemas económicos que le acompañaron, y su labor fue tachada de ineficaz en repetidas ocasiones desde la prensa médica valenciana.

Dado que el problema asistencial resultaba un aspecto fundamental de la lucha contra la tuberculosis, el principal esfuerzo desde comienzos del siglo XX se había centrado en la creación de dispensarios y sanatorios para atender a estos enfermos. No obstante, la escasez de presupuesto destinado a este menester en la primera veintena del siglo, apenas permitió cubrir los mínimos asistenciales requeridos y, únicamente con la llegada al poder del primer gobierno republicano, se consiguió una mayor asignación de recursos para combatir las enfermedades sociales

---

<sup>519</sup> Bágüena Cervellera, M.J. (1992a).

en general y se adaptó la estructura administrativa central para facilitar la lucha contra la tuberculosis<sup>521</sup>. En esta etapa se fomentó la defensa del dispensario como elemento primario de la lucha antituberculosa, y se defendió la necesidad de que éste actuase de manera coordinada con otras instituciones asistenciales como los sanatorios, e incorporase la lucha contra la tuberculosis infantil. Esta concepción del dispensario era apoyada por algunos expertos españoles del campo de la tisiología como Lluís Sayé, director del “Servei d’Assistència Social dels Tuberculosos” de la Generalitat de Catalunya, quien proponía que los dispensarios centrales fuesen la base de la unidad antituberculosa de la provincia correspondiente: “[...] Entendemos por unidad antituberculosa el Dispensario con las instituciones para el tratamiento de enfermos, y la organización contra la tuberculosis infantil. Lo esencial es la interdependencia de estos elementos del dispensario [...]”<sup>522</sup>. Una eficaz labor profiláctica y terapéutica en esta institución asistencial contribuiría a evitar muchos ingresos de enfermos en sanatorios, con el consiguiente ahorro económico para el estado<sup>523</sup>.

A pesar de que el problema asistencial resultaba fundamental en la lucha contra la tuberculosis, la actuación de la administración sanitaria basada exclusivamente en la creación de dispensarios y sanatorios resultaba insuficiente para acabar con la enfermedad. La orientación dada desde los poderes públicos a la lucha antituberculosa, fue especialmente criticada desde la *Revista de Higiene y de Tuberculosis*, publicación valenciana, dirigida por José Chabás. A su juicio, las inversiones no debían dirigirse exclusivamente a la creación de dispensarios y sanatorios, dejando de lado un capítulo tan importante como el de la investigación científica, imprescindible para conocer mejor la enfermedad y ampliar el campo de actuación hacia su prevención:

“[...] Largos capítulos a tratar de dispensarios, sanatorios, asistencia postsanatorial, seguros, y dos páginas solamente a la “práctica y la

---

<sup>520</sup> Reglamentos (1914).

<sup>521</sup> Una de las primeras actuaciones de Marcelino Pascua fue la creación en la Dirección General de Sanidad de una sección denominada de tuberculosis, que sirviera de centro de unión de todos los dispensarios, tanto centrales como provinciales, para la distribución de los enfermos y su hospitalización en sanatorios, preventorios, etc. Orden de 20 de mayo de 1931.

<sup>522</sup> Sayé, L. (1933).

investigación científica” cuando ahí, en esa investigación está la clave de todo. En ella debía gastarse todo el esfuerzo científico y económico y se acabaría con el triste espectáculo al que aludíamos antes, de una “lucha”, de un “armamento” contra un enemigo que no se conoce bien [...]”<sup>524</sup>.

Por otro lado, el origen social de la tuberculosis requería también mejoras importantes de las condiciones de vida de la población -disminución del paro, mejora de las condiciones de trabajo, de las casas-. La labor terapéutica realizada en los sanatorios resultaba estéril si al enfermo dado de alta se le devolvía al medio y a las condiciones de vida en que contrajo la enfermedad. El abordaje de la lucha contra la tuberculosis debía necesariamente contemplar una importante labor de carácter social<sup>525</sup>. El inicio del declive de la mortalidad por tuberculosis desde finales del siglo XIX, previo a la puesta en marcha de la denominada lucha antituberculosa, era el principal argumento que servía a Chabás para asociar el progreso de este indicador sanitario a las mejores condiciones de vida de la población y a cuestionar la inversión económica en sanatorios y dispensarios:

“[...] Las curas de sanatorio tienen un valor individual, pero en la disminución de la mortalidad tuberculosa no juegan papel alguno. Es difícil de conceder importancia especial al aislamiento y al tratamiento en los sanatorios. Las estadísticas, informaciones, etc. demuestran que las causas de la disminución de la mortalidad tuberculosa deben esencialmente buscarse en las condiciones económicas y sociales de los grupos humanos. Se gastan millones y millones en esa “lucha” que sólo es asistencial, benéfica, a estilo de Joan de Robres, sin dedicar lo necesario primeramente al estudio del enemigo y de su evitación o vacuna [...]”<sup>526</sup>.

---

<sup>523</sup> Díez Fernández, C. (1935).

<sup>524</sup> Chabás, J. (1933).

<sup>525</sup> Se proponía la organización de colonias y talleres de trabajadores, cuyas condiciones de higiene fueran garantía de persistencia de la mejora obtenida en el sanatorio, así como la construcción de casas para obreros que cumplieren las condiciones higiénicas y que al tiempo fueran arrendadas a bajo precio. Morales Díaz, J. (1929).

<sup>526</sup> Sacabejos, H. (1934).

La vacuna contra la tuberculosis también fue una de las cuestiones importantes objeto del debate científico en los años treinta. En España, la vacuna BCG de Calmette, defendida por unos y rechazada por otros<sup>527</sup>, hubo de competir con la vacuna anti-alfa de Jaime Ferrán. Ésta última fue objeto de ensayo en el ganado bovino lechero de la provincia de Valencia entre 1931 y 1933, merced a la iniciativa de su inspector provincial de sanidad Pecuaria, J. Orensanz<sup>528</sup>, en la vaquería propiedad de la diputación provincial, con resultados espectaculares en la disminución de la mortalidad por tuberculosis en este ganado<sup>529</sup>. También hubo algunas experiencias de vacunación de la población infantil en la provincia de Valencia, como la dada a conocer por el médico de Jersa, que inició la vacunación con la vacuna BCG de Calmette en 1927 y vacunó a 198 de los 297 niños nacidos hasta 1933<sup>530</sup>.

La tuberculosis en la población infantil era un hecho preocupante que comenzó a merecer una especial atención, no sólo desde el punto de vista de su profilaxis mediante la vacunación, sino también a través de la creación de consultas específicas para niños en los dispensarios, separadas de las de los adultos y atendidas por pediatras especializados. También comenzaron a realizarse en los años treinta, exámenes radioscópicos en población escolar como método de investigación sistemática para descubrir nuevos casos de enfermedad.

Esto se completaba con la creación de preventorios infantiles, instituciones situadas en las afueras de la ciudad, en las que los niños que hubiesen convivido con los tísicos o fuesen reconocidos como sospechosos de infección tuberculosa, eran sometidos a una vida más higiénica, aireación, helioterapia, etc. al tiempo que se les proporcionaba instrucción<sup>531</sup>.

---

<sup>527</sup> Las páginas de *la Revista de Higiene y de Tuberculosis* se hacía eco de las diversas posturas y opiniones respecto a la vacunación y la disyuntiva entre la vacuna de Calmette o la de Ferrán. Entre los trabajos publicados a lo largo de 1934, destacaremos algunos como los de Almazora, F. (1934), Álvarez Sierra (1934) y Passicot, J.M.; Pereyra Ramírez, E. (1934).

<sup>528</sup> Orensanz, J. (1931).

<sup>529</sup> Vacunación (1931).

<sup>530</sup> Izquierdo, D. (1933: 138-141).

<sup>531</sup> En España se creó el primer preventorio en 1929 en Guadarrama y se le dio el nombre de “Infanta Beatriz”. Preventorios (1929).

## **El Dispensario Antituberculoso Provincial de Valencia**

El 26 de diciembre de 1911, la junta provincial contra la tuberculosis inauguró un dispensario, de cuya dirección se hizo cargo el catedrático de Fisiología de la Facultad de Medicina de Valencia, Adolfo Gil y Morte. Éste se ubicó en un local cedido por el Ayuntamiento de Valencia en los almacenes que poseía en la calle de Na Jordana, y contó para su mantenimiento con la cantidad de 2.000 pesetas, que como subvención le proporcionaba el Estado, así como con los medicamentos suministrados por la beneficencia municipal. En el dispensario colaboraban de manera totalmente altruista, sin cobrar remuneración alguna, un grupo de médicos valencianos que cubrían diferentes especialidades en las consultas siguientes <sup>532</sup>:

- Aparato respiratorio: Manuel Desfilis, Jesús Oliver, Rafael Pastor, José Castañer, Antonio Vicente Claver y Vicente Brugada.
- Aparato digestivo: a cargo de Francisco Reig Pastor.
- Piel y genitourinario: a cargo de Jesús Marín.
- Otorrinolaringología: Antonio Valero era el médico encargado de esta consulta.
- Tuberculosis óseas y articulares: Vidal Puchals se hacía cargo de esta consulta.

Bajo la dirección de Gil y Morte, este dispensario funcionó ininterrumpidamente durante quince años en el mismo local en que se inauguró. En 1926, con la finalidad de mejorar las instalaciones, fue trasladado a uno de los pabellones del lazareto municipal, situado en la confluencia de las avenidas de Pérez Galdós y Cuenca. Allí instalado, le sorprendió la proclamación de la República, momento a partir del cual se inició una nueva etapa en la vida del dispensario pues, la disolución del Real Patronato de Lucha Antituberculosa, trajo consigo la desaparición de las juntas provinciales y la creación de comisiones gestoras provinciales de lucha antituberculosa. Suprimida la subvención estatal que venía recibiendo desde su constitución y en franca decadencia la denominada “fiesta de la flor”, que conjuntamente resultaban su principal fuente de ingresos, el dispensario se

---

<sup>532</sup> Dispensarios antituberculosos (1920).

vio abocado a un momento de franca crisis. La situación se vio agravada cuando en enero de 1933 el Ayuntamiento de Valencia, propietario del inmueble que venía ocupando el dispensario, lo desalojó para trasladar al lazareto su instituto de oncología. Estas eran las palabras de Llopis Llorente:

“[...] El desahucio equivale a una condena de muerte, ya que, carente el Dispensario de ingresos, no tiene capacidad económica suficiente para alquilar un local donde trasladarse. Es el momento más crítico de la vida del Centro, del que le salva el Inspector Provincial de Sanidad, recién destinado a Valencia, doctor Tomás Peset Aleixandre, que decide acogerle en, el aún en construcción Instituto Provincial de Higiene [...]”<sup>533</sup>.

Así pues, el nuevo enfoque que Tomás Peset quiso dar a la sanidad provincial, con la incorporación de los diferentes dispensarios encargados de las principales luchas sanitarias en el nuevo instituto provincial de higiene a su cargo, constituyó la piedra de salvación del viejo dispensario de Gil y Morte. De esta manera, al ser desalojado del inmueble que ocupaba, las distintas pertenencias del antiguo dispensario se trasladaron a los sótanos, recién acabados, del nuevo edificio destinado a IPHV, donde pasó a denominarse dispensario antituberculoso provincial. Con esta denominación comenzó a funcionar el 1 de mayo de 1933, dependiendo del organismo continuador de la antigua junta provincial antituberculosa, que se llamó sucesivamente, de acuerdo con la organización vigente en cada momento, comisión gestora provincial de lucha antituberculosa, comisión sanitaria provincial y comisión provincial antituberculosa.

Esta situación se mantuvo hasta la promulgación del Decreto de 29 de agosto de 1935 que reorganizaba la lucha antituberculosa y por el cual el dispensario pasaba a depender directamente del estado. Pero al parecer ésta no pasó de ser una situación teórica, pues las convulsiones políticas que se vivían en aquellos momentos afectaron notablemente la maquinaria administrativa estatal, situación que determinó que el dispensario no llegase a percibir consignación presupuestaria alguna del Estado.

---

<sup>533</sup> Llopis Llorente, R. (1940).



Finalmente, una nueva disposición de fecha 9 de mayo de 1936, anuló la organización propuesta en agosto del año anterior, con lo cual el dispensario recobró su carácter provincial, pero esta vez dependiendo directamente del inspector provincial de sanidad, ya que no se volvieron a constituir las anteriores comisiones sanitarias<sup>534</sup>.

A lo largo de los años transcurridos desde que se fundara el dispensario, desempeñaron sucesivamente la dirección del centro, Adolfo Gil y Morte entre 1912 y 1928, José Castañer Martí entre 1929 y 1930, Rafael Colvée Reig entre 1930 y 1934 y Ricardo Llopis Llorente a partir de 1934 y hasta 1963.

Como puede imaginarse, la escasez de recursos que la administración sanitaria central dedicaba a favorecer la actuación de los dispensarios antituberculosos, determinó que el funcionamiento del dispensario provincial de Valencia, a lo largo de sus primeros años, no pasase de ser algo casi anecdótico. Baste recordar que la tuberculosis era la enfermedad infectocontagiosa que más muertes provocaba tanto en la ciudad como en la provincia de Valencia.

A comienzos del siglo XX, la tasa de mortalidad por tuberculosis en la ciudad de Valencia era de 248 x 100.000 habitantes (506 muertes en 1901)<sup>535</sup> y, aunque el estudio de su evolución en la primera veintena del siglo mostraba una progresiva tendencia al descenso -a excepción del período comprendido entre 1918 a 1920, coincidiendo con la epidemia de gripe-<sup>536</sup>, en el año 1932 la mortalidad por esta enfermedad todavía se situaba en 137 x 100.000 habitantes, cifra que correspondía a 550 fallecidos en la ciudad de Valencia<sup>537</sup>. Si éstos eran los datos relativos a la mortalidad, podemos presuponer las elevadas tasas de morbilidad que debía presentar la ciudad de Valencia en el momento de ponerse en marcha el dispensario antituberculoso provincial, y de su limitada contribución a paliar el grave problema social que representaba esta enfermedad.

La importancia que en la mayoría de países europeos empezaba a concederse a los dispensarios antituberculosos, como elementos clave de la organización de la lucha frente a esta enfermedad, hacía recomendable que “[...] Un dispensario bien

---

<sup>534</sup> *Ibíd.*, 15-16.

<sup>535</sup> Carsi, V. (1902: 102-112).

<sup>536</sup> Barona, J.L.; Barea, E. (1996: 225-237).

organizado puede calcularse que verificará bien su labor, siempre que el núcleo de población que le corresponda sea de 30 a 50.000 habitantes [...]”<sup>538</sup>. Teniendo en cuenta esta recomendación, la ciudad de Valencia con 260.000 habitantes en 1921, hubiese necesitado al menos 5 dispensarios para realizar una adecuada labor de higiene social frente a la tuberculosis. Las cifras sobre las consultas atendidas y los enfermos que fueron controlados en el dispensario antituberculoso provincial a lo largo de sus primeros ocho años de funcionamiento, dan idea de la insuficiencia de recursos públicos dedicados a combatir la tuberculosis en la provincia de Valencia<sup>539</sup>:

---

<sup>537</sup> Vidal Jordana, J. (1933b).

<sup>538</sup> De Palacios, J.; Cortinas, G. (1930).

<sup>539</sup> Dispensarios antituberculosos (1920).

**Tabla XXVIII**  
**Actividad asistencial del Dispensario Antituberculoso Provincial de Valencia**  
**(1912-1919)**

Año	Enfermos asistidos	Número consultas
1912	228	1.959
1913	188	2.304
1914	209	3.040
1915	182	2.845
1916	226	2.761
1917	313	7.179
1918	242	4.373
1919	420	3.948
<b>Total</b>	<b>2.008</b>	<b>28.412</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos publicados en *La Medicina Valenciana*. Dispensarios antituberculosos (1920).

En el recién inaugurado IPHV de la calle del Dr. Simarro, el dispensario antituberculoso provincial se instaló en el ala derecha de la planta baja, con acceso directo desde la calle. Aunque en un principio, tal como puede observarse en el plano del dispensario en 1933<sup>540</sup>, compartía salas de espera con los servicios de odontología e higiene ocular del dispensario de higiene infantil, servicio antirrábico y toma de muestras para todos los laboratorios provinciales, “[...] Adecuadas obras de adaptación de otras plantas del Instituto han permitido trasladar a ellas los servicios que convivían con el nuestro en la planta baja, logrando así el imprescindible aislamiento, en evitación de contagios, y la ampliación de los locales destinados a nuestro dispensario, que puede de esa manera, funcionar con holgura y distribución de sus dependencias adecuadas a la misión a que se las destina [...]”<sup>541</sup>.

<sup>540</sup> Véase el anexo I, donde hemos recogido el material iconográfico.

<sup>541</sup> Llopis Llorente, R. (1940: 21).

Entre las dependencias del dispensario figuraban, además de la sala de espera, una secretaría que realizaba las funciones de archivo de las carpetas familiares y las radiografías de los pacientes, y un despacho de dirección. Las instalaciones clínicas estaban constituidas por una sala de tratamientos destinada a inyecciones, un pequeño quirófano junto a una habitación con dos camas de urgencia, un departamento para realizar los interrogatorios a los pacientes y las exploraciones de carácter general, como antesala de las consultas de otorrinolaringología y tisiología. Ésta última dotada de dos cabinas para desnudarse los enfermos, de dispositivo para insuflar dos neumotórax simultáneamente, y de comunicación directa con el departamento radiológico<sup>542</sup>.

En mayo de 1933 empezó a funcionar el servicio con un personal técnico integrado por Rafael Colvée Reig como director, Ricardo Llopis Llorente como ayudante, Jesús Vidal como pediatra, Tomás Barona como laringólogo, José Juan Muñoz como radiólogo, Eugenio Abad como practicante y Concepción Fito García como enfermera. Los servicios de análisis los prestaba el laboratorio del instituto, a cargo de Vicente Ramón Méndez<sup>543</sup>.

A todo paciente que acudiese por primera vez al dispensario, se le entregaba una pequeña ficha con un número de índice, para poder identificar en los sucesivos reconocimientos su carpeta correspondiente en el archivo del dispensario. Las fichas podían ser de dos tipos, de cartulina roja para los enfermos contagiosos o sospechosos de serlo, y de cartulina azul para los pacientes que quedaban en observación por no haberse confirmado la tuberculosis. Esta clasificación, junto a la distribución de los servicios en los distintos días de la semana, permitía aislar a ambos tipos de pacientes, de manera que los enfermos de ficha roja sólo tenían permitido el acceso al dispensario los lunes, miércoles y viernes, reservando a los azules los días pares de la semana:

“[...] Todos los servicios se prestan por la mañana, en la forma siguiente: los enfermos nuevos son admitidos todos los días, cualquiera que sea la hora de su llegada, tomándoseles seguidamente ficha, en la que constan

---

<sup>542</sup> *Ibíd.*, 23.

<sup>543</sup> Llopis Llorente, R. (1933: 135-137).

junto con la anamnesis, los datos generales de exploración (peso, talla, pulso, etc.), y se les cita para practicarles una baciloscopia directa en esputos y un Fahraeus (cosas ambas que investigamos sistemáticamente), señalándoles un miércoles o un sábado para, una vez hechos los análisis realizar el reconocimiento clínico-radiológico y establecer el diagnóstico y tratamiento. Una vez admitido el enfermo y clasificado en “rojo” o “azul”, acudirá ya siempre al dispensario a las nueve de la mañana y en los días que tiene señalados [...]”<sup>544</sup>.

**Tabla XXIX**  
**Distribución de los servicios prestados por el Dispensario**  
**Antituberculoso Provincial de Valencia**

Día	Actividad	Otras actividades
Lunes	Neumotórax	Reconocimientos periódicos e inyecciones a “rojos”.
Martes	Repaso de ficheros y estadística	Reconocimientos periódicos e inyecciones a “azules”, reconocimiento sistemático en sanos e investigación de contactos.
Miércoles	Primeras visitas	Reconocimientos periódicos e inyecciones a “rojos”. Otorrinolaringólogo visita a “rojos”
Jueves	Frenicectomía	Inyecciones a enfermos “azules”.
Viernes	Neumotórax	Reconocimientos periódicos e inyecciones a “rojos”.
Sábado	Primeras visitas	Reconocimientos periódicos e inyecciones a “azules”, reconocimiento sistemático en sanos e investigación de contactos. Otorrinolaringólogo visita a “azules”
Los niños son atendidos por el pediatra con total autonomía y de manera separada del servicio de adultos.		

Fuente: elaboración propia a partir de los datos aportados por Llopis Llorente (1940).

<sup>544</sup> Llopis Llorente, R. (1940: 25).

Este esquema organizativo de la actividad del dispensario pone en evidencia que la actividad terapéutica del centro giraba en gran medida en torno a los medios terapéuticos entonces vigentes destinados a colapsar el pulmón, tales como el neumotórax artificial y la parálisis frénica. Suponemos que las inyecciones a que se hace referencia, se referían a la aplicación de quimioterapia mediante calcicoterapia, tratamiento muy utilizado en Europa hasta el descubrimiento de las sulfamidas en los años cuarenta del novecientos<sup>545</sup>.

### **El dispensario antituberculoso central**

De acuerdo con la Orden del Ministerio de Gobernación de 12 de mayo de 1932, se consignó en los presupuestos generales del Estado la cantidad de 1.280.000 pesetas para la creación de 20 nuevos dispensarios antituberculosos, entre los cuales se preveía instalar uno en Valencia<sup>546</sup>. Unos meses más tarde, se convocaron los concursos libres de méritos para la provisión de plazas de médicos ayudantes tisiólogos, otorrinolaringólogos, pediatras, médicos de laboratorio y radiólogos para prestar servicio en estos dispensarios, con una dotación anual de 4.000 pesetas para los primeros y 3.000 para cada uno de los demás especialistas<sup>547</sup>.

El Dispensario Antituberculoso Central de Valencia comenzó a funcionar el día 3 de abril de 1933, bajo la dirección del tisiólogo Luis de Velasco Belausteguigoitia, quien contó en su equipo de médicos con Dolores Vilar Gallego, Ernesto Alonso Ferrer, Emilio Damiá Maiques y José Blay Santos, en las especialidades de pediatría, otorrinolaringología, radiología y laboratorio<sup>548</sup>. Este equipo estaba apoyado por tres enfermeras visitadoras, y contaba con la colaboración de un grupo de médicos asistentes voluntarios.

---

<sup>545</sup> Bágüena Cervellera, M.J. (1992b: 100-107).

<sup>546</sup> Dispensarios antituberculosos (1932a).

<sup>547</sup> Dispensarios antituberculosos (1932b).

Aunque la ubicación del dispensario en la avenida del Puerto resultaba un tanto alejada de la población, disponía de medios de comunicación con los distritos centrales y marítimos. El establecimiento constaba, en la planta baja, de una secretaría y fichero que realizaba el papel de archivo, una sala de espera para adultos y otra para niños, sala de consulta para estos últimos e instalación de rayos X. También en esta planta se hallaba el laboratorio, la cámara para el revelado de las placas y un almacén de medicamentos donde se administraban diariamente las inyecciones. El piso superior albergaba las consultas de otorrinolaringología y adultos, una pequeña enfermería con dos camas para casos de urgencia, el despacho del médico jefe, una sala de conferencias y la vivienda del conserje. A lo largo del primer año de funcionamiento del centro, el trabajo estaba organizado de manera que “[...] por la mañana a las nueve, todos los días hay consulta de adultos y niños, viéndose un total aproximado de 14 enfermos; a las once se ponen los tratamientos a los enfermos con la exploración completa de días anteriores. Por la tarde se celebra la consulta de enfermos antiguos, las investigaciones familiares y escolares, practicándose también los neumotórax [...]”<sup>549</sup>.

La exploración clínica y radioscópica de los casos, así como el análisis de esputos y de orina, constituían actuaciones sistemáticas del dispensario. También se inició a lo largo del primer año, el estudio de contactos mediante la práctica de la investigación radioscópica a los familiares de los enfermos. Del mismo modo, se inició la práctica de radioscopia a la población escolar, como método de investigación sistemática para descubrir nuevos casos de enfermedad. La estadística relativa a la actividad llevada a cabo en el primer año de funcionamiento del centro, da una idea de cual era su perfil de actuación<sup>550</sup>:

---

<sup>548</sup> Este conjunto de médicos con diferentes perfiles de formación, era el que venía reivindicándose desde hacía ya algún tiempo como el equipo necesario para poder llevar a cabo una adecuada labor en los dispensarios antituberculosos. Buendía, R. (1931b).

<sup>549</sup> De Velasco, L. (1933: 131-134).

<sup>550</sup> *Ibíd.*, 131-132.

**Tabla XXX**  
**Actividades desarrolladas por el Dispensario Antituberculoso**  
**Provincial de Valencia**

Tipo actividad	Número
<b>Pruebas complementarias</b>	
Radioscopias	6.460
Radiografías	893
Análisis de esputos	1.014
Análisis de orina	247
Análisis de sangre	1.525
Tuberculino-reacciones	1.092
Wassermann	15
<b>Tratamientos</b>	
Colapsoterapia	44
Quimioterapia	177
Específico	284
Sintomático	344
Higiénicos	789
<b>Investigación escolar</b>	
Imagen normal	1.062
Imagen residual	208
Enfermos	29
Nº visitas a domicilio por enfermeras visitadoras	125

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de De Velasco, L. (1933).

En la valoración realizada por Luis de Velasco en este primer año de funcionamiento del dispensario, destacaba la importancia de la labor de investigación sistemática en los familiares de los enfermos, así como en la población escolar, como método para descubrir nuevos casos de enfermedad. Éste era el principal cometido asignado a las enfermeras visitadoras<sup>551</sup>, cuya figura ya se presumía imprescindible dentro del campo de la salud pública en aquellos países de mayor nivel de desarrollo<sup>552</sup>. La labor comunitaria de estas profesionales, en el caso de la tuberculosis debía centrarse en hacer búsqueda activa de casos y contactos,

<sup>551</sup> Buendía, R. (1931a).

<sup>552</sup> Este era el caso de Norteamérica, donde la discusión se centraba en la especialización o no de las enfermeras de salud pública. Del Campo, A. (1932).



procurarles asistencia médica, procurar la declaración de los casos, instruir a los familiares en el cuidado del enfermo y en los medios para evitar el contagio, procurarle tratamiento en instituciones adecuadas, enseñarle higiene personal y ayudar al enfermo a su salida del sanatorio para favorecer su rehabilitación<sup>553</sup>. Sin embargo, el director del dispensario valenciano se lamentaba de la limitación que suponía la escasez de enfermeras visitadoras con que había sido dotado, para poder poner en práctica la búsqueda activa de casos:

“[...] Por esta escasez de personal nuestra labor tiene grandes defectos, las visitas domiciliarias han sido muy escasas, como señalan las cifras más arriba expuestas; hay que hacer notar que durante tres meses no tuvimos nada más que una sola enfermera para toda la tarea diaria, posteriormente hemos tenido tres, cifra bien escasa para el volumen de trabajo realizado. Por esta razón no se han podido visitar todos los casos de tuberculosis abierta como es de rigor y mucho menos repetir periódicamente esas visitas. Esa falta de enfermeras es también la causa de las cifras bajas en la investigación familiar que deberían ser por lo menos cinco veces superiores a las obtenidas por nosotros [...]”<sup>554</sup>.

En cuanto a los enfermos tuberculosos atendidos y derivados a otros centros asistenciales, la tabla siguiente resume la actividad entre abril de 1933 y marzo de 1934:

---

<sup>553</sup> Del Campo, A. (1933).

<sup>554</sup> De Velasco, L. (1932: 133).

**Tabla XXXI**  
**Casos de tuberculosis atendidos en el dispensario antituberculoso central**  
**(1933-1934)**

Número consultas	Hombres	Mujeres	Niños	Total
<b>Casos nuevos examinados</b>				
Tuberculosis confirmada	224	246	184	654
Tuberculosis dudosa (también incluidos los individuos expuestos sometidos a vigilancia periódica)	125	166	103	394
No tuberculosis	298	342	412	1.053
<b>Contactos examinados</b>				
Tuberculosis confirmada	7	6	17	30
Tuberculosis dudosa (en observación)	20	26	20	66
No tuberculosis	257	318	281	856
<b>Suprimidos del registro del dispensario</b>				
Fallecidos	10	10	7	27
Transferidos a otro dispensario	3	3	0	6
Enviados a centros hospitalarios	1	1	0	2
Tuberculosis no confirmada	294	337	394	1.025
Perdidos de vista	1	2	0	3
Rehúsan la asistencia	2	3	0	5
<b>Colocados en:</b>				
Hospitales	3	1	0	4
Sanatorios y sanatorios-hospitales	2	0	1	3
Sanatorios marítimos	0	1	0	1
<b>Bacilíferos</b>	86	93	6	185
<b>No bacilíferos</b>	281	320	138	739
<b>Consulta de garganta</b>	71	56	97	224

Fuente: Memoria del Servicio Sanitario Provincial de 1933.

Los datos reflejados en esta tabla, muestran la importante labor del dispensario, no sólo como centro de diagnóstico y tratamiento de enfermos tuberculosos, sino también en la detección de contactos como medida para cortar la cadena de transmisión de la enfermedad. Pero, a pesar de que el dispensario antituberculoso central de la avenida del Puerto supuso un importante refuerzo a la labor que venía realizando el dispensario provincial del IPHV, se hacía cada vez más necesario extender la lucha antituberculosa al medio rural, pues los dos centros existentes en la capital se encontraban cada vez más saturados, al tener que asistir a

un importante contingente de enfermos desplazados desde el medio rural. La creación de los centros secundarios de higiene de Játiva, Gandía y Sagunto, se vislumbraba a corto plazo como un elemento colaborador fundamental en la organización de la lucha antituberculosa, al tiempo que se planteaba la necesidad de crear un equipo móvil de Rayos X, para poder acercarla a los pueblos más remotos, a imitación de la experiencia llevada a cabo en otros países como Italia o Alemania<sup>555</sup>.

### **El Sanatorio Marítimo Nacional de la Malvarrosa**

La oferta asistencial en la lucha contra la tuberculosis sufragada desde los poderes públicos en la provincia de Valencia, la completaba el Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa. Era un establecimiento que dependía directamente de la Dirección General de Sanidad, por lo que su ámbito de cobertura era nacional y su doble misión se centraba, por un lado, en actuar como sanatorio para el tratamiento de enfermos y por el otro, en servir de preventorio infantil, modificando los estados de déficit orgánico en esta población. En palabras de Álvaro López Fernández, director del sanatorio:

“[...] Entiéndese como exclusivo tratamiento en estos establecimientos, todas las localizaciones abiertas o cerradas osteoarticulares de los ganglios linfáticos que no obedezcan a lesiones viscerales profundas y de las de peritoneo que afecten formas modificables por la intervención quirúrgica. Como preventorio alojará en la medida en que su capacidad lo permita, a todos aquellos infantes de ambos sexos en condiciones de inferioridad orgánica imputable, ya a taras hereditarias, ya impresas por deficientes medios de vida en los que sea presumible la fácil implantación del germen tuberculígeno [...]”<sup>556</sup>.

---

<sup>555</sup> *Ibidem*, 134.

El centro se fundó en 1925 y, aunque estaba autorizado para hospitalizar enfermos tuberculosos adultos, en la práctica predominaban los niños. La idea no era otra que la defensa de la población infantil frente a la tuberculosis, alejándola de las posibles fuentes de infección para transportarla a un lugar más higiénico y saludable, ya que la tuberculosis en sus variantes meníngea y peritoneal constituían uno de los principales enemigos de los niños menores de cinco años<sup>557</sup>. En su labor como preventorio, alojaba colonias de niños en los meses de verano en el pabellón de colonias escolares, evitando así la convivencia de los niños sanos con los enfermos, y en dos pabellones Doecker adquiridos a tal fin<sup>558</sup>.

El sanatorio constaba de un pabellón principal edificado en dos pisos de altura, con grandes terrazas para helioterapia. La planta baja comprendía dos salas que alojaban a los enfermos del sexo masculino y otra más pequeña para alojar a los enfermos convalecientes por haber sido recientemente operados, hasta que se encontrasen en condiciones de pasar a la sala general. También se encontraban en esta planta, la cocina y el comedor “[...] que en la actualidad sólo está dedicado al personal, pero que en verano se ve muy concurrido por las colonias escolares [...]”<sup>559</sup>. El piso superior estaba dedicado al alojamiento de enfermeras, con tres salas como en la parte inferior y además los servicios auxiliares de sala de rayos X, gabinete de fotografía y revelado, farmacia y quirófano, con sala anexa de esterilización a vapor. En la parte alta de este pabellón principal estaba emplazado el laboratorio, a cargo de un médico con dedicación exclusiva a cubrir las necesidades analíticas de los enfermos ingresados y a tareas de experimentación. Con el tiempo fue ampliándose y dotándose de más recursos, entre los que cabe destacar un pequeño quirófano para cirugía experimental, así como un amplio lugar para el alojamiento de animales de experimentación. También se puso en marcha una sección de anatomía patológica.

---

<sup>556</sup> López Fernández, A. (1933: 113-130).

<sup>557</sup> Perrón, J. (1931).

<sup>558</sup> La idea de los preventorios como instituciones de internamiento financiadas por el Estado, fue una de las medidas que se intentaron potenciar también en otros momentos de recrudescimiento de la enfermedad entre la sociedad española, tal como ocurrió tras la guerra civil. Marín Martínez, P. (1990).

<sup>559</sup> López Fernández, A. (1933: 114).

Los trabajos del laboratorio y el perfil de los enfermos ingresados durante el año 1933, quedan recogidos en las tablas XXXII y XXXIII <sup>560</sup>:

Como se refleja en el resumen estadístico recogido en estas tablas, los enfermos que ingresaban en el sanatorio lo hacían preferentemente por presentar alguna variante ósea o articular de tuberculosis. Como vemos, el número de enfermos atendidos anualmente oscilaba entre los 60 y los 70. Las instalaciones se incrementaron en 1933 con dos salas más, lo cual permitió que el sanatorio adquiriese capacidad para alojar hasta a cien enfermos adultos más respecto al volumen de ingresos mencionado. Ello fue posible gracias a la construcción de un nuevo pabellón, con sus terrazas orientadas al mediodía, para conseguir el mayor número posible de horas de sol.

Pero a pesar de la ampliación, el sanatorio no disponía todavía de la suficiente capacidad para poder atender las necesidades potenciales de la gran cantidad de personas afectas de estas patologías, y que eran susceptibles de un tratamiento específico. Ante esta necesidad, a lo largo de 1933 también se puso en marcha en el propio sanatorio, una consulta ambulatoria para atender de manera gratuita a los enfermos con lesiones osteo-articulares, de manera que “[...] todos los cuales se encuentran en tratamiento ambulante, siendo periódicamente vigilados, y si bien el tratamiento de la lesión fímica osteo-articular requiere el régimen sanatorial, en la imposibilidad de disponer de más camas, de esta forma no se encuentran totalmente abandonados y las terribles deformidades que de ordinario se ven, procuramos sean aliviadas dirigiéndoles el tratamiento [...]”<sup>561</sup>.

---

<sup>560</sup> *Ibidem*, 117.

<sup>561</sup> *Ibidem*, 115.

**Tabla XXXII**  
**Sanatorio Marítimo Nacional de la Malvarrosa. Trabajos de laboratorio realizados durante el año 1933**

Actividad	Número
Reacciones de desviación del complemento	135
Recuentos globulares y fórmulas leucocitarias	583
Velocidad de sedimentación	536
Exámenes de pus, exudados y otros	46
Hemocultivos	25
Aislamiento de gérmenes	30
Inoculaciones	110
Preparación de antiviruses	10
Espustos	8
Funciones articular	65
Orina	137
Determinaciones de calcio	139
Determinaciones de reserva alcalina	20

Fuente: Elaboración propia a partir de la memoria del Servicio Sanitario Provincial de 1933.

**Tabla XXXIII**  
**Sanatorio Marítimo Nacional de la Malvarrosa. Movimiento de enfermos clasificados por diagnósticos durante los años 1932-1933**

Diagnóstico	Hombres					Mujeres				
	Ingresos		Altas	Fallec	Quedan	Ingresos		Altas	Fallec	Queda
	1932	1933				1932	1933			
Mal de Pott	18	8	2		24	14	10	3		21
Osteo-artritis. Tuberculosis cadera	12	11	1	1	21	7	7	3		11
Osteo-artritis. Tuberculosis rodilla	9	4	5		8	4	4	0		8
Osteo-artritis. Tuberculosis pie	3	1	0		4	3	1	2		2
Osteo-artritis. Tuberculosis hombro	1	1	1		1	1	0	0		1
Osteo-artritis. Tuberculosis codo	1	0	1		0	0	0	0		0
Peritonitis tuberculosa	1	4	2	1	2	1	1	0		2
Adenitis tuberculosa	0	2	2		0	0	2	0		2
Sinovitis tuberculosa	0	0	0		0	1	0	0		1
Osteogénesis imperfecta	1	0	0		1	0	0	0		0
<b>Totales</b>	<b>46</b>	<b>31</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>61</b>	<b>31</b>	<b>25</b>	<b>8</b>		<b>48</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de la memoria del Servicio Sanitario Provincial de 1933.

La importancia adquirida por la tuberculosis como causa de morbilidad y mortalidad infantil<sup>562</sup>, fue la base de las actuaciones específicas dirigidas a combatir la enfermedad en este grupo de población, tan susceptible al bacilo tuberculoso. Una de estas actuaciones, fundamentalmente basada en los postulados de la higiene, consistió en proporcionar una vida más higiénica, aireación, helioterapia, etc., a los niños que hubiesen convivido con algún tísico o bien que fuesen sospechosos de un proceso bacilar<sup>563</sup>. Bajo estas premisas se crearon los preventorios infantiles y se organizaron colonias de verano en algunos sanatorios como el de la Malvarrosa. El pabellón dedicado a colonias se encontraba justo en la parte media del emplazamiento del conjunto de edificios de este sanatorio y era ocupado únicamente en la época estival, al carecer de terrazas para helioterapia y de calefacción. Los niños, procedentes de diferentes puntos de la geografía española, eran sometidos tanto a la llegada como a su salida del sanatorio, a una exploración física y radiológica. Como ejemplo de la actividad relacionada con las colonias infantiles, a continuación resumimos en la siguiente tabla el trabajo realizado en el verano de 1933<sup>564</sup>:

---

<sup>562</sup> Natalidad y Mortalidad (1932 y 1936).

<sup>563</sup> Sayé, L. (1933).

<sup>564</sup> López Fernández, A. (1933: 115-116).

**Tabla XXXIV**  
**Colonias infantiles de verano del Sanatorio Marítimo Nacional de la Malvarrosa**

Procedencia	Niños	Niñas	Período
Colonia de Valencia		20	20 de junio al 29 de julio
Colonia de Zaragoza	30		7 de julio al 26 de agosto
Colonia del Banco Español de Crédito de Madrid	26	27	9 de julio al 31 de agosto
Colonia de Hellín	19	22	9 de julio al 8 de agosto
Colonia del Colegio de Huérfanos de Médicos de Madrid	16	27	21 de julio al 31 de agosto
Colonia de Zaragoza	11	17	9 de agosto al 9 de octubre
Colonia de Zaragoza (Ayuntamiento)	28	33	26 de agosto al 1 de octubre
Colonia de Calatayud	47	53	1 de septiembre al 1 de octubre

Fuente: elaboración propia a partir de los datos aportados por López Fernández (1933).



#### 4.3.4. Los dispensarios antitracomatosos

El tracoma era una enfermedad contagiosa de localización ocular causada por un virus filtrable del orden *rickettsiales*, cuya manifestación clínica consistía en una conjuntivitis catarral subaguda, favorecida por la exposición al calor, el polvo y la luz solar. Tras un período de incubación de cinco a doce días, hacía su aparición una conjuntivitis granulosa con hiperplasia folicular del tejido subconjuntival de los párpados, pannus y retracción cicatricial de los párpados, pudiendo evolucionar de manera crónica hacia la ceguera. Su transmisión se producía por contacto íntimo de persona a persona o por objetos contaminados como toallas o pañuelos, desempeñando tal vez las moscas un importante papel en la transmisión del virus.

Uno de los principales problemas asociados a la lucha contra esta enfermedad era la dificultad de abordarla en sus estadios iniciales ya que era muy frecuente “[...] observar individuos -principalmente mujeres- que se presentan en la consulta acompañando a diferentes enfermos y en los cuales son evidentes lesiones tracomatosas tan avanzadas que se descubren simplemente con mirarles a la cara [...]”<sup>565</sup>. La falta de percepción subjetiva de gravedad cuando la enfermedad se localizaba en el fondo de saco conjuntival y no producía dolor, ceguera ni deformaciones, fue el elemento principal que movió la puesta en marcha de campañas organizadas de lucha contra la enfermedad, dirigidas a conseguir su diagnóstico e inicio del tratamiento en fases tempranas. Los pilares sobre los que se apoyó la lucha contra el tracoma fueron por un lado, la creación de dispensarios para atender a los enfermos y sus contactos, y por otro la realización de una búsqueda activa de casos en fases tempranas de la enfermedad en determinados colectivos cerrados como eran la población escolar -revisiones en las escuelas- y la de trabajadores -revisiones en las fábricas-.

Durante el año 1927, la sección de oftalmología del Instituto Médico Valenciano dedicó varias sesiones a discutir el problema del tracoma, resultando el principal objeto de debate lo concerniente a la lucha contra esta afección. Como resultado de dichas sesiones, se elaboraron dos cartillas de profilaxis

---

<sup>565</sup> Álvarez Torres, R. (1929).

antitracomatosa, y se llegó a dos conclusiones de manera unánime. La primera consistía en la necesidad de establecer una divulgación sanitaria, con intensa propaganda sobre la gravedad de la afección, y la segunda en la creación de dispensarios antitracomatosos repartidos por la provincia<sup>566</sup>.

El carácter endémico que presentaba la enfermedad en determinadas regiones de España, hizo necesario impulsar desde la administración central la puesta en marcha de una lucha organizada frente a ella, haciendo especial hincapié en aquellos lugares como el litoral valenciano, en los que su incidencia resultaba especialmente alarmante. Con esa intención, en 1927 se constituyó en Madrid la Comisión Central de Lucha contra el Tracoma, que contó en algunas provincias con juntas provinciales, como organismos consultivos. En Valencia, una vez nombrada por el gobernador civil la junta provincial, ésta hizo suyas las inquietudes mostradas por el Instituto Médico Valenciano, al ser sus miembros asiduos concurrentes a las sesiones de dicha entidad. Como consecuencia de ello, se acordó la creación de tres dispensarios antitracomatosos en la provincia de Valencia. Sin embargo, la escasa asignación presupuestaria dedicada por la Dirección General de Sanidad a este menester, hizo necesario implicar a los ayuntamientos elegidos en el compromiso de que proporcionaran el local y montaje del dispensario, incluyendo el personal subalterno, “[...] quedando única y exclusivamente a cargo de la junta provincial el abono de la gratificación al director del dispensario [...]”<sup>567</sup>.

Al aceptar estas condiciones los ayuntamientos de Alcira, Sueca y Gandía, se convocaron oposiciones en 1929 para cubrir las plazas de médico director de los tres dispensarios. Desde el 1 de enero de 1933 se sumó a la lucha antitracomatosa un nuevo dispensario en Sagunto y otro en Cullera, éste último como extensión del dispensario de Sueca. También como extensión del dispensario de Gandía, se inauguró uno en Tabernes de la Valldigna.

---

<sup>566</sup> Rubio Huerta, L. (1933a: 152-161).

<sup>567</sup> *Ibíd.*, 152.

De esta forma quedaba bastante cubierto casi todo el litoral valenciano, que era donde el tracoma presentaba una mayor incidencia. Sin embargo, aunque el radio de acción de cada dispensario se extendiera a 15-20 Km. a su alrededor, aún quedaban en la provincia de Valencia muchos distritos necesitados de atención, y este era el caso de Liria, Torrente o Alberique, sin dejar de lado otros con menor incidencia, aunque no nula, como Chelva, Requena, Ayora y Enguera. Un hecho se hacía patente y era la necesidad de que los ayuntamientos se implicasen en la lucha contra el tracoma pues “[...] deben tener presente que la lucha antitracomatosa no puede serles gravosa, ya que además de la sencillez y economía de sus medios, puede evitarle otros dispendios mayores, y en fin de cuentas, más vale crear un pequeño centro antitracomatoso, todo lo secundario que se quiera, que contribuir al sostenimiento de un instituto de ciegos [...]”<sup>568</sup>.

En sus inicios, el servicio que prestaban los dispensarios se centró en el tratamiento de los enfermos, exigiendo a los pacientes que precisaban asistencia, los documentos acreditativos del estado de pobreza. Tal era la demanda potencial en estos centros, que para controlar el acceso a los dispensarios de Alzira, Sueca y Gandía, el inspector provincial Gabriel Ferret, se vio obligado a recordar que la asistencia en estas instituciones se haría de manera gratuita únicamente en el caso de aquellos enfermos de tracoma que estuvieran acreditados debidamente en su condición de pobreza. La subvención proporcionada por el estado, y la contribución de los respectivos ayuntamientos al sostenimiento de estas instituciones asistenciales, no resultaba suficientes “[...] para que en ellos se puedan tratar gratuitamente todos los enfermos de tracoma que se presenten; y con el objeto de que no se llamen a engaño algunas personas pudientes, se hace saber que en los referidos centros sólo podrán ser tratados aquellos enfermos de tracoma que estén considerados como pobres, debidamente acreditada certificación de pobreza expedida por la alcaldía de residencia [...]”<sup>569</sup>.

---

<sup>568</sup> Rubio Huerta, L. (1933b).

<sup>569</sup> Dispensarios antitracomatosos (1931).

La llegada al poder del primer gobierno republicano, trajo consigo intentos de mejorar la organización de la lucha antitracomatosa y de unificar las líneas de actuación frente a la enfermedad. Para ello, la Comisión Central de Lucha contra el Tracoma y otras causas de Ceguera, quedaba como un órgano consultivo dependiendo directamente de la Dirección General de Sanidad y las juntas provinciales pasaban a tener carácter asesor de las inspecciones provinciales de sanidad. A los dispensarios antitracomatosos se les asignaban las siguientes funciones<sup>570</sup>:

- Establecer diariamente una consulta gratuita como mínimo, cuyo horario esté en relación con las particularidades de la jornada obrera de cada localidad.
- Registrar a todos los enfermos y llenar la ficha correspondiente, en el modelo facilitado por la Dirección General de Sanidad.
- Remitir mensualmente a la inspección provincial de sanidad, la estadística de los enfermos observados.
- Procurar en todo lo posible el aislamiento y la educación de los enfermos contagiosos.
- Visitar las fábricas, talleres, asilos, internados y demás comunidades para tratar a los enfermos e instruir a todos sobre las medidas profilácticas que deben seguirse.
- Inspeccionar trimestralmente las escuelas y centros de enseñanza, para someter a los enfermos al oportuno tratamiento y divulgar entre profesores y alumnos los necesarios conocimientos de higiene ocular.
- Expedir los certificados de sanidad o curación a los obreros o escolares que han de ser admitidos en el trabajo o la enseñanza.
- Hacer la estadística de enfermedades oculares contagiosas en visitas domiciliarias, estudiando las condiciones de vivienda, trabajo, alimentación u otras que pueden influir en la endemia.
- Intensificar todo lo posible la propaganda sanitaria y la divulgación de los conocimientos de higiene pública y privada de la especialidad.

---

<sup>570</sup> Dispensarios antitracomatosos (1933).

En este mismo decreto se establecía que la designación de los médicos para hacerse cargo de los dispensarios, correría a cargo de las inspecciones provinciales de sanidad, como lo haría la gratificación a percibir por ellos que, en cualquier caso, no debía superar las 3.000 pesetas. El nombramiento de estos facultativos se establecía que fuese con carácter interino y su contrato por un período no superior a un año. En cualquier caso, se dejaba potestad a las inspecciones provinciales de sanidad, para decidir sobre el adecuado funcionamiento y efectividad de estos dispensarios y, en caso de no cumplir con las expectativas, suprimir el servicio.

La actuación realizada por los dispensarios antitracomatosos, pronto comenzó a dar frutos y la identificación de los casos en estadios incipientes de la enfermedad con inicio precoz del tratamiento, se tradujo en una notable disminución de las formas graves de tracoma. Así, los casos de pannus y los casos complicados con retracciones cicatriciales, en 1935 se habían reducido a la mitad respecto a los años precedentes. De acuerdo con la información recogida por la Dirección General de Sanidad, el número más elevado de casos había pasado a concentrarse en las formas crónicas de tracoma sin complicaciones y en los casos incipientes y dudosos. Ello indicaba que los enfermos acudían con mayor antelación a los dispensarios, cuando todavía no se habían producido lesiones irreversibles e incurables que pusieran en peligro el órgano de la visión<sup>571</sup>.

---

<sup>571</sup> Álvarez Torres (1936).

## **Los dispensarios antitracomatosos de Sueca y Cullera**

El Servicio Antitracomatoso de Sueca se inauguró el 29 de mayo de 1929, merced al apoyo proporcionado por el ayuntamiento de la ciudad, que habilitó un local para dispensario en la planta baja del hospital de caridad y lo dotó del mobiliario clínico e instrumental indispensable. Su actividad estuvo orientada en un principio, como un servicio más de los que proporcionaba la beneficencia, “[...] limitándose al tratamiento y exigiendo los documentos acreditativos de pobreza a los enfermos concurrentes al mismo [...]”<sup>572</sup>. Durante el año 1932, el Dispensario amplió su actividad admitiendo toda clase de enfermos oftálmicos, aunque la lucha antitracomatosa continuó resultando su razón de ser fundamental.

El local del hospital de caridad habilitado para dispensario, constaba de dos pequeñas estancias, una para realizar las curas, y la otra para tomar la filiación de los enfermos al tiempo que hacía de cámara oscura. El establecimiento lo completaba una sala de espera con bancos, con una capacidad de albergar hasta a 20 enfermos. Las intervenciones quirúrgicas se practicaban en el quirófano del hospital, situado en las plantas superiores del edificio. Anexa al quirófano, había una sala con unas cuantas camas de las cuales podía disponerse en el caso excepcional de que algún paciente requiriese quedar ingresado.

Al inaugurarse el dispensario de Cullera, en el mes de julio de 1933, como una ampliación del de Sueca y para poder el mismo personal facultativo atender ambas consultas, quedaron repartidos los días de la semana en que se atendían pacientes en cada uno de ellos. Así, el dispensario de Sueca funcionaba con horario de consulta los lunes y viernes, haciéndose cargo el practicante de atender a los pacientes para curas los días restantes, mientras que el facultativo pasaba consulta en Cullera los martes y sábados.

Las instalaciones del dispensario de Cullera eran similares a las del de Sueca. El local ocupaba la planta baja del hospital municipal de esta ciudad, aunque disponía de una puerta de acceso independiente. Lo integraban dos dependencias,

---

<sup>572</sup> Rubio Huerta, L. (1933a: 153).

una con bancos que hacía de sala de espera, y otra que hacía de sala de curas. Las intervenciones quirúrgicas se realizaban en el quirófano del hospital<sup>573</sup>.

El coste de los servicios prestados desde ambos dispensarios era asumido casi en su totalidad por las arcas municipales, pues únicamente corría a cargo de la Dirección General de Sanidad la gratificación que percibía el médico encargado, Lorenzo Rubio Huerta. El personal subalterno que completaba la plantilla de ambos centros, lo integraban un practicante municipal y un enfermero, pertenecientes a la plantilla del hospital en cada una de las poblaciones.

Desde la inauguración del dispensario de Sueca en 1929, hasta el 31 de diciembre de 1933 fueron atendidos 2.562 enfermos oftálmicos, de los cuales 1.211 padecían tracoma. El tratamiento de todos estos enfermos generó una actividad asistencial en el dispensario de 34.824 curas. El perfil de las personas afectas de tracoma y de las formas clínicas de presentación de la enfermedad a lo largo de 1933, queda reflejado en la tabla siguiente<sup>574</sup>. En ella se observa un claro predominio de la enfermedad entre las mujeres, que superaban con diferencia a los hombres, sobre todo en las formas clínicas de mayor gravedad -únicamente los casos crónicos sin complicaciones eran similares en ambos sexos-. La distribución de los enfermos por grupos de edad, pone en evidencia una afectación importante de personas jóvenes, que resultaba prácticamente igual en el grupo de menores de 15 años que en el grupo de 15-30 años.

---

<sup>573</sup> *Ibíd.*, 154-158.

<sup>574</sup> *Ibíd.*, 155.

**Tabla XXXV**  
**Casos atendidos en el Dispensario Antitracomatoso de Sueca**

Formas clínicas	Por edades en años			Totales por sexo		
	1-15	15-30	>30	Varones	Hembras	Total
Incipientes y dudosas	4	3	2	3	6	9
Crónicas sin complicaciones	35	27	25	46	41	87
Con Pannus	2	6	18	6	20	26
Formas retráctiles: Entropión, Triquiasis,	1	5	13	4	15	19
Formas agudizadas	4	1	5	4	6	10
Formas mono o binoculares		1		1		1
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>43</b>	<b>63</b>	<b>64</b>	<b>88</b>	<b>152</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de la memoria del Servicio Sanitario Provincial de 1933.

Los enfermos atendidos en el dispensario, aunque en su mayoría eran vecinos de Sueca, también procedían de otros pueblos vecinos, como demuestra la distribución de los que fueron atendidos en 1933:



**Tabla XXXVI**  
**Lugar de procedencia de los pacientes atendidos en el Dispensario**  
**Antitracomatoso de Sueca**

Procedencia	Número
Sueca	157
Cullera	35
Corbera de Alcira	21
Riola	20
Poliñá del Júcar	19
Albalat de la Ribera	18
Fortaleny	17
Favareta	5
Llaurí	4
Sollana	1
Silla	1
Transeúntes	4

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por Rubio Huerta (1933a).

En relación con el tratamiento quirúrgico aplicado a los enfermos, durante esta mismo año, éste consistió en:

**Tabla XXXVII**  
**Procedimientos quirúrgicos realizados en el Dispensario**  
**Antitracomatoso de Sueca**

Tratamiento quirúrgico	Número
Lintaje	20
Expresión del tracoma	60
Escarificaciones	22
Entropión, triquiasis y disquiasis	12
Extirpación saco lagrimal	10
Pterigion	6

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos aportados por Rubio Huerta (1933a).

La marcada susceptibilidad de la población infantil a contraer la conjuntivitis crónica granulosa que caracterizaba la enfermedad viral, era uno de los aspectos que más inquietaba a los higienistas. La afectación de este grupo de población se veía favorecida por las deficientes condiciones higiénicas que padecían las escuelas y que contribuían a la transmisión del agente infeccioso. El hacinamiento, la exposición al calor, la luz solar y el polvo, eran factores sobradamente reconocidos como favorecedores de la infección. De este modo, una de las líneas de actuación que comenzó a desarrollarse en el marco de la lucha antitracomatosa, consistió en el reconocimiento de los escolares y párvulos para la detección precoz de la enfermedad y su profilaxis, función que pasó a ser competencia de los dispensarios. Así, desde el dispensario de Sueca en el año 1933 se inspeccionaron 803 niños pertenecientes a las escuelas de Sueca y Riola, lo cual permitió identificar a 91 (11%) con tracoma, y a 74 (9%) con diagnóstico dudoso por presentar afecciones conjuntivales diversas no exudativas<sup>575</sup>.

El predominio entre la población infantil de las formas de tracoma con complicaciones conjuntivales de tipo bacteriano, que incrementaban el grado de contagiosidad de la enfermedad, hacía recomendable que las escuelas de párvulos no admitiesen a los enfermos. A éstos se les abría un carné sanitario donde se registraban todas las visitas sanitarias y las curas realizadas, hasta el momento de su curación. Sin embargo, esta conducta no era válida para los escolares de más edad, dada la tendencia a la cronicidad de la enfermedad y la larga duración del tratamiento -en este caso la separación del niño de la escuela haría peligrar su educación-. Así pues, en estos casos había que instruir a los maestros para que mantuvieran separados a los escolares enfermos de los sanos y, únicamente en los períodos de reagudización de la enfermedad con mayor exudado, recomendar que permaneciesen aislados en su domicilio<sup>576</sup>.

---

<sup>575</sup> *Ibíd.*, 156-157.

<sup>576</sup> Rubio Huerta, L. (1933c).

## **El Dispensario Antitracomatoso de Sagunto**

La labor de la lucha contra el tracoma en el distrito de Sagunto comenzó con la puesta en marcha de un dispensario específico el uno de enero de 1933, bajo la dirección de Leandro Fernández Aldave. Las líneas de actuación emprendidas desde el dispensario abarcaron no sólo el diagnóstico y asistencia de los casos de enfermedad, sino que además comprendieron la inspección de escuelas, fábricas y talleres, para la detección precoz de casos, así como lo que su director denominó la labor “médico social”. Ésta consistió en sensibilizar a las autoridades civiles y sanitarias de la zona sobre el problema que planteaba el tracoma en esa región, implicándolas en la lucha frente a ella. La organización de conferencias de divulgación en las escuelas, dirigidas fundamentalmente a los maestros, constituyó el otro punto de apoyo para garantizar el éxito de las medidas de aislamiento de los escolares enfermos y pedir su colaboración en el seguimiento de su tratamiento. La labor de sensibilización sobre los directivos de fábricas y talleres, hizo posible que éstos enviaran a los obreros enfermos al dispensario, de manera que tras el oportuno tratamiento y curación se les extendió el correspondiente certificado sanitario<sup>577</sup>.

A lo largo del primer año de funcionamiento del dispensario se realizaron 443 reconocimientos a escolares de ambos sexos, entre los que se diagnosticaron 27 casos de tracoma (6%), especialmente localizados en Sagunto, Museros, Alboraya y Masamagrell. La inspección de fábricas y talleres acumuló un total de 2.087 obreros reconocidos y 109 casos de tracoma (5%). En relación con la asistencia prestada en el dispensario, la distribución por edad y sexo de los enfermos seguía las características epidemiológicas generales de la enfermedad, con una mayor afectación de los varones en el grupo de menores de 15 años y una mayor afectación del sexo femenino en los demás grupos de edad. En cuanto a los diagnósticos clínicos efectuados en este primer año, su distribución fue la siguiente<sup>578</sup>:

---

<sup>577</sup> Fernández Aldave, L. (1933: 142-148).

<sup>578</sup> *Ibíd.*, 143.

**Tabla XXXVIII**  
**Diagnosticos efectuados en el Dispensario Antitracomatoso de Sagunto**

Diagnósticos clínicos	Número	Porcentaje
Tracoma en distintos períodos de evolución, incluso xerosis	569	62,4%
Conjuntivitis contagiosa	78	8,4%
Afecciones de párpados y córneo-conjuntivales diversas	162	17,8%
Afecciones de vías lagrimales, dacrio y pericistitis	60	6,6%
Afecciones de iris, cristalino, fondo de ojo, refracción	40	4,4%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos aportados por Fernández Aldave (1933).

Tras este primer año de gestión, Fernández Aldave de acuerdo con el inspector provincial de sanidad, proponía que el servicio antitracomatoso central apoyase la apertura de dos nuevos dispensarios, uno en el Puerto de Sagunto -ya en marcha en 1934- y otro en Museros, donde la presencia de la enfermedad también era importante. Cada uno de ellos se haría cargo a su vez de los pueblos más próximos, mejorando de esta manera la accesibilidad del servicio<sup>579</sup>.

---

<sup>579</sup> *Ibíd.*, 148.

### **4.3.5. La Escuela Provincial de Puericultura de Valencia y Dispensario de Higiene Infantil**

La importancia adquirida por la infancia en el marco del discurso de la medicina social fue un proceso que se inició en las últimas décadas del siglo XIX y que comenzó a alcanzar peso en torno a los años 20 del novecientos, cuando el niño llegó a ser considerado como un objeto valioso y como un problema social<sup>580</sup>.

El elemento cuantitativo que proporcionaban las estadísticas de mortalidad infantil -España se encontraba con indicadores sanitarios en franca inferioridad respecto a las naciones desarrolladas de su entorno europeo-, constituyó el principal fundamento teórico sobre el cual se articuló el movimiento médico-social de defensa de la salud infantil. Como en el resto de las campañas médico-sociales, a la argumentación poblacional se unía otra de carácter moral, representada sobre todo por una preocupación sobre los problemas derivados de la lactancia mercenaria y del trabajo materno fuera del hogar. Finalmente se sumaba el afán filantrópico y reformista, en cuyos fundamentos la educación de los individuos en las prácticas saludables se vislumbraba como una herramienta de incalculable valor<sup>581</sup>.

Encuadrada en este marco conceptual, la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia representó uno de los pilares fundamentales para la lucha contra la mortalidad infantil en esta provincia. Constituida al amparo de la Escuela Nacional de Puericultura, inició su andadura en solitario en el año 1928, pero con la llegada de la etapa republicana pasó a formar parte de la estructura sanitaria provincial y su actividad quedó estrechamente vinculada a la del IPHV y más concretamente a la sección de higiene infantil que se creó en 1933. De esta forma, el centro de enseñanza y el de promoción de la higiene infantil, aunaron sus esfuerzos en el objetivo común de la lucha contra la mortalidad infantil<sup>582</sup>.

---

<sup>580</sup> Ballester, R.; Balaguer, E. (1995).

<sup>581</sup> Rodríguez Ocaña, E. (1994b).

<sup>582</sup> El papel de la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia en la lucha contra la mortalidad infantil en el período de la Segunda República, ha sido objeto de nuestro estudio. Barona Vilar, C.; Martínez Pons, M. (2000: 293-305).

Al amparo de lo dispuesto en el artículo 14 del *Reglamento de la Escuela Nacional de Puericultura*, de 31 de diciembre de 1925, ésta quedaba autorizada para la creación de escuelas provinciales de puericultura. De este modo, con fecha 25 de junio de 1927, la Escuela Nacional designó una comisión de tres médicos valencianos -Dámaso Rodrigo Pérez, Luis Valencia Negro y Alejandro García Brustenga-, para que se hicieran cargo de la organización de la institución docente en la provincia de Valencia. Finalmente, la Real Orden de 22 de julio de 1927 del Ministerio de Instrucción Pública reguló la constitución de la institución valenciana<sup>583</sup>. En sus esfuerzos por poner en marcha la nueva escuela, los tres médicos encargados recurrieron inicialmente a la diputación provincial en demanda de apoyo económico, pero este organismo receló de la nueva institución, por la competencia que ésta podía suponer a la tarea que realizaban los servicios de la beneficencia provincial:

“[...] Es criterio de la Diputación, que los servicios de maternología y puericultura, que por disposiciones legales le están encomendados, debe cumplirlos la Diputación por sí misma, con sus elementos propios, dentro de la esfera de su acción peculiar, y no por medio de subvenciones a otras Instituciones por dignas y respetables que éstas sean, como sucede en el presente caso con la proyectada Escuela de Puericultura, para la que se reclama el auxilio económico de esta Corporación provincial [...]”<sup>584</sup>.

Ante la falta de apoyo de la diputación, la nueva institución comenzó a funcionar con sede provisional en la Escuela de Maternología del “Grupo Cervantes”, situada en el número 145 de la calle Guillén de Castro, donde permaneció hasta la inauguración de los nuevos locales del IPHV en febrero de 1933, ubicados en la calle del Dr. Simarro nº 39. Desde este momento, el nuevo edificio fue compartido por los servicios administrativos de la inspección provincial de sanidad, los dispensarios antivenéreo, antirrábico y antituberculoso, los laboratorios químico y bacteriológico del instituto de higiene y la escuela de puericultura.

---

<sup>583</sup> Boix Barrios, J. (1979: 24).

<sup>584</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 26, 136-137.

Esta ubicación de la escuela de puericultura en las dependencias del instituto de higiene, sin duda favoreció la colaboración de la institución en la lucha contra la mortalidad infantil, convertida en una de las prioridades sanitarias en la provincia de Valencia durante la etapa republicana. Al producirse la adscripción de la organización de los servicios de puericultura a los institutos provinciales de higiene en 1933, como una sección más de éstos, los esfuerzos en la lucha contra la mortalidad infantil en el ámbito de la provincia de Valencia se aunaron en torno a su instituto de higiene, convirtiéndose la escuela de puericultura en fiel colaboradora en el objetivo común de disminuir la mortalidad infantil. Bajo la idea de que el servicio de higiene infantil debía ser un centro de lucha contra la morbilidad y mortalidad infantil en todos los períodos de la infancia, todas las actividades que de él emanasen debían girar alrededor de la enseñanza, divulgación y estudio de la higiene infantil y la puericultura, sin llegar a convertirse nunca en consultorios de niños ni policlínicas infantiles: “No funcionará en ella ningún servicio para niños enfermos”<sup>585</sup>. Bajo estas premisas, al servicio provincial de higiene infantil se le atribuía el doble carácter de centro de divulgación y de lucha contra la mortalidad infantil, función que debía desempeñar el dispensario de higiene infantil, y de centro técnico de enseñanza, competencia de la escuela de puericultura.

La dirección de la escuela, en un primer momento corrió a cargo de Dámaso Rodrigo Pérez, que era catedrático de pediatría en la Universidad de Valencia desde 1927<sup>586</sup>. El cargo de secretario-administrador lo ostentaba Alejandro García Brustenga, y el cuadro de profesores lo componían<sup>587</sup>:

---

<sup>585</sup> García Brustenga, A. (1933b).

<sup>586</sup> Tras la muerte de Ramón Gómez Ferrer en 1924, primer catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de Valencia, ocupó provisionalmente esta plaza su discípulo Jorge Comín, hasta que fue ocupada por Rodrigo, quien había sido pediatra de la beneficencia municipal de Madrid hasta ese momento. Boix Barrios (1979: 23-26).

<sup>587</sup> *Reglamento de la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia*, publicado por Decreto de 31 de mayo de 1928.

- Puericultura intrauterina:  
 Profesor de sección: Miguel Martí Pastor.  
 Ayudantes de sección: Vicente Milio Marí y Ramón Pascual Revest.
- Tercera infancia e higiene escolar:  
 Profesor de sección: Luis Valencia Negro.  
 Ayudante de sección: Vicente Antón Bellver.
- Enseñanza de higiene dental:  
 Luis Lafora García.
- Primera y segunda infancia:  
 Profesor de sección: Dámaso Rodrigo Pérez.  
 Ayudantes de sección: Joaquín Moltó Santonja y Alejandro García Brustenga.
- Enseñanza de enfermeras visitadoras y de laboratorio:  
 Profesor de sección: Juan Bosch Marín.  
 Ayudante de sección: Dolores Vilar Gallego.
- Enseñanza de higiene ocular:  
 Jose A. Aranaz Barba.
- Servicio de Laboratorio de Análisis Clínicos:  
 Enrique Pérez Moltó.

### ***El Reglamento de la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia***

La Escuela Provincial de Puericultura de Valencia actuaba como centro técnico de referencia en lo relativo a la enseñanza de la higiene infantil. Los fines con que se creó esta institución, según reflejaba su *Reglamento*, se concretaban en los siguientes aspectos<sup>588</sup>:

---

<sup>588</sup> Escuela Provincial de Puericultura de Valencia (1928).



- a- Preparar técnicamente al personal de maestros para recibir las enseñanzas que les permitan intervenir en aquellos organismos señalados en la vigente ley de protección de la infancia.
- b- Formar las enfermeras visitadoras para niños, que serán elegidas entre aquellas jóvenes que posean los títulos de Bachiller o Maestra Nacional.
- c- Instruir en los menesteres que competen al cuidado de los niños, a mujeres que posean instrucción elemental, las cuales recibirán al final de sus prácticas el título correspondiente.
- d- Aunar los esfuerzos de los organismos que en Valencia y su provincia se dedican a la crianza del niño.
- e- Contribuir a la formación de estadísticas nacionales que realice la Escuela Nacional sobre los distintos problemas que encierra la Puericultura.
- f- Divulgar entre las clases populares, particularmente entre las madres, las nociones fundamentales de higiene infantil.
- g- Hacer esta misma divulgación entre los alumnos de las escuelas nacionales de maestros y maestras, así como entre las niñas que cursan los últimos grados.
- h- Promover y desarrollar toda clase de investigaciones acerca de los problemas de higiene infantil, y particularmente a los que hacen referencia a los distintos métodos de alimentación en los lactantes.
- i- Interesar la creación de granjas modelo, a cargo de las corporaciones oficiales, en donde pueda obtenerse leche garantizada en sus condiciones higiénicas que sirva para la alimentación de los niños, principalmente de los concurrentes a centros benéficos.
- j- Extender su radio de acción a otros fines conexos, que pudiera estimarse convenientes.

En relación con su estructura y de acuerdo con las enseñanzas a impartir, quedaba dividida en cuatro secciones, una de puericultura intrauterina, una de

higiene de la primera y segunda infancia, otra de higiene de la tercera infancia y, por último, una de enseñanza especial de enfermeras visitadoras y niñeras tituladas y de laboratorio. Los títulos que aspiraba a reconocer mediante los estudios impartidos eran los de puericultor, para maestras y maestros, de enfermera-visitadora de niños y de niñera titulada.

### **La labor docente de la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia**

Bajo la percepción de que la incultura, el analfabetismo sanitario y la falta de moral eran factores determinantes de las condiciones sanitarias en las que se desenvolvía la vida de las clases populares, la educación sanitaria comenzó a adquirir progresivamente el rango de elemento reformador prioritario de la sociedad<sup>589</sup>. La finalidad era la modificación del comportamiento de la población para hacerlo más higiénico y más saludable, al tiempo que de esta manera se conseguía perpetuar una determinada organización social, acorde con los intereses de la clase dirigente, a cuyo servicio se encontraba el progreso científico. Para ello era necesario romper con algunas características de la mentalidad tradicional, que no se adaptaban bien al esquema considerado como más adecuado para el correcto funcionamiento de la sociedad y, en este sentido, la promoción de determinados comportamientos entre los profanos se convertiría en una herramienta de poder para los médicos<sup>590</sup>.

En un momento en que la disminución de la mortalidad infantil se vinculaba claramente a la capacidad de las madres para proporcionar los cuidados apropiados a sus hijos, el desarrollo de la puericultura se vislumbró como una herramienta importante para su capacitación y se optó no sólo por la formación directa de las madres, sino también por la de agentes intermedios como maestras, matronas o enfermeras. La formación de las maestras para la propagación de las ideas preventivas basadas en la nueva bacteriología y de consejos nutricionales que alcanzasen impacto sobre la población, ya venía resultando un hecho desde el segundo decenio del siglo XX<sup>591</sup>.

---

<sup>589</sup> Jiménez Lucena (1998a).

<sup>590</sup> Perdiguero, E. (2000: 379-396).

<sup>591</sup> Perdiguero, E. (1995: 225-250).

En este contexto, la inauguración de la actividad docente de la escuela valenciana de puericultura fue a través de un cursillo especial, titulado de “orientación”, que duró cuatro meses -del 1 de marzo al 30 de junio de 1928-, en el cual se matricularon un gran número de maestras, matronas y alumnas de niñeras y de enfermeras visitadoras de niños. Con la finalidad de poder ofrecer clases prácticas a las alumnas de este primer curso, al tiempo que se ponía en marcha una importante labor social de higiene infantil, se abrieron listas para la inscripción de *madres lactantes* como paso previo a la constitución de una sección de lactancia vigilada. Terminado este cursillo especial de orientación, el plan de trabajo para el curso 1928-1929 centró las actividades docentes para matronas, maestros y maestras, enfermeras visitadoras, madres embarazadas y madres lactantes, combinando adecuadamente las clases teóricas con las prácticas<sup>592</sup>.

Dado que la finalidad primordial era preparar adecuadamente al personal que debía intervenir en la lucha contra la mortalidad infantil, la escuela planteó un plan docente que consistía en ofertar en un mismo curso académico varios cursillos, impartidos a lo largo de dos cuatrimestres, el primero de octubre a enero y el segundo de febrero a mayo.

Desde su fundación en 1928, hasta abril de 1934, pasaron 629 alumnos por la escuela. El colectivo más numeroso que se benefició de estos cursos fue el docente, pues los recibieron 243 maestras y 27 maestros. A continuación se formaron 208 enfermeras visitadoras, 82 matronas, 54 niñeras o guardadoras y 15 estudiantes<sup>593</sup>.

Además de los cursos ordinarios que ocupaban gran parte de la actividad docente, también se organizaron cursillos especialmente dedicados a madres lactantes, a señoritas y recién casadas y también a médicos. Así, entre los meses de abril a julio de 1932 se impartió un cursillo dedicado a las madres lactantes que se hallaban inscritas en la escuela. El programa del curso podía considerarse como un guión de la *Cartilla de Higiene Infantil* elaborada por la escuela, que era repartida ampliamente entre las madres de Valencia y provincia como una guía de promoción de la salud infantil<sup>594</sup>. Del mismo modo, en mayo de 1931 y en marzo de 1932, se

---

<sup>592</sup> García Brustenga, A. (1933a: 68-113).

<sup>593</sup> *Ibíd.*, 99.

<sup>594</sup> Escuela Provincial de Puericultura (1932b).

impartieron cursillos gratuitos para señoritas y recién casadas, a los que se matricularon más de 50 alumnas, para instruirse en la manera de enfrentarse a la crianza de sus hijos y a los problemas derivados de ella<sup>595</sup>.

La necesidad de implicar al colectivo de médicos titulares que ejercía en el medio rural, en la lucha contra la mortalidad infantil en su ámbito geográfico, determinó que el instituto provincial de higiene patrocinara varios cursillos para ampliar los conocimientos sobre puericultura de este colectivo profesional.

Así, a lo largo de 1933 se desarrollaron dos cursos que acogieron a 20 alumnos cada uno, el primero tuvo lugar en los meses de junio y julio y el segundo entre septiembre y octubre<sup>596</sup>. Del mismo modo, entre octubre y noviembre de 1933, se organizó un curso sobre higiene escolar que acogió 50 alumnos<sup>597</sup>.

### **Las campañas sanitarias de la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia**

El análisis estadístico de la mortalidad infantil, constituyó uno de los primeros indicadores analizados por Marcelino Pascua al hacerse cargo de la Dirección General de Sanidad<sup>598</sup>, destacando que el descenso experimentado desde principios de siglo era totalmente insuficiente. Todavía morían en España anualmente 80.000 niños menores de un año, 30.000 menores de dos años y 20.000 antes de llegar al primer lustro, representando la mortalidad en los menores de 5 años un 32% de la mortalidad global en España. Asimismo, evidenciaba el importante papel que una buena orientación profiláctica debía jugar, teniendo en cuenta que entre las causas del exceso de mortalidad infantil tenían un peso importante las deficiencias en la lactancia y otros factores de índole doméstica y social entre los que destacaba la falta de higiene durante el embarazo y crianza del niño, así como la incultura y la falta de orientación sanitaria.

Los estudios epidemiológicos elaborados desde la sección de epidemiología y estadística del Instituto Provincial de Higiene de Valencia, también hacían sonar la alarma sobre las cifras de mortalidad infantil, tanto de la ciudad de Valencia como de

---

<sup>595</sup> Escuela Provincial de Puericultura (1932a).

<sup>596</sup> Escuela Provincial de Puericultura (1933b).

<sup>597</sup> García Brustenga (1933a: 104-105).

<sup>598</sup> A este respecto, pronunció una conferencia en el Ateneo de Madrid al principio de su mandato, cuyo contenido fue publicado en *El Siglo Médico*. Pascua, M. (1931c).

su provincia. Si bien la valoración de los datos era más favorable para la capital que para el conjunto de la provincia -97 frente a 105 muertes en menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos de media entre 1921 y 1930-, prácticamente no se habían registrado variaciones a lo largo del decenio estudiado<sup>599</sup>.

Otro de los indicadores que se analizaban era la tasa de mortinatalidad - muertos antes de nacer y durante el parto-, que en 1932 se situaba en 3,17 por cada 100 nacimientos en la capital y en 2,23 en la provincia de Valencia, cifras que aunque eran inferiores a las que presentaban la mayoría de provincias españolas, reflejaban la importancia de mejorar los cuidados durante el embarazo y el parto y de potenciar una higiene prenatal apropiada<sup>600</sup>.

La sensibilidad mostrada por la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia al problema de la mortalidad infantil en el medio rural, le llevó a desarrollar diversas actuaciones para hacer llegar los conocimientos sobre higiene infantil a los diferentes pueblos de la provincia. La idea de que la miseria y la incultura eran una de las principales causas de la mortalidad de los más pequeños, fomentó la puesta en práctica de actividades dirigidas a socializar los conocimientos sobre higiene infantil y a esbozar los principales problemas que podía plantear la crianza y educación de los niños. Algunas de las iniciativas propuestas consistieron en un concurso de carteles para el anuncio de las campañas de divulgación de la higiene de los niños en el medio rural, y para la portada de la “Cartilla Infantil” editada por la escuela, el reparto de folletos o la grabación en discos gramofónicos de lecciones de puericultura para las madres. Ahora bien, la propuesta más innovadora sin duda

---

<sup>599</sup> Pardo, P. (1930), resaltaba que a pesar de que en el medio rural la lactancia natural se mantenía de manera constante, la mayor mortalidad infantil en este medio tenía lugar por las continuas transgresiones de las más elementales normas higiénicas y sanitarias: “[...] Allí son una institución las transgresiones de régimen, las alimentaciones intempestivas, la impopularidad de la higiene, la ignorancia y la miseria, que son de un modo preciso las que condicionan imperativamente el establecimiento de la educación puericultora íntegra [...]”.

<sup>600</sup> La incorporación de los supuestos conceptuales y metodológicos de la epidemiología y la estadística sanitaria, como herramienta para el análisis de la situación sanitaria y la toma de decisiones sobre la política sanitaria, comenzó a cobrar interés en estos momentos. Fruto de ello fueron frecuentes estudios que, desde esta perspectiva, analizaban la situación en un ámbito territorial concreto, como fue el caso de los trabajos sobre natalidad y mortalidad en Valencia, realizados por Vidal Jordana, jefe de la sección de epidemiología y bacteriología del Instituto Provincial de Higiene de Valencia. Primero en el decenio 21-30 y más tarde en el año 1932, realizó un exhaustivo análisis de estos indicadores sanitarios. Vidal Jordana (1933a y 1933b).

consistió en la creación de una “Cátedra ambulante de Puericultura” para desplazarse por toda la provincia.

Con fecha de 30 de abril de 1930, se convocó un concurso de carteles con la finalidad de servir de imagen y propaganda a la actividad realizada por la escuela de puericultura en relación con la higiene del niño y la asistencia a embarazadas y lactantes. El cartel debía representar claramente una exaltación de la maternidad y la infancia y se solicitaba a quienes concurriesen, que aportasen su obra de manera altruista como ayuda a la obra de sanidad y cultura. Se presentaron un total de 15 carteles, que fueron expuestos en el Círculo de Bellas Artes de la capital y el premio le fue adjudicado al cartel de J. Espert, posteriormente editado a tamaño natural. Otros dos carteles fueron elegidos para reproducirlos en tamaño pequeño y ser utilizados en la cartilla de higiene infantil y en el traje del recién nacido<sup>601</sup>.

La *Cartilla de Higiene Infantil* se diseñó con la finalidad de proporcionar a las madres un documento con consejos para la crianza de sus hijos. Se trataba de un pequeño cuadernillo de 19 páginas, dividido en cinco apartados. El primero se titulaba “Los mandamientos de la madre”, seguido de un segundo apartado más amplio denominado “Preceptos fundamentales de higiene infantil” en el que se incluían las normas e importancia de la lactancia materna, aspectos de la lactancia por nodriza, lactancia artificial y peligros del biberón, introducción de la alimentación complementaria, normas de higiene, el chupón, la dentición y las denticinas, vacunación frente a la viruela y qué hacer cuando el niño enfermara. El tercer apartado se titulaba “Enseñanza a las madres lactantes”, e incluía los regímenes alimenticios recomendados para los niños de 0-2 años y para las madres lactantes. A continuación venía una tabla antropométrica por sexos, para acabar con una descripción del servicio de higiene infantil del instituto provincial de higiene, detallando una relación del profesorado, de los servicios que se prestaban y del programa de las enseñanzas que se impartían<sup>602</sup>.

Como puede comprobarse, la defensa a ultranza de la lactancia natural era uno de los principales pilares en los que descansaba la campaña educativa, equiparando la imagen de la buena madre con la de la madre que lacta al pecho a su

---

<sup>601</sup> Escuela Provincial de Puericultura (1931).

hijo. Si bien es cierto que existían problemas higiénicos importantes derivados de la lactancia mercenaria y de la artificial, cada vez más en boga en el medio urbano, se hacía necesario un control de estos tipos de lactancia que garantizasen las buenas condiciones de salud de las nodrizas, mediante revisiones médicas y los adecuados controles higiénicos de las leches artificiales<sup>603</sup>. La lactancia artificial se consideraba “[...] un procedimiento peligroso e inadecuado para el aparato digestivo del lactante [...]”<sup>604</sup>, por lo que se aconsejaba que fuera un método aplicado bajo vigilancia facultativa, garantizando de esa manera el cumplimiento de las adecuadas medidas de higiene.

Desde la inspección provincial de sanidad se promovieron a partir de 1932, una serie de actos concentrados en un solo día, que bajo el título de “Un día de lucha contra la mortalidad infantil” perseguían el objetivo de recordar a la población la importancia de proteger y promover la salud infantil. Para ello, Tomás Peset solicitó la colaboración de todas las entidades públicas y privadas representativas de la sociedad valenciana para que se sumaran “[...] a los actos a celebrar en beneficio de los niños, organizando alguno o algunos que tiendan muy singularmente a llamar la atención de la opinión pública sobre la importancia que tiene para la Sociedad, el criar y educar niños sanos, fuertes y alegres [...]”<sup>605</sup>. La fecha para el día en cuestión se fijó en el 20 de octubre de 1932 y, dado el éxito alcanzado en esta primera ocasión, se reprodujo la segunda jornada un año después, el 19 de octubre de 1933.

---

<sup>602</sup> Escuela Provincial de Puericultura (1934a).

<sup>603</sup> Véanse los trabajos de Comín, J. (1930) y Bartrina, J.; Comín, J. (1930).

<sup>604</sup> Yagüe Espinosa, L. (1935).

<sup>605</sup> Inspección Provincial de Sanidad (1932a).

El programa de actos de la primera celebración había sido completo y se habían involucrado muchas instituciones como el instituto municipal de puericultura, dependiente del Ayuntamiento de Valencia, el hospital provincial, dependiente de la diputación, los asilos de S. Eugenio S. Juan de Dios y del Carmen, el Sanatorio de la Malvarrosa, la Escuela de Reforma de Burjasot, el Asilo Romero y las Escuelas Pías, las guarderías de Cuarte y Sagunto, la Federación de Colonias Escolares, el Guardalactantes de la fábrica de tabacos, así como la escuela de puericultura y Unión Radio Valencia<sup>606</sup>.

La experiencia sirvió para que, un año después, Tomás Peset volviera a organizar el acontecimiento y éste alcanzase una repercusión mucho más amplia si cabe que la primera. Con cualidades dignas de los mejores estrategas, invitó a que se sumaran a la jornada a todas las corporaciones públicas relacionadas con la infancia, la prensa de la ciudad y la Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Valencia, probablemente el representante más significado de la oligarquía local<sup>607</sup>. Peset solicitaba de la Caja de Ahorros, la financiación de un equipo móvil de puericultura, como medio para difundir las ventajas de la higiene infantil y poder realizar “[...] todas aquellas prácticas sanitarias que se traduzcan en el ahorro de vidas de niños, hartas veces malogradas por la Ignorancia y la Desidia [...]”<sup>608</sup>. Dicho equipo móvil constaría de camión automóvil de fácil manejo, dispositivos especiales para máquina cinematográfica, pantalla, máquina de proyecciones, micrófono, y aparato amplificador con altavoces, armario de folletos, cartelera, prospectos y demás impresos de propaganda, estuches de vacunaciones contra la viruela, difteria y tifoidea, lavabos y bañeras portátiles, pesa-bebés, etc., que permitiría llevar al pueblo más apartado de la provincia las ventajas de la higiene infantil. Como contrapartida, se pregonaría de forma ostensible que dicha campaña se estaba llevando a cabo con el patrocinio de la Caja de Ahorros.

La jornada “Un día de lucha contra la mortalidad infantil”, celebrada el 19 de octubre de 1933, obtuvo un total éxito, la ciudad apareció cubierta de carteles en los que se pedía a los valencianos que se hiciesen cumplir los derechos de los niños, se

---

<sup>606</sup> Inspección Provincial de Sanidad (1932b).

<sup>607</sup> Peset Alexandre, T. (1933f).

<sup>608</sup> *Ibíd.*, 5.



repartieron entre las madres 20.000 ejemplares de “Los Derechos del Niño” y desde Unión Radio Valencia se radiaron lecciones de higiene infantil elaboradas a propósito para ese día por médicos y maestros dentro de una campaña de propaganda proyectada por la escuela de puericultura. Todas las instituciones que habían sido invitadas, se sumaron a la jornada con la celebración de festejos y la prensa publicó páginas especiales<sup>609</sup>.

Con ocasión de la jornada “Un día de lucha contra la mortalidad infantil” del 19 de octubre de 1933, la escuela de puericultura elaboró una serie de amenas lecciones dedicadas a las madres y futuras madres, que fueron grabadas en discos gramofónicos y radiadas desde Unión Radio Valencia en la sesión de las 6 de la tarde. La colección constaba de las doce lecciones siguientes<sup>610</sup>:

- 1ª lección: Los niños y los animales domésticos. Lección impartida por el Inspector Provincial de Sanidad de Valencia, Tomás Peset Aleixandre.
- 2ª lección: El lenguaje de las cifras de mortalidad infantil. Lección impartida por el médico jefe de la Sección de Epidemiología del Instituto Provincial de Higiene de Valencia, D. Tomás Peset Aleixandre.
- 3ª lección: Los baños de sol. Lección impartida por el médico director del Sanatorio Marítimo de la Malvarrosa de Valencia, D. Álvaro López Fernández.
- 4ª lección: Dentición y denticinas. Lección impartida por el médico D. Luis Valencia Negro, director del Instituto Municipal de Puericultura y profesor de la Escuela de Puericultura de Valencia.
- 5ª lección: La lactancia mercenaria. Lección impartida por el médico profesor de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Puericultura de Valencia, D. Juan Bosch Marín.

---

<sup>609</sup> *Ibíd.*, 8-11.

<sup>610</sup> Escuela Provincial de Puericultura (1933c).

- 6ª lección : La vacunación antitífica. Lección impartida por el médico profesor de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Puericultura de Valencia, D. Juan Bosch Marín.
- 7ª lección: Hay que vacunar a los niños. Lección por el médico profesor de la Escuela de Puericultura de Valencia, D. Vicente Antón Bellver.
- 8ª lección: El paseo higiénico de los niños. Lección por el médico Profesor de la Escuela de Puericultura de Valencia, D. Vicente Antón Bellver.
- 9ª lección: !No hagáis miedo a los niños! Lección por el médico secretario de la Escuela de Puericultura de Valencia, D. Alejandro García Brustenga.
- 10ª lección: Un enemigo de los niños: el chupón. Lección por el médico secretario de la Escuela de Puericultura de Valencia, D. Alejandro García Brustenga.
- 11ª lección: No beséis a los niños. Lección por el Maestro Puericultor de Valencia, D. Maximiliano Thous Lloréns.
- 12ª lección: Los peligros de la calle. Lección por el Maestro Puericultor de Valencia D. Maximiliano Thous Lloréns.

Dentro de la campaña popular de divulgación de la higiene infantil, la escuela de puericultura comenzó a realizar desde 1929 una serie de actos públicos por los pueblos de la provincia, que en su mayoría se celebraban en teatros o locales de gran aforo, y donde se congregaba fundamentalmente a madres y futuras madres. Estas actuaciones itinerantes se conocían con la denominación de *Cátedra Ambulante* y comprendían además de conferencias sobre temas de higiene infantil, el reparto de material divulgativo.

El primer acto de la *Cátedra Ambulante* se realizó en la ciudad de Sueca el 22 de diciembre de 1929, y fue tal el aforo de público que indujo a la escuela a proseguir su labor con renovados esfuerzos, repitiendo el acto de Sueca en Carlet, Torrente, Alberique, Liria, Gandía, Alcira y en los poblados marítimos de Valencia. A fin de que todos los pueblos de la provincia pudieran beneficiarse de esta actuación, se envió una circular a todos los ayuntamientos en los siguientes términos:

“[...] La Escuela Provincial de Puericultura, laborando en la intensificación de las prácticas de las más elementales reglas de la higiene en los niños, como principal medio conducente a la disminución de la mortalidad, que tan elevado índice alcanza en el medio rural, proyecta realizar excursiones a todos los pueblos de la provincia, destacando los elementos de su profesorado, para que en los actos de divulgación cultural que en cada caso se organicen, puedan los habitantes de aquellos y muy especialmente las madres y las futuras madres, percatarse todavía más de lo que están, de la importancia que tiene para el buen vivir, la posesión de hijos sanos, robustos y alegres [...]”<sup>611</sup>.

El acto solía dividirse en dos partes. En la primera, médicos y maestros desarrollaban temas de crianza y educación de los niños, para despertar sobre el auditorio el interés sobre los problemas de la infancia. La segunda parte estaba ocupada por la proyección de una película. En el intermedio, se repartían documentos de la *Cartilla de Higiene Infantil*, y algunos folletos titulados “Los derechos del niño” y “Los juguetes del niño”. La sesión se aprovechaba para que médicos y enfermeras de la escuela y del instituto provincial de higiene practicasen una vacunación colectiva contra la difteria a los niños de uno a tres años<sup>612</sup>. La relación de actos celebrados entre 1929 y 1934 quedan reflejados en la tabla siguiente:

---

<sup>611</sup> García Brustenga (1933a: 73).

<sup>612</sup> Escuela Provincial de Puericultura (1933a).

**Tabla XXXIX**  
**Actuaciones de la cátedra ambulante de puericultura entre 1929 y 1934**

<b>Fecha</b>	<b>Población</b>	<b>Lugar</b>
22-12-1929	Sueca	Teatro Serrano
19-01-1930	Carlet	Teatro El Siglo
26-01-1930	Torrente	Teatro Cervantes
23-03-1930	Alberique	Teatro liceo
13-04-1930	Liria	Teatro español
25-05-1930	Gandía	Gran Cine Royalty
31-05-1930	Valencia	Teatro La marina
10-06-1930	Alcira	Teatro Cervantes
26-10-1930	Jalance	Teatro Cine
26-10-1930	Ayora	Teatro Honrubia
03-11-1930	Benaguacil	Gran Teatro
23-11-1930	Paterna	Gran Teatro
05-12-1930	Paiporta	Mundial Cinema
19-12-1930	Burjasot	Teatro Novedades
30-01-1931	Silla	Teatro Príncipe Alfonso
01-06-1931	Valencia	Teatro Apolo
20-09-1931	Valencia	Cine Sagunto
01-04-1932	Picasent	Teatro Cine Colón
20-10-1932	Valencia	Unión Radio
03-11-1932	Masamagrell	Cine Actualidades
09-12-1932	Alginet	Teatro Principal
16-12-1932	Benetuser	Cine Pompeya
20-12-1932	Alcacer	Unión Cinema
05-03-1933	Fuente Encarroz	Salón Cine
05-03-1933	Jaraco	Salón Cine
10-03-1933	Valencia, C. Flora	C.I.R.A. La Vega
21-03-1933	Villanueva de Castellón	Teatro Ideal
30-03-1933	Almusafes	Teatro Cine Rosales
09-04-1933	Luchente	Cine Moderno
09-04-1933	Benifairó de Valldigna	Sociedad Musical
07-05-1933	Alboraya	Casino Agrícola
27-05-1933	Sagunto	Salón Cine
08-07-1933	Sagunto (Puerto)	Teatro Victoria
11-07-1933	Algimia de Alfara	Teatro Cine
16-02-1934	Tabernes de Valldigna	Teatro Cine Ideal

Fuente: Elaboración propia a partir de la memoria del Servicio Sanitario Provincial de 1933.

## **La Escuela de Puericultura y el Dispensario de Higiene Infantil de Valencia**

En marzo de 1933 se crearon en España 50 dispensarios de higiene infantil, uno en cada capital de provincia, los cuales quedaban adscritos a los institutos provinciales de higiene. En la provincia de Valencia, la escuela de puericultura solicitó a la Dirección General de Sanidad la adscripción de los servicios del dispensario de higiene infantil. Avalada por su inspector provincial de sanidad, “[...] quien con sus informes y datos, ha contribuido a que la Escuela se vea asistida del mayor número de elementos de todo orden para el cumplimiento de su labor [...]”<sup>613</sup>, no le fue difícil conseguir la autorización de la institución central, que por otro lado constituía un certificado de aptitud y reconocimiento a la labor que venía desempeñando desde 1929.

En los dispensarios de higiene infantil, la asignación del trabajo a los Puericultores del Estado fue decisiva para orientar la estrategia de estos centros, donde además de la atención individual, se potenciaban las actividades de prevención y promoción de la salud, tanto de manera individual como en un ámbito comunitario. En su organización se contemplaban tres tipos de consulta: una “consulta de higiene prenatal”, dando consejos a las madres, para que la gestación llegase a feliz término y para que el niño naciera en buenas condiciones de vitalidad. Se les recomendaba dirigirse a un tocólogo o una comadrona y se facilitaba a los pobres el material necesario para una buena asistencia del parto, tendente sobre todo a evitar la infección puerperal. Una consulta de “lactantes”, que hacía propaganda en favor de la lactancia materna, vigilaba el crecimiento normal del niño, y se encargaba de vacunarlos contra las enfermedades evitables, llevando a cabo además el tratamiento profiláctico y en su caso el curativo de las diarreas estivales, una de las más importantes causas de mortalidad infantil. La tercera consulta, la de “higiene escolar”, se encargaba del diagnóstico y tratamiento de las anormalidades del niño y de la profilaxis de las infecciones en esta edad<sup>614</sup>.

---

<sup>613</sup> García Brustenga (1933a: 108).

<sup>614</sup> Dispensarios (1933).

El dispensario provincial de Valencia se estructuró en las siguientes consultas:

- Higiene prenatal: encargada de la atención prenatal a las embarazadas.
- Higiene de la 1ª y 2ª infancia: su misión era la vigilancia de niños sanos y enseñanza de maternología mediante consejos, prácticas, folletos, etc.
- Higiene escolar: encargada del reconocimiento y vigilancia de niños de las escuelas. Este servicio llevaba anejos los de higiene dental, higiene ocular y de otorrinolaringología.
- Servicio de profilaxis, para niños de todas las edades. Estaba dedicado a la vacunación contra la tuberculosis, viruela, difteria y tifoidea.

La labor de vigilancia e inspección de las enfermeras visitadoras estaba planteada como un servicio de apoyo a todos los servicios anteriormente mencionados, del mismo modo que los laboratorios del Instituto.

La tabla siguiente, nos ofrece una visión de la actividad del dispensario de higiene infantil de la provincia de Valencia, en el sexenio comprendido entre 1929 y 1934, extraída de los datos publicados en la memoria correspondiente a este último año por el servicio sanitario provincial<sup>615</sup>.

---

<sup>615</sup> García Brustenga (1933a: 106).

**Tabla XL**  
**Actividad desarrollada por el dispensario de higiene infantil durante**  
**el sexenio comprendido entre 1929-1934**

Clase de servicio	1929	1930	1931	1932	1933	1934
<b>Matricula</b>						
Madres lactantes en 1° de enero	168	169	207	226	147	181
Nodrizas en 1° de enero				21	16	29
<b>Altas</b>						
Nuevas inscripciones de madres	35	188	241	152	188	101
Nuevas inscripciones de nodrizas					21	7
<b>Bajas</b>						
Por cumplir 2 años			43	77	49	31
Por falta de asistencia	35	150	172	142	98	45
Por destete (nodrizas)				5	8	8
Por fallecimiento			7	12	7	4
<b>Puericultura Intrauterina</b>						
Embarazadas reconocidas: 1ª visita	19	62	56	13	80	33
Visitas posteriores	8	33	34	9	75	18
Partos asistidos	1	34	20	15	29	7
Abortos					4	0
<b>Mutualidad Maternal</b>						
Censo de asociadas a 1° de mes				32	182	400
Inscripciones en este mes			32	150	218	120
Subsidios abonados de 50 ptas.			10	2		
Subsidios abonados de 100 ptas.				10	25	4
<b>Higiene 1ª y 2ª Infancia</b>						
Asistencia de menores de 1 año	535	3.516	3.679	1.274	1.811	1.023
Asistencia de mayores de 1 año				705	957	305
<b>Profilaxis-Niños Vacunados</b>						
Vacunación antivariolosa:	12	183	313	310	368	61
Vacunación antidiftérica		10	46	72	70	61
Vacunación antitífica			2		23	
Vacunación antituberculosa					76	49
<b>Helioterapia</b>						
Niños en régimen de helioterapia				65	139	29
Sesiones aplicadas				941	1.157	434
<b>Higiene Dental</b>						
Niños atendidos	114	293	880	171	157	30
Visitas posteriores					95	89
<b>Higiene Ocular</b>						
Niños atendidos			24	27	47	8
Visitas posteriores			8		39	22

Fuente: Elaboración propia a partir de la memoria del Servicio Sanitario Provincial de 1933.

Como vemos, la actividad del dispensario en el período prenatal resultaba muy limitada, a juzgar por el escaso porcentaje de embarazadas atendidas. Este hecho al parecer resultaba bastante común a los diferentes dispensarios de higiene

infantil del territorio español y era atribuido a la falta de percepción de su necesidad por las propias embarazadas: “[...] Todavía no ha entrado en el espíritu de muchas gestantes la convicción de la necesidad del reconocimiento, aun cuando no se acusen molestias y, con mayor motivo, al sobrevenir anomalías. [...] Los esfuerzos de esta cruzada médico social, deben dirigirse a atraer a toda embarazada cuya condición exija la asistencia de que se trata [...]”<sup>616</sup>. En este sentido, la creación del “Seguro de Maternidad” era una realidad en España desde que el primer gobierno republicano lo aprobase en una Ley de 26 de mayo de 1931 con la finalidad de proporcionar a las mujeres trabajadoras asistencia y cuidados sanitarios en el embarazo, parto y puerperio, e indemnizarlas de los jornales que perdían con motivo del descanso obligatorio -hasta seis semanas antes del parto y durante seis semanas después-<sup>617</sup>.

La actividad con las madres en el dispensario se intensificaba claramente tras el parto, en primer lugar a través del apoyo a la lactancia natural, que se mantenía hasta que el niño cumplía los dos años y, más tarde, mediante su asistencia hasta la segunda infancia. No obstante, se aprecia cómo el período comprendido en el primer año de vida merecía una atención médica especial, quizás porque se trataba del más vulnerable para el desarrollo infantil. También llama la atención la exigua actividad relacionada con la profilaxis vacunal -sobre todo en el caso de la vacunación antitífica-, suponemos que debido a que se trataba de una actividad que se encontraba diversificada entre diferentes servicios y profesionales sanitarios.

La organización de la actividad de la escuela, desde que inauguró sus tareas en la nueva sede de la calle del Dr. Simarro, en mayo de 1933, quedó establecida de la siguiente manera<sup>618</sup>:

---

<sup>616</sup> Laffón, L. (1933).

<sup>617</sup> Seguros (1932).

<sup>618</sup> García Brustenga (1933a: 109).



**Tabla XLI**  
**Organización de los servicios prestados por la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia a partir de 1933**

Cuadro de servicios	Cuadro de enseñanzas
<b>Higiene Prenatal (embarazadas)</b> Martes, jueves y sábado, 12 mañana	<b>Puericultura intrauterina. Enseñanza a matronas</b> Jueves y sábado de 12 a 13h
<b>Higiene 1ª y 2ª infancia (madres lactantes)</b> Diaria, a las 10 mañana	<b>Higiene 1ª y 2ª infancia. Enseñanza a maestras, maestros y matronas</b> Martes, jueves, de 11 a 12h
<b>Vigilancia higiénica de nodrizas</b> Jueves, 10 mañana	<b>Higiene escolar y 3ª infancia. Enseñanza para matronas y maestros</b> Martes y jueves de 9 a 10h
<b>Higiene escolar y 3ª infancia</b> Lunes, miércoles y viernes, 10 mañana	<b>Enseñanza de enfermeras y guardadoras de niños. Especial para señoras y señoritas</b> Lunes y viernes de 9 a 10h
<b>Profilaxis (vacunaciones)</b> Martes, jueves y sábado, 10 mañana	<b>Conferencias teóricas a las madres lactantes Cursos generalidades puericultura Inscripción matrículas de madres lactantes y nodrizas</b> Diaria a las 10 de la mañana
<b>Higiene ocular</b> Lunes, miércoles y viernes, 10 mañana	<b>Mutualidad maternal. Inscripción y organización</b> Diaria a las 10 de la mañana
<b>Higiene dental</b> Martes, jueves y sábado, 10 mañana	<b>Secretaría, propaganda y acción social</b> Diaria a las 10 de la mañana
<b>Helioterapia</b> Martes, jueves, sábado, 10 mañana	
<b>Laboratorio de dietética</b> Horario convencional	
Visitas diarias a domicilio por las enfermeras visitadoras de niños, para vigilancia higiénica	

Fuente: Elaboración propia a partir de la memoria del Servicio Sanitario Provincial de 1933.

A juzgar por la actividad desplegada desde la Escuela de Puericultura y Dispensario de Higiene Infantil de la provincia de Valencia, los esfuerzos realizados desde esta institución estuvieron a la altura de las líneas de actuación y de las recomendaciones marcadas por las corrientes del momento<sup>619</sup>. La lucha contra la mortalidad infantil, que constituyó una de las prioridades de la política sanitaria de la Segunda República, sustentó en gran medida las actuaciones de esta institución valenciana, que hizo suya la necesidad de socializar y popularizar los conocimientos sobre

<sup>619</sup> Congresos (1933).

puericultura e higiene infantil, como medio para mejorar las condiciones higiénicas y garantizar el adecuado crecimiento y desarrollo de la población infantil.

## 5.- LA ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA VALENCIANA (1854-1936)



## 5.1. El contexto demográfico y socioeconómico de la provincia de Valencia

La provincia de Valencia, en la segunda mitad del siglo XIX, se encontraba en lo que se considera como la fase moderna de la transición demográfica y sanitaria, con importantes cambios representados por un progresivo descenso de las tasas de mortalidad ordinaria, un incremento de la esperanza de vida y un cambio en el patrón epidemiológico de las enfermedades más prevalentes, consistente en el progresivo desplazamiento de las enfermedades infecciosas -sobre todo de las asociadas a la precariedad y a la falta de higiene- por las de tipo crónico y degenerativo<sup>620</sup>.

Varios son los trabajos que han centrado su atención en el análisis de los indicadores que ponen de relieve este proceso de transición en la población valenciana<sup>621</sup>. Aquí tuvo lugar con retraso respecto al conjunto de la Europa occidental o de otras regiones como Cataluña, pero con anticipación al resto del estado español. No obstante, tampoco cabe hablar de un modelo de comportamiento único y homogéneo en la totalidad del País Valenciano, ya que además del contraste campo-ciudad, habría diferencias y matices comarcales entre las zonas rurales con régimen tradicional de economía agrícola y las zonas urbanas e industriales, o las rurales con una agricultura comercial<sup>622</sup>.

Desde el punto de vista demográfico, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, la provincia de Valencia sufrió un importante incremento de población, que

---

<sup>620</sup> Sobre la transición sanitaria, Balaguer, E. (1991). Con una visión epidemiológica a la hora de valorar los cambios y tendencias en los procesos de salud y enfermedad, son importantes las aportaciones que realizan Bernabeu, J. (1995: 82-100); Robles, E.; Bernabeu, J.; García Benavides, F. (1996a) y Robles, E.; García Benavides, F.; Bernabeu, J. (1996b).

<sup>621</sup> El análisis de la mortalidad y de las causas de muerte en este período importante de transición epidemiológica, es objeto de algunos estudios entre los que citaremos, a modo de ejemplo, los que abordan con una perspectiva global de la mortalidad Bernabeu (1991a), en el conjunto de la población valenciana, y Barona, J.L.; Barea, E. (1996b), en la ciudad de Valencia. También en la misma ciudad, Báguena, M.J. (1991) y Martínez, M.; Barona, C. (1996) analizan el impacto que sobre la mortalidad tuvieron algunas enfermedades como la tuberculosis y la gripe respectivamente.

<sup>622</sup> A finales del ochocientos, la zona con un comportamiento demográfico más evolucionado - mortalidad y fecundidad inferiores a la media valenciana- correspondía al litoral, y contaba con comarcas como la Ribera, la Safor o el Camp del Túria. Con un comportamiento intermedio - fecundidad superior a la media y mortalidad inferior- se situaba una zona prelitoral e interior, con comarcas como l'Horta Sur, Vall d'Aiora, Navarrés y Buñol. Sin duda el comportamiento demográfico menos evolucionado -cifras de fecundidad y mortalidad superiores a la media- lo ostentaban las comarcas menos pobladas como la de Utiel y los Serranos. Sagunto y la ciudad de

proporcionalmente fue mayor en la ciudad de Valencia, debido en buena parte a la anexión de diversos municipios situados a su alrededor, que le llevaron a aumentar su término municipal: Patraix en 1870, Beniferri y Benicalap en 1872, Ruzafa, Pinedo, el Palmar, l'Oliveral, Castellar y la Fuente de San Luis en 1877, Benimamet, Rascanya, els Orriols y Benimaclet en 1882, Borbotó y Carpesa en 1888, Campanar, Vilanova del Grao y Poblenu de la Mar en 1897, Massarrojos en 1898 y Benifaraig en 1900. A ello se sumó además la llegada de gentes desde el medio rural a la ciudad en busca de trabajo y de una mejor calidad de vida. En las comarcas de l'Horta valenciana, la densidad de población fue siempre alta, pues los 299.750 habitantes de 1857 contenidos en sus 500 Km<sup>2</sup> se convirtieron en 739.380 en 1900<sup>623</sup>. En la tabla siguiente puede observarse cómo el porcentaje de población en la ciudad de Valencia entre 1849 y 1928 justamente se duplicó, mientras la población rural de la provincia se reducía en un 16%.

**Tabla XLII**  
**Evolución de la población de la provincia de Valencia**  
**entre 1849 y 1928**

Año	Ciudad de Valencia		Población rural		Total Provincial
	Nº	Porcentaje	Nº	Porcentaje	
<b>1849</b> <sup>624</sup>	69.565	15%	383.797	85%	453.362
<b>1928</b> <sup>625</sup>	314.794	31%	673.287	69%	988.081

Fuente: elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Nomenclátor de 1849 y Vidal Jordana (1933a).

---

Valencia, a pesar de presentar unos índices bajos de mortalidad, mantenían los de fecundidad por encima de la media. Baila Pallarés; Recaño Valcerde (1991).

<sup>623</sup> Al llegar el nuevo siglo, la población activa de la ciudad de Valencia estaba representada en su gran mayoría por los agricultores, un 44%, y sólo el 22% eran artesanos y jornaleros de los centros fabriles. El sector servicios representaba el 21% y las personas dedicadas al comercio el 8%. Sánchis Guarnier (1972: 423-487).

<sup>624</sup> Hemos hallado la población rural y urbana de la provincia de Valencia, a partir de la información que proporciona el Nomenclátor de los pueblos de la provincia de Valencia, en el que además de contabilizarse el número de vecinos y de almas en todos los pueblos, ubicándolos por partidos judiciales, se ofrece una clasificación de los mismos en categorías de ciudades, villas y lugares, y se establece la distancia, en leguas, a la cabeza de partido y a la capital de la provincia. Nomenclátor de los pueblos de la provincia de Valencia, A.D.P.V., D.2.2., caja .27, 1849.

<sup>625</sup> La distribución de la población rural y urbana en 1928, es la que proporciona Vidal Jordana (1933a), en los estudios epidemiológicos realizados desde el Instituto provincial de Higiene de Valencia.

La economía valenciana se convirtió a partir de las últimas décadas del siglo XIX en una estructura que evolucionaba hacia el capitalismo industrial y se acompañó de un crecimiento de la producción, la transformación técnica y el conflicto social. A principios del siglo XX, la agricultura continuaba siendo la principal actividad económica de los valencianos, pues la proporción de los que trabajaban en el campo era cuatro veces superior a los que lo hacían en la industria. El cultivo de la morera a lo largo del siglo XVIII se había traducido en una elevada recolección de seda que tuvo como consecuencia la expansión de la industria a diversas ciudades como Alcira, Gandía y muy especialmente a la capital, dando lugar a una verdadera eclosión de trabajo. En este sentido, Valencia era una ciudad industrial que no fabril. La expansión de la industria descansaba en la abundancia de la materia prima, consecuencia de unas estructuras agrarias necesitadas de la obtención de productos rentables. Sin embargo, a lo largo del siglo XIX la producción de seda entró en crisis, como consecuencia de la imposibilidad de remontar unos defectos de elaboración que se habían hecho tradicionales. Del mismo modo contribuyeron a esta crisis la atracción de otros cultivos alternativos más rentables como la naranja<sup>626</sup>. A consecuencia de ello una buena parte de la población trabajadora resultó afectada por unas transformaciones económicas que les obligaban al desempleo ante el impredecible mercado de trabajo, pasando a formar parte de ese colectivo tan abundante que constituían los pobres.

Al comenzar el siglo XX, el País Valenciano se había convertido en la tercera región industrial de España. A pesar de los múltiples problemas del mercado, experimentó un crecimiento innegable, sostenido por una demanda de origen agrario y por una oferta abundante de mano de obra habituada al trabajo en la industria, pero relativamente barata. Las variaciones en el proceso de industrialización han llevado a diferenciar tres tipos de áreas de acuerdo con que sus tierras perteneciesen al regadío, al secano bien comunicado o al secano marginal. Entre 1879 y 1931 se produjo un continuo crecimiento del número de fábricas, aunque con situaciones comarcales muy distintas, ya que mientras algunas del interior como los Serranos, Requena-Utiel, Rincón de Ademuz, Ayora o Buñol permanecían prácticamente estancadas, las

---

<sup>626</sup> Millán, J. (1990).

comarcas de regadío más ricas -l'Horta, la Ribera Alta i la Safor- vieron aumentar sustancialmente su número de fábricas a partir de niveles iniciales ya considerables. En general, las comarcas litorales se caracterizaban por un mayor dinamismo económico, mientras el País Valenciano interior, montañoso y rural era más conservador y estaba más atrasado, salvo alguna excepción puntual<sup>627</sup>.

## **5.2. El modelo liberal de asistencia: la beneficencia pública**

El modelo de asistencia benéfico-sanitaria que implantó el liberalismo decimonónico, tenía el objetivo de establecer una política de acción social desde los poderes públicos, para combatir la pobreza. Una de las transformaciones que deparó el siglo XIX, precisamente fue la sustitución de la asistencia social basada en la caridad, propia del Antiguo Régimen, por la beneficencia. En el paso de una a la otra, jugó un papel fundamental el ideario de la nueva sociedad liberal que proclamaba la igualdad de los hombres. La nueva situación hacía incómoda la caridad y requería que el estado asumiese las funciones asistenciales que había dejado de atender la iglesia tras el proceso de desamortización<sup>628</sup>.

Tras el debate suscitado desde las diferentes posiciones políticas del liberalismo en el transcurso de la primera mitad del siglo XIX, sobre el interés de hacer pivotar la organización de la beneficencia en el municipio o la provincia, la *Ley de Beneficencia* de 1849 y su reglamento de 1852 se decantaron definitivamente por la opción provincial. En el nuevo reparto de funciones que establecía la ley, se ponían a cargo del estado los establecimientos de carácter permanente o que exigían una atención especial, en tanto las diputaciones se hacían cargo de los que, como las casas de maternidad, misericordia, etc., implicaban obligaciones transitorias o como los hospitales provinciales sólo trataban las enfermedades comunes. Los ayuntamientos, a los que anteriormente se les había concedido mayor responsabilidad, quedaron limitados a organizar la asistencia domiciliaria.

Vemos pues que, fruto de un planteamiento acorde con las posiciones liberales más conservadoras, el modelo de beneficencia resultante tendía claramente

---

<sup>627</sup> Salom Carrasco, J.; Albertos Puebla, J.M. (1991).

<sup>628</sup> Artola, M. (1983).



a la centralización.. En este sentido, la política de provincialización de la beneficencia propuesta, pretendía articular ese servicio público mediante la dependencia de las diputaciones provinciales de los gobiernos civiles. De esta manera, se delegaban las responsabilidades de financiación y gestión en las diputaciones provinciales -sin perder del todo el control central-, evitando el compromiso y la responsabilidad directa de la administración central del Estado sobre la beneficencia pública.

Sin embargo, las debilidades del sistema pronto se manifestaron en la incapacidad de la administración central para desarrollar el campo de la beneficencia general, así como en las graves dificultades de los ayuntamientos para el desarrollo de la beneficencia municipal. En efecto, hasta las postrimerías del siglo XIX, la beneficencia municipal padeció las consecuencias de su debilidad, en el marco de un sistema que se decantó por un modelo provincial y de las carencias de recursos, al tener seriamente limitada su capacidad de gasto. La desproporción entre las necesidades y los medios asignados y la falta de unos recursos estables e independientes, obligó muchas veces a sustentar la estrategia municipal en el voluntarismo caritativo o filantrópico de los sectores sociales más poderosos<sup>629</sup>.

La beneficencia pública del ochocientos se planteó bajo una doble vertiente, la de los establecimientos de régimen cerrado, representados por los hospitales y, por otro lado, la llamada beneficencia u hospitalidad domiciliaria. No obstante, el desequilibrio en el desarrollo de ambas modalidades de asistencia fue patente, propiciando en todo momento la hegemonía del hospital como institución asistencial, pues respondía mejor a la propuesta provincializadora de los sectores más conservadores del liberalismo. A ellos se unió un tercer pilar constituido por el sistema asilar, para la acogida de pobres con condiciones objetivas de pauperización -infancia desvalida, disminuidos físicos, vejez y viudedad- y para la reclusión de mendigos y pobres “falsos” en general.

El debate en torno a las ventajas e inconvenientes de la asistencia hospitalaria y domiciliaria, permaneció como una constante a lo largo del siglo XIX, y encontró

---

<sup>629</sup> Véase el trabajo de Díez Rodríguez, en el cual se presenta un exhaustivo análisis de los fundamentos conceptuales del modelo de beneficencia propio del Estado liberal del siglo XIX,

eco en las publicaciones médicas de mayor difusión en aquellos momentos<sup>630</sup>. El prototipo de hospital que funcionaba a finales del ochocientos en la mayor parte del estado español, no se ajustaba al modelo de hospital moderno que ya proliferaba en otros países como Francia, Austria o Alemania, de pequeño tamaño, con salas regulares con reducido número de camas, con mucha vegetación a su alrededor y ubicados fuera de las poblaciones<sup>631</sup>. La consideración de los propios hospitales como fuentes de infección, derivadas en gran medida de la falta de aislamiento de los pacientes que padecían enfermedades infecciosas, las insuficientes medidas de profilaxis y el excesivo tamaño de las salas que alojaban a los enfermos, constituían los principales argumentos de quienes se decantaban hacia el modelo alternativo de la asistencia domiciliaria.

La modalidad de beneficencia domiciliaria, además de evitar a los enfermos los riesgos e inconvenientes atribuibles a la hospitalización, les reportaría la ventaja de ser atendidos por los facultativos de la beneficencia, con los mismos medios que en el hospital, y de disfrutar de los cuidados que les dispensara su propia familia. No hay que olvidar que la imagen pública del hospital no era precisamente positiva entre la población<sup>632</sup>. Sin embargo, a pesar de que la *Ley de Sanidad* de 1855 intentó impulsar el desarrollo de esta modalidad asistencial, éste resultó un verdadero fracaso. Donde mayor problema hubo para poner en práctica la asistencia domiciliaria fue en las grandes ciudades y en las capitales de provincia, cuyos ayuntamientos se resistían a incorporar en sus presupuestos los recursos necesarios a tal fin. Sin embargo, al llegar los años setenta del siglo XIX, las necesidades de

---

partiendo del modelo de beneficencia que se desarrolló en la ciudad de Valencia a lo largo de ese período histórico. Díez Rodríguez, F. (1993).

<sup>630</sup> La disyuntiva entre beneficencia hospitalaria o domiciliaria con sus ventajas e inconvenientes, fue analizada por Vicente López Ramón (1873), en el discurso que pronunció en la Academia de Medicina Valenciana. Con un aire más crítico, al abordar las enormes deficiencias e inconvenientes del sistema hospitalario vigente, se situó el trabajo de Lechón (1879), que denunciaba las carencias observadas en el Hospital Provincial de Valencia, donde desde su punto de vista se vivía una situación de hacinamiento, de ausencia de departamentos especiales que permitiesen el aislamiento de los enfermos infecciosos, así como de insuficiencia de personal, tanto facultativo como de practicantes y enfermeros. La defensa de la beneficencia domiciliaria municipal, condujo también a J. Gaviola (1879) a proponer un modelo organizativo de este tipo de asistencia para la ciudad de Valencia, mediante la creación de un cuerpo facultativo médico-quirúrgico-farmacéutico, que se haría cargo de la asistencia benéfica de los pobres, sectorizando la ciudad en tantos distritos como fuese necesario, de acuerdo con el número de pobres residentes en cada uno.

<sup>631</sup> López Ramón, V. (1873: 20).

<sup>632</sup> Carasa, P. (1985).

asistencia sanitaria eran tan evidentes, que desencadenaron los primeros esfuerzos por parte de los grandes ayuntamientos. Se confeccionaron los primeros padrones de pobres como base para acogerlos en la beneficencia domiciliaria, y se crearon las primeras casas de socorro para la asistencia urgente y de accidentes<sup>633</sup>.

Por su parte el hospital hubo de sufrir una progresiva adaptación a las demandas sociales y a las novedades científicas. A finales del siglo XIX y sobre todo con la llegada del siglo XX, los hospitales comenzaron a vivir un período de transición que convirtió el “hospital de cuidar” -asistencia social al enfermo, pobre y marginado- en un hospital estrictamente centrado en la asistencia sanitaria, destinado a diagnosticar y curar. La incorporación de la teoría microbiana del contagio y el desarrollo de los nuevos conceptos de profilaxis y desinfección, contribuyeron notablemente a la modernización de los hospitales ya existentes y a la construcción de otros nuevos, que adaptaron su estructura a las necesidades impuestas por la nueva mentalidad etiopatogénica. A ello se sumó la definición del hospital como un espacio para la adquisición de conocimientos y la formación de nuevos profesionales. Este nuevo modelo de hospital se constituía en el precursor de lo que más tarde dio lugar al modelo de hospital jerarquizado<sup>634</sup>.

El tercer elemento en el que se sustentó la beneficencia pública era el sistema asilar. Los asilos constituían instituciones cerradas para el acogimiento de pobres con condiciones objetivas de pauperización, tales como niños huérfanos, disminuidos físicos, ancianos y viudas, a los que había que sumar los mendigos y pobres “falsos”. En general, los establecimientos de beneficencia cerrados –hospitales y asilos- que suponían la reclusión de los pobres, provocaban importantes reticencias entre ellos.

---

<sup>633</sup> La defensa de la beneficencia domiciliaria municipal, condujo a Gaviola, J. (1879) a proponer un modelo organizativo de este tipo de asistencia para la ciudad de Valencia, mediante la creación de un cuerpo facultativo médico-quirúrgico-farmacéutico, que se haría cargo de la asistencia benéfica de los pobres, sectorizando la ciudad en tantos distritos como fuese necesario, de acuerdo con el número de pobres residentes en cada uno.

<sup>634</sup> Martín, E.; Comelles, J. M.; Arnau, M. (1993).

A la mala imagen del hospital derivada de su escasa efectividad en su función de curar, se unía la resistencia de los pobres a entrar en los asilos, derivaba tanto de la extrema dureza de las condiciones de acogida como de la pérdida de libertad, de la separación del entorno familiar y vecinal y de la imposibilidad que planteaban de compatibilidad con otras estrategias de supervivencia. Pero a pesar de todos los inconvenientes, estas instituciones de carácter cerrado fueron utilizadas por los pobres, quienes aceptaban sus duras condiciones porque en la mayoría de ocasiones su supervivencia dependía de ello.

### **5.3. El papel del hospital provincial en el modelo asistencial (1855-1936)**

#### **5.3.1. La configuración de la asistencia hospitalaria a partir de la *Ley de Beneficencia de 1849***

La asistencia sanitaria pública en la ciudad de Valencia, tuvo en el hospital general su único punto de referencia durante la mayor parte del siglo XIX. Como ya hemos tenido ocasión de comprobar en el capítulo referente al desarrollo de la sanidad municipal, hubo de alcanzar el siglo los años 70 para que comenzasen a asumirse nuevos compromisos en el terreno de la asistencia sanitaria, que cristalizaron en la constitución de la primera casa de socorro municipal. Todavía habría de pasar una década más, para que se iniciara la creación de un servicio de asistencia pública domiciliaria, para prestar atención sanitaria a los más necesitados.

Desde su fundación en 1410 por Gilabert Jofré como hospital de dementes, el Hospital General de Valencia pronto adquirió un carácter de hospital polivalente característico de los hospitales renacentistas, lo que se traducía en la acogida de locos, enfermos, mendigos, expósitos, peregrinos, disminuidos físicos, etc. Aunque la diversidad de funciones del hospital valenciano era característica de la hospitalidad del Antiguo Régimen, su permanencia durante los comienzos del siglo XX condicionó las enormes dificultades que tanto el Antiguo Régimen como el estado liberal encontraron para generar instituciones asistenciales públicas especializadas. De este modo, en el período en que hemos centrado nuestro estudio, el hospital

estaba todavía destinado a la asistencia de los enfermos pobres, dementes y expósitos de la provincia, pues desde los años 30 del ochocientos había dejado de funcionar como hospital militar. No obstante, a partir de la segunda mitad del ochocientos y sobre todo con la llegada del siglo XX, el hospital inició un cierto proceso de cambio para dar respuesta por un lado a las expectativas que en el marco de la protección social comunitaria de él se esperaban, y por otro a las necesidades de implantación del modelo médico<sup>635</sup>.

Efectivamente, el hospital comenzó a concebirse como un espacio de formación y adquisición de conocimientos para los nuevos profesionales, como una institución diagnóstica y terapéutica –abandonando la idea de una terapéutica esencialmente paliativa y de una asistencia basada en el cuidado y la protección-, y como un espacio para incorporar los avances técnicos y la especialización sanitaria<sup>636</sup>.

La situación de hacinamiento que comenzó a padecer el departamento de dementes en la segunda mitad del siglo XIX, llevó a la diputación a tomar la decisión de segregar la tradicional sección de dementes del hospital, trasladando a estos pacientes a un manicomio independiente, ubicado en el antiguo convento de Jesús, de manera que a partir de 1865 los dementes del hospital comenzaron a ocupar las destartaladas salas de aquel edificio, que no abandonaron hasta más de un siglo después.

La dependencia administrativa del hospital había sufrido variaciones en la primera mitad del siglo XIX, derivadas de las opciones municipalizadora y provincializadora propuestas de manera alternativa desde las corrientes progresistas y moderadas del liberalismo.

De este modo, en 1822 el conjunto de las instituciones de beneficencia pasó a depender del municipio de Valencia, situación que volvió a repetirse en 1836 y se mantuvo hasta la *Ley General de Beneficencia* de 1849. Ésta y su reglamento de 1852 fueron los textos legislativos básicos que configuraron definitivamente el

---

<sup>635</sup> La medicalización de los hospitales es un proceso complejo que no se ajusta a la misma cronología en todos los países. Sobre el proceso de medicalización de los hospitales, véase el trabajo de Ackerknecht, E. (1986).

sistema de beneficencia español y que, con pequeños retoques, se mantuvo vigente hasta la segunda mitad del siglo XX.

La ley de 1849, clasificó a los establecimientos de beneficencia públicos en generales, provinciales y municipales. Los generales tenían encomendada la misión de asistir las incapacidades permanentes o aquellas que requiriesen una especial atención (locos, sordomudos, ciegos, etc.). Sin embargo, el escaso desarrollo de este ramo de la beneficencia, que debía ser competencia del Estado, supuso un importante foco de conflictos para los hospitales de locos, caso que encontramos en Valencia. Al no asumir el Estado en primer lugar el sostenimiento de la sección de dementes del hospital y más tarde del manicomio de Jesús, con las necesarias mejoras y ampliaciones que reclamaban sus deficientes instalaciones, la Diputación de Valencia tuvo que asumir este servicio como de carácter provincial. La situación se agravó con la publicación del Real Decreto de 19 de abril de 1887, por la que se permitía a las provincias celebrar conciertos entre sí, ofreciendo a cambio llevar a los presupuestos del Estado los créditos necesarios para la asistencia de los dementes. De acuerdo con ello, por Real Orden de 20 de septiembre de 1909, se aprobó un acuerdo para que los dementes de las provincias de Castellón y Alicante tuvieran como referente el servicio establecido en la provincia de Valencia. Sin embargo, las dotaciones presupuestarias prometidas no llegaban y la necesidad de invertir en adecuar las instalaciones del manicomio de Jesús se hacían cada vez más necesarias. Así es como lo ponía de manifiesto la propia Diputación de Valencia en la memoria correspondiente a 1914:

“[...] El Estado no ha cumplido el compromiso adquirido por las disposiciones citadas, ni atiende al sostenimiento de los alienados, puestos provisionalmente al cuidado de las Diputaciones, según ha dispuesto en diversas Reales órdenes el Ministerio de la Gobernación, y los presupuestos provinciales son público testimonio de la atención que a las Corporaciones merece tan importante servicio [...]”<sup>637</sup>.

---

<sup>636</sup> Este modelo supondrá un paso intermedio hacia el modelo de hospital jerarquizado cuyo desarrollo se produjo en España a partir de los años sesenta del siglo XX. Martín, E.; Comelles, JM; Arnau, M. (1993).

<sup>637</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 12, 69.

Las atribuciones que la *Ley de Beneficencia* de 1849 concedió a la beneficencia provincial y municipal contemplaban, en el primer caso, la tutela de las instituciones de régimen cerrado tales como hospitales, asilos, inclusas, etc. Sin negar a los municipios la posibilidad de disponer de estos establecimientos<sup>638</sup>, la norma consideraba como tarea primordial de los municipios, el desarrollo de la beneficencia domiciliaria<sup>639</sup>. De hecho, la infinidad de instituciones hospitalarias que proliferaron en el ámbito municipal a lo largo del siglo XIX jugaron el papel de centros de socorros no especializados y se dedicaron a recoger inválidos, enfermos incurables, personas mayores, niños abandonados, etc., a diferencia de los hospitales de carácter urbano o semiurbano, que centraron su actividad en curar a los enfermos<sup>640</sup>.

Abundando en una orientación que apostaba claramente por potenciar la demarcación provincial en la organización de la beneficencia, el reglamento de 1852 estableció que en cada capital de provincia debía existir al menos un hospital de enfermos, una casa de misericordia, una de huérfanos y desamparados y otra de maternidad y expósitos, de carácter provincial. Así fue como el Hospital General de Valencia pasó a depender de la junta provincial de beneficencia, nombrando ésta la junta administrativa del establecimiento. La institución asumió responsabilidades asistenciales para el ámbito de toda su provincia, propiciando un centralismo absoluto de la organización benéfico-asistencial en torno a la capital y consecuentemente la limitación del desarrollo de recursos sanitarios en algunas poblaciones grandes y la penuria de los pequeños municipios<sup>641</sup>. Además pronto tuvo que ampliar su cobertura a las provincias de Castellón y Alicante. La inexistencia de hospitales provinciales en ambas propició una Orden de marzo de 1853, por la que el hospital de Valencia estaba obligado a recibir pobres enfermos de esta procedencia.

---

<sup>638</sup> En gran número de pueblos y ciudades del territorio valenciano ya existían desde el siglo XVIII centros hospitalarios que en su mayor parte eran de pequeño tamaño y se utilizaban más como albergues que con la finalidad de prestar asistencia médica. López Terrada, M.L. (1992).

<sup>639</sup> El artículo 90 del *Reglamento* de 1852 decía: “[...] La más importante obligación de los Ayuntamientos respecto de Beneficencia, consiste, según el espíritu de la Ley y las disposiciones del presente Reglamento, [...] en los socorros y hospitalidad domiciliaria. Este es el verdadero y esencial objeto de la Beneficencia municipal”. Real Decreto de 14 de mayo de 1852.

<sup>640</sup> Carasa Soto, P. (1985).

<sup>641</sup> Barona Vilar, J.L.; Bernabeu Mestre, J.; Moncho Vasallo, J. (1999).

No obstante, esta obligación nunca supuso una carga asistencial importante para el hospital, dada la escasa demanda que la lejanía geográfica motivaba<sup>642</sup>.

El soporte económico de los establecimientos de beneficencia que contemplaba la ley de 1849 se sustentaba en los fondos económicos procedentes de limosnas, fundaciones, memorias y obras pías, así como las rentas propias, derechos y acciones de los establecimientos existentes. Con este planteamiento, las dificultades económicas fueron el denominador común de la mayoría de las instituciones benéficas y asistenciales existentes en todo el estado español<sup>643</sup>. La novedad que se introdujo en esta cuestión con la *Ley de Beneficencia*, consistía en incorporar a los fondos de beneficencia las cantidades que pudieran ser presupuestadas por los organismos públicos, es decir en los presupuestos estatales, provinciales y municipales. De este modo, los establecimientos pertenecientes a la beneficencia pública comenzaron a partir de estos momentos a formalizar su financiación anual mediante un sistema de presupuestos. Pero esto no fue óbice para que los establecimientos benéficos continuaran comportándose como organismos autónomos, de manera que su trayectoria asistencial continuó estando condicionada por sus propios recursos económicos, jugando la administración provincial un papel secundario como garante del posible déficit.

En el caso del Hospital General de Valencia, el carácter provincial que le confirió la ley de 1849, supuso cambios importantes en su financiación y administración que hasta ese momento habían tenido un marcado carácter local, con una importante contribución tanto de la iglesia local como del ayuntamiento de la ciudad. Ambas rentas desaparecieron cuando el hospital fue clasificado como de carácter provincial, por lo que la diputación tuvo que compensar los problemas financieros de la institución, realizando un importante esfuerzo presupuestario en los años inmediatos posteriores a la aplicación del nuevo marco legal de la beneficencia. Un segundo aspecto que también le afectó seriamente fue el proceso de desamortización de los bienes del clero que se inició en 1836 y continuó con la ley desamortizadora de 1841 y la desamortización de 1855. La crisis que enfrentó a la

---

<sup>642</sup> Desde la segunda mitad del siglo XVIII, la ciudad de Alicante también había desarrollado sus propios recursos asistenciales para atender a los más necesitados. Pascual Artiaga, M. (1999).

<sup>643</sup> Carasa Soto, P (1985).



iglesia y el estado en este proceso, determinó necesariamente un mayor intervencionismo de éste en el campo de la asistencia benéfica, al tener que asumir el espacio tradicionalmente ocupado por el clero regular<sup>644</sup>.

El proceso desamortizador supuso para el hospital valenciano la pérdida de los ingresos provenientes de dos tipos de rentas eclesiásticas variables: el *Fondo Pío Beneficial* y las *Pensiones de las Mitras*. La primera era una renta concedida por el Vaticano, que debía invertirse en beneficencia y la segunda estaba constituida por rentas variables, que los obispados de Segorbe y Orihuela y el arzobispado de Valencia ingresaban en los fondos del hospital. Por otra parte, el rápido proceso de liquidación del patrimonio del hospital que, debido al proceso de desamortización, casi había acabado en un período de diez años con un rico patrimonio inmobiliario de un tiempo que abarcaba siglos, sumió a la institución en un importante déficit financiero. Únicamente quedaron exceptuadas de la venta, el Teatro Principal y la plaza de toros, cuyo rendimiento resultó una de las fuentes de financiación del hospital a partir de la segunda mitad del siglo XIX:

“[...] Con el producto, pues, que reportan ambos espectáculos, que en la actualidad tienen lugar en los mencionados edificios, bien por arriendo o de cuenta propia, expuesto a contrariedades y de dudosos y variables resultados, la renta del 3% que abona el Estado por los bienes enagenados, algunos ingresos eventuales y los legados y limosnas que tanto cuanto más escasean, más indispensables se hacen en nuestros días, son los medios que cuenta el Hospital para cubrir el considerable gasto y sus premiosas necesidades, teniendo aún que suplir los fondos provinciales en cantidad bastante hasta quedar nivelado el presupuesto del Establecimiento [...]”<sup>645</sup>.

En definitiva, la base de la financiación del hospital en el período de nuestro estudio, estuvo orientada por el criterio de mantener sus bienes patrimoniales, transformados en deuda pública y sometidos a una progresiva devaluación. En este

---

<sup>644</sup> Artola, M. (1983: 136-160).

<sup>645</sup> Hospital Provincial (1873).

planteamiento las arcas provinciales debían jugar un papel subsidiario como compensadoras de los números rojos.

### 5.3.2. Dependencias y finalidad del hospital

Como establecimiento catalogado de beneficencia provincial por la *Ley de Beneficencia* de 1849, el Hospital General de Valencia asumió el triple objetivo de asistir a los enfermos, dementes y expósitos de la provincia. Ello determinó que su organización quedara establecida en tres departamentos distintos, aunque relacionados entre sí. Las enfermerías generales, destinadas a la asistencia de los enfermos pobres residentes en la provincia, el manicomio para hacerse cargo de los dementes pobres y naturales de la provincia de Valencia y finalmente, la inclusa para acoger a los niños habidos ilegítimamente, abandonados o entregados en la casa-cuna. Cada uno de estos tres departamentos contó con reglamentos propios para establecer su organización.

A pesar de que el primitivo hospital se había fundado con el propósito de atender a los dementes, este objetivo quedó relegado a un segundo plano en la segunda mitad del novecientos. La situación de creciente hacinamiento que comenzó a padecer el departamento de dementes del hospital<sup>646</sup>, llevó a la diputación a trasladar a estos pacientes a un manicomio independiente, ubicado en el antiguo convento de Jesús. Así fue como a partir de 1865 en que los dementes del hospital comenzaron a ocupar las destartaladas salas de aquel edificio, el espacio destinado a estos pacientes en el hospital quedó considerablemente reducido:

“[...] No se compone hoy más que de dos edificios sin importancia, contiguos el uno del otro, conteniendo el primero dos salones de reducida capacidad que sirven de dormitorio a quince individuos, por término medio, próximos a recobrar su cabal juicio, con un comedor, también algún tanto reducido, algunos cuartos y la modesta habitación destinada al Director del departamento, precedido todo de un pobre vestíbulo. Y el segundo departamento, parecido al primero, tiene otros dos salones, su

---

<sup>646</sup> En 1859 la cifra de ingresados se acercaba a 500. A.D.P.V., D.1.2., caja 20.

comedor, algunos pequeños cuartos más de encierro, un patio para desahogo y esparcimiento de los ciento cuarenta y cinco imbéciles y epilépticos próximamente que existen allí reunidos además de los presos [...]”<sup>647</sup>.

Pero el traslado de los dementes al manicomio de Jesús, que inicialmente se planteó como una situación provisional, planteó verdaderos problemas a la diputación ya que este emplazamiento, además de no reunir las condiciones requeridas, pronto resultó insuficiente para albergar al creciente volumen de locos que solicitaban acogida en la institución. El compromiso de atender 100 dementes de cada una de las provincias de Castellón y Alicante y la inhibición del Estado de asumir esta rama de la beneficencia, determinaron que la Diputación de Valencia se plantease la construcción de un nuevo manicomio, con emplazamiento en el monte del Vedat del municipio de Torrente, con la finalidad de que, una vez construido, pasara a hacerse cargo de su mantenimiento el estado. La pretensión de la Diputación de Valencia era reproducir la situación de Zaragoza, en donde su diputación había cedido el Manicomio de Nuestra Señora del Pilar al Estado en 1912<sup>648</sup>. Sin embargo, a pesar de la aprobación del proyecto<sup>649</sup>, las trabas que las leyes desamortizadoras impusieron a la venta de los bienes del hospital, con cuyo producto debía realizarse la obra, condujeron a la diputación a desistir definitivamente del proyecto<sup>650</sup>. El estado de la situación determinó pues, que las condiciones del manicomio provincial no mejorasen en todo el período de nuestro estudio y los dementes allí confinados se vieran condenados a padecer el mismo estado de hacinamiento y deficiente atención.

El espacio ocupado por las enfermerías del hospital, donde quedaban ingresados los pacientes afectos de enfermedades comunes lo integraban dos naves de 59 metros de largo por 12 de ancho y de 80 metros por 13. La primera, en forma de crucero, albergaba 132 camas que ocupaban los enfermos de medicina y destinaba una de sus alas a la llamada sección de clínica, por servir para la docencia a los

---

<sup>647</sup> Hospital Provincial (1873).

<sup>648</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 12, 62-72.

<sup>649</sup> Con fecha 14 de abril de 1898, la diputación dio el visto bueno al presupuesto para su ejecución, que en 1900 fue aprobado por Real Orden de 30 de julio, con un coste que ascendía a 4.605.720 pesetas.

<sup>650</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 18, 141-143.

profesores de la Facultad de Medicina. De forma idéntica, el piso superior albergaba otro enorme salón columnario con destino a las enfermas de medicina, con capacidad para 150 camas y que destinaba también una sección para la labor docente de la institución académica. La segunda nave, también arqueada y con columnas, la integraban también una sala crucero en la planta baja con 115 camas destinadas a los enfermos de cirugía, y otra de iguales características en el piso superior, con 115 camas destinadas a las mujeres. El hospital contaba además con otros departamentos para atender “enfermedades especiales”, entre los que figuraba uno destinado a la sección de higiene, que contaba con un servicio específico de facultativos para atender a las prostitutas enfermas y ocho habitaciones destinadas a pensionistas que desearan asistencia separada<sup>651</sup>.

Este modelo de hospital, con enfermerías grandes, numerosas camas, mezcla de enfermos afectos de diversas enfermedades, escasa ventilación y limpieza, comenzó a entrar en crisis en la segunda mitad del siglo XIX. En estos momentos comenzaba a imponerse el modelo francés y alemán de pequeños hospitales, separados de las ciudades, rodeados de jardines y destinados a 150 o 200 enfermos, en los que las salas grandes en crucero fueran sustituidas por otras de tan solo 25 o 30 camas y que recibieran pocas variedades patológicas<sup>652</sup>. Lechón, en su visita realizada al Hospital Provincial de Valencia denunciaba las importantes deficiencias que sufría la institución, motivada fundamentalmente por la falta de separación de los enfermos afectos de diferentes tipos de enfermedades:

“[...] Asombra ver en la misma sala y en camas contiguas al viejo, al niño al varioloso, al neurósico, al tífico, al pulmoníaco y a otros afectos de lesiones graves o leves, agudas o crónicas, contagiosas o no. No se dispone de departamentos especiales y no es posible evitar esta falta tan enorme, proscrita por la ciencia y atentatoria a los intereses sociales, pues con sobrada frecuencia sucumbe víctima del contagio quien ingresó por aliviarse de alguna ligera indisposición [...]”<sup>653</sup>.

---

<sup>651</sup> *Ibíd.*

<sup>652</sup> López Ramón, V. (1873).

<sup>653</sup> Lechón (1879).

A pesar del carácter benéfico que constituía la misión primordial del hospital, éste contaba también con una sección destinada a la atención de “enfermos distinguidos”, a los cuales se les destinaba diferente habitación y comodidades, que estaban en función de su poder adquisitivo. De acuerdo con éste, los de primera categoría debían abonar 10 pesetas diarias durante el primer mes y 5 en lo sucesivo. A los de segunda les correspondía abonar 10 pesetas diarias en los primeros 15 días y 5 posteriormente. El precio para los de tercera se situaba en 5 pesetas diarias en los primeros 15 días y 2,5 en adelante. A estos costes por estancia habría que sumar entre 300 y 600 pesetas en caso de las intervenciones quirúrgicas de mayor importancia y entre 150 y 300 pesetas en las de menor importancia<sup>654</sup>.

En fecha 12 de enero de 1873 tuvo lugar la inauguración de la sección denominada Convalecencia de Cirat, por haber sido fundada y dotada con las rentas libres de D<sup>a</sup> María Felicia Zapata de Calatayud, condesa viuda de Cirat y Villafranqueza, como un departamento del hospital destinado a convalecientes. “[...] Dieciocho por término medio son los enfermos que encuentran allí una tan esmerada asistencia para recobrar las fuerzas perdidas o debilitadas en la dolencia que padecieron, que difícilmente pueden alcanzar en su propia casa aún los que gozan de una mediana posición social [...]”<sup>655</sup>. El reglamento de 1914 además de hacer referencia a la Convalecencia de Cirat también hacía alusión a otra para Señoras Nobles, señalando que las administraciones de ambas reintegraban al hospital el gasto que estos servicios le originaban.

La clasificación de los enfermos asistidos en el hospital en pobres, distinguidos pobres -aquellos admitidos como pobres por quien algún bienhechor abonase una pequeña cantidad diaria- y pensionistas no pobres -los que acudiesen al hospital sin acreditar su condición de pobreza- servía para diferenciar no sólo la ubicación física y las condiciones generales de la asistencia, sino que además implicaba una diferente dieta alimentaria, más restringida y con menor aporte proteico, en forma de carne, en el caso de los más pobres<sup>656</sup>. Esta evidente discriminación entre los enfermos, resultó uno de los argumentos que sirvieron de

---

<sup>654</sup> Artículos 91 y 92 del *Reglamento* de 1914.

<sup>655</sup> Hospital Provincial (1873).

<sup>656</sup> Hospital Provincial (1872).

crítica a los que defendían el fomento de la asistencia domiciliaria de los pobres frente a la hospitalaria, dado el incuestionable carácter estigmatizante que originaba esta última institución:

“[...] Otras ventajas quizás de más utilidad posee la Beneficencia domiciliaria y que nunca podrá arrebatárle la nosocomial; me refiero a algunas pertenecientes al orden moral. La idea del nosocomio despierta en el ánimo de algunos desgraciados un horror invencible y exagerado. Más aún consideraciones sociales fútiles cuando se trata de la salud y de la vida, la vergüenza que inspira el estado de miseria ocasionada muchas veces por un cambio de posición o un revés de fortuna, encierran entre la oscuridad de cuatro paredes a infelices que sucumben víctimas del rubor que les causa el acto de alargar la mano para implorar la caridad pública [...]”<sup>657</sup>.

Algunos autores han remarcado las reticencias que en general presentaban los pobres a acogerse a la beneficencia acompañada de reclusión, ya fuera de carácter hospitalario o asilar<sup>658</sup>. Según ellos, las razones del rechazo no tendrían que ver con el orgullo o la independencia, como creían los reformadores sociales de las clases medias, sino más bien con razones prácticas. Los hospitales eran vistos, con razón, como una casi segura antesala de la muerte, por lo que el ingreso en ellos solía demorarse hasta que la enfermedad solía alcanzar la irreversibilidad, alimentando así un círculo vicioso que contribuía a la elevada mortalidad de los hospitales españoles en esa etapa.

Las dependencias de la inclusa tenían una entrada independiente desde la calle Quevedo y estaban integradas por una oficina para la recepción de los expósitos, atendida por las hermanas de San Vicente de Paúl, un salón de recreo, una cocina, dos comedores -uno para las nodrizas internas y otro para los niños-. En otro piso se situaban dos dormitorios separados, para niños y niñas, con unas 40 camas cada uno. Las instalaciones las completaban la sala de aseo, una galería para recreo

---

<sup>657</sup> López Ramón, V. (1873: 115).

<sup>658</sup> Al temor y rechazo de los pobres al régimen hospitalario se refieren Carasa, P. (1985) y Valenzuela, J. (1996).

de los niños, un oratorio, dos saloncitos que hacían de enfermerías para cada uno de los sexos, así como un salón de mayor proporción ocupado por 130 cunas. Finalmente, el piso superior estaba destinado a dormitorio de las nodrizas internas<sup>659</sup>. En 1878 se suprimió el torno existente para depositar a los niños y se construyó una escalera reservada e independiente de todas las demás dependencias del establecimiento, por la que pudiesen entrar de manera confidencial a cualquier hora del día, las personas que quisieran depositar una criatura<sup>660</sup>.

En relación con las enfermerías fueron varias las disposiciones publicadas en la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del siglo XX, para disponer cual debía ser la organización, tipo de personal y distribución de funciones. Así, tras el *Reglamento General* de 28 de mayo de 1850, antes de que finalizara el novecientos vieron la luz dos nuevos reglamentos, el de 1881 y el de 1897. En el primer tercio del siglo XX, la actividad del hospital estuvo regulada por tres nuevos textos normativos elaborados en 1914, 1933 y 1935<sup>661</sup>.

Los distintos reglamentos publicados antes del novecientos y el de 1914, mantuvieron una ordenación similar de sus contenidos, ocupándose en primer término de establecer cual debía ser el marco de actuación de la institución, para continuar después desarrollando las competencias de los distintos tipos de empleados que prestaban servicio en el mismo. Los reglamentos que hemos encontrado del período comprendido en la Segunda República -1933 y 1935- obviaban la primera parte de los anteriores y se centraban únicamente en desarrollar las atribuciones de los diferentes profesionales empleados en el hospital.

Los reglamentos de 1850, 1881, 1897 y 1914 coincidieron en establecer como objetivo principal de la institución la asistencia y curación de los enfermos civiles, que padeciesen enfermedades comunes, que viviesen en algún punto de la provincia y que reunieran la condición de ser pobres<sup>662</sup>. Los enfermos que disfrutaran de

---

<sup>659</sup> Hospital Provincial (1873).

<sup>660</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 17, 142.

<sup>661</sup> Hospital Provincial (1850, 1881, 1897, 1914, 1933, 1935).

<sup>662</sup> Para justificar el primer punto era preciso obtener un certificado del facultativo de guardia que realizara el reconocimiento del enfermo y para acreditar la vecindad y la condición de pobreza se requería la certificación del respectivo juez municipal o alcalde, con el visto bueno del párroco. Artículo primero de los *Reglamentos* de 1881 y 1897 y artículo 84 del *Reglamento* de 1914. *Ibíd.*

medios económicos para ser atendidos debían abonar el importe de su estancia y asistencia en la institución hospitalaria.

A pesar de lo establecido en cuanto a la delimitación del ámbito territorial al que debía dar cobertura, se puntualizaba que el hospital también se haría cargo de los enfermos de otras procedencias, mientras no existiera en la localidad de origen del enfermo, establecimientos destinados a tal fin y sobre todo cuando se tratara de casos de urgencia, o estuvieran comprendidos en alguno de los casos siguientes:

- Los de fuera de la provincia que no tuvieran otro medio de asistencia. En este supuesto, el hospital debía reclamar los gastos causados a las autoridades, corporaciones o particulares a quienes correspondiera.
- Los que ordenara la autoridad.
- Las mujeres que, habiendo concebido ilegítimamente, quisieran solicitar el auxilio de la casa de maternidad, a partir del momento en que entrasen en su séptimo mes de gestación.
- Las mujeres con enfermedades venéreas o sifilíticas, incluso las prostitutas inscritas en la sección de higiene dependiente del Gobierno Civil de la provincia. Éstas eran visitadas y asistidas por los facultativos y practicantes de la sección de higiene y en caso necesario por los del hospital, para lo cual el hospital tenía destinado un departamento especial.
- En caso de epidemia, mientras el Reglamento de 1881 era taxativo en afirmar que “[...] no admitirá en tiempo de epidemia enfermo alguno de la epidemia reinante [...]”, los de 1897 y 1914 establecieron que la admisión de los afectados por la epidemia quedara a juicio del director del hospital, asesorado por su cuerpo facultativo y teniendo en cuenta las leyes vigentes sobre beneficencia y sanidad.

Las salas del hospital también eran utilizadas con fines docentes por los profesores de la Facultad de Medicina. Los locales de la institución académica valenciana, se hallaron dispersos entre las instalaciones del hospital hasta que en 1885 se agruparon en un edificio específico e independiente. En 1893 el claustro de



profesores hizo explícito el deseo de construir un nuevo edificio que tuviera anexo un hospital clínico, con un criterio similar a los que se habían construido en Barcelona, Zaragoza, Valladolid y Granada. Sin embargo las dificultades de índole económica para llevar adelante este proyecto no fueron pocas y su concreción se fue viendo aplazada año tras año, de manera que el comienzo efectivo de las obras para el edificio de la nueva facultad tuvo lugar en 1928<sup>663</sup>.

Entre tanto, el hospital provincial contó con una sección de clínica, con fines docentes, integrada por los enfermos elegidos por los catedráticos o profesores de la Facultad de Medicina, cuya traslación desde su sección de origen se realizaba de acuerdo con los médicos del hospital. Desde la comisaría del hospital debía pasarse a diario una relación de los casos ingresados, para que los profesores de la Facultad eligieran aquellos casos que estimasen más interesantes. El reglamento de 1914 recogía además el establecimiento de una consulta pública gratuita de clínica médica dos días a la semana, en horario de 11,30 a 13 horas<sup>664</sup>. En 1923 Ramón Gómez Ferrer, como Decano de la Facultad de Medicina, propuso a la diputación la amortización de tres vacantes de médicos numerarios existentes en las secciones de obstetricia, cirugía general de mujeres y enfermedades de nariz, garganta y oídos, pasando a hacerse cargo de estos servicios la Facultad de Medicina. Hasta ese momento, la institución académica venía contribuyendo con una subvención de 11.000 pesetas anuales, que pagaba a la diputación por el mayor gasto que implicaban las estancias clínicas de los enfermos destinados a fines docentes. La acumulación a la Facultad de Medicina de las tareas asignadas a los tres profesionales cuyas plazas se amortizaron, llevó aparejado un intento de incrementar la subvención que recibía la diputación a 30.000 pesetas anuales, pero finalmente la institución académica declaró su incapacidad económica para dar respuesta a tal petición<sup>665</sup>. De hecho, la renovación del convenio entre ambas instituciones en 1930, seguía manteniendo como contribución de la institución docente, la cantidad de 11.000 pesetas<sup>666</sup>.

---

<sup>663</sup> Barona, J.L. (1998a).

<sup>664</sup> Artículo 95. Hospital Provincial (1914).

<sup>665</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 21, 114-125.

<sup>666</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 29, 145-150.

Para que un enfermo fuese ingresado en el hospital, era imprescindible su reconocimiento por el facultativo de guardia y tras comprobar que su estado de salud lo requería, pasaba a formalizarse su ingreso, después de comprobar en la comisaría del hospital los justificantes que acreditaban las diferentes condiciones requeridas – territorialidad y condición de pobreza. En caso de que todo fuese correcto, la comisaría emitía la orden de ingreso, instalando al enfermo en la sección recomendada por el médico que le había atendido. A este departamento del hospital también le correspondía hacerse cargo del libro de entradas, en el que debían consignarse todos los datos de filiación de los enfermos que ingresaban, documentos presentados y antecedentes, sección y número de cama en que se le instalaba, así como la enfermería de destino.

La inclusa era otro de los departamentos del hospital cuyo objetivo era la crianza de los niños expósitos de la provincia hasta los siete años de edad, que siendo ilegítimos, huérfanos de ambos padres o de uno de ellos, éstos no dispusieran de recursos para su crianza. Así mismo podían ser asistidos en el establecimiento los menores de siete años con alguno de sus padres ingresados en el hospital, durante el tiempo que durase su enfermedad, para no quedar entre tanto abandonados. En el momento del ingreso, si el expósito era acompañado, debía constatarse si éste había sido bautizado o inscrito en el registro civil, en cuyo caso se exigía la documentación que lo hiciese constar. Tras registrar los datos de filiación del nuevo ingreso, la hija de la caridad encargada le colgaba del cuello un plomo acuñado indicando el año y número que se asignaba para su identificación. Seguidamente se le instalaba en la sala denominada de prevención, para ser sometido a reconocimiento médico antes de su traslado a la sección respectiva, de acuerdo con su edad<sup>667</sup>.

La crianza de los expósitos hasta los veinte meses de edad se realizaba básicamente por medio de la lactancia. Ésta tenía lugar dentro y fuera de la inclusa, por medio de nodrizas internas y externas. Las primeras debían ser reconocidas para su admisión por el facultativo de la propia institución y quedaban alojadas en ella, percibiendo una remuneración de 25 pesetas mensuales, además de la manutención. Para la entrega de los niños a las nodrizas externas, se exigía la presentación en la

---

<sup>667</sup> Hospital Provincial (1898a).

comisaría de la inclusa de un certificado expedido por el cura o vicario de su feligresía, que diese crédito de la buena conducta moral de la solicitante y de su esposo y del día en que falleció el hijo de ambos, haciendo constar la edad que tenía. Finalmente, tras pasar el reconocimiento médico, se le hacía entrega del expósito con el compromiso y el deber de cuidarle como a un hijo propio. El hospital abonaba a la nodriza la cantidad de 15 pesetas mensuales por la lactancia y cuidado del niño, hasta que éste alcanzara la edad de veinte meses, pudiendo al finalizar este plazo solicitar su prohijamiento o, de lo contrario entregarlo en la casa cuna del hospital. El círculo se cerraba con su traslado al cumplir los siete años a la Casa Hospicio de La Misericordia<sup>668</sup>.

### **5.3.3. Estructura administrativa del hospital**

Durante el Antiguo Régimen, el hospital se gobernaba mediante una junta rectora en la que estaban presentes el cabildo catedralicio, el ayuntamiento de la ciudad y los grupos sociales más destacados -aristocracia y burguesía comercial-. La *Ley de Beneficencia* de 1849 y el reglamento de 1852 determinaron la creación de juntas provinciales de beneficencia, en cuyas manos dejaban la propuesta al gobernador del personal director de los establecimientos de beneficencia: “[...] Para la dirección inmediata de cada establecimiento, propondrán las Juntas provinciales a los gobernadores, personas de arraigo en número de tres a cinco, según la importancia del Establecimiento, debiendo de ser uno de ellos eclesiástico; todos ellos desempeñarán sus cargos gratuitamente. Entre ellos se ha de nombrar un Director, un Secretario-Contador y un Depositario [...]”. Vemos pues que el papel de las juntas de beneficencia era en cierto modo garantizar la representación de los grupos sociales de mayor influencia, en los órganos de dirección de las instituciones públicas de beneficencia.

La creación de la junta provincial en Valencia y la influencia manifiesta que se le concedía en la dirección y administración del hospital provincial, fue vivida por la diputación como una importante limitación a la autonomía de la institución. La reivindicación era que la designación de los visitadores, encargados de realizar la

---

<sup>668</sup> *Ibidem*.

inspección del hospital, recayera en los diputados provinciales y que el nombramiento de los empleados de la institución fuera decisión única de la corporación provincial. Pero esta situación no se transformó hasta los años sesenta del novecientos. En 1868 quedaron suprimidas las juntas de beneficencia<sup>669</sup>, al tiempo que se concedió a las diputaciones la absoluta independencia para la dirección y administración de las instituciones benéficas de carácter provincial. Aunque la inercia determinó que durante alguno años el nombramiento de los directores aún continuara recayendo en personas de reconocida honorabilidad, ajenas a la diputación, finalmente la *Ley Provincial* de 28 de agosto de 1882 hizo posible materializar el cambio<sup>670</sup>.

En 1898 la diputación provincial elaboró un *Reglamento para el Régimen Administrativo del Hospital*, en el cual se delegaba en la figura de un director -cargo honorífico y gratuito- las tareas de gobierno de la institución. Sus funciones más importantes quedaban resumidas en autorizar el abono de todos los pagos referentes a material y personal subalterno, despedir a los asilados o acogidos que no reuniesen las condiciones reglamentarias, disponer la adquisición de alimentos y material necesario en las distintas dependencias, realizar el seguimiento económico de todos los departamentos y proponer a la diputación aquellas mejoras que estimara convenientes. Hasta 1924 el director del hospital y el del manicomio fue la misma figura, pero como consecuencia del acuerdo adoptado por la diputación el día 3 de mayo de ese año, se resolvió separar el manicomio del hospital creando una dirección independiente para el primero<sup>671</sup>.

Para auxiliar al director del hospital se nombraba una comisión integrada por cuatro diputados provinciales, cuya principal empresa consistía en estudiar la formación de los presupuestos de gastos e ingresos, que trasladaba a la corporación provincial, así como la designación del cargo de vicedirector entre los diputados que formaban parte de esta comisión<sup>672</sup>. En 1914 ésta pasó a estar integrada por seis diputados y entre sus cometidos también se especificaba “intervenir en los asuntos

---

<sup>669</sup> Decreto de 17 de diciembre de 1868 suprimiendo las juntas provinciales y municipales de beneficencia.

<sup>670</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 26, 123-135.

<sup>671</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 25, 134.

<sup>672</sup> Hospital Provincial (1898b).

del Teatro Principal, plaza de toros y manicomio”, nombrando semestralmente un visitador para el manicomio y trimestralmente vocales de turno para los otros dos establecimientos<sup>673</sup>.

La secretaría, la administración y la contaduría eran los centros administrativos superiores a cargo de un secretario, un administrador y un contador. El secretario tenía la misión de auxiliar al director en tareas como la redacción de informes, memorias, minutas, etc., la instrucción de expedientes y certificados, la custodia de documentos o la recepción de la correspondencia. El administrador tenía la función de apoyar al director en lo referente a los bienes del hospital: verificar la recaudación de sus productos, redactar las cuentas generales, llevar los libros de cuentas y firmar los contratos de arrendamiento y alquiler. El contador ayudaba a la gestión del director mediante la preparación del proyecto de presupuestos, de los libros de contabilidad, las liquidaciones generales de cada presupuesto y la salvaguarda de una de las dos llaves de la caja de caudales<sup>674</sup>.

Como oficinas subalternas la institución contaba con el archivo -a cargo del archivero de la diputación-, la comisaría de entradas en las enfermerías, la comisaría de entrada en la inclusa y la mayordomía en el manicomio. Éstas constituían respectivamente el servicio de admisión de enfermos pobres, expósitos y huérfanos y de los dementes. Las dos comisarías y el almacén general del hospital estaban a cargo de las hermanas de la caridad de San Vicente de Paúl, quienes cumplimentaban los libros de registro, con las entradas y salidas y elaboraban las estadísticas para dar a conocer las estancias de enfermos o de expósitos en su caso. En el manicomio estas funciones las asumía el mayordomo, encargado de recibir a los dementes a su ingreso en el establecimiento, llevar los libros de filiación, dar parte diario del personal existente detallando las entradas y salidas, así como elaborar las estadísticas correspondientes. Junto a estas oficinas de admisión, completaban las dependencias del hospital, el almacén general y la botica. En el primero era donde se recibían los víveres, utensilios, ropas, materiales, etc. y estaba bajo la responsabilidad de las

---

<sup>673</sup> Hospital Provincial (1914).

<sup>674</sup> Artículos 26 al 30 del *Reglamento* de 1898 (Hospital Provincial, 1898b) y artículos 48 al 63 del *Reglamento* de 1914 (Hospital Provincial, 1914).

hermanas de San Vicente de Paúl. La botica quedaba a cargo del farmacéutico del establecimiento, auxiliado por un practicante y varias hijas de la caridad.

En definitiva, el modelo administrativo del hospital respondía al de tipología más tradicional, que dejaba la organización de esta institución asistencial en manos de personal carente de preparación, y se alejaba del modelo organizativo y funcional de los más innovadores hospitales europeos y norteamericanos de la época, en los que la tendencia era unificar la dirección médica y administrativa de los hospitales<sup>675</sup>. Hubo de llegar la Segunda República para que el hospital valenciano viviese una modernización de su modelo de gestión, al crearse la figura del decano, director técnico nombrado por elección entre los médicos del cuerpo de beneficencia provincial e interlocutor directo con el diputado director de la institución asistencial<sup>676</sup>. En la junta administrativa de la institución, integrada por el director y el administrador del hospital y la superiora de la comunidad de las hijas de la caridad, además se dio cabida al cuerpo técnico representado no sólo por el decano sino que además incorporó a cinco jefes de servicio, de los cuales necesariamente uno debía ser el de laboratorio y otro el de rayos X<sup>677</sup>.

#### **5.3.4. El personal sanitario del hospital**

El cuerpo facultativo de beneficencia de la provincia era el encargado de la asistencia de los enfermos ingresados en el hospital y de prestar servicio médico en los asilos dependientes de la diputación. El acceso a dicho cuerpo sólo podía ser por oposición, cuya superación implicaba su nombramiento como personal facultativo de la diputación.

---

<sup>675</sup> Algunos hospitales españoles que nacieron a partir de los años veinte del novecientos comenzaron a conectar con estas corrientes modernas de unificar la dirección médica y administrativa. Salmón Muñiz, F.; Arrizabalaga, J.; García Ballester, L. (1987-88).

<sup>676</sup> Artículos 1º y 2º del *Reglamento* de 1933 (Hospital provincial, 1933) y artículos 3º y 4º del *Reglamento* de 1935 (Hospital provincial, 1935).

<sup>677</sup> Artículos 17 al 20 del *Reglamento* de 1935. *Ibidem*.

La revisión de los diferentes reglamentos en que basó su organización la institución asistencial, permiten evidenciar dos aspectos importantes que acontecieron a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del siglo XX, en relación con los recursos sanitarios del hospital. El primero fue el necesario incremento de personal facultativo con que tuvo que responder la institución para dar respuesta a la creciente demanda asistencial que se fue produciendo<sup>678</sup> y el segundo, la progresiva incorporación de las diversas especialidades médicas en su oferta asistencial.

Durante las décadas centrales del novecientos, el personal facultativo encargado de realizar la asistencia de los enfermos, estuvo integrado por cuatro médicos para atender a todas las secciones y uno de guardia, que además de los ingresos debía atender las necesidades que surgiesen en ausencia de aquellos. Con tan ajustados recursos resultaba humanamente imposible prestar una asistencia mínimamente apropiada, sobre todo si se tiene en cuenta que algunas secciones como la de cirugía podía tener fácilmente más de cien ingresados al mismo tiempo<sup>679</sup>.

El reglamento de 1881, en su capítulo segundo establecía que el cuerpo facultativo lo integraran un director facultativo especial del departamento de dementes, dos médicos denominados primero y segundo de visita, destinados a las secciones de medicina, otros dos denominados primero y segundo cirujanos de visita para atender estas secciones, y cinco denominados de guardia. A ellos se sumaban dos plazas denominadas de supernumerarios, asignadas a los opositores que hubiesen obtenido las dos mejores calificaciones, tras el que hubiese sido nombrado el último. Para acceder a estos puestos debían contar con el título oficial de licenciado o doctor en medicina y cirugía.

En el escalafón general, el orden de categorías de las plazas de mayor a menor era el de médico y cirujano primeros de visita, que a su vez eran nombrados decanos y les competía la responsabilidad del adecuado funcionamiento de su

---

<sup>678</sup> Obviamente el incremento de la demanda asistencial tuvo que ver con la propia evolución demográfica de la ciudad y de la provincia de Valencia en el mismo período, de manera que el incremento de la asistencia constituye un fiel reflejo del incremento de la población.

<sup>679</sup> Lechón además de denunciar la escasez de personal sanitario contratado para asistir a los enfermos, criticaba la precaria situación laboral a la que estaban sometidos, con una asignación a todas luces insuficiente, que abocaba a médicos y practicantes a compaginar su trabajo en el hospital con el libre ejercicio de la profesión como medio de subsistencia. Lechón (1879:461-462)

respectiva sección. A continuación estaban en el escalafón el médico y cirujano segundos de visita, seguidos de los facultativos de guardia y médicos supernumerarios.

Dada la existencia de dos secciones, medicina y cirugía, subdivididas cada una en dos enfermerías, una para hombres y otra para mujeres, cada uno de los médicos de visita se hacía cargo de una de ellas, practicando dos veces al día el reconocimiento de los pacientes a su cargo, para disponer el régimen higiénico, dietético y terapéutico más apropiado a cada enfermo. En este acto se acompañaban de una hija de la caridad, de los practicantes asignados a cada enfermería y de un enfermero o enfermera. Inmediatamente después de terminar en las enfermerías, los médicos encargados realizaban la visita de la inclusa, acompañados de la hija de la caridad encargada de la enfermería de la casa-cuna y del practicante correspondiente. En dicha visita atendían tanto a los expósitos y nodrizas que enfermasen, como a los nuevos expósitos que fuesen ingresando en la institución. En un momento en que la ginecología todavía no era una especialidad consolidada, la atención a las “enfermas de matriz” pobres, quedó bajo la responsabilidad del médico que tuviera a su cargo la visita de cirugía de mujeres.

El reconocimiento de los enfermos que se presentaban para ingresar en el establecimiento era función de los facultativos de guardia<sup>680</sup>, quienes decidían si la situación del enfermo requería o no su ingreso hospitalario. En caso de que así fuese, indicaban el departamento al que quedaban destinados y expedían la correspondiente certificación para que la comisaría le otorgase la entrada definitiva. También era responsabilidad suya proporcionar la primera atención al enfermo, reconocer facultativamente a las nodrizas aspirantes a lactar a los expósitos, desempeñar la consulta popularmente denominada de “pobres externos”, reconocer a los enfermos que falleciesen en el hospital y asistir a los enfermos asilados en los demás establecimientos de la beneficencia provincial. En caso de ausencia o enfermedad de estos facultativos, eran sustituidos por los supernumerarios, percibiendo la mitad del sueldo que el propietario de la plaza.

---

<sup>680</sup> De acuerdo con el artículo 20 del reglamento de 1881, el servicio de guardia consistía en la permanencia en el hospital durante 24 horas, existiendo la posibilidad de establecer los relevos convenidos entre los diferentes facultativos de guardia. hospital provincial (1881).



El otro grupo que formaba parte del personal sanitario del hospital era el de los practicantes que, en una totalidad de quince, estaban clasificados en seis de primera clase, seis de segunda y tres al servicio de la botica. Entre los de primera clase, uno estaba asignado al servicio del departamento de dementes y otro era el aparatista de las enfermerías -su misión era la custodia y conservación de todo el instrumental para uso y tratamiento de los enfermos-. Los cuatro de primera restantes y los seis de segunda, tenían como destino las enfermerías y sus dependencias, y su trabajo primordial consistía en cumplir las prescripciones terapéuticas indicadas por los respectivos facultativos, a quienes debían auxiliar tanto en el servicio de sala como en el de guardia:

“[...] Acompañarán a los respectivos profesores en el acto de las visitas, oyendo sus indicaciones y anotando lo que se les ordene en la libreta recetario. [...] Inmediatamente después de las visitas, entregarán en botica el recetario y practicarán las curaciones y sangrías, aplicarán las sanguijuelas y tópicos oportunos, realizando lo demás ordenado por los facultativos. Darán a la dirección el parte dietético, sacado del recetario, recibirán de la botica las medicinas prescritas en éste y procederán al reparto de aquellas [...]”<sup>681</sup>.

Las hijas de la caridad tenían a su cargo la asistencia doméstica de los enfermos, formando parte de sus competencias acompañar a los facultativos en el acto de la visita médica, ayudar a los enfermos a tomar las medicinas, supervisar el cumplimiento de los tratamientos y del régimen alimenticio prescrito por los médicos, así como garantizar que la limpieza y aseo de la enfermería se hiciese puntualmente. Practicar la limpieza de las salas, hacer las camas, limpiar y asear a los enfermos, conducirlos en el momento de su ingreso, así como transportar los cadáveres desde las camas al depósito, eran competencias asignadas a los enfermeros, que en las salas de mujeres eran del sexo femenino. Finalmente, el reglamento contemplaba la existencia de un servicio eclesiástico para la asistencia

---

<sup>681</sup> Artículo 30 del reglamento de 1881. *Ibidem*.

espiritual de los enfermos, a cargo de los capellanes bajo la directa inspección y vigilancia del vicario.

En los posteriores reglamentos que ordenaron la organización funcional del hospital, no sólo se contempló un sustancial incremento del número de médicos al servicio de esta institución, sino que además se produjeron cambios en la denominación de los diferentes niveles que conformaban el escalafón. La progresiva legitimación de las distintas especialidades médicas, fue otro de los acontecimientos que encontró reflejo en la estructura asistencial del hospital, con la creciente incorporación de diferentes secciones a lo largo del primer tercio del siglo XX para ponerlas en práctica<sup>682</sup>. A continuación presentamos una tabla que resume las variaciones que se fueron produciendo en el escalafón del cuerpo de la beneficencia provincial en el transcurso del tiempo. Puede comprobarse cómo se fue consolidando la figura de un director médico –inspector o decano-, máximo responsable técnico de la institución, elegido por votación entre los médicos numerarios o jefes de servicio, cuya función primordial era garantizar el adecuado funcionamiento de los diferentes departamentos o servicios en que estaba dividido el hospital. Aunque este cargo siempre tuvo la comunicación directa con el director para plantear las necesidades y mejoras oportunas, durante el período de la Segunda República al decano además se le dio cabida en los órganos de gestión de la institución formando parte de su junta administrativa.

---

<sup>682</sup> La legitimación de las especialidades era un proceso que debía realizarse no sólo frente a la sociedad, sino también dentro de la propia medicina, en un camino dirigido por los propios profesionales. Así, la especialización en sus inicios resultó un fenómeno relativamente independiente de las demandas y necesidades de los usuarios. Rosen, G. (1972).

**Tabla XLIII**

**Escalafón del cuerpo médico de la beneficencia provincial en los distintos reglamentos del Hospital Provincial de Valencia**

<b>1881</b>	<b>1897</b>	<b>1914</b>	<b>1933</b>	<b>1935</b>
Médico 1º de visita. Decano	Inspector	Inspector	Decano	Decano y Vicedecano
Médico 2º de visita.	Profesores de número	Médicos numerarios	Médicos de número: jefes de servicio	Médicos jefes de servicio
Cirujano 1º de visita. Decano	Médicos agregados	Médicos auxiliares numerarios ayudantes	Médicos agregados o de puerta	Médicos agregados ayudantes y de guardia
Cirujano 2º de visita.	Médicos Supernumerarios	Médicos auxiliares numerarios de la guardia	Médicos asistentes	Médicos agregados supernumerarios
Facultativos de guardia		Médicos Supernumerarios	Médicos de laboratorio	Médicos ayudantes de especialidad
Supernumerarios		Profesor libre de clínica de hombres	Médicos radiólogos	
		Profesor del gabinete de bacteriología		

Fuente: *Reglamentos* del Hospital Provincial de 1881, 1897, 1914, 1933 y 1935.

El número de médicos numerarios, encargados de llevar a cabo la asistencia de los enfermos ingresados en el hospital, en 1897 quedó establecido en once facultativos, cada uno de los cuales estaba al frente de una de las siguientes secciones:

- Afecciones médicas del aparato circulatorio y respiratorio, de ambos sexos.
- Afecciones del sistema nervioso, de ambos sexos, con exclusión de las vesanias.

- Medicina general. Procesos morbosos generalizados, infecciones, afecciones del aparato digestivo y médicas del aparato urinario. Ambos sexos.
- Cirugía general y traumatismos, enfermería de mujeres.
- Cirugía general, enfermería de hombres.
- Traumatismos de hombres, accidentes y procesos con ellos relacionados.
- Afecciones del aparato de la visión y sus anexos, en ambos sexos.
- Gestación, parto, puerperio y lactancia. Departamento de maternidad e inclusa.
- Enfermedades del aparato génito-urinario, sífilis y dermatología.
- Paidopatías médicas y quirúrgicas de ambos sexos (hasta los 10 años).
- Enfermerías de medicina y cirugía de los asilos provinciales.

Estas mismas secciones se mantuvieron en el reglamento de 1914, el cual contempló además una nueva sección denominada de enfermedades del aparato genital de la mujer –ginecología-. La plantilla de numerarios quedaba en este momento integrada por los 12 numerarios a cargo de cada una de las secciones mencionadas, a los que se sumaron cinco médicos numerarios para hacerse cargo de la asistencia en el manicomio, y tres más para atender los servicios de la policlínica de adultos externos, el gabinete de radiografía y el de bacteriología respectivamente.

Por debajo de los numerarios se situaban los médicos que en el reglamento de 1897 se denominaron agregados -en número de tres- cuya función era cubrir el servicio de guardia del hospital. El reglamento de 1914 pasó a denominarlos médicos auxiliares numerarios, cuyo número ascendió a seis ayudantías, tres encargados de servicios complementarios y tres médicos de guardia. Los ayudantes estaban asignados a las enfermerías de niños, cirugía general de mujeres, oftalmología, policlínica de adultos externos, gabinete de radiografía y bacteriología. Los de servicios complementarios se dedicaron preferentemente a reforzar las enfermerías generales o especiales, las convalecencias, así como las Casas de Misericordia y Beneficencia. Tanto los denominados agregados como los auxiliares podían ser

sustituidos provisionalmente, por ausencia o enfermedad, por los médicos supernumerarios.

Durante la etapa de la Segunda República, el número de especialidades se amplió, pasando los servicios del hospital a quedar estructurados en los siguientes dieciocho<sup>683</sup>:

- Aparato circulatorio y respiratorio, de ambos sexos.
- Medicina general.
- Neurología.
- Asilos.
- Enfermedades de la infancia e inclusa.
- Cirugía general hombres.
- Cirugía general mujeres.
- Traumatología y cirugía ortopédica.
- Maternidad.
- Ginecología.
- Urología.
- Otorrinolaringología.
- Estomatología.
- Dermatología y sifilografía.
- Bacteriología.
- Serología.
- Anatomía patológica.
- Electrorradiología en sus tres secciones.

Al frente de cada uno había un jefe de servicio, bajo cuyas órdenes quedaban los médicos agregados, que pasaron de ser cuatro en 1933, dedicados al servicio de guardias del hospital, a ser catorce, con una dedicación que compaginaba la función de médicos ayudantes de los servicios con la de cubrir el servicio de guardia. Los servicios de oftalmología, otorrinolaringología y estomatología contaron con la adscripción de un ayudante cada uno. La figura del asistente representaba un

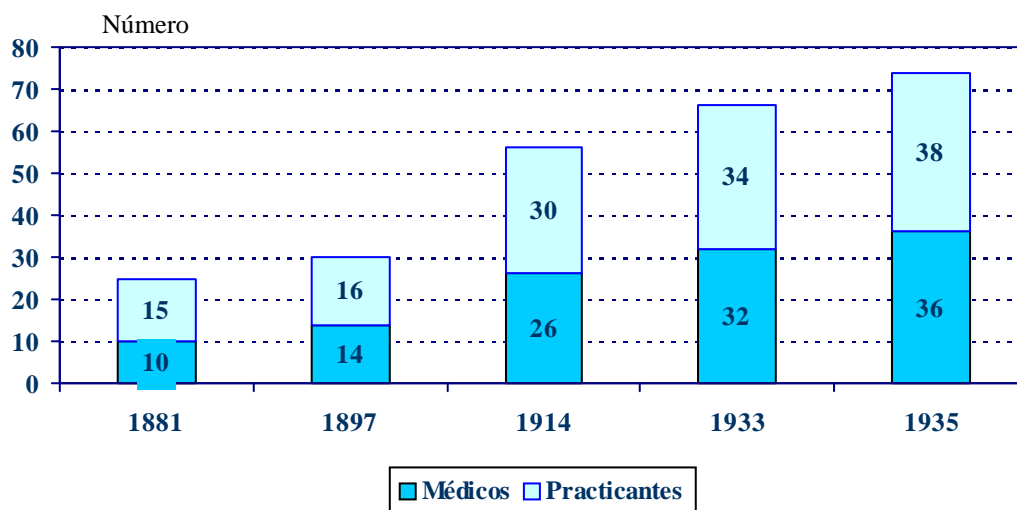
colaborador voluntario, nombrado a propuesta del jefe de servicio correspondiente que contribuía con su trabajo sin recibir remuneración. El agregado supernumerario era aquel que había aprobado la oposición pero sin plaza por lo que su función era sustituir a los numerarios agregados cuando entre estos hubiese una baja o vacante.

En la gráfica siguiente queda representada la evolución de la plantilla de médicos y practicantes en el período comprendido entre 1881 y 1935. Como puede comprobarse, aunque el incremento de la plantilla de personal fue constante desde la segunda mitad del siglo XIX, se hizo más llamativo con la llegada del siglo XX. Evidentemente, los cambios demográficos que acontecían en estos momentos, unido al progresivo desarrollo de las distintas especialidades médicas, hicieron necesario adaptar la estructura organizativa del hospital a las necesidades del momento.

---

<sup>683</sup> Capítulo VII del *Reglamento* de 1935. Hospital Provincial (1935).

**Gráfica I**  
**Evolución del personal sanitario del Hospital Provincial de Valencia (1881-1935)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los reglamentos y memorias del hospital provincial

En 1934, el cuerpo médico de la beneficencia provincial lo integraban 14 médicos numerarios, 12 médicos agregados, seis médicos adscritos a varias secciones, un farmacéutico y cuatro médicos para el recién inaugurado Sanatorio de Porta-Coeli<sup>684</sup>:

- Médicos numerarios:

José T. López Trigo: Decano. Traumatismos.

Manuel Desfilis Pascual. Aparato circulatorio y vías respiratorias.

Joaquín Moltó Santonja. Visita de las Casas de Misericordia y Beneficencia.

Jorge Comín Vilar. Enfermedades de la infancia.

Juan José Barcia Goyanes. Sistema nervioso.

Joaquín Berenguer Ferrer. Medicina general.

Nicasio Benlloch Giner. Cirugía general de mujeres.

Juan Pallarés Lluesma. Enfermedades de los ojos.

<sup>684</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 33, 108-109.

José Campos Igual. Garganta, nariz y oído.

Vicente Pallarés Iranzo. Cirugía general de hombres.

Luis Lafora García. Odontología.

Faustino Pérez Manglano. Obstetricia.

López Sancho. Ginecología.

López Romeu. Dermatología.

- Médicos agregados

Agregado 1º: Alfredo Ferrer Peris.

Agregado 2º: Francisco Ferrero Bolinches.

Agregado 3º: Luis Lafora Almudever.

Agregado 4º: Santiago Ramón Salvador.

Agregado 5º: José Coloma Balari.

Agregado 6º: Juan Jimeno Sancho.

Agregado 7º: José Fita Facio.

Agregado 8º: Francisco García Guijarro.

Agregado 9º: Ramón Pascual Revest.

Agregado 10º: Miguel Muñoz-Delgado Murcia.

Agregado 11º: José Archer Meseguer.

Agregado 12º: Eugenio Tomás Torres.

- Médicos del Sanatorio Antituberculoso de Porta-Coeli

Médico director: Manuel Desfilis Pascual.

Médico cirujano: Antonio Sánchez García.

Médico residente: Antonio Damiá Maiques.

Médico residente: Ildefonso Aguilar Felipo.

- Otros facultativos del hospital

Ayudante de la sección de oftalmología: Jose Ramón Rodríguez  
Roda.

Director del gabinete de radiología: Enrique Olaso Jordán.

Segundo médico radiólogo: José Vilar Martínez.



Médico jefe de la sección de anatomía patológica del laboratorio de análisis: Luis Bartual Vicens.

Médico encargado de la sección de bacteriología del laboratorio de análisis: Augusto Cervera Moltó.

Médico encargado de la sección de serología del laboratorio de análisis: Vicente Sánchis Bayarri.

Farmacéutico: Enrique Gay Méndez.

### **5.3.5. La actividad asistencial del hospital**

Para poder hacer una valoración de la evolución de la demanda asistencial del hospital, un indicador que necesariamente debe estimarse es el de los ingresos ocurridos en la institución en el período de estudio. Dado que los enfermos constituían el principal colectivo de los que acogía la institución, si se tiene en cuenta el montante económico que representaban, el ingreso de enfermos se sitúa como el indicador específico para evaluar la capacidad asistencial del hospital. En contraposición, la locura era una condición de frecuencia más limitada y sometida a un tratamiento bajo mínimos, que apenas superaba los requisitos de la mera reclusión. Consecuencia de ello era la escasa rotación de individuos que se producía entre los dementes, muy inferior a la de enfermos, con estancias mucho más prolongadas. En cuanto al tercer grupo de individuos asistidos en la institución, los expósitos, la mayor parte de las lactancias se producían fuera del establecimiento, en el propio medio familiar de las nodrizas, con la circunstancia añadida de que el niño o la niña permanecían durante años en estas familias. Bajo el punto de vista económico, se entiende que éste resultara el colectivo menos costoso para las arcas provinciales.

Centrándonos en el análisis de los ingresos de enfermos ocurridos en el hospital, para una correcta interpretación de este indicador deberíamos tener en cuenta la evolución de los ingresos entre la población potencialmente susceptible. Sólo relativizando al tamaño de la población, es posible realizar una comparación a lo largo del tiempo. Sin embargo, el cálculo de tasas de ingreso no resulta fácil, dada la dificultad de encontrar el denominador adecuado, que pensamos debería ser el

número de personas pobres con que contaba la provincia de Valencia -ésta sería la población que potencialmente podría ingresar en el hospital- y que obviamente desconocemos. De manera alternativa podría utilizarse la población de la provincia de Valencia en el denominador de la tasa, pero además de la dificultad de obtener fuentes fiables de este dato en un período de tantos años, dudamos si el denominador apropiado sería la población de la provincia o la de la ciudad de Valencia, ya que la ubicación del hospital en la capital atraía fundamentalmente a población urbana.

Las limitaciones que acabamos de exponer, nos han llevado a valorar comparativamente a lo largo del tiempo la actividad asistencial del hospital, de manera similar a como lo ha realizado Díez Rodríguez<sup>685</sup> en su análisis de la evolución de la capacidad asistencial del hospital a lo largo del siglo XIX, mediante el cálculo de un índice de crecimiento que toma como base un determinado período de referencia. Solamente en aquellos años en los que disponemos del censo de población de la ciudad y la provincia de Valencia, podemos ofrecer el cálculo de las tasas de ingreso hospitalario de manera complementaria.

Hemos tomado como base para poder comparar el índice de crecimiento de la demanda asistencial del hospital, el número medio de ingresos que ocurrió en el quinquenio 1850-1854, período inmediato a la adquisición de su carácter provincial. Asignando al número medio de ingresos, que fue de 5.364, un índice de crecimiento igual a 100, hemos calculado los correspondientes índices para los sucesivos años en que hemos basado nuestro estudio. Un índice superior a 100 implica una demanda asistencial creciente y un índice inferior a 100 implica una demanda asistencial decreciente en la institución.

De acuerdo con los datos que refleja el siguiente gráfico, los ingresos de enfermos en el hospital a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX no sufrieron oscilaciones importantes, si tenemos en cuenta que la cota máxima que alcanzaron fue del 127,6% en 1869 y la mínima del 69,5% en 1863. Profundizando aún más, observamos cómo en este mismo período hubo más años -veinte en total- en los que el índice de crecimiento del hospital se situó por debajo del índice correspondiente al período de referencia. Probablemente a ello contribuyeron en gran medida las

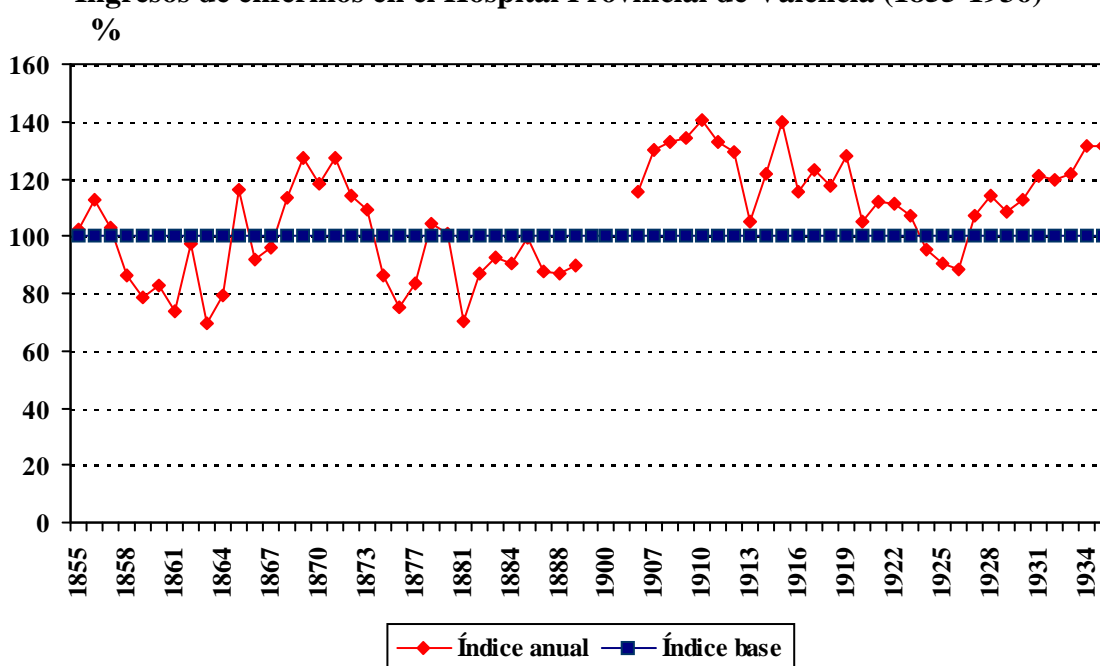
---

<sup>685</sup> Díez Rodríguez, F. (1993: 22-35).

dificultades económicas por las que atravesó la institución asistencial en este período de tiempo, derivadas tanto de la desaparición de algunas rentas procedentes de fondos municipales, al ser clasificado el hospital como de carácter provincial, como del proceso de desamortización que supuso para el hospital valenciano la pérdida de los ingresos provenientes de algunas rentas eclesiásticas.

**Gráfica II**

**Ingresos de enfermos en el Hospital Provincial de Valencia (1855-1936)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los reglamentos y memorias del hospital

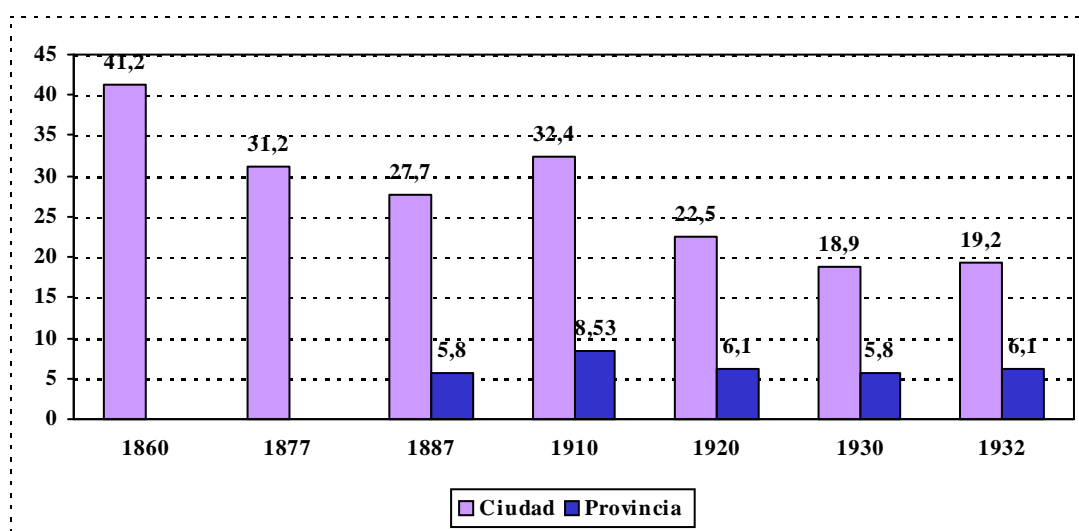
El incremento de las asistencias proporcionadas por el hospital en la segunda mitad de los años sesenta, tal como se aprecia en la gráfica, probablemente sea un reflejo de una política local menos restrictiva puesta en práctica en los años del Sexenio Revolucionario.

Durante el primer tercio del siglo XX, el hospital recuperó su capacidad asistencial, de manera que a lo largo de este período se mantuvo constante el nivel de asistencias por encima del período considerado como de referencia (1850-1854). Únicamente en el trienio 1924-1926 se produjo una disminución de los ingresos, que

tocó fondo en este último año al alcanzar un índice del 88,2%. Frente a él, la cota máxima de ingresos tuvo lugar en 1910, con un índice del 140,7%.

Cuando realizamos el cálculo de las tasas de ingreso de enfermos en la institución hospitalaria, utilizando como población de referencia las de la ciudad y la provincia de Valencia<sup>686</sup>, observamos como éstas sufrieron un progresivo descenso a lo largo del período de estudio. A pesar del importante incremento demográfico que tuvo lugar -entre 1877 y 1930 la población urbana se duplicó- la demanda asistencial del hospital no fue proporcional, o al menos en lo que se refiere a aquel tipo de asistencia que requería el ingreso en la institución. Como tendremos ocasión de comprobar, el desarrollo de un sistema de consultas externas que integraba las distintas especialidades médicas, contribuyó de manera primordial a evitar gran parte de los ingresos, al resolver de manera ambulatoria aquellos casos de menor gravedad. La evolución de las tasas de ingreso hospitalario queda representada en la gráfica siguiente:

**Gráfico III**  
**Evolución de las tasas de ingresos en el Hospital Provincial**  
**de Valencia (1854-1936)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los reglamentos y memorias del hospital

<sup>686</sup> En 1860 Valencia contaba con 107.703 habitantes (Sánchez Guarnier, 1972), en 1877 y 1887 contaba con 143.239 y 170.000 respectivamente (Díez Rodríguez, 1993:32). Los censos realizados cada diez años entre 1900 y 1930, arrojaron cifras de población de 213.550, 233.348, 251.259 y 320.195 respectivamente (Instituto Nacional Estadística, 2002).

Entre las razones que pensamos pueden explicar este descenso de las tasas de ingresos hospitalarios a lo largo del primer tercio del siglo XX se encuentra, por un lado la puesta en marcha desde el propio hospital, de consultas externas para atender a la población pobre de manera ambulatoria, en las diferentes especialidades que fueron desarrollándose desde la institución. Y el otro factor que sin duda contribuyó a la disminución de la demanda asistencial en el hospital fue la progresiva implantación de la asistencia pública domiciliaria, tanto en los diferentes pueblos de la provincia, como en la propia capital. Recordemos que en ésta la implantación de este sistema de beneficencia no se consolidó hasta la segunda mitad de los años ochenta del novecientos, datando de 1888 el primer padrón de pobres de la ciudad.

A partir de 1919, las memorias que recogían la actividad del hospital comenzaron a incluir información referente a los enfermos atendidos en sus policlínicas para externos<sup>687</sup>. En 1919 funcionaban para asistir de manera ambulatoria a los enfermos, las consultas de enfermedades del estómago -a cargo de Francisco López Vicent-, aparato respiratorio -a cargo de Pedro Valero Almudever-, ginecología -a cargo de Enrique López Sancho-, oftalmología -bajo la responsabilidad de Tomás Blanco Brandebrande-, cirugía general -a cargo de Abelardo Lloret Ros- y cirugía especial de mujeres -bajo la tutela de Antonio Bellver Pascual-<sup>688</sup>.

En 1920 se sumaron tres nuevas consultas, una denominada de sistema nervioso, bajo la tutela de Germán Boned Ferrer, una consulta de niños, a cargo de Ramón Gómez Ferrer<sup>689</sup> y una denominada de urología, sífilis y piel, bajo la responsabilidad de Miguel López Romeu<sup>690</sup>.

---

<sup>687</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vols., 18-34.

<sup>688</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 17, 117-118.

<sup>689</sup> En 1925 se hizo cargo de esta consulta el catedrático de pediatría, Dámaso Rodrigo, hasta que en 1931 le reemplazó Jorge Comín.

<sup>690</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 18, 145.

En 1921 se sumó la consulta de traumatología a cargo de José López Trigo, la de enfermedades del estómago, dirigida por Francisco López Vicent, pasó a denominarse de medicina general y se abrieron dos para la asistencia de los accidentados, una denominada de accidentes, a cargo del servicio de guardia y una específica para la asistencia de los accidentes laborales<sup>691</sup>. Con esta misma estructura, más una sección de radiología a cargo de Enrique Olaso Jordán -a partir de 1924-, se mantuvo la organización de las consultas externas del hospital hasta 1932, en que se introdujo la especialidad de otorrinolaringología, a cargo de J. Campos<sup>692</sup>, y un año más tarde se abrió una consulta independiente de la de ginecología, para atender de manera específica a las embarazadas y se denominó de maternidad -a cargo de Pérez Manglano-<sup>693</sup>. El establecimiento de consultas prenatales para el control de la gestación, fue uno de los aspectos potenciados bajo las directrices sanitarias de la Segunda República, en el marco de la lucha contra la mortalidad infantil.

Con la finalidad de resaltar la importante repercusión en la dinámica de la institución que tuvo el establecimiento del sistema de asistencia a los enfermos en consultas externas, hemos elaborado la tabla y gráfica y que presentamos a continuación. Como queda reflejado en la tabla, el número de consultas externas a partir de los años veinte del novecientos comenzó a adquirir una importancia creciente, de manera que desde las diferentes especialidades se atendía un número de pacientes que fue creciendo año a año y que pasó de 9.344 enfermos asistidos en 1920 a 62.855 en 1935, con un predominio casi constante del número anual de hombres asistidos sobre el de mujeres.

En la gráfica, elaborada a partir del cálculo de las tasas de ingreso hospitalario y de asistencia de enfermos en consultas externas, se aprecia con claridad cómo el importante y creciente contingente de enfermos asistidos de manera ambulatoria a partir de los años veinte del novecientos, permitió que el volumen de ingresos en el hospital se mantuviera prácticamente constante a lo largo de estos años, centrándose por otro lado en la asistencia a los enfermos más graves.

---

<sup>691</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 20, 157.

<sup>692</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 31, 151.

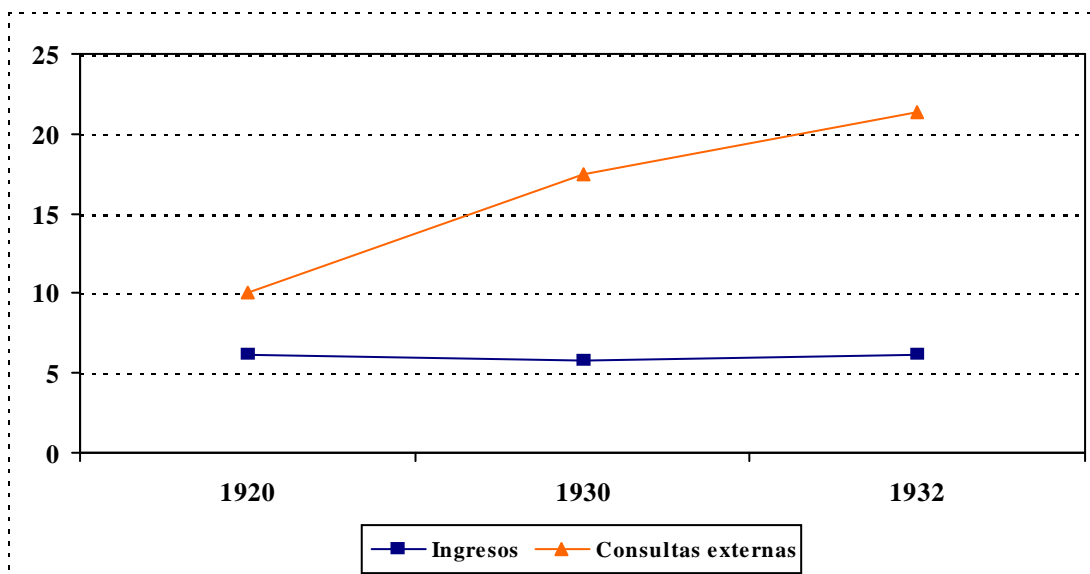
<sup>693</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 32, 141.

**Tabla XLIV**  
**Enfermos asistidos en las consultas externas del Hospital Provincial de Valencia (1920-1935)**

<b>Año</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Total</b>
1920	4.115	3.240	9.344
1922	5.823	3.994	9.817
1923	5.334	4.279	9.613
1924	6.166	4.989	11.155
1925-26	7.584	6.470	14.054
1927	6.893	6.931	13.824
1928	7.619	7.820	15.439
1929	8.421	7.394	15.815
1930	8.499	9.116	17.615
1931	7.924	8.913	16.837
1932	12.567	10.119	22.686
1933	14.473	13.941	28.414
1934	35.748	32.106	67.854
1935	33.252	29.603	62.855

Fuente: elaboración propia a partir de las Memorias de la actividad del Hospital

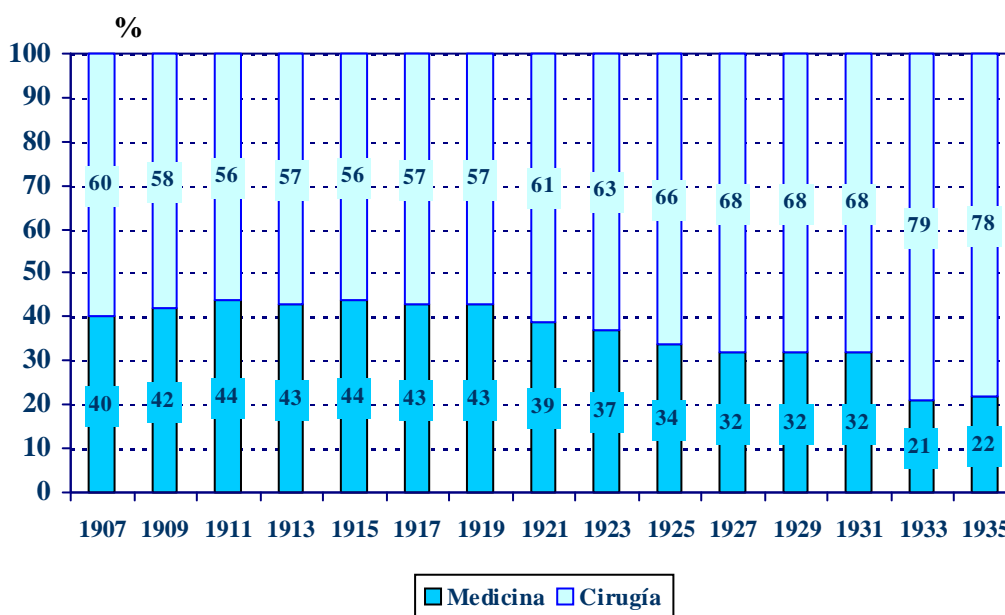
**Gráfico IV**  
**Evolución de las tasas de ingresos y de las consultas externas del Hospital Provincial de Valencia (1920-1936)**



Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias del hospital

El fomento y desarrollo progresivo del sistema de atención a los enfermos en las policlínicas de consultas externas, sin duda también representó un cambio en el perfil de los pacientes ingresados en las salas de medicina y cirugía, de manera que contribuyó a reducir el volumen de ingresos en las primeras. Así, a principios del siglo XX las salas de medicina del hospital albergaban entre un 40 y un 45% de los ingresos, porcentaje que se fue reduciendo con el paso del tiempo y a medida que algunas de las patologías que antes habían sido ingresadas, ahora se resolvían en las consultas externas. Paralelamente, la función del hospital se fue centrando de manera preferente en la resolución de los problemas quirúrgicos. Como puede comprobarse en la gráfica que presentamos a continuación, la actividad quirúrgica de la institución a principios del siglo XX representaba entre el 56% y el 60%, mientras que en los años inmediatos a la guerra civil, este porcentaje se acercó mucho al 80%.

**Gráfica V**  
**Distribución de enfermos en las salas de medicina y cirugía del Hospital Provincial de Valencia (1907-1935)**



Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias del hospital

El carácter provincial que concedió la *Ley de Beneficencia* de 1849 a la institución asistencial, supuso cambios importantes en el perfil de la población asistida. A finales de los años treinta del ochocientos, la población enferma que



ingresaba procedía mayoritariamente de la ciudad y su entorno más inmediato, resultando casi testimoniales las aportaciones de la provincia y del resto de España. En 1860 el perfil de la población asistida ya había comenzado a sufrir el cambio, de manera que los vecinos de la ciudad de Valencia pasaron a representar el 57,7% frente al 42,3% de enfermos de la propia provincia y de otras<sup>694</sup>.

La asistencia a enfermos procedentes de otras provincias comenzó a suponer un problema para la diputación pues, a pesar de la obligación que éstas tenían de transferirle los gastos derivados de la asistencia a sus ciudadanos, en la práctica este compromiso no se cumplía. Esta situación contribuía a agravar el desequilibrio económico que padecían las arcas provinciales. Con la publicación del *Estatuto Provincial* en 1925, el problema se agudizó al reiterar el artículo 127 de esta norma legal la obligatoriedad de las diputaciones de recibir en sus establecimientos de beneficencia “[...] a los indigentes cuyo lugar de naturaleza no sea conocido y vivan en la provincia [...]” y a recluir en el Manicomio Provincial a “[...] los locos o enfermos pobres de ignorada naturaleza, que vivan en la provincia [...]”.

En el citado artículo se establecía que las diputaciones deberían establecer un régimen de indemnizaciones recíprocas para abonar el importe de las estancias causadas por los alienados e indigentes. Sin embargo se creó una situación conflictiva al no fijar los precios a imputar de acuerdo con el tipo de asistencia prestada, es decir que no se estipuló un precio uniforme por las estancias de los indigentes de otras provincias. Ello determinó que algunas provincias optaran por un sistema de reciprocidad, al comprometerse mutuamente a no reclamar estancia alguna por los enfermos pobres de otras provincias. Pero este sistema fue rechazado por la Diputación de Valencia, al considerar que las diferencias existentes en cuanto al tipo y número de establecimientos de beneficencia, así como al peso de la población obrera en cada una, la colocaban en una situación de franca desventaja. Durante 1925-1926, de las 295.531 estancias producidas en el hospital provincial, 172.191 -58%- correspondieron a enfermos naturales de otras provincias y al finalizar 1926 se adeudaban 377.069,72 pesetas por estancias de dementes de otras

---

<sup>694</sup> De acuerdo con la información que aporta Díez Rodríguez, en 1838 y 1839 el 80,8% y el 85,7% respectivamente procedían de la ciudad, mientras que los procedentes de la provincia y otras partes del Estado sólo representaron el 2,5% y el 2,2% en estos dos años. Díez Rodríguez (1993: 33-34).

provincias<sup>695</sup>. En el período comprendido entre 1927 y 1935, los porcentajes de enfermos procedentes de otras provincias ingresados en el hospital se mantuvieron entre el 30% y el 40%.

La tabla que presentamos a continuación muestra los enfermos asistidos en el hospital procedentes del extranjero y de otras provincias entre 1923 y 1936. Entre los primeros la procedencia era fundamentalmente europea e integrada mayoritariamente por alemanes, franceses e italianos. En cuanto a las provincias españolas que más frecuentaban la institución valenciana, como cabría esperar destacaban las limítrofes y las más próximas: Alicante, Castellón, Cuenca, Teruel, Albacete y Murcia.

**Tabla XLV**  
**Estancias de los enfermos ingresados en el Hospital Provincial de Valencia en función de su procedencia (1923-1936)**

Año	Ingresos de extranjeros			Ingresos de otras provincias			
	Número	Días estancia	Media	Número	Días estancia	Media	Gasto pesetas
<b>1923</b>	53	1.263	23				
<b>1924</b>	52	1.126	21				
<b>1925-26</b>	62	1.467	24				
<b>1927</b>	62	1.064	17	2.248	180.910	80	361.820
<b>1928</b>	57	1.068	19	2.365	217.917	92	435.834
<b>1929</b>	62	1.148	18	1.899	111.295	59	222.590
<b>1930</b>	59	1.041	18	1.971	62.596	32	125.192
<b>1931</b>	65	1.398	22	2.396	82.746	35	165.492
<b>1932</b>	67	1.370	21	1.941	93.481	48	186.962
<b>1933</b>	78	1.398	18	2.305	140.663	61	281.326
<b>1934</b>	76	1.288	17	2.293	152.595	67	305.190
<b>1935</b>	53	1.179	22	2.028	59.302	29	118.604
<b>1936</b> 1º semestre	46	899	20	1.085	30.638	28	61.276

Fuente: Elaboración propia a partir de las Memorias de la Diputación Provincial de Valencia de los años 1920 a 1935.

<sup>695</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 24, 137-142.

En cuanto a la duración de la estancia media, puede apreciarse que la de los extranjeros resultaba bastante más reducida que la de los enfermos de otras provincias<sup>696</sup>.

El análisis de las estancias es otro de los indicadores que pensamos puede aportar información sobre las características de la asistencia a los enfermos en el hospital. El carácter agudo de la patología que presentaban la mayor parte de los enfermos que ingresaban en la institución, determinó que la estancia media se situase en torno a los treinta y cinco días, sin que se registrasen variaciones importantes a lo largo de todo el período de estudio. Hubiera sido interesante poder diferenciar las estancias en los servicios de medicina de las debidas a intervenciones quirúrgicas, ya que seguramente estas últimas contribuían con estancias más prolongadas en la institución, sin embargo las memorias sobre las que hemos trabajado no presentaban este desglose.

Siguiendo con el análisis de las estancias, donde resulta especialmente interesante este indicador es en el caso del manicomio, ya que revela las características particulares que rodeaban a esta institución. Al contrastar los resultados de su análisis entre el hospital y el manicomio -gráfico VI-, se pone de relieve el carácter de centro de reclusión, más que de tipo asistencial, que presentaba este último. En el manicomio, la estancia media de los ingresados no descendió en todo nuestro período de estudio de 350 días por persona, lo cual convertía a la institución en un centro de crónicos en el que la curación resultaba más que un objetivo una verdadera utopía.

Las condiciones de hacinamiento y las deficientes medidas higiénicas en las que estaban obligados a convivir los allí recluidos, por ausencia de un edificio con instalaciones apropiadas, seguramente contribuían a que un porcentaje elevado de los individuos que salían de la institución lo hicieran por defunción. A modo de ejemplo, en la tabla siguiente presentamos el movimiento de pacientes entre 1905 y 1925<sup>697</sup>, contrastando el número de los ingresados con los que abandonaban anualmente la institución.

---

<sup>696</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 18-34.

<sup>697</sup> A.D.P.V., D.2.6.4., cajas 1-8.

**Tabla XLVI**  
**Movimiento de acogidos en el Manicomio Provincial de Valencia (1905-1922)**

Años	Ingresos	Salidas		
		Altas	Defunciones	Total
1905	560	44	69	113
1906	544			
1907	572	46	76	122
1908	616	57	52	109
1909	601	37	60	97
1910	644	56	82	138
1911	710	118	104	222
1912	709	66	84	150
1913	730	67	79	146
1914	738	77	84	161
1915	745	68	97	165
1916	730	94	89	183
1917	711	68	103	171
1918	714	77	138	215
1919	679	99	154	253
1920	573	98	149	247
1921	617	97	92	189
1922	596	80	79	159

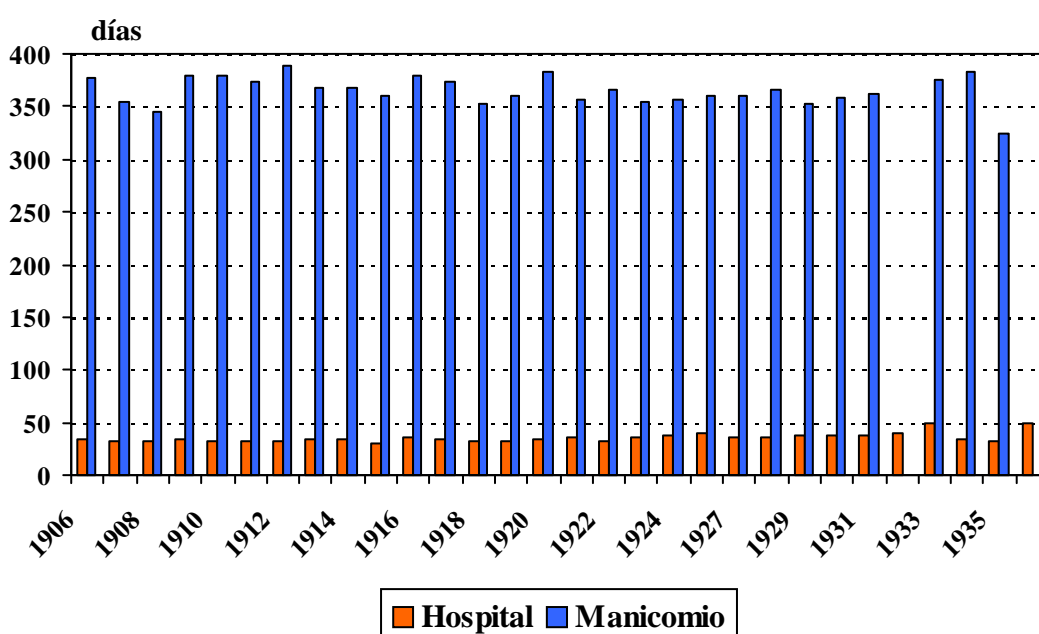
Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de actividad del manicomio provincial.

En esta tabla, además de apreciarse la escasa rotación de pacientes, puede comprobarse cómo los porcentajes de muertes no resultaban nada despreciables, si se tiene en cuenta que en la mayoría de años del período, más del 50% de las personas que abandonaron la institución fue por este motivo.

Las deficientes condiciones en que estaban obligados a permanecer los acogidos, obviamente les hacía más susceptibles de padecer aquellas enfermedades cuya transmisión estaba favorecida por las condiciones de hacinamiento y de falta de ventilación. Como se aprecia en la tabla, la epidemia de gripe de 1918 debió afectar seriamente a este colectivo tan cerrado, pues el número de muertes entre 1918 y 1920 sufrió un incremento considerable, que posteriormente se volvió a normalizar.

En definitiva podemos afirmar que el elevado coste que representaba el mantenimiento del manicomio para la corporación provincial no reportaba beneficio ni reconocimiento social en igual proporción. No sólo porque prestaba asistencia a pocos, sino porque muchos de ellos provenían además de otras provincias que no contribuían económicamente a su sostén.

**Gráfico VI**  
**Estancia media de los enfermos ingresados en el Hospital**  
**y en el Manicomio Provincial de Valencia (1906-1935)**



Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias y estadísticas del hospital

El tercer colectivo al que se prestaba asistencia desde la beneficencia provincial era el de la infancia abandonada, cuya acogida se llevaba a cabo en el departamento del hospital conocido como la inclusa. La suerte de los expósitos allí depositados podía discurrir por un doble camino, dependiendo de si se quedaban en el establecimiento a cargo de nodrizas internas, o de si eran dados en adopción para su alimentación y cuidado por una nodriza externa.

Las nodrizas internas eran generalmente mujeres de bajo nivel social y económico -mayoritariamente entre 25 y 30 años-, muchas de ellas madres solteras que abandonaban a sus hijos y optaban por ejercer de nodriza a cambio de un salario para sobrevivir. Aunque su función abarcaba tanto la alimentación como el cuidado

de los bebés, el problema que se planteaba era la mayor proporción de éstos que de nodrizas, pues la media de niños por nodriza en la segunda mitad del siglo XIX era de tres. Obviamente ello repercutía en una inadecuada e insuficiente atención a los niños, cuyo estado físico en el momento del ingreso solía ser ya de por sí lamentable, a lo que se sumaban las malas condiciones que debían soportar en el establecimiento por la falta de recursos<sup>698</sup>. Las posibilidades de sobrevivir para los expósitos que se quedaban en la inclusa probablemente fueran excepcionales, en unos momentos en que la mortalidad infantil resultaba en sí mismo un importante problema de salud pública en la sociedad valenciana.

Las dificultades económicas por las que atravesó el hospital a partir del momento en que adquirió la condición de provincial, determinaron que la opción por la que se decantó mayoritariamente la política de asistencia a los expósitos, fuese la de favorecer su salida de la inclusa para ser criados por nodrizas externas, ya que esta era la alternativa más barata<sup>699</sup>. Éstas solían ser mujeres casadas con hijos, que aprovechaban su período de lactancia para amamantar a dos niños a la vez y así obtener una pequeña remuneración que contribuyese a la economía familiar:

“[...] A las nodrizas externas, en el momento de concedérseles el niño que desean lactar, se les entrega una libreta con los correspondientes cupones para el cobro semestral de sus salarios, cuyo cupón se abona a su presentación, previa la firma del Juez municipal y Cura Párroco de la localidad donde reside el niño, como garantía de que está bien alimentado y atendido [...]”<sup>700</sup>.

En otras ocasiones se trataba de mujeres cuyo parto había tenido un desenlace adverso y buscaban la forma de sustituir al hijo perdido. En cualquier caso, el expósito que era dado en adopción a estas mujeres corría con mejor suerte que el interno de la inclusa, al tener la oportunidad de desarrollarse en medio de un

---

<sup>698</sup> Castell Centeno, R. M.; Chilet Llácer, B. (1999).

<sup>699</sup> El carácter provincial del hospital no supuso para la inclusa mayores ingresos de otras provincias como ocurría en el caso de los colectivos de enfermos y de locos. Desde finales del siglo XVIII la ciudad de Alicante contaba con su propia inclusa, precisamente para evitar los largos viajes que tenían que soportar los pequeños para llegar a la de Valencia, práctica que mermaba sus ya escasas posibilidades de sobrevivir. Guillem Cofre, I. (1999).

<sup>700</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 17, 141.

ambiente familiar, en el que además de proporcionarle el alimento podía satisfacer sus necesidades afectivas. De hecho, no resultaba raro que al llegar a la edad de finalizar la adopción, las familias solicitasen que el niño permaneciera con ellos definitivamente<sup>701</sup>.

El análisis de las estadísticas del movimiento de expósitos en la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del XX<sup>702</sup>, ponen de manifiesto un comportamiento prácticamente constante con variaciones insignificantes en el volumen anual de ingresos. Ello podría hacer pensar que la política hospitalaria era más sensible a la asistencia de expósitos que a la de enfermos, quizás porque la infancia representaba un caso más extremo de desvalimiento y peligro inminente de muerte. De este modo, mientras las tasas de ingresos de enfermos podían verse alteradas en función de las variaciones coyunturales, constituyendo el principal factor de flexibilización para adaptarse a los tiempos difíciles, en el caso de los expósitos la política del hospital frente a este tipo de demanda se mantuvo invariable, incluso en los momentos de mayores dificultades. Por otro lado hay que tener en cuenta que la asistencia a los expósitos resultaba más barata que la de los enfermos ya que se llevaba a cabo mayoritariamente fuera del establecimiento, a cargo de amas de leche concertadas que criaban a los niños de la inclusa en sus casas -gráfica VII-.

Otro factor a tener en cuenta eran las elevadas tasas de mortalidad que afectaban a este colectivo que, de acuerdo con las estadísticas que presentaba la institución, representaban entre un 20% y un 30% de los ingresos anuales<sup>703</sup> y que obviamente se agravaban en situaciones epidémicas. En la tabla siguiente resumimos las características del movimiento de expósitos de la inclusa en el quinquenio 1914-1918<sup>704</sup>, en la que puede apreciarse la importante repercusión que tuvo la epidemia de gripe de 1918 sobre la mortalidad de los niños ingresados, llegando en este año a afectar a un 50% de los mismos.

---

<sup>701</sup> Castell Centeno, RM; Chilet Llácer, B. (1999).

<sup>702</sup> A.D.P.V., D.2.6.4., cajas 1-8.

<sup>703</sup> *Ibidem*.

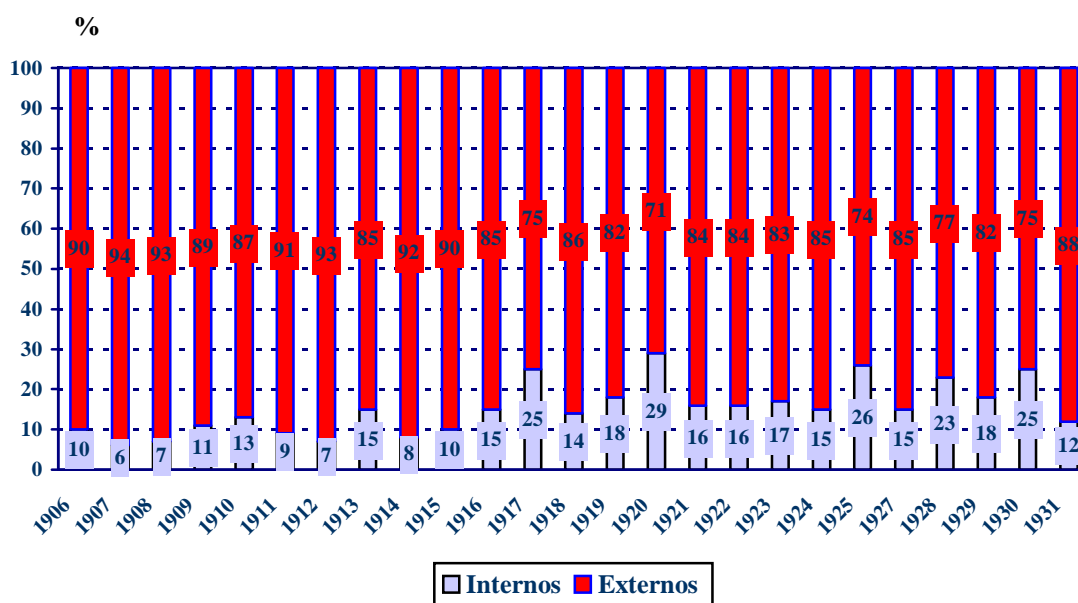
<sup>704</sup> A.D.P.V., A.3.1.12., Vol. 17, 140.

**TablaXLVII**  
**Movimiento de expósitos en la Inclusa del Hospital Provincial de Valencia**  
**(1914-1918)**

Año	Ingresados			Fallecidos			Gasto nodrizas Pesetas/mes	
	Varones	Hembras	Total	Varones	Hembras	Total	Externos	Internos
<b>1914</b>	84	66	150	16	11	27	15	25
<b>1915</b>	74	65	139	18	15	33	15	25
<b>1916</b>	90	80	170	28	35	63	15	25
<b>1917</b>	96	79	175	53	30	83	15	25
<b>1918</b>	94	78	172	37	49	86	25	30

Fuente: elaboración propia a partir de la Memoria de la Diputación Provincial de Valencia de 1919.

**Gráfica VII**  
**Distribución porcentual anual de los expósitos internos**  
**y externos de la Inclusa del Hospital Provincial de Valencia**



Fuente: elaboración propia a partir de las memorias y estadísticas del hospital.



Como conclusión podríamos apuntar que el papel de la inclusa como institución de acogida de la infancia abandonada e instrumento de lucha contra la mortalidad infantil, sólo resultó satisfactorio de manera parcial, en la medida en que la crianza de los expósitos se realizara a cargo de un ama de cría externa que, en el mejor de los casos solicitara posteriormente el prohijamiento. Y, aunque ello se realizara en ocasiones de manera interesada para obtener mano de obra barata, esta actuación seguramente significó la supervivencia para mucha población infantil que pudo llegar a la edad adulta.

#### **5.4. El sistema asilar en el marco de la beneficencia provincial**

El sistema asilar constituyó otro de los pilares en que se fundamentó el modelo de beneficencia pública propio del sistema liberal, para dar respuesta a las necesidades de un amplio sector de la población que padecía las consecuencias de la miseria, la pobreza y la incapacidad. En este sentido, la política asistencial del modelo liberal puede clasificarse como una política exclusivamente de pobres, ya que la pobreza en estos momentos era una condición de vida ampliamente extendida entre la población española<sup>705</sup>.

A mediados del siglo XIX, puede decirse que había culminado el proceso de transformación de la idea puramente teológica de la pobreza imperante hasta el siglo XVI, en una concepción de la pobreza como condición moral. Esta reelaboración de la idea de pobreza, dio pie a su clasificación en dos variedades antagónicas, representadas en un extremo por la pobreza “falsa” y en el otro por la “verdadera” pobreza. La primera, fue concebida como desorden moral y fuente de conductas consideradas como desviadas, que alentaban la vida al margen de las reglas morales de la religión y fomentaban el vicio y la ociosidad. La mendicidad incontrolada, el vagabundeo y la vagancia, pasaron a ser considerados como una de las principales fuentes de peligrosidad social, y en este sentido quedaron justificadas todas aquellas medidas de reprobación, y todo tipo de estrategias para la eliminación de la “falsa” pobreza, que tuvieron su máximo exponente en las leyes de vagos, mendigos y vagabundos, o en la estrategia de expansión de la red asilar. En el otro extremo, se situó la “verdadera” pobreza, para dar pie a la articulación de una serie de medidas enmarcadas en el desarrollo de la política de pobres<sup>706</sup>.

Los asilos constituyeron instituciones para el acogimiento de pobres con condiciones objetivas de pauperización, tales como niños huérfanos, disminuidos físicos, ancianos y viudas, a los que había que sumar los mendigos y pobres “falsos”.

---

<sup>705</sup> Esteban de Vega, M. (1992).

<sup>706</sup> López Alonso, C. (1992).

Éste era básicamente el modelo de asilo heredado del Antiguo Régimen, un asilo que en la práctica, fundamentaba su actuación en una mezcla de asistencia y represión. Era un complemento necesario para conseguir la erradicación de la mendicidad incontrolada y la persecución de la pobreza considerada perversa, representada por vagos y maleantes. Sin embargo, a lo largo del siglo XIX esta ideología entró en crisis, y la preocupación por acabar con la dualidad de funciones del asilo se fue haciendo cada vez más patente. Ya en las décadas centrales del siglo, se planteó la necesidad de duplicar las instituciones en asilos u hospicios con un objetivo principalmente asistencial, y correccionales para el internamiento de aquellos que añadían a su pobreza una nota de desviación moral o penal.

Hasta mediados del siglo XIX, las instituciones que conformaban la beneficencia pública disfrutaron de una importante implicación de las corporaciones locales, de la iglesia, así como de particulares que, con sus los legados y limosnas, contribuían de forma notable a su sostén<sup>707</sup>. La *Ley de Beneficencia* de 1849 ligó el destino de la beneficencia pública a la administración provincial, lo cual tuvo como consecuencia que ambas compartieran las deficiencias e insuficiencias tanto de gestión como financieras, agravadas estas últimas por el impacto de las desamortizaciones. Estos importantes condicionantes determinaron que el sistema asilar público legado por el Antiguo Régimen, se mostrara incapaz de evolucionar al ritmo que marcaban las necesidades sociales. Un buen ejemplo de ello lo constituyó la inflexibilidad de la capacidad asistencial de las principales instituciones asilares, ante la evolución de la población urbana y ante el proceso de provincialización<sup>708</sup>.

La evidente insuficiencia del modelo público de beneficencia en el sistema liberal, hubo de complementarse con la coexistencia de instituciones de beneficencia en el ámbito privado. Éstas constituían un legado del Antiguo Régimen y su dirección y patrocinio dependían de la iglesia, ya como organizaciones parroquiales con el objetivo de ejercer la beneficencia domiciliaria en el ámbito de la propia parroquia, ya adoptando la forma de las denominadas asociaciones para los socorros

---

<sup>707</sup> Algunos de los trabajos que ponen de manifiesto el papel de los municipios en el desarrollo de la beneficencia, han sido recogidos en el monográfico sobre *Beneficència i Sanitat en els municipis valencians*. Entre ellos citaremos el de Beneito Lloris, A. (1999a), Esplugues i Pellicer, J.X. (1999) y Lloret Pastor, J. (1999).

<sup>708</sup> Barona, J.; Bernabeu, J.; Moncho, J. (1999).

mutuos -hermandades y cofradías-. Se trataba de asociaciones que funcionaban exclusivamente con el esfuerzo contributivo de sus socios y sus prestaciones abarcaban la asistencia médica y una dieta en los períodos de baja por enfermedad.

A partir de los años 50 del ochocientos, el panorama de la beneficencia privada se vio reforzado con la aparición de nuevas iniciativas. Éstas estuvieron representadas, por una parte por la ofensiva de los círculos católicos en torno a la creación de instituciones parroquiales denominadas viáticos, así como por el asociacionismo privado con fines benéficos, iniciativa de carácter confesional para reforzar la pérdida de protagonismo de una iglesia fuertemente castigada por el estado liberal. En Valencia se crearon dos de estas asociaciones, la Gran Asociación de Beneficencia de Nuestra Señora de los Desamparados en 1853, y la Sociedad de San Vicente de Paúl y sus Conferencias en 1855. Por otro lado, en esta etapa también cobraron protagonismo las sociedades de socorros mutuos, vinculadas a los diferentes oficios y al mundo laboral -zapateros, sastres, esparteros y alpargateros- y otras ajenas a la órbita gremial en forma de asociaciones obreras -mutualismo obrero de oficio-<sup>709</sup>.

Aunque el sistema asilar estaba concebido para dar respuesta a una necesidad prioritariamente social, resulta difícil no incluirlo en la organización benéfico-sanitaria, dada la estrecha vinculación y evidente repercusión que las variables sociales presentan sobre la salud de la población. El hecho de que los asilos fueran instituciones benéficas a cargo de la administración provincial formando parte del sistema de beneficencia, nos ha llevado a realizar una aproximación a las dos grandes instituciones valencianas que realizaban este cometido. Si nos ceñésemos a una concepción rigurosa de lo que era el ámbito sanitario, éstas deberían quedar al margen de la organización sanitaria, sin embargo su vinculación con las instituciones sanitarias era evidente. Por un lado, los médicos del cuerpo de la beneficencia provincial tenían entre sus responsabilidades, además de atender a los enfermos del hospital, atender a los asilados que presentasen problemas de salud, pasando diariamente consulta en los asilos. La otra vinculación con el sistema sanitario la

---

<sup>709</sup> Sobre el mutualismo en España véase Montero, F.; Esteban, M. (1991). En el caso de Valencia, Díez Rodríguez, F. (1993: 169-225) y en el de Salamanca, Esteban, M. (1994).

encontramos con la inclusa del hospital, cuyos acogidos al cumplir la edad de siete años pasaban directamente a la Casa de Misericordia.

Como consecuencia de lo expuesto, en este capítulo realizaremos una descripción de la organización de los dos asilos de carácter provincial a cargo de la diputación, la Casa de Misericordia y la Casa de Beneficencia, como instituciones benéficas de carácter público. Queda fuera de nuestro objetivo profundizar en los aspectos más generales de la política asilar o en el papel de las instituciones benéficas de carácter privado.

#### **5.4.1. La Casa de Misericordia**

La fundación de este asilo tuvo su origen en la extremada miseria que en 1670 condujo a la indigencia a un considerable número de familias del Reino de Valencia, lo que dio pie a que el ayuntamiento de la ciudad estableciera un hospicio público de caridad para acoger a los pobres de ambos sexos de la provincia. En él tenían cabida de manera prioritaria aquellos que por sus circunstancias se consideraban pobres “verdaderos”, pero el establecimiento también se hacía cargo de los que de manera injustificada, practicaban la mendicidad. El perfil de este establecimiento asilar se encuadraría pues, en el marco de la política de pobres del Antiguo Régimen, partidaria de la creación de centros asilares para el internamiento de la población pobre de una manera inespecífica. A estos centros se les concedía un importante papel en el cumplimiento del ideal reformista de acabar con la vagancia, el vagabundeo y la mendicidad incontrolada<sup>710</sup>.

A la iniciativa municipal pronto se sumaron la protección real, la de los arzobispos de la diócesis, así como la de otros fieles que, con sus legados y limosnas, contribuyeron a ampliar y mejorar el edificio y aumentar sus rentas. Hasta las reformas que introdujo la *Ley de Beneficencia* de 1849, la dirección de la Casa de Misericordia corrió a cargo de una junta administrativa, en cuya composición destacaba la presencia de la iglesia, la del poder municipal, así como del grupo de gente honorable de la ciudad. De acuerdo con el nuevo marco administrativo planteado por la legislación de 1849 y, del mismo modo que ocurrió en el caso del

Hospital General de Valencia, la provincialización de las instituciones cerradas determinó que la junta provincial de beneficencia pasase a constituir su nuevo órgano de gestión. Esta situación se mantuvo hasta 1868 en que las juntas rectoras dieron paso a un nuevo sistema de dirección, en el que la máxima responsabilidad pasó a recaer en un diputado de la corporación provincial. De este modo, la Diputación de Valencia se hizo cargo de la Casa de Misericordia a partir del 17 de diciembre de 1868, aprobando el reglamento para regular su organización y funcionamiento el 7 de noviembre de 1891. Éste se mantuvo vigente a lo largo de todo el período de nuestro estudio<sup>711</sup>.

“[...] A causa tan pía se siguió como era natural el fruto espiritual y temporal de los verdaderos pobres; los impedidos lograron su descanso y consuelo a la par que la disminución de sus dolencias; los niños perdidos recibieron su educación, las jóvenes fueron preservadas de los riesgos que lleva consigo la debilidad de su sexo, y todos, en fin, dejando de vivir en la indigencia y el abandono, y dedicados al trabajo, se les restituyó al estado de pública y privada utilidad por el generoso desprendimiento de la Cristiana Caridad [...]”<sup>712</sup>.

La doctrina que había guiado a la institución en los años del Antiguo Régimen integraba una doble función asistencial y represiva, tal como se ponía de manifiesto en el primer reglamento de la institución<sup>713</sup> de 1719. De acuerdo con esta norma, la principal finalidad del establecimiento era asistir a los pobres “verdaderos” de la ciudad y reino, entre los que incluía cuatro grupos de población: la infancia y la vejez desamparadas, las viudas y los incapacitados. Pero al mismo tiempo, el asilo adquiría una función represiva, al establecer que los mendigos útiles para el trabajo serían prendidos por los alguaciles municipales y, una vez conducidos a la Casa de Misericordia, allí se les aplicaría durante ocho días un correctivo consistente en darles azotes. Las reincidencias supondrían agravamiento de las penas hasta que, tras

---

<sup>710</sup> Cavillac, M. (1979).

<sup>711</sup> Antecedentes sobre el origen de los establecimientos dependientes de la Diputación Provincial de Valencia. A.D.P.V., D.1.5.1., 1942.

<sup>712</sup> Casa de Misericordia (1891) y A.D.P.V., D.1.6.1., caja 1.

<sup>713</sup> Casa de Misericordia (1719) y A.D.P.V., D.1.6.1., caja 1.

un máximo de tres eran entregados a la justicia con el objeto de que les fuera aplicada la legislación penalizadora de la mendicidad y la vagancia. El espíritu represivo de esta norma de 1719 también afectaba al colectivo de niños y jóvenes que ingresaban con edad de trabajar, a quienes las ordenanzas les reservaban como recibimiento una dura corrección, según “pidiese su natural”.

Conforme fue avanzando el siglo XIX, este carácter ambivalente de la institución comenzó a transformarse, iniciando su moderación en las décadas centrales para, ya a finales del siglo, sufrir un verdadero cambio en sus planteamientos doctrinales. Así, en su reglamento de 1833, el asilo quedaba definido como un centro de beneficencia para el socorro e instrucción del “anciano inútil y estropeado”, de la infancia desamparada, la “mujer achacosa”, los huérfanos y “cualquier miserable que implore socorro”. En cuanto a los pobres con capacidad de trabajar, ponía de manifiesto que éstos debían quedar a merced de los jueces de vagos y, en caso de que llegase alguno al asilo, debían ser remitidos a ellos. La admisión de los pobres quedaba exclusivamente a expensas de la solicitud de los interesados, perdiendo el carácter coercitivo de la norma anterior. De acuerdo con este reglamento, la Casa de Misericordia continuaba siendo el asilo de destino de los expósitos de la Inclusa, una vez cumplidos los siete años y la edad máxima de permanencia en el establecimiento era de 25 años para los varones y de 23 para las mujeres<sup>714</sup>.

El análisis de los sucesivos reglamentos de la institución, permiten trazar la evolución de los criterios de la política asilar, evidenciando que precisamente el reglamento de 1833 supuso el momento de inflexión respecto a los planteamientos del redactado en 1719. Éste traducía los criterios asilares del Antiguo Régimen, para los que el asilo se constituía en el lugar idóneo para el tratamiento de la pobreza mendicante. Este tratamiento se articulaba en un régimen de internamiento en el que se mezclaban el socorro y la actitud misericordiosa, con la prevención, la disuasión y la represión. Los “pobres verdaderos” convivían con los “pobres falsos” y este carácter inespecífico era el que concedía a la institución su particular estigma<sup>715</sup>.

---

<sup>714</sup> Casa de Misericordia (1833) y A.D.P.V., D.1.6.1., caja 1.

<sup>715</sup> Díez Rodríguez, F. (1993: 130-156).

El reglamento de 1833 asumió como propios algunos de los principios que regían con anterioridad, tales como la utilización del internamiento como medio para la aplicación de medidas de prevención y reeducación, entre las que adquirirían una destacada mención la instrucción religiosa, el trabajo forzoso y la disciplina horaria. Pero al mismo tiempo, trató de aportar algunas novedades entre las que destacaba la mayor relevancia que pretendía asignar a la escuela en la acción reeducadora y preventiva y, por otro lado, su interés por clarificar su carácter benéfico, reconvirtiendo un establecimiento con marcado sesgo correccional en una institución exclusivamente benéfica.

Aunque teóricamente el reglamento de 1833 representó, para la Casa de Misericordia, el exponente de la reformulación de los principios de actuación del sistema asilar, su puesta en práctica no debió resultar ni fácil ni inmediata. Así se ponía de manifiesto en el informe que Juan Piñol y Verges, director de la institución, presentó a la diputación cuarenta años después<sup>716</sup>, en el que ponía en evidencia la persistencia de algunos males de fondo en su funcionamiento. A pesar del tiempo transcurrido, y de que el establecimiento debía funcionar acatando los principios del reglamento de 1833, Piñol criticaba la inespecificidad del centro y abogaba porque éste se convirtiese en un establecimiento específico para la educación e instrucción de los niños y jóvenes internos y para el socorro de los impedidos y ancianos desamparados<sup>717</sup>.

La Casa de Misericordia en aquel momento resultaba un recinto que albergaba de manera indiscriminada a los pobres que acudían allí para recibir cobijo y alimento, sin que en muchas ocasiones existiera una verdadera justificación de su necesidad:

“[...] El conjunto irregular y confuso que aquí se observa de sexos, edades y condiciones no responde a las verdaderas miras de la caridad social. Si la caridad cobija bajo su manto indistintamente en iguales proporciones y premia con la misma recompensa a la virtud que al vicio, al trabajo que a la holganza, a la inocencia que al delito, es una caridad

---

<sup>716</sup> Piñol y Verges, J. (1872).



imperfecta, irracional y ciega que jamás alcanzará a dejar satisfecho el sublime sentimiento que la inspira [...]”<sup>718</sup>.

La imagen social de la institución, en 1872 todavía estaba asociada a la idea de corrección y castigo, hasta el punto de que, popularmente, las madres amenazaban a los niños con la frase “Mira que te llevaré a la Casa de Misericordia”. Por ello, Piñol enfatizaba en la urgencia de cambiar esta imagen por la de un centro donde los niños recibían una educación e instrucción por lo menos igual a la que podían adquirir los hijos de las familias de una mediana posición social. Un centro que debía entenderse con el objeto de “[...] arrancar de la ignorancia a los que, faltos de medios y de ejemplo crecerían en ella, acrecentando las llagas de la sociedad y exponiéndose al triste destino a que por lo regular conducen siempre los preliminares del abandono, de la abyección y de la miseria [...]”. En definitiva, Piñol apuntaba que solamente el cambio de esta imagen fuertemente estigmatizadora de la institución y de sus internos ante la sociedad valenciana, podría despertar mayores simpatías por ella y, consecuentemente, animaría a muchas personas a practicar la caridad dedicando limosnas al establecimiento. “[...] Y entonces la caridad, la verdadera caridad, no la que nace de un sentimiento vulgar e hipócrita a veces, sino la que abarca en su mirada los altos fines morales y sociales del hombre, se interesaría por medio de eficaces dádivas en el desarrollo de una institución que merecería entonces en toda la extensión de la palabra el nombre de humanitaria [...]”<sup>719</sup>.

La publicación del reglamento de 1891 puntualizó definitivamente las bases en las que debía asentarse el sistema asilar del modelo liberal, remarcando el carácter estrictamente benéfico<sup>720</sup> de un establecimiento que centraba su doctrina en la instrucción religiosa, el trabajo y la disciplina. La relevancia asignada a la escuela en la acción reeducadora y preventiva se ponía de manifiesto en su artículo 13, que puntualizaba la necesidad de que todo pobre admitido en el establecimiento, antes de pasar a los talleres de artes y oficios, debía haber sido instruido en los preceptos

---

<sup>717</sup> Debe tenerse en cuenta que Piñol redacta su informe en pleno Sexenio Revolucionario, período en el que las instituciones mostraron una mayor sensibilidad por las ideas renovadoras.

<sup>718</sup> Piñol y Verges, J. (1872).

<sup>719</sup> *Ibidem*.

<sup>720</sup> El artículo 1º recordaba que la Casa de Misericordia era un establecimiento de la beneficencia provincial, por lo que estaba amparado por la ley y reglamento del ramo.

religiosos y en la enseñanza primaria. La escuela del asilo se adaptó a las exigencias de la *Ley de Instrucción* vigente y al *Reglamento de Escuelas Públicas*. Respecto al reglamento anterior, éste presentaba la novedad de incorporar una escuela para adultos, a la que debían asistir los ocupados en los talleres. Las prácticas piadosas y la instrucción religiosa, ocupaban un lugar preeminente a cargo de un capellán rector y dos capellanes auxiliares -obligación de ir a misa diariamente, confesión y comunión mensual y rosario diario-.

El trabajo en los talleres de la casa y las tareas domésticas constituían otro de los fundamentos del régimen asilar. La idea era que los asilados pudieran, al salir del establecimiento, ganarse un jornal que les permitiera vivir dignamente. De acuerdo con sus preferencias, en los talleres podían aprender los oficios de tejedor, sastre, zapatero, alpargatero, carpintero, ebanista, trabajos de espartería y hornero. La educación de las asiladas, salvo en la enseñanza primaria elemental, no coincidía con la del sexo masculino. Como cabría esperar de la sociedad de aquellos momentos, a ellas se las educaba “en las labores propias de su sexo, cosido, bordado y música vocal”.

La disciplina horaria era otro de los preceptos que quedaba claramente patente en el reglamento, insistiendo en la importancia de que las distintas tareas se realizasen con puntualidad:

“[...] A los toques de campana para acudir al trabajo se trasladarán a las Escuelas, talleres o destinos que desempeñen, procurando llenar cada uno sus deberes prestando sumisión y obediencia a sus Superiores y maestros. Igualmente serán puntuales al toque de las comidas, acudiendo al punto de formación y asistiendo todos sin excepción, para desde allí dirigirse al refectorio con el orden y compostura propios de todos los actos de comunidad [...]”<sup>721</sup>.

Entre los planteamientos doctrinales de la política asilar liberal, finalmente cabe señalar el establecimiento de castigos como forma de corrección, aplicable a aquellos asilados que incumplían las normas establecidas en el régimen interior de la

---

<sup>721</sup> Artículos 172 y 173 del reglamento de 1891.

institución. Ahora bien, mientras las penas corporales habían sido la forma más común de punición a lo largo del Antiguo Régimen, en la segunda mitad del siglo XIX éstas se sustituyeron por castigos que implicaban restricción de movimientos. Así, el artículo 232 del reglamento de 1891 establecía que:

“[...] Los castigos que se impondrán a los asilados por sus faltas de moralidad, desaplicación y demás que cometieren serán: De rodillas de diez a veinte minutos. Privación de recreo. Estar de plantón en los recreos uno o varios días. En ponerles dos horas de imaginaria nocturna. Recargo del servicio más penoso de un día a dos. Recargo del mismo de ocho a quince. Arresto de un día de fiesta hasta dos meses. Reclusión en el cuarto de corrección de un día a dos. Reclusión en el mismo de ocho a quince días. Mención en público de las penas aplicadas y causas que las hayan motivado. Imposición de multas de los ahorros. Privación total o en parte de las gratificaciones que disfrutan. Amonestación para ser despedidos. Despedidos por incorregibles [...]”.

La población susceptible de ser acogida quedaba definida en el reglamento en cinco grupos formados por los impedidos, ciegos y mudos, ancianos, adultos y niños, todos ellos divididos en dos departamentos que acogían a hombres y mujeres respectivamente. La población infantil constituía el contingente más numeroso y estaba integrada por los expósitos procedentes de la inclusa del hospital provincial, que ingresaban en la Casa de Misericordia al cumplir los 7 años, a los que se sumaban los huérfanos o, los que aún no siéndolo, sus padres no pudieran hacerse cargo de ellos. Los expósitos podían permanecer en el establecimiento hasta ser prohijados o, en su defecto hasta cumplir los 16 años, salvo excepciones.

El seguimiento del número de asilados, permite evidenciar una gran estabilidad en la capacidad asistencial del establecimiento, sin apenas oscilaciones en el período estudiado. La ocupación media en la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del siglo XX, se situó entre 700 y 800 internos, a excepción de los períodos comprendidos entre 1868-1874 y 1931-1936, en que la media superó los 800 asilados. Conviene destacar que, tanto en el Sexenio Revolucionario como a lo largo de la Segunda República, se evidenció una mayor expansión de la capacidad

asistencial. Sin duda, la mayor sensibilidad a los problemas sociales en los responsables de la dirección de la política asilar en estos momentos, determinaron una mayor laxitud en los criterios de ingreso a la institución. De este modo, observamos que en 1871 y 1872, el número de asilados superaba el millar. De manera similar, partiendo de 765 asilados en 1931, la capacidad asistencial a lo largo de la Segunda República se fue incrementando de manera progresiva hasta superar los 900 asilados en 1935 y 1936<sup>722</sup>.

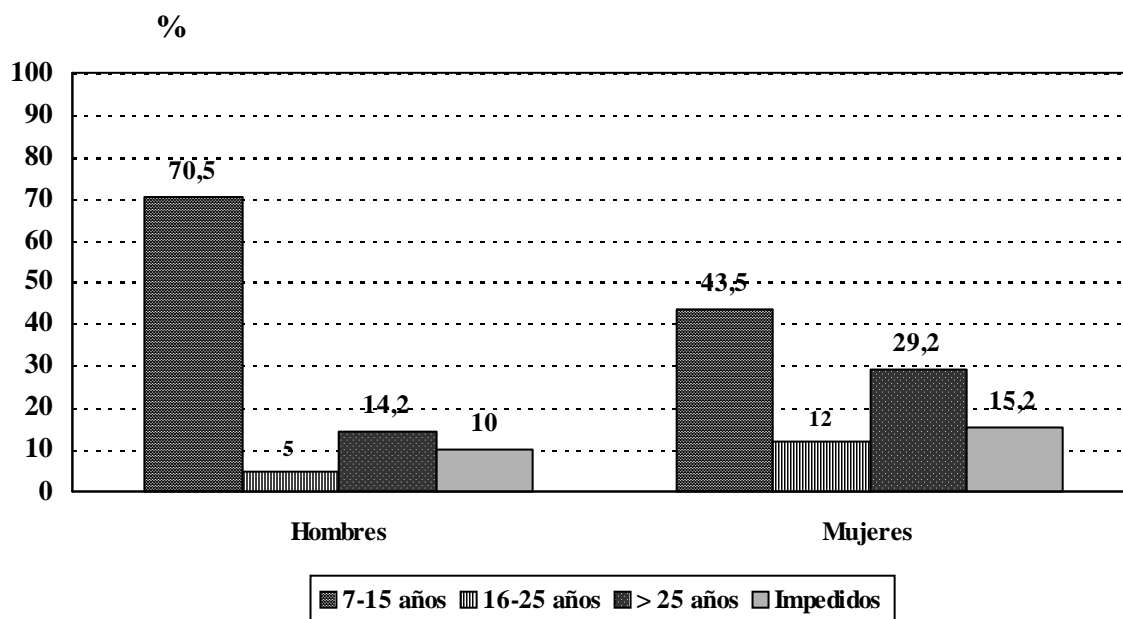
La distribución de la población asilar por edades y su evolución, resulta especialmente interesante para remarcar los importantes cambios en la política asilar, acontecidos a partir de la segunda mitad del siglo XIX. La Casa de Misericordia venía siendo desde el siglo XVIII un establecimiento caracterizado por la presencia de asilados de todos los rangos de edad, con una representación minoritaria de los niños y una mayor presencia de los colectivos de jóvenes y adultos de 15 a 49 años y de la población envejecida de más de 49 años. Esta particular estructura por edades, poco específica, respondía a los planteamientos doctrinales del Antiguo Régimen, en los que el asilo representaba una casa de acogida para todo tipo de pobres. Sin embargo, aunque continuó manteniendo esta caracterización por grupos de edad, a partir de la segunda mitad del siglo XIX comenzó a decantarse hacia una mayor especialización en la población infantil.

El análisis de las estadísticas de los acogidos en la institución, permite evidenciar el progresivo desplazamiento en la edad de los asilados hacia los grupos más jóvenes. En el período comprendido entre 1871 y 1886 -antes de la publicación del reglamento de 1891- los hombres adultos representaban el 18% de los acogidos, los niños el 30%, las mujeres adultas el 31% y las niñas el 21%. Entre 1901 y 1936, estos porcentajes pasaron a ser de 15 %, 37%, 27% y 21% respectivamente. Vemos por tanto el incremento de la población infantil y, entre los adultos un claro predominio del sexo femenino, como consecuencia de la tendencia de la institución a prestar una asistencia más específica a los grupos de población más vulnerables. En las gráficas que presentamos a continuación queda claramente reflejado este fenómeno.

---

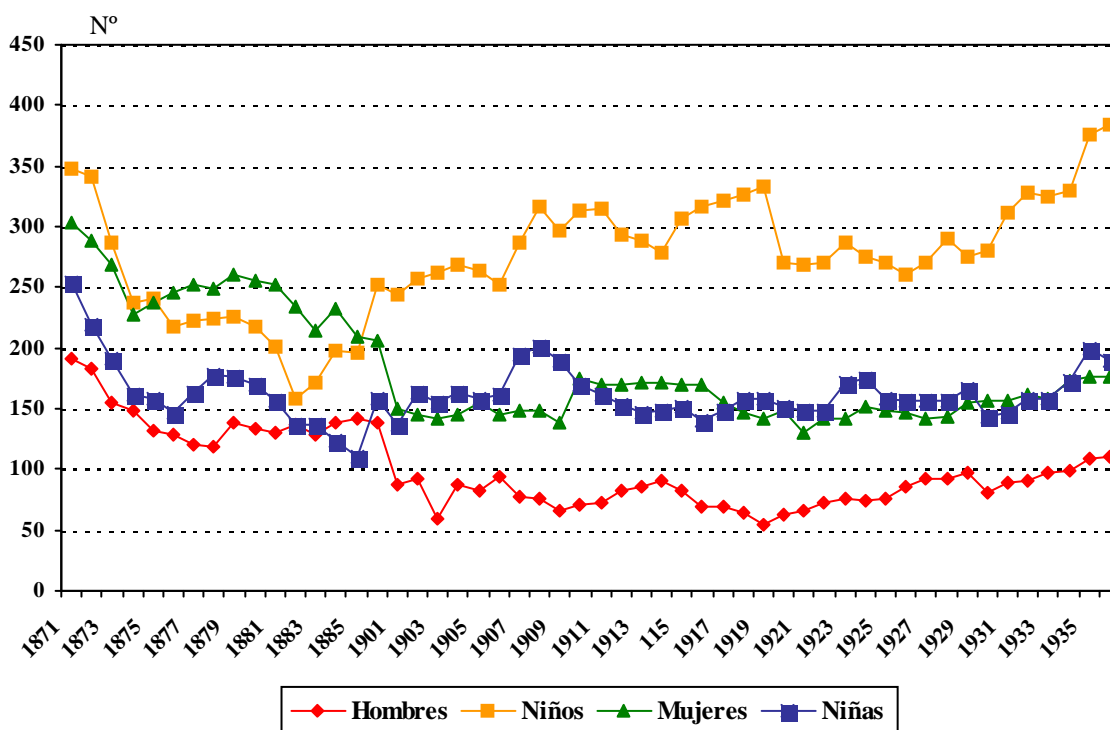
<sup>722</sup> A.D.P.V., D.1.6.4., cajas 1-4.

**Gráfico VIII**  
**Distribución de la población asilada en la Casa de la Misericordia**  
**por sexo y edad (1901-1936)**



Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas de la Casa de Misericordia

**Gráfico IX**  
**Evolución de la población asilada en la Casa de la Misericordia por**  
**grupos de edad y sexo (1871-1936)**



Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas de la Casa de la Misericordia

### 5.4.2. La Casa de Beneficencia

Los antecedentes de este establecimiento deben buscarse en las repetidas experiencias que desde principios del siglo XIX habían llevado a la constitución de juntas de beneficencia, como estrategia de intervención frente al agudo empobrecimiento que se cebó sobre gran parte de la población trabajadora de la ciudad de Valencia. La crisis de la industria de la seda, con paralización de tornos y telares, resultó en tres ocasiones el desencadenante de estas actuaciones extraordinarias, cuya finalidad era socorrer a los pobres, proporcionándoles recursos en especie y en metálico, así como procurarles ocupación en algunos trabajos de utilidad pública. La Sociedad Económica de Amigos del País jugó un importante papel dinamizador en este plan, que intentaba aunar todos los esfuerzos institucionales

y particulares, al tiempo que combinaba la asistencia con la aplicación de medidas punitivas contra la mendicidad incontrolada, por medio de las “leyes de vagos”<sup>723</sup>. Sin embargo, las dificultades organizativas que implicaba coordinar la alimentación de los pobres con su implicación en trabajos de obras públicas, determinó que finalmente se optase por centralizar la asistencia y el trabajo en un establecimiento que se fundó en 1926, año en que la ciudad de Valencia vivió un nuevo conflicto social como consecuencia de la crisis de la industria de la seda, que condujo a la indigencia a un gran número de familias:

“[...] Mirábanse en las calles y plazas, implorando el auxilio de sus conciudadanos, aquellos mismos que antes sostenían con su industria muchas familias, y cómo a éstos se agregaban los demás artesanos que, ya por su inutilidad física, ya por una envejecida costumbre, estaban dedicados a mendigar, se observaba aumentarse progresivamente el número de pordioseros, en términos de llamar la atención del gobierno [...]”<sup>724</sup>.

Bajo la iniciativa de la Real Sociedad Económica de Amigos del País y contando con el apoyo del entonces capitán general de Valencia, José O’Donell, del ayuntamiento de la ciudad, del arzobispado, así como de otros señores bienhechores, se nombró una junta de beneficencia cuyo cometido fue establecer el asilo y redactar su reglamento. En un principio se instaló extramuros de la ciudad, en el colegio de San Pío V y más tarde en la casa del Marqués de Angulo, situada en la plaza de San Esteban. Aunque el plan de actuación del establecimiento, contemplaba la doble alternativa de acoger a los pobres como internos o simplemente de proporcionarles recursos -económicos o alimenticios-, el local ocupado por el asilo resultaba insuficiente. De este modo, el ayuntamiento consiguió la cesión del antiguo convento de los franciscanos recoletos, más conocido como de la Corona, donde se instalaron los pobres a partir de 1841<sup>725</sup>.

---

<sup>723</sup> Pons, A.; Serna, J. (1984).

<sup>724</sup> *Reglamento para el gobierno de la Real Casa de Beneficencia de la ciudad de Valencia de 1829*. A.D.P.V., D.1.7.1., caja 1.

<sup>725</sup> A.D.P.V., D.1.5.1., 1942.

La clasificación de la Casa de Beneficencia como establecimiento de carácter provincial, tras la publicación de la *Ley de Beneficencia* de 1849, conllevó una importante crisis para la institución. Su nacimiento había respondido a un problema eminentemente urbano, por lo que la población asilada tenía sobre todo esta procedencia y por otro lado, en su sostén tenía una fuerte implicación el municipio de la ciudad. A pesar de las nuevas propuestas organizativas planteadas en la legislación, la vocación eminentemente urbana de la Casa de Beneficencia determinó que esta institución se mantuviera dentro de la esfera municipal durante diez años más. La constitución de las juntas de beneficencia en 1857 le concedió definitivamente el carácter provincial y, tras su desaparición en 1868, quedó bajo la tutela directa de la Diputación de Valencia<sup>726</sup>.

La financiación primitiva de la institución se realizaba a través de suscripciones voluntarias de particulares y comunidades, de la contribución aportada por el impuesto sobre algunos artículos coloniales como el cacao y el azúcar, así como de una significativa aportación del arzobispado<sup>727</sup>. A partir de 1844 y con la finalidad de paliar la crisis financiera de la institución, se le concedió el privilegio de organizar una rifa de carácter mensual, que llegó a disfrutar de una gran popularidad entre la población urbana. Tal llegó a ser su importancia, que en los años en que se organizó, generó casi la mitad de los ingresos totales hasta su sustitución por una cantidad fija del estado en 1881<sup>728</sup>. Esta financiación respondía claramente a un ideario basado en la caridad particular -con una fórmula que intentaba promover la regularidad de las aportaciones-, el trabajo de los asilados y el apoyo de los poderes públicos.

El proceso de transformación que indujo la conversión de los grandes establecimientos de beneficencia en instituciones dependientes de las diputaciones, tuvo importantes repercusiones sobre su financiación. La nueva configuración de la beneficencia atribuyó a la administración provincial la responsabilidad financiera, hecho que unido a la ampliación de sus competencias asistenciales al ámbito

---

<sup>726</sup> El período comprendido entre 1852 y 1858 resultó especialmente crítico para el asilo, pues al no haberse constituido las juntas provinciales de beneficencia, éste se encontraba bajo la doble influencia municipal y provincial, sin que por otro lado ello le reportase subvención alguna de ninguna de ellas. A.D.P.V., D.1.7.2, caja 1, 1892.

<sup>727</sup> *Ibídem*.



provincial, derivaron en una menor implicación de la caridad y la filantropía particulares en la carga financiera de los establecimientos públicos. La aparición en esta misma época de instituciones de beneficencia de carácter privado -la Gran Asociación de N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> de los Desamparados y las Conferencias de S. Vicente de Paúl- sin duda alguna contribuyeron a absorber una parte de los recursos que con anterioridad dirigían los particulares hacia la Casa de Beneficencia y las demás instituciones de la beneficencia pública. Estas dificultades financieras se vieron también favorecidas por la disminución de los ingresos que reportaba a la institución el trabajo productivo de los asilados en los talleres. Ello resultó una consecuencia de la progresiva definición de la casa como un establecimiento que se decantaba hacia la acogida de niños y jóvenes y, consecuencia de ello, la tendencia de la política asilar a hacer más hincapié en la escuela que en el taller.

En relación con los principios doctrinales que guiaban el sistema asilar, la doble función asistencial y represiva característica de otros asilos con más tradición, como era el caso de la Casa de Misericordia, en el caso de la Casa de Beneficencia tuvieron una formulación más suave. Únicamente su primer reglamento, de 1829, ponía de manifiesto la doble misión, asistencial y correctiva, en una referencia que aparecía exclusivamente en su artículo 24 diciendo, al referirse a las funciones del director doméstico que : “[...] recibirá los pobres que hayan sido aprehendidos mendigando por los encargados al efecto, y hará que el conserje los anote, con separación de sexos, en calidad de presos en los libros que éste deberá tener, para que sufran la pena que les corresponda [...]”.

El hecho de no tener una larga tradición como asilo, necesariamente facilitó la aplicación de la nueva mentalidad que comenzó a imperar en la segunda mitad del siglo XIX, y que pretendía acabar con la dualidad de funciones que tradicionalmente habían desempeñado los asilos. De este modo, su reglamento de 1870 se encargó de hacer ostensible la estricta finalidad asistencial del centro, expresándolo así en su artículo 2º: “[...] No puede admitirse en el establecimiento ningún pobre ni otra

---

<sup>728</sup> A.D.P.V., D.1.7.2., caja 1, 1881.

persona con el carácter de corrección, ni tampoco detenerse en el mismo más tiempo que el que necesite para su socorro, cuidado e instrucción [...]”<sup>729</sup>.

Del mismo modo el nuevo reglamento hacía patente la importancia del trabajo y de la escuela en el asilo, estableciendo que a todos los pobres admitidos se les dedicara a instruirse en los preceptos religiosos y en la enseñanza primaria elemental. Éste resultaba un requisito indispensable para que pudieran pasar a los talleres del establecimiento donde recibirían formación profesional en distintos oficios. La enseñanza entremezclaba la “educación intelectual” de los pobres con su “instrucción moral y religiosa”, a través de un conjunto de disciplinas como la aritmética, geografía, geometría, lectura, escritura y música, a las que acompañaban la doctrina cristiana, fundamentos de religión e historia sagrada.

La implantación de la escuela primaria de manera generalizada en los asilos, con estudios reglados, resultó pues el principal elemento en el que se sustentó la lucha contra la peligrosidad social y el deterioro moral, presentando claras ventajas en la transmisión de valores y actitudes. En relación con el taller, el ámbito escolar ofrecía un marco más definido para los objetivos propuestos, motivo por el cual la formación profesional quedó subordinada a la instrucción moral: “[...] lo primero que hay que procurar es hacer al niño bueno, evitar siquiera que sea malo, después él será ebanista, tejedor o zapatero [...]”<sup>730</sup>.

Una vez cumplida su etapa de escolarización, los asilados pasaban a uno de los talleres del centro: imprenta, encuadernación<sup>731</sup>, tintorería, carpintería, sastrería, zapatería, alpargatería, tejeduría de hilo, algodón y lino y panadería. Recordemos que en estos momentos el trabajo artesano, de oficio, se adaptaba perfectamente a una estructura del mercado de trabajo que todavía no se encontraba alterada por el proceso de industrialización<sup>732</sup>. Por su parte, las asiladas tras la educación primaria completaban su instrucción con “labores propias de su sexo”, cosido, bordado y música vocal.

---

<sup>729</sup> *Reglamento de la Casa de Beneficencia de Valencia de 1870*. A.D.P.V., D.1.7.1., caja 1.

<sup>730</sup> Arenal, C. (1861).

<sup>731</sup> El taller de imprenta y encuadernación se inauguró en 1868. A.D.P.V., D.1.7.2., caja 1, 1892.

<sup>732</sup> Sanchis Guarner, M. (1972: 446-451).

Ni en este reglamento, ni en el que aprobó la casa en 1882<sup>733</sup> y que estuvo vigente hasta el final de nuestro período de estudio, se detectaban variaciones en relación con los aspectos básicos de la disciplina asilar. La puntualidad, obediencia y la actitud de permanente gratitud del asilado hacia sus bienhechores, eran recogidas como obligaciones que debían observar los acogidos en el establecimiento. En definitiva se traslucía una clara promoción de actitudes de humildad, sumisión, docilidad y deferencia hacia los superiores.

La evolución del número de acogidos en la Casa de Beneficencia sufrió variaciones considerables en los primeros años de la institución, para posteriormente estabilizarse. Este hecho obedeció sin duda tanto a las limitaciones de espacio del primitivo edificio, como a la organización que reinaba inicialmente en el establecimiento, compaginando la asistencia a un número, no muy amplio, de asilados internos, con el socorro mediante asistencia diaria a la casa o externamente, proporcionando comida y talleres. A partir de los años treinta del ochocientos, las dificultades económicas determinaron que esta institución benéfica se decantase definitivamente por la política de internamiento de los asilados, momento a partir del cual el número de acogidos comenzó a regularizarse.

En la década de los 50 y primera mitad de los 60, el número medio de asilados se situaba entre 450 y 500 y, a partir de entonces, del mismo modo que ocurrió en las demás instituciones provinciales de la beneficencia, la mentalidad más permisiva en los criterios de acogida durante el Sexenio Revolucionario, así como la construcción de un nuevo inmueble edificado sobre el anterior a partir de 1876, condujeron necesariamente al incremento de su capacidad asistencial. Esta fase de expansión supuso la ampliación del número medio de acogidos, que hasta finales de siglo se mantuvo en 700-750. Con la llegada del siglo XX, la cifra media de los internos sufrió un ligero descenso, situándose en 667 hasta el inicio de la Segunda República, para mostrar un discreto repunte en esta etapa con una media de 710 internos entre 1931 y 1936<sup>734</sup>. Teniendo en cuenta el incremento de la demanda asistencial que debió ocasionar la adopción del carácter provincial de la institución, así como las transición demográfica que vivía la población valenciana, caracterizada

---

<sup>733</sup> *Reglamento de la Casa de Beneficencia de Valencia de 1882*. A.D.P.V., D.1.7.1., caja 1.

por un considerable incremento, podemos deducir claramente que la Casa de Beneficencia no fue capaz de responder a las necesidades de la sociedad valenciana del primer tercio del siglo XX.

La población susceptible de ser acogida en la Casa de Beneficencia, si bien en sus primeros años tuvo un carácter polivalente, asistiendo a personas de distintas edades, pronto se decantó hacia los grupos de edad más jóvenes, mostrando una particular inclinación a albergar población infantil. Ésta fue una tendencia que se fue intensificando con el paso de los años, de modo que en el reglamento de 1870 se ponía de manifiesto la preferencia en la admisión de los niños y niñas mayores de 7 años y menores de 13 que fueran huérfanos y los pobres que, aún teniendo padres, éstos no pudieran hacerse cargo de su sustento. En segundo término la institución contemplaba el refugio de pobres de edades superiores, que necesitaran ser acogidos por su extremada pobreza y no pudieran ganar un jornal con su oficio. A partir de 1902 volvió a reforzarse la especialización del centro en la atención a la infancia, al acordar la diputación que los huérfanos mayores de 3 años y menores de siete, que hasta ese momento ingresaban en la inclusa del hospital general, pasarían a las Casas de Misericordia y Beneficencia, hasta cubrir un número de 50 efectivos en cada centro.

Esta clara especialización del asilo como orfanato se constata al analizar las estadísticas de los internos<sup>735</sup>, observando que a lo largo del primer tercio del siglo XX el 82% de los acogidos eran menores de 16 años, frente a los adultos entre 16-40 años que representaban el 4% de los internos y a los mayores de 40 años que suponían el 14%. También cabe señalar una desigual distribución por grupos de edad entre ambos sexos, pues, mientras los varones se concentraban en el grupo de menores de 16 años, la población femenina tenía una mayor representación entre los colectivos de adultas y ancianas (gráfico X).

En general podría hablarse de una importante discriminación por sexo, puesta de manifiesto en el constante predominio del colectivo masculino desde la fundación del establecimiento. Este sesgo determinó que durante el primer tercio del siglo XX los porcentajes de población de ambos sexos se situasen en una media del 63% de

---

<sup>734</sup> A.D.P.V., D.1.7.4., cajas 3-5.

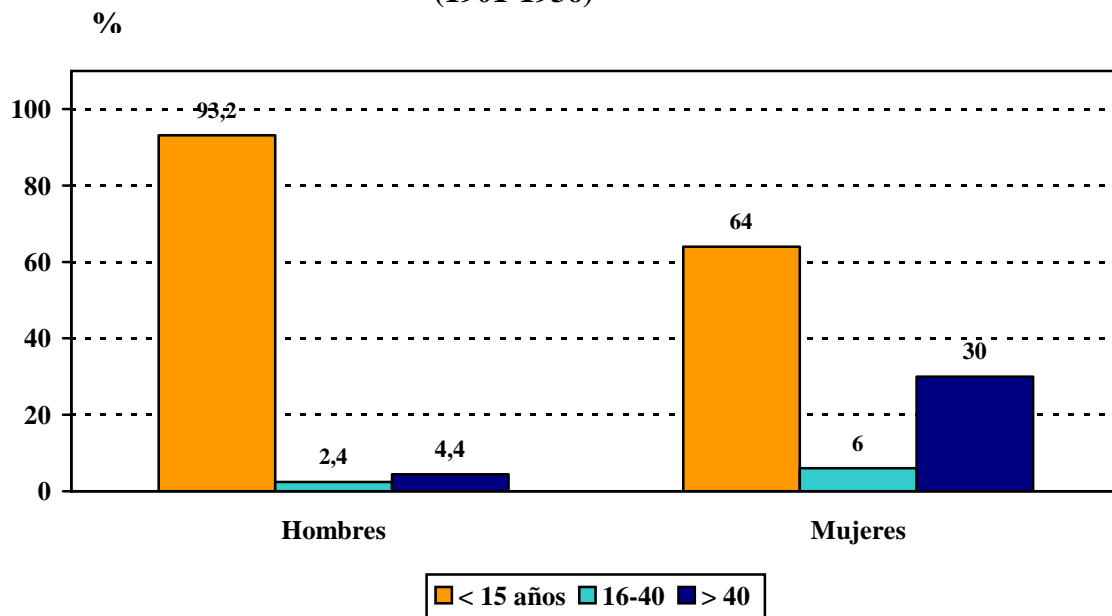
varones frente al 37% de mujeres. La diferencia todavía resultaba más acusada al analizar la distribución por sexo en los diferentes grupos de edad (gráfico XI). Así, del mismo modo que ocurría en la Casa de Misericordia, la población infantil y juvenil resultaba mayoritariamente del sexo masculino, superando ésta en más de un 40% a la femenina y, al estar agrupada la población asilar de la Casa de Beneficencia fundamentalmente en el colectivo de los más jóvenes, esta diferencia en la distribución de sexos se hacía más notoria. Probablemente este fenómeno tenga relación con la diferente inserción en el mundo laboral que ofrecía la sociedad del momento a ambos grupos<sup>736</sup>. Así, las jóvenes además de tener asignado un lugar en el propio hogar, desempeñando las tareas domésticas, tendrían más facilidad para integrarse en un tipo de trabajo extra-familiar que no requería cualificación y del que el servicio doméstico constituía el máximo exponente. Por el contrario, la asistencia institucionalizada estaría pensada para ofrecer a los jóvenes del sexo masculino la posibilidad de aprender un oficio, que posteriormente les permitiera su inserción en el mundo laboral.

---

<sup>735</sup> *Ibíd.*

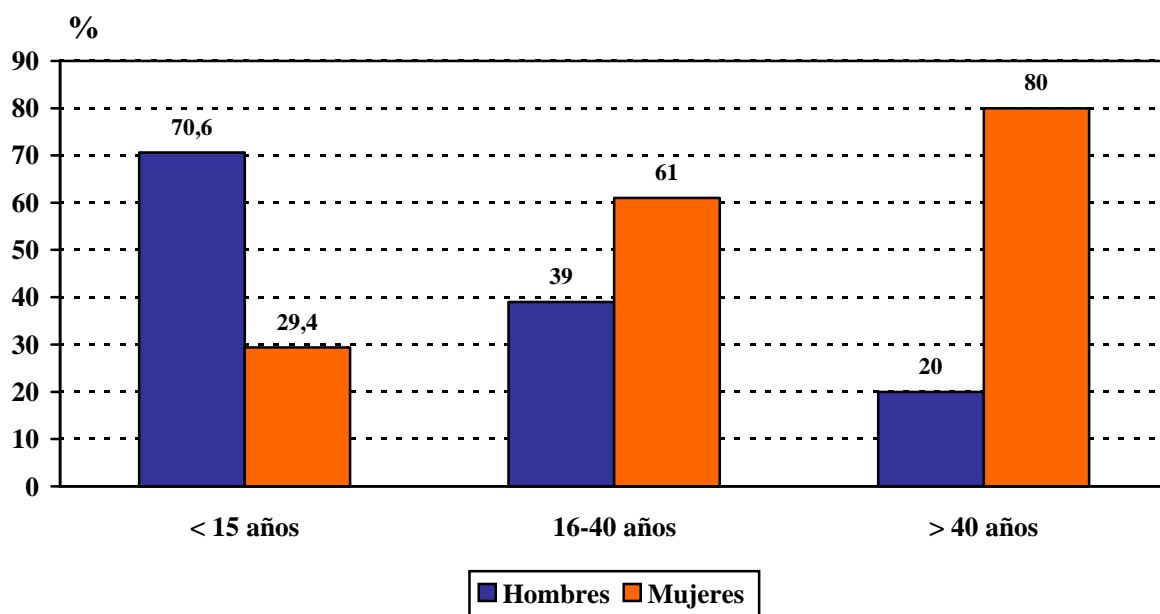
<sup>736</sup> Díez Rodríguez, F. (1992).

**Gráfico X**  
**Distribución de la población asilada en la Casa de Beneficencia por sexo y edad (1901-1936)**



Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas de la Casa de Beneficencia.

**Gráfico XI**  
**Distribución de la población asilada en la Casa de Beneficencia por grupo de edad y sexo (1901-1936)**



Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas de la Casa de Beneficencia

Este fenómeno se invertía claramente en los demás grupos de edad. Como puede apreciarse en el gráfico XI, en el grupo de 16-40 años, las mujeres superaban a los hombres en un 22%, diferencia que se acusaba en el grupo de mayores de 40 años, donde las mujeres representaban un 60% más que los hombres. Seguramente la particular situación de la mujer en la estructura social de la época, con una posición devaluada en el mercado de trabajo y sometida casi siempre a condiciones de precariedad, abonaban el terreno para que, al llegar a la edad adulta no presentara más defensas que las que les proporcionaba el matrimonio. De este modo, las solteras y viudas de las clases populares, al llegar a una edad avanzada se convertirían en un colectivo especialmente vulnerable ante la enfermedad, la minusvalía y la muerte.

La aproximación que hemos realizado a los dos grandes establecimientos de la beneficencia provincial valenciana apunta a que hombres, mujeres y niños indigentes, emplearon la beneficencia como uno de los escasos medios con que contaban para sobrevivir. Víctimas de unas transformaciones económicas que intensificaban la desigualdad, condenados a salarios muy bajos, obligados al desempleo por un impredecible mercado de trabajo e inmersos en una durísimas condiciones de vida, los pobres aceptaban la ayuda benéfica cuando y donde les era ofrecida, tratando de ampliar su presupuesto familiar con todos los recursos que pudiera extraer de fuentes caritativas diversas. Sin duda la beneficencia tenía que ver con una necesidad real, que en muchas ocasiones “[...] podía suponer la diferencia entre la vida y la muerte para algunos desempleados, enfermos y ancianos, algo que ellos conocían y que, naturalmente procuraron aprovechar [...]”<sup>737</sup>.

---

<sup>737</sup> Esteban de Vega, M. (1997: 23-29).

## 5.5. El desarrollo de la asistencia médica domiciliaria (1854-1936)

La asistencia domiciliaria, en la España del Antiguo Régimen, estuvo vinculada a las organizaciones religiosas católicas y a diversas asociaciones particulares de signo caritativo. Hubo de llegar el último cuarto del siglo XVIII para observar los primeros intentos de poner en marcha un sistema de asistencia domiciliaria, alentado desde el gobierno central, en el marco de la reforma de la administración local ensayada en el reinado de Carlos III y vinculada a una “política de pobres” claramente influida por el “cameralismo” alemán<sup>738</sup>. La reforma contempló la creación en la estructura administrativa de las ciudades, de demarcaciones territoriales civiles constituidas por los barrios y las alcaldías de barrio, a cuyo frente estaban los alcaldes de barrio, y bajo cuya tutela se diseñó la red de asistencia benéfica.

La nueva modalidad asistencial, articulada mediante la instauración de las juntas centrales de caridad y las diputaciones de barrio, pretendía primar el ejercicio domiciliario de la asistencia en el marco de las nuevas unidades administrativas urbanas, relativizando tanto las formas tradicionales de asistencia domiciliaria - parroquias, conventos y asociaciones caritativas- como el papel de las instituciones de régimen cerrado encarnadas en los hospitales y asilos. Pero en la práctica, la actuación de las diputaciones de barrio en lo relativo a la beneficencia domiciliaria se redujo a actuaciones concretas frente a problemas extraordinarios, derivados del agravamiento de las condiciones de vida de la población trabajadora. Ello era fácilmente comprensible si se tiene en cuenta las escasas fuentes de recursos financieros con que contaban, reducidas a las aportaciones de la iglesia arzobispal y a las aportaciones de particulares, realizadas en la mayor parte de los casos de manera esporádica. Este fracaso del intento de puesta en marcha de un sistema oficial de beneficencia domiciliaria, determinó que este tipo de actuaciones se mantuvieran confinadas como lo habían estado en su manera tradicional, al ámbito parroquial<sup>739</sup>.

---

<sup>738</sup> La *medizinische Polizey* o “ciencia de la policía”, traduciría lo que actualmente expresaríamos como ciencia de la administración. Rosen, G. (1985).

<sup>739</sup> Véase el completo análisis del desarrollo histórico del sistema benéfico-asistencial en la ciudad de Valencia, a lo largo del siglo XIX, que ofrece Díez Rodríguez (1993) y en el que se ponen de manifiesto tanto los antecedentes en el desarrollo de la beneficencia médica domiciliaria, como el



En la segunda mitad del siglo XIX se mantuvo el doble modelo hospitalario y domiciliario de beneficencia y, junto al ejercicio libre de la profesión, fueron las premisas del modelo liberal de organización de la asistencia<sup>740</sup>. Además se sucedieron los intentos de poner en marcha un sistema de asistencia sanitaria para los pobres, tomando como referencia el mandato establecido por de la *Ley de Sanidad* de 1855. Sin embargo, varios reglamentos fracasaron en el intento, por no encontrar las condiciones favorables en unos municipios, cuya falta de autonomía y de recursos económicos lo hacían inviable. Tantos fueron los obstáculos frente a los que hubo de enfrentarse la asistencia sanitaria, que hasta las postrimerías del siglo XIX no comenzó a notarse su implantación de una manera irregular, con mayor desarrollo en el medio rural. La ubicación de los hospitales provinciales en las capitales de provincia, seguramente condicionó la inhibición de sus ayuntamientos para poner en marcha la asistencia domiciliaria, haciendo recaer el peso de la atención a los pobres de manera exclusiva en el hospital.

Con la finalidad de conocer la evolución y desarrollo de la beneficencia médica domiciliaria en los municipios de la provincia de Valencia, en la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del siglo XX, hemos realizado un análisis tanto de los recursos sanitarios humanos con vinculación a los ayuntamientos, como del perfil de los profesionales a cuyo cargo corría la atención benéfico-sanitaria de los pobres. Eso nos permite obtener una aproximación al tipo de asistencia recibida por la población rural valenciana que, aunque de manera decreciente, aún constituía una mayoría en el conjunto de la provincia<sup>741</sup>.

Con este objetivo, hemos realizado un estudio en tres momentos diferentes del período comentado, tomando como punto de partida la situación sanitaria en los pueblos de la provincia de Valencia en el año 1854, valorando los recursos sanitarios

---

retraso en los primeros intentos por organizarla, originados bien entrada ya la segunda mitad del siglo, y los sucesivos truncamientos en que se vieron abocados.

<sup>740</sup> La combinación de la acción tutelar del Estado y la presión corporativa de los médicos, configuraron un espacio asistencial público y la vertebración de la profesión. El modelo resultante fue híbrido en la medida que compatibilizó los ejercicios público y privado en la práctica de los médicos asalariados. Valenzuela Candelario, J. (1994).

<sup>741</sup> Entre los trabajos que han realizado una aproximación al estudio de la asistencia a través del análisis del número y distribución del personal sanitario destacan los de Rodríguez Ocaña, E. (1992b); Sáez Gómez, JM.; Marset Campos, P. (1993); Marset, P.; Saturno, J. (1980) y Conejo Ramilo, R. (1980).

disponibles en aquel momento y su relación con la administración local. Un segundo elemento de juicio nos lo ha proporcionado el análisis de la situación en 1877, momento en que ya debía haber teóricamente una organización sanitaria reglada en los pueblos, obedeciendo al reglamento de 1868. Por último, hemos analizado la situación en 1928, donde ya es posible hablar de un modelo consolidado de organización benéfico-sanitaria de los pueblos.

Las fuentes para el análisis de la situación en los dos primeros períodos -1854 y 1877- provienen del Archivo de la Diputación Provincial de Valencia (ADPV), y se basan fundamentalmente en informes enviados desde los ayuntamientos al gobernador, como jefe político de la provincia. La situación de los recursos sanitarios en 1928 la hemos obtenido a partir de la información publicada en el *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia*, publicación que emanaba de la inspección provincial de sanidad y que constituía el principal órgano de difusión del servicio sanitario provincial.

### **5.5.1. El punto de partida: la situación de la asistencia sanitaria en los pueblos de la provincia de Valencia en 1854**

La organización sanitaria con la que nos encontramos un año antes de publicarse la *Ley de Sanidad*, estaba basada en una estructura jerárquica en la que el gobernador civil de la provincia era el máximo responsable en materia sanitaria, contando en el nivel periférico con la colaboración de unos subdelegados de medicina y cirugía, farmacia y veterinaria, encargados de hacer cumplir los mandatos emanados del poder central, y de transmitirle a éste cualquier posible alteración de la salud pública o acontecimiento de interés en materia sanitaria. Además debían desempeñar un papel de inspección sobre el ejercicio de las profesiones sanitarias, denunciando los casos de intrusismo que pudieran producirse<sup>742</sup>.

También merecían un lugar destacado en la estructura sanitaria del momento las juntas de sanidad provinciales y municipales, instituciones heredadas del Antiguo Régimen, con la misión de velar por el fenómeno epidémico, que actuaban como órganos consultivos ante estas situaciones de emergencia<sup>743</sup>. En definitiva, puede decirse que nos hallamos ante un modelo en el que la política sanitaria se encontraba centralizada y, si la independencia que dejaba a los gobiernos provinciales en cuanto a la adopción de sus propias estrategias era escasa, todavía era menor la capacidad de desarrollar iniciativas concedida al nivel municipal<sup>744</sup>.

---

<sup>742</sup> El modelo de organización sanitaria es el que venía determinado en el Real Decreto de 17 de marzo de 1847, que supuso la ruptura definitiva con las instituciones sanitarias propias del Antiguo Régimen, al sustituir la Junta Suprema de Sanidad por la Dirección General de Beneficencia y Sanidad, creando además el Real Consejo de Sanidad. Granjel (1974: 87-136) y López Piñero (1984).

<sup>743</sup> Rodríguez Ocaña (1987-1988) pone en evidencia el papel de las juntas de sanidad en la estructura sanitaria del siglo XVIII, cuyas funciones eran de tipo burocrático y policial, y estaban destinadas básicamente al control de la sanidad marítima, asegurando que las naves, mercancías y personas que llegaban a los puertos lo hiciesen lícitamente, sin peligro de ser portadoras de alguna enfermedad epidémica.

<sup>744</sup> Véase el análisis de las competencias municipales en materia de higiene y salubridad, realizado por Perdiguero (1997), basado en una exhaustiva revisión de la legislación.

En 1854, ante la inminente publicación de un reglamento que tendría por objeto intentar organizar la asistencia sanitaria de los pobres, vinculando a los ayuntamientos la responsabilidad de este servicio sanitario, el gobernador civil de la provincia de Valencia solicitó información a los subdelegados acerca del número de médicos, cirujanos, farmacéuticos y veterinarios que ejercían en cada uno de los municipios que integraban los diferentes partidos de la provincia<sup>745</sup>. En respuesta a dicha solicitud, hemos encontrado la contestación enviada desde nueve cabeceras de partido, que en conjunto estaban integradas por 100 municipios de la provincia, en las que se ofrece información del tipo de profesionales sanitarios que ejercían en su término municipal, si lo hacían libremente o tenían una vinculación con el ayuntamiento de la localidad y en este caso cuál era la remuneración percibida<sup>746</sup>. Del análisis de dicha información podemos definir los rasgos esenciales del tipo de asistencia sanitaria y los recursos con que contaba la población rural valenciana en 1854:

*Los recursos sanitarios en 1854:*

- La provincia de Valencia se encontraba dividida en 18 partidos judiciales: Albaida, Alberique, Alcira, Ayora, Carlet, Chelva, Chiva, Enguera, Gandía, Játiva, Liria, Moncada, Murviedro, Onteniente, Sueca, Torrente, Valencia y Villar del Arzobispo. Globalmente agrupaban a 295 poblaciones, clasificadas en 3 ciudades, 82 villas y 210 lugares, que sumaban un total de 108.369 vecinos y 453.362 almas<sup>747</sup>.
- En todos los partidos, con independencia del número de pueblos que agrupasen, era constante la presencia de médicos, cirujanos, veterinarios y farmacéuticos, si bien la mayoría de ellos no tenía vinculación alguna con el ayuntamiento donde prestaban sus servicios, y la asignación que percibían era a través de un sistema de igualas o contratos realizados de manera particular con los vecinos.

---

<sup>745</sup> Circular del 1 de junio de 1854 del gobierno civil de la provincia.

<sup>746</sup> Relación de médicos, cirujanos, veterinarios y farmacéuticos de los diferentes partidos judiciales de la provincia de Valencia. A.D.P.V., D.2.2., caja 39, 1854.

Esta falta de compromiso del municipio, si bien era frecuente en lo que se refiere a la contratación de los servicios de medicina y cirugía, todavía se hacía más patente a la hora de valorar los de farmacia y veterinaria. Así vemos en la tabla II, cómo únicamente tres municipios se hacían cargo de la dispensación gratuita de medicamentos a los pobres, y ningún municipio tenía contratados los servicios veterinarios.

- Si bien la distribución de los recursos sanitarios guardaba una cierta homogeneidad territorial, pues en la mayoría de los partidos la razón de médicos y cirujanos por habitante oscilaba entre 1/1000 a 1/2000, no puede decirse lo mismo del grado de compromiso adquirido por los diferentes municipios de cara a asumir la contratación de los facultativos. En muchos casos los propios vecinos tenían que costearse su asistencia sanitaria, con el consiguiente perjuicio para aquellos que no tuviesen recursos. Únicamente aquellos municipios que contaban con una mayor dotación presupuestaria o con una población más estable y cuantiosa -Alzira, Sueca- podían permitirse contratar a los facultativos para atender a la población. En un sentido opuesto, cabe destacar algunos partidos de la provincia como Chiva, en el que ninguno de sus municipios contaba con facultativos municipales para la asistencia benéfica, o Moncada que contando con 20 municipios sólo 3 disponían de facultativos municipales, caso similar al de Torrente que de 15 municipios, sólo 5 se hacían cargo de la asistencia benéfica de los pobres (tabla XLVIII).

---

<sup>747</sup> Nomenclátor de los pueblos de la provincia de Valencia. A.D.P.V., D.2.2., caja.27, 1849.

**Tabla XLVIII**  
**Recursos sanitarios y su vinculación con la autoridad municipal en los**  
**diferentes partidos de la provincia de Valencia en el año 1854**

Partido	Número Municipios	Número Médicos		Número Cirujanos		Número Veterinarios		Número Farmacéuticos	
		E. libre	Ayto.	E. libre	Ayto.	E. libre	Ayto.	E. libre	Ayto.
Alzira	12	25	13	18	10	12		7	2
Ayora	8	7	3	9		6		2	
Chiva	10	13		14		13			
Enguera	12	18	5	10	3	9		1	
Moncada	20	21	2	22	1	10		3	
Requena	7	16	4	12	3	12		9	1
Sueca	6	17	7	13	6	11		8	
Torrente	15	15	6	17	2	17		7	
Villar	10	8	2	10		9		3	1

**E. libre:** Profesionales que ejercían libremente sin contrato alguno con el municipio

**Ayto:** Profesionales contratados por los ayuntamientos, de los que percibían algún tipo de remuneración

Fuente: Elaboración propia a partir de la documentación del A.D.P.V.

### **5.5.2. Los sucesivos reglamentos y el resultado de su aplicación en la provincia de Valencia**

#### *a) El primer reglamento para regular la beneficencia domiciliaria*

Con la imagen que nos proporciona la descripción de la situación que acabamos de realizar, no es difícil comprender que a pesar de existir una necesidad latente de regular la asistencia benéfico-sanitaria de los pueblos, ésta se encontrara con enormes dificultades para conseguir sus fines. Así en el año 1854, con la llegada del “bienio progresista”, se puso en práctica el primer intento de garantizar en todos los pueblos una asistencia sanitaria mínima de carácter benéfico, a través de la publicación del “Real Decreto del 5 de Abril de 1854 para la asistencia médica de los pueblos y de los menesterosos”. En él se proponía la creación de los llamados “partidos”, para garantizar unos servicios mínimos de medicina, cirugía y farmacia a las personas que, por su condición social y económica, carecían de recursos propios para procurarse estos servicios en caso de necesitarlos.

Del planteamiento de este decreto pensamos que merece la pena destacar dos aspectos o ideas esenciales. En primer lugar, se intenta implicar a todos los ayuntamientos en la contratación de médicos, farmacéuticos y cirujanos, con opción de que aquellos que tuviesen escaso vecindario se uniesen entre sí para formar un partido. Distinguiendo entre los de primera clase, que serían partidos para la asistencia de los pobres, y conjugarían la posibilidad de establecer igualas con el resto del vecindario, y los de segunda clase, que serían partidos para la asistencia de todo el vecindario. Las poblaciones que alcanzasen los 1.500 vecinos, estarían clasificadas directamente como partidos de primera clase:

“[...] Podrán formar por sí solas partido de médico, las poblaciones que reúnan aproximadamente 200 vecinos, de cirujano las que reúnan 100, y de farmacéutico las que cuenten 1.000.

Podrán agregarse a otras para constituir partido de médico las poblaciones que no excedan de 400 vecinos, siempre que de la unión no resulte un número de vecinos menor de 200 ni mayor de 500.

Podrán agregarse a otras, las poblaciones para formar partidos de cirujano siempre que de la reunión no resulte un número de vecinos menor de 80 ni mayor de 500.

Podrán reunirse a otras para constituir partido de farmacéutico, las poblaciones que no lleguen a 1.000 vecinos, siempre que de la reunión no resulte un número de vecinos menor de 400 ni mayor de 2000.

Las poblaciones que tengan de 1.500 a 3.000 vecinos, se dividirán en 2 distritos, para cada uno de los cuales habrá un médico, un cirujano y un farmacéutico.

Las poblaciones que tengan más de 3.000 vecinos, se dividirán en distritos igualmente, que no habrán de exceder de dicho número de vecinos, y cada distrito tendrá un médico, un cirujano y un farmacéutico [...]”<sup>748</sup>.

---

<sup>748</sup> Título primero del Real Decreto 5 abril de 1854.

Un segundo aspecto a destacar, es el intento de garantizar que la asistencia sanitaria fuese prestada por personal cualificado, al establecer una gradación en el orden de prioridades para la contratación de los profesionales, según su titulación y méritos profesionales<sup>749</sup>. También regulaba las asignaciones que los facultativos deberían percibir en sus contratos con los ayuntamientos, en función del volumen de población a asistir y de los vecinos particulares en el caso de que se estableciesen igualas. Esta regulación y defensa del ejercicio profesional determinó que el reglamento gozase del aprecio generalizado de los medios profesionales<sup>750</sup>.

Sin embargo, no ocurrió lo mismo con los municipios, pues los planteamientos del reglamento chocaron de pleno con los intereses de la mayoría de las corporaciones locales, que no tardaron en manifestar abiertamente su oposición al planteamiento propuesto desde la administración central, dado que la precariedad y la falta de recursos que padecían en su mayoría, hacía inviable innovación alguna. Esto queda patente en las actas enviadas por los alcaldes de los pueblos de la provincia de Valencia a su gobernador, como respuesta al planteamiento de poner en práctica la propuesta organizativa del decreto del mes de abril. Su lectura, proporciona una rica visión de la grave situación de crisis social y económica por la que atravesaban la mayoría de pueblos de la provincia, cuya respuesta, podríamos afirmar que casi unánime a los requerimientos del gobernador, fue la de un rechazo absoluto a las pretensiones de la legislación, por considerar que iba en contra de los intereses locales, al aumentar las obligaciones de los presupuestos municipales. La precariedad de las arcas municipales en la mayoría de los pueblos, y la miseria que afectaba a una gran parte de sus ciudadanos, se perciben como una constante al leer estas actas.

El vacío existente hasta ese momento, en lo referente a la regulación de la organización de la asistencia sanitaria de los pueblos, había concedido plena libertad

---

<sup>749</sup> El artículo 17 del *Reglamento* establecía que para la contratación de la plaza de médico, tendrían preferencia los doctores con grado académico en medicina y cirugía, en medicina, o sólo en cirugía si al propio tiempo fueran médicos, a continuación los doctores no académicos o licenciados en ambas facultades o solamente en medicina, y en último lugar, los médicos sin grados académicos. Cuando la vacante fuera de cirujano, la graduación sería en primer lugar los doctores académicos en medicina o cirugía, los doctores no académicos y los licenciados en ambas facultades, en segundo lugar los licenciados en cirugía y los licenciados en medicina que además fueran cirujanos, y en último lugar se valoraría a los cirujanos de 2ª, 3ª y 4ª clase por este orden.

<sup>750</sup> Valenzuela Candelario, J. (1994).



para que aquellos municipios que lo desearan, pudieran contratar libremente a sus facultativos y acordar en su caso particularmente con ellos, tanto el tipo de asistencia a realizar y las personas a atender, como la forma y cuantía de la remuneración a percibir por ello. La única obligación contraída con la autoridad provincial, consistía en que ésta debía sancionar el nombramiento del facultativo en cuestión, dada la competencia del gobernador en materia de regulación del ejercicio de las profesiones sanitarias. Por ello, el objeto del reglamento, que era la pretendida ordenación de todos estos aspectos, no tuvo una buena acogida y llegó a interpretarse como un empeoramiento de la situación, ya que se llegaba a la conclusión de que los mismos servicios que supuestamente se estaban prestando hasta entonces a cargo de los presupuestos municipales, tendrían que prestarse ahora por un precio mucho mayor, y beneficiarían a menos gente. El acta enviada por el alcalde de Alcira sirve para ejemplificar este argumento:

“[...] Según la regla 7ª artículos 7º y 32 de la Real Orden, son llamados para la asistencia facultativa de la clase indigente de esta localidad, dos médicos, dos cirujanos y dos farmacéuticos, con la asignación de 4000 reales cada uno de los primeros, 2000 reales cada uno de los segundos y 5000 reales cada uno de los últimos, y en estos bajo el supuesto de no exceder de 500 el número de los vecinos pobres de esta población, los salarios o retribuciones constituyen el total de 22000 reales.

Tiene en la actualidad esta población para el servicio de la clase pobre, igual número de médicos y cirujanos y un farmacéutico. No hay razón para dudar que los médicos y cirujanos están completamente retribuidos de sus servicios con la asignación de 1838 r. 17 m. y de 1263 r. anuales que respectivamente disfrutaban en la actualidad, prueba de ello que el ostento de estas plazas se lo han disputado hasta hoy sus respectivos aspirantes, presentando muchas más solicitudes que destinos podían concederse.

Sólo produce esta reforma menoscabar el alivio y asistencia de la clase menesterosa, y por otra parte agravar sin la menor causa, los intereses locales, recargando las obligaciones de este presupuesto con un

aumento de 13543 r.v., sin resultado ni objeto alguno loable, haciendo que las retribuciones que hoy se están pagando bajo un sistema equitativo, resultan después desproporcionadas, demasiadamente lucrativas, y hasta exageradas [...]”<sup>751</sup>.

Otro argumento esgrimido contra la puesta en práctica del decreto, fue la definición de las personas que deberían ser consideradas como pobres en su artículo 5º, y que consideraba como tales, en primer lugar a los vecinos que no contribuyeran directamente con cantidad alguna al erario, ni fueran incluidos en los repartos para cubrir los gastos provinciales y municipales, ni recibieran del estado, de la provincia, del ayuntamiento o de un particular, sueldo suficiente para cubrir las más precisas necesidades de la vida. En segundo lugar, todas las personas que formaran parte de las familias de estos vecinos, así como los desvalidos que accidentalmente se hallasen en el pueblo o transitasen por él. Anualmente, los alcaldes deberían elaborar una lista de los vecinos cuyas familias tuviesen que recibir asistencia gratuita, dando una copia a cada uno de los facultativos titulares. Esta definición administrativa de la pobreza, también fue objeto de crítica, pues algunos alcaldes argumentaban que el hecho de contribuir al erario público no eximía de la consideración de “pobre” a muchos vecinos cuya contribución era con cantidades mínimas, pero sin querer ello decir que dispusieran de renta suficiente para cubrir las más precisas necesidades de la vida. Un ejemplo de este argumento lo encontramos en el acta enviada por el alcalde de Benicolet:

“[...] Nos hallamos convenidos de la imposibilidad de poder este pueblo satisfacer las asignaciones del médico, cirujano y farmacéutico, por ser éstas excesivas, lo cual consiste en que en este pueblo se halla la propiedad muy repartida, de que resulta que casi todos los vecinos contribuyen discretamente con alguna cantidad al erario, habiendo algunos que lo hacen por la ínfima de un real.

De lo expuesto resulta que en este pueblo las asignaciones de los expresados facultativos no guardan relación con su vecindario y riqueza,

---

<sup>751</sup> Acta del Ayuntamiento de Alcira de 7 de junio de 1854, en respuesta a la propuesta del Real Decreto 5 de abril. A.D.P.V., D.2.2., caja 39, 1854.

que son las bases que deben atenderse según así lo previene dicho real decreto en su artículo 28, la que guardarían en concepto de lo que exponen si se considerasen como pobres todos los que no disfrutaran renta suficiente para cubrir las más precisas necesidades de la vida. Por ello pues, hemos acordado suspender el acuerdo sobre los puntos que comprende la citada circular, y elevar la presente exposición a fin de que si VS lo estima se sirva elevarla al gobierno de S.M., para que en vista de lo expuesto se digne resolver lo que corresponda [...],<sup>752</sup>.

La existencia de hospitales de caridad, que descargaban a algunos municipios de la responsabilidad de hacerse cargo de la asistencia sanitaria de los pobres, y sin restricciones burocráticas a la hora de definir a sus beneficiarios, era otro de los razonamientos en los que se sustentaban las resistencias de algunos municipios. En este sentido se expresa el alcalde de Beniganim cuando dice:

“[...] En esta villa hay un hospital donde se socorre no sólo a los pobres de solemnidad, sino también a todos aquellos que aunque posean algunos bienes, no por ello salen de la esfera de tales, y para tan sólo este objeto tienen asignado en el presupuesto municipal, el médico 600 rs., el cirujano 750, y el farmacéutico un ocho más puesto que se le pagan todas las medicinas [...],<sup>753</sup>.

La escasez de perspectivas laborales que brindaban muchos de los pueblos a sus ciudadanos, ya fuera porque la tierra no ofrecía posibilidades de cultivo, o por la ausencia de desarrollo de otras ramas de la producción, obligaba a éstos a buscarlo fuera, emigrando durante gran parte del año en busca del trabajo que les proporcionase el sustento. Esta falta de estabilidad en el vecindario, con la consiguiente repercusión negativa sobre las arcas municipales, era otro de los motivos que alegaban algunos municipios como imposibilidad para el

---

<sup>752</sup> Acta del Ayuntamiento de Benicolet de 31 de mayo de 1854, en respuesta a la propuesta del Real Decreto de 5 de abril. A.D.P.V., D.2.2., caja 39, 1854.

<sup>753</sup> Acta del Ayuntamiento de Beniganim de 20 de mayo de 1854, en respuesta a la propuesta del Real Decreto de 5 de abril. A.D.P.V., D.2.2., caja 39, 1854.

establecimiento de partidos. En este sentido se expresa el alcalde de Chelva cuando dice:

“[...] Esta villa se encuentra en un estado de estrechez y de miseria tal, que al realizar los repartimientos municipales para cumplir las obligaciones, se ven en continua tortura, y adquieren el convencimiento más profundo de la irremediable escasez que aqueja al vecindario. Tal vez parecerá extraño, que un pueblo como Chelva que cuenta 1250 vecinos, experimente tanta necesidad, más a cualquiera que los ve de cerca y los trata, le parece muy natural porque la gran mayoría de su vecindario, emigra constantemente casi por todo el año a la conducción de maderas, y una gran parte de éstos se dedica a la arriería, ausentándose del pueblo largas temporadas.

Con estos costosos recursos, y con cultivar alguna finca de insignificante valor, se mantiene miserablemente la mayoría de este pueblo, en términos que apenas podrán contarse 50 vecinos absolutamente menesterosos con las circunstancias que previene el Real Decreto de 5 abril. Hasta el presente, la clase desgraciada ha visto consuelo en la asistencia facultativa, porque en el hospital de caridad se atiende no sólo a los impedidos y enfermos, y el presupuesto municipal destina 1200 rs. Para los honorarios de médico, cirujano y farmacéutico titulares [...]”<sup>754</sup>.

---

<sup>754</sup> Acta del Ayuntamiento de Chelva de 28 de mayo de 1854, en respuesta a la propuesta del Real Decreto 5 de abril. A.D.P.V., D.2.2., caja 39, 1854.

*b) Los sucesivos intentos*

El rotundo fracaso que supuso este primer intento no fue el único, ya que tras un período de casi diez años desde la publicación de la *Ley de Sanidad* de 1855, se volvió a publicar un nuevo reglamento en 1864, con la intención de organizar la asistencia sanitaria de los pueblos, mediante su categorización en partidos médicos de primera, segunda, tercera y cuarta clase, pero de nuevo vio frustrada su puesta en práctica. El propio ministro de la gobernación, Luis González Brabo reconocía la frustración de no poder llevar a buen fin este proyecto, dada la enorme cantidad de dudas y dificultades que se plantearon desde los gobiernos de las diferentes provincias para su puesta en práctica.

El interés por no volver a fracasar en un nuevo intento de organizar la asistencia sanitaria de los pueblos, es el que llevó al gobierno a elaborar en 1868 un nuevo reglamento, con extraordinario detalle y con gran minuciosidad en su desarrollo. La idea de que el prestar asistencia gratuita a los que carecen de los medios necesarios para procurársela, es un “imperioso deber que la caridad impone al Estado”, es la que impulsó la promulgación de este Real Decreto, aún reconociendo el propio ministro de la gobernación, Luis González Brabo, las dificultades que su aplicación ofrecía por haberse de extender a pueblos de escasos recursos, y muchos de ellos de reducido vecindario y difíciles medios de comunicación. La propuesta organizativa en partidos médicos se resumía a grandes rasgos en los siguientes puntos:

“[...] Todas las poblaciones que no pasen de 4.000 vecinos, contratarán facultativos titulares de Medicina, Cirugía y Farmacia.

Se considerarán de primera los que excedan de 599 vecinos, y tendrán un titular para cada grupo de una a 300 familias pobres y uno más por los que excediesen si pasan de 150, con la asignación anual de 400 a 800 escudos. A los farmacéuticos que se establezcan como titulares, se les asignará la dotación de 200 escudos.

Serán partidos de segunda los de 400 a 599 vecinos, y tendrán un titular por cada grupo de una a 200 familias pobres y un sueldo anual de 300 a

600 escudos. A los farmacéuticos que se establezcan como titulares, se les asignará la dotación de 160 escudos

Los partidos de tercera serán los de 200 a 399 vecinos, y tendrán por cada grupo de una a 100 familias pobres un titular con sueldo anual de 300 a 500 escudos. A los farmacéuticos que se establezcan como titulares, se les asignará la dotación de 120 escudos

Serán partidos de cuarta los de menos de 200 vecinos que puedan costear por sí su titular por cada grupo de una a 100 familias pobres, y con sueldo anual de 400 a 600 escudos. A los farmacéuticos que se establezcan como titulares, se les asignará la dotación de 120 escudos.

Los pueblos que por su escasez de vecindario no puedan formar partido ni unirse a otros por las distancias, formarán partidos cerrados.

Los facultativos titulares contratados solamente para la asistencia de los pobres, quedan en libertad de celebrar contratos particulares con los demás vecinos para prestarles la asistencia correspondiente a su profesión.

En las capitales de provincia y en las poblaciones de más de 4.000 vecinos, se establecerá la hospitalidad domiciliaria. Los gobernadores de las provincias, oída la Junta provincial de Sanidad, y de acuerdo con los respectivos ayuntamientos, formarán el reglamento para cumplir con lo dispuesto en este artículo [...]"<sup>755</sup>.

Las funciones atribuidas en este reglamento a los facultativos titulares contemplaban, además de la asistencia sanitaria gratuita a los pobres, las de prestar los servicios sanitarios de interés general que el gobierno y sus delegados encomendasen, apoyar a las corporaciones municipal y provincial en lo relativo a la policía sanitaria y prestar, en casos de urgencia y con la correspondiente remuneración, los servicios que el gobernador les encargase en las poblaciones próximas.

---

<sup>755</sup> Real Decreto del 11 de marzo 1868 del Ministerio de la Gobernación, que contiene el *Reglamento para la asistencia de los pobres, y organización de los partidos médicos de la península*.

Ante la necesidad de proveer una plaza de titular, el ayuntamiento, asociado a doble número de mayores contribuyentes, debería designar la clase de partido y las condiciones del contrato a celebrar. Una vez remitida al gobernador el acta del acuerdo tomado por el ayuntamiento, y obtenida su conformidad, debería publicarse la vacante en el “Boletín de la provincia”, estableciéndose un plazo no inferior a veinte días para que los aspirantes presentaran al alcalde sus solicitudes, tras el cual éste las remitiría al gobernador para hacerlas llegar a la junta provincial de sanidad, que valorando los méritos de cada uno de los aspirantes propondría en caso de que hubiese varios, una terna con los de mayores méritos, para que el ayuntamiento correspondiente eligiera. La duración de los contratos se establecía en cuatro años.

Un nuevo reglamento a cargo del gobierno de la I República, se publicó el 24 de Octubre de 1873 para poner en práctica los preceptos de la Constitución de 1869 y de la *Ley Municipal* de 1870, guiados de un espíritu descentralizador que intentaba devolver al municipio la administración de sus intereses particulares. Con arreglo a este criterio, el gobierno sólo debería intervenir en los asuntos relacionados con la administración de los ayuntamientos, en los casos en que entrasen en conflicto dos o más municipios en lo que pudiera verse afectada la salubridad de la nación.

Llevado al terreno de la organización de la asistencia sanitaria, ello se traducía en la adquisición de una autonomía plena por los ayuntamientos, a la hora de contratar a sus facultativos titulares, perdiendo la dependencia del gobierno civil que establecían la *Ley de Sanidad* de 1855 y el reglamento de 1868, para realizar la elección más oportuna de los facultativos. Sin embargo, la mayor autonomía municipal concedida por este reglamento, fue vivida con recelo por la profesión médica, al considerar que ni la voluntad de la mayoría de los municipios, ni el estado de los presupuestos municipales, favorecerían el desarrollo de la asistencia sanitaria de los pueblos y las condiciones laborales de los profesionales sanitarios a su cargo<sup>756</sup>.

---

<sup>756</sup> En este sentido, Alafont (1873) hacía una crítica al reglamento, planteando las carencias u omisiones que acarrearían perjuicios importantes para la clase médica. Entre éstos, lamentaba la falta de regulación de las remuneraciones que los ayuntamientos debían pagar por los servicios sanitarios, y la omisión de los criterios para catalogar a los vecinos como pobres, que quedarían a la arbitrariedad de los ayuntamientos. Otro punto criticado era la prioridad para ocupar una plaza de médico municipal, concedida en el reglamento a los médicos con titulación expedida por las universidades oficiales, sobre los que lo obtuvieron de las escuelas libres.

A diferencia del reglamento que le precedió, en el que se establecía una minuciosa clasificación en varias categorías de partidos médicos, acorde al número de vecinos de cada municipio, éste limitó la acción sanitaria pública a la asistencia sanitaria de los pobres. A ese fin, situó en 4.000 vecinos el límite divisorio entre las dos modalidades asistenciales públicas, la prestada por los titulares en las localidades que no reunieran tal número de vecinos -aunque sin denominarla partido médico- y el servicio de hospitalidad domiciliaria en las que lo sobrepasaran:

“[...] En todas las poblaciones que no pasen de 4.000 vecinos, habrá facultativos municipales de medicina y cirugía, costeados por los ayuntamientos para la asistencia de los pobres. Habrá un médico-cirujano municipal para cada grupo de una a 300 familias pobres, y uno más por los que excedieren si pasan de 150. El pueblo que por su escaso vecindario no pueda costear por sí sólo la contratación de los facultativos, se agrupará con los pueblos vecinos. Para prestar el servicio farmacéutico, bastará que haya una oficina de farmacia municipal en cada localidad, cualquiera que sea el número de vecinos y de personas pobres.

En las poblaciones cuyo número de vecinos pase de 4.000, habrá hospitalidad domiciliaria. A tal efecto, los ayuntamientos de acuerdo con las juntas locales de sanidad, formarán los reglamentos oportunos [...]”<sup>757</sup>.

Las funciones que este reglamento asignaba a los médicos titulares, no sufrieron variaciones respecto a las establecidas en el reglamento de 1868, y la titulación que se exigía para poder optar a una plaza de médico municipal era la de doctor ó licenciado en medicina y cirugía, ó estar en posesión de cualquier título legal de los que habilitaban para el ejercicio de estas profesiones. En cuanto a la provisión de las plazas, el nombramiento de los facultativos debería realizarse por mayoría de votos entre el ayuntamiento y asamblea de asociados, y en el plazo de 15

---

<sup>757</sup> *Reglamento* de 24 de octubre de 1873, para la asistencia facultativa de los enfermos pobres.



días tras la elección de los facultativos, los alcaldes harían llegar al gobernador de la provincia una copia de los títulos académicos y del contrato efectuado.

El papel que este reglamento otorgaba al gobierno civil se centraba en la supervisión de la adecuación de los títulos académicos de los profesionales sanitarios, así como de sus contratos. La junta provincial de sanidad se constituía en el organismo encargado de llevar el inventario de los facultativos municipales, pueblos de la provincia en que servían, y número de expediente, con la finalidad de elaborar la estadística, informar a los municipios y demás corporaciones administrativas ó científicas, y al gobierno, así como de librar a los interesados las certificaciones que pudiesen serles necesarias.

Antes de finalizar el siglo, todavía vio la luz un nuevo reglamento, el del 14 de junio de 1891, cuya aportación en el terreno organizativo fue escasa en relación a los que le precedieron, ya que mantuvo la organización de la asistencia en los mismos términos que el reglamento de 1870, tanto en lo relativo a la facultad de los municipios para contratar profesionales sanitarios para atender el servicio benéfico, como en su cuantía y distribución en función del tamaño de las poblaciones. No obstante, esta situación de continuidad afectó más a las poblaciones pequeñas, que en realidad eran las que habían puesto en marcha en mayor o menor grado la beneficencia pública domiciliaria, y a las que el nuevo decreto no impuso innovación alguna.

Sin embargo, en las grandes poblaciones, el impulso en el desarrollo de la salud pública, que en general comenzó a ponerse en evidencia en la última década del ochocientos, despertó el interés de los grandes municipios por asumir aquellas competencias que en el terreno de la asistencia benéfico-sanitaria habían merecido hasta el momento escasa atención. Si bien la mayoría de capitales de provincia habían hecho caso omiso a los intentos de organización propuestos hasta la fecha para implantar la hospitalidad domiciliaria, con la publicación de este nuevo reglamento asistiremos a un cierto despegue en su desarrollo, reflejado en la disposición de elaborar un “registro de pobres” con derecho a la asistencia gratuita en las grandes ciudades, y en la contratación de facultativos municipales, a quienes además de sus deberes propios les atribuía la competencia de atender el servicio de las casas de socorro.

En el caso de la ciudad de Valencia, la sanidad municipal había comenzado, desde la creación de la primera casa de socorro provisional en 1875, el proceso de institucionalización que le conduciría a la constitución de un cuerpo organizado, que fue integrando funciones de manera progresiva, tanto en la esfera asistencial, a través de las casas de socorro, como en el terreno de la higiene y la prevención, mediante la creación de un laboratorio químico en 1881 y un laboratorio bacteriológico en 1894. Entre los cometidos que debían llevar a cabo las casas de socorro se encontraba, además de la prestación de auxilios médico-quirúrgicos en los accidentes fortuitos, la atención sanitaria de los pobres de solemnidad, mediante la asistencia médica domiciliaria y su traslado al hospital en los casos requeridos.

En el reglamento de 1891, también se dejaban sentir tímidamente las primeras señales de lo que supuso el inicio de la etapa de modernización de la salud pública española<sup>758</sup>, fundamentalmente en lo relativo a la ampliación de competencias de los facultativos municipales, hacia aspectos diferentes a la mera asistencia a los casos de enfermedad y a los nacimientos y abortos de las familias pobres a las que atendían, demostrando un creciente interés por aspectos como la estadística sanitaria, la policía de salubridad ó la vacunación. El título exigido para prestar los servicios de facultativo, era el de doctor ó licenciado, expedido por las Universidades del Reino, bajo cuya dependencia preveía el reglamento la contratación de practicantes y ministrantes, para desempeñar el servicio municipal de cirugía menor, con sujeción a las atribuciones que sus títulos les otorgasen.

En lo relativo a la provisión de las plazas, este reglamento preveía que en el plazo de ocho días tras el cese de un facultativo municipal, el alcalde convocara a la junta municipal, para que estableciera las condiciones para la provisión de la vacante: número de familias pobres a atender, sueldo, y duración del contrato, que en ningún caso sería superior a cuatro años. La vacante era anunciada en el “Boletín oficial de la provincia”, y una vez finalizado el plazo para la presentación de solicitudes, el alcalde convocaba de nuevo a la junta municipal para la elección y nombramiento de

---

<sup>758</sup> La salud pública de la última década del siglo XIX vendría definida por cuatro características como son, la asimilación del paradigma bacteriológico, la regularización en la producción de estadísticas vitales, la adopción de un modelo funcionarial y especializado tanto a nivel del Estado como municipal y por el inicio de la visión reformista en política social. Maset Campos, P.; Rodríguez Ocaña, E.; Sáez Gómez, J.M (1998).

facultativo, lo cual se hacía por mayoría de votos entre los aspirantes que cumplieren todos los requisitos establecidos en el anuncio oficial del concurso.

Se mantuvo el papel que otorgaba el reglamento de 1873 a los gobiernos civiles de supervisar la titulación académica de los profesionales sanitarios, así como la adecuación de sus contratos. Asimismo, la junta provincial de sanidad se perpetuaba como organismo encargado de llevar el inventario de los facultativos municipales, pueblo de la provincia en que hayan servido, y número de expediente, con la finalidad de elaborar la estadística, informar a los municipios y demás corporaciones administrativas ó científicas, y al gobierno, así como de librar a los interesados las certificaciones que pudiesen serles necesarias.

### **5.5.3. La asistencia benéfico-sanitaria de los pueblos en 1877**

El cumplimiento del cometido otorgado en los diferentes reglamentos a los gobiernos civiles, en lo relativo a la supervisión de la adecuación de la titulación académica y de los contratos establecidos entre los profesionales sanitarios y los municipios donde prestaban sus servicios, nos ha permitido analizar el inventario de los facultativos municipales que ejercían en los pueblos de la provincia de Valencia en el año 1877<sup>759</sup>. Con la información enviada desde los municipios al gobierno civil de la provincia, hemos podido crear una base de datos en la que quedase reflejada la situación en cada uno de los pueblos integrados en los diferentes partidos: el número de vecinos y de familias pobres con que contaba cada municipio, el número de facultativos contratados y su perfil profesional, de acuerdo con la información que proporcionan tanto el conocimiento de su titulación académica y la asignación percibida, como la duración de su contrato con el ayuntamiento de la localidad en la que prestaban servicios.

El análisis de esta información, nos ofrece una imagen ya algo diferente a la que percibíamos en 1854, al menos en lo que se refiere al grado de implicación de los ayuntamientos en la dotación de unos mínimos recursos sanitarios de beneficencia para prestar asistencia a la población menesterosa.

---

<sup>759</sup> Relación de médicos que ejercen en cada partido judicial, títulos que poseen, sueldo, fecha de contratación y familias que visitan. A.D.P.V., D.2.3.2., Vol. 1, 1877.

En 1877, los 18 partidos judiciales que integraban la provincia, contaban con 157.912 vecinos que vivían en 273 municipios, con un total de 315 facultativos contratados para cubrir la asistencia de las familias pobres. Era patente una aplicación bastante generalizada en la provincia de Valencia de la organización propuesta en la legislación, pues un gran número de municipios se habían ido sumando a la contratación de facultativos establecida en los sucesivos reglamentos, aunque también es cierto que todavía quedaba un 23% de los municipios (63 poblaciones) que no contaba con facultativo titular, si bien es cierto que de estos 63 pueblos, 25 disponían de un número de vecinos inferior a 100.

También nos parece interesante resaltar la variabilidad encontrada entre los diferentes partidos, respecto al número de familias pobres existentes, que oscilaba de manera considerable de unos partidos a otros y que pensamos obedece, más que a una realidad sociológica de desigualdad territorial en la distribución de la pobreza, a una realidad administrativa en su clasificación. Ésta sería la explicación de la amplitud en el rango de porcentajes de población considerada como pobre, y por tanto susceptible de recibir asistencia sanitaria gratuita. Así vemos cómo los porcentajes más bajos de pobres correspondían a la población del partido de Valencia, con el 7% -este porcentaje se encuentra ampliamente sesgado por la falta de desarrollo del modelo de asistencia domiciliaria en la ciudad de Valencia, de manera que de los 26.926 habitantes que aportaba esta ciudad al partido que llevaba su nombre, su ayuntamiento no contabilizaba ninguna familia pobre- y a la de Chelva con el 9%. En el lado contrario el partido de Torrente contaba con un porcentaje de pobres del 38%, probablemente debido al establecimiento de un criterio más amplio en la definición de la pobreza. En la siguiente tabla ofrecemos un resumen global de la situación, en los diferentes partidos que integraban la provincia de Valencia.

**Tabla XLIX**  
**Situación de la asistencia benéfico-sanitaria de los pobres en los diferentes**  
**partidos de la provincia de Valencia en 1877**

Partido	Número vecinos	Número municipios	Número facultativos	Coste pesetas	Familias pobres	
					Número	Porcentaje
Albaida	9.949	28	26	11.122	1.292	13
Alberique	3.682	15	14	6.550	752	20
Alzira	9.446	13	22	9.200	2.495	26
Ayora	4.003	8	9	3.552	930	23
Carlet	5.346	11	17	6.865	1.785	33
Chelva	6.282	19	16	6.105	535	9
Chiva	7.781	10	15	10.882	1.088	14
Enguera	6.165	12	13	8.825	1.100	18
Gandía	9.022	29	25	15.357	1.312	19
Liria	6.919	10	23	1.383	2.155	31
Onteniente	5.568	5	9	4.200	1.640	30
Requena	6.298	7	6	2.245	640	10
Sagunto	8.078	25	26	11.454	1.980	25
Sueca	7.768	6	13	5.320	2.621	34
Torrente	9.484	16	23	12.501	3.588	38
Valencia	41.353	31	37	17.846	2.784	7
Villar	3.544	10	8	3.600	380	11
Xàtiva	7.224	18	13	6.750	2.131	30
<b>Total</b>	<b>157.912</b>	<b>273</b>	<b>315</b>	<b>143.757</b>	<b>29.208</b>	<b>18</b>

Fuente: elaboración propia a partir de la documentación del A.D.P.V.

Desde el punto de vista de la organización sanitaria que ahora nos ocupa, este hecho podría reflejar un desigual criterio en la definición de pobreza entre los distintos ayuntamientos, o al menos la aplicación más o menos estricta de este criterio según su conveniencia y sus posibilidades presupuestarias, a la hora de considerar a las familias pobres susceptibles de recibir asistencia benéfica, ya que el número de familias pobres marcará y condicionará el tipo de partido, el número de facultativos a contratar y consecuentemente el gasto a asumir por las arcas municipales. Probablemente, la ausencia de una uniformidad de criterio en la propia legislación, contribuirá a esta cierta subjetividad en la definición de la pobreza de la que estamos

hablando. El ejemplo tipo del “pobre” podríamos definirlo como el mero jornalero caracterizado tanto por la carencia de cualquier tipo de cualificación laboral, como por el carácter eventual de su trabajo. No obstante transcribimos la población beneficiaria de recibir asistencia benéfica, de acuerdo con el Reglamento de 1868<sup>760</sup>:

- Los que no contribuyan directamente con cantidad alguna al erario, ni sean incluidos en los repartos para cubrir los gastos provinciales y municipales.
- Los que vivan de un jornal o salario eventual.
- Los que disfruten un sueldo menor que el jornal de un bracero
- Los que en concepto de parientes, formen parte de la familia de un vecino pobre y vivan en su compañía.
- Los expósitos que se lacten por cuenta de la beneficencia.
- Los acogidos en los hospicios o en casas de misericordia y de expósitos que carezcan de facultativos.
- Los desvalidos que accidentalmente o de manera transitoria se hallasen en el pueblo.

Este reglamento fue el que contó con unos criterios más amplios a la hora de definir la pobreza, ya que el reglamento de 1870 con su espíritu descentralizador, obvió incluir definición alguna, lo que equivalía a dejar al criterio de cada ayuntamiento la inclusión en las listas de beneficencia de las familias que se considerase oportuno. Y el reglamento de 1891 retomó la definición del de 1868 pero con criterios más restrictivos al puntualizar la exclusión de toda persona que disfrutase de jubilación, cesantía o pensión, y no hacer alusión alguna a las personas desvalidas que accidentalmente o de manera transitoria se hallasen en el pueblo.

---

<sup>760</sup> Artículo 4º del *Reglamento para la asistencia de los pobres, y organización de los partidos médicos de la península*, contenido en el Real Decreto del 11 de marzo 1868 del Ministerio de la Gobernación.

#### **5.5.4. El caso particular de la hospitalidad domiciliaria en la ciudad de Valencia**

Los esfuerzos asistenciales del ayuntamiento de la ciudad de Valencia fueron durante la mayor parte del siglo casuales y limitados. Mientras la población urbana crecía, a partir de la mitad del siglo comenzaban a variar las condiciones de vida y la conciencia política de parte de la población trabajadora en la medida en que el proceso de proletarización de la misma se acentuaba y el asociacionismo obrero se intensificaba, mientras que el sistema benéfico-asistencial público mostraba una tendencia al anquilosamiento y una falta de reacción frente a las crecientes demandas sociales.

El primer testimonio significativo en el siglo XIX, sobre la necesidad de abordar de manera seria la cuestión de la beneficencia domiciliaria municipal en Valencia, data de 1848. Hasta entonces, la beneficencia domiciliaria oficial había sido suplida por la actuación de las juntas parroquiales o de diversas asociaciones - las de los gremios de torneros, carpinteros..., o de sociedades cooperativas como *El Taller*- que suministraban recursos y asistencia médico-farmacéutica. Ahora bien, el esfuerzo asistencial era variable de unas a otras y no obedecía a ningún sistema general que asegurase unos recursos estables según necesidades concretas, y en el caso de las medidas arbitradas desde las parroquias, dependía de los legados de parroquianos ricos y piadosos, y de limosnas de los pudientes<sup>761</sup>.

En 1848 se produjo una propuesta de la directiva del hospital general para cubrir las necesidades de medicina, cirugía y farmacia de los pobres de la ciudad. Deberían nombrarse dos facultativos por cuartel y crear una junta de beneficencia domiciliaria municipal que contase con el apoyo de los párrocos y Padres de Pobres. Pero la comisión nombrada por el ayuntamiento para dictaminar el proyecto dio un veredicto negativo<sup>762</sup>.

Además de éste, hubo también otros intentos frustrados de poner en marcha la asistencia sanitaria domiciliaria en la capital de la provincia en 1864 y 1865, hasta

---

<sup>761</sup> Precisamente Cantó (1881) realiza una fuerte crítica al ayuntamiento de Valencia, por haber hecho caso omiso a los distintos reglamentos para la organización de la beneficencia domiciliaria, y se lamenta del escaso presupuesto municipal destinado a cubrir las necesidades de beneficencia y la sanidad.

que finalmente se produjo su implantación en 1885, como una consecuencia inmediata de la epidemia de cólera que asoló la ciudad<sup>763</sup>. Se dotó a cada distrito de un médico para la asistencia de la población pobre, que más tarde la creciente gravedad de la situación obligó a una ampliación a tres médicos por distrito. Al remitir la epidemia, en 1886, el servicio médico municipal, que había nacido para hacer frente a una circunstancia extraordinaria, entró en fase de consolidación.

En 1894 el servicio médico municipal contaba con una dotación de 15 facultativos, 8 en los distritos sanitarios del casco urbano, y 7 en las afueras. Además, el cuerpo municipal de sanidad constaba de 5 facultativos jefes, los médicos de las casas de socorro, en número de 2, 7 médicos supernumerarios interinos y 1 jefe de la brigada sanitaria. Así mismo el ayuntamiento había establecido un acuerdo con 14 farmacias de la ciudad para la expedición gratuita de medicamentos a los pobres.

El primer padrón de pobres se confeccionó en 1888 y se estableció por distritos y barrios, y aunque la normativa exigía la actualización de estos padrones con carácter anual, el segundo padrón de pobreza de la ciudad de Valencia no se realizó hasta 1891, ambos se ajustaban a la clasificación de pobreza establecida en los reglamentos de 1868 y 1891, aunque todo parece apuntar a que unos ingresos por debajo de 2 pesetas diarias, era un indicador tenido en cuenta para la inclusión en los padrones de beneficencia.

Con la llegada del nuevo siglo, la beneficencia domiciliaria en la ciudad de Valencia funcionaba regularmente, a juzgar por las estadísticas publicadas en las memorias de este servicio, y que eran divulgadas inicialmente en la revista *La Medicina Valenciana*, y más tarde en el *Boletín Sanitario Municipal*<sup>764</sup>. Así vemos

---

<sup>762</sup> Díez Rodríguez (1993: 71:72).

<sup>763</sup> Aunque fue criticado el hecho de que las disposiciones de la Junta Municipal de Sanidad (1885) no se anticiparan a la llegada de la epidemia, como hubiese sido deseable, de manera que la organización de medidas de asistencia sanitaria especiales para combatir la epidemia, no se pusieron en marcha hasta que ésta ya era un hecho consumado y en el mismo año 1885 el servicio de asistencia domiciliaria “no contaba con más personal facultativo que el reducidísimo del Cuerpo de Higiene”.

<sup>764</sup> *La Medicina Valenciana*, dedicó en 1902 y 1903, una sección titulada “Estadística Demográfico-Sanitaria” y a partir de 1904 otra titulada “Cuerpo Municipal de Sanidad de Valencia. Resumen de los servicios prestados”, a exponer la labor realizada por el servicio sanitario municipal, tanto en lo referente a la recogida y análisis de estadísticas de mortalidad específica según causa y edad y en los diferentes distritos de la ciudad, como en lo relativo a la labor asistencial realizada a través de la beneficencia domiciliaria y las casas de socorro, además de las actuaciones para mejorar la higiene y



como, por ejemplo en 1901 a través del servicio de beneficencia domiciliaria se asistieron 13.022 enfermos de manera global en todos los distritos, a los que se les realizaron 104.353 visitas. Además, las tres casas de socorro existentes: Serranos, La Glorieta y la del Puerto contribuyeron a esta labor asistencial mediante un importante volumen de consultas por accidentes realizadas fundamentalmente a jornaleros<sup>765</sup>.

### **5.5.5. La asistencia benéfico sanitaria de los pueblos en 1928: una organización consolidada**

Con el inicio del siglo XX tomaron impulso una serie de iniciativas encaminadas a potenciar el desarrollo de la sanidad municipal, que aunque no pasaron de ser meras intenciones en las dos primeras décadas del siglo, consiguieron alcanzar sus mayores logros con la llegada de la Segunda República.

La imperiosa necesidad de modernizar la sanidad española, que comenzó a percibirse ya en las postrimerías del siglo XIX, dio pie a la publicación de la *Instrucción General de Sanidad* en 1904, cuya principal aportación fue la creación de la figura de los inspectores provinciales y municipales de sanidad, a quienes les atribuía funciones de vigilancia de la salud pública tales como la profilaxis de las enfermedades infecciosas, la higiene urbana, la higiene alimentaria y el control de las vacunaciones, además de asignarles un importante papel en la provisión de las estadísticas sanitarias. En definitiva, se trataba de ampliar las funciones puramente asistenciales benéficas, que venían desempeñando los médicos titulares, a otras que comprendían la prevención y las medidas colectivas de higiene.

Sin embargo, la aplicación real de la *Instrucción General de Sanidad* parece que resultó decepcionante al menos a corto plazo, pues a la escasez de los puestos

---

salubridad realizadas desde los laboratorios químico y bacteriológico y por la Brigada Sanitaria. A partir de 1904 y hasta 1913, todas estas actividades aparecieron publicadas en el Boletín Sanitario Municipal.

<sup>765</sup> Véase la memoria presentada por Carsi, en la que además lamenta que la asistencia médico-farmacéutica que proporciona el ayuntamiento a los pobres, no resulta suficiente si mientras el pobre está enfermo y deja de trabajar, deja también de percibir el salario que le permita alimentarse adecuadamente para recuperar la salud. Y hasta que mejore la organización social, propone arbitrar algún tipo de medida, asociando la caridad particular con la oficial del ayuntamiento, creando juntas benéficas de distrito para facilitar a los pobres los recursos económicos que dejan de percibir cuando se ponen enfermos. Carsi (1902).

para cubrir las plazas de inspectores por oposición, se sumó la falta de incentivación económica a los médicos que desempeñaban estos puestos, ya que la remuneración percibida por el cargo era poco menos que simbólica<sup>766</sup>. En el caso de las inspecciones municipales de sanidad, tuvo que llegar el año 1925 para que, con la publicación del *Reglamento de Sanidad Municipal*, se encontrasen ya unas condiciones más propicias para su desarrollo y puesta en práctica. En él se contemplaba la adquisición automática de la condición de inspectores municipales de sanidad, por los facultativos que en aquel momento se encontrasen desempeñando el puesto de médico titular, aunque las sucesivas vacantes sólo podrían proveerse mediante oposición. Por otra parte, la creación del cuerpo de inspectores municipales de sanidad por *el Estatuto Municipal* no supuso la inmediata asunción por parte del estado de los presupuestos necesarios, debiendo hacerse cargo entre tanto los propios ayuntamientos de la asignación correspondiente a la función inspectora:

“[...] Se constituye el cuerpo de inspectores municipales de sanidad, al cual pertenecerán todos los titulares ingresados en el mismo hasta la fecha, y todos los que en lo sucesivo ingresen en él por oposición.

Los ayuntamientos proveerán las plazas de titulares por concurso entre facultativos pertenecientes al cuerpo de inspectores municipales de Sanidad. Interín el Estado no lleve al presupuesto nacional créditos suficientes para la retribución de los inspectores municipales de sanidad, los ayuntamientos consignarán en los suyos las cantidades necesarias para dotar dicha Inspecciones, que serán independientes de las que figuren para pago de las titulares y sin merma de las iguales, y su evaluación no podrá ser inferior al 10% de la titular [...]”<sup>767</sup>.

Como vemos, una vez más una propuesta legislativa que representaba importantes aportaciones para la mejora de la sanidad rural, no reportó más que frustraciones entre los propios profesionales, ya que la excesiva dilatación en el

---

<sup>766</sup> Como señala Rodríguez Ocaña (1994a), los inspectores provinciales no tuvieron el apoyo necesario, ni en cuanto a la remuneración por su cargo ni tan siquiera en lo que respecta al reconocimiento de su autoridad. Y todavía se pone más en duda que los inspectores municipales de sanidad desempeñasen algún papel significativo antes de los años treinta.

<sup>767</sup> Artículos 43 y 44 del Estatuto Municipal, contenido en el Real Decreto de 9 de febrero de 1925.

tiempo de su situación de dependencia del nivel municipal, fue uno de los aspectos que mayor descontento provocó entre los médicos titulares, cuya aspiración a convertirse en funcionarios del estado no fue un hecho real hasta la llegada de la etapa republicana<sup>768</sup>.

Este preámbulo nos permitirá comprender mejor la situación frente a la que nos hallamos en 1928, que responde a una organización benéfico-asistencial para atender a las familias pobres perfectamente ordenada, a cargo de médicos titulares que además debían desempeñar la inspección municipal de sanidad, percibiendo una remuneración por su actividad asistencial de acuerdo con la categoría del partido médico en el que prestara servicio, y una remuneración adicional por su actividad inspectora que venía a suponer un 10% de la que cobraba como titular, en ambos casos a cargo del presupuesto municipal.

En 1928 se realizó una nueva regulación de la asistencia domiciliar de los pueblos<sup>769</sup>, por la cual se mantenía el criterio de clasificación de los partidos médicos en cinco categorías, que de acuerdo con el número de habitantes de la población, se resumían como sigue:

- Partidos de primera categoría: los pueblos de más de 10.000 habitantes. Sueldo anual del titular 3.000 pts más 300 por Inspector municipal de Sanidad.
- Partidos de segunda categoría: pueblos o agrupaciones de ellos entre 2.000-10.000 habitantes, los de 10.000-20.000 que no sean cabeza de partido judicial, y los que aún siéndolo tengan de 2 a 4 plazas de médicos titulares.. Sueldo anual del titular 2.500 pts más 250 como Inspector municipal de Sanidad.
- Partidos de tercera categoría: poblaciones o agrupaciones entre 1.000-2.000 habitantes y que no cuenten con más de 200 familias pobres,

---

<sup>768</sup> En septiembre de 1932 se aprobó una ley sobre titulares, estableciendo que las vacantes de médicos titulares deberían ser provistas por personal del Cuerpo de Inspectores Municipales de Sanidad y designando a los Inspectores Provinciales como encargados de seleccionar al que hubiera de ser nombrado, de acuerdo con los resultados del concurso. Mas tarde, la ley de Bases de Coordinación Sanitaria, aprobada en el verano de 1934, vino a satisfacer la vieja aspiración de los facultativos titulares de ser funcionarios a cargo del Estado, lo cual les garantizaba la seguridad en el cobro y la independencia en el desempeño de sus funciones al servicio de la Sanidad nacional.

<sup>769</sup> Real Orden de 5 de diciembre de 1928.

los pueblos que cuenten 2.000-10.000 almas y no sean cabeza de partido judicial, o los que siéndolo no tengan más que una plaza de médico titular. Sueldo anual del titular 2.000 pts más 200 como Inspector municipal de Sanidad.

- Partidos de cuarta categoría: agrupaciones que no tengan más de 1.000 habitantes y 100 familias pobres, o los pueblos entre 1.000-2.000 habitantes. Sueldo anual del titular 1.500 pts más 150 como Inspector municipal de Sanidad.
- Partidos de quinta categoría: poblaciones o agrupaciones de pueblos que, no teniendo más de 1.000 habitantes ni 100 familias pobres, estén enclavadas en un perímetro de menos de 4 km. Sueldo anual del titular 1.250 pts más 125 como Inspector municipal de Sanidad.

En la provincia de Valencia, de acuerdo con la información emanada de su inspección provincial<sup>770</sup>, en 1928 se llevó a cabo una reorganización de la asistencia sanitaria de los pueblos. En la tabla L hemos resumido la situación de los partidos médicos de la provincia, teniendo en cuenta uno de los aspectos determinantes para su clasificación, como era el volumen de población y el número de familias pobres subsidiarias de la beneficencia, al que nosotros hemos aportado el porcentaje que suponían las familias pobres en el conjunto de la población de cada partido, con la finalidad de poder comparar la situación en las diferentes demarcaciones territoriales.

---

<sup>770</sup> Con la finalidad de adaptar la ordenación de los partidos médicos a lo establecido por la legislación, se estableció una reclasificación de las categorías y sueldos de las plazas de titulares. Inspección Provincial de Sanidad (1928).

**Tabla L**  
**Beneficiarios de la beneficencia pública domiciliaria en los diferentes partidos**  
**de la provincia de Valencia en 1928**

Partido	Número habitantes	Número municipios	Familias pobres	
			Número	Porcentaje
Albaida	28.218	13	601	2
Alberique	24.279	9	893	4
Alzira	67.726	13	3.443	5
Ayora	18.200	7	310	2
Carlet	32.278	11	1.477	5
Chelva	29.485	12	680	2
Chiva	26.528	8	816	3
Enguera	25.485	10	898	4
Gandía	56.990	19	1.620	3
Liria	26.650	10	2.040	8
Onteniente	25.959	6	926	4
Requena	41.771	10	955	2
Sagunto	41.679	23	1.195	3
Sueca	51.026	6	2.313	5
Torrente	64.008	15	3.067	5
Valencia	66.950	31	1.182	2
Villar	17.145	10	392	2
Xàtiva	55.901	11	1.582	3
<b>Total</b>	<b>700.278</b>	<b>224</b>	<b>24.390</b>	<b>3,5</b>

Fuente: elaboración propia a partir de la documentación del A.P.D.V.

Merece la pena destacar que, a diferencia de lo que ocurría en 1877, en estos momentos ya se observaba una normalización de los criterios de definición de la pobreza, reflejado en una cierta homogeneidad territorial del porcentaje de familias pobres, que globalmente suponían un 3,5% de la población de la provincia. Sin embargo, cuando valoramos de manera independiente los diferentes partidos, no observamos una dispersión importante, situándose el rango entre el 2% de Albaida, Ayora, Chelva, Requena, Valencia y Villar, y el 8% de Liria. En el caso del partido de Valencia, debemos destacar que la información valorada excluye los datos

referentes a la capital. La razón de médicos por habitante también ofrece poca variabilidad, ya que se sitúa entre 1/1.500 a 1/2.000 habitantes<sup>771</sup>.

La ciudad de Valencia también seguía contando con un servicio municipal de asistencia, como lo demuestran las estadísticas que aparecen en el *Boletín de la Estadística Municipal de Valencia (1915-1922)*. A modo de ejemplo hemos tomado el *Boletín* del mes de enero de 1918, donde se publica un apartado relativo a la asistencia domiciliaria, en el que constaban 1.234 familias pobres atendidas, que sobre el total de los 245.871 habitantes con que contaba la ciudad, representaban el 0,5% de pobres, distribuidos en los 29 distritos médicos en que estaba sectorizada la ciudad. Durante dicho mes fueron asistidos por medio de este servicio 1.500 enfermos y se despacharon 2.707 recetas. Además el servicio municipal contaba con 4 casas de socorro que prestaban servicio de medicina general tanto a domicilio como en consulta, además de su tradicional papel en la asistencia a los accidentes.

### **5.5.6. La profesionalización de la asistencia**

#### **La profesionalización de la asistencia en 1854**

La necesidad de ejercer una regulación del ejercicio de las profesiones sanitarias, fue un aspecto ya planteado en el Reino de Castilla, con la creación del Protomedicato, y más tarde perpetuado por la creación de las juntas superiores de medicina, cirugía y farmacia en el reinado de Fernando VII. El modelo de organización se basaba en el reglamento promulgado en 1828, que otorgaba a la Real Junta Superior Gubernativa de los Reales Colegios de Medicina y Cirugía, tanto el gobierno de los centros de enseñanza de la medicina y la cirugía, como el control del ejercicio profesional de médicos y cirujanos, y que se completaba además con la creación de las Academias de la profesión y las subdelegaciones. Pero la Real Junta quedó definitivamente suprimida en 1839, y la salvaguarda del ejercicio profesional

---

<sup>771</sup> Precisamente una de las conclusiones a las que se llegó en la Conferencia europea de higiene rural, fue la necesidad de poner a disposición de la población rural todos los medios de acción de la medicina moderna bajo el triple objetivo de preservar la salud, desviar y tratar las enfermedades desde sus primeras manifestaciones. Y para ello, los expertos establecieron una asignación máxima de 2.000 personas por médico. Conferencia Europea Higiene Rural (1931).

de médicos y cirujanos pasó a depender entonces de la llamada Junta Suprema de Sanidad.

La situación ante la que nos vamos a encontrar a mitad del siglo XIX, en relación con el tipo de formación recibida por los profesionales sanitarios, era francamente variable. Hay que tener en cuenta, tanto la coexistencia de diversas instituciones autorizadas para impartir la docencia de la medicina: universidad, colegios de cirugía que desde 1827 pasaron a denominarse de medicina y cirugía, o facultades de 1ª y 2ª clase, como los diferentes planes de estudios a los que se vio sometida. Por ello no era difícil encontrar un enorme abanico de titulaciones entre los profesionales que ejercían las profesiones sanitarias<sup>772</sup>.

La diversidad y profusión de títulos profesionales en la segunda mitad del siglo XIX<sup>773</sup> hubo de redundar necesariamente, por su inconsistencia temporal y por la falta de ordenación y sistematización efectivas, en una incapacidad técnica de los profesionales de la medicina y, consiguientemente en una mala relación médico-enfermo.

El perfil de los facultativos que ejercían su profesión en los municipios valencianos, no escapa a la variabilidad apuntada, y prueba de ello es el enorme abanico de titulaciones que ostentaban, lo que necesariamente refleja diferencias importantes en su nivel de formación. Esta diversidad de titulaciones a nuestro entender debió acarrear una doble consecuencia, la que deriva del hecho de que determinadas titulaciones tuvieran un mayor reconocimiento social que otras, que además llevaría implícita una mayor cotización económica de los profesionales que las ostentasen. En segundo lugar, que los municipios con más recursos podrían contratar a los facultativos más cualificados. La información enviada al gobernador civil de la provincia de Valencia por los subdelegados<sup>774</sup>, en el ejercicio de su labor de inspección del ejercicio de la profesión, nos ha permitido elaborar la tabla LI, en

---

<sup>772</sup> Véase el trabajo de Barona (1992a) en el que se pone en evidencia las continuas reformas universitarias que sufrió la enseñanza de la medicina a lo largo del siglo XIX, con una repercusión clara sobre el ejercicio de la profesión, reflejada en la coexistencia de titulaciones tan diversas como las de médico puro, licenciado en medicina, médico-cirujano, o facultativo habilitado.

<sup>773</sup> La regulación de los estudios de medicina que tuvo lugar en 1874, finalmente contempló los títulos únicos de licenciado y doctor en medicina y cirugía, al que en 1901 se agregó el de practicante. Albarracín Teulón, A. (1985-1986).

<sup>774</sup> Relación de profesores de medicina, cirugía y farmacia, así como de sangradores y matronas que ejercen en los pueblos de la provincia de Valencia. A.D.P.V., D.2.2., caja 50, 1854.

la que se detallan los títulos de los profesionales sanitarios que ejercían en los pueblos de la provincia de Valencia, así como la institución emisora de dichos títulos.

**Tabla LI**  
**Títulos ostentados por los profesionales que ejercían en los pueblos de la provincia de Valencia en 1854**

Título	Institución que lo emite
Cirujano	Real Junta Superior Gubernativa de Cirugía
Cirujano de 2ª clase	Ministerio de Instrucción y Obras Públicas
Cirujano de 3ª clase	Real Junta Superior Gubernativa de Cirugía Ministerio de Instrucción y Obras Públicas Ministerio de Gobernación
Cirujano-Sangrador	Colegio de Medicina y Cirugía de Madrid
Licenciado en Cirugía	Ministerio de Fomento
Sangrador	Ministerio de Instrucción y Obras Públicas Ministerio de Gracia y Justicia Real Junta Superior Gubernativa de Cirugía
Partera	Reales Colegios de la Facultad de Cirugía
Matrona	Ministerio de Gobernación Ministerio de Gracia y Justicia
Ministrante	Ministerio de Gracia y Justicia
Practicante	Ministerio de Fomento
Médico puro	Dirección General de Estudios
Licenciado en Medicina	Dirección General de Estudios Junta Sup. Gubernativa de Medicina y Cirugía Ministerio de Gobernación Colegio de Medicina y Cirugía de Madrid
Licenciado en Medicina y Cirugía	Ministerio de Instrucción y Obras Públicas
Profesor de Medicina	Dirección General de Estudios Ministerio de la Gobernación
Albeitar	Ministerio de Instrucción y Obras Públicas Ministerio de Gobernación
Veterinario	Ministerio de Fomento
Farmacéutico	Junta Gubernativa de Farmacia de Madrid
Licenciado en Farmacia	Ministerio de Gracia y Justicia Junta Gubernativa de Farmacia de Madrid

Fuente: elaboración propia a partir de la documentación del A.D.P.V.

No es nuestra pretensión ahondar en el tema de la regulación del ejercicio de la profesión, sino más bien poner de manifiesto un aspecto que sin duda tendría una importante repercusión en los cuidados de salud que percibía la población rural de la provincia de Valencia en la segunda mitad del siglo XIX. Así, es lógico pensar que, tanto si el contrato se establecía con el ayuntamiento como si se hacía con los



vecinos a través de igualas, resultaba más rentable contratar los servicios de un cirujano de segunda que los de uno de primera, y por supuesto que los de un médico, sin embargo el grado de formación del profesional y su nivel de conocimientos lógicamente variaba.

Para hacernos una idea de la magnitud de este hecho, valga como ejemplo la enorme variabilidad en las retribuciones que percibían los médicos y cirujanos del partido de Moncada, y que detallamos en la tabla LII<sup>775</sup>. En ella se pone de manifiesto cómo el precio de las igualas establecidas con los vecinos, que era la fórmula más común por la que se optaba para la asistencia, era más alto cuando se contrataban los servicios de un médico respecto a los de un cirujano. Otro aspecto a destacar, frente a lo que cabría pensar, es la ausencia de relación entre la remuneración percibida por los facultativos y el número de habitantes de la población en la que prestaba sus servicios, lo que puede ser debido tanto a la falta de regulación de los precios de las igualas, como a que algunos vecinos -entre los que se encontrarían los más pobres- no se acogiesen a este tipo de contrato con los facultativos de su población.

También presentamos la información procedente del partido de Chiva (tabla LIII), donde llama la atención la gran cantidad de médicos y cirujanos que ejercían su profesión percibiendo parte de su remuneración en forma de frutos y no en metálico<sup>776</sup>, reflejo de la precariedad y la miseria en la que se vivía en gran parte del medio rural valenciano. En el caso de los veterinarios, la contratación de sus servicios se ejercía de manera similar, a través de igualas con los vecinos que utilizaban sus servicios.

Los farmacéuticos, en número mucho más reducido que el resto de profesionales sanitarios, se dedicaban al libre ejercicio, y únicamente un pequeño número de ayuntamientos se hacía cargo de abonar el valor de la cuantía de los medicamentos, en el caso de aquellas personas catalogadas como pobres e incluidas en las listas de la beneficencia.

---

<sup>775</sup> Relación de médicos, cirujanos, farmacéuticos y veterinarios del partido de Moncada. A.D.P.V., D.2.2., caja 39, 1854.

**Tabla LII**  
**Relación laboral con los municipios y remuneración percibida por los médicos y cirujanos del partido de Moncada en 1854**

Población	Almas	Cirujanos				Médicos			
		Número		Remuneración		Número		Remuneración	
		Ayto.	E. libre	Metálico Reales *	Frutos	Ayto.	E. libre	Metálico Reales *	Frutos
Moncada	2.301	1		1.500		1		3.730	
Benifaraig	603		1	180			1	70	Trigo
Bétera	2.048		1	4.000			1	3.230	
Benimamet	1.383		1	1.800			1	4.300	
Paterna	2.201		1	150		1		4.400	
Museros	1.008		1	290			1	200	Trigo
Alfara	895		1	2.300			1	1.230	Trigo
Manises	1.930		2	300			2	5.000	
Albiuxech	1.200		1	200			1		Trigo
Meliana	1.160		1	150			1	1.000	
Bonrepós	531		1	800			1	600	
Godella	1.200		1	5.840			1	3.200	
Cuart	1.610		2	200			1	3.650	
Vinalesa	745		1	180			1	1.000	
Masarroch	580		1	190			1	400	
Rocafort	435		1	200			1	600	
Carpesa	618		1	700			1	400	
Borbotó	505		1	180			1	1.300	
Albalat	757		1	100			1	840	
Foyos	1.104		1	200			1	1.000	
Cuart	1.610		2	200			1	3.650	

\*: Cantidad expresada en reales, resultado de las igualas establecidas con los vecinos.

**E. libre:** Profesionales que ejercían libremente sin contrato alguno con el municipio.

**Ayto:** Profesionales contratados por los ayuntamientos, de los que percibían algún tipo de remuneración.

Fuente: Elaboración propia a partir de la documentación del A.D.P.V.

<sup>776</sup> Relación de médicos, cirujanos, farmacéuticos y veterinarios del partido de Chiva. A.D.P.V., D.2.2., caja 39, 1854.

**Tabla LIII**  
**Relación laboral con los municipios y remuneración percibida por los médicos y cirujanos del partido de Chiva en 1854**

Población	Almas	Cirujanos				Médicos			
		Número		Remuneración		Número		Remuneración	
		Ayto.	E. libre	Metálico Reales**	Frutos Reales *	Ayto.	E. libre	Metálico Reales**	Frutos Reales *
Alborache	663		1		2.500		1		2.250
Buñol	2.178		2	1.000	6.000		3	1.000	6.000
Cheste	2.980		3		7.000		2		8.940
Chiva	3.026		3		7.000		2		7.700
Dos Aguas	785								
Godolleta	971		1	3.500r			1		4.592
Macastre	642		1		600		1		1.825
Sieteaguas	1.414		1		4.030		1		3.600
Turís	2.833		1	1.000	6.000		1	1.000	6.000
Yátova	1.187		1		2.250		1		2.250

\*: Cantidad expresada en reales, resultado de las igualas establecidas con los vecinos.

\*\* : Cantidad percibida en reales, del presupuesto municipal.

**E. libre:** Profesionales que ejercían libremente sin contrato alguno con el municipio.

**Ayto:** Profesionales contratados por los ayuntamientos, de los que percibían algún tipo de remuneración.

Fuente: Elaboración propia a partir de la documentación del A.D.P.V.

### La profesionalización de la asistencia en 1877

En relación con el tipo de facultativos que prestaban sus servicios a la población rural valenciana, si bien se aprecia todavía una falta de homogeneidad en su perfil profesional, sí que se observa cómo la responsabilidad de la asistencia la asumían fundamentalmente los médicos con títulos de licenciados en medicina y cirugía o de médicos cirujanos, auxiliados por cirujanos de 3ª o cirujanos puros. La unión profesional entre médicos y cirujanos parecía estar consolidada, tras haber sufrido numerosas reformas en su enseñanza a lo largo del siglo<sup>777</sup>.

<sup>777</sup> Albarracín Teulón (1985-1986).

La situación valenciana era un buen reflejo de lo que se estipulaba en la reglamentación antes comentada, en la cual se daba preferencia para la obtención de los puestos de médicos titulares a los doctores o licenciados en medicina y cirugía, o también se establecía la posibilidad de dividir el servicio contratando un doctor o licenciado en medicina, o sea un “médico puro”, y un cirujano de primera ó segunda clase, distribuyendo su asignación en seis décimas partes para el primero y cuatro para el segundo. Las competencias del cirujano se centrarían en la “asistencia a males puramente externos y partos naturales, y en las pequeñas operaciones comprendidas bajo el nombre de cirugía menor”<sup>778</sup>. Donde no hubiere cirujano, estas funciones que acabamos de enumerar serían encomendadas a un ministrante ó practicante, a quien correspondería además el arte de dentista y callista. Por último y para los partidos de tercera y cuarta clase, en caso de no existir aspirantes con las titulaciones comentadas, podrían admitirse facultativos de segunda, y a falta también de éstos, los de la misma clase habilitados.

**Tabla LIV**  
**Titulación ostentada por los facultativos titulares contratados en los municipios de la provincia de Valencia en 1877**

Título	Número
Cirujano	9
Cirujano de 2ª clase	1
Cirujano de 3ª clase	12
Licenciado en Cirugía	1
Médico	11
Médico de 2ª clase	4
Médico cirujano	93
Licenciado en medicina y Cirugía	148
Profesor de Medicina	1
Practicante	2
Veterinario	1
Farmacéutico	1

Fuente: elaboración propia a partir de la documentación del A.D.P.V.

<sup>778</sup> Artículos 16 y 17 del *Reglamento para la asistencia de los pobres y organización de los partidos médicos de la península*, contenido en el Real Decreto de 11 de marzo de 1868.

La relación entre cada ayuntamiento y los facultativos que prestaban sus servicios en cada población, debía establecerse mediante un contrato cuya duración no era en todos los casos la misma. Así vemos cómo la mayoría de los facultativos adquirían compromiso con sus respectivos municipios por un tiempo ilimitado, lo cual por otra parte dejaba la libertad a ambas partes de rescindirlo en cualquier momento, por interés de alguna de ellas. También destacaban en proporción, los facultativos que habían firmado contrato por un período de 4 años, plazo marcado por la legislación para establecer estos contratos, disposición que por otra parte no siempre se cumplía. Prueba de ello es la situación global de la provincia de Valencia, que resumimos en la siguiente tabla:

**Tabla LV**  
**Duración del contrato de los facultativos titulares contratados en los municipios de la provincia de Valencia para la asistencia benéfica de los pobres en 1877**

<b>Duración del contrato</b>	<b>Número de facultativos</b>
Ilimitado	51
1 año	28
2 años	25
3 años	13
4 años	47
5 años	2
6 años	2
8 años	2
Interino	15
Sin contrato	3

Fuente: elaboración propia a partir de la documentación del A.D.P.V.

La retribución percibida por los profesionales sanitarios ha sido otro de los aspectos que hemos valorado y que pone de manifiesto una ausencia absoluta de homogeneidad entre los sueldos que percibían los facultativos, a igual categoría de partido o tamaño de población en que prestasen servicios. Seguramente, ello no era más que el fiel reflejo de la falta de regulación de este concepto en la legislación ya que, si bien el reglamento de 1868 había establecido la asignación que debían de percibir los titulares en función del tipo de partido y del número de familias pobres

que atendiesen, el reglamento de 1870 dejó libertad a los ayuntamientos en este sentido. Éste, por otra parte, fue uno de los aspectos más criticados del reglamento por parte del colectivo médico y del que se hizo eco la prensa médica, al considerar que podrían producirse arbitrariedades en la contratación de los titulares al aplicar criterios diferentes a los de carácter profesional para su contratación<sup>779</sup>.

A modo de ejemplo, hemos seleccionado la situación de la asistencia pública domiciliaria en las diferentes poblaciones que integraban el partido de Valencia, y en las que podemos encontrar diversas situaciones que van desde la existencia de ciudades con abundante población, como era la capital de la provincia, cuyo ayuntamiento todavía no se había hecho cargo de la beneficencia domiciliaria, o la de otras con menor volumen de población -Alfara del Patriarca, Vinalesa, Borbotó...- que se sumaban a esta carencia, hasta otras que parecían tener ya consolidada la contratación de los facultativos titulares (tabla LVI).

En cuanto a las retribuciones percibidas por los facultativos, parece que estaban en relación tanto con la titulación o categoría del profesional como con el número de familias pobres que debían atender. Como norma general, estaban mejor pagados los licenciados en medicina y cirugía, seguidos de los que tenían el título de médico cirujano y, en tercer lugar, los médicos puros-. No obstante, el grado de sensibilización de cada ayuntamiento, así como la voluntad de mantener el servicio de asistencia benéfico-sanitaria con carácter público, parecían constituir los principales determinantes de la mayor o menor implicación y consecuente contribución presupuestaria de los diferentes ayuntamientos.

---

<sup>779</sup> Alafont (1873).

**Tabla LVI**  
**Situación de la asistencia pública domiciliaria en el partido judicial**  
**de Valencia en el año 1877**

Municipio	Número vecinos	Número f. pobres*	Facultativos		Asignación
			Nº	Titulación	
Valencia	26.926	0			
Ruzafa	3.253	375	3	Médico-cirujano	1.750
P. Nuevo del Mar	2.143	0	1	Licenciado med.-cirugía	750
Vilanova del Grao	1.001	300	2	Médico-cirujano	1.500
Alboraya	926	350	1 1	Médico-puro Cirujano 3ª	240 240
Moncada	767	200	1	Licenciado med.-cirugía	1.500
Paterna	622	350	2	Médico-cirujano	750/1.000
Burjasot	509	150	1	Licenciado med.-cirugía	750
Paiporta	446	300	2 1	Médico-cirujano Cirujano	750/500 250
Campanar	435	200	2	Licenciado med.-cirugía	1.125/750
Godella	429	50	1	Licenciado med.-cirugía	250
Meliana	399	30	1	Médico-cirujano	250
Benimamet	342	120	1	Licenciado med.-cirugía	500
Almacera	341	50	1 1	Licenciado med.-cirugía Cirujano 3ª	200 100
Foyos	289	5	1	Licenciado med.-cirugía	120
Mislata	289	30		Médico-cirujano	750
Albuixech	282	200	1	Licenciado med.-cirugía	1.765
Alfara Patriarca	230	0		Médico- Cirujano	150
Vinalesa	217	0			
Borbotó	170	0			
Carpesa	167	0		Médico-Cirujano	38
Masarrochos	166	0			
Benifaraig	148	0			
Benetuser	133	0			
Tabernes Blanques	117	20		Médico-cirujano Cirujano	15 15
Rocafort	111	0			
Bonrepós	104	40	1 1	Médico-puro Cirujano	18 18
Orriols	83	0			
Emperador	42	0		Médico-cirujano	25

\* f. pobres: familias pobres.

Fuente: elaboración propia a partir de la documentación del A.D.P.V.

## **La profesionalización de la asistencia en 1928**

Durante el primer tercio del siglo XX la unificación de los títulos profesionales de licenciado y doctor en medicina y cirugía resultaba ya una realidad consolidada. En esta etapa la asistencia sanitaria en el medio rural se vio fuertemente marcada por un intenso movimiento corporativo de los médicos rurales, con la finalidad de intentar afianzar su situación laboral. Como han señalado algunos autores<sup>780</sup>, la movilización de un amplio sector del colectivo de médicos titulares a favor de una nacionalización de la medicina, se desarrolló como una estrategia de incorporación de todo un grupo profesional a las nuevas exigencias de una “sociedad en crisis”.

En la provincia de Valencia, la asistencia sanitaria de los pueblos en estos momentos puede decirse que tenía una organización consolidada en partidos médicos. En la tabla LVII puede apreciarse la distribución de los médicos titulares contratados por los ayuntamientos, en función del tipo de partido al que pertenecían, y el coste en pesetas que representaban sus servicios en cada uno de los partidos médicos<sup>781</sup>. Como puede observarse, la mayor parte de los facultativos contratados desempeñaban su labor en partidos médicos de 3ª y 4ª categoría, lo que implicaba un sueldo anual de 2.200 y 1.650 pesetas anuales respectivamente. No sólo da la impresión de que estos sueldos eran bajos, sino que además existía una tendencia por parte de los ayuntamientos a catalogar sus partidos entre los de más baja categoría para pagar lo menos posible a los médicos -sólo hay dos titulares de 1ª en toda la provincia-.

---

<sup>780</sup> Huertas García-Alejo, R. (1993 y 1994b) y Jiménez Lucena, I. (1997).

<sup>781</sup> *Ibídem.*



**Tabla LVII**  
**Categoría de los médicos titulares que ejercían en los partidos**  
**de la provincia de Valencia en 1928**

Partido	Titulares					Número médicos	Coste pesetas
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª		
Albaida			8	8		16	23.000
Alberique		3	7	4		14	16.500
Alcira		12	5	4	2	23	24.000
Ayora		2	3	2	1	8	12.750
Carlet		2	8	5		15	20.000
Chelva		3	4	7		14	21.500
Chiva		4	7	3		14	15.500
Enguera		2	6	4		12	18.500
Gandia		5	10	9	1	25	33.750
Xativa		4	5	7		16	19.500
Liria		3	13	2		18	11.000
Onteniente		4	4	4		12	17.500
Requena		8	1	7		16	36.500
Sagunto	2		1	15	7	25	13.500
Sueca		12	5			17	29.000
Torrente		3	18	3		24	29.250
Valencia		1	13	5	1	20	16.250
Villar			5	3	3	11	19.000
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>68</b>	<b>123</b>	<b>92</b>	<b>15</b>	<b>300</b>	<b>377.000</b>

Fuente: elaboración propia a partir de la documentación del A.D.P.V.

Realmente, no parece que la importante labor social que realizaba este colectivo tuviese mucho reconocimiento, y que tampoco tuviese a cambio compensaciones en cuanto al modo y las condiciones en que debían vivir tanto él como su familia, o al menos así era percibido por muchos de ellos:

“[...] La forma en que España suele estimar los servicios del médico es una de las injusticias más brutales que conozco.

Nadie se ve obligado a desplegar mayores dotes de humildad, de caridad, de ilustración, de abnegación, de diligencia, de resignación, de disciplina, de firmeza, de serenidad, de valor verdaderamente heroico.

La recompensa que recoge suele ser, por lo pronto, una absoluta indiferencia, cuando no un franco menosprecio, después la miseria de por

vida, luego el total desvalimiento de los suyos, todavía trabajando le sorprende la muerte [...]”<sup>782</sup>.

Las escasas retribuciones que reportaba la actividad derivada de la beneficencia pública domiciliaria, obligaba a los médicos a compaginar esta actividad con el libre ejercicio, que en la mayoría de los casos se traducía en el establecimiento de igualas con la población que quedaba fuera del sistema de beneficencia. Por otra parte, era una situación frecuente que ni los ayuntamientos ni los vecinos igualados abonasen regularmente sus emolumentos a los médicos, lo que generaba continuas denuncias ante la autoridad provincial. Esta situación era motivo de intervenciones en la prensa médica, reivindicando el papel del médico rural, que tras un período de prolongado para conseguir el título, y si no poseía una holgada posición económica o influencias políticas que le permitieran ganar oposiciones, debía recurrir a trabajar en una plaza de titular a nivel rural<sup>783</sup>:

“[...] Si al tomar tal resolución llega a conseguir una titular, nuestro médico forma sus igualitarios, a los que escasos vecinos se niegan, y por 5 pesetas y hasta por 2,5 pesetas anuales, cada uno de dichos vecinos tiene derecho a la asistencia facultativa de la familia completa, y a toda hora ¿No es mucho pagar un tan gran lujo de médico?.

Después de tanta y tanta molestia anual ¿cree el lector que los clientes pagan lo estipulado al médico?. Esto ocurre en contadísimos pueblos, pero en los demás, que sólo aguzan el ingenio para perjudicar y refinar en sus malvadas inclinaciones han sabido el modo de no pagar al doctor [...]”

Derivado de esta situación, el asociacionismo profesional que ya se había iniciado en la segunda mitad del siglo XIX como una forma de articular la defensa de los intereses profesionales de los médicos<sup>784</sup>, desembocó en la creación de la Asociación de Médicos Titulares. Fundada en 1902, ésta pronto se constituyó en una de las fuerzas corporativas más combativas con la administración sanitaria. Valga

---

<sup>782</sup> Serrador (1924).

<sup>783</sup> Cortés (1917).

como ejemplo el manifiesto que dicha asociación firmó en Haro en 1921, en el que además de interesantes propuestas de reorganización sanitaria, se ponían en evidencia claras reivindicaciones de mejora de las condiciones económicas y contractuales de todo el colectivo de profesionales, que se sentían explotados por los caciques de la España rural y que constituían un “proletariado médico” frente a los especialistas de las ciudades, y sobre todo frente a una “oligarquía médica” constituida por los responsables de la administración sanitaria<sup>785</sup>.

Entre los aspectos por los que los médicos titulares se consideraban sometidos destaca la falta de objetividad de los ayuntamientos para la provisión de las vacantes, que en la mayoría de los casos se encontraban sujetas a recomendaciones y compadrazgos, las continuas presiones a las que se veían sometidos teniendo que claudicar ante las exigencias de las juntas de vecinos, de los alcaldes y especialmente de los caciques<sup>786</sup>. Todo ello para poder cobrar una iguala que les permitiera compensar las escasas retribuciones percibidas oficialmente desde el poder municipal.

En este contexto, la gran aspiración profesional de los médicos titulares en el primer tercio del siglo XX, se centró en que el estado planteara una reforma que incluyera la creación de un cuerpo de sanidad civil y la organización de un servicio sanitario municipal, que garantizara la inamovilidad de las plazas obtenidas, el cobro de las mensualidades y la obtención de los derechos pasivos de jubilación.<sup>787</sup> Para ellos resultaba una frustración que la administración sanitaria no reconociese a los que realizaban la labor de inspección de sanidad municipal la categoría de funcionarios del estado, con las consiguientes garantías de independencia técnica y de percibir una remuneración por el cargo<sup>788</sup>. Sin embargo, esta situación no halló solución hasta el final del período de la Segunda República, con la publicación de la *Ley de Coordinación Sanitaria*, pero hasta llegar a ella hubo de sufrir momentos de

---

<sup>784</sup> Arroyo Medina, P. (1997).

<sup>785</sup> Sobre el concepto de proletariado médico ver el trabajo de Huertas (1994a).

<sup>786</sup> Albarracín Teulón, A. (1974).

<sup>787</sup> Villacorta Baños, F. (1989).

<sup>788</sup> Díaz, J.J. (1932).

enfrentamiento y tensión que llegaron incluso a generar la crisis del gabinete ministerial<sup>789</sup>.

En definitiva puede afirmarse que la modalidad domiciliaria no ocupó un papel preponderante en el modelo de asistencia benéfico-sanitaria pública de la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del siglo XX. No obstante, la evidente necesidad de mejorar los niveles de salud de la población, hacía necesario incorporar los modelos de asistencia adoptados desde otros países de nuestro entorno, más modernos y avanzados. Pero el alcance de este objetivo debía pasar por la premisa de contar con un colectivo de profesionales bien preparado y de asumir la importancia social de su labor profesional.

---

<sup>789</sup> Véase el análisis que realiza Bernabeu (2000) sobre la labor de Marcelino Pascua al frente de la dirección general de sanidad, en el que se pone de manifiesto el enfrentamiento y la polémica entre Pascua y el colectivo de médicos titulares, como uno de los factores que contribuyeron a la crisis ministerial y posterior dimisión de sus dirigentes.

## **6. CONCLUSIONES**



## **6.1. Constitución y desarrollo de la sanidad municipal (1882-1916)**

La institucionalización de la higiene pública en la ciudad de Valencia debemos enmarcarla en el contexto de las particulares condiciones sociales que vivía la ciudad a finales del siglo XIX, inmersa en pleno proceso de expansión demográfica, en un proceso de industrialización a pequeña escala y con un proletariado emergente que aspiraba a mejorar sus condiciones de vida, de salud y de trabajo. Junto a ello, los indicadores sanitarios ponían en evidencia elevadas tasas de morbimortalidad, especialmente por enfermedades infecciosas, vinculadas en gran parte a las deficientes medidas de higiene individual y colectiva, unas cifras intolerables de mortalidad infantil y unas condiciones de higiene y salud muy deficientes. La situación reclamaba la intervención desde los poderes públicos. En este entorno, el importante proceso de recuperación científica que comenzó a vivir la medicina en Valencia durante la segunda mitad del ochocientos, impulsado desde instituciones como el Instituto Médico Valenciano y la Facultad de Medicina, dio como respuesta a las demandas sociales la génesis de la sanidad municipal. El esfuerzo y la aportación de una notable generación de médicos valencianos vinculados a estas instituciones, resultó trascendental para la introducción del método experimental y la paulatina transformación de los conocimientos hacia las ideas propias de la mentalidad higienista y de las medidas de prevención e higiene pública. La integración y el apoyo de las nuevas ideas desde la corporación municipal, hizo posible que la ciudad de Valencia fuera una de las primeras de España en incorporar los supuestos de la medicina de laboratorio, mediante la creación del cuerpo de higiene y salubridad municipal (1882).

El origen de la institucionalización de la higiene pública municipal se situó en la organización aislada de servicios o instituciones básicas, como las casas de socorro (1879) y el laboratorio químico municipal (1881), que posteriormente dieron paso a la constitución del Cuerpo Municipal de Higiene y Salubridad Pública de Valencia (1882). Mediante esta fórmula se fueron integrando todos los servicios municipales en un único dispositivo, desde el cual se desarrollaron las distintas actuaciones en el campo de la higiene pública. En este recorrido, las casas de socorro inicialmente se

concibieron como instituciones de carácter puramente asistencial, para compensar las importantes carencias de una ciudad que tenía en su hospital la única institución asistencial, al no haber puesto en marcha el servicio de asistencia benéfica domiciliaria de los pobres, que en el modelo liberal de beneficencia se contemplaba como una competencia municipal. Lo que comenzó siendo un centro de atención a los accidentados y menesterosos, con la vacunación de niños y adultos como único servicio de carácter preventivo, a partir de 1905 fue ampliando su campo de actuación para adaptarse a la nueva visión que contemplaba los factores sociales en la etiología de las enfermedades, y mediante la progresiva asimilación de las diferentes especialidades médicas. La incorporación de una “gota de leche” y de un consultorio municipal de niños, como fórmula institucional de lucha contra la mortalidad infantil, apoyada en un servicio de comadronas para la atención al parto, o la creación de consultas para atender las enfermedades venéreas y las denominadas “enfermedades del pecho”, constituyen ejemplos de la implicación de la sanidad municipal valenciana en las principales luchas sanitarias, que se fueron planteando una vez entrado el siglo XX.

Paralelamente a la actividad asistencial individual, las medidas colectivas de higiene del cuerpo municipal, se canalizaron desde los laboratorios químico y bacteriológico, así como desde los servicios de inspección y la brigada sanitaria municipal. Hay que resaltar que durante sus primeros años de andadura, estas instituciones tuvieron que funcionar al mínimo de sus posibilidades, con una situación de penuria y la escasez de recursos e infraestructuras científicas. La improvisación, los problemas de infraestructura y espacio, así como la asignación mínima de recursos con la que contaron, resultaron la tónica general. La ideología y los objetivos de su creación eran claros, pero su funcionamiento cotidiano carecía de la necesaria planificación y de los recursos imprescindibles.

La mejora y ampliación de sus competencias, vinieron de la mano del cambio de siglo y de la toma del poder municipal por el partido blasquista, que mostró una importante sensibilidad por mejorar la higiene pública de la ciudad. De este modo, la mayor asignación de recursos culminó en la constitución del instituto municipal de higiene en 1910. La nueva etapa hizo posible que las actuaciones que venía realizando de manera rutinaria –análisis de alimentos y de aguas de bebida,



estudios bacteriológicos de muestras biológicas, desinfección de locales y utensilios, inspecciones de mercados y escuelas- pudieran ampliarse a otras más acordes con las tareas propias de un centro de investigación y experimentación. Un ejemplo de ello lo constituyeron los estudios y aplicación de la vacuna antirrábica, iniciados por Tomás Peset en 1910 y los relacionados con la vacunación antitífica llevados a cabo por Pablo Colvée en 1912. Junto a ello, se sumó una importante preocupación higienista, que llevó a iniciar el abordaje de algunos de los principales problemas que vivía la ciudad, como eran los relacionados con el alcantarillado y el abastecimiento de agua potable, la limpieza de las calles, o la intensificación del control higiénico de los alimentos. Los intentos de mejora en el campo de la higiene no cesarían ya a lo largo del primer tercio del siglo XX, a pesar de la difícil situación económica derivada de la Guerra Mundial, que se agravó unos años después por la epidemia de gripe de 1918. Ello no impidió que en 1920 se elaborase un nuevo proyecto sobre saneamiento de Valencia, como intento de reanudar los trabajos iniciados a principios de siglo y cuya finalidad última era la reducción de las altas tasas de mortalidad que presentaba la ciudad. En definitiva, podemos afirmar que todas estas actuaciones representaron importantes avances para la ciudad desde el punto de vista higiénico-sanitario, que desde luego ya no tendrían vuelta atrás.

## **6.2. Constitución y desarrollo de la sanidad provincial: El Instituto Provincial de Higiene de Valencia (1916-1936)**

La institucionalización de la higiene pública municipal dio paso a su implantación provincial, a partir de la creación del Instituto Provincial de Higiene de Valencia en 1916, institución que poco a poco se fue convirtiendo en el epicentro de la organización de la higiene pública en el ámbito provincial, para alcanzar su máximo esplendor en el período de la Segunda República. El instituto provincial de higiene, bajo la tutela administrativa de la diputación provincial, se concibió en un primer momento como un servicio auxiliar del hospital y demás establecimientos de la beneficencia provincial, y su tarea primordial durante el período fundacional (1916-1920), consistió en el desarrollo de la medicina de laboratorio, mediante la

realización de análisis higiénico-sanitarios de muestras biológicas, aguas de bebida y alimentos, a los que se sumó como una constante la actividad de producción de sueros y vacunas. En este período la dirección de la institución corrió a cargo de los médicos valencianos Juan Torres Balbí y Juan Peset Alexandre, quienes además de aportar el edificio que albergaba al instituto, sin duda contribuyeron a la incorporación de los procedimientos y las técnicas de laboratorio más modernas en aquel momento. Además de convertir el centro en referente para todos los pueblos de la provincia en la elaboración de la vacuna antivariólica, Peset introdujo la vacuna antitífica en un momento en que la provincia de Valencia presentaba una las tasas de mortalidad y morbilidad por fiebre tifoidea más altas de España. Otras aportaciones en esta etapa fueron la creación de un servicio antirrábico con ámbito de actuación provincial o la implicación de la institución en la epidemia de gripe de 1918.

Tras la publicación del *Reglamento de Sanidad Provincial* en 1925, la organización de la salud pública se decantó definitivamente por el ámbito provincial como marco general para su organización, y se apostó por los institutos provinciales de higiene como ejes de esta organización, bajo la dependencia de las diputaciones provinciales. Ello dio pie en la provincia de Valencia a la creación del servicio sanitario provincial, que integró en un único dispositivo al instituto provincial de higiene y a la brigada sanitaria provincial, servicio que se había creado en 1921 a cargo de la mancomunidad de municipios de la provincia. La mayor asignación de recursos que supuso la creación del servicio sanitario provincial, determinó que su actividad se intensificase en la vertiente de salud pública –análisis de aguas y alimentos, desinfección, producción de vacunas, actividades de propaganda- y adquiriese cierta autonomía respecto del hospital provincial, que permitió que su actividad principal dejase de estar circunscrita a las demandas de éste. No obstante, la dependencia administrativa de la diputación provincial impedía cortar el cordón umbilical entre ambas instituciones.

Con el cambio político que supuso el triunfo de la Segunda República en España, la salud pública valenciana vivió su etapa de mayor expansión. A partir de 1931 el Instituto Provincial de Higiene de Valencia, pasó de depender de la diputación provincial a ser gestionado desde la mancomunidad de municipios de la provincia. De este modo, su dirección quedó exclusivamente a cargo del inspector

provincial de sanidad, como técnico del cuerpo de sanidad nacional, en quien delegó el nuevo gobierno republicano la responsabilidad de llevar a cabo su programa de reconstrucción sanitaria. Bajo la tutela de la diputación, ni el reconocimiento de la autoridad del director técnico, ni la propagación al ámbito provincial de los servicios de carácter higiénico y social que prestaba el instituto, habían llegado a ser una realidad.

La fuerte inversión económica que se realizó en esta etapa, comportó importantes mejoras para la sanidad valenciana, que pasaron por establecer un modelo de organización de la salud pública descentralizado, basado en las propuestas de la Sociedad de Naciones, de potenciar los institutos provinciales de higiene, y de crear a su amparo centros secundarios de higiene, para extender el plan de higienización al medio rural. Sin duda, la implicación de Tomás Peset Alexandre, como inspector provincial de sanidad, resultó decisiva en la coordinación y puesta en marcha del programa de reconstrucción sanitaria, centrado en mejorar la salud materno-infantil, abordar las enfermedades evitables desde su profilaxis, atender las enfermedades sociales y fomentar la educación sanitaria de la población. Esta labor se vio facilitada a partir de 1933, con la inauguración de un nuevo edificio en la calle del Dr. Simarro nº 39, actualmente Micer Mascó, en el que pudieron ubicarse conjuntamente todos los servicios de carácter provincial: las cuatro secciones del instituto de higiene –epidemiología y estadística, bacteriología, química, veterinaria– los dispensarios antivenéreo y antituberculoso y la escuela provincial de puericultura y dispensario de higiene infantil.

Cabe resaltar la labor realizada en esta etapa desde la sección de epidemiología en la mejora de la recogida y elaboración de los informes estadísticos de carácter provincial. Fruto de ello fueron los estudios que publicó sobre la evolución temporal de la natalidad y mortalidad en la capital y en la provincia, estableciendo comparaciones con el resto de provincias del estado. Los estudios epidemiológicos también evidenciaron la importancia de la fiebre tifoidea como problema sanitario prioritario de la provincia. El análisis comparativo de las tasas de mortalidad específicas por fiebre tifoidea en las diferentes provincias españolas, situaba a Valencia como la de mayor mortalidad en el conjunto del estado en el quinquenio 1927-1931. La epidemiología de la enfermedad estaba claramente

vinculada a importantes deficiencias en el abastecimiento de aguas y eliminación de excretas de muchos municipios, así como a la existencia de un considerable volumen de portadores del bacilo tífico. Se concluía con la necesidad de implicar a corporaciones, clases sanitarias, ingenieros, arquitectos, maestros, etc. en la puesta en marcha de una campaña destinada a combatir este problema sanitario.

### **6.3. Otras instituciones que conformaban la organización sanitaria provincial**

Durante las primeras décadas del siglo XX, la asimilación de la corriente europea que defendía la etiología social de algunas enfermedades, impulsó la incorporación de los dispensarios al modelo sanitario provincial, a imagen y semejanza de los ya existentes en Francia o Inglaterra. Pero el apoyo institucional que recibieron inicialmente resultó decepcionante y la insuficiente asignación de presupuesto para su funcionamiento fue la tónica general en la provincia de Valencia durante muchos años. Tanto el dispensario antivenéreo provincial, vinculado a su junta provincial de sanidad desde 1910, como el dispensario antituberculoso provincial, creado en 1911, padecieron las consecuencias de unas deficientes instalaciones y medios adecuados, para actuar como un servicio de carácter médico-social que hiciera posible agregar las nuevas ideas sobre profilaxis, prevención y educación sanitaria.

Hasta la llegada de la Segunda República, el dispensario antivenéreo centró su actuación de manera exclusiva, en el reconocimiento y tratamiento de las prostitutas, sustentado en las cuotas que ellas mismas aportaban. Del mismo modo, la respuesta al problema tuberculoso fue dejar en manos de la beneficencia privada la organización de la campaña antituberculosa. Así, para hacer frente a la enfermedad infectocontagiosa con mayores tasas de morbilidad y mortalidad en la provincia de Valencia, existió un único dispensario provincial cuyo elemento financiero principal provenía del dinero recogido en la denominada “fiesta de la flor”. Por ello, su contribución a la lucha contra la tuberculosis no pasó de ser algo anecdótico.

La importante reforma sanitaria que se acometió en la etapa de la Segunda República, pasó por establecer un mecanismo de formación continuada de los

sanitarios locales, considerados como piezas clave del proceso de reconstrucción sanitaria. El esfuerzo realizado desde el Instituto Provincial de Higiene de Valencia y la Escuela Provincial de Puericultura vinculada a él, contribuyeron a incorporar los supuestos conceptuales y metodológicos necesarios para que estos profesionales de la sanidad rural dieran un cambio cualitativo importante a la orientación de las diferentes luchas sanitarias. Así en los dispensarios antivenéreos, además del diagnóstico y tratamiento gratuitos de enfermas y enfermos, se incorporó la investigación de la fuente de contagio y la educación sanitaria de la población con su labor de propaganda. Los dispensarios antituberculosos ampliaron sus cometidos de diagnóstico y tratamiento de enfermos, a la detección de contactos mediante la práctica de la investigación radioscópica a los familiares de los enfermos y a la población escolar, como método de investigación sistemática para descubrir nuevos casos. Esta búsqueda activa de casos y contactos formó parte de la labor comunitaria asignada a las enfermeras visitadoras.

La lucha contra el tracoma, que hasta entonces se había centrado en el tratamiento de los enfermos, casi siempre con formas graves y complicadas de la enfermedad, ahora se dirigía a identificar los casos en estadios incipientes que permitieran el inicio precoz del tratamiento. El reconocimiento de colectivos especialmente susceptibles, como escolares y trabajadores de fábricas y talleres, resultó otro de los cometidos para detectar de manera precoz la enfermedad. Todo ello se apoyó en una importante labor de educación sanitaria de la población mediante la organización de conferencias de divulgación en las escuelas y en las fábricas, dirigidas a sensibilizar a los maestros y a los directivos de los centros de trabajo.

La lucha contra la mortalidad infantil resultó una tarea conjunta entre el instituto provincial de higiene y la escuela de puericultura, mediante la enseñanza, divulgación y estudio de la higiene infantil y la puericultura. La labor de promoción de la salud se complementó con la docente. En un momento en que la disminución de la mortalidad infantil se vinculaba claramente a la capacidad de las madres para proporcionar los cuidados apropiados a sus hijos, el desarrollo de la puericultura se vislumbró como una herramienta importante para su capacitación y se optó no sólo

por la formación directa de las madres, sino también por la de agentes intermedios como maestras, matronas o enfermeras.

Tras consolidar la estructura del instituto provincial como centro director de la política sanitaria, Tomás Peset volcó todos sus esfuerzos en completar la organización de la salud pública en el medio rural. La cesión de locales por parte de los respectivos ayuntamientos facilitó la constitución de los dispensarios antivenéreos de Alcira, Gandía, Játiva, Sueca y Sagunto, y de los antitracomatosos de Alcira, Sagunto, Sueca, Cullera y Gandía. La lucha contra la mortalidad infantil en el medio rural se impulsó desde las nuevas estructuras administrativas que, en forma de polidispensarios, constituyeron los centros secundarios de higiene. En un primer momento se proyectó la creación de tres centros secundarios en las poblaciones de Gandía, Sagunto y Játiva, aprovechando la colaboración de sus ayuntamientos y la facilidad de reunir en un mismo local varios dispensarios que ya venían funcionando en estas poblaciones. El criterio que guió a Tomás Peset, no era otro que el de crear en el conjunto de la provincia centros secundarios con los correspondientes primarios, y luego algunos centros primarios vigilados directamente desde la capital. Sin embargo, la llegada de la guerra civil en 1936, frustró la posibilidad de culminar tan ambicioso proyecto.

#### **6.4. El papel del hospital provincial en el modelo asistencial (1854-1936)**

El modelo de asistencia benéfico-sanitaria en la provincia de Valencia, cumpliendo lo establecido en la *Ley de Beneficencia* de 1849, tuvo en sus instituciones cerradas, representadas por el hospital general y los grandes asilos, su único punto de referencia a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX. Estas instituciones asumieron responsabilidades asistenciales para el ámbito de toda la provincia, propiciando un centralismo absoluto de la organización benéfico-asistencial en torno a la capital y, consecuentemente, la limitación del desarrollo de recursos sanitarios en algunas poblaciones grandes y la penuria de los pequeños municipios.

La nueva propuesta legislativa, ligó el destino de la beneficencia pública a la diputación provincial, con importantes consecuencias negativas sobre su financiación, al perder las rentas procedentes tanto de la iglesia local como del ayuntamiento de la ciudad, que hasta entonces habían contribuido notablemente a su financiación y administración. La situación todavía se agravó más por el impacto del proceso de desamortización de los bienes del clero, que exigieron necesariamente una mayor participación de la administración pública. Estos importantes condicionantes determinaron que el sistema público de beneficencia legado por el Antiguo Régimen, se mostrara incapaz de evolucionar al ritmo que marcaban las necesidades sociales. Buen ejemplo de ello fue la inflexibilidad de la capacidad asistencial de las principales instituciones benéfico-sanitarias, ante la evolución de la población urbana y ante el proceso de provincialización.

El hospital provincial, aunque conservó la diversidad de funciones que había heredado del Antiguo Régimen, asumiendo el triple objetivo de asistir a los enfermos, dementes y expósitos de la provincia, centró su función primordial en la asistencia a los enfermos pobres. La asistencia a los dementes, que era el propósito por el cual se había fundado el primitivo hospital, quedó relegada a un segundo plano, hasta el punto de que la situación de creciente hacinamiento del departamento de dementes, llevó a la diputación a trasladar en 1865 a estos pacientes a un manicomio independiente, ubicado en el antiguo convento de Jesús. Por su parte, desde la inclusa se potenció la modalidad de asistencia externa a los expósitos, por nodrizas que se hacían cargo de ellos en su propio domicilio. Esta modalidad resultaba menos gravosa para las arcas provinciales.

El modelo organizativo y funcional del hospital, respondía al de tipología más tradicional, y se alejaba de los más innovadores hospitales europeos y norteamericanos de la segunda mitad del siglo XIX, en los que la tendencia era unificar la dirección médica y administrativa. Desde el punto de vista funcional, el ajustado número de médicos con que contó y la disposición tradicional de los enfermos en salas grandes en crucero, que contenían numerosas camas, con escasa ventilación y limpieza, en las que se alojaban conjuntamente enfermos afectados de diferentes patologías, condicionó sus elevadas tasas de mortalidad y las reticencias con que la propia población vivía la posibilidad de ser ingresada en el hospital.

A finales del siglo XIX y sobre todo con la llegada del XX, comenzó un período de transición que convirtió el característico “hospital de cuidar”, cuyo objetivo se centraba en la asistencia social al enfermo, pobre y marginado, en un hospital estrictamente centrado en la asistencia sanitaria, destinado a diagnosticar y curar: el punto de partida del hospital de especialidades. Comenzó a concebirse como un espacio de formación y adquisición de conocimientos para los nuevos profesionales, y como un lugar para incorporar los avances técnicos y la especialización sanitaria. La progresiva legitimación de las distintas especialidades médicas, determinó la incorporación de nuevas secciones para ponerlas en práctica, con un importante incremento de la plantilla de personal sanitario en el primer tercio del siglo XX. Junto a ello, se puso en marcha desde el propio hospital, un sistema de consultas externas para atender a la población pobre de manera ambulatoria, en las diferentes especialidades. Este hecho, unido a la progresiva implantación de la asistencia pública domiciliaria, que ya comenzaba a hacerse realidad en los diferentes pueblos de la provincia, y en la propia capital, sin duda diversificaron la demanda asistencial y contribuyeron al progresivo descenso de la tasa de ingresos hospitalarios, que contrastaba con el importante incremento demográfico del primer tercio del siglo XX en la provincia de Valencia. Al resolver de manera ambulatoria aquellos casos de menor gravedad, el perfil de los pacientes ingresados en el hospital se centró en los que presentaban patologías médicas más graves y, sobre todo acusó un predominio de los pacientes con fines quirúrgicos.

Por su parte, el manicomio resultó una verdadera rémora para las arcas provinciales, pues el elevado coste que representaba su mantenimiento para la corporación provincial, no reportaba beneficio ni reconocimiento social en igual proporción. Las particulares características que rodearon a esta institución, permitirían catalogarla más como centro de reclusión que como institución asistencial. Las condiciones de hacinamiento en las que estaban obligados a vivir los dementes, por ausencia de un edificio con instalaciones apropiadas, y el carácter crónico de las estancias, sin duda condicionó las elevadas tasas de mortalidad que en él se producían y la equiparación de la curación de los enfermos a la mayor utopía. El papel de la inclusa como institución de acogida de la infancia abandonada e instrumento de lucha contra la mortalidad infantil, sólo resultó satisfactorio de



manera parcial, en la medida en que la crianza de los expósitos se realizara a cargo de un ama de cría externa que, en el mejor de los casos solicitara posteriormente el prohijamiento. Las tasas de mortalidad de los que permanecían en la institución, representaban entre un 20% y un 30% de los ingresos anuales. De este modo, aunque el prohijamiento se realizara en ocasiones de manera interesada para obtener mano de obra barata, esta actuación seguramente significó la supervivencia para mucha población infantil que pudo llegar a la edad adulta.

### **6.5. El sistema asilar en el marco de la beneficencia provincial**

Los dos grandes asilos provinciales, las Casas de Misericordia y Beneficencia, a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX fueron sustituyendo su tradicional planteamiento asociado a la idea de corrección y castigo, que a lo largo del Antiguo Régimen se había vinculado a la falsa pobreza, por la idea de utilización del internamiento como medio para la aplicación de medidas de prevención y reeducación de los pobres. El perfil de la población asistida se centró en los grupos de población más castigados por la pobreza, como eran los niños y las mujeres viudas. En ambos casos, los grandes asilos provinciales constituyeron uno de los escasos medios con que esta población castigada por la indigencia contó para sobrevivir. Víctimas de unas transformaciones económicas que intensificaban la desigualdad, condenados a salarios muy bajos, sumergidos en la pobreza especialmente en momentos de crisis económica y social, e inmersos en una durísimas condiciones de vida, los pobres aceptaban la ayuda benéfica cuando y donde les era ofrecida, tratando de ampliar su presupuesto familiar con todos los recursos que pudieran extraer de fuentes caritativas diversas. Sin duda la beneficencia tenía que ver con una necesidad real, que en muchas ocasiones podía suponer la diferencia entre la supervivencia y la muerte.

## **6.6. El desarrollo de la asistencia médica domiciliaria (1854-1936)**

La asistencia médica domiciliaria ocupó un papel secundario en el modelo de beneficencia de la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del siglo XX. Esta modalidad de asistencia tropezó para su desarrollo con la debilidad que concedió el modelo liberal de beneficencia a los municipios, en el marco de un sistema que se había decantado por el ámbito provincial y con la carencia de recursos económicos que limitaban su capacidad de gasto. A lo largo de la segunda mitad del siglo XIX, la provincia de Valencia se hallaba dividida en 18 partidos judiciales, en los que la presencia de médicos, cirujanos, veterinarios y farmacéuticos resultaba frecuente. Pero la mayoría prestaban sus servicios percibiendo una asignación a través de un sistema de igualas –contratos realizados de manera particular con los vecinos- sin que la mayoría de ayuntamientos asumiera bajo su responsabilidad estos servicios. Los diferentes reglamentos que intentaron garantizar la contratación de sanitarios por los ayuntamientos para atender a los pobres –1854, 1864, 1868, 1873, 1891- chocaron una y otra vez con una realidad social caracterizada por la precariedad de las arcas municipales en la mayoría de los pueblos y la miseria que afectaba a gran parte de sus ciudadanos.

Hasta finales del siglo la mayoría de los municipios no asumió la contratación de médicos titulares para hacerse cargo de la asistencia benéfica de los pobres. En 1877 los 18 partidos judiciales que integraban la provincia contaban con 273 municipios, gran número de los cuales se había ido sumando a la contratación de facultativos para cubrir la asistencia de las familias pobres. No obstante todavía quedaban 63 municipios sin titular. Por otro lado, la coexistencia de instituciones diversas para impartir la docencia de la medicina, así como los diferentes planes de estudio puestos en práctica, condicionaron el enorme abanico de titulaciones entre los facultativos que ejercían las profesiones sanitarias en el medio rural. La diversidad y profusión de títulos profesionales hubo de redundar necesariamente, por su inconsistencia temporal y por la falta de ordenación y sistematización efectivas, en una incapacidad técnica de los profesionales de la medicina y, consiguientemente, en una mala relación médico-enfermo. La situación no adoptó cierta homogeneidad hasta finales de siglo, en que comenzó a manifestarse una clara preferencia para

contratar en los puestos de médico titular, a los que tuvieran el título de doctores o licenciados en medicina y cirugía.

A finales de los años veinte del novecientos, la provincia de Valencia ya presentaba una organización de la asistencia pública domiciliaria estable a cargo de sus municipios. Contaba con 300 médicos titulares que prestaban asistencia médica a los pobres en los 18 partidos en que estaba dividida la provincia. La clasificación de los municipios en partidos médicos de 1ª a 5ª categoría, en función de su número de habitantes, condicionaba el sueldo anual de los titulares que oscilaba entre 1.250 y 3.000 pesetas anuales, a lo que debía sumarse el sueldo por la labor de inspección municipal de sanidad que oscilaba entre 125 y 300 pesetas anuales. Aunque la *Instrucción General de Sanidad* de 1904 había augurado mejores expectativas para la sanidad rural con la creación de la figura de los inspectores municipales de sanidad, durante muchos años no reportó más que frustraciones entre los propios profesionales. De nuevo, la falta de presupuesto dedicado por la administración sanitaria al reconocimiento de su labor de inspección de sanidad municipal, impidió su catalogación como funcionarios del estado, con las consiguientes garantías de independencia técnica y de percibir una remuneración por el cargo. Las escasas retribuciones que reportaba la actividad derivada de la beneficencia pública domiciliaria, obligaba a los médicos a compaginar esta actividad con el ejercicio libre, que en la mayoría de los casos se traducían en el establecimiento de igualas con la población que quedaba fuera del sistema de beneficencia. Por otra parte, era una situación frecuente que ni los ayuntamientos ni los vecinos igualados abonasen regularmente sus emolumentos a los médicos, lo que generaba continuas denuncias ante la autoridad provincial. Derivado de esta situación, en esta etapa la asistencia sanitaria en el medio rural se vio fuertemente marcada por un intenso movimiento corporativo de los médicos rurales con la finalidad de intentar afianzar su situación laboral, circunstancia que no halló solución hasta el final del período republicano con la publicación de la *Ley de Bases de Coordinación Sanitaria*.

Todas estas circunstancias adversas que rodearon el desarrollo de la beneficencia pública domiciliaria, sin duda condicionaron su ineficacia y escaso impacto como determinante de la mejora del nivel de salud de la población

valenciana, a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX y primer tercio del siglo XX.

## **7. BIBLIOGRAFÍA**



## **7.1. Fuentes históricas**

### **7.1.1. Fuentes legislativas**

*Instrucción para el Gobierno Político de las Provincias* de 13 de junio de 1813.

*Ley de Beneficencia* de 1822.

Real Decreto Orgánico de Sanidad de 17 de marzo de 1847, por el que se suprime la Junta Suprema de Sanidad.

Real Decreto de 24 de julio de 1848, aprobando el *Reglamento para las Subdelegaciones de Sanidad interior del Reino*.

*Ley de Beneficencia* de 1849.

Real Decreto de 14 de mayo de 1852, publicando el Reglamento para la ejecución de la Ley de Beneficencia de 1849.

Real Orden de 6 de enero de 1854, en el que se establecen las reglas para luchar contra el cólera morbo.

Real Decreto de 5 de abril de 1854, que establece las disposiciones para la asistencia médica de los pueblos y de los menesterosos.

Circular del 1 de junio de 1854 del Gobierno Civil de la provincia de Valencia, solicitando información a los subdelegados acerca del número de médicos, cirujanos, farmacéuticos y veterinarios que ejercen en cada uno de los municipios que integran los diferentes partidos de la provincia.

*Ley Orgánica de Sanidad* de 28 de noviembre de 1855.

Real Orden de 28 de febrero de 1855, asignando funciones específicas a los subdelegados de sanidad.

Real Orden de 24 de febrero de 1859, aprobando el *Reglamento de inspección de carnes*.

Real Orden de 17 de marzo de 1864, estableciendo el sueldo y las obligaciones de los inspectores de carnes.

Real decreto de 9 de noviembre de 1864, mandando que se cumpla el *Reglamento sobre organización de los partidos médicos de la península*.

Real Orden de 19 de marzo de 1865, reconociendo la vigencia del *Reglamento de subdelegaciones* de 1848.

Circular de 21 de enero de 1866, sobre medidas higiénicas a adoptar en las poblaciones para evitar focos de infección.

Circular de la Dirección General de Sanidad de 12 de marzo de 1866, ordenando el estricto cumplimiento de las disposiciones sanitarias en los puertos marítimos.

Circular de 25 de marzo de 1866 de la Dirección General de Sanidad, recomendando la más puntual observancia de los reglamentos vigentes sobre inspectores de carnes.

Real Orden de 11 de julio de 1866, sobre las medidas a adoptar para prevenir el desarrollo de una epidemia.

Real Decreto del Ministerio de la Gobernación de 17 de abril de 1867, estableciendo nuevas disposiciones en sanidad marítima.

Circular de la Dirección General de Sanidad de 25 de abril de 1867, mandando observar varias reglas sobre sanidad marítima.

Real Orden de 26 de abril de 1867, mandando observar varias reglas sobre sanidad marítima y creando la figura del director facultativo.

Real Orden de 2 de agosto de 1867, estableciendo lazaretos en los puertos.

Real Orden de 15 de enero de 1868, dictando medidas para la vacunación y revacunación de la viruela en el ejército.

Real Decreto de 11 de marzo 1868, que contiene el *Reglamento para la asistencia de los pobres, y organización de los partidos médicos de la península*.



Decreto de 17 de diciembre de 1868, por el que se suprimen las juntas provinciales y municipales de beneficencia.

Leyes Municipal y Provincial de 21 de octubre de 1868, puntualizando alguna de las disposiciones de la *Instrucción para el Gobierno Político de las Provincias*.

Circular de 28 de abril de 1869, sobre normas a adoptar para evitar la propagación del tifus.

Leyes Municipal y Provincial de 20 de agosto de 1870, puntualizando alguna de las disposiciones de la *Instrucción para el Gobierno Político de las Provincias*.

Real Decreto de 24 de julio de 1871, por el que se crea el Instituto Central de Vacunación.

Reales Órdenes de 9 de marzo y 5 de junio de 1872, estableciendo las normas sanitarias que debían observarse con la tripulación, pasajeros y cargamentos de los buques.

Decreto de 24 de octubre de 1873, aprobando el *Reglamento para la asistencia facultativa de los enfermos pobres*.

Orden de 30 de diciembre de 1873, estableciendo la obligatoriedad de la vacunación y revacunación en todas las comunidades cerradas.

Real Orden de 28 de abril de 1875, estableciendo la normativa sobre el depósito de cadáveres.

Real orden de 14 de septiembre de 1876, aprobando el *Reglamento para el Instituto Central de Vacunación*.

Leyes Municipal y Provincial de 16 de diciembre de 1876, modificando las de 20 de agosto de 1870.

Real Orden de 15 de febrero de 1877, sobre la necesidad de establecer contratos para el nombramiento de empleados facultativos de mataderos.

Leyes Municipal y Provincial de 2 de octubre de 1877, puntualizando alguna de las disposiciones de la *Instrucción para el Gobierno Político de las Provincias*.

Real Orden de 18 de septiembre de 1879, estableciendo las características del proceso de fumigación en los lazaretos y buques.

Circular de la Dirección General de Beneficencia y Sanidad de 10 de octubre de 1879, estableciendo normas de funcionamiento de las juntas provinciales y municipales de sanidad.

Real Orden de 17 de mayo de 1880, estableciendo el tipo de revisiones a que debían someterse los buques, así como las sanciones a imponer por el incumplimiento de la normativa vigente.

Real Orden de 19 de mayo de 1882, recordando la obligación de los ayuntamientos de velar por las condiciones higiénicas de sus cementerios.

Real Decreto de 20 de noviembre de 1885, en el que se establece la dotación de personal del Instituto Nacional de Vacunación.

Real Orden de 23 de noviembre de 1885, permitiendo el tráfico de trapos en el interior del Reino e islas adyacentes, por haber desaparecido la epidemia colérica.

Real Orden de 17 de febrero de 1886, estableciendo la tramitación de proyectos de construcción de nuevos cementerios.

Real Decreto de 16 de noviembre de 1886, establece los criterios que deben cumplir los empleados de las direcciones de sanidad de los puertos y de los lazaretos.

Real Decreto de 16 de noviembre de 1886, reorganizando el Cuerpo de Sanidad Marítima.

Real Decreto de 12 de junio de 1887, aprobando el *Reglamento orgánico provisional de Sanidad Marítima*.

Real Orden de 18 de julio de 1887, prohibiendo las inhumaciones fuera de los cementerios.

Real Orden de 16 de julio de 1888, estableciendo la tramitación de proyectos de construcción de nuevos cementerios.

Real Orden de 9 de septiembre de 1888, sobre inspección de reses destinadas al matadero.

Circular de 4 de enero de 1889, estableciendo el traspaso de competencias en materia de higiene desde los gobiernos civiles a los ayuntamientos.

Real Orden de 14 de enero de 1889, por el que se asigna a los ayuntamientos el control higiénico de las casas de mancebía.

Real Decreto de 26 de febrero de 1889, aprobando el *Reglamento para el régimen interior del Ministerio de la Gobernación*.

Reales Órdenes de 23 de octubre y 31 de diciembre de 1889, estableciendo el modo de provisión de las plazas del personal de los Laboratorios Químicos municipales.

Real Orden de 24 de junio de 1890, dictando medidas preventivas del cólera.

Real Orden de 29 de noviembre de 1890, dictando medidas preventivas del cólera.

Real Orden de 3 de febrero de 1891, creando inspecciones médicas temporales de distrito y de región como consecuencia de la epidemia de cólera.

Real decreto de 14 de junio de 1891, que contiene el *Reglamento para el servicio benéfico-sanitario de los pueblos*.

Real Decreto de 18 de agosto de 1891, recordando el deber de los médico de efectuar la vacunación y revacunación a todos aquellos con los que tenga contratada la asistencia facultativa.

Real Orden de 6 de diciembre de 1892, por la que se traspasa a las autoridades provinciales el control higiénico de las casas de mancebía.

Real Orden de 20 de diciembre de 1892, por la que se suprime la Dirección General de Sanidad.

Real Decreto de 23 de octubre de 1894, por el cual el Instituto Central de Vacunación pasa a denominarse Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII.

Real Orden de 2 de marzo de 1895, proponiendo como medida obligatoria la vacunación antidiftérica en la población infantil.

Real Orden de 30 de julio de 1898, aprobando el presupuesto para la construcción de un nuevo manicomio.

Real Orden de 15 de octubre de 1898, sobre procedimientos para las inhumaciones y formalidades legales para las exhumaciones.

Real Orden de 1 de febrero de 1899, por la que se crean las figuras de los inspectores y subinspectores veterinarios de salubridad.

Real Decreto de 15 de agosto de 1899, por el que se nombra al Director General de Sanidad.

Real Decreto de 27 de octubre de 1899 que contiene el *Reglamento de Sanidad Exterior*.

Ley de 13 de marzo de 1900, regulando las condiciones de trabajo de las mujeres y los niños.

Real Orden Circular de 10 de octubre de 1900, recordando a los médicos la obligatoriedad de notificar los enfermos diagnosticados de enfermedades infecciosas.

Real Decreto de 31 de octubre de 1901, estableciendo la obligatoriedad de que todos los médicos declarasen a las autoridades sanitarias los casos sospechosos de determinadas enfermedades.

Circular 31 de octubre de 1901 especificando las enfermedades consideradas de declaración obligatoria.

Reales decretos de Instrucción Pública y de Gobernación de 30 de septiembre y de 18 de noviembre de 1902, por el que todos los establecimientos de beneficencia general, provincial y municipal, quedan abiertos a la enseñanza clínica oficial y libre de la medicina.

Real Decreto de 15 de enero de 1903, recordando el deber de los médicos de efectuar la vacunación y revacunación a todos aquellos con los que tenga contratada la asistencia facultativa.

*Instrucción General de Sanidad Pública* de 13 de enero de 1904.

*Ley de protección de la Infancia* de 1904.

Real Orden Circular de 17 de junio de 1904, dando instrucciones para que se apoyen las iniciativas de creación de Comités contra la tuberculosis.

Real Decreto de 11 de octubre de 1904, que contiene el *Reglamento del Cuerpo de Médicos Titulares de España*.

Real Decreto de 14 de febrero de 1905, por el que se publica el *Reglamento del Cuerpo de farmacéuticos Titulares*.

Real Decreto de 6 de abril de 1905, en el que se establecen las disposiciones para la construcción y modernización de los mataderos, así como para la venta de carne.

Real Orden de 18 de abril de 1905, para la clasificación de los partidos farmacéuticos y dotación de sus titulares.

Real Decreto de 6 de febrero de 1906, por el que se crea una comisión permanente contra la tuberculosis.

Real Decreto de 22 de marzo de 1906, aprobando el *Reglamento del Cuerpo de Veterinarios Titulares*.

Real Orden de 20 de enero de 1908, aprobando el *Reglamento de la Comisión permanente contra la tuberculosis*.

Real Decreto de 7 de marzo de 1908, por el que se impulsa el desarrollo de dispensarios antituberculosos.

Real Decreto de 22 de diciembre de 1908, en el que se dictan las disposiciones oportunas a fin de evitar el fraude de las sustancias alimenticias.

Real Orden de 28 de diciembre de 1908, por la que se establece la obligación de todos los municipios de más de 10.000 habitantes de tener un laboratorio.

Real Decreto de 14 de enero de 1909, aprobando con carácter provisional el *Reglamento de Sanidad Exterior*.

Real Orden de 12 de mayo de 1909, regulando la dotación de material con que debían contar los laboratorios aprobados en la Real Orden de 28 de diciembre de 1908.

Real Orden de 3 de julio de 1909, recordando la dependencia de los servicios municipales del Inspector Provincial de Sanidad.

Real Orden 20 julio de 1909, autorizando a la Inspección General de Sanidad Exterior la publicación del *Boletín Mensual de la Estadística demográfico-sanitaria*.

Real Orden de 21 de julio de 1909, sobre el cumplimiento de envío de datos estadísticos.

Real Orden de 11 de octubre de 1909, en la que se obliga a que los municipios organicen bajo su dependencia Institutos de Higiene.

Real Decreto de 11 de noviembre de 1909, potenciando la autonomía municipal en temas sanitarios.

Real Orden de 28 de septiembre de 1910, estableciendo un servicio de higiene de la prostitución en las capitales de provincia y poblaciones de importancia.

Real Decreto de 24 de enero de 1911, estableciendo los cometidos del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII.

Real Orden del 8 de febrero de 1911, en la que se establecen las disposiciones par la constitución y funcionamiento de las Juntas provinciales y locales de protección a la infancia.

Real Orden de 8 de marzo de 1911, por la que se convocan cursos de enseñanza para el manejo de los aparatos de desinfección.

Circular de la Inspección General de Sanidad de 4 de mayo de 1911, recordando la obligatoriedad de cumplir la Real Orden de 21 de julio de 1909 sobre el cumplimiento de envío de datos estadísticos.

Real Decreto de 7 de julio de 1911, en el que se plantea la necesidad de utilizar estrategias de recaudar fondos para la lucha antituberculosa.

Real Orden del 8 de junio de 1912, prohibiendo la mendicidad.

Real Orden de 15 de junio de 1912, aprobando el *Reglamento del Cuerpo de Inspectores provinciales de Sanidad*.

Real Orden Circular de 16 de julio de 1913, justificando el interés de la utilización de la vacuna antitífica.

Real Orden Circular de 31 de marzo de 1914, impulsando la constitución de juntas provinciales y locales de lucha contra la tuberculosis.

Real Orden Circular de 10 de junio de 1914, institucionalizando el “Día de la Tuberculosis” en España.

Real Orden de 13 de julio de 1914, sobre la obligatoriedad de la vacunación a los tripulantes de los buques.

Real Orden de 8 de octubre de 1914, que convoca cursos de enseñanza práctica de los aparatos de desinfección.

Circular de la Junta Provincial contra la Tuberculosis de la provincia de Valencia de 26 de octubre de 1914.

Real Orden del 26 de enero de 1915, en la que se dictan las reglas para el régimen y funcionamiento de las Juntas de protección a la infancia y represión de la mendicidad.

Real Orden de 26 de enero de 1918, sobre peticiones de vacuna.

Real Orden de 23 de marzo de 1918, en la que se establecen las bases para la reglamentación de la profilaxis pública de las enfermedades venéreo sifilíticas.

Real Orden de 17 de junio de 1918, se reglamenta el acceso al cuerpo de médicos del servicio especial de higiene de la prostitución.

Real Orden de 3 de octubre de 1918, ordenando se cumplan inmediatamente las disposiciones relativas al establecimiento de laboratorios.

Real Orden de 5 de diciembre de 1918, aprobando el *Reglamento General de Mataderos*.

Real Decreto de 31 de enero de 1919, por la que el Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII pasa a depender de la Inspección General de Instituciones Sanitarias.

Real Decreto de 14 de junio de 1919, estableciendo que sean las autoridades provinciales las encargadas de la organización y gestión de recursos para la lucha antituberculosa.

Real Decreto de 27 de julio de 1920, aprobando el *Reglamento para el régimen de la Inspección General de Sanidad*.

Real Orden de 27 de agosto de 1920, aprobando el segundo *Reglamento del Cuerpo de Inspectores Provinciales de Sanidad*.

Real Orden de 28 de julio de 1921, encargando a los gobernadores la creación de una brigada sanitaria en cada capital de provincia.



Real Orden Circular de 5 de septiembre de 1921, resolviendo consultas formuladas respecto a la interpretación de algunos extremos de la Real Orden de 28 de julio de 1921.

Real Orden de 18 de noviembre de 1921, en la que se publica el *Reglamento de la Brigada Sanitaria Central*.

Real Orden de 18 de mayo de 1922, vinculando la Brigada Sanitaria Provincial al Instituto Provincial de Higiene.

Real Orden de 27 de mayo de 1922, en la que se dispone la prestación de asistencia gratuita a los tripulantes de barcos afectos de formas ambulatorias de venéreo-sífilis.

Real Orden de 23 de mayo de 1923, creando la Escuela Nacional de Puericultura adscrita al Consejo Superior de Protección de la Infancia.

Real Decreto de 9 de diciembre de 1924, por el que se crea la Escuela Nacional de Sanidad.

Real Decreto de 4 de junio de 1924, por el que se crea el Real Patronato para la lucha contra la tuberculosis.

Reales Decretos de 14 de junio y de 13 de diciembre de 1924, regulando la creación de la Comisión Central Antipalúdica.

Real Decreto-Ley de 9 de febrero de 1925, aprobando el *Reglamento de Sanidad Municipal*.

Real Decreto-Ley de 20 de octubre de 1925, aprobando el *Reglamento de Sanidad Provincial*.

Real Orden de 31 de diciembre de 1925, aprobando el *Reglamento de la Escuela Nacional de Puericultura*.

Real Orden de 4 de enero de 1927, en la que se establecen una serie de disposiciones para la puesta en marcha de los Institutos de Higiene.

Real Orden de 11 de julio de 1927, en la que se dispone la organización del servicio de lucha oficial antivenérea así como la unificación de los métodos terapéuticos y serológicos.

Real Orden de 22 de julio de 1927, por el que se regula la constitución de la Escuela de Puericultura de Valencia.

Decreto de 31 de mayo de 1928, aprobando el *Reglamento de la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia*.

Real Orden de 5 de diciembre de 1928, regulando la asistencia domiciliaria de los pueblos.

Orden de 8 de enero de 1929, acerca de la subvención por ayuntamientos y diputaciones a dispensarios antivenéreos.

Real Decreto de 12 de abril de 1930, aprobando el *Reglamento de la Escuela Nacional de Sanidad*.

Real Decreto de 16 de mayo y Orden de 22 de mayo de 1930 de la Dirección General de Sanidad, regulando los cursillos de ingreso en el Cuerpo de Inspectores Municipales de Sanidad.

Orden de 27 de mayo de 1930, en la que se establecen las bases de reorganización de la lucha antivenérea.

Real Decreto de 18 de junio de 1930, estableciendo la reorganización de los servicios veterinarios.

Decreto de 22 de abril de 1931, declarando disuelta la Junta Central Administrativa del Real Patronato de Lucha Antituberculosa.

Ley de 26 de mayo de 1931 por la que se crea el seguro de maternidad.

Decreto de 18 de junio de 1931, declarando disueltas las juntas provinciales de lucha antituberculosa.

Orden de 20 de mayo de 1931, creando una sección denominada de Tuberculosis, dependiente de la Inspección General de Instituciones Sanitarias.

Decreto de 16 de junio de 1931 sobre sanidad municipal, que recibió fuerza de ley el 15 de septiembre de 1931.

Decreto de 31 de julio de 1931, estableciendo la dependencia administrativa de los Institutos provinciales de Higiene de las mancomunidades municipales de los ayuntamientos de cada provincia.

Circular de la Inspección Provincial de Sanidad de 9 de septiembre de 1931 sobre tracoma.

Leyes de 2 y 4 de diciembre y Decreto de 7 de diciembre de 1931, por el que se crea la Dirección General de Ganadería e Industrias Pecuarias en el seno del Ministerio de Fomento.

Orden del Ministerio de la Gobernación de 28 de diciembre de 1931, por la cual los servicios del Instituto Provincial de Higiene de Valencia quedan agrupados en cuatro secciones.

Decreto de 7 de abril de 1932, en el que se establece la inclusión en los presupuestos del Estado de la partida correspondiente para hacer frente a la lucha contra las enfermedades venéreas.

Orden de 22 de abril de 1932, sobre la creación de los centros secundarios de higiene.

Orden del Ministerio de Gobernación de 12 de mayo de 1932, consignando en los presupuestos generales del Estado una partida para la creación de nuevos dispensarios antituberculosos.

Decreto de 3 de junio de 1932, aprobando el nuevo *Reglamento para el funcionamiento de la Escuela Nacional de Sanidad*.

Circular de la Inspección Provincial de Sanidad de Valencia de 16 de enero de 1933, dando cuenta de las medidas adoptadas para la lucha contra la rabia.

Decreto de 7 de marzo de 1933, aprobando el *Reglamento de Médicos Titulares*.

Decreto de 17 de abril de 1933, reorganizando los servicios antitracomatosos.

Real Decreto de 29 de julio de 1933, por el que se crea el Instituto Nacional de Venereología.

Decreto de septiembre de 1933, declarando la extinción de los subdelegados de medicina y farmacia.

Decreto de 22 de diciembre de 1933, adaptando el *Reglamento para el régimen de la Inspección General de Sanidad* a las necesidades derivadas de la creación de nuevos servicios y organizaciones.

*Ley de Bases de Coordinación Sanitaria*, de 11 de julio de 1934.

Decreto de 14 de junio de 1935, aprobando el *Reglamento económico-administrativo de las Mancomunidades sanitarias provinciales*, el *Reglamento técnico de personal y administrativo de los Institutos Provinciales de Higiene* y los *Reglamentos de los cuerpos de médicos municipales, inspectores farmacéuticos e inspectores veterinarios municipales, matronas y practicantes municipales*.

Decreto de 29 de agosto de 1935, reorganizando la lucha antituberculosa.

Disposición de 9 de mayo de 1936, anulando la organización propuesta en agosto del año anterior.

## 7.1.2. Fuentes de archivo

### **Archivo de la Diputación Provincial de Valencia (A.D.P.V.)**

#### A. Central

##### A.1. Diputación en pleno

A.1.3. Actas impresas de las sesiones celebradas por la Comisión de Sanidad (1916-1917, 1921, 1925, 1926, 1930, 1931), vols. 7, 9, 12, 13, 17, 18.

##### A.3. Secretaría

###### A.3.1. Secretaría General

A.3.1.12. Memorias de la Diputación Provincial de Valencia (1914, 1916-1939), vols. 12, 14-34.

#### D.1. Beneficencia

##### D.1.2. Expedientes generales

Caja 20, 1859.

##### D.1.5. Establecimientos benéficos.

###### D.1.5.1. Memorias, 1942

##### D.1.6. Casa Misericordia.

###### D.1.6.1. Reglamentos

Caja 1, 1719, 1833, 1891.

###### D:1.6.4. Estadística.

Cajas 1-4, 1871-1936.

##### D.1.7. Casa Beneficencia

###### D.1.7.1. Reglamentos

Caja 1, 1829, 1870, 1882.

###### D.1.7.2. Memorias

Caja 1, 1881, 1892

###### D.1.7.4. Estadística

Cajas 3-5: 1900-1930

#### D.2. Sanidad

##### D.2.2. Expedientes Generales

Caja 27, 1849

Caja 39, 1854.

Caja 50, 1854.

Caja 59, 1857.

Caja 148, 1882.

Caja 159, 1891.

#### D.2.3. Registros

##### D.2.3.2. Médicos

Volumen 1, 1877.

#### D.2.6. Hospital

##### D.2.6.1. Reglamentos

Caja 1: 1826; 1872.

Caja 2: 1935

##### D.2.6.2. Memorias

Caja 1: 1849-1853

##### D.2.6.3. Expedientes generales

Caja 89: Reglamentos impresos. Proyecto de Reglamento del Hospital  
Provincial de Valencia, 1914.

##### D.2.6.4. Estadística

Cajas 1-12: 1906-1936

### **7.1.3. Fuentes impresas**

#### **Publicaciones periódicas**

*Anuario de la Dirección General de Sanidad.* Madrid, 1921-1924.

*Boletín de Estadística Demográfico-Sanitaria.* Madrid, Inspección General de Sanidad Exterior, 1909-1912; 1916-1917.

*Boletín de Estadística Municipal de Valencia.* Valencia, 1915-1922.

*Boletín del Instituto Médico Valenciano.* Valencia, 1841-1896; 1920-1935.

*Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia.* Valencia, 1930-1935.

*Boletín de Sanidad.* Madrid, Dirección General de beneficencia y Sanidad, 1879-1884; 1888-1896; 1899-1901.

*Boletín de la Unión Sanitaria Valenciana.* Valencia, 1919-1936.

*Boletín Sanitario Municipal de Valencia.* Valencia, 1905-1913.

*Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia.* Valencia, 1927-1929.

*Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad.* Madrid, 1926-1931.

*La Crónica Médica.* Valencia, 1877-1894; 1907-1919; 1928-1936.

*La Medicina Valenciana.* Valencia, 1901-1924.

*Revista de Higiene y Tuberculosis.* Valencia, 1905-1936.

*Revista de Sanidad e Higiene Pública.* Madrid, 1932-1936.

*Revista Valenciana de Ciencias Médicas.* Valencia, 1899-1920.

### **Trabajos monográficos (impresos y manuscritos)**

Aguilar Jordán, J. La “Gota de Leche” en Valencia. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 5, 1903, 379-382.

Aguilar Jordán, J. Sobre una de las causas más poderosas de la mortalidad infantil en Valencia y medios para combatirla. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 6, 1904, 67-72.

Alafont, F. Reglamento para la asistencia facultativa de los enfermos pobres. *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, 13, 1873, 235-243.

Alafont, F. et al. *Reglamento para la Casa de Socorro*. Valencia, Ayuntamiento, 1879a.

Alafont, F. et al. *Reglamento para la Casa de Socorro*. Valencia, Ayuntamiento, 1879b.

Albaladejo, L. Organización sanitaria de los Estados Unidos. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*. 4, 1929, 79-87.

Almazora, F. La lucha antituberculosa. *Boletín Mensual de la Revista de Higiene y de Tuberculosis*. 313, 1934, 41-42.

Álvarez Sierra. Estudio sintético y crítico de la vacunación antituberculosa. *Revista de Higiene y de Tuberculosis*, 318, 1934, 290-292.

Álvarez Torres, R. Lo que pueden y deben hacer los equipos ambulantes en la lucha contra el tracoma en España. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 4, 1929, 776-783.

Álvarez Torres, R. Trabajos del Servicio Antitracomatoso. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 111, 1936, 548-553.

Aranzadi, E. *Diccionario de legislación*. Pamplona, Editorial Aranzadi, 1951.

Arenal, C. *La Beneficencia, la Filantropía y la Caridad*. Madrid, 1861.



- Aubán, M.; Guillén, M. La Sanidad valenciana en el año 1930. Dispensario oficial antivenéreo de la Junta provincial de Sanidad de Valencia. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 44, 1931, 2-7.
- Aubán, M. Servicio oficial de profilaxis venérea, en: Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia, *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*. Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933, 164-168.
- Barrachina, P.T. Higiene en Valencia. *Boletín Sanitario Municipal*, 1, 1905, 62-64.
- Barreda, V. Las escuelas y las enfermedades contagiosas. *Boletín Sanitario Municipal*, 1, 1905, 77-78.
- Barreda, V., Higiene. Los pozos negros o ciegos y conductos de desagüe de las casas del ensanche. Alcantarillado. *Boletín Sanitario Municipal*, 2, 1906, 190-192, 206-208.
- Bartrina, J.; Comín, J. La reglamentación de la lactancia mercenaria en Valencia. *La Crónica Médica*, 15 marzo, 1930, 247-252.
- Becares, F. Proyecto de organización de la asistencia médico-sanitaria rural. *La Crónica Médica*, 15 octubre, 1933, I-XVII.
- Bellogin García, M. El derecho a la salud. *La Crónica Médica*, 15 dic, 1931; 15 enero, 15 marzo, 15 abril, 1932a.
- Bellogín, M. Circular de la inspección provincial de sanidad imponiendo multas por incumplimiento de las estadísticas sanitarias. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 58, 1932b, 17-18.
- Bellogín, M. Evolución de la práctica cuarentenaria. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 111, 1936, 133, 242-252, 336-349.
- Benzo, M. La organización sanitaria de la provincia de Córdoba (Breve nota informativa de los progresos logrados durante un decenio). *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 82, 1933, 391-399.

- Bermúdez Castro, C. IV Concurso anual de madres lactantes. *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia*, 10, 1928a, 12.
- Bermúdez Castro, C. Persistiendo en la campaña contra la viruela. *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia*, 11, 1928b, 14.
- Blanco Grande, P. La asistencia hospitalaria en España. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 6, 1931, 589-606.
- BOLETÍN Mensual de Estadística Demográfico-sanitaria de la Península e Islas Adyacentes. Segundo semestre de 1978.* Madrid, Dirección General de Beneficencia y Sanidad, 1880.
- BOLETÍN Mensual de la Estadística demográfico-sanitaria.* Madrid, Inspección General de Sanidad Exterior, octubre, 1909.
- Buendía, R. Papel de la enfermera visitadora en la lucha antituberculosa. *La Crónica Médica*, 15 de mayo, 1931a, 465-472.
- Buendía, R. El médico principal agente de la lucha antituberculosa. *La Crónica Médica*, 15 diciembre, 1931b, 1033-1037.
- Campá, F. Las disposiciones de la Junta de Sanidad Municipal. *La Crónica Médica*, 8, 1885, 624-627.
- Campos Pérez, J. Sección de veterinaria, en: Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia, *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*, Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933, 49-54.
- Cantó, F. Servicios de Sanidad Municipal en Valencia. *La Crónica Médica*, 5, 1881, 65-69.
- Cantó Blasco, F.; Gómez Reig, C. et al. Debate sobre higiene y salubridad municipal. *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, 17, 1881, 239-240, 252-256, 266-272, 368-372, 385-388, 402-404, 420.
- Carlán, D. Directores de Sanidad Marítima. *El Siglo Médico*, 21, 1874, 417.

- Carsí, V. Estadística demográfico-sanitaria de Valencia en el año 1901. *La Medicina Valenciana*, 2, 1902, 102-112, 135-144, 161-164, 193-205.
- Carsi, V. Estadística demográfico-sanitaria de Valencia en el año 1902. *La Medicina Valenciana*, 36, 1903, 361-370.
- Carsi, V. Los consultorios de niños de pecho (Gotas de Leche). Un gran enemigo de los niños. El verdadero Herodes. *La Medicina Valenciana*, 4, 1904, 335-337.
- Carsi, V. El alcantarillado de Valencia. *La Medicina Valenciana*, 4, 1904, 65-72, 97-104, 5, 1905, 7-13, 326-335.
- Carsi, V. El alcantarillado de Valencia. *Boletín Sanitario Municipal*, 2, 1906, 222-224, 238-240, 254-256, 270-272, 302-304.
- Cartañá Castellá, P.; Canicio García, I.; Fabrega Huga, J. Resumen de la campaña antipalúdica realizada en el Delta del Ebro desde el año 1925 al 1932, ambos inclusive. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 82, 1933, 113-138.
- CASA de Misericordia. *Nuevas Constituciones que se mandan observar en la Casa y Hospital de Nuestra Señora de la Misericordia de Valencia*. Valencia, 1719.
- CASA de Misericordia. *Reglamento de la Real Casa Hospicio de Pobres de Nuestra Señora de la Misericordia, aprobado por el Rey Nuestro Señor, Don Fernando VII, 23 de abril de 1833*. Valencia, 1833.
- CASA de Misericordia. *Reglamento para la Casa-Hospicio de Nuestra Señora de la Misericordia de Valencia*. Valencia, Imprenta de Francisco Vives Mora, 1891.
- Cavanilles, J.A. *Observaciones sobre la historia natural, geografía, agricultura, población y frutos del Reyno de Valencia*. Madrid, Imprenta Real, 1795-1797.
- CENTROS Secundarios de Higiene. Creación de 15 Centros Secundarios de Higiene Rural. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 60, 1932, 10-11.

- CIRCULAR del gobierno provincial. *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia*, 9, 1928a, 15.
- CIRCULAR del gobierno provincial. *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia*, 10, 1928b, 12.
- CIRCULAR del gobierno provincial. *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia*, 11, 1928c, 14.
- Colomina Navarrete, R. *Laboratorio Químico Municipal. Resumen de los trabajos practicados en 1909*. Valencia, Ayuntamiento, 1909.
- Comín, J. Orientaciones para la lucha contra la mortalidad infantil en Valencia. *La Crónica Médica*, 15 marzo, 1930, 243-246.
- COMISIÓN Permanente contra la Tuberculosis. *Reglamento de la Junta Provincial de Valencia*. Valencia, Bernardino Valls, 1914.
- CONFERENCIA europea de Higiene Rural, conclusiones. *La Crónica Médica*, junio 1931, VIII-XI.
- CONGRESOS. V Congreso Nacional de Pediatría. *Boletín mensual de la Revista de Higiene y de Tuberculosis*, mayo, 1933, 33-34.
- Corrales Vicente, P. La importancia del laboratorio en los Centros Secundarios de Higiene rural. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 81, 1933, 270-273.
- Cortés Pastor, A. El médico rural. *La Crónica Médica*, 669, 1917, 27-29.
- Chabás, J. El error y lógico fracaso de la lucha antituberculosa. *Revista de Higiene y de Tuberculosis*, 306, 1933, 300-302.
- Chapin, Ch. V. La ciencia y la salud pública. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 3, 1928, 540-557.
- De Palacios, J; Cortinas, G. Importancia del dispensario en la lucha antituberculosa (Estadísticas del Real Dispensario Antituberculoso Victoria Eugenia, de Madrid). *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 5, 1930, 21-26.

- De Velasco, L. Dispensario Antituberculoso Central, en: *Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia, Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*, Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933, 131-134.
- Del Campo, A. Enfermeras visitadoras generalizadas y especializadas. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 7, 1932, 1240-1242.
- Del Campo, A. Cualidades mínimas de las Enfermeras visitadoras y objetivos de su trabajo. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 82, 1933, 65-67.
- Del Campo, A.; Pita Gandarias, A. Nota sobre la lucha antipalúdica en la provincia de Cáceres (años 1921-1932). *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 81, 1933, 553-587.
- Díaz, Juan José. Sección paramédica. *La Crónica Médica*, febrero, 1932, I-VII.
- Díez Fernández, C. Sobre el valor y la eficacia de los Dispensarios antituberculosos. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 10, 1935, 56-62.
- DIRECCIÓN General de Sanidad. *Anuario de la Dirección General de Sanidad 1922*. Madrid, Ministerio de la Gobernación, 1923.
- DIRECCIÓN General de Sanidad. *Anuario de la Dirección General de Sanidad, 1923*. Madrid, Ministerio de la Gobernación, 1924.
- DIRECCIÓN General de Sanidad. *Anuario de la Dirección General de Sanidad, 1924*. Madrid, Ministerio de la Gobernación, 1925.
- DIRECCIÓN General de Sanidad. La Dirección General de Sanidad y el problema de la mortalidad infantil. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 4, 1929a, 387.
- DIRECCIÓN General de Sanidad. La primera Dirección General de Sanidad. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 4, 1929b, 432-433.
- DIRECCIÓN General de Sanidad. Los directores Generales de Sanidad. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 4, 1929c, 516, 561.

- DIRECCIÓN General de Sanidad. Nuevo Inspector General de Sanidad Exterior. D. Eduardo Pascual. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 5, 1930a.
- DIRECCIÓN General de Sanidad. Los directores Generales de Sanidad. D. Manuel Martín Salazar. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 5, 1930b, 39-40.
- DIRECCIÓN General de Sanidad. Los directores Generales de Sanidad. D. Francisco Murillo. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 5, 1930c, 124-133.
- DIRECCIÓN General de Sanidad. Los directores Generales de Sanidad. D. Antonio Horcada Mateos. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 5, 1930d, 245-246.
- DIRECCIÓN General de Sanidad. Conferencia del Director general de Sanidad en la Casa del Pueblo. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 7, 1932, 1274-1275.
- DIRECCIÓN General de Sanidad. El nuevo Director General de Sanidad. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 8<sup>2</sup>, 1933, 426.
- DISPENSARIOS. Se crean 50 dispensarios provinciales de higiene infantil. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 71, 1933, 12.
- DISPENSARIOS antitracomatosos. Circular de la Inspección Provincial de Sanidad de 9 de septiembre de 1931 sobre tracoma. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 52, 1931, 12.
- DISPENSARIOS antitracomatosos. La lucha oficial contra el tracoma. Decreto de diecisiete de abril de 1933 reorganizando los correspondientes servicios. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 71, 1933, 14-16.
- DISPENSARIOS antituberculosos. El Dr. D. Adolfo Gil y Morte. *La Medicina Valenciana*, 226, 1920, 5-10.

- DISPENSARIOS antituberculosos. La instalación y sostenimiento de 20 dispensarios antituberculosos. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 60, 1932a, 11-12.
- DISPENSARIOS antituberculosos. Los nombramientos de personal para los dispensarios antituberculosos. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 64, 1932b, 12.
- DISPENSARIOS antivenéreos. Dispensario oficial antivenéreo de la Junta provincial de Sanidad de Valencia. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 44, 1931, 2-7.
- DISPENSARIOS antivenéreos. Creación de 32 dispensarios antivenéreos. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 69, 1933, 16.
- DISPENSARIOS antivenéreos. Estadísticas de los dispensarios antivenéreos de Játiva, Sueca, Alcira y Gandia. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 80, 1934, 10, 16.
- ESCUELA Nacional de Sanidad. Se inaugura el curso en la Escuela de Sanidad. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 5, 1930, 858-861.
- ESCUELA Nacional de Sanidad. Resumen de la labor realizada por la Escuela Nacional de Sanidad durante el curso 1931-32. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 81, 1933, 66-70.
- ESCUELA Provincial de Puericultura. Proyecto de Reglamento de la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia. *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia*, 5, 1928, 4-11.
- ESCUELA Provincial de Puericultura. Campaña de divulgación de la Higiene Infantil. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 45, 1931, 10.

ESCUELA Provincial de Puericultura. Los Cursos especiales gratuitos para señoritas y recién casadas. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 58, 1932a, 6-7.

ESCUELA Provincial de Puericultura. La actuación social de la Escuela de Puericultura. Conferencias para las madres lactantes. Doce lecciones teóricas de higiene infantil. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 59, 1932b, 6-8.

ESCUELA Provincial de Puericultura. Servicio de acción social: “Cátedra Ambulante”. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 71, 1933a, 6.

ESCUELA Provincial de Puericultura. I Curso de Puericultura especial para médicos. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 73, 1933b, 8-9.

ESCUELA Provincial de Puericultura. Labor de la Cátedra Ambulante de la Escuela de Puericultura de Valencia. Campaña de divulgación de la Higiene Infantil. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 77, 1933c, 23-30.

ESCUELA Provincial de Puericultura. *Cartilla de Higiene Infantil*. Valencia, Tipografía Dionisio Martínez, 1934a.

ESCUELA Provincial de Puericultura. I Curso de Higiene Escolar especial para médicos. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 80, 1934b, 6-9.

Fernández Aldave, L. Servicio Antitracomatoso, en: Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia, *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*. Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933, 142-148.

Fernández de la Portilla, J. De la organización de la profilaxis venérea. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 3, 1928, 283-289.



- Fernández de la Portilla, J. La vigilancia médica de la prostitución y su valor profiláctico. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 4, 1929, 677-684.
- Fernández de los Ríos, A. La quinta casa de socorro. *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, 8, 1862-1863, 124-131.
- Ferrán, J. En defensa propia. *La Medicina Valenciana*, 15, 1915, 136-141.
- Ferrer y Julvé, N. Casas de Socorro. Necesidad de su planteamiento en Valencia. *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, 9, 1867, 32-35.
- Ferret y Obrador, G. Hacia la verdadera Sanidad regional. Los Institutos de Higiene. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 51, 1931a, 1-3.
- Ferret y Obrador, G. Proyecto de creación de Brigadas y Subbrigadas y Puestos de auxilio en la provincia de Valencia. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 54, 1931b, 2-5.
- Ferret y Obrador, G. Presupuesto para el año 1932. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 56, 1932, 6-7.
- Franco Rodríguez, J. El Cuerpo de Médicos Titulares. *Boletín de la Unión Sanitaria Valenciana*, 63, 1924, 2-4.
- García Brustenga, A. El Dr. Ferret, inspector de sanidad de Valencia y director de este Boletín, marcha a Barcelona para ocupar iguales cargos. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 55, 1931, 2-6.
- García Brustenga, A. Escuela Provincial de Puericultura de Valencia, en : Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia, *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*. Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933a, 68-113.

- García Brustenga, A. La enseñanza y aplicación de la Higiene Infantil. Dispensarios y Escuelas de Puericultura. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 78, 1933b, 3-6.
- Gaviola, J. Beneficencia Municipal. *La Crónica Médica*, 2, 1879, 424-428, 454-460, 486-493, 526-530.
- Gimeno de Sande, A. Centros primarios de Higiene rural. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 82, 1933, 573-590.
- Giné y Partagás, J. *Curso elemental de Higiene Privada y Pública, Higiene pública*. Barcelona, Imprenta de Narciso Ramírez y Compañía, tomo 2º, 1871.
- Gómez Ferrer, R. Cuestión terminada. *La Medicina Valenciana*, 15, 1915, 289-290.
- Gómez Reig, C. El cuerpo de higiene pública y salubridad municipal en Valencia. *La Crónica Médica*, 4, 1880a, 207-212.
- Gómez Reig, C. Las enfermedades reinantes (en Valencia). *La Crónica Médica*, 4, 1880b, 299-306.
- González Medina, M. Dispensario oficial antivenéreo instalado en el Instituto Provincial de Higiene, en: Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia, *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*. Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933, 174-180.
- González Rey, R. Dispensario antivenéreo de la calle del Pilar, en: Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia, *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*. Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933, 170-172.
- Hapke. *El Reglamento de Sanidad Municipal juzgado por un técnico extranjero*. Madrid, Ministerio de la Gobernación, Dirección General de Sanidad, 1929.
- Hernández Guerra, J. La Comisión permanente de Investigaciones sanitarias. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 7, 1932, 232-234.

- Hernández-Pacheco; Abril Canovas, M. Ensayo de higiene rural en la huerta de Murcia. Resumen de los trabajos realizados durante el primer semestre de 1931. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 7, 1932, 219-223.
- HIGIENE Rural (La). Crítica y alegato. *Boletín de la Unión Sanitaria Valenciana*, 48, 1923, 12-16.
- HIGIENE Rural. Sociedad de Naciones. Organización de Higiene. Conferencia Europea de Higiene Rural. *La Crónica Médica*, 15 junio, 1931, VIII-XI.
- Horcada, A. Despedida del Director general de Sanidad. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 5, 1930, 250.
- HOSPITAL Provincial. *Reglamento General de todas las dependencias y departamentos del Hospital Civil de la Provincia de Valencia*. Valencia, 1850.
- HOSPITAL Provincial. *Reglamento de suministro de raciones y sistema pensionario, por acuerdo de la Junta Administrativa y la Dirección*. Valencia, 1872.
- HOSPITAL Provincial. *Recuerdo de una visita al Hospital Provincial de Valencia*. Valencia, Imprenta de Ferrer de Orga, 1873.
- HOSPITAL Provincial. *Reglamento del Hospital Provincial de Valencia*. Valencia, Oficina tipográfica de la Casa de Beneficencia, 1881.
- HOSPITAL Provincial. *Reglamento de las Enfermerías del Hospital Provincial de Valencia*. Valencia, Imprenta de la Casa de Beneficencia, 1897.
- HOSPITAL Provincial. *Reglamento de la Inclusa del Hospital Provincial de Valencia*. Valencia, Imprenta de la Casa de la Beneficencia, 1898a.
- HOSPITAL Provincial. *Reglamento para el Régimen Administrativo del Hospital Provincial de Valencia*. Valencia, Imprenta de la Casa de Beneficencia, 1898b.
- HOSPITAL Provincial. *Proyecto de Reglamento del Hospital Provincial de Valencia*. Valencia, Diputación Provincial de Valencia, 1914.

- HOSPITAL Provincial. *Reglamento del Cuerpo Médico y Practicantes de la Beneficencia Provincial*. Valencia, Imprenta de la Casa de Beneficencia, 1933.
- HOSPITAL Provincial. *Reglamento del Cuerpo Facultativo del Hospital y Asilos Provinciales*. Valencia, 1935.
- IGUALA médica. Proyecto de bases para su reglamentación. Proposición de la comisión especial designada en la Asamblea Nacional de Colegios Médicoa. *Boletín de la Unión Sanitaria Valenciana*, 154, 1933, 8-14.
- INSPECCIÓN provincial de Sanidad. La nueva clasificación de partidos médicos. *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia*, 11, 1928, 2-11.
- INSPECCIÓN Provincial de Sanidad. Un día de lucha contra la mortalidad infantil. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 64, 1932, 2-3.
- INSPECCIÓN Provincial de Sanidad. Con éxito extraordinario se celebra en Valencia “Un día de lucha contra la mortalidad infantil”. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 65, 1932, 2-25.
- INSTITUTO Provincial de Higiene. Cursillo dirigido a farmacéuticos Inspectores Municipales de Sanidad. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 51, 1931a, 11.
- INSTITUTO Provincial de Higiene. IV cursillo para médicos Inspectores Municipales de Sanidad. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 52, 1931b, 1.
- INSTITUTO Provincial de Higiene. Presupuesto del Instituto Provincial de Higiene para el año 1932. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 56, 1932a, 6-7.
- INSTITUTO Provincial de Higiene. El Dr. Tomás Peset Aleixandre, nuevo inspector de sanidad de esta provincia. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 58, 1932b, 1.

- INSTITUTO Provincial de Higiene. Relación de las desinfecciones practicadas por el Instituto Provincial de Higiene durante el año 1932. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 69, 1933a, 10.
- INSTITUTO Provincial de Higiene. Un día de júbilo para el Instituto de Higiene. La inauguración oficial de nuestra casa. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 73, 1933b, 1-4.
- INSTITUTO Provincial de Higiene. Profilaxis social antivenérea. I Cursillo de enfermedades venéreo-sifilíticas y su clínica. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 79, 1934a, 1-6.
- INSTITUTO Provincial de Higiene. Cursillo breve de terapéutica dermatológica. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 79, 1934b, 6.
- Izquierdo, D. La vacunación por el B.C.G. en el medio rural, en: Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia, *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*. Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933, 138-141.
- JUNTA municipal de Sanidad. Las Disposiciones de la Junta Municipal de Sanidad. *La Crónica Médica*, 8, 1885, 624-627.
- Laffón, M. Significación del seguro de maternidad en la puericultura española. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 82, 1933, 502-14.
- Lechón. Una visita al hospital civil de Valencia. *La Crónica Médica*, 2, 1879, 338-341, 360-364, 391-395, 428-430, 461-462.
- LEY de Bases. Un proyecto de Ley de Bases de Reorganización Sanitaria. *Boletín de la Unión Sanitaria Valenciana*, 159, 1934, 9-24.
- LIGA antituberculosa. *La Medicina Valenciana*, 6, 1906, 127.
- Llopis, J.M. Ante un proyecto del Ministerio de Instrucción pública. La colaboración de los rurales. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 5, 1930a, 51-53.

- Llopis, J.M. El nuevo Director de Sanidad. La toma de posesión. D José Alberto Palanca. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 5, 1930b, 251-253.
- Llopis Llorente, R. Dispensario antituberculoso provincial, en: Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia. *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*. Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933, 135-137.
- Llopis Llorente, R. Bosquejo de un plan de lucha antituberculosa en Valencia. *La Crónica Médica*, 15 enero, 1935, 60-76.
- Llopis Llorente, R. *Dispensario del Instituto Provincial de Sanidad de Valencia. Siete años de labor (mayo 1933-diciembre 1939)*. Valencia, Vicente Martí Mas, 1940.
- López Fernández, A. Sanatorio Marítimo Nacional de la Malvarrosa, en: Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia, *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*, Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933.
- López Ramón, V. Examen comparativo entre la beneficencia nosocomial y la domiciliaria. *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, 13, 1873, 11-22, 39-44, 111-116, 138-141.
- Manzanete, R. Contribución al estudio de la epidemiología de la fiebre tifoidea. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 82, 1933, 545-551.
- Marqués Gil, J. Sección de Química, en: Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia, *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*. Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933, 55-58.
- Martín Salazar, M. *La Sanidad en España*. Madrid, Discursos leídos en la Real Academia de Medicina, Madrid, Impr. Del Colegio Nacional de Sordomudos y de Ciegos, 1913, 92.

- Martínez Alcubilla, M. *Diccionario de la Administración Española*. 6ª edición, Madrid, Imprenta del Asilo de Huérfanos del Sagrado Corazón de Jesús, 1914-1930.
- Martínez Alcubilla, M. *Boletín Jurídico-Administrativo. Anuario de Legislación y Jurisprudencia. Apéndice del Diccionario de la Administración Española*. Madrid, Imprenta del Asilo de Huérfanos del Sagrado Corazón de Jesús, 1868-1936.
- Martínez Sellés. Una epidemia de Fiebre Tifoidea en Loriguilla. *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia*, 14, 1928, 3-4.
- Méndez Álvaro, F. *Consideraciones sobre la Higiene Pública y mejoras que reclama la Higiene Municipal*. Madrid, Imprenta José Rodríguez, 1853.
- Ministerio de Gracia y Justicia. *Colección Legislativa de España*. Madrid, Imprenta del Ministerio de Gracia y Justicia, 1848-1891.
- Monlau, P.F. *Elementos de Higiene Pública*, 2ª edición. Madrid, Imprenta de Rivadeneyra, vol. III, 1862.
- Morales, Díaz, J. La lucha antituberculosa (esquema sanitario). *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 4, 1929, 768-775.
- MORTALIDAD. Mortalidad por fiebre tifoidea y paludismo en diversos estados europeos. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 1, 1926, 55-65.
- MOVIMIENTO continuo. El. *El Siglo Médico*, 21, 1874, 415.
- Murillo, F. *La reorganización sanitaria en España*. Madrid, Ministerio de la Gobernación, 1909.
- Murillo, F. *La defensa social de la Salud Pública*. Madrid, Discursos leídos en la Real Academia de Medicina, 1918.
- Nájera, L. El Dr. Pulido. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 12, 1932, 1287-1288.

- NATALIDAD y mortalidad. Resúmenes de natalidad y mortalidad en España. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 7, 1932, 479-498.
- NATALIDAD y mortalidad. Resumen de la natalidad y mortalidad de España en 1935. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 111, 1936, 423-448.
- OBRA sanitaria en España durante los años 1910 a 1912 (La)*. Madrid, Imprenta y enc. V. Tordesillas, 1914.
- Orellano, M. Higiene Municipal. Las enfermedades infecciosas en Valencia. *La Crónica Médica*, 10, 1886-87, 264-267.
- Orensanz, J. La tuberculosis bovina: su profilaxia por la vacuna antialfa. *Revista de Higiene y de Tuberculosis*, mayo, 1931.
- ORGANIZACIÓN sanitaria. La comisión interministerial. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 5, 1930, 37-38.
- Ortí y Tronch, F.; Ballester de los Reyes, E. Reglamentación de igualas. *Boletín de la Unión Sanitaria Valenciana*, 4, 1919, 10-14.
- Oyuelos Pérez, R. *Legislación de Medicina*. Madrid, Imprenta de Ricardo Rojas, 1895.
- Pardo, P. Medios prácticos para intensificar la puericultura en los distritos rurales. *La Crónica Médica*, 15 julio, 1930, 577-596.
- Pascua, M. Mortalidad por grupos de edades en España. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 4, 1929, 28-47.
- Pascua, M. Mortalidades crudas y estandarizadas en las provincias y capitales españolas. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 5, 1930, 449-456.



- Pascua, M. Mortalidades crudas y estandarizadas en las provincias y capitales españolas. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 6, 1931a, 129-137.
- Pascua, M. Mortalidad real en España en el período 1921-1920. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 6, 1931b, 208-212.
- Pascua, M. La mortalidad infantil en España (conferencia publicada en *El Siglo Médico*). *Boletín Mensual de la Revista de Higiene y Tuberculosis*, 183, 1931c, 36.
- Pascua, M. El presupuesto de Sanidad. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 67, 1932a, 2-6.
- Pascua, M. Conferencia del Director General de Sanidad en la Casa del Pueblo. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 7, 1932b, 1274-1275.
- Pascua, M. *La mortalidad infantil en España*. Departamento de Estadísticas Sanitarias, 1934.
- Pascua, M. *La mortalidad específica en España*. Departamento de Estadísticas Sanitarias, 2 vols., 1934-35.
- Pascua, M. *Mortalidad Específica en España*. Madrid, Dirección General de Sanidad, 1935.
- Passicot, J.M.; Pereyra Ramírez, E. La vacuna y suero anti-alfa en la primera infancia. *Revista de Higiene y de Tuberculosis*, 318, 1934, 287-290.
- Pérez Abad, F. Servicio y organización de la profilaxis antivenérea de Gandía, en: Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia, *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*. Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933, 183-184.
- Pérez Fuster, J. Informe dado en el laboratorio bacteriológico municipal, en el que trata del grado de pureza de las aguas que más se consumen en Valencia. *La Medicina Valenciana*, 7, 1907, 257-263, 289-294, 321-329.

- Pérez Fuster, J. Análisis de aguas. Trabajos remitidos a la Inspección Municipal de Sanidad por el señor Jefe del Laboratorio bacteriológico. *Boletín Sanitario Municipal*, 4, 1908, 37-41.
- Pérez Fuster, J. Informe remitido desde París al Alcalde-Presidente del Excelentísimo Ayuntamiento de Valencia. *La Medicina Valenciana*, 12, 1912, 78-86.
- Pérez Fuster, J. Estudio comparativo de los métodos más en uso para el tratamiento de la rabia. *La Medicina Valenciana*, 15, 1915a, 44-53.
- Pérez Fuster, J. Tratamiento preventivo de la rabia. *La Medicina Valenciana*, 15, 1915b, 205-210.
- Pérez Fuster, J. Memoria-Resumen de los trabajos realizados en el Laboratorio Bacteriológico Municipal de Valencia en el año 1916. *La Medicina Valenciana*, 17, 1917, 59-63.
- Pérez Fuster, J. Noticias de las epidemias reinantes en esta provincia. Peligros que nos amenazan. *La Medicina Valenciana*, 18, 1918, 409-413.
- Pérez Fuster, J. Contribución al estudio de la gripe. *La Medicina Valenciana*, 21, 1921, 18-22.
- Perrón, J. Consideraciones acerca de la mortalidad infantil en Valencia y su provincia. *La Crónica Médica*, 15 julio, 1931, 612-25.
- Peset Alexandre, J. Resumen del debate sobre vacunación antitífica profiláctica que tuvo lugar en el Instituto Médico Valenciano en junio de 1917. *La Medicina Valenciana*, 199, 1917a, 350-379.
- Peset Alexandre, J. Vacunación antitífica en medio epidémico. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 19, 1917b, 52-55.

- Peset Alexandre, J. Vacunación antitífica preventiva. Conferencia dada en el Instituto Médico Valenciano. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 19, 1917c, 161-169.
- Peset Alexandre, J. El Instituto Provincial de Higiene de Valencia. *Anales de la Universidad de Valencia*, 3, 1922-1923, 453-475.
- Peset Alexandre, T. El Instituto Provincial de Higiene y su organización actual, en: Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia, *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*. Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933a, 7-9.
- Peset Alexandre, T. Nuestra impresión final, en: Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia. *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*. Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933b, 194-196.
- Peset Alexandre, T., Propaganda, en: Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia, *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*, Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933c, 38-39.
- Peset Alexandre, T. Organización a desarrollar el próximo año 1934, en: Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia, *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*. Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933d, 188-192.
- Peset Alexandre, T. Propósitos al empezar el año 1933. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 68, 1933e, 1.
- Peset Aleixandre, T. Un día de lucha contra la mortalidad infantil. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 77, 1933f, 2-11.
- Peset Alexandre, T. *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*. Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933g.
- Peset Alexandre, T. Profilaxis social antivenérea. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 79, 1934, 1-6.

- Peset Cervera, V. *Proyecto de un laboratorio de higiene pública y de salubridad municipal*. Valencia, Juan Guix, 1881.
- Peset Cervera, V. El Laboratorio Químico Municipal de Valencia. *Gaceta de los hospitales, revista quincenal de Medicina y Cirugía prácticas*, 1, 1882, 409-414.
- Peset Cervera, V. Análisis de las aguas sulfurosas-termales, clorurado-sódicas, del Puente Molinell (Valencia). *La Crónica Médica*, 7, 1883, 85-88.
- Peset Cervera, V. Análisis de las aguas de Valencia La Vella (Ribarroja). *La Crónica Médica*, 7, 1884a, 330-332.
- Peset Cervera, V. Las adulteraciones higiénicas. *La Crónica Médica*, 7, 1884b, 392-397.
- Peset Cervera, V. Las aguas del Turia. *La Crónica Médica*, 7, 1884c, 647-650, 680-683, 712-717, 8, 43-49, 75-82.
- Peset Cervera, V. Grado de potabilidad de las aguas de Godella (Valencia). *La Crónica Médica*, 10, 1887, 523-528.
- Peset Cervera, V. Laboratorio y clínica. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 1, 1899, 261-267.
- Peset Cervera, V. Higiene local. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 8, 1906, 270-271.
- Peset Cervera, V. El subsuelo de Valencia. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 12, 1910, 162-166.
- Peset y Vidal, J.B. Casa de Socorro durante la Feria de Valencia. *Boletín del Instituto Médico Valenciano*, 14, 1875, 265-272.
- Peset y Vidal, J.B. *Bosquejo de la Historia de la Medicina Valenciana*. Imprenta Ferrer Ortega, 1876.

- Pintor, A. Organización sanitaria de la zona influenciada por el Centro secundario de Higiene rural de Jaca. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 8<sup>2</sup>, 1933, 266-269.
- Piñol y Verges, J. *Reseña de la constitución interior de la Casa-Hospicio de Nuestra Señora de la Misericordia y de su estado moral, acompañada de un Proyecto de Reforma que su director, D. Juan Piñol y Verges presenta a la Excma. Diputación Provincial para su examen y aprobación si lo considera digno de merecerla*. Valencia, 1872.
- Pitaluga Fattori, G.; Buen Lozano, Sadi de; Benzo Cano, M. Organismos centrales de investigación y enseñanzas sanitarias y sus relaciones con los demás centros sanitarios, en: Nájera Angulo, L. (ed) *Libro de actas del Primer Congreso Nacional de Sanidad*. Madrid, 6-12 de mayo de 1934, tomo I, 1935, 409-447.
- PRESUPUESTO Instituto Provincial Higiene para el año 1932. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 56, 1932, 6-7.
- PREVENTORIOS. Los Preventorios infantiles. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 4, 1929, 646-647.
- Pulido Fernández, A. *Sanidad Pública en España y ministerio social de las clases médicas*. Madrid, Imprenta E. Teodoro, 1902.
- Ramón Méndez, V. La fiebre tifoidea y la vacunación antitífica. *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia*, 8, 1928, 2-3.
- Ramón Méndez, V. Sección de Bacteriología, en: Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia, *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*. Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933, 59-63.
- Recio, P. La Inspección General de Sanidad Interior. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 5, 1930, 855-857.
- Recio, P. La Inspección General de Instituciones Sanitarias. Lo que acerca de ella nos ha dicho el doctor Cortezo. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 6, 1931, 122-124.

- REGLAMENTOS. *Reglamento para la prostitución pública en Valencia*. Valencia, Imprenta de Ferrer de Orga, 1865.
- REGLAMENTOS. *Reglamento especial sobre las mugeres públicas en Valencia*. Valencia, Sección de Higiene, Imprenta de Emilio Pascual, 1879.
- REGLAMENTOS. *Reglamento General de Higiene y Salubridad Municipal* de 1 de junio de 1882. Valencia, Ayuntamiento de Valencia, 1882.
- REGLAMENTOS. *Reglamento del Cuerpo Municipal de Sanidad de Valencia de 23 de junio de 1890*. Valencia, Ayuntamiento de Valencia, 1890.
- REGLAMENTOS. *Reglamento del Cuerpo de Higiene Municipal de Valencia* de 28 de mayo de 1894. Valencia, Ayuntamiento de Valencia, 1894.
- REGLAMENTOS. *Reglamento del Instituto Municipal de Higiene de Valencia de 1911*. Valencia, Ayuntamiento de Valencia, 1911.
- REGLAMENTOS. Comisión Permanente contra la Tuberculosis, *Reglamento de la Junta Provincial de Valencia*, Valencia, Bernardino Valls, 1914.
- REGLAMENTOS. *Reglamento de Higiene para la Provincia de Valencia*. Valencia, Junta provincial de Sanidad, Papelería de Rafael Roca, 1926a.
- REGLAMENTOS. *Reglamento del Servicio Sanitario Provincial*. Valencia, Diputación Provincial de Valencia, 1926b.
- REVISTA. Las reformas de nuestra revista. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 6, 1931, 765-771.
- Román Manzanete, J. Contribución al estudio de la epidemiología de la fiebre tifoidea. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 82, 1933, 545-551.
- Rubio Huerta, L. Dispensario antitracomatoso de Sueca, en: Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia, *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*. Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933a, 152-161.

- Rubio Huerta, L. El problema social del tracoma. La lucha contra el tracoma en la provincia de Valencia. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 69, 1933b, 3-4.
- Rubio Huerta, L. El problema social del tracoma. El tracoma y la escuela. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 71, 1933c, 2-4.
- Ruesta, S. El 1er. Congreso de Sanidad Nacional. *La Crónica Médica*, 15 de julio, 1934, IV-XI.
- Sacabejos, H. El descenso de la tuberculosis no depende de la “lucha”. *Revista de Higiene y de Tuberculosis*, 319, 1934, 321-322.
- Salvat Navarro, A. Estudio de la fiebre tifoidea en Valencia. La vacunación antitífica en el pueblo de Dos Aguas. *Revista Valenciana de Ciencias Médicas*, 15, 1913, 385-395.
- Sánchez Verdugo, J. Estudio estadístico de la mortalidad por fiebre tifoidea en España. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 7, 1932, 1197-1211.
- Sánchis Bergón, J. Higiene popular. Cartilla higiénica contra el sarampión. *Boletín Sanitario Municipal*, 1, 1905a, 13-16.
- Sánchis Bergón, J. Cartilla popular para precaverse de la viruela (PIGOTA). *Boletín Sanitario Municipal*, 1, 1905b, 28-29.
- Sánchis Bergón, J. Consejos higiénicos para preservarse de la fiebre tifoidea. *Boletín Sanitario Municipal*, 1, 1905c, 141-144.
- SANIDAD marítima. Nuestra sanidad marítima. *El Siglo Médico*, 21, 1874, 322-324.
- SANIDAD civil. Proyecto de Ley de Sanidad Civil. *La Crónica Médica*, 118, 1882, 685.
- Sanz, E. Servicio antivenéreo de Játiva, en: Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia, *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*, Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933, 185-187.

- Sayé, L. Las nuevas orientaciones de la lucha antituberculosa y su aplicación en España. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 82, 1933, 438-469.
- SEGUROS. Los seguros obligatorios de maternidad y enfermedad. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 5, 1930, 121-123.
- SEGUROS. El seguro de maternidad. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 7, 1932, 330-333.
- Serrador Gómez, J. El médico rural. *Boletín de la Unión Sanitaria Valenciana*, 56, 1924, 2-3.
- Sobrino, F. Sanidad de puertos. *El Siglo Médico*, 21, 1874, 543.
- Torres Colomer. Dispensario antivenéreo de Alcira, en: Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia, *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*. Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933, 181-182.
- Trigo, M. Cartilla de vulgarización sanitaria contra la rabia. *Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia*, 13, 1928, 5-12.
- Tudela. Medidas sanitarias para la defensa de la salud pública. *Boletín Sanitario Municipal*, 1, 1905, 126-127.
- VACUNACIÓN. Unas reformas sanitarias y una gran experiencia de vacunación. *Boletín Mensual de la Revista de Higiene y de Tuberculosis*, 276, 1931, 34-35.
- Vidal Jordana, J. Resumen de natalidad y mortalidad en Valencia, provincia y capital, y su relación con las de España. Decenio 1921-1930. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 72, 1933a, 2-4.
- Vidal Jordana, J. Resumen de natalidad y mortalidad en Valencia durante 1932. *Boletín del Instituto de Higiene de la Provincia de Valencia*, 76, 1933b, 1-7.
- Vidal Jordana, J. Sección de Epidemiología y Estadística, en: Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia. *Memoria de los*



*Servicios Sanitarios Provinciales*. Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933c, 10-35.

Vidal Jordana, J. La fiebre tifoidea y su mortalidad en la provincia de Valencia. *Boletín del Instituto de Higiene de la provincia de Valencia*, 68, 1933d, 2-7.

Vidal Jordana, J.; del Pino y de la Vega, M. Dispensario Antipalúdico del Grao de Castellón. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 6, 1931, 257-291.

Vila Barberá, R. Servicio antivenéreo provincial de Valencia. Trabajos realizados por el médico bacteriólogo Dr. Vila Barberá en el año 1933, en: Inspección Provincial de Sanidad, Instituto Provincial de Higiene de Valencia, *Memoria de los Servicios Sanitarios Provinciales*. Valencia, Imprenta de F. Vives Mora, 1933, 173.

Villar Salinas, S.J. Evolución de la mortalidad por tuberculosis en Santander. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 21, 1947, 655-690.

VIRUELA. Un positivo triunfo sobre la viruela. *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, 5, 1930, 237-238.

Yagüe Espinosa, L. Consideraciones higiénico-sociales sobre el biberón doméstico. *Boletín mensual de la Revista de Higiene y de Tuberculosis*, junio, 1935, 44.

## 7.2. Bibliografía secundaria

- Ackerknecht, E. *La Médecine Hospitalière à Paris*. Paris, Payot, 1986.
- Albarracín Teulón, A. La asistencia médica en la España rural durante el siglo XIX. *Cuadernos de Historia de la Medicina Española*, 13, 1974, 133-204.
- Albarracín Teulón, A. Revolución y medicina: una interpretación de la tardía ordenación de la asistencia médica en la España del siglo XIX. *Dynamis*, 5-6, 1985-86, 269-278.
- Alemaný i García, S.; Casanova i Miret, V. La prostitució a Gandía. 1896-1926, en: Bernabeu Mestre, J., Esplugues i Pellicer, J.X., Robles González, E. (eds.) *Higiene i Salubritat en els municipis valencians*. Benissa, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Institut d'Estudis Comarcals de la Marina Alta, 1997, 199-207.
- Arroyo Medina, P. Asociacionismo médico farmacéutico en la España de la segunda mitad del siglo XIX. *Asclepio*, 49 (2), 1997, 45-66.
- Artola, M. *Historia de España Alfaguara V. La burguesía revolucionaria (1808-1874)*. Madrid, Alianza Editorial, Alfaguara, 1983.
- Báguena Cervellera, M.J. La Microbiología en el siglo XIX: organización de su actividad científica. *Medicina Española*, 83, 1984, 180-183.
- Báguena Cervellera, M.J. La incidencia de la lucha antituberculosa en la mortalidad de la población valenciana (1882-1914), en: Bernabeu Mestre, J. (coord.) *El papel de la mortalidad en la evolución de la población valenciana*. Instituto de Cultura Juan Gil Albert, Seminari d'Estudis sobre la Població Valenciana, 1991. 193-199.
- Báguena Cervellera, M.J. La enfermedad y su prevención, en: López Piñero, J.M. (ed.) *Historia de la Medicina Valenciana*. Valencia, Vicent Garcia Editors, 1992a, tomo III, 129-145.

- Báguena Cervellera, M.J. *La tuberculosis y su historia*. Barcelona, Fundació Uriach 1838, Colecció històrica de ciències de la salut, nº 3, 1992b.
- Báguena, M.J. Jaume Ferran i Clua. La primera vacuna bacteriana, en: Camarasa, JM; Roca, A. (dirs.) *Ciència i tècnica als països catalans: una aproximació biogràfica*. Barcelona, Fundació per a la Recerca, vol. 1, 1995, 652-679.
- Báguena Cervellera, M.J. Los orígenes de la vacunación antirrábica en Valencia (1894-1916), en: Beneito Lloris, A.; Blay Meseguer, F.; Lloret Pastor, J. (eds.) *Beneficència i Sanitat en els municipis valencians*. Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Associació Cultural Alcoià-Comtat/Centre Alcoià d'Estudis Històrics i Arqueològics, 1999, 259-271.
- Báguena Cervellera, M.J. El Cuerpo Municipal de Sanidad de Valencia y la lucha contra las enfermedades infecciosas. El caso de la rabia, en: C. Barona Vilar et al. (eds.) *Polítiques de salut en l'àmbit municipal valencià (1850-1936)*. València, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 2000, 71-109.
- Baila Pallarés, M.A.; Recaño Valcerde, J. Aproximació a una tipologia demogràfica comarcal a finals del segle XIX: el País Valencià en 1887, en: M. Livi Bacci, *Modelos regionales de transición demográfica en España y Portugal*. Alacant, J.Gil Albert/Seminari d'Estudis sobre la Població Valenciana, 1991, 183-196.
- Balaguer, E. Estudio introductorio, en: Balmis, F.J. *Prólogo y traducción castellana del Tratado Histórico y Práctico de la Vacuna de J.L. Moreau (1803)*. Alicante-Valencia, Edicions Alfons el Magnànim/IVE, Institut d'Estudis Juan Gil-Albert, 1987, IX-XXXIV.
- Balaguer, E. et al. La transición sanitaria española durante el período 1879/1919, en: M. Livi Bacci, *Modelos regionales de transición demográfica en España y Portugal*. Alacant, J.Gil Albert/Seminari d'Estudis sobre la Població Valenciana, 1991, 137-156.
- Ballester, R.; Balaguer, E. La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principios de siglo en España. *Dynamis*, 15, 1995, 177-181.

- Barona, C. Els orígens del Institut Provincial d'Higiene de València (1916-1920), en: Beneito Lloris, A.; Blay Meseguer, F.X.; Lloret Pastor, J. (eds.) *Beneficència y Sanitat en els municipis valencians*. Alcoi, Seminari D'Estudis sobre la Ciència, Associació Cultural Alcoià-Comtat/Centre Alcoià d'Estudis Històrics i Arqueològics, 1999, 273-281.
- Barona, C. Organización y profesionalización de la asistencia médica domiciliaria en los pueblos de la provincia de Valencia: 1854-1936, en: Barona Vilar, C. et al (eds.) *Politiques de salut en l'àmbit municipal valencià (1850-1936)*. València, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 2000, 13-70.
- Barona, C. La organización para el desarrollo de la Salud Pública en la Valencia republicana (1931-1936). *XIIº Congreso Nacional de Historia de la Medicina*, Albacete, 2002.
- Barona, C.; Martínez Pons, M. Revisió de la situació higiènica dels cementeris de la província de València al any 1883, en: Bernabeu Mestre, J., Espulgues i Pellicer, J.X., Robles González, E. (eds.) *Higiene i Salubritat en els municipis valencians*. Benissa, Seminari d'Estudis sobre la ciència, Institut d'Estudis Comarcals de la Marina Alta, 1997, 175-183.
- Barona, C.; Martínez Pons, M. La lotta contro la mortalità infantile nella provincia di Valencia nel quadro della Seconda Repubblica (1931-1936), en: Pozzi, L.; Tognotti, E., (eds.) *Salute e Malattia fra '800 e '900 in Sardegna e nei paesi dell'Europa Mediterránea*. Sassari, Editrice Democratica Sarda, 2000, 293-305.
- Barona, J.L. El ejercicio profesional de la medicina, en: López Piñero, J.M. et al. (eds.), *Historia de la Medicina Valenciana*. Valencia, Vicent García Editores, vol. 3, 1992a, 169-179.
- Barona, J.L. *La doctrina y el laboratorio. Fisiología y experimentación en la sociedad española del siglo XIX*. Madrid, CSIC, 1992b.

- Barona, J.L. Los estudios de medicina en la Universidad de Valencia (1857-1960), en: José Danón (coord.), *La enseñanza de la Medicina en la Universidad Española*. Barcelona, Fundación Uriach 1838, Colección Histórica de Ciencias de la Salud nº 6, 1998a, 55-77.
- Barona, J.L. Higiene y clase obrera en España (1868-1939). Presentació, en *IV Trovades d'Història de la Ciència i de la Tècnica*. Alcoi/Barcelona, SCHCT, 1998b, 267-269.
- Barona, J.L (compilador) *Politiques de salut en l'àmbit municipal valencià (1850-1936). Professionals, lluita antirràbica, higiene dels aliments i divulgació científica*. Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 2000a.
- Barona, J.L. La lotta contro la malattia e la morte nella Spagna mediterránea (1855-1944), en: Pozzi, L.; Tognotti, E., (eds.) *Salute e Malattia fra '800 e '900 in Sardegna e nei paesi dell'Europa Mediterránea*. Sassari, Editrice Democratica Sarda, 2000b, 195-220.
- Barona, J.L. *Medicina y compromiso. Entre la experimentación y la política. Achúcarro, Marañón y Negrín*. Madrid, Nivola, colección novatores 6, 2001.
- Barona, J.L. *Salud, enfermedad y muerte. La sociedad valenciana entre 1833 y 1939*. Valencia, Institució Alfons el Magnànim, Estudis Universitaris 88, 2002.
- Barona, J.L.; Barea, E. Enfermedad y muerte en la ciudad de Valencia(1901-1920). Boletín de la Asociación de Demografía Històrica, XIV, 1996a, 57-82.
- Barona, J.L.; Barea, E. Mort i malaltia a la ciutat de Valencia (1901-1920), en: Barona, J.L.; Micó, J (eds) *Salut i malaltia en els municipis valencians*. Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Universitat de Valencia, 1996b, 225-237.
- Barona, J.L.; Barona Vilar, C. L'epidèmia que mai va existir. Valencia davant la febre groga del 1870. *Saitabi*, 48, 1998, 333-355.

- Barona, J.L.; Bernabeu Mestre, J.; Moncho Vasallo, J. Els recursos beneficoassistencials al País Valencia contemporani: una perspectiva espacial, en: Beneito Lloris, A.; Blay Meseguer, F.; Lloret Pastor, J. (eds.) *Beneficència i Sanitat en els municipis valencians*. Alcoi, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Associació Cultural Alcoià-Comtat/Centre Alcoià d'Estudis Històrics i Arqueològics, 1999, 201-221.
- Barona, J.L. ; Lloret, J. El moviment higienista i la classe obrera. Fets, valors i ideologia, en: *IV Trovades d'Història de la Ciència i de la Tècnica*. Alcoi/Barcelona, SCHCT, 1998, 269-280
- Barona, J.L.; Lloret, J. La higiene dels aliments i els escorxadors. Dos aspectes de la higiene pública a la societat valenciana en el període de entresegles, en: Barona Vilar, C., et al. (eds.) *Polítiques de salut en l'àmbit municipal valencià (1850-1936)*. València, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 2000, 111-171.
- Barona, J.L.; Lloret, J. Les aigües públiques i la higiene urbana a la societat valenciana (1871-1931), en: Barona, J.L.; Perdiguero, E.; Cortell, J. (eds.). *Medi ambient i salut. Una perspectiva històrica*. Sueca, SEC/ Ajuntament de Sueca, 2002.
- Barona, J.L.; Micó, J.A. (eds.) *Salut i malaltia en els municipis valencians*. Valencia, Universitat de Valencia/Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 1996.
- Barona, J.L.; Perdiguero, E. (eds.) *Medi ambient i salut. Una perspectiva històrica*. Sueca, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Ajuntament de Sueca, 2001.
- Beneito Lloris, A. Evolució dels establiments beneficoassistencials al nucli industrial d'Alcoi, en: Beneito Lloris, A.; Blay Meseguer, F.; Lloret Pastor, J. (eds.) *Beneficència i Sanitat en els municipis valencians*. Alcoi, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Associació Cultural Alcoià-Comtat/Centre Alcoià d'Estudis Històrics i Arqueològics, 1999a, 173-183.

- Beneito Lloris, A.; Blay Meseguer, F.X.; Lloret Pastor, J. (eds.) *Beneficència i sanitat en els municipis valencians*. Alcoi, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Associació Cultural Alcoià-Comtat/Centre Alcoià d'Estudis Històrics i Arqueològics, 1999b.
- Bernabeu Mestre, J. El paper de la mortalitat en la evolució de la població valenciana. Presentació, en: *El papel de la mortalidad en la evolución de la población valenciana*. Alacant, J.Gil Albert/Seminari d'Estudis sobre la població valenciana, 1991a, 9-26.
- Bernabeu Mestre, J. *La ciutat davant el contagi. Alacant y la grip de 1918-19*. València, Conselleria de Sanitat y Consum, 1991b.
- Bernabeu Mestre, J. Fuentes para el estudio de la mortalidad en la España del siglo XIX. Las estadísticas demográfico-sanitarias, en: *Estadísticas demográfico-sanitarias. I Encuentro Marcelino Pascua*. Madrid, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto Carlos III, 1992a, 27-44.
- Bernabeu Mestre, J. Marcelino Pascua desde la perspectiva histórica, en: *Estadísticas demográfico-sanitarias. I Encuentro Marcelino Pascua*. Madrid, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto Carlos III, 1992b, 11-15.
- Bernabeu Mestre, J. El papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el desarrollo de la Salud Pública en España, 1924-1934. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68, 1994, 65-89.
- Bernabeu Mestre, J. *Enfermedad y población. Introducción a los problemas y métodos de la epidemiología histórica*. València, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 1995.
- Bernabeu Mestre, J. La utopía reformadora de la Segunda República: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 74, 2000, 1-13.

- Bernabeu, J.; Barona, J.L. La divulgació de la ciència entre els moviments socials i la seua reinterpretació en la premsa llibertària (1923-1937), en: Brumme, J. *La divulgació de la ciència*. Barcelona, Universitat Pompeu Fabra, 2001.
- Bernabeu, J.; Espulgues, J.X.; Robles, E. (eds.) Higiene i salubritat en els municipis valencians (1813-1939). Benissa, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Institut d'Estudis Comarcals de la Marina Alta, 1997.
- Bernabeu Mestre, J.; Gascón Pérez, E. El papel de la enfermería en el desarrollo de la salud pública española (1923-1935): la visitadora sanitaria. *Dynamis*, 15, 1995, 151-176.
- Bernabeu Mestre, J.; Perdiguero Gil, E. Materials per a l'estudi de la transició sanitària: els arxius municipals, en: Barona, J.L.; Micó, J.A. (eds.) *Salut i malaltia en els municipis valencians*. Valencia, Universitat de Valencia/Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 1996, 215-224.
- Bernabeu Mestre, J.; Robles González, E. La transizione sanitaria nella Penisola Iberica, 1901-1949, en: Pozzi, L.; Tognotti, E., (eds.) *Salute e Malattia fra '800 e '900 in Sardegna e nei paesi dell'Europa Mediterranea*. Sassari, Editrice Democratica Sarda, 2000, 31-46.
- Boix Barrios, J. *La Pediatría que he vivido*. Valencia, Sociedad Valenciana de Pediatría, 1979.
- Canet, M.A.; Martínez, F.; Valor, V. La institucionalització de la salut pública a València: dels laboratoris químic i bacteriològic a l'Institut Municipal d'Higiene, en: Barona, J.; Micó, J. (eds.) *Salut i malaltia en els municipis valencians*. Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Universitat de València, 1996, 191-214.
- Carasa Soto, P. *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*. Valladolid, Universidad, 1985.
- Carasa Soto, P. La Historia y los Pobres: de las Bienaventuranzas a la marginación. *Historia Social*, n° 13, Valencia, 1992, 79.



- Carreras Panchón, A. *Miasmas y retrovirus. Cuatro capítulos de la historia de las enfermedades transmisibles*. Barcelona, Fundación Uriach 1838, Colección histórica de ciencias de la salud, nº 2, 1991.
- Carrillo, J.L.; Castellanos, J.; Ramos, M.D. *Enfermedad y crisis social: la gripe en Málaga (1918) [Edición facsímil de las Instrucciones sobre la profilaxis individual y colectiva de Juan Fernández Rosado]*. Málaga, Universidad, 1985.
- Castejón Bolea, R. Enfermedades venéreas en la España del último tercio del siglo XIX. Una aproximación a los fundamentos morales de la higiene pública. *Dynamis*, 11, 1991, 239-261.
- Castell Centeno, R. M.; Chilet Llácer, B. Caridad o necesidad: las amas de cría de mediados del siglo XIX, en: Beneito Lloris, A.; Blay Meseguer, F.; Lloret Pastor, J. (eds.) *Beneficència i Sanitat en els municipis valencians*. Alcoi, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Associació Cultural Alcoià-Comtat/Centre Alcoià d'Estudis Històrics i Arqueològics, 1999, 223-239.
- Cavillac, M. La reforma de la Beneficencia en la España del siglo XVI: la obra de Miguel de Giginta. *Estudios de Historia Social*, nº 10 y 11, Valencia, 1979, 7-59.
- Conejo Ramilo, R. Los médicos en Archidona durante la Edad Moderna. *Asclepio*, 22, 1980, 97-120.
- Danón, J. (coord.) *La enseñanza de la Medicina en la Universidad Española*. Barcelona, Fundación Uriach 1838, Colección histórica de ciencias de la salud, nº 6, 1998.
- Díez Rodríguez, F. Estructura social y sistema benéfico-asistencial en la ciudad preindustrial. *Historia Social*, nº 13, 1992, 101-121.
- Díez Rodríguez, F. *La sociedad desasistida, el sistema benéfico-asistencial en la Valencia del siglo XIX*. Valencia, Centre d'Estudis d'Història Local, Diputació de València, 1993.

- Echevarri Dávila, B. *La Gripe Española. La pandemia de 1918-1919*. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas-Siglo XXI, 1993.
- Elexpuru Camiruaga, L. *La epidemia de gripe de 1918 en Bilbao (Estudio estadístico y social)*. Salamanca, Universidad de Salamanca, 1984.
- Esplugues i Pellicer, JX. Descripció de l'evolució històrica de l'assistència benèfica a Benissa (Marina Alta), en: Beneito Lloris, A.; Blay Meseguer, F.; Lloret Pastor, J. (eds.) *Beneficència i Sanitat en els municipis valencians*. Alcoi, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Associació Cultural Alcoià-Comtat/Centre Alcoià d'Estudis Històrics i Arqueològics, 1999, 185-190.
- Esteban, M. Las sociedades de socorros mutuos de la provincia de Salamanca, en el último cuarto del siglo XIX, en: Castllo, S. (ed.), *Solidaridad desde abajo. Trabajadores y socorros mutuos en la España contemporánea*. Madrid, 1994, 339-346.
- Esteban de Vega, M. La Asistencia Liberal española: Beneficencia pública y previsión particular. *Historia Social*, nº 13, Valencia, 1992, 123-138.
- Esteban de Vega, M. (ed.). *Pobreza, beneficencia y política social*. Madrid, Marcial Pons (Ayer 25), 1997.
- Fresquet Febrer, J.L. *Francisco Méndez Álvaro (1806-1833) y las ideas sanitarias del liberalismo moderado*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
- Fresquet Febrer, J.L. La febre tifoide a Barcelona (1877-1933), en: *Cent anys de Salut Pública a Barcelona*. Barcelona, Ajuntament, 1991, 117-129.
- García Caeiro, A.L. La gestación de la Instrucción General de Sanidad Pública de 1904, en: Castellanos Guerrero, J. et al. (eds.) *La Medicina en el Siglo XX: estudios Históricos sobre Medicina, Sociedad y Estado*. Málaga, Sociedad Española de Historia de la Medicina, 1998, 101-107.

- García-Faria del Corral, F.J. *La epidemia de gripe de 1918 en la provincia de Zamora. Estudio estadístico y social*. Salamanca, Universidad de Salamanca, 1991.
- García Guerra, D.; Álvarez Antuña, V. Regeneracionismo y Salud Pública. El bienio de Ángel Pulido al frente de la Dirección General de Sanidad (1901-1902). *Dynamis*, 14, 1994, 23-41.
- Granjel, L.S. *Legislación sanitaria del siglo XIX, en: El ejercicio médico*. Salamanca, Instituto de Historia de la Medicina Española, Universidad de Salamanca, 1974.
- Granjel, L.S. *La medicina española contemporánea*. Salamanca, Universidad de Salamanca, 1986.
- Guerreña, J.L. Los orígenes de la reglamentación de la prostitución en la España contemporánea. De la propuesta de Cabarrús (1792) al Reglamento de Madrid (1847). *Dynamis*, 15, 1995, 401-445.
- Guerreña, J.L. Prostitución, Estado y sociedad en España. La reglamentación de la prostitución bajo la monarquía de Isabel II (1854-1868). *Asclepio*, 49 (2), 1997, 101-132.
- Guillem Cofre, I.; Paternina Bono, M.J. Breve estudio descriptivo sobre la prostitución en el Alicante de 1885, en: Barona, J.; Micó, J. (eds.) *Salut i malaltia en els municipis valencians*. València, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Universitat de València, 1996, 183-190.
- Guillem Cofre, I. La Casa de Expósitos de Alicante, en: Beneito Lloris, A.; Blay Meseguer, F.; Lloret Pastor, J. (eds.) *Beneficència i Sanitat en els municipis valencians*. Alcoi, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Associació Cultural Alcoià-Comtat/Centre Alcoià d'Estudis Històrics i Arqueològics, 1999, 167-172.
- Huertas García-Alejo, R. El debate sobre la creación del Ministerio de Sanidad en la España del primer tercio del siglo XX. Discurso ideológico e iniciativas políticas. *Asclepio*, 45 (1), 1993, 89-122.

- Huertas García-Alejo, R. Fuerzas sociales y desarrollo de la salud pública en España. 1917-1923. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68, 1994a, 45-55.
- Huertas García-Alejo, R. *Organización sanitaria y crisis social en España. La discusión sobre el modelo de servicios sanitarios públicos en el primer tercio del siglo XX*. Madrid, Fundación de Investigaciones Marxistas, 1994b.
- Huertas García-Alejo, R. Política sanitaria: de la Dictadura de Primo de Rivera a la IIª República. *Revista Española de Salud Pública*, 74, 2000, 35-43.
- Huertas, R.; Campos, R. (eds.) *Medicina social y movimiento obrero en España (siglos XIX y XX)*. Madrid, Fundación de Investigaciones Marxistas, 1992.
- INSTITUTO Nacional de Estadística (I.N.E.). Censos de Población, Madrid, 2002.
- Irles, M.A.; Báguena, M.J. La higiene pública municipal en Valencia durante la epidemia de cólera de 1860, en: Barona, J.; Micó, J. (eds.) *Salut i malaltia en els municipis valencians*. València, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Universitat de València, 1996, 141-152.
- Jiménez Lucena, I. El Estado como aliado. Los médicos y el proceso de estatalización de los servicios sanitarios en la Segunda República española. *Asclepio*, 49, 1997, 195-208.
- Jiménez Lucena, I. La cuestión del regeneracionismo sanitario y su debate durante la Segunda República: elementos de clase e ideología. *Dynamis*, 18, 1998a, 285-314.
- Jiménez Lucena, I. La intervención del Estado en los servicios sanitarios. Las expectativas de las fuerzas sociales durante la Segunda República, en: Castellanos Guerrero, J. et al. (eds.) *La Medicina en el Siglo XX: estudios Históricos sobre Medicina, Sociedad y Estado*. Málaga, Sociedad Española de Historia de la Medicina, 1998b, 255-267.
- Lloret Pastor, J. Aspectes beneficoasistencial en una població de la Ribera Baixa. Cullera durant la segona meitat del XIX, en: Beneito Lloris, A.; Blay Meseguer,

- F.; Lloret Pastor, J. (eds.) *Beneficència i Sanitat en els municipis valencians*. Alcoi, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Associació Cultural Alcoià-Comtat/Centre Alcoià d'Estudis Històrics i Arqueològics, 1999, 141-152.
- López Alonso, C. La pobreza en el pensamiento político. España, primera mitad del siglo XIX. *Historia Social*, nº 13, Valencia, 1992, 139-156.
- López Piñero, J.M<sup>a</sup>. Los estudios histórico-sociales sobre la medicina, en: Lesky, E. (ed.). *Medicina Social. Estudios y testimonios históricos*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984, 9-30.
- López Piñero, J.M<sup>a</sup>. *M. Seoane. La introducción en España del sistema sanitario liberal (1.791-1.870)*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.
- López Piñero, J.M.; Báguena Cervellera, M.J.; Barona Vilar, J.L. et al. *Las ciencias médicas básicas en la Valencia del siglo XIX*. Valencia, I.V.E.I., 1988.
- López Piñero, J.M.; Navarro, J. *Los estudios sobre la salud pública en la ciudad de Valencia (1880-1900) de Constantino Gómez Reig*. Valencia, Ayuntamiento de Valencia, 1994.
- López Terrada, M<sup>a</sup> Luz. La Asistencia, en: López Piñero, J.M. et al (eds.) *Historia de la Medicina Valenciana*. Valencia, Vicent García Editores, vol. 2, 1992, 153-157.
- Lluch Dobon, F.D. *La epidemia de grip de l'any 1918 a les Illes Balears*. Mallorca, El Tall, 1991.
- Magraner Gil, A. *La institucionalización de la Salud Pública Municipal en Valencia (1882-1900)*. Valencia, Universidad de Valencia, Tesis Doctoral, 1993.
- March Bisbal, J.; Salas Vives, P. La mortalitat a Pollença a principis del segle XX. *Estudis Balearics*, 33, 1989, 83-90.
- Marín Martínez, P. El Preventorio Infantil Antituberculoso de Almería (1945-1965). *Dynamis*, 10, 1990, 275-301.

- Marset Campos, P. Medicina y Estado en la España del siglo XX, en: Castellanos Guerrero, J. et al. (eds.) *La Medicina en el Siglo XX: estudios Históricos sobre Medicina, Sociedad y Estado*. Málaga, Sociedad Española de Historia de la Medicina, 1998, 47-100.
- Marset Campos, P.; Rodríguez Ocaña, E.; Sáez Gómez, J.M. La Salud Pública en España, en: Martínez Navarro, F. et al. *Salud Pública*. Madrid, McGraw-Hill/Interamericana, 1998, 25-47.
- Marset Campos, P.; Sáez Gómez, J.M.; Martínez Navarro, F. La salud pública durante el franquismo. *Dynamis*, 15, 1995, 211-250.
- Marset Campos, P.; Saturno, J. Los sanitarios murcianos de 1750 a 1850. Evolución numérica, tipos profesionales y procedencia geográfica. *Asclepio*, 22, 1980, 255-271.
- Martín, E.; Comelles, JM; Arnau, M. El proceso de medicalización de los hospitales catalanes: el caso del Pío Hospital de Valls. *Dynamis*, 13, 1993, 201-234.
- Martínez Navarro, J.F. La Sanidad en España. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 51, 1977, 774-817.
- Martínez Navarro, J.F. Algunos problemas en la reconstrucción de las series históricas de las estadísticas demográfico-sanitarias, en: *Estadísticas demográfico-sanitarias. I Encuentro Marcelino Pascua*. Madrid, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto Carlos III, 1992, 79-109.
- Martínez Navarro, J.F. Salud pública y desarrollo de la epidemiología en la España del siglo XX, en: 2º Encuentro Marcelino Pascua. *Revista de Sanidad e Higiene pública*, 68, 1994, 29-43.
- Martínez Pons, M. *Valencia al límit. La ciutat davant l'epidèmia de grip de 1918*. Simat de la Vall d'igna, La Xara, 1999.
- Martínez Pons, M.; Barona Vilar, C. Repercusiones de la epidemia de gripe de 1918 sobre la mortalidad de la ciudad de Valencia, en: Barona, J.L., Micó, J. (eds)

*Salut i malaltia en els municipis valencians*. València, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 1996, 249-261.

Mateu Tortosa, E. *Arroz y paludismo*. Valencia, Edicions Alfons el Magnànim, 1987.

Mazuecos Jiménez, A. La política social socialista durante el primer bienio republicano: trabajo, previsión y sanidad. *Estudios de Historia Social*, 14, 1980, 135-155.

McKeown, Th. *The origins of human disease*. Oxford, Basil Blackwell, 1988.

Medina Doménech, R.M; Rodríguez Ocaña, E. Profesionalización médica y campañas sanitarias. Un proceso convergente en la medicina española del primer tercio del siglo XX. *Dynamis*, 14, 1994, 77-94.

Mico Navarro, J.A.; Barona Vilar, J.L. La higiene y sanidad de las comarcas castellonenses en el siglo XVIII, a través de las "Observaciones..." de Cabanilles. *Estudis Castellonencs*, 5, 1992-93, 467-482.

Millán, J. L'economia i la societat valencianes, 1830-1914. Les transformacions d'un capitalisme perifèric, en: Joan del Alcazar et al. *Història del País Valencia*, vol. V, Barcelona, Edicions 62, 1990, 29-76.

MINISTERIO de Sanidad y Consumo. *Estadísticas demográfico-sanitarias. I Encuentro Marcelino Pascua*. Madrid, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto Carlos III, 1992.

Molero Mesa, J. Francisco Moliner y Nicolás (1851-1915) y el inicio de la lucha antituberculosa en España. *Asclepio*, 42, 1990, 253-279.

Molero Mesa, J. La muerte blanca a examen: nuevas tendencias en la historiografía de la tuberculosis. Reseña ensayo. *Dynamis*, 11, 1991, 345-359.

Molero Mesa, J. Clase obrera, medicina y Estado en la España del siglo XX. Bases sociopolíticas de las campañas antituberculosas entre 1889 y 1950, en: Castellanos Guerrero, J. et al. (eds.) *La Medicina en el Siglo XX: estudios*

*Históricos sobre Medicina, Sociedad y Estado*. Málaga, Sociedad Española de Historia de la Medicina, 1998, 221-228.

Molero Mesa, J.; Jiménez Lucena, I. Salud y burocracia en España. Los Cuerpos de Sanidad Nacional (1855-1951). *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 74, 2000, 46-79.

Montero, F.; Esteban, M. Aproximación tipológica al mutualismo popular y obrero en España: el mutualismo asistencial, en: Castllo, S. (ed.), *La Historia Social en España. Actualidad y perspectivas*. Madrid, 1991, 457-470.

Muñoz Machado, S. *La Sanidad Pública en España (Evolución histórica y situación actual)*. Madrid, Instituto de Estudios Administrativos, 1975.

Navarro Pérez, J. La sanidad municipal, en: López Piñero, J.M. et al. *Historia de la Medicina Valenciana*. Valencia, Vicent García Editores, vol. 3, 1992, 159-167.

Navarro Pérez, J. La organización de los servicios de higiene municipal en Valencia (1881-1931), en: Barona, J.; Micó, J. (eds.) *Salut i malaltia en els municipis valencians*. Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Universitat de València, 1996, 167-182.

Navarro Pérez, J. Blasquismo e Higiene y Salubridad en el municipio de Valencia (1901-1936), en: Bernabeu Mestre, J., Esplugues i Pellicer, J.X., Robles González, E. (eds.) *Higiene i Salubritat en els municipis valencians*. Benissa, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Institut d'Estudis Comarcals de la Marina Alta, 1997, 131-148.

Olagüe de Ros, G. La introducción de la vacunación jenneriana en España (1799-1805), en: Barona, J.L.,(ed.), *Malaltia i Cultura*. València, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 1995, 251-273.

Pascual Artiaga, M. La beneficencia en Alicante: 1735-1821, en: Beneito Lloris, A.; Blay Meseguer, F.; Lloret Pastor, J. (eds.) *Beneficència i Sanitat en els municipis valencians*. Alcoi, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, Associació Cultural Alcoià-Comtat/Centre Alcoià d'Estudis Històrics i Arqueològics, 1999, 153-166.



- Palazón Ferrando, S. La pandemia de gripe de 1918-1920 y sus repercusiones sobre la mortalidad de la provincia de Alicante, en: Bernabeu Mestre, J. (ed.) *El papel de la mortalidad en la evolución de la población valenciana*. Alicante, Instituto de Cultura Juan Gil Albert, 1991, 89-98.
- Perdiguero, E. Popularización de la higiene en los manuales de economía doméstica en el tránsito de los siglos XIX al XX, en: Barona, J.L.(ed.) *Malaltia i cultura*. Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 1995, 225-250.
- Perdiguero, E. Problemas de salud e higiene en el ámbito local, en: Bernabeu, J.; Esplugues, J.; Robles, E. (eds.), *Higiene i Salubritat en els municipis valencians*. Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Institut d'Estudis Comarcals de la Marina Alta, 1997, 17-41.
- Perdiguero, E. Modificando i comportamenti della popolazione: conquiste e resistenze, en: Pozzi, L.; Tognotti, E. (eds.), *Salute e Malaltia fra '800 e '900 in Sardegna e nei paesi dell'Europa Mediterránea*. Sassari, Editrice Democratica Sarda, 2000, 379-396.
- Perdiguero, E. Hacia una organización sanitaria periférica: Brigadas Sanitarias e Institutos Provinciales de Higiene, en: Atenza Fernández, J.; Martínez Pérez, J. (coord.), *El Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina y la sanidad española de su tiempo*, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2001, 43-73.
- Perdiguero, E.; Bernabeu, J. Prevención de la enfermedad y sociedad: la vacunación antivariólica en el Alicante del siglo XIX, en: Nash, M. Ballester, R. (eds.), *Mulheres, trábalo e reprodução. Atitudes sociais e políticas de protecção à vida*. Porto, Edições Afrontamento, 1996, 257-283.
- Perdiguero, E.; Bernabeu, J. La Gota de Leche de Alicante (1925-1940), en: Beneito Lloris, A.; Blay Meseguer, F.; Lloret Pastor, J. (eds.), *Beneficència i Sanitat en els municipis valencians*. Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Associació

Cultural Alcoià-Comtat/Centre Alcoià d'Estudis Històrics i Arqueològics, 1999, 291-310.

Perdiguero, E.; Bernabeu, J.; Robles, E. La Salud Pública en el marco de la administración periférica: El Instituto Provincial de Higiene de Alicante (1924-1936). *Dynamis*, 14, 1994, 43-76.

Peset, J.L.; Peset, M. *Muerte en España. Política y sociedad entre la peste y el cólera*. Madrid, Seminarios y Ediciones, 1972.

Plasència i Taradach, A. Cent anys de salut materno-infantil a Barcelona (1891-1991): una revolució inacabada, en: *Cent anys de Salut Pública a Barcelona*. Barcelona, Ajuntament, 1991, 171-192.

Pons, A.; Serna, J. La Sociedad económica de amigos del País y la organización de la beneficencia pública en Valencia: 1801-1815, en: *Les Espagnols et Napoléon*. Aix-en-Provence, 1984.

Porras Gallo, I. La profilaxis de las enfermedades infecciosas tras la pandemia gripal de 1918-19: los seguros sociales. *Dynamis*, 13, 1993, 279-293.

Porras Gallo, M.I. *Una ciudad en crisis: La epidemia de gripe de 1918-1919 en Madrid*. Madrid, Universidad Complutense de Madrid, 1994.

Porras Gallo, I. Antecedentes y creación del Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII. *Dynamis*, 18, 1998, 81-105.

Puerto Sarmiento, J.; Cobo Cobo, J. El Laboratorio Municipal de Madrid en el último tercio del siglo XIX. *Dynamis*, 3, 1983, 149-172.

Robles González, E.; Bernabeu Mestre, J.; García Benavides, F. La transición sanitaria: una revisión conceptual. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, 14, 1996a, 117-144.

Robles González, E.; García Benavides, F.; Bernabeu Mestre, J. La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. *Revista Española Salud Pública*, 70, 1996b, 221-233.

- Roca Rosell, A. *Història del Laboratori municipal de Barcelona, de Ferran a Turró*. Barcelona, Ajuntament, 1988.
- Roca Rosell, A. La Higiene urbana com a objectiu: notes sobre la història de l'Institut Municipal de la Salut (1891-1936), en: *Cent anys de Salut Pública a Barcelona*. Barcelona, Ajuntament, 1991, 75-103.
- Rodríguez López, F.C.; Gavira Iglesias, J. *La gripe*. Córdoba. Publicaciones del Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Córdoba, 1990.
- Rodríguez Ocaña, E. *La Constitución de la Medicina Social como disciplina en España (1882-1923)*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1987.
- Rodríguez Ocaña, E. El resguardo de la salud. Administración sanitaria española en el siglo XVIII. *Dynamis*, 7-8, 1987-88, 145-170.
- Rodríguez Ocaña, E. La grip a Barcelona: un greu problema esporàdic de salut pública. Epidèmies de 1889-90 y 1918-19, en: *Cent anys de Salut Pública a Barcelona*. Barcelona, Institut Municipal de la Salut, 1991, 131-156.
- Rodríguez Ocaña, E. La estadística en la administración sanitaria española del siglo XX, en: *Estadísticas demográfico-sanitarias. I Encuentro Marcelino Pascua*. Madrid, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto Carlos III, 1992a, 47-77.
- Rodríguez Ocaña, E. Nota acerca del número y distribución de médicos y cirujanos en Andalucía, Murcia y Albacete en torno a 1835. *Dynamis*, 12, 1992b, 291-306.
- Rodríguez Ocaña, E. La Salud Pública en España en el contexto europeo. 1890-1925, en: 2º Encuentro Marcelino Pascua. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 68, 1994a, 11-27.
- Rodríguez Ocaña, E. Profesionalización médica y campañas sanitarias. Un proceso convergente en la medicina española del primer tercio del siglo XX. *Dynamis*, 14, 1994b, 77-94.

- Rodríguez Ocaña, E. Una medicina para los niños, en: Borrás Llop, JM. (ed.) *Historia de la infancia en la España contemporánea*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Fundación Gernán Sánchez Ruipérez, 1996, 149-169.
- Rodríguez Ocaña, E. La intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la Sanidad contemporánea en España. *Revista Española de Salud Pública*, 74, 2000, 27-34.
- Rodríguez Ocaña, E. La salud pública en la España de la primera mitad del siglo XX, en: Atenza Fernández, J.; Martínez Pérez, J. (coord.), *El Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina y la sanidad española de su tiempo*, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2001, 21-42.
- Rodríguez Ocaña, E.; Bernabeu Mestre, J.; Barona Vilar, J.L. *La Fundación Rockefeller y España, 1914-39. Un acuerdo para la modernización científica y sanitaria*. VI Congreso de la S.E.H.C.Y.T., Segovia-La Granja, septiembre, 1996.
- Rodríguez Ocaña, E.; Méndez Álvaro, A. El primer Congreso Nacional de Sanidad (Madrid, 1934) como sanción de la profesionalización médico-social en España. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 60, 1986, 1095-1107.
- Rosen, G. What is Social Medicine? A Generic Analysis of the Concept. *Bulletin History of Medicine*, 21, 1947, 674-733.
- Rosen, G. *The specialization in Medicine with particular reference to ophthalmology*. New York, reprint Arno Press and The New York Times, 1972.
- Rosen, G. *El Cameralismo y el concepto de policía médica. De la Policía Médica a la Medicina Social*. México, 1985.
- Sáez Gómez, JM.; Marset Campos, P. Profesionales sanitarios en la Murcia del siglo XVIII. Número, evolución y distribución. *Asclepio*, 45 (2), 1993, 71-101.

- Salavert, V.; Navarro, J. *La Sanitat Municipal a València (segles XIII-XX)*. València, Edicions Alfons el Magnànim, IVEI, 1992.
- Salmón Muñiz, F.; Arrizabalaga, J.; García Ballester, L. La introducción del hospital contemporáneo en España: la quiebra del modelo originario de organización de la Casa de Salud Valdecilla de Santander. *Dynamis*, 7-8, 1987-88, 249-273.
- Salom Carrasco, J.; Albertos Puebla, J.M. Industrias tradicionales y artesanales, en: *Atlas temático de la Comunidad Valenciana, II*. Valencia, Levante-El Mercantil Valenciano, 1991, 581-600.
- Sanchis Guarner, M. *La ciutat de València. Síntesi d'Història i de Geografia urbana*. València, Publicacions del Cercle de Belles Arts de València, 1972.
- Santamaría, E. Las salas de vacunación en los hospitales peninsulares a principios del siglo XIX. *Dynamis*, 10, 1990, 303-311.
- Sena Espinel, M.P. *La pandemia gripal de 1918 en Salamanca y provincia*. Salamanca, Tesis Doctoral, Universidad de Salamanca, 1992.
- Teruel Piera, S. *La medicina en Valencia (1841-1892)*. Madrid, CSIC, 1974.
- Tomás Monserrat, J. *El grip de l'any 18 a Lluçmajor*. Lluçmajor, 1982.
- Urquía Echave, J.M. La pandemia gripal de 1908 en Guipúzcoa. *Cuadernos de Historia de la Medicina Vasca*, 4, 1986, 37-86.
- Valenzuela Candelario, J. El espejismo del ejercicio libre. La ordenación de la asistencia médica en la España decimonónica. *Dynamis*, 14, 1994, 269-304.
- Valenzuela, J. *Pobreza y asistencia benéfica. El Hospital de San Sebastián de Ecija, 1813-1942*. Sevilla, 1996.
- Villacorta Baños, F. *Profesionales y burócratas. Estado y poder corporativo en la España del siglo XX, 1890-1923*. Madrid, Siglo XXI, 1989.

Villalbí, J.R. Una perspectiva sobre els programes de vacunació a Barcelona: el cas de la poliomielitis, en: *Cent anys de Salut Pública a Barcelona*. Barcelona, Ajuntament, 1991, 157-167.

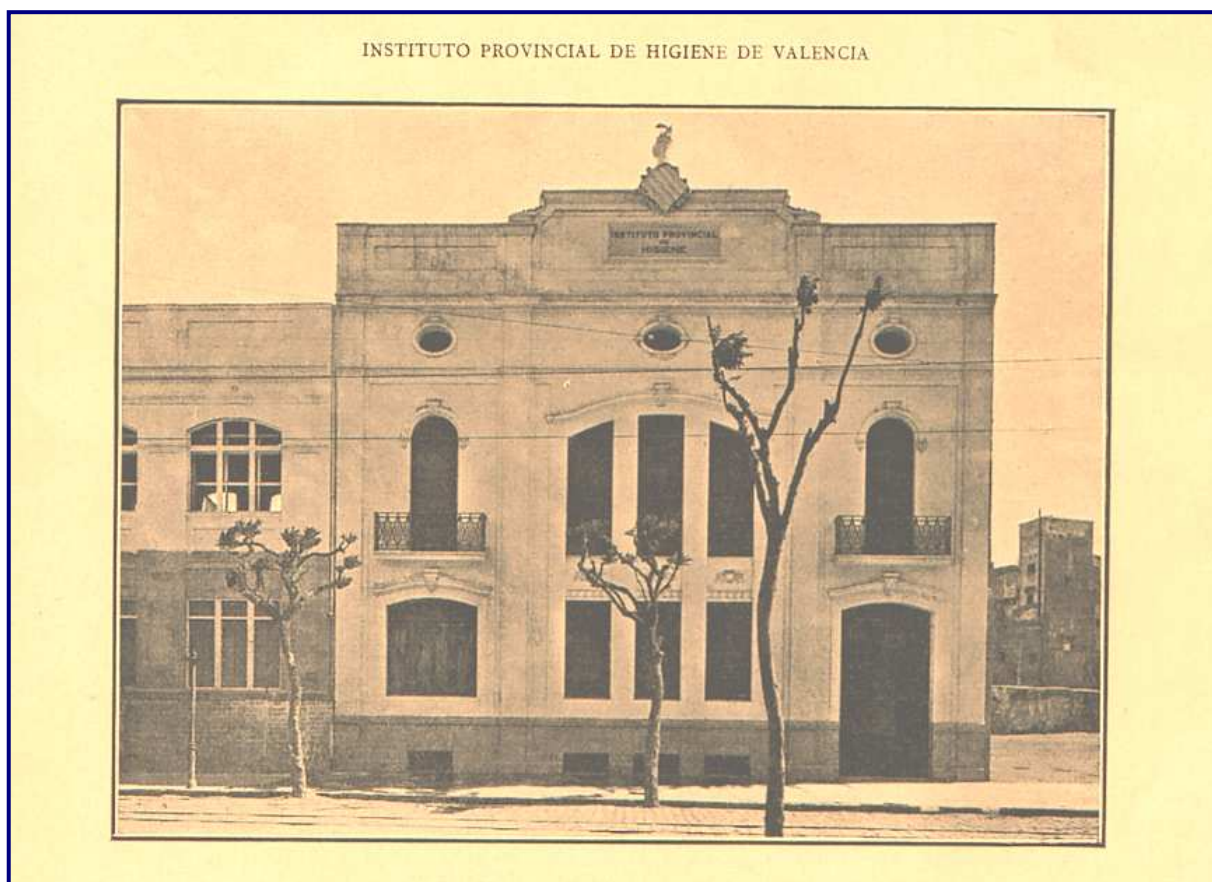
Weindling, P. La fundación Rockefeller y el organismo de salud de la Sociedad de Naciones: algunas conexiones españolas. *Revista Española de Salud Pública*, 74, 2000, 15-26.

## **8. ANEXO I. MATERIAL ICONOGRÁFICO**





**Fachada del Instituto Provincial de Higiene de Valencia  
(1916-1932)**



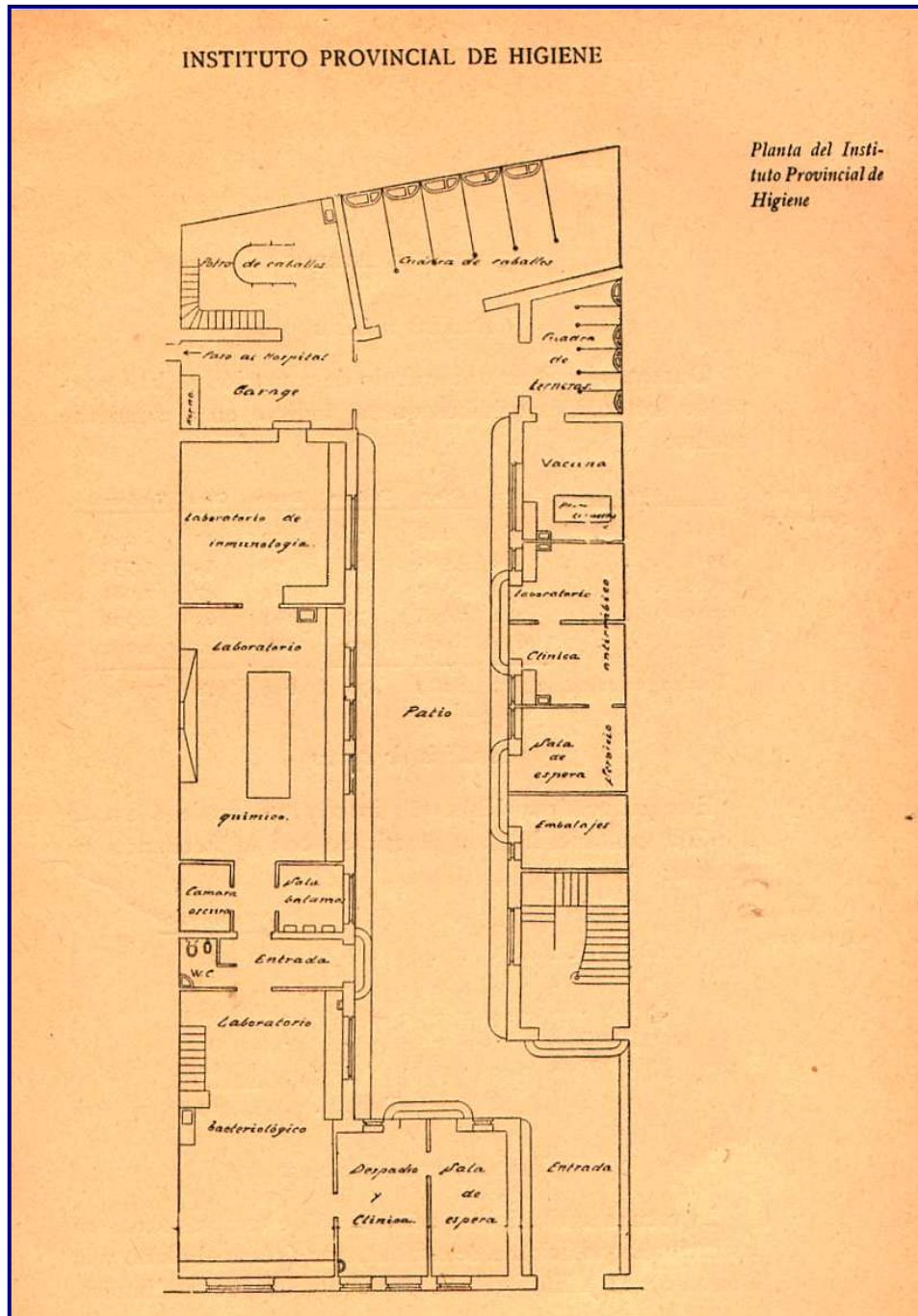


Patio del Instituto Provincial de Higiene de Valencia  
(1916-1932)



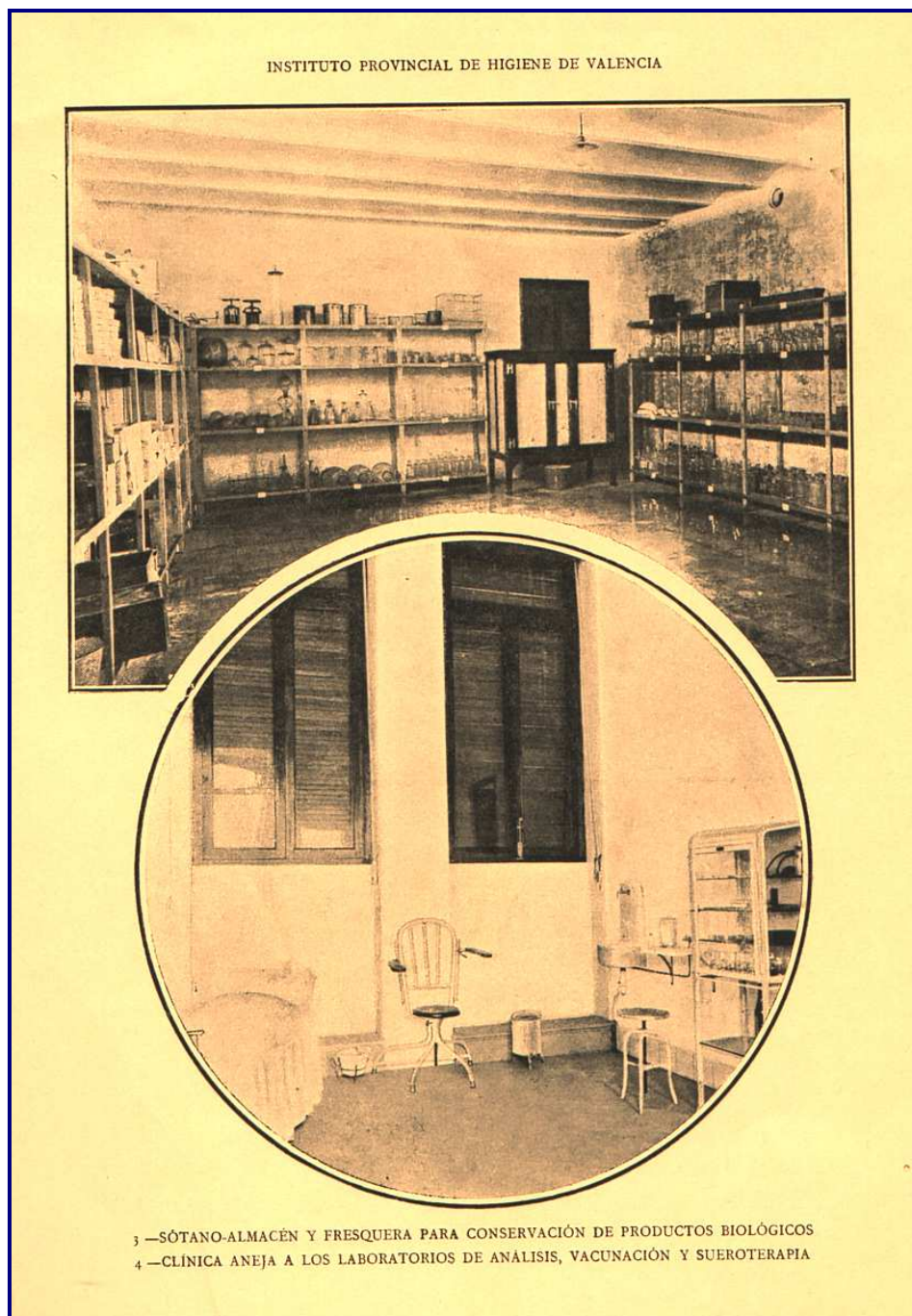


# Plano del edificio del Instituto Provincial de Higiene de Valencia (1916-1932)





## Dependencias del Instituto Provincial de Higiene de Valencia (1916-1932)





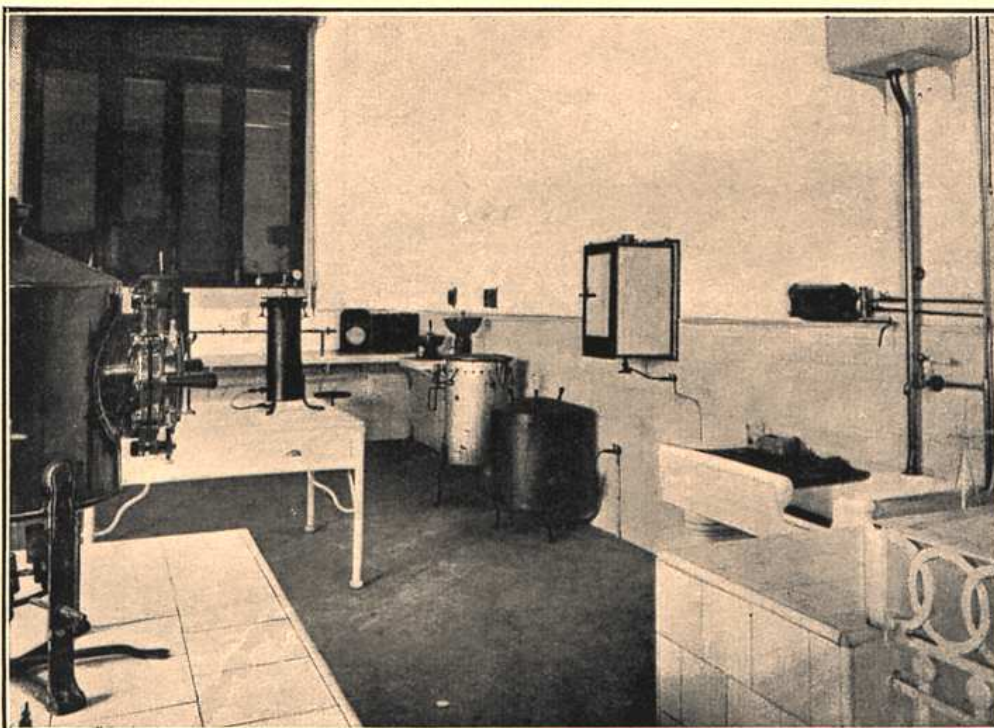


## Laboratorio Bacteriológico del Instituto Provincial de Higiene de Valencia (1916-1932)





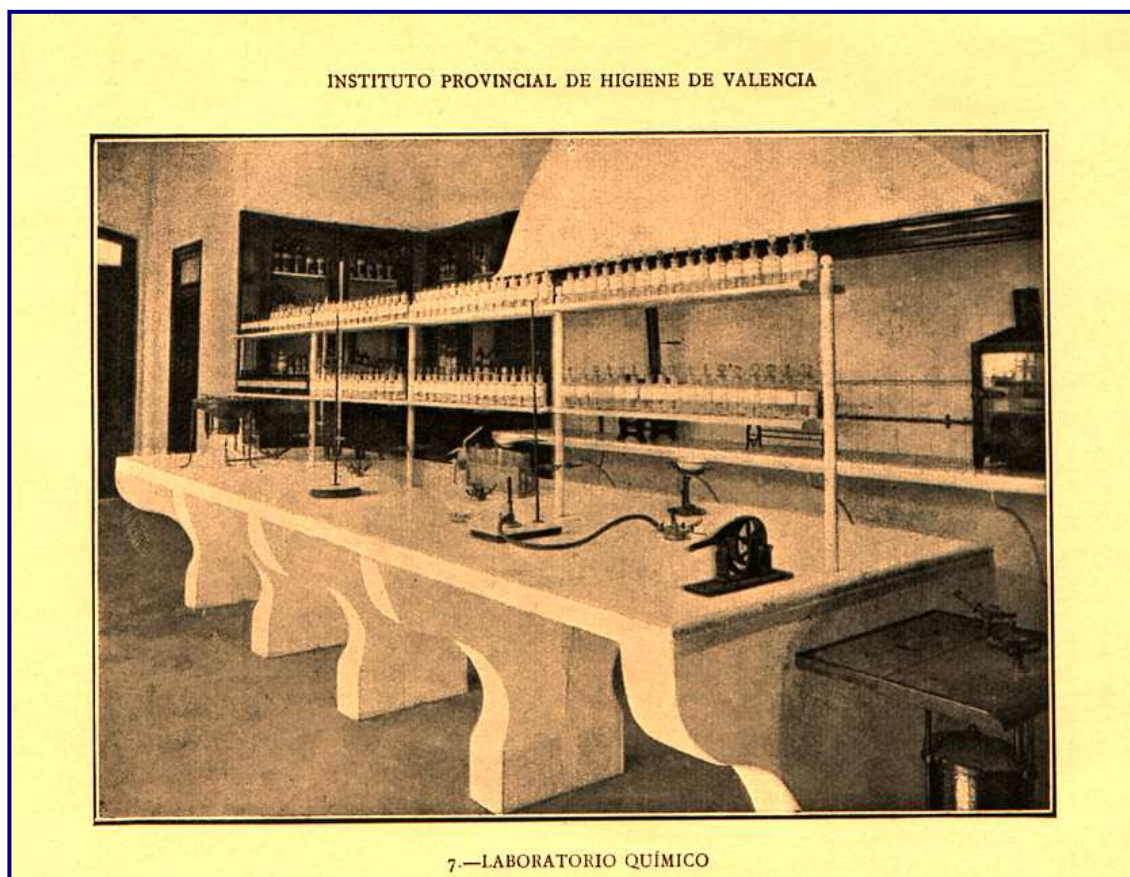
Laboratorio Bacteriológico del Instituto Provincial de Higiene de Valencia (1916-1932)



6.—LABORATORIO BACTERIOLÓGICO

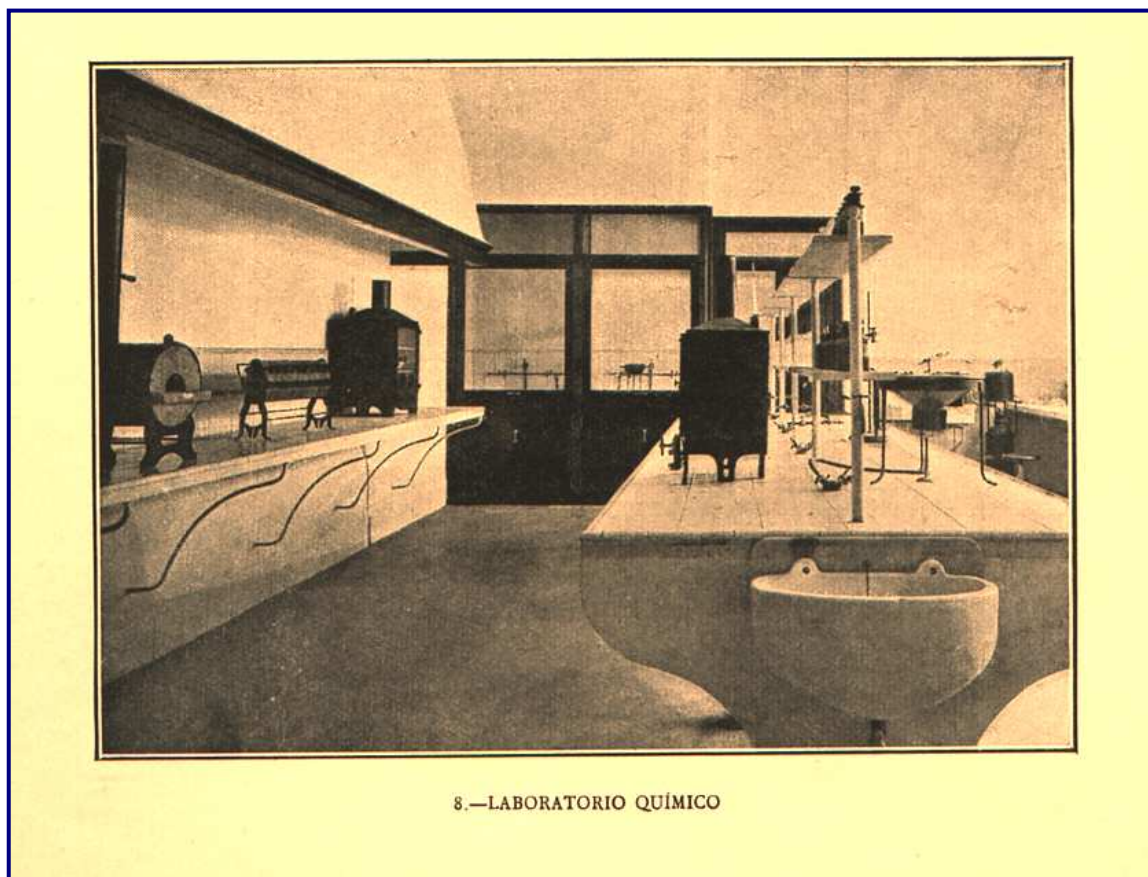


## Laboratorio Químico del Instituto Provincial de Higiene de Valencia (1916-1932)





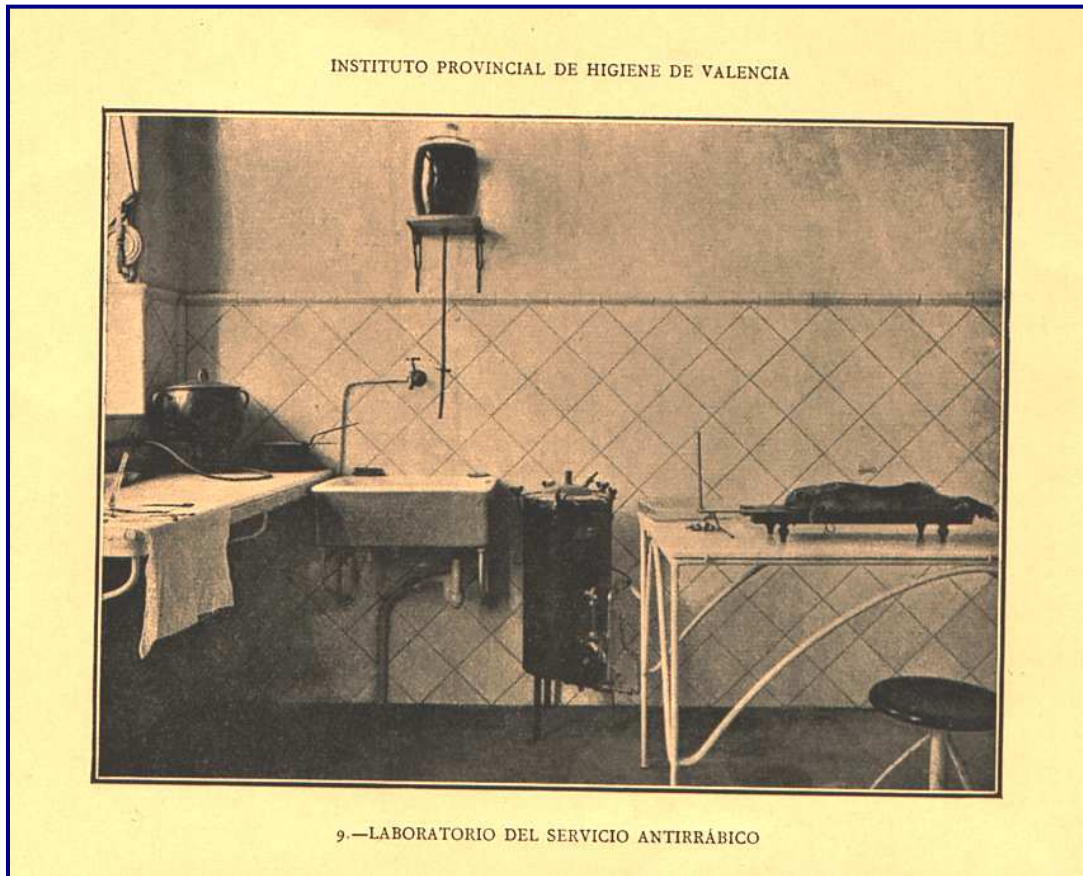
Laboratorio Químico del Instituto Provincial de Higiene de  
Valencia (1916-1932)





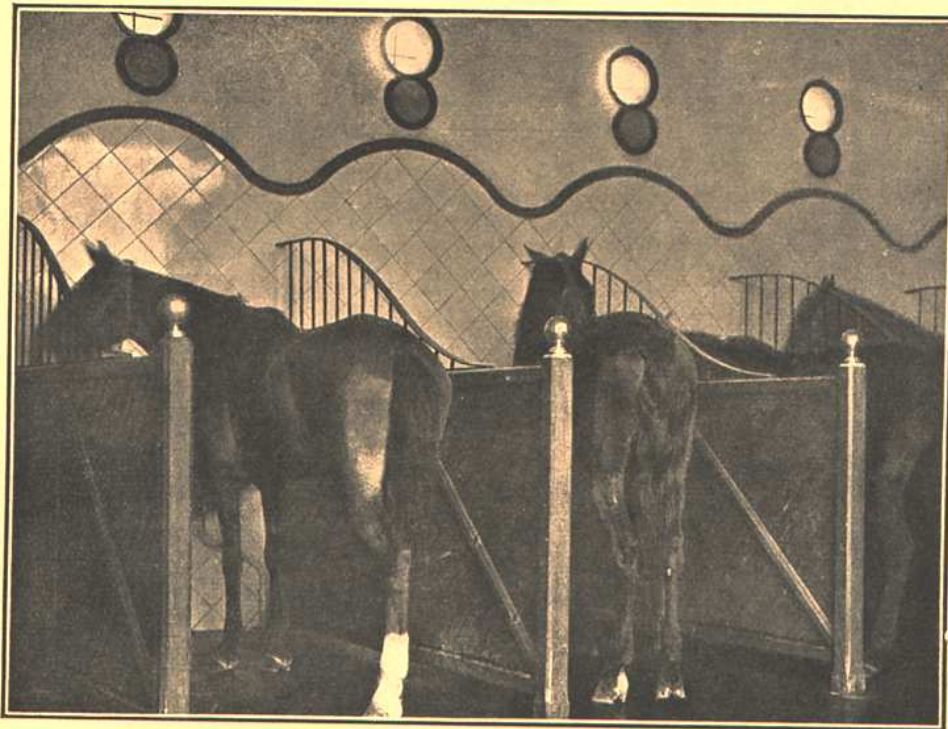


**Laboratorio del servicio antirrábico del Instituto Provincial de Higiene de Valencia (1916-1932)**





Cuadra de caballos destinados a la preparación de sueros. Instituto Provincial de Higiene de Valencia  
(1916-1932)



10.—CUADRA DE CABALLOS DESTINADOS A LA PREPARACION DE SUEROS



Sala de cirugía del Hospital Provincial de Valencia (1933)





**Fachada principal del edificio del Instituto Provincial de Higiene de Valencia (1933-1936)**







**Laboratorios de las secciones de bacteriología y química del Instituto Provincial de Higiene de Valencia (1933-1936)**

Instituto Provincial de Higiene de Valencia



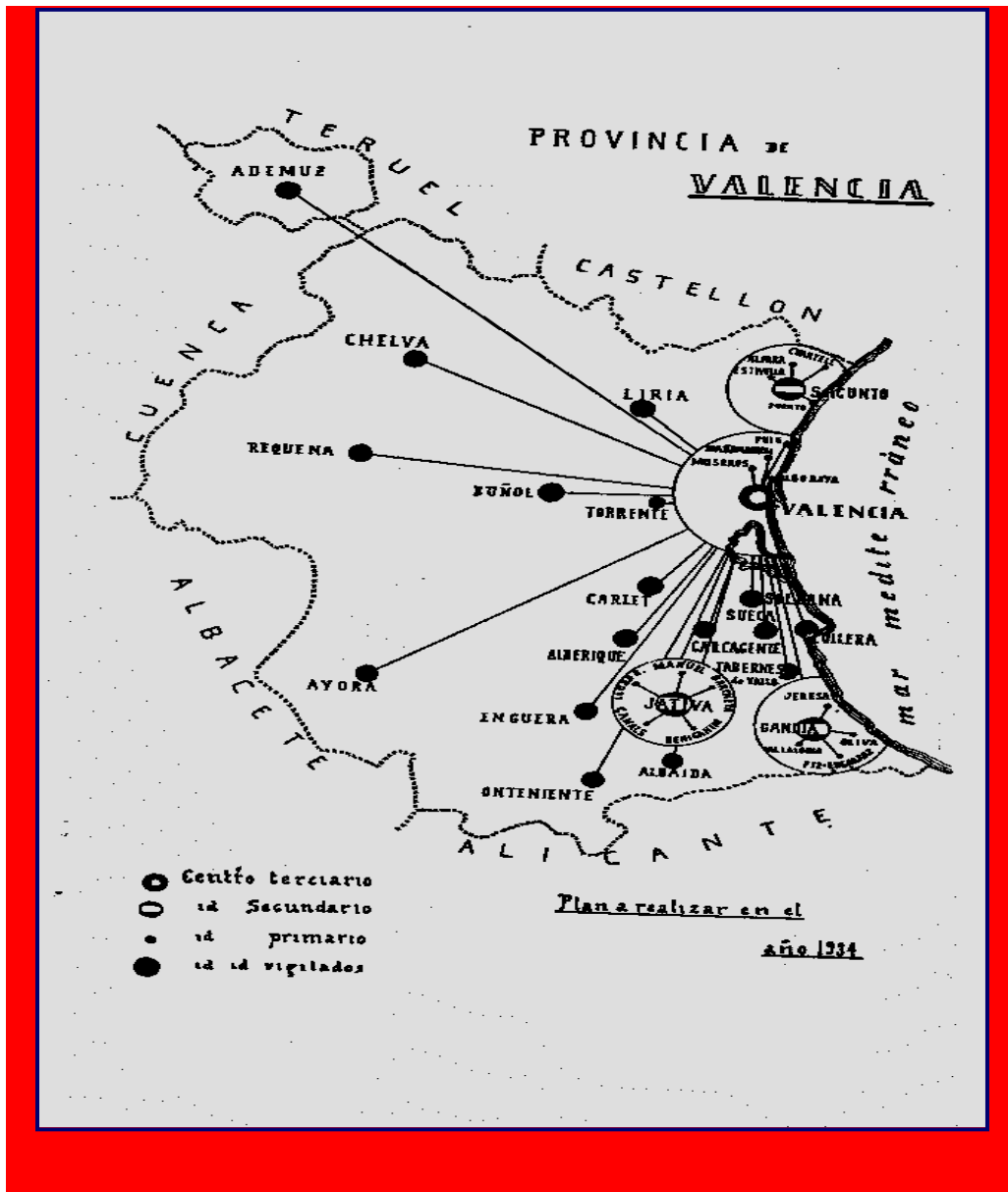
Laboratorio de la Sección de Bacteriología



Laboratorio de la Sección de Química



## Propuesta de organización de la salud pública en la provincia de Valencia a partir de 1934



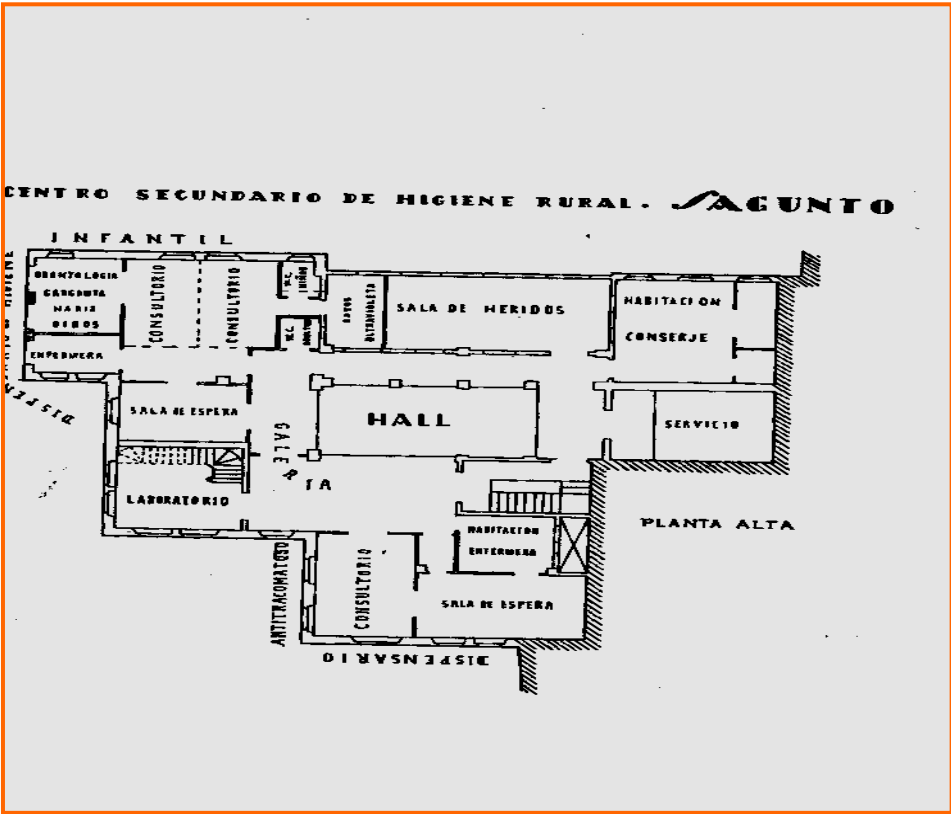
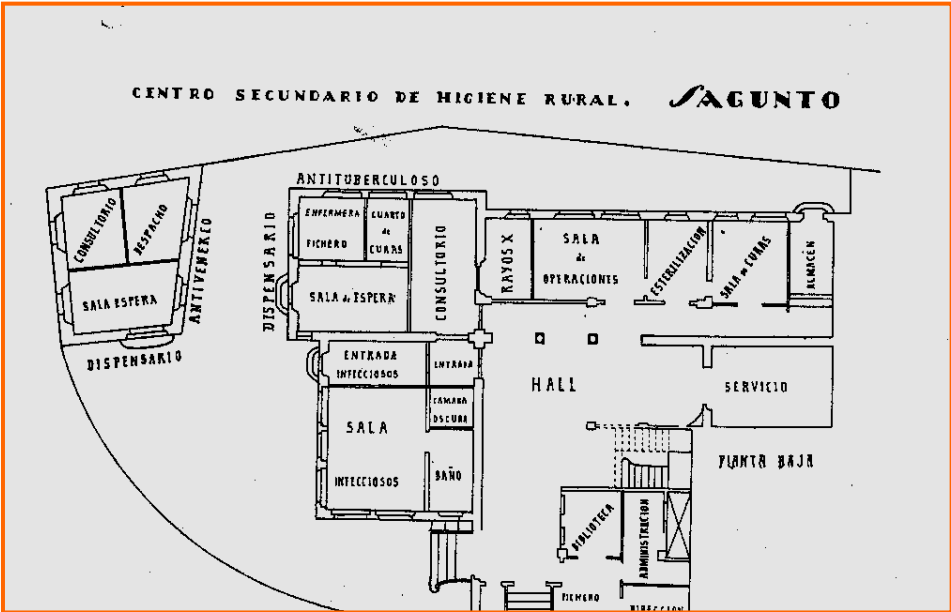


Centro Secundario de Higiene de Sagunto (1934)





# Planos del Centro Secundario de Higiene de Sagunto, en construcción en 1933



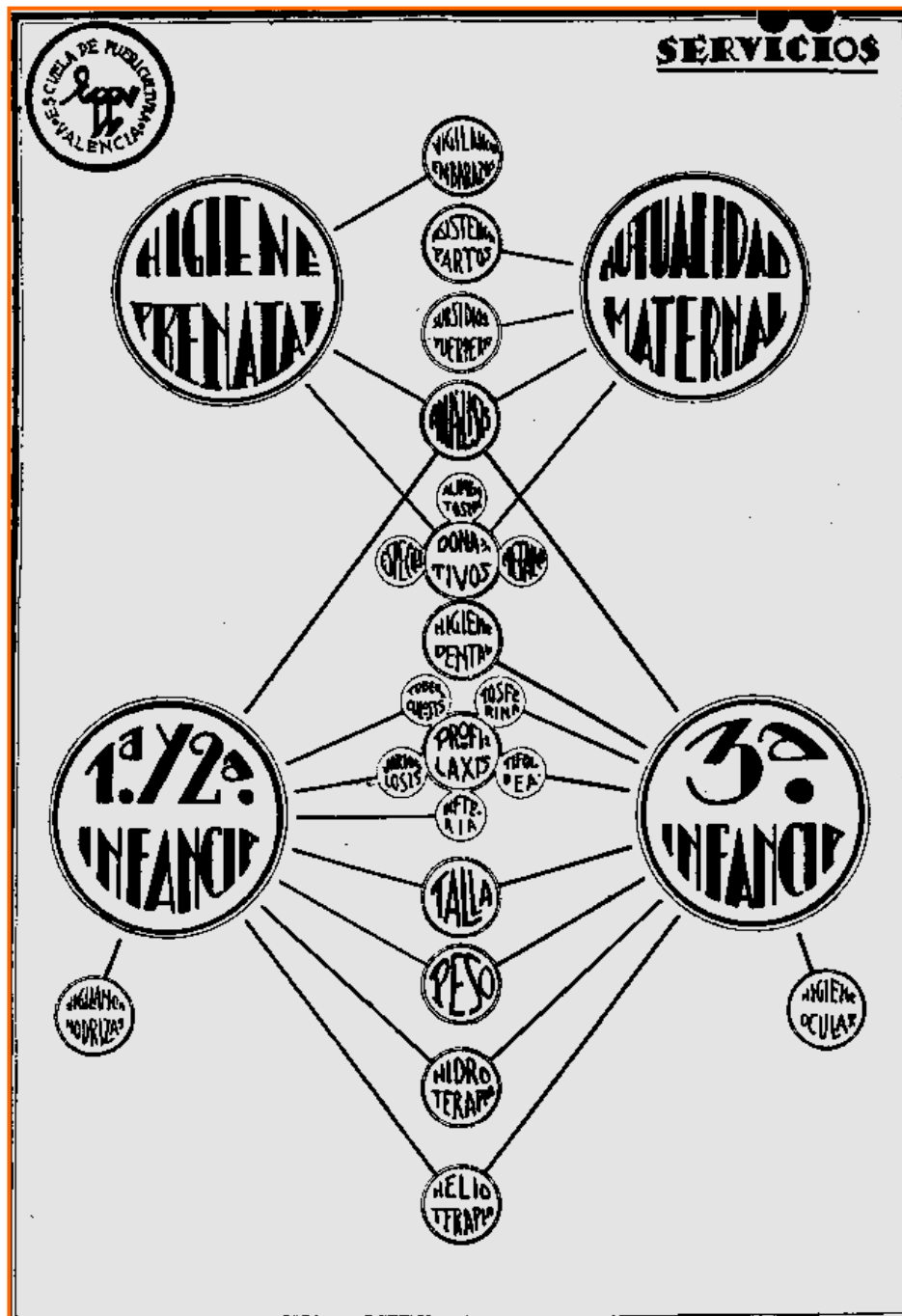






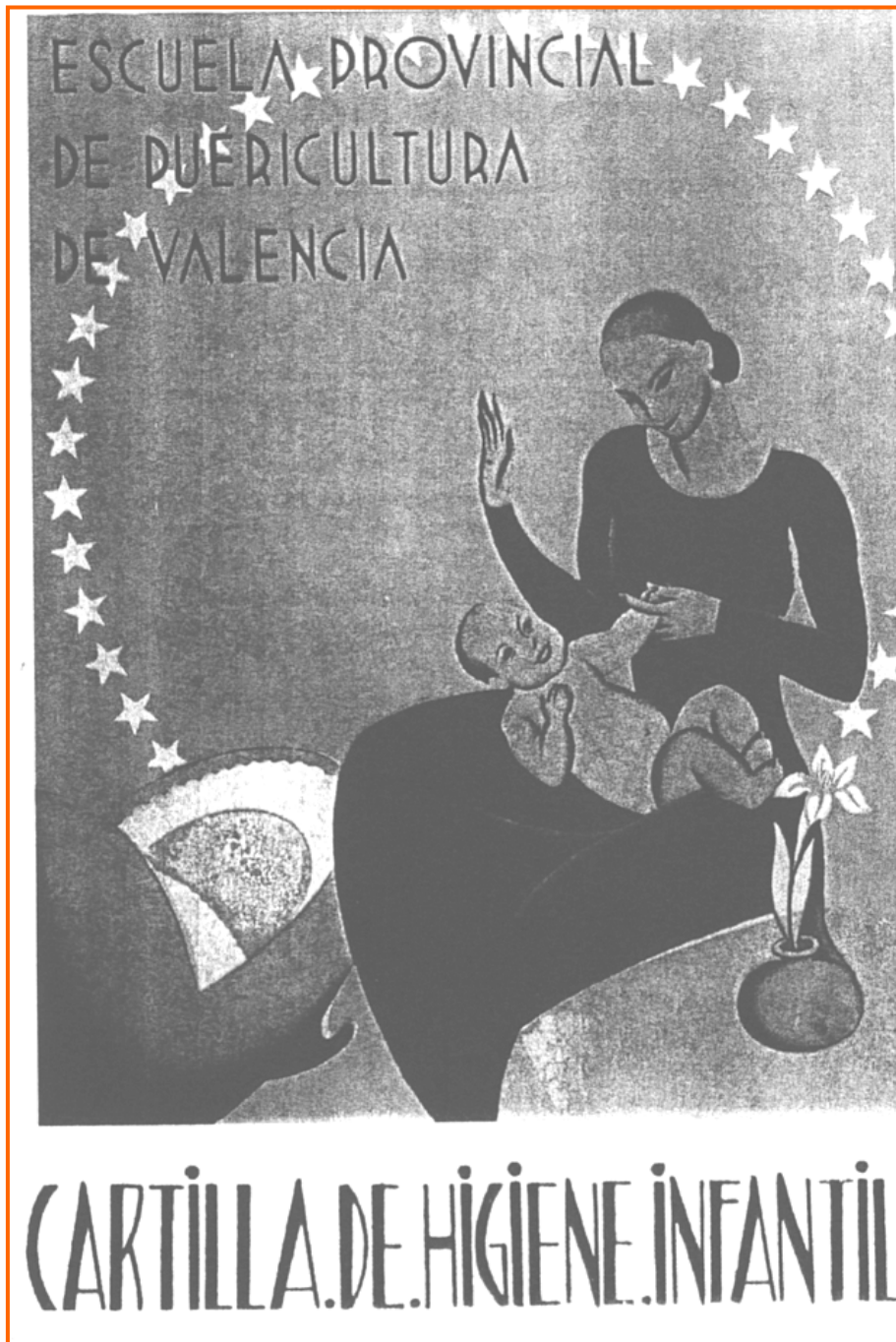


**Organigrama de la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia y Dispensario de Higiene infantil (1933)**





**Cartilla de Higiene Infantil editada por la Escuela  
Provincial de Puericultura de Valencia**





**Primer premio del Concurso de Carteles organizado  
por la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia  
(1933)**







**Cartel pegado en las calles de Valencia con motivo de la celebración de “Un día de lucha contra la mortalidad infantil” el 19 de octubre de 1933**



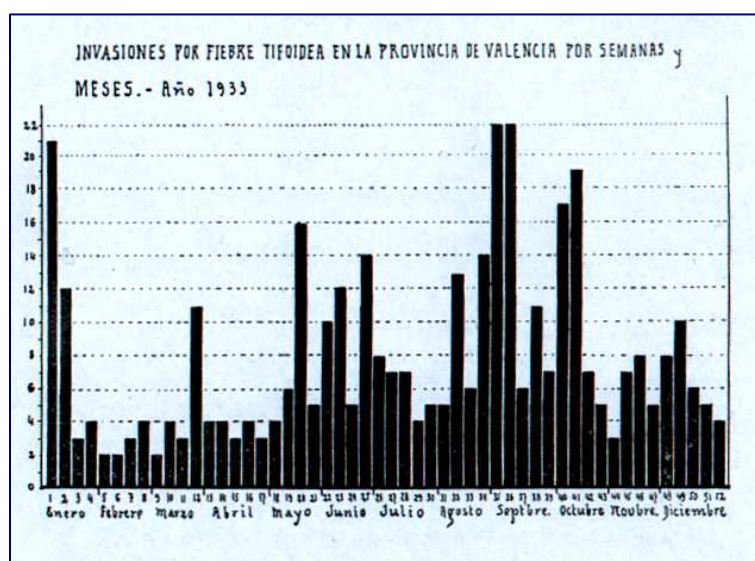
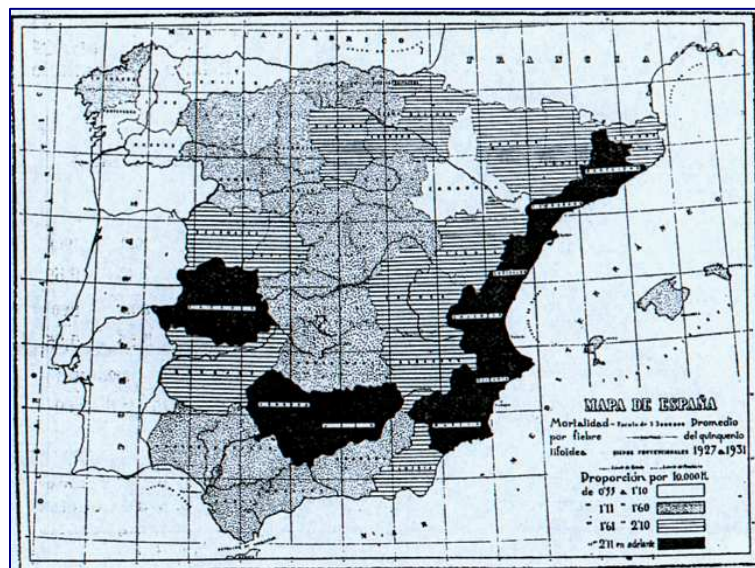


## Inauguración del nuevo edificio del Instituto Provincial de Higiene de Valencia en 1933



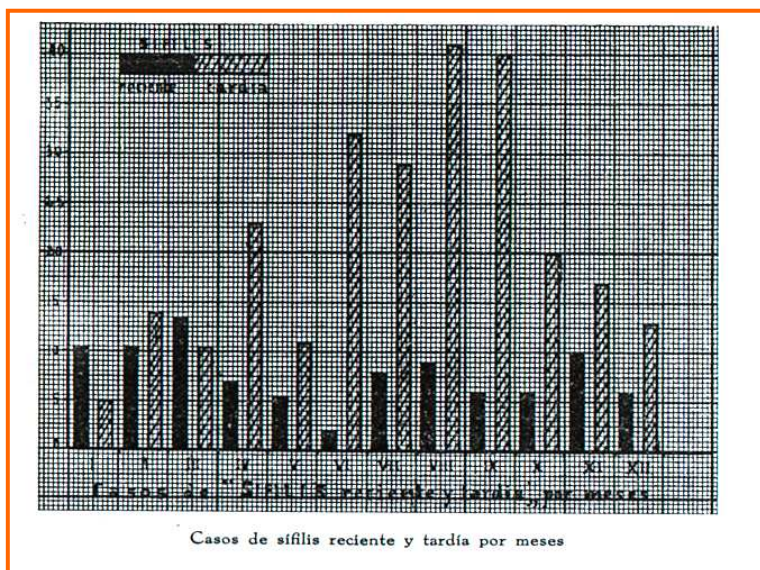
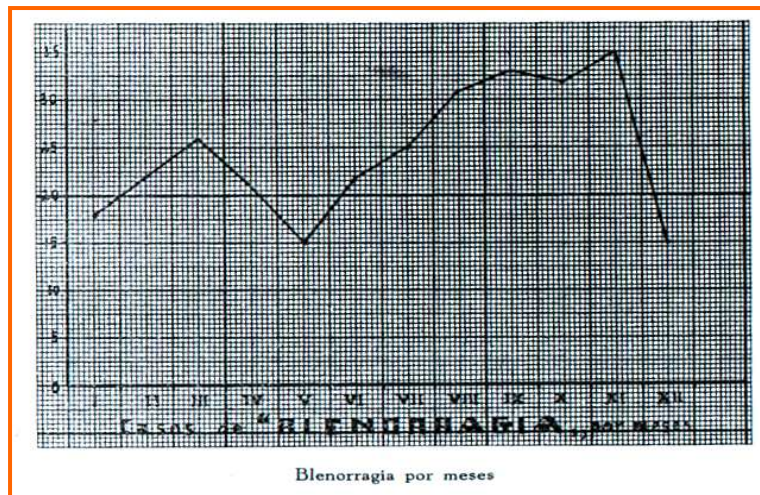


## Análisis de la mortalidad por fiebre tifoidea realizado por la sección de epidemiología del Instituto Provincial de Higiene de Valencia (1933)





## Actividad del Dispensario Antivenéreo del Instituto Provincial de Higiene (1933)







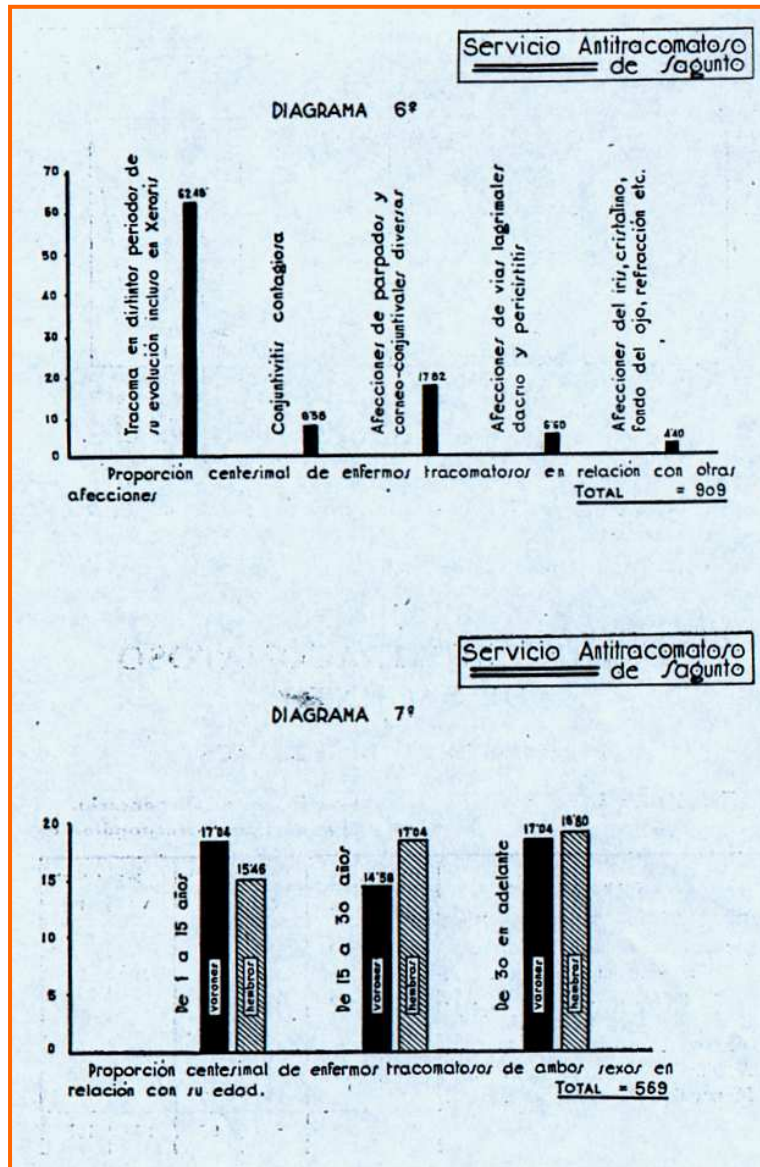
## Dispensario Antitracomatoso de Sueca (1933)



Vista general



## Actividad del Dispensario Antitracomatoso de Sagunto (1933)





## Dispensario Antituberculoso Central de Valencia (1933)





## **9. ANEXO II. MATERIAL DOCUMENTAL**





2 P. 10 78

**REGLAMENTO**  
PARA LA  
**PROSTITUCION PÚBLICA**  
EN  
**VALENCIA.**



Imprenta de Ferrer de Orga.

1865.





**REGLAMENTO ESPECIAL**  
**SOBRE LAS MUGERES PÚBLICAS**  
EN  
VALENCIA.



1878.  
IMPR. DE EMILIO PASCUAL,  
Plaza del Temple, núm. 6.





HOSPITAL PROVINCIAL

DE

VALENCIA.

---

REGLAMENTO.

—•••••—



VALENCIA:  
Oficina tipográfica de la Casa de Beneficencia.

1881.



**REGLAMENTO**  
DE LA  
INCLUSA DEL HOSPITAL PROVINCIAL  
DE VALENCIA



Imprenta de la Casa de Beneficencia

—  
1898





REGLAMENTO  
DE LAS  
ENFERMERÍAS  
DEL  
HOSPITAL PROVINCIAL DE VALENCIA



Imprenta de la Casa de Beneficencia

1897



**DIPUTACIÓN PROVINCIAL  
DE VALENCIA**

**REGLAMENTO  
DEL  
SERVICIO SANITARIO PROVINCIAL**



**1926**



9714

REGLAMENTO  
DE  
HIGIENE  
PARA LA  
PROVINCIA DE VALENCIA



VALENCIA—1926  
RAPELERÍA DE RAFAEL ROCA  
CALLE DEL MAR, 8



**REGLAMENTO**  
**DE LA**  
**CASA DE BENEFICENCIA**  
**DE**  
**VALENCIA.**

APROBADO POR LA EXCMA. DIPUTACION PROVINCIAL.



IMPRESA DEL MISMO ESTABLECIMIENTO.

1870.





REGLAMENTO  
PARA LA  
CASA-HOSPICIO  
DE  
NTRA. SRA. DE LA MISERICORDIA  
DE  
VALENCIA



IMPRESA DE FRANCISCO VIVES MORA  
Lauria, 20







Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes

Dirección general del Instituto Geográfico y Estadístico

**BOLETIN**  
de la Estadística Municipal de Valencia

Mes de Enero de 1918

Talleres de tipografía LA GUTENBERG  
Salvador Olier, 9, Valencia





# BOLETIN DEL INSTITUTO DE HIGIENE DE LA PROVINCIA DE VALENCIA

REVISTA MENSUAL DE DIVULGACION SANITARIA

Redacción y Administración: Edificio del Instituto Provincial de Higiene  
Calle del Dr. Simarro, núm. 39 - VALENCIA - Teléfono 12435

DIRECTOR

D. Tomás Peset Aleixandre  
*Inspector de Sanidad de la Provincia*

REDACTOR-JEFE

D. Alejandro García Brustenga  
*Secretario de la Escuela de Piscicultura*

REDACTORES

Los Sres. Jefes de Sección del Instituto Provincial  
de Higiene

COLABORADORES

Los Sres. Facultativos de los Servicios de la Sanidad  
Provincial

## Un día de júbilo para el Instituto de Higiene

### La inauguración oficial de nuestra Casa

Con asistencia del Director General de Sanidad D. Julio Bejarano y del Inspector de Instituciones Sanitarias Dr. Sadi de Buen, se abren al público oficialmente los servicios de la sanidad provincial valenciana

No quiso el tiempo asociarse al acontecimiento que celebramos el día 4 del mes actual. No fué gran obstáculo, sin embargo, la torrencial y pertinaz lluvia de ese día para que la inauguración oficial del Instituto Provincial de Higiene revistiera caracteres de brillante y solemne, pues a pesar de lo desapacible del tiempo, congregáronse en nuestra Casa todas las representaciones de entidades culturales y sanitarias y las autoridades políticas de la ciudad. De haber brillado el Sol, seguramente que el Instituto de Higiene hubiera sido incapaz para albergar a cuantas personalidades pensaban asistir al acto: tal era el interés por participar en él.

#### INSTITUTO DE HIGIENE DE LA PROVINCIA DE VALENCIA

Calle del Dr. Simarro, núm. 39 - Teléfono 12435

**Pertenece a TODOS los pueblos de la provincia y todos sus servicios son rápidos, gratuitos y completos**

*Sres. Inspectores Municipales de Sanidad:*

**Ustedes deben** evitar la propagación de las enfermedades contagiosas, dando parte al Director del Instituto de todo caso sospechoso.

**Ustedes deben** disponer se proceda a las desinfecciones necesarias en los casos precisos.

**Ustedes deben** confirmar sus diagnósticos en el Laboratorio. En el Instituto existe una sección de análisis; envíarle cuantos productos patológicos precisen.