



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

resp@msc.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e
Igualdad
España

Huertas, Rafael

Política sanitaria: de la dictadura de Primo de Rivera a la II^a República
Revista Española de Salud Pública, vol. 74, núm. Mon, 2000, pp. 35-43

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17074706>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

POLITICA SANITARIA: DE LA DICTADURA DE PRIMO DE RIVERA A LA II^a REPÚBLICA

Rafael Huertas

Departamento Historia de la Ciencia. Instituto de Historia. CSIC.

INTRODUCCION

Al acometer esta breve panorámica de la política sanitaria en la España del directorio de Primo y de la II^a República, me parece necesario hacer dos consideraciones previas que, aunque de sobra conocidas, pueden contribuir a encuadrar suficientemente mi intervención. Por un lado, como todos sabemos, las políticas de salud no pueden considerarse de una manera aislada ya que dependen directamente de las políticas económicas y sociales que los gobiernos pongan en marcha y, en última instancia, con la estructura o modelo socioeconómico en el que dichas políticas de salud se enmarquen o se desarrolleen. Por otro lado, es también evidente que cualquier momento histórico tiene un antes y un después. En nuestro caso, el después está muy claro: la dictadura franquista, con todo lo que conllevó de ruptura, de represión y de fracaso de tantas y tantas esperanzas. El antes: la crisis final de la Restauración, con aspectos tan importantes para la política económica y social española como los acontecimientos revolucionarios de 1917, la guerra en Marruecos o, en el plano más estrechamente sanitario, la epidemia de gripe de 1918-19, que sirve de gran revulsivo para sensibilizar al colectivo médico y a la opinión pública en general de las penosas condiciones sanitarias del país y de la escanda-

losa falta de organización y de infraestructura sanitaria¹; llegándose, incluso, a argumentar la necesidad de una «dictadura sanitaria», expresión utilizada frecuentemente en órganos de expresión profesional de la época como *El Siglo Médico* o *La Medicina Ibera*, que no hacía sino preparar el terreno, al menos en parte, para la dictadura de Primo de Rivera.

Es a partir la dictadura, en efecto, cuando se inicia un importante aumento de la actividad sanitaria —continuada y matizada más tarde durante la República— caracterizada fundamentalmente por una intensa preocupación normativa que se tradujo en la promulgación de Reglamentos sanitarios y en la creación de un gran número de instituciones nuevas, de entre las que, sin ánimo de exhaustividad y solo a título orientativo, citaré las siguientes: Escuela Nacional de Sanidad (Real Decreto de 2 de diciembre de 1924); Escuela Nacional de Puericultura (Orden de 23 de mayo de 1923 y Real Decreto de 16 de noviembre de 1925); Instituto Técnico de Comprobación (Real Decreto de 22 de diciembre de 1925); Comisión Central de lucha contra el Tracoma (Real Decreto de 12 de abril de 1927; Reglamento: Orden de 3 de mayo de 1928); Consejo Superior Psiquiátrico (Decreto de 10 de noviembre de 1931); Instituto Nacional de Venereología (Decreto de 29 de julio de 1933); Patronato Nacional Antituberculoso (Decreto de 20 de diciembre de 1936), etcétera.

A la vista de dicha actividad normativa, podría dar la falsa sensación de un excesivo continuismo entre las dos etapas políticas. Cierto es

Correspondencia:

Rafael Huertas

Dpto. Historia de la Ciencia
Instituto de Historia-CSIC
C/ Duque de Medinaceli, 6
28014 Madrid.

que entre la dictadura de Primo y la II^a República existen nexos de cierta continuidad, pero también elementos de ruptura y de cambio muy importantes. Es, precisamente, el análisis dialéctico de dichos procesos de cambio el que nos puede permitir comprender mejor qué hay de heredado y qué de novedoso en cada etapa o ciclo histórico.

POLITICA ECONOMICA Y POLITICA DE SALUD

Marsel, Sáez y Martínez², han estudiado la evolución de los presupuestos ordinarios de la Dirección General de Sanidad desde el año 1900 hasta 1933, poniendo de manifiesto el escaso porcentaje del gasto público destinado a Sanidad y el ligero incremento del mismo durante las primeras décadas del siglo: de un 0,08% en 1900 a un 0,12% en 1910 y a un 0,24% en 1921, teniendo lugar, durante la Dictadura de Primo, un estancamiento en el 0,25%. Estancamiento del gasto sanitario que coincide, sin embargo, con fuertes inversiones públicas en otros capítulos, como obras públicas y, de manera especial, las suntuosas exposiciones universales de Barcelona y Sevilla que, a pesar de la falsa sensación de prosperidad a que dieron lugar, aumentaron la deuda pública de manera considerable y provocaron una importante devaluación de la peseta en relación con la libra esterlina. Todo ello en el marco de una corrupta política de monopolios que favoreció la acumulación del capital en torno a *trust* como los que surgieron, por poner dos significativos ejemplos, de la reorganización de la industria hidroeléctrica o del servicio telefónico.

Con la llegada de la República, se producen cambios sustanciales en la política económica que se traducen, en el ámbito sanitario, en un espectacular incremento de la inversión que, para el primer bienio, ha sido bien documentado por diversos autores³. Del 0,27% de 1930 se sube a un 0,36% en 1932, alcanzando en 1933 el 0,71% de los gastos del Estado, lo que en cantidades brutas supuso, durante el mencionado primer bienio, un incremento nada menos que del 150%.

No podemos saber las posibilidades que la República hubiera tenido de organizar y desarro-

llar la sanidad española. Lo que sí parece factible afirmar es que empezaban a darse en la España Republicana unas condiciones como para que, al menos, se formularan algunos de los principios fundamentales de un nuevo modelo de sistema sanitario; la presencia de un movimiento obrero potente y organizado, unas fuerzas de izquierda suficientemente representadas en el Parlamento, un cierto número de profesionales dispuestos a llevar la sanidad *hasta los últimos y más modestos pueblos de la patria* —tal y como se formuló en el Primer Congreso Nacional de Sanidad de 1934—, y sobre todo, unas condiciones económicas y sociales que algunos autores han llegado a calificar como propias de lo que más tarde sería denominado Estado de Bienestar.

Merece la pena destacar, en este sentido, cómo Raymon Carr se ha referido a la existencia en nuestro país de un «*New Deal republicano*»⁴ y, de manera más explícita, la argumentación de Gabriel Jackson al indicar que en 1931 *ningún gobierno había empleado todavía los métodos de Keynes para el fomento de la industria mediante subvenciones gubernamentales (...). Hasta finales de la década de los 30, y mucho más especialmente a partir de la segunda guerra mundial, los gobiernos de todas clases han establecido controles sobre moneda, precios, exportaciones, importaciones e inversiones hasta un grado que en el tiempo de la Segunda República española habría provocado automáticamente la acusación de 'comunismo'*. El programa de obras públicas de Prieto fue muy similar al contenido en el *New Deal norteamericano* puesto en marcha dos años más tarde; también se parecía a muchos programas luego etiquetados como de 'desarrollo económico' a mediados del siglo XX⁵.

Es en este contexto socio-político y económico en el que hay que entender el desarrollo de la sanidad española durante el periodo de referencia, tanto en sus iniciativas legislativas como en sus realizaciones prácticas.

LA DICTADURA DE PRIMO Y LOS REGLAMENTOS SANITARIOS

La Instrucción General de Sanidad de 1904 había establecido la obligación para los ayun-

tamientos de dictar Reglamentos de Higiene en los que se detallarían —a propuesta de las Juntas municipales de Sanidad— los deberes y funciones de las autoridades locales. Pocos años más tarde, una Real orden de 12 de octubre de 1910 aprobó unas Bases generales para la redacción de Reglamentos de Higiene, las cuales venían a regular los principios a los que debían ajustarse los ayuntamientos para aprobar dichos Reglamentos. Bases que, naturalmente, limitaban la iniciativa de las corporaciones locales y centralizaban las normativas sanitarias. Pues bien, este proceso de lo que Santiago Muñoz Machado ha llamado «estatalización de los reglamentos sanitarios»⁶ culmina durante la Dictadura de Primo de Rivera. El Reglamento municipal de Sanidad (Real Decreto de 9 de febrero de 1925) soluciona definitivamente la tensión entre poder local y poder central en materia sanitaria, al reconocer que: *El ideal sería que los ayuntamientos organizaran y sostuvieran los servicios sanitarios del término municipal, libres de intromisiones e injerencias extrañas a su propia constitución, pero este ideal dista mucho de la realidad; primero por la falta de tradición y el atraso que una gran parte de los ayuntamientos españoles muestra en materia de higiene y sanidad y, segundo, porque es deber fundamental del Estado cuidar de la salud pública, y esta función no podría ejercerla sin el conocimiento, vigilancia e intervención en el régimen sanitario de los municipios, ya que ellos constituyen las células o elementos primarios del organismo nacional.*

Con tan sólo un mes de intervalo, el Estatuto Provincial, publicado el 20 de marzo de 1925, imponía a las Diputaciones la obligación de crear y mantener un Instituto de Higiene. Consecuencia directa de dicho Estatuto fue el Reglamento de Sanidad provincial de 20 de octubre de 1925, que dispuso la fusión de todos los organismos sanitarios de ámbito provincial (Brigadas sanitarias, Laboratorios de Higiene, Institutos de Vacunación, etc.) en un único Instituto Provincial de Higiene.

No se trata de explicar aquí las características que debían reunir estos Institutos⁷, pero sí de destacar su función de organizar, en torno a los mismos, núcleos sanitarios comarcales o

circunscripciones sanitarias, con el fin de poder atender de forma eficaz y oportuna los servicios que pudieran demandarse de las diferentes localidades.

Se trataba, no cabe duda, de un ambicioso programa en el que los Institutos de Higiene, surgidos a partir del mencionado Estatuto Provincial, fueron considerados, al menos teóricamente, como los organismos encargados de realizar servicios de carácter higiénico, sanitario y social en la circunscripción provincial. La realidad, sin embargo, no respondió a las previsiones de las normativas, ni al modelo de actuación diseñado. Por un lado, una Real Orden de 4 de enero de 1927 señalaba los «últimos plazos» para la organización y puesta en marcha de los Institutos, dado el número considerable de diputaciones provinciales que todavía no los habían constituido. Por otro, los existentes se limitaron a actuaciones estrictamente «sanitarias», de «campañas de preventión y defensa contra las enfermedades evitables». Francisco Bécares, en los cursos que los propios Institutos provinciales impartían para el ingreso en el Cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad⁸, se lamentaba de tan limitada función, abogando por la necesidad de ampliar sus competencias a otros aspectos de la vida social como la salud materno-infantil (puericultura y maternología)^{9,10}, higiene escolar, higiene del trabajo¹¹, enfermedades profesionales, así como las luchas antituberculosa¹², antivenérea¹³, antileprosa¹⁴, antitracomatosa, etc. Como es bien sabido, este «programa» no llegó a cumplirse más que parcialmente durante la II República.

LA SANIDAD REPUBLICANA

Aunque no se puede considerar «la República» como una época uniforme, ni mucho menos estable, de la historia de España, ya que existen variaciones muy importantes entre el primer bienio (republicano-socialista), el llamado «bienio negro» o la etapa del Frente Popular, sí podemos establecer unas ciertas características «generales» —y forzosamente esquemáticas— de lo que fue el intento de reforma sanitaria republicana. Un intento de reforma caracterizado por el ya aludido au-

mento del gasto sanitario y por el intento de creación de una infraestructura sanitaria —basada en parte en disposiciones previas— que evidenciaba la voluntad preventivista que la administración republicana se había propuesto. Todo ello en el marco de una febril actividad legislativa y normativa que pretendió adecuarse a los principios que la nueva Constitución propugnaba, a las recomendaciones y convenios internacionales que el Estado español tenía suscritos y a una política económica intervencionista dirigida por el Estado. Veamos a continuación, siquiera brevemente, estos dos aspectos: los debates y propuestas sobre la infraestructura de lo que, en el fondo, pretendía ser un nuevo modelo sanitario y las principales aportaciones que a la legislación sanitaria realizó la República.

LA INFRAESTRUCTURA DE UN NUEVO MODELO

El enorme esfuerzo legislativo realizado durante la Segunda República se tradujo, en el ámbito que nos ocupa, en diversas normativas que, ya en el primer bienio, tuvieron por objeto regular la creación de la infraestructura sanitaria que la voluntad preventivista de la sanidad republicana se había propuesto. Así, la Orden Ministerial de 22 de abril de 1932 referente a los Centros secundarios de Higiene Rural o la de 30 de marzo de 1933, sobre los servicios provinciales de Higiene infantil, ambos concebidos como estructuras subordinadas a los Institutos provinciales de Higiene. Aunque existen otras fuentes en las que investigar los problemas organizativos de la sanidad republicana^{15,16}, me centraré en las discusiones planteadas en el I Congreso Nacional de Sanidad, celebrado en Madrid en mayo de 1934¹⁷, en el que se intentó establecer las pautas para la creación de una red de centros de Higiene rural que ya había sido iniciada en 1932, y que ahora se pretendía ampliar a todo el país dada la voluntad política de la Dirección General de Sanidad y la demanda que de estos Centros hacen los Municipios que saben valorar la asistencia médico-profiláctica¹⁸. Según se explica al comienzo de la ponencia, el propio gobierno español había propuesto la celebración

de una Conferencia de Higiene rural en Ginebra, bajo los auspicios de la Sociedad de Naciones, en la que se estudió la organización de la Higiene rural «a base de Centros de distintos grados». Siguiendo dicho modelo, en 1932 se pusieron en marcha quince Centros secundarios de Higiene en diversas provincias españolas, ampliándose a treinta en 1933.

El contenido de dicha ponencia no pasa de ser una propuesta de organización de servicios en la que el componente técnico es preponderante sobre el teórico que, forzosamente, tendría que haber incluido aspectos de administración y política sanitaria, control de alimentos, vivienda, situación socioeconómica de la población en el medio rural, etc. Pero, como los mismos autores reconocían, se trataba, simplemente, de hacer una propuesta sobre la manera de atender a las actividades médicosanitarias en ambiente rural, primordialmente higiene infantil y maternal, control de las enfermedades evitables y mejora de los hábitos higiénicos, utilizando una organización que pueda en lo futuro extender su trabajo a otras facetas importantes, saneamiento rural, en primer término.

Con todo, la implantación de Centros de prevención en las zonas rurales constituye una indudable novedad con respecto a planteamientos organizativos anteriores. Novedad que incluye la aceptación de que sea el Estado el responsable último de la dirección y funcionamiento de la estructura sanitaria. Se pide, eso sí, la cooperación de los municipios, pero vista la experiencia histórica en este terreno, se insiste en la ejecución por el Estado con cooperación local progresiva hasta que, cumplida una misión educativa de sus Municipios, pueda descargar en ellos y en sus mancomunidades la responsabilidad de su ejecución, siempre apoyada y orientada por él.

Los Centros, primarios y secundarios, de higiene rural se constituyen, pues, en los primeros eslabones de una estructura organizativa que tendría su cúspide en la Dirección General de Sanidad. Junto a la ya mencionada cooperación municipal se señalan, como condiciones para establecer los Centros primarios, la existencia de un Centro secundario próximo que le sirva de apoyo y la presencia de un per-

sonal suficientemente cualificado al frente de los mismos. La propuesta, en este sentido, es que sean médicos locales los que dirijan los establecimientos; incorporando así a los titulares, o a parte de ellos, en la nueva estructura *ante sus deseos de intensificar su labor sanitaria de carácter médico*. Se pretende así, ampliar la tarea asistencial y preventiva a la mayor parte de la población de modo que «*La mayoría de las funciones que como primer esquema atribuimos a la higiene rural, son de tal naturaleza que responden a lo que es razonable esperar que lleguen a ser responsabilidad y cuidado directos del médico de familia con el auxilio de los especialistas precisos.*

La posible duplicación, y consiguiente conflicto, de redes asistenciales quedaba así aparentemente solventada ya que la *colaboración, tan necesaria entre el Centro y el médico de familia, queda asegurada por tratarse del mismo agente*. Tal pretensión resultaba, como puede suponerse, químérica en aquellos municipios con más de un médico titular. Se aboga entonces por unas «relaciones profesionales favorables» que faciliten el trabajo sanitario, para lo cual se proponen dos posibilidades: por un lado, que todos los médicos colaboren en todas las facetas del trabajo del Centro tomando como unidad de trabajo la clientela previa de cada profesional; por otro, establecer entre ellos un principio de especialización. Parece evidente, que la primera posibilidad encerraba, en sí misma, el germen de la privatización, llegándose a plantear la futura entrega a la medicina privada —aunque sea ejercida por los mismos facultativos del Centro— de gran parte del trabajo propuesto. En cuanto a la segunda posibilidad, por la que finalmente parecen decidirse los autores de la ponencia, permitiría un mayor perfeccionamiento funcional y una más fácil sistematización de las tareas y una mayor facilidad para designar un director que asuma la responsabilidad general y administrativa del Centro. En cualquier caso no deja de resultar esclarecedor el hecho de que se acabe estableciendo como prioridad para la construcción de un Centro primario en una localidad, precisamente, el que sus médicos estén bien avenidos.

Aunque la figura y el concepto de «médico de familia» no quedan suficientemente

explicados en la ponencia, sí parece claro que se pretende, de manera ciertamente confusa, un tipo de profesional que difiere del representado por los tradicionales médicos titulares, aun cuando éstos desempeñaban ya labores profilácticas como inspectores municipales de sanidad. La propia ambigüedad de seleccionar para los Centros de Higiene a aquellos médicos rurales interesados y «deseosos de colaborar con la Medicina preventiva», así como los conflictos previstos por unas relaciones profesionales no demasiado favorables, susitaron —no podía ser de otro modo— la desconfianza de los titulares asistentes al Congreso de Madrid. Todo ello no hace sino confirmar, una vez más, que las reivindicaciones de los médicos titulares, y su enfrentamiento con la Administración, constituye uno de los problemas profesionales de más envergadura de la medicina española desde finales del XIX y el primer tercio del siglo XX. Problema que tampoco la República fue capaz de solucionar.

Otras comunicaciones e intervenciones pronunciadas en el mencionado Congreso Nacional de Sanidad se centraron en la necesidad de aunar actividades curativas y preventivas. Así, se reconoce que *la orientación que se ha dado a la Sanidad pública, últimamente, responde a la necesidad, sentida en el mundo, de hacer llegar a todos los individuos los beneficios de la Medicina preventiva y de la Asistencia médica, comprendiendo en aquella la defensa contra las enfermedades evitables y la previsión social, y en la última los cuidados médicos generales y de especialistas y la protección contra las causas que invalidan para el trabajo*¹⁹.

Esta insistencia sobre la necesidad de coordinación entre Sanidad, Previsión Social y Asistencia Pública es, como ha podido verse, una constante a lo largo del periodo estudiado. Coordinación que, en la práctica sanitaria cotidiana, hubiera sido equivalente a establecer, al menos en la época republicana, que los *Centros provinciales, lo mismo que los secundarios o comarcales y los primarios o rurales, como Centros aislados de Sanidad, no tendrán el valor, la eficacia y el rendimiento debidos; en tanto que, asociados a las obras de asistencia y previsión, modularán con éxito las nue-*

vas formas de la Sanidad pública y resolverán el problema de la asistencia médica en toda su amplitud, o sea en cuanto a los beneficiarios y en lo que se refiere a las organizaciones profesionales.

Lo que en el fondo algunos pretenden, aunque sea indirectamente, es un nuevo talante de nacionalización, esta vez desde presupuestos de universalización de prestaciones y de integración de redes, hasta el punto de concluir que: *Desde ahora, y cada vez más, corresponde al Poder público desarrollar los postulados de la Medicina colectiva o Medicina pública integrada por los servicios de Sanidad, Asistencia (servicios benéficos de hoy) y Previsión social.* No podemos olvidar, en este sentido, que la República marcó una política de previsión social tendente a la unificación de los seguros sociales obligatorios^{20,21}, y que las teorizaciones y debates sobre la posible coordinación entre la Sanidad Nacional y el futuro Seguro de Enfermedad fueron frecuentes en el seno del Instituto Nacional de Previsión desde épocas bien tempranas²².

LAS NUEVAS «BASES» DE LA SANIDAD REPUBLICANA

Sin duda, las aportaciones legislativas del periodo republicano, en materia sanitaria, llegaron a su punto culminante con la Ley de Bases de Régimen Sanitario promulgada el 11 de julio de 1934 (Gaceta del 15 de julio), con la que se perseguía una mejor organización de los servicios sanitarios encomendados a municipios y diputaciones y con la que se pretendió dar respuesta a los problemas que, en parte, acabamos de esbozar.

En su Base 1º se especificaba que *A los fines trascendentales de la sanidad pública y para la más perfecta organización y eficacia de los servicios sanitarios y benéfico-sanitarios encomendados por las disposiciones vigentes a Diputaciones y Ayuntamientos, se creará en cada provincia un organismo administrativo que se denominará Mancomunidad de Municipios de la provincia. Dicho organismo obrará en función delegada del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, que asumirá*

la alta dirección técnica y administrativa de los servicios a que afecta la presente Ley. Las mancomunidades municipales, formadas por todos los ayuntamientos de una provincia se habían convertido en instancias administrativas mucho más solventes que las viejas diputaciones. Un Decreto de 31 de julio de 1931 (Gaceta del 2 de agosto) preveía ya la dependencia de los Institutos provinciales de Higiene de las susodichas mancomunidades, por lo que la Ley venía a sancionar tal circunstancia dotándola de contenido real. Contenido que quedaba expresado en la Base 4ª, en forma de objetivos concretos e inmediatos encomendados al nuevo dispositivo sanitario: *La Mancomunidad, previo informe de los Inspectores municipales de Sanidad, en el plazo de dos meses, emitirá un dictamen acerca de los problemas sanitarios de su provincia, en relación, sobre todo, a la mortalidad y morbilidad y medidas que estime más adecuadas para resolverlos. El Ministerio, previos los asesoramientos que considere necesarios, realizará las campañas conducentes para la reducción de dichas mortalidad y morbilidad en el campo y poblaciones de medio rural, a base del aprovechamiento del personal y recursos que figuren en los presupuestos municipales, provinciales y del Estado, en una perfecta coordinación de sus servicios sanitarios.*

Como vemos, se intenta por todos los medios garantizar una adecuada coordinación de servicios, así como la fusión de los recursos disponibles. Igualmente, se facilita a las corporaciones locales una cierta autonomía de funcionamiento destinada a agilizar su gestión, aunque siempre supeditada al concepto de Sanidad como función pública regida, en última instancia, por el Estado.

En cuanto a los facultativos, la Ley no modifica las clasificaciones de plazas de Farmacéuticos y Médicos Titulares e Inspectores municipales de Sanidad, pero sí suprime todas las gratificaciones y asignaciones extraordinarias que los médicos obtenían por conceptos diversos, como el reconocimiento de los quintos, o por llevar a cabo funciones de inspección sanitaria. A cambio, la Base 19ª, se compromete a solucionar, de una vez por todas, la situación profesional de los titulares. El texto

de la misma nos indica hasta qué punto se tenía identificado el problema y hacia dónde iban las tendencias del ulterior desarrollo reglamentario: *Por el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión se dictarán los Reglamentos de constitución y régimen de los Cuerpos de Farmacéuticos titulares y de Médicos titulares o de Asistencia Pública Nacional, en los que se señalen de un modo preciso sus funciones, se determinen las normas de ingreso, se precise la nueva forma de provisión de vacantes, se regule cuanto haga referencia a traslados, licencias, permutas, suspensiones, destituciones, jubilaciones y cuanto se estime conveniente a los fines de la más perfecta organización, en armonía con la importante función pública que constituye su misión. Cuidarán especialmente dichos Reglamentos de evitar los múltiples casos de infracciones legales y persecuciones injustas, en las que de continuo interviene la Administración Central, estableciendo la única alzada contra cualquier infracción ante las Autoridades sanitarias, con la más rápida tramitación de los recursos y más perfecta interpretación de los hechos que los motiven.*

Aun sin articular una solución definitiva a los problemas de los médicos titulares, sí parece que la concepción de los servicios sanitarios en el medio rural experimentó, durante la República, un avance teórico y práctico considerable que, a pesar de sus contradicciones, se tradujo en el intento de dotar a la sanidad pública de un principio de equidad, poniéndola al alcance de todos los ciudadanos del Estado español, y de una infraestructura con la que poder satisfacer las necesidades de salud de la población tanto en el plano curativo como profiláctico.

Finalmente, una Orden Ministerial del 13 de febrero de 1936, dispone la reorganización de los Centros secundarios y primarios de Higiene Rural. Los primeros con un Director y una Instructora de Sanidad (nótese que el término enfermera visitadora desaparece)²³, como personal fijo, acompañados de personal auxiliar y de personal técnico-sanitario para los servicios de Tuberculosis, Maternología e Higiene infantil (en todos sus grados), Lucha antivenérea, Odontología, Oftalmología y

Otorrinolaringología; haciendo la salvedad de que, para evitar duplicidades, *en las localidades en que existan problemas de lucha sanitaria especial, atendidos ya por el Estado, como paludismo, tracoma, venéreo u otros, se incorporará su organización al Centro*. En cuanto a la prestación de los servicios sanitarios de los Centros primarios queda vinculada a los respectivos Médicos de Asistencia pública domiciliaria (nótese que el término médico titular también desaparece).

Ya en plena guerra civil, el gobierno republicano intentó poner en marcha unos servicios sanitarios que, al menos en su concepción teórica, llegaron a un nivel de concreción y desarrollo suficiente como para propiciar la incorporación de elementos —como la promoción de la salud, la gratuidad y la universalización— que sugieren una posible formulación de Servicio Nacional de Salud. En este sentido, un documento sanitario del Frente Popular llegó a especificar que *al pasar a ser función del Estado la misión de velar por el mantenimiento de la Salud Pública, y la asistencia de enfermedades de cualquier naturaleza, ya no se trata de que cada ciudadano tenga sólo una protección contra aquellos cuyo estado de enfermedad pueda constituir un peligro para la sociedad, sino que el Estado cuidará de que cada hombre o mujer del pueblo permanezcan sanos y sean debidamente tratados si caen enfermos*²⁴.

Con ello no hacen sino desarrollarse las propuestas anteriormente comentadas de unificación de servicios asistenciales y preventivos. Es de notar que esta concepción —integral y universalizada— de la Sanidad Pública tan solo se había implantado, hasta el momento, en la Unión Soviética, con un Servicio Nacional de Salud desde 1919. Ciento es que en España no se produjeron más que modestas y confusas propuestas que no pasaron del plano teórico; cierto es que, incluso a ese nivel, se está muy lejos aún de planteamientos próximos a un Servicio Nacional de Salud, y que conceptos como el de la universalización de la cobertura eran impensables para nuestros teóricos de la Sanidad Pública de los años treinta, pero es preciso valorar el empeño de hacer «público», con todas sus consecuencias, un

ejercicio profesional que hasta entonces se había desarrollado exclusivamente desde principios liberales.

BIBLIOGRAFIA

1. Huertas R. Fuerzas sociales y desarrollo de la Salud Pública en España. 1917-1923. Rev San Hig Pública 1994; 68:45-55.
2. Marsct P, Saez JM, Martínez F. La salud pública durante el franquismo. *Dynamis* 1995; 15: 211-150.
3. Mazuecos A. La política social socialista durante el primer bienio republicano: trabajo, previsión y sanidad. *Estudios de Historia Social* 1980; 14: 135-155.
4. Carr R. Spain, 1808-1939. Oxford: Oxford University Press; 1966.
5. Jackson G. The spanish republic and the civil war, Princeton: Princeton University Press; 1965.
6. Muñoz Machado S. La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos. Madrid: Alianza; 1995.
7. Perdigero 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* 1994; 14: 43-76.
8. Bécares F. Legislación, administración y organización sanitaria española: de aplicación a los cursillos de los Institutos provinciales de Higiene para el ingreso en el cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad. Valladolid: Tip. Cuesta; 1930.
9. Rodríguez Ocaña E. Aspectos sociales de la Pediatría española anterior a la Guerra Civil, 1936-39. En : Peset, J.L. ed. La Ciencia Moderna y el Nuevo Mundo. Madrid: CSIC; 1985.p. 443-460.
10. Ballester R, Balaguer E. La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principios de siglo en España. *Dynamis*.1995; 15: 177-192
11. Martínez J. La Organización Científica del Trabajo y las estrategias médicas de seguridad laboral en España (1922-1936). *Dynamis* 1994; 14: 131-158.
12. Molero J. Historia social de la tuberculosis en España (1889-1936) [tesis doctoral] Granada: Universidad de Granada; 1989
13. Castejón R. De la higiene de la prostitución a la lucha antivenérea: enfermedades venéreas y medicina social en España (1868-1936) [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 1995.
14. Sánchez García R. La lepra en España en la primera mitad del siglo XX [tesis doctoral]. Madrid: UCM; 1992.
15. Jimenez Lucena I. Cambio político y alternativas sanitarias: El debate sanitario en la II República [tesis doctoral]. Málaga: Universidad de Málaga; 1995.
16. Huertas R. La concepción de los Servicios Sanitarios Públicos en la IIª República. En: Huertas, R. y Campos, R. coords. Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX y XX), Madrid: FIM, t.II, 1992, p. 555-580.
17. Rodríguez Ocaña E y Menéndez A. El primer Congreso Nacional de Sanidad (Madrid, 1934) como sanción de la profesionalización médico-social en España. *Rev San Higiene Pública* 1986; 60: 1095-1107.
18. Ruesta S, Bécares F, Ruiz Morote F, Anguera A, del Campo A. y de Buen E. Libro de Actas del Primer Congreso Nacional de Sanidad. Madrid, 6-12 de mayo de 1934., tomo I;1935. p. 235-279.
19. Bécares F. Proyecto de un nuevo tipo de organización de la Sanidad provincial a base del concierto de la Sanidad, la Asistencia pública y la Previsión social, conforme a la estructuración del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión. Libro de Actas del Primer Congreso Nacional de Sanidad, Madrid 6-12 de mayo de 1934, t. II.; 1935. p. 27-60.
20. Samaniego M. La unificación de los seguros sociales a debate. La Segunda República. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1988.
21. Rodríguez Ocaña, E. La asistencia colectiva en España, hasta 1936. En: Alvarez Junco, J. coord. Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y previsión, Madrid, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1990. p. 321-359.
22. Huertas, 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: FIM; 1995.
23. Bernabeu, J. y Gascón, E. El papel de la enfermería en el desarrollo de la Salud Pública española (1923-1935): la visitadora sanitaria. *Dynamis* 1995; 15: 151-176.
24. Ministerio de Sanidad e Instrucción Pública. Siete meses de organización nosocomial del Gobierno del Frente Popular. Madrid. S.A.