LA SANIDAD ESPAÑOLA EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XIX

Bajo el reinado de Isabel II se inicia una organización racional de la sanidad española. Se reordenan las juntas provinciales y municipales; se aprueba la reglamentación de los partidos médicos, la Ley General de Sanidad y el reglamento de inspección de carnes. Se creó el cuerpo de sanidad militar y la fundación de la Cruz Roja española. Además se dio impulso a las diferentes ramas de la beneficencia.

Las reformas legislativas sanitarias entre 1847 y 1855

La aparición de los azotes epidémicos sobre la población y la incipiente administración sanitaria son abordados por personalidades de pensamiento lógico dedicadas a la salud pública; médicos, políticos y catedráticos que van, a mediados del siglo, a generar las necesarias reformas sanitarias a través del: "Real Decreto Orgánico de Sanidad" de 17 de marzo de 1847 promulgado por el Gobierno moderado de Sotomayor durante el reinado de doña Isabel II y de la "Real Orden sobre el Reglamento organizativo y atribuciones del Consejo y las juntas de sanidad" de 26 de marzo de 1847, antesala ambos de la "Ley Orgánica de Sanidad" de 28 de noviembre de 1855.

Es por fin a mediados del siglo XIX cuando después de varios intentos fallidos, se consigue una reforma para dotar a España de un esbozo de organización sanitaria a través del citado "Real Decreto", que tiene a su vez su propio desarrollo en el "Reglamento sobre organización y atribuciones del Consejo y las juntas de sanidad, mandado observar y cumplir por Real Orden de 26 de marzo de 1847"; y así mismo se completa la normativa de organización de la función pública sanitaria, el "Reglamento para las subdelegaciones de sanidad del Reino", aprobado por S.M. en 24 de julio de 1848 y circulado a los jefes políticos de las provincias por Real Orden de 2 de agosto del mismo año", bajo el gobierno de Narváez, líder del partido moderado. Todo ello se complementa y solapa en su vigencia con la citada "Ley Orgánica de Sanidad", aprobada por las Cortes Constituyentes, de mayoría progresista, dirigidas por Espartero, en plena epidemia de cólera morbo en 1855.

Este cuerpo normativo ha de servir para el desenvolvimiento de la sanidad en el resto del siglo hasta 1904, al que debe añadirse la consideración que en otra rama del Gobierno, la municipal, va a conferir a los ayuntamientos competencias en salubridad y obligarles a la contratación de médicos, que hayan de servir en los pueblos para asistencia de los desvalidos.

Puede aventurarse cuál fue el motivo para que el Gobierno decidiera al fin, organizar el ramo administrativo de la sanidad. Podemos pensar en la influencia que próceres con vocación sanitaria como Mateo Seoane, P. F. Monlau o Méndez Álvaro, desplegaran en el ámbito del Gobierno, pero habría de ser decisiva sin duda la constante amenaza del cólera morbo asiático de cuyos embates estuvo España amenazada en la década de los 40; y sin duda fue decisiva la extensa epidemia de 1854-1855 en la que España se vio compelida por el Gobierno inglés a que comunicara el estado epidémico[32] y España se dio cuenta de que no contaba ni con organización eficaz ni con información estadística, lo que empujó a que todos los gobernadores civiles provinciales impulsaran y cumplimentaran una estadística de la epidemia, cuyo resultado se publicó en la "Gazeta de Madrid" el 12 de diciembre de 1857.

La orientación del Real Decreto de 1847 es la de establecer una única autoridad sanitaria centralizada en el Ministerio de la Gobernación y dependiendo de ella todo el ramo sanitario; en consecuencia, a nivel provincial, la autoridad recaería en los jefes políticos, bajo cuyo mando dependía toda la estructura sanitaria. Quedaba así claro que la sanidad era una función del gobierno de la nación, del que emanaba la autoridad, las inspecciones, las sanciones, los premios, y la función pública sanitaria; y como órganos administrativos la Dirección General de Sanidad se creaba en el ámbito del Ministerio de la Gobernación, disponiéndose, en las sedes de los gobiernos civiles un negociado administrativo de sanidad, bajo la dependencia del jefe político; y de éste a su

[32] "El Consejo de Sanidad de Inglaterra deseaba poseer la estadística de cólera en 1855-56 en España; el embajador inglés hizo presente aquellos deseos a nuestro Gobierno y éste, por R.O. de fecha 30 de enero de 1855, encargó a las academias de Medicina y Cirugía la venia de los datos y noticias convenientes, previniendo a los gobernadores de las provincias que prestasen a las academias todo el apoyo necesario para llevar a cabo este especial cometido" (P. F. Monlau, obra citada pág. 1167).

vez, dependían los subdelegados de medicina, farmacia y veterinaria como órganos unipersonales administrativos. Finalmente se recomienda a los alcaldes como autoridad local la protección de la salubridad, pues todo el concepto sanitario es básicamente de policía gubernativa.

Este aparato administrativo requiere unos órganos consultivos de apoyo, de asesoría, pero en ellos, han de colaborar y coordinarse el ramo de asuntos exteriores, el ejército o la marina, que lo van a hacer bajo el Ministro de la Gobernación, o del jefe político del Gobierno en las provincias. En esta asesoría van a caber por fin los incipientes "sanitarios o higienistas", esto es, los médicos que decidieron dedicarse a la función de la sanidad y prestar su apoyo ocasional al poder público en el ejercicio de la "medicina de los pueblos".

ELEMENTOS
DE
HIGIENE PÚBLICA
Ó
ARTE DE CONSERVAR LA SALUD DE LOS PUEBLOS
POR
D. PEDRO FELIPE MONLAU
SEGUNDA EDICION
LEGISLACION SANITARIA DE ESPAÑA,
III.
MADRID
1862.

Elementos de Higiene Pública. Segunda edición, 1862. Contraportada Tomo III de Pedro Felipe Monlau.

Esta asesoría voluntaria, honorífica y gratuita, se concreta en el Real Consejo de Sanidad y en las juntas provinciales y municipales, si bien las decisiones políticas ya no van a estar en tales órganos consultivos como antes lo estuviera en el Protomedicato, en las juntas superiores gubernativas o en la Junta Suprema, sino en el órgano administrativo de nueva creación, la Dirección General de Sanidad y en los gobiernos civiles, ambos en dependencia del Ministerio de la Gobernación.

La intención del Real Decreto es en consecuencia muy clara: en primer lugar, derogar la organización precedente de la Junta Suprema de

Sanidad (artº.1º) y de las juntas provinciales y municipales (artº. 2º) tal como lo eran y funcionaban desde 1813; en segundo lugar, crear la Dirección General de Sanidad en el ámbito del Ministerio de Gobernación (artº. 3º); crear un órgano consultivo central en el Ministerio de la Gobernación (artº. 4º), el Real Consejo de Sanidad y las nuevas juntas provinciales, "agregadas al gobierno político en cada capital de provincia" (artº. 14º); y en tercer lugar "corresponde a los jefes políticos la dirección superior del servicio de sanidad en sus respectivas provincias, bajo la inmediata dependencia del Ministerio de la Gobernación" (artº. 13º).

Sentado este principio, el Real Decreto enumera todo cuanto queda bajo el ámbito del jefe político o gobernador civil de la provincia: las academias de medicina en lo referente a la salubridad, higiene pública y ejercicio de las profesiones (artº. 23º); los Subdelegados de sanidad que serán nombrados por aquéllos (artº. 24º); y los establecimientos y directores de baños y aguas minerales (artº. 26º).

De este modo va a quedar estable e inalterada la organización político-administrativa de la sanidad a lo largo del siglo, y podemos alcanzar con la vista el siglo XX, en el que va a seguir la sanidad española del mismo modo, como función del Estado desarrollada técnicamente de manera descentralizada, pero en dependencia de una Dirección General del Ministerio de la Gobernación, hasta el año de 1977 en el que el ramo de la sanidad adquiere el rango de ministerio, y se inicia un proceso de descentralización a favor de las comunidades politicas, territoriales y aurtonómicas.

A lo largo de los siglos XIX y XX, las diputaciones provinciales mantenían a su vez competencias en la función pública de la sanidad, por ser órganos administrativos para la gestión de servicios provinciales y entre ellos los servicios sanitarios benéfico-asistenciales y la tutela de los servicios municipales. Es sólo a partir de la Constitución de 1978 cuando al constituirse el Estado en gobierno central y gobiernos autonómicos, éstos también adquieren la función pública de la sanidad en su ámbito territorial.

Pero volviendo a mediados del siglo XIX después del Real Decreto orgánico de 17 de marzo de 1847, se desarrollan los obligados reglamentos. Por un lado el del Consejo de Sanidad y el de las juntas de sanidad de manera simultánea, el 26 de marzo; y también se reglamentan los Subdelegados el 24 de julio de 1848, cuyos reglamentos comentaremos en lugar más adecuado.

La Ley General de Sanidad de 1855

Sin duda, la función pública sanitaria había desplegado las alas, y se había clarificado, pero habían quedado muchas cosas en el tintero, y la epidemia de cólera de 1853-55 antedicha, aprieta para que se ajustaran mejor las cosas, hasta ver la primera Ley General de Sanidad. En dicha ley se mantiene y ratifica la incipiente estructura dependiente del Ministerio de la Gobernación; la Dirección General de Sanidad en su seno; el Real Consejo de Sanidad como órgano asesor; los jefes políticos provinciales como órgano administrativo y autoridad superior en la provincia; las juntas provinciales y municipales como asesoras de aquél; y los Subdelegados nombrados por el jefe político, pero sin sueldo fijo. Poco se añade en el plano organizativo al Real Decreto de 1847, salvo que se crea la figura del Secretario del Consejo de Sanidad con carácter de empleado, debiendo ser un facultativo nombrado libremente por el Gobierno a propuesta del Consejo. Con ello se avanzaba en la estabilidad de la función con un puesto remunerado.

El resto de la ley, del artículo 12 al 102, regula por primera vez funciones técnico-administrativas como verdadero reglamento o código sanitario que va a estar vigente durante todo el siglo en materia de: sanidad marítima (39 artículos); sanidad interior (28 artículos); medicamentos (11 artículos); facultativos forenses y de baños (5 artículos); de la higiene pública (1 artículo); de la vacunación (1 artículo).

De la sanidad marítima destaca la declaración como enfermedades exóticas cuarentenables, la peste levantina con cuarentena rigurosa de 15 días; la fiebre amarilla con cuarentena de 10 días, y el cólera morbo asiático de 10 días; como así mismo la regulación de las cuarentenas y de los expurgos, que habían de dar origen a la clasificación de las patentes limpia y sucia de barcos y lazaretos recogiendo indicaciones de la primera conferencia sanitaria internacional de París de 1851.

De la sanidad interior o terrestre, va a reiterar la prohibición del sistema cuarentenario (artº. 57º) y la minuciosa regulación de los médicos titulares o municipales por primera vez en una norma sanitaria que no es municipal ni de beneficencia; extensivo a médicos, cirujanos y farmacéuticos titulares "encargados de la asistencia de las familias pobres" para lo que han de ser contratados por los ayuntamientos y cuyo nombramiento ha de ser aprobado por la Diputación provincial en

cuanto a tutora de los ayuntamientos; como así mismo del ejercicio libre y su vinculación con el servicio público (artículos 64º a 80º).

La estructura organizativa funcional de la sanidad, sus órganos e instituciones, merecen un análisis más detallado en cuanto que van a cumplir todo el siglo XIX y van a estar vigentes cuando analicemos el último tercio de la sanidad de Navarra a través de su Junta Provincial de Sanidad.

Órganos e instituciones: el Real Consejo de Sanidad (1847–1944)

La Junta Suprema de Sanidad subsistía desde 1720 (solo fue suspendida entre 1805 y 1809) y había compartido competencias en el ramo de la sanidad con el Protomedicato, las Juntas Gubernativas Superiores de Medicina, de Cirugía y Farmacia y con la Dirección General de Estudios.

La complejidad de los asuntos sanitarios, la amenaza de las enfermedades exóticas en un país con amplias extensiones coloniales, sobre todo en el seno mejicano, foco de fiebre amarilla y la amenaza del cólera morbo por el levante, requerían concretar las decisiones político-administrativas, y si bien la Junta Suprema de Sanidad la componían ministros del Consejo del Reino era evidente la dispersión de los diferentes órganos ministeriales decisorios sobre la materia; por lo que se requería determinar un mando único en el Gobierno, que evidentemente sería el Ministerio de la Gobernación. Un órgano administrativo para las funciones directivas que canalizara jerárquicamente las órdenes e instrucciones cotidianas, la Dirección General de Sanidad; y un órgano consultivo, asesor en los delicados asuntos de la salud que tuviera carácter técnico. A ello ayudarían las tendencias europeas y las conferencias internaciones sanitarias.

De este modo surge el Real Consejo de Sanidad por el R.D. Orgánico de Sanidad de 17 de marzo de 1847, ratificado en la Ley Orgánica de 1855 como el órgano técnico consultivo de mayor rango a nivel central.

En primera intención, el Real Consejo incorpora además de los representantes de los ramos ministeriales que ya se ocupaban de los asuntos de la sanidad terrestre o marítima y los de la hacienda en la Junta Suprema, a consultores con conocimientos en la ciencia de cu-

rar si bien en minoría. Esta incorporación técnica va a constituir en la ley de 1855 la parte nuclear y mayoritaria del consejo, desarrollando a lo largo del siglo el papel principal en todos los asuntos y "arreglos" que requerían los asuntos sanitarios, como autoridad técnica superior, no ocultándole cualquier asunto que requiera criterio, opinión y conocimiento, no sólo en materia sanitaria si no de cualquier otra rama conexa con la sanidad.

Siguiendo a P. F. Monlau, "prevalece en 1847 la doctrina administrativa de la centralización, concentrando en los ministerios, las juntas, direcciones e inspecciones dispersas que existían hasta cierto punto como autónomas e independientes, y de sus resultas las funciones directivas de la Junta Suprema pasaron a la Dirección General de Beneficencia y Sanidad (en el Ministerio de la Gobernación) y las funciones consultivas se confiaron en el Consejo de Sanidad del Reino".

Este Consejo de Sanidad se componía de un presidente, que lo era el Ministro de Interior; un vicepresidente de carácter también político; un jefe del ministerio en la rama de sanidad, beneficencia y prisiones; 13 vocales numerarios de las ramas de guerra, marina, hacienda, diplomacia, magistratura y 2 de la administración, a los que se incorporaban 6 personas de prestigio, con conocimientos en ciencias médicas, naturales y químicas. Correspondió la primera presidencia del Real Consejo al Ministro de la Gobernación don José Luis Sartotius, conde de San Luis. A estos miembros de nombramiento real podrían incorporarse 8 vocales supernumerarios, también de designación real. Esta composición pone en evidencia la repercusión de orden político e internacional y económico que las medidas sanitarias de la época generaban con terceros países en el comercio y relaciones internacionales; y por otro lado la poca relevancia que tenía el aspecto técnico o científico de la época.

Sin embargo, se produce un hecho de suma importancia. El Real Consejo se dota de un secretario con sueldo, cuyo nombramiento va a recaer inicialmente en el tantas veces citado doctor Pedro Felipe Monlau que toma posesión el 23 de marzo de 1847, pero cesa en el mes de junio del mismo año, sin que se conozcan las razones, si bien por su autoridad como higienista reconocido va a estar vinculado en el futuro a la vida y vicisitudes del Consejo de Sanidad, bien como vocal supernu-

merario o numerario. Es sustituido como secretario por el también doctor don José Mª del Pino, que cesa en el mes de noviembre, (tampoco son conocidas las razones) siendo reemplazado por el doctor Francisco Méndez Álvaro[33] que se mantendría hasta el cambio de gobierno progresista del Duque de Rivas bajo la dirección del General Espartero en 1854.

En estos primeros momentos constitutivos, está presente como miembro numerario el doctor Mateo Seoane que completa la tripleta de higienistas del siglo XIX.

El Consejo va a ser el órgano técnico sanitario a lo largo del siglo, si bien las funciones van a ser consultivas, haciendo las propuestas legales e instrucciones técnicas para los jefes políticos, siendo el centro de la actividad sanitaria. Las funciones que se le encomiendan y en las que va a ser consultado se contienen en el artículo 11 del Real Decreto:

> *Art. 11. El Consejo de sanidad será consultado:*
> *1.º Sobre las reformas o mejoras que hayan de hacerse en la organización y servicio de la policía exterior, y en especialidad de la marítima, a fin de poner esta parte importante del sistema sanitario en consonancia con el estado de los conocimientos científicos y con los adelantamientos hechos en las demás naciones, para que pueda llenar cumplidamente al objeto de permitir a las comunicaciones comerciales toda la libertad que sea compatible con la conservación de la salud pública.*
> *2.º Sobre el establecimiento de un sistema ordenado de policía sanitaria interior dirigido a la preservación de contagios, epidemias y epizootias, a la conservación de la salubridad pública y a la represión eficaz de las infracciones de las leyes, reglamentos o disposiciones gubernativas, pertenecientes a la policía sanitaria y a la médica.*
> *3.º Sobre todo lo relativo al ejercicio de los diversos ramos de la ciencia de curar, y a los establecimientos de aguas minerales.*
> *4.º Sobre la importación, elaboración y venta, de las substancias venenosas y medicamentosas.*

[33] Ver Anexo 20. Resumen biográfico de de Francisco Méndez Álvaro.

Dará también su dictamen cuando se lo pida el Gobierno, sobre los demás asuntos que tengan relación con la sanidad marítima y terrestre, policía de salubridad y policía médica.

El reglamento de organización del Consejo lo estructurará en dos secciones: "la primera de sanidad interior del Reino, y la segunda de sanidad marítima y de fronteras". La primera sección conocerá sobre todo lo relativo a la higiene pública, comprendiendo la policía general de salubridad y los negocios médicos, y la segunda de cuanto tenga relación directa con la sanidad del mar y de fronteras. Los cargos eran por supuesto gratuitos y honoríficos, sin embargo contaba para la "carrera profesional" en el ramo administrativo correspondiente, de tal modo que a los 6 años de ejercer de consejeros, les permitía alcanzar el nivel de "jefes superiores del Cuerpo de la Administración".

El Consejo habría de ocuparse de manera prioritaria de la amenaza del cólera morbo asiático que amenazaba de nuevo en 1847 desde los puertos mediterráneos europeos, y luego desde África. La importancia por su mortandad y por la repercusión en el comercio hizo que en diciembre de 1847 se constituyera en el seno del Real Consejo una "Comisión especial sobre el cólera morbo" que fue presidida por el doctor Mateo Seoane. La higiene pública se debatía entre la más absoluta ignorancia científica, pero a la vez en el más absoluto sentido común para evitar excesivos despropósitos como se verá en las sucesivas instrucciones. La sanidad española se encontraba muy supeditada a la sanidad francesa hacia donde dirigían los higienistas su vista y la tenían por referente, contribuyendo a la traducción de los autores franceses, siendo de éstos la bibliografía que manejan las cátedras y los médicos prácticos y de manera especial cuando este país tomó la bandera de la sanidad internacional, prevaleciendo sobre otros países al conseguir convocar el 1º Congreso Sanitario Internacional que se celebró en París entre julio de 1851 y enero de 1852.

Asistieron como delegados del Gobierno español don Antonio María Segovia, cónsul y don Pedro Felipe Monlau los cuales fueron incorporados como vocales supernumerarios al Consejo de Sanidad a propuesta del propio Consejo en junio de 1852.

En 1854 don Francisco Méndez Álvaro es nombrado vocal supernumerario en febrero y en noviembre es cesado como secretario que lo

había sido desde 1847 por el gobierno progresista. Es sustituido en el cargo por el doctor Victoriano Huesca, profesor médico-cirujano a la vez que se eleva el sueldo al secretario y a la plantilla de la secretaría, "en consideración al aumento y gravedad de los trabajos que mostraba el estado sanitario del Reino". En efecto había hecho explosión la grave epidemia de cólera que según datos oficiales en la Gazeta de Madrid produjo más de un millón de invadidos con 236.744 defunciones. El sueldo se elevó al secretario a 24.000 reales de vellón al año.

Este secretario era el único funcionario médico de la estructura organizativa de la sanidad, por lo que fue continua la reivindicación de los higienistas de la época tanto a nivel central como periférico, la dotación de profesionales públicos, proponiendo que existiera un cuerpo de médicos higienistas funcionarios al igual que otros países, como Francia que tenía médicos en los puertos de Extremo Oriente, para inspeccionar e informar de la situación, y para España proponían que estos puestos se dispusieran en varios puntos de América y en Guinea.

La Ley de Sanidad consolidó este alto órgano consultivo, pero reformado de forma más acorde a las necesidades sanitarias de acuerdo a la nueva composición. Era presidido el Real Consejo de Sanidad por el Ministro de Gobernación; la vicepresidencia recaía en una persona que "corresponda a las clases elevadas de los empleados cesantes o jubilados en el ramo administrativo" y que recayó en el navarro don Pascual Madoz, abogado, político, ex ministro de Hacienda, Diputado a Cortes, gobernador civil de Barcelona, militante progresista y autor de la obra magna *Diccionario Geográfico de España y provincias de Ultramar,* y como vocales: el Director General de Sanidad; el Director General del Ejército; el Director General de la Armada; un Jefe de la Armada; un Agente Diplomático; un jurisconsulto; dos agentes consulares. Se seguía evidenciando los compromisos internacionales que en la sanidad marítima generaban las epidemias exóticas, pero a su vez gana peso el sector sanitario ya que se incluyen: 5 profesores de medicina; 3 de farmacia; un catedrático de veterinaria; un ingeniero civil y un profesor de arquitectura, si bien se mantiene el altruismo obligado ya que los cargos eran "honoríficos y gratuitos". Se consolidó el secretario con sueldo con los mismos derechos que el resto de los del ramo del servicio público.

Fueron los 5 médicos del Consejo: don Mateo Seoane, don Mariano Lorente, don Pedro Felipe Monlau, don Diego Argumosa y don José Roviralta; farmacéuticos, don Nemesio Lallana, don Manuel Rioz Pedraza y don José Martín de León; y veterinario, don Nicolás Casas; el jurisconsulto lo fue don Antonio de los Ríos y Rosas; don Juan Subercase, ingeniero; y don Antonio Conde, arquitecto.

Al año de su constitución cesa don Pascual Madoz debido a la caída del gobierno progresista de Espartero en 1856 y es sustituido por otra persona relevante, don Pedro Colón, Duque de Veragua. En la secretaría nuevo cambio; cesa don Victoriano Huesca y vuelve al cargo don Francisco Méndez Álvaro por las mismas razones probablemente, bajo el gobierno moderado de O'Donell.

Constituido el Consejo como la reunión de las personas de mejores conocimientos higiénico-sanitarios de España y de mejor criterio para el gobierno de la sociedad, va a ser el centro de la vida sanitaria junto a las academias de medicina, ya que la Dirección General se considera como un órgano político administrativo y ejecutor de las propuestas y recomendaciones del Consejo pero inaccesible para los higienistas y sanitarios.

Había de ocuparse de múltiples asuntos: dirigir y gobernar dos epidemias de gran extensión y mortandad de cólera morbo asiático en 1855 y en 1885; y controlar con criterio todo el tráfico marítimo cuarentenable en un siglo de gran oscuridad científica[34]. Hubo de gobernar con sus dos secciones: la de sanidad marítima y la de sanidad terrestre o interior; y ocuparse del gobierno de los baños y aguas minerales, de la ordenación farmacéutica, y de la policía mortuoria de los cementerios; sin olvidar otros asuntos que le son requeridos como órgano consultor.

La sanidad marítima

La sanidad marítima debe responder de la creación de lazaretos sucios en Cádiz y de observación en Palma de Mallorca, de las incidencias de

[34] Basta leer este párrafo: "La peste asiática (cólera) se burló de todas las precauciones: saltó los cordones sanitarios; los lazaretos y las cuarentenas fueron casi inútiles; no conoció barreras y no dejó entrever regularidad alguna ni en su itinerario, ni en su modo de invasión. Es la enfermedad en que mejor pudo notarse la misteriosa acción de su influencia telúrica que no alcanzamos a descifrar" (P. F. Monlau, Texto citado, Tomo 1, pág. 221).

los lazaretos de Mahón y San Simón (Pontevedra) y de la restricción o no, del control de desinfección y expurgo de la correspondencia proveniente de Cuba, lo que le obligó a dictaminar en 1860 en los términos siguientes:

> *"El oficial de la Administración de correos que pase a bordo del buque conductor de la correspondencia de Ultramar, para hacerse cargo de los cajones que la contiene, practicará y dirigirá en el mismo buque la operación de taladro, con el auxilio de dos o más marineros que al efecto designará el Capitán. La correspondencia se recibirá después al costado del buque, por otro oficial, a fin de transportarla a puntos determinados para su ventileo y fumigación; debiendo el primer oficial de quien se ha hablado pasar al lazareto, y permanecer en él hasta que termine el periodo cuarentenario.*

La sanidad marítima fue sin duda el tema estrella, prioritario del Consejo como lo fuera años atrás de la Junta Suprema de Sanidad Al respecto procedió a la clasificación de los puertos según el carácter cuarentenario de los buques. De este modo determinó que eran puertos para observación de patente "sospechosa" los puertos de primera por reunir condiciones para observación y en su caso desinfección y expurgo, tales como Alicante, Barcelona, Cádiz, Málaga, Santander y Valencia en tanto que "serán despachados para los lazaretos de San Simón o Mahón todos los buques con patente sucia o de puertos infectados de peste levantina y fiebre amarilla y serán despachados para los puertos de primera clase los buques con patente sucia de cólera morbo asiático" (R.O. de 6 de junio de 1860). Esta R.O. merece dos comentarios: el primero que se continuaba cuarentenando en Mahón la patente sucia de fiebre amarilla a pesar del brote de alta mortandad en 1821 en el propio lazareto debido a ser zona receptiva del mosquito transmisor el *Aedex aegyti*[35], y de la observación de P. F. Monlau ya comentada sobre la carencia de fiebre amarilla en el lazareto de San Simón. La segunda, que el cólera morbo asiático no era considerado "tan exótico", de tal manera que había opiniones de que dada su extensión en España y Europa

[35] Salazar En: L. Acosta. *"Continuación de la reforma sanitaria en España"* Madrid: Imp. y Encuad. de Valentín Tordesillas. 1917 pag. 5-21.

se había hecho endémica e incluso se permitía la navegación entre puertos españoles aunque fueran sucios pues tan "tocado" estaba un puerto como otro.

La preocupación de los higienistas españoles y europeos era lo poco eficaces que resultaban las cuarentenas y los cordones. Sabedores de ello los consejeros se esforzaban en reducir sus rigores y clamaban contra los excesos que en los lazaretos se hacían, limitando el comercio y deteriorando las mercancías. La iniciativa partió de Francia, convocando en julio de 1851 un "Congreso Sanitario o Conferencia Internacional", "con el fin de uniformar en lo posible el régimen sanitario marítimo con todas las potencias europeas"; con ello se inauguraba el primer esfuerzo europeísta limitando los tiempos de las cuarentenas.

MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES.

PROCÈS-VERBAUX

DE LA

CONFÉRENCE SANITAIRE INTERNATIONALE

OUVERTE A PARIS

LE 27 JUILLET 1851.

PARIS,

IMPRIMERIE NATIONALE.

En 1851 se convoca por Francia la primera Conferencia Internacional sobre sanidad marítima. En representación de España asistió don Pedro Felipe Monlau propuesto por el Real Consejo de Sanidad. Portada del resumen de la conferencia.

Preocupación también del Consejo de Sanidad era dotar de personal médico funcionario a la sanidad; propuso y el Gobierno aceptó crear plazas de médicos higienistas en la Habana, Santiago de Cuba, Puerto Rico, Veracruz, Tampico, Nueva Orleáns, Constantinopla y Alejandría con un sueldo de 36.000 o 30.000 reales de vellón según la categoría; pero esta vez la propuesta se estrelló en el Congreso de los Diputados que no aprobó el presupuesto.

Otras veces reclamaban disponer de inspectores de

epidemias y que hubiera un médico higienista en las colonias de Guinea. Todas estas propuestas económicas y de desarrollo técnico fracasaban. Al respecto P. F. Monlau comenta: "aplaudamos el buen celo del Consejo de Sanidad y deploremos la mala suerte que generalmente cabe a los proyectos sobre sanidad e higiene pública. Por no gastar la insignificante cantidad de 308.000 reales de vellón no tenemos delegados sanitarios ni en Oriente ni en América".

La sanidad terrestre y de fronteras

De mayor calado fueron las instrucciones que sobre medidas terrestres se hubo de informar y proponer y entre estas últimas se mantuvo el criterio de la poca eficacia de los cordones y restricciones en la circulación de personas y mercancías. En relación con las medidas de fronteras concluía el 21 de octubre de 1848:

> *"1ª, Ocasionará más daños que beneficios el establecer medidas sanitarias coercitivas en nuestras fronteras con Portugal aún cuando en este Reino se presente el cólera. 2ª, no puede establecerse una regla general respecto al establecimiento de medidas sanitarias coercitivas en los Pirineos, debiendo adoptarse o abandonarse este género de medidas, según que las circunstancias particulares hagan más o menos fácil el poner cordones de tropas que puedan impedir las comunicaciones, sin producir los inconvenientes gravísimos que generalmente resultan de ellos".*

El 27 de noviembre de 1848 efectúa un nuevo informe incitando a que: *"1º, las autoridades protejan la libre circulación de los pueblos entre si. 2º, que se circulase de nuevo la R.O. de 24 de agosto de 1834 contra los cordones sanitarios. 3º, que en caso alguno dispongan las autoridades a aislar o incomunicar a los coléricos ni establezcan cordones lazaretos o cuarentenas de ninguna especie".*

Ante la continua amenaza del cólera, el Consejo de Sanidad de nuevo difunde las instrucciones que deberán seguir los jefes políticos y los alcaldes "para contener o aminorar los efectos del cólera morbo asiático" conteniendo todas las precauciones higiénicas y de salud pública de la época (Gazeta de Madrid de 31 de marzo de 1849).

Quince años después de la primera epidemia en 1833-35, las normas eran por tanto las mismas, pero claro es que también el incumplimiento por parte de las autoridades –a pesar de estar clara la doctrina higiénica del momento– especialmente establecida en España por Mateo Seoane en el informe de 1848 de la Comisión del Consejo presidido por él que al fin fue publicado[36].

Estas instrucciones fueron redactadas en base al informe que dictaminó la "Comisión especial en relación al cólera morbo" presidida por el doctor Seoane. El larguísimo informe "en cuya virtud se han dictado varias medidas en diferentes reales órdenes circuladas desde el 15 de noviembre de 1848" representa la doctrina sanitaria de la época por lo que a pesar de su extensión se publica al año siguiente en la Gaceta de fechas 21, 23 y 24 de julio de 1849.

El que llamaremos "Informe Seoane" se aprobó en tres sesiones diferentes del Real Consejo de Sanidad. La primera el día 30 de septiembre de 1848 presentada por los vocales de la Comisión: Seoane, Rubio, Luceño, Montesino, Moreno, Lorente, Vela, Armero, Calvo y el secretario el doctor Francisco Méndez Álvaro; la segunda sesión el 21 de octubre de 1848 con los señores Seoane, Montesinos, Rubio, Lorente, Vela y Méndez Álvaro; y la tercera el 16 de noviembre de 1848 con los miembros: Seoane, Rubio, Lorente, Armero, Calvo, Luceño, Moreno, Vela y Méndez Álvaro.

El informe presenta propuestas de las medidas sanitarias "que sería más útil adoptar para prevenir o minorar" los estragos del cólera y se inicia con un preámbulo de consideraciones de orden técnico-conceptual, expresando que no hay unanimidad sobre el carácter del cólera si se trata de una enfermedad contagiosa sobre la que caben medidas coercitivas y sobre su "importación en un país sano de otro enfermo", o por el contrario es una enfermedad "epidémica"; discusiones "sin que haya resultado positivamente de ellas más que la unanimidad de pareceres acerca del carácter epidémico del cólera, y la diversidad de opiniones acerca del valor de los hechos en que está fundada la creencia de

[36] *Gazeta de Madrid* de fechas 21, 23 y 24 de julio de 1849. Este informe fue presentado en las sesiones del Consejo de Sanidad de fechas: 30 de septiembre, 18 de octubre, y 14 de noviembre de 1848 que elevado al señor ministro dio origen a sucesivas reales órdenes.

que otros males que se propagan también epidémicamente, pueden en algunas circunstancias transmitirse de los enfermos a los sanos".

Al margen de estas consideraciones científicas embarulladas el informe considera que su función no es tanto académica como administrativa, y se acepta que "la utilidad de las medidas coercitivas para impedir la importación del cólera, está resuelta por todos los gobiernos europeos". El acercamiento necesario a las medidas adoptadas por otros gobiernos para evitar trastornos al comercio y a las personas, es el otro eje por el que discurre el informe de tal manera que los miembros de la comisión dejaron a un lado sus opiniones "acerca de la transmisión o contagio del cólera, y los acercó lo suficiente, para conformarse en que consideradas las circunstancias, sería útil a la causa pública dar por supuesta la posibilidad de la importación del mal por los buques procedentes de puntos apestados"; y considerar los cambios que "exige imperiosamente el actual rigurosísimo sistema de incomunicaciones, lazaretos, cuarentenas marítimas" y "mejorar el actual sistema de medidas coercitivas", teniendo "muy en cuenta las medidas ya adoptadas en toda Europa".

Estas medidas, no obstante, no se habían normalizado ni acordado ni habían sido suscritas por España, lo que no acontece hasta el Congreso de París en 1851, por lo que había un cierto margen de maniobra; medidas que se van a proponer según "el estado actual de nuestros conocimientos científicos por una parte y de nuestras relaciones con las demás naciones europeas por otra".

La Comisión se lamenta de la falta de comunicación entre los gobiernos en información sanitaria, y han de recurrir a los periódicos médicos y políticos extranjeros para conseguir noticias de interés, de lo que se deduce que los gobiernos se conforman con lo que proponen sus consejos, direcciones y comisiones de sanidad. De éste modo el informe Seoane denuncia y reclama el necesario lugar de encuentro e intercambio de información oficial y veraz de los gobiernos entre sí para luchar contra el mal.

Analiza las medidas que hasta la fecha se han adoptado de exclusivo carácter coercitivo, medidas coercitivas rigurosas contra las enfermedades sólo por creer que se propagaban por contagio entre enfermos y sanos "pero este medio además de producir incalculables males, ataca en su origen a las fuentes de riqueza pública".

Razona el "Informe Seoane" que en otras enfermedades endémicas que se consideran contagiosas como la viruela y el tifus no son sometidos los pueblos a incomunicaciones ni a cuarentenas "porque produciría resultados infinitamente más perjudiciales".

En consecuencia el "Informe Seoane" establece un principio, dada la obligación de los gobiernos de establecer medidas coercitivas, "no por raciocinio sino digámoslo así, por instinto, el principio de que dada una enfermedad epidémica, aun cuando sea contagiosa, sólo puede ser conveniente poner en ejecución el sistema de medidas sanitarias de incomunicación rigurosa, cuando no sean superiores los perjuicios que necesariamente producen, a las ventajas que probablemente hayan de resultar de ellas", del mismo modo que se venían aplicando en nuestras enfermedades endémicas, como la viruela y el tifus.

En este punto del relato, debemos valorar el sentido común que se deriva de un pensamiento responsable de salud pública, distinguiendo lo técnicamente recomendado, a lo sanitariamente posible o viable, pensamiento plenamente vigente. La medicina actual basada en la evidencia científica cuando se plantea trasladar lo probado a su aplicación en las personas, considera el sufrimiento que producen, y el que los beneficios a obtener sean superiores a los perjuicios. Así de este modo las recomendaciones de la "U.S. Preventive Services Task Force" considera (diciembre 2002) el grado de evidencia de la efectividad de las medidas preventivas que propone, y a su vez, la magnitud del beneficio neto, esto es, el beneficio obtenido menos los perjuicios.

Adoptados estos criterios considera el "Informe" que las medidas coercitivas se emplean en dos casos bien diferentes: el primero para impedir la introducción en un estado de los males que son endémicos en otros estados, esto es, las medidas sanitarias marítimas y fronterizas; y por otro lado las usadas en el interior del Reino o en el interior de una población. Se perfila de este modo la sanidad exterior sobre la que la intuición hace aceptar medidas de aislamiento, cuarentenas y expurgos, y la sanidad interior, sobre la que la Comisión va a ser poco restrictiva y más bien liberadora por ser mayores los perjuicios que los beneficios.

Considerada por tanto beneficiosa la intervención en la sanidad exterior, la comisión se va a plantear cómo paliar los excesos, para lo que

necesita justificar las nuevas medidas apurando los conocimientos, no prolongando las cuarentenas más allá del tiempo que "dura la incubación del mal" que "no pasa nunca de 10 días" y aunque "se añadan algunos más para mayor seguridad", con cuarentena tan corta los perjuicios son pequeños comparados con el peligro que se deriva de la importación del mal. "Este principio que adoptó y puso en práctica primero la Junta Central de Sanidad de Inglaterra, está fundado en un sin número de observaciones". Un segundo aspecto de la incomunicación es el tiempo que deben estar incomunicados los convalecientes del cólera, llegando a la conclusión de que sólo debe afectar a los primeros días de la convalecencia.

El informe propone que no siendo suficientes los lazaretos de Mahón y Vigo se establezcan dos más en Cádiz y en Santander para facilitar a los buques las cuarentenas con carácter provisional, ya que está convencida la Comisión "de que ningún peligro hay, en usar solamente la ventilación al sol para hacer los expurgos de los efectos que puedan suponerse infectados de cólera, y por medidas de que las cuarentenas a este mal pueden ser puramente de observación". Existía además convencimiento de que las ropas de los enfermos son poco susceptibles de transmitir la enfermedad y de retener el germen contagioso y del mismo modo los géneros comerciales que no están en contacto con los coléricos, y de este modo concluye el informe, que el temor de que se transmita el cólera por géneros comerciales es infundado, de tal modo que la comisión propone que cesen los expurgos. Los expurgos por tanto deben limitarse a las ropas y efectos en contacto inmediato con el enfermo.

En consecuencia en esta primera sesión la Comisión expone al Real Consejo de Sanidad las medidas de sanidad marítima más adecuadas a la libre circulación del comercio y a las de otros países en cuanto a cuarentenas, expurgos y patentes, tanto apestada, como sucia, y sospechosa, con medidas menos "rigurosas" que en años precedentes, dictamen que fue elevado al Ministro de la Gobernación.

La segunda sesión del Consejo de fecha 18 de octubre conoció el dictamen, sobre las medidas fronterizas y de sanidad interior del Reino.

En relación a las medidas a tomar en las fronteras y dentro del Reino, la cuestión es más ardua ya que ni son tan fáciles de tomar como

en los puertos y además son más perjudiciales, ya que "se interrumpen las relaciones sociales ordinarias de toda especie de lo que resultan innecesariamente la miseria con sus tristes consecuencias y el terror pánico, efecto inmediato".

Este criterio general de las medidas interiores la Comisión lo fundamenta en los conocimientos científicos sobre la propagación de las enfermedades contagiosas y las epidémicas, dos entidades consideradas diferentes aun cuando razonan que las epidémicas a veces son también contagiosas. En tal sentido la enfermedad del cólera por ser epidémica "el contagio debe considerarse como excepcional" ya que "se extiende sin necesidad de comunicación alguna de los sanos con los enfermos" por lo que "la incomunicación no corta la enfermedad pues no puede impedirse que se extienda por medio del aire", "propagándose casi siempre por medio de la atmósfera".

Se extiende el Informe Seoane para demostrar los perjuicios de la incomunicación que somete a las personas a ambientes viciados y a las dificultades de acordonar con tropas como ya lo hiciera en la epidemia de 1834, doctrina traída por él mismo de Londres dado que el aislamiento y la interrupción de comunicaciones producen privaciones e impiden tomar medidas higiénicas; y concluye: "en el estado actual de nuestros conocimientos acerca de esta terrible enfermedad podrá dudarse si es o no contagiosa, pero no puede haber ninguna duda de que es mal epidémico".

El informe Seoane sobre el cólera se produce en un momento crucial ya que el Consejo de Sanidad del Reino está recién constituido en base al "arreglo" de la administración del ramo, plasmado en el referido Real Decreto Orgánico de Sanidad de 1847, pero es insuficiente para caso extraordinario de epidemia, por lo que la comisión aprovecha para proponer una nueva organización extraordinaria que al final se plasmaría años más tarde en la Ley General de Sanidad con carácter ordinario.

En efecto, la tercera sesión del Consejo conoció el "proyecto de organización del servicio extraordinario de sanidad" con el cual tuvo a bien informarse al Consejo en sesión de 14 de noviembre, y que trasladó al señor Ministro de la Gobernación. El doctor Mateo Seoane tenía 57 años y vuelve a intentar recuperar a través de la Comisión, el ya fra-

casado Código Sanitario de 1822 del que también fue protagonista teniendo 31 años.

En la propuesta se analiza la ausencia de servicio sanitario en España hasta 1847, en que se centraliza la autoridad, pero echa en falta por insuficiencia de este servicio ordinario, la necesidad de prever un "servicio extraordinario" para casos de epidemia a la vez que impulsa el informe, el establecimiento del servicio ordinario que establece el Real Decreto. El refuerzo organizativo se fundamenta: en la necesidad de aumentar los efectivos de las juntas municipales de distrito; en el auxilio a los alcaldes y a los jefes políticos, en base de mayor número de vocales, de ellos prioritariamente facultativos; y la creación de "comisiones permanentes de salubridad" "auxiliares de las municipales" pudiendo éstas ser directivas en caso de delegación del alcalde; en la organización del servicio por distritos o parroquias con carácter de vigilancia, y para aportar datos al gran déficit al respecto del país; en la creación de inspectores de salubridad en las poblaciones de más de 60.000 almas, si bien estos inspectores "es asunto perteneciente enteramente al servicio ordinario de sanidad", "pero también es cierto que no existen en parte alguna de España esta especie de agentes de la autoridad pública tan necesarios en todos los conceptos"; y finalmente estimula a los alcaldes a coordinar las juntas de sanidad y las de beneficencia, unificando fondos para atender a enfermos menesterosos[37].

Preocupación y propuesta constante de los higienistas españoles fue el que se creara un cuerpo de médicos inspectores, siendo Mateo Seoane su continuo propulsor del mismo modo que "Inglaterra creó en 1851 profesionales sin ejercio clínico encargados de la salubridad publica para detectar, notificar, prevenir las causas colectivas de insalubridad", que llegaron a constituir en 1856 la "Asociación Nacional de Inspectores sanitarios" que alcanzó a partir de 1875 a 1400 inspectores.

El Consejo de Sanidad, unos días después, el 27 de noviembre, refuerza el planteamiento con un nuevo informe, incitando a proteger la circulación entre pueblos y a prohibir los cordones sanitarios.

[37] Rodríguez Ocaña, E. *Por la salud de las naciones: higiene, microbiología y medicina social.* Granada. Universidad de Granada,1992.

Este importante informe que hemos comentado resume el esfuerzo de los sanitarios españoles a mediados del siglo, que a pesar de publicarse en la Gaceta de Madrid, no por ello iba a ser atendido. Llegaría por fin la epidemia en 1854 y habrían de repetirse una y otra vez los mismos criterios sin suficiente fortuna en la gran parte de sus planteamientos; ni el servicio ordinario ni extraordinario habría de funcionar; y los funcionarios públicos de la sanidad serían también ignorados en la ley de 1855.

Cuando al fin llegó la epidemia en 1854 el Consejo de Sanidad medió para "impedir que los periódicos políticos diesen noticias de la enfermedad" y sólo lo hicieron los periódicos médicos (cabe recordar que Méndez Álvaro editaba el Siglo Médico); propuesta que fue desoída por el Gobierno.

Dada la grave situación de invadidos y de muertos, se reunió una comisión compuesta por miembros de la Junta de Sanidad de Madrid y del Consejo de Sanidad que dio origen a un nuevo informe el 1 de septiembre de 1854 firmado por: don Mateo Seoane, don Pedro Gómez de la Serna, don Joaquín Iñigo, don Pedro Felipe Monlau, don Francisco Méndez Álvaro, y don José García Jove proponiendo las siguientes medidas:

> *1º La aprobación del proyecto de reforma sanitaria remitido al Gobierno por el Consejo de sanidad, en 10 de septiembre de 1853.*
>
> *2º Organizar la hospitalidad domiciliaria.*
>
> *3º Practicar visitas domiciliarias higiénicas.*
>
> *4º Declarar que a los ayuntamientos tocaba arbitrar recursos, usando de las facultades que les concede la ley de 3 de febrero de 1823 (entonces vigente).*
>
> *5º Ampliar las atribuciones de las juntas de sanidad y de Beneficencia.*
>
> *6º Declarar obligatoria la permanencia de los médicos, cirujanos, farmacéuticos, eclesiásticos y escribanos en los pueblos de su habitual residencia, durante la epidemia.*
>
> *7º Dar amplitud a la concesión de la cruz de Epidemias, para estimular a los facultativos.*

Estas recomendaciones, entre las que no figuran ni cuarentenas, ni expurgos ni cordones sanitarios y que nada añaden por no haber novedades en el conocimiento respecto a alarmas anteriores, tienen interés por el impulso que supusieron para activar la Ley Orgánica deseada, que vio la luz el 28 de noviembre de 1855.

Esta grave situación dio origen finalmente a una "Recopilación" de Instrucciones del Consejo que se publicó en la Gazeta de 6 de julio de 1856.

El Consejo fue más parco respecto a los contagios "indígenas" por entender sin duda que correspondían más a la medicina privada que a la higiene pública ya que no tenían carácter de "epidémicos", aunque se consideraran verdaderos contagios.

En los múltiples bandos e instrucciones –que sobre estas enfermedades y en especial la viruela, la vacuna y la vacunación– se dan en el siglo XIX no aparece el Consejo, sino que son instrucciones de gobernadores, alcaldes, juntas de sanidad e incluso del Ministerio y de la Dirección General, sin duda por tratarse de tema técnicamente ya superado y no requerir nuevas consultas. Lo mismo cabe decir sobre el sarampión, la escarlatina, el tifus, el tifus traumático (gangrena gaseosa), la tisis pulmonar, la lepra, la tiña, la sarna o la sífilis, verdaderas plagas endémicas de la época pero que al entender de la época, no correspondían al ámbito de la sanidad pública, sino de la medicina privada por ser enfermedades indígenas y en consecuencia no eran motivo de ocupación del Real Consejo de Sanidad.

El Consejo era también autoridad consultiva en materia de baños, tanto en aspectos técnicos de clasificación de balnearios como en la atención a la provisión de plazas, tribunales y oposiciones y resultó cuerpo consultivo decisorio en la reforma de la anterior ordenanza de farmacia de 1804, que dio lugar a la "Ordenanza de Farmacia" de 18 de abril de 1860 regulando "el ejercicio de la profesión de farmacia, comercio de drogas y venta de plantas medicinales" de cuyo texto fue artífice el profesor de Farmacia, miembro del Consejo, don Manuel Ríos y Pedraja que presidió una comisión al efecto creada en marzo de 1854.

Pedro Felipe Monlau y Roca (1808-1871). Higienista perteneciente a la escuela de Mateo Seoane, defensor de la medicina política y de una organización estable con funcionarios retribuidos. Representa el final de la higiene empírica anterior a las corrientes europeas científicas y experimentales del siglo XIX. Autor del primer y más extenso tratado español de higiene pública y privada. (Museo de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III).

La compleja y conflictiva situación que los deseos y normas políticas dictadas desde finales del siglo XVIII sobre los cementerios con enfrentamientos, creencias e intereses eclesiásticos, se encontraban en el terreno gubernativo del Ministerio de Gracia y Justicia y de los ayuntamientos, pero a pesar de ello también fue ocupación del Consejo, al que se le encargó por R.D. de julio de 1860 que elaborara con "urgencia un reglamento especial completo sobre cementerios, inhumaciones, exhumaciones, traslados, etc.".

El Consejo de Sanidad del Reino habría de ocuparse de forma reiterada en materia de sanidad interior del control del cólera con la reaparición de la 3ª epidemia en 1865 (236.744 muertos) difundida desde Valencia, y más tarde de la 4ª epidemia en 1885 (119.931 muertos) que le obligó a dar y publicar repetidas instrucciones de higiene pública para cumplimiento de jefes políticos, alcaldes, ayuntamientos y autoridades en general. De este modo por R.O. de 11 de julio de 1866 (Gaceta 12 julio de 1866), se publicó la "Recopilación de las instrucciones que deben observar los gobernadores de provincia y las autoridades locales para prevenir el desarrollo de una epidemia o enfermedad contagiosa o minorar sus efectos en el caso desgraciado de su aparición" conjuntamente con las "Instrucciones para la preservación del cólera morbo asiático y curación de sus primeros síntomas". Esta tercera epidemia se limitó al levante español con extensión a Barcelona, Andalucía, Zaragoza y Madrid.

La cuarta epidemia, la del año 1885 denominado "año del cólera", también ocupó la atención del Real Consejo que de nuevo hubo de establecer las "Instrucciones de higiene privada" incluidas en R.O. de 12 de julio de 1885 y al siguiente año de nuevo hubo de dictar "Disposiciones y reglas preventivas contra el cólera y cualquier otra epidemia" (R.O. de 20 de abril de 1886). El 12 de agosto de 1890 había de dar nuevas "disposiciones preventivas contra el desarrollo de la epidemia colérica" con motivo de un rebrote de la quinta epidemia colérica 1890-91 que produjo 2.840 muertos; y finalmente por R.O. de agosto de 1892 se dictan "Disposiciones para evitar la propagación del cólera morbo y asegurar la salubridad pública en caso de presentarse tal epidemia". Estas actividades higiénicas y asistenciales, que marcan la evolución científica y en su aplicación en el terreno práctico, merecen un análisis más detallado.

Evolución de las actividades preventivas frente al cólera entre 1865-1866 y 1885-1890

Es de interés ver la evolución del pensamiento higienista del Consejo de Sanidad a través de las repetidas "instrucciones" que he referido, sin perder de vista a su vez que el progreso científico, en el periodo sobre el conocimiento de la enfermedad en Europa, se sitúa en 1854 cuando John Snow describe de manera precisa y contundente la transmisión del cólera por el agua de bebida; 1884 es señalado por el aislamiento del vibrión colérico por Robert Koch en la India, y en 1892, se produce el reconocimiento oficial e internacional de la transmisión hídrica del cólera en la 7ª Conferencia internacional en Venecia, estando España representada por el doctor Cortezo.

Durante la epidemia de 1865-1866, el 11 de julio de 1866 se ordena a los gobernadores, dada la estación canicular y el estado en que se encuentra gran parte de Europa por motivos de salud pública, la necesidad de adoptar algunas medidas e "instrucciones sobre este servicio" y se disponía: "1º. Considerar desde hoy en vigor la "Recopilación" que se le remitió con Circular de 9 de agosto del año próximo pasado que se inserta a continuación, y 2º. Observará V.S. así mismo las "Instrucciones" para la preservación del cólera, redactasdas por la Real Academia de Medicina que también a continuación se inserta" (Gaceta de 12 de julio de 1866). "Recopilación, e Instrucciones" que se comentan a continuación.

La Real Orden contiene en consecuencia dos cuerpos distintos: uno de ellos el dictado de la salud pública, redactasdo por el Real Consejo de Sanidad, –la "Recopilación"–; y otro el de las medidas clínicas de cuidados o atención al enfermo, redactasdo por los médicos de la Real Academia de Medicina, que constituye la "Instrucción". Las primeras pueden considerarse lógicas según los conocimientos higienistas empíricos de la época ya comentadas; las segundas preocupantes al ver cómo actuaban los "mejores" médicos españoles.

La "Recopilación" de 1866 contiene además de las órdenes a la Junta de Sanidad para su funcionamiento, unas precauciones higiénicas (35 puntos) entre las que destacan las medidas para remover "las causas generales: reparación, limpieza y curso expedito de los conductos de aguas sucias, de pozos, arroyos, corrales, patios y albañolas; esmerado

curso y aseo de fuentes, calles, plazas y mercados; desaparición de materias animales y vegetales en putrefacción de efluvios pantanosos; matar animales inútiles; e inspección de bebidas y alimentos".

Se destruirán las "causas parciales" al mantener los establecimientos públicos para que no se vicie el aire por acumulación de personas; cuidar de las condiciones de cementerios, mataderos, lavaderos, industrias de cueros, tripas, etc. que puedan viciar el aire; policía sanitaria de puertos; impedir que vivan hacinados los pobres, mozos de cuerda, jornaleros, etc.".

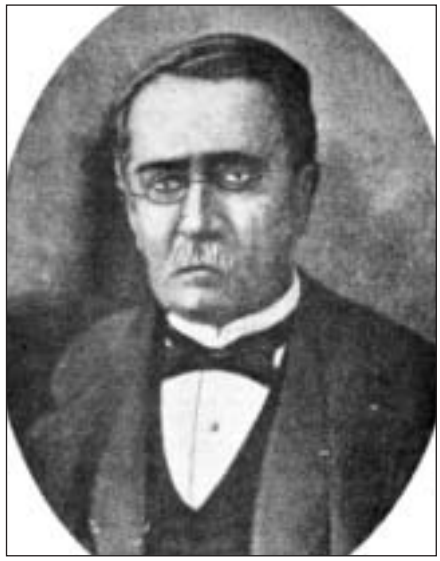
Se incorpora en esta "Recopilación" medios de desinfección: las "fumigaciones y ácidos minerales principalmente con el gas cloro y aún mejor las aguas cloruradas en riego, aspersiones y evaporación".

Estos vapores "tienen perfecta aplicación en los retretes, letrinas, conductos de aguas sucias, sumideros de las cocinas y en todos los pasajes con emanaciones perjudiciales"; "las charcas, pantanos, balsas y abrevaderos con agua estancada se han de limpiar y deshacer"; "se llevará a efecto el reconocimiento de alimentos que hayan de expenderse prohibiéndose el uso de pescados que no sean frescos, el bacalao mojado, frutas y legumbres no maduras, carnes saladas y curtidas, embutidos, vinos irritantes, cristal, barro, cinc, hierro o metales bien estañados".

Se establecían "comisiones permanentes de salubridad" por barrios y parroquias procurando: "la libre entrada del aire como medio mejor de oponerse a la acción deletérea de los miasmas epidémicos, por lo que se cuidará de revisar los obstáculos que impidan la ventilación de las calles y edificios". Estas comisiones como antecedente, ya las hemos encontrado en las juntas parroquiales de Sevilla en la epidemia de 1833-1835, y reproducido sus funciones.

Las comisiones permanentes de salubridad de barrio tenían una labor educativa y persuasoria sobre la importancia de la tranquilidad de ánimo, limpieza, salubridad, para preservar el vientre del frío y dirigiendo consuelos y exhortaciones para que se resignen con los estragos de semejante plaga"; "se cuidará de que los auxilios espirituales se administren a los enfermos de modo que no causen impresiones tristes a los sanos; se prohibirá el uso de campanas tanto para dar los sacramentos como para anunciar su fallecimiento".

Desembarco en un puerto otomano. Los puntos fronterizos marítimos y terrestres fueron durante las amenazas de cólera, lugares de cordones sanitarios, controlados por los soldados, siendo sometidos los viajeros a inspección, fumigación y a cuarentena. (Historia de la sanidad en España. Lunwerg editores, 2002).



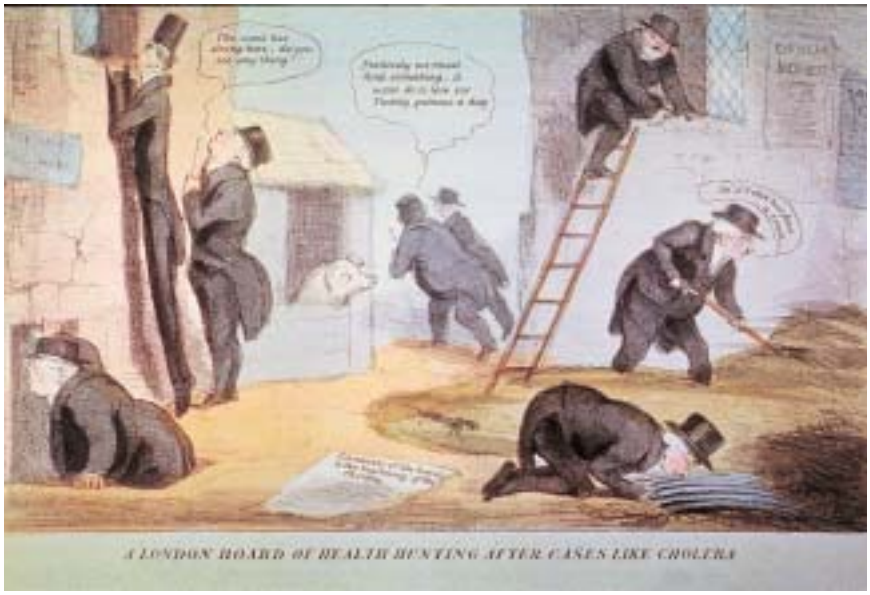
Francisco Méndez Álvaro (1806-1883). Higienista político y publicista. Fundador de la Sociedad Española de Higiene, y del Siglo Médico; ambas creaciones le sobrevinieron. Fue secretario y presidente de la Real Academia de Medicina y alcalde de Madrid.

Estas normas no habían avanzado más allá de las normas de la Junta Suprema de 1834 (bien es verdad que en ambos casos estaban asesorados por el doctor Mateo Seoane), sobre salubridad pública si bien aparece la desinfección con fumigaciones con gas cloro y "aún mejor con aguas cloruradas" además de la ventilación y la limpieza. Esta "Recopilación" insiste en la hospitalidad domiciliaria de acuerdo a las necesidades de los indigentes y se extiende a la creación de "Casa de Socorro" en casos de epidemia como "locales precisos para todas las clases y con especialidad las menesterosas, para que hallen los recursos que en tan tristes circunstancias suelen reclamar con urgencia", y también contiene rigurosas medidas de policía mortuoria y cementerios.

Una importante novedad en las medidas de 1866 es la transformación de los lazaretos en "enfermerías del cólera", "no debiendo establecerse la curación en los hospitales comunes", "se formarán enfermerías para la curación de los coléricos". Ya no se trata sólo de aislar con lazaretos en cuarentena sino de curar. Se indican las condiciones, las características, el personal médico, enfermeros, auxiliares y el régimen económico y administrativo. Por supuesto que nada dice la "Recopilación" de cordones sanitarios ni de cuarentenas ya que estaban prohibidas desde la Ley de Sanidad de 1855. En consecuencia los higienistas, los expertos de la sanidad a pesar de su falta de conocimientos científicos actuaban con lógica, cordura y un cierto empirismo.

Por otra parte las actuaciones recomendadas por los médicos clínicos, dirigidas no a las autoridades sino a los ciudadanos, fueron redac-

tasdas por la Real Academia de Medicina, en las "Instrucciones" que merecieron también su publicación en la Gaceta de 12 de julio de 1866 bajo el epígrafe de: *"Reglas higiénicas para las familias; reglas para las poblaciones; y remedios que deben ponerse en práctica mientras llega el médico"* que incluimos en el Anexo 6.



El humor inglés representaba a los higienistas como buscadores de miasmas por todos los rincones de la ciudad pagados por el erario público con veinte guineas al día. Estos profesionales fueron la aspiración de los higienistas españoles (U.S. National Library Medicine).

Se pone en evidencia en estas reglas las drásticas medidas de salubridad dirigidas sobre todo a la purificación del aire; la limpieza; el alejamiento de aguas inmundas; la limpieza del cuerpo, el vestido; la alimentación ya que "el buen régimen alimenticio es sin duda alguna el mejor preservativo del cólera", "no se debe beber agua entre comida y comida o por lo menos hasta pasadas cuatro horas después de haber comido", "es peligroso hacer uso del melón y la sandía". En todas las instrucciones a lo largo del siglo no se hace referencia de la calidad del agua, salvo en esta "Instrucción" de la Real Academia: "el agua pura de fuente sola o mezclada de unas gotas de aguardiente o de algún espiri-

tuoso es la mejor"; "el influjo fatal de las pasiones nunca es más notable que en tiempo de epidemia"; "a toda costa ha de evitarse el miedo".

"La academia advierte a las personas que determinen abandonar una población que lo hagan desde los primeros casos y que no intenten regresar hasta quince o veinte días después de haber desaparecido la enfermedad".

"Respecto a los remedios que deben ponerse en práctica mientras llega el médico" llama la atención la academia respecto a las diarreas:

> *"Al efecto convendrá ponerse a dieta, hacer uso de las infusiones de flor de tilo, manzanilla, te o salvia, beber a cortadillos el cocimiento de arroz con un poco de goma arábiga, templado; ponerse lavativas pequeñas del mismo cocimiento, o simplemente de agua natural con almidón, y sobre todo meterse en cama caliente, procurando sudar con el auxilio de dichas infusiones, de abrigos y de caloríferos".*
>
> *Si los síntomas indicados no ceden o se agravan, el enfermo debe ser trasladado a un hospital inmediatamente si no puede permanecer en su casa; y en otro caso se debe llamar al médico, continuando entre tanto con el uso de los mismos auxilios.*
>
> *Si mientras el médico llega la diarrea se presenta sin olor y bajo forma de un cocimiento de arroz, observándose en ella unos grupos blanquecinos; si aparecen vómitos de la misma naturaleza, aumenta la sed, se disminuyen las orinas o se suspenden por completo; si el enfermo siente una presión y una angustia inexplicable en la boca del estómago, calambres en las piernas o en los brazos, y al mismo tiempo la piel se enfría y el semblante se altera, he aquí lo que conviene hacer:*
>
> *Se procurará dar calor al enfermo abrigándole bien, poniéndole caloríferos, botellas de agua caliente, ladrillos, saquillos llenos de salvado o de arena, también caliente; se le frotarán los miembros (sin descubrirle) con un cepillo o con un pedazo de paño de franela caliente y seca, o bien empapada en aguardiente simple o alcanforado, y se le aplicarán sinapismos en las piernas, brazos y boca del estómago. Si acabase de comer, convendrá favorecer la salida de las sustancias no digeridas, dándole a beber tazas de agua tibia, sola o con aceite.*

La acción de dichos medios se favorecerá obligando al enfermo a tomar cada media hora, o tres cuartos de hora lo más, tazas de infusiones bien calientes de melisa, flor de tilo, té ligero o agua azucarada si no hubiera a mano otra cosa, añadiendo a cada taza una cucharada regular de ron o aguardiente anisado para los hombres, y pequeña para las mujeres y niños. Si vomitara las aguas, se le darán solamente y con frecuencia pedacitos de hielo.

Como el fin de tales auxilios es hacer que el enfermo entre en calor y que se sostenga y vigorice la circulación, es preciso insistir en ellos hasta que llegue el facultativo.

Madrid 21 de octubre de 1865.- Por acuerdo de la Academia, Matías Nieto Serrano, Secretario perpetuo.

Los médicos "tratan" a un enfermo sospechoso de cólera con precauciones decidiendo su traslado al hospital. El enfermo protesta: "señores, señores que sólo tengo un fuerte catarro". El médico le interpela. "¿Cree Ud. que cobramos veinte guineas al día por nada?" (U.S. National Library Medicine).

Se pone en evidencia que la tercera epidemia cogió algo ilustrados a los higienistas y a la salud pública, pero en supina ignorancia a los médicos clínicos y profesores de la academia que salvo el mayor respeto hacia los enfermos por humanismo, alcanzado por vía sociológica, y de los derechos políticos y sociales por parte de los enfermos y los ciudadanos menesterosos, el arte de curar y prevenir, nada había avanzado desde el principio de siglo, aunque sí es evidente la más juiciosa reflexión corresponde a la Real Academia que confiesa: "La Academia no reconoce método ni remedio alguno específico para librarse de la enfermedad en cuestión"; si bien habían dejado de hacer en 1865 sangrías a los pobres enfermos, pero los remataban con lavativas y dieta "seca".

Durante 1885, llamado año del cólera, la cuarta epidemia (5ª pandemia) se extendió prácticamente por toda España, y el Gobierno actuó por "Real Orden e "Instrucción" de 12 de junio de 1885, "dictando medidas de higiene y salubridad contra epidemias y especialmente contra el cólera". La Real Orden se extiende a medidas de policía y salubridad; al movimiento de personas: "los viajeros por las líneas férreas y carreteras sufrirán una inspección facultativa en los puntos que las circunstancias exijan, según el curso de la epidemia"; o de mercancías, "serán considerados géneros contaminantes, la ropa de uso y efectos de los pasajeros, trapos, pieles, plumas, pieles de animales, lana, sedas, algodón, lino, cáñamo y papel que no procedan directamente de fábrica".

Las instrucciones de higiene privada se confiaron de nuevo al Consejo de Sanidad y a la Real Academia y fueron publicadas en la Gaceta de 14 de junio de 1885, momento en el que parece desconocían el reciente descubrimiento por Robert Koch del vibrión colérico, y no se se había reconocido todavía la transmisión hídrica de la enfermedad.

Con el fin de conocer la evolución en el pensamiento higienista y poder comparar el avance científico respecto a las epidemias anteriores se reproduce la "Instrucción" de 1885 en el Anexo 7.

En este documento a pesar de iniciarse y repetir "principios y muletillas" dogmáticos y absurdos como veinte años antes tales como: "nunca es más peligroso que en tiempo de epidemias el influjo de las pasiones", contiene recomendaciones razonables y empíricas "durante la epidemia del cólera el cuidado del individuo en estado de diarrea por benigna que parezca"; preventiva que "el agua procedente de río, pozo

o aljibe debe hervirse, enfriarse y airearse antes de su uso y en general toda clase de alimentos deben sufrir la acción de una temperatura elevada"; no abandona la práctica de desinfección del aire, fumigaciones y de paredes con desinfectantes concretos: gas cloro, ácido sulfuroso, ácido nítrico, dentro de una concepción miasmática y de efluvios telúricos; recomienda la enérgica desinfectación de letrinas, heces y urinarios, y desinfección de ropas con soluciones de cloruro de cal o fenicada y lo mismo vómitos y heces de los enfermos. Ya se reconocía de manera imprecisa una transmisión o contagio por vómitos, heces, si bien el contacto con el enfermo y no la transmisión hídrica parece que se reconocía expresamente y por supuesto ya se habían prohibido desde 1879 las fumigaciones a las personas sospechosas, lo que se sustituía por baños.

No se recoge de forma expresa la nueva doctrina bacteriológica ya asentada por Pasteur y R. Koch, y se obvia la polémica vacunación anticolérica de Jaime Ferrán. "La cuestión Ferrán" planteó la eterna discusión, ya zanjada en nuestros días, sobre la audacia e inspiración del ingenio español frente al trabajo riguroso y concienzudo y el esfuerzo del trabajo cotidiano de la ciencia europea. J. Ferrán conoció en Francia los trabajos de Pasteur sobre la vacunación con gérmenes atenuados y modificados por el calor, el oxígeno, el envejecimiento o pasado por animales, culminando con éxito en el cólera aviar y en el carbunco; trabajos experimentales que le llevaron muchos años al igual que a Jenner, autor de la inoculación del virus vacuno. J. Ferrán quiso emular a estos sabios y, a los

La vacunación anticolérica de Ferrán tuvo amplia repercusión internacional por tratarse de la primera vacuna preventiva aplicada al hombre, anterior en meses a la vacuna terapéutica antirrábica de Pasteur. Fue muy controvertida y prohibida su aplicación por el Gobierno por dos veces, en 1885 y en 1891.

meses de su vuelta, en plena epidemia de cólera puso manos a la obra y comenzó a vacunar con cultivos de vibriones vivos "manipulados" y supuestamente atenuados por él, lo que interesó a los científicos europeos, teniendo amplia repercusión internacional.

Finalmente el Gobierno prohibió por ineficaz y peligrosa en mayo de 1885 la vacunación anticolérica con virus vivo por vía hipodérmica del doctor Jaime Ferrán[38], único científico español que aportó conocimiento a la ciencia de las enfermedades infecciosas en la época. La prohibición fue ratificada por R.O. el 19 de junio de 1891[39].

La Real Orden se dicta de acuerdo con informe del Real Consejo de Sanidad motivado por la solicitud de los doctores Ferrán y Jimeno "para que las autoridades lleven las estadísticas en las localidades donde van a seguir vacunando". Olvidaron que el que pregunta se queda de cuadra; y no sólo les niegan el llevar la estadística sino la propia vacunación:

> *"El Real Consejo (…) recopila la situación de la cuestión Ferrán, y hace recuerdo de cuantas comisiones ministeriales (2), informes de reales academias (2) y del Real Consejo se han ocupado del asunto no siendo favorables a las inoculaciones e incluso habiéndose pronunciado en contra de su práctica por ser ineficaz y peligrosa su difusión".*

Recuerda el informe que:

> *"La Junta Provincial de Sanidad de Valencia considera también inconveniente la práctica de las inoculaciones en su luminoso informe dado a consecuencia del expediente formado en averiguaciones de los hechos ocurridos con motivo de la inoculación de las hermanitas de los pobres por el doctor Ferrán y a los nueve días siguientes habían sido atacadas del cólera 43 y fallecidas 18";* y el informe prosigue:

[38] Ver Anexo 20. Resumen biográfico de Jaime Ferrán.

[39] R. Navarro y García. *Historia de la sanidad marítima en España.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.

"que debe declararse subsistente la orden circular de 25 de mayo de 1885 en cuanto se refiere a prohibir la práctica de las mencionadas inoculaciones anticoléricas del doctor Ferrán" y finalmente *"queda informada la instancia de los doctores Ferrán y Jimeno en el sentido a que no ha lugar a acceder a lo que en ella se solicita".*

Por este motivo polemizó de manera pública y desabrida don Santiago Ramón y Cajal en el propio Congreso de los diputados contra Ferrán desde su posición de premio Nobel y director del Instituto de Higiene Alfonso XIII. Parece un abuso de posición, incluso dada la poca eficacia de la vacuna anticolérica del doctor Ferrán, sobre todo cuando era conocido como científico en los foros europeos[40], si bien pronto se desprestigió ante los franceses y el propio Pasteur. Otros autores le siguen defendiendo.

En 1890 cuando aparece un rebrote de la anterior epidemia del siglo las cosas están más aclaradas. Se ha reconocido el vibrión colérico como agente patógeno y se ha establecido la transmisión de la enfermedad; por ello las disposiciones por RR. OO. de 24 de junio de 1890 y de 12 de agosto de 1890 a propuesta del Real Consejo de Sanidad, (en este caso la Academia no parece fuera consultada) contienen normas acordes con las que eran técnicamente procedentes con base científica, redactadas por los doctores Cortezo y Capdevilla: vigilancia de sospechosos, control de casos; desinfección de objetos, enseres y vehículos

[40] "El aniquilamiento y persecución de FERRÁN es algo que clama al cielo. Comienza hacia el año 1884 con apasionados debates ante las Cortes, entre el tribuno Castelar y Romero Robledo, ministro del ramo. Prosigue en los comienzos del siglo, cuando es destituido del Instituto Municipal de Higiene de Barcelona, y por fin se hace público y patente el año 1908, cuando Cajal que ya cuenta con el premio Nobel, la medalla Helmholtz, etcétera, y era director del Instituto Nacional de Higiene "Alfonso XIII" con escasa serenidad y falto de ecuanimidad; presenta una moción arteramete presentada al Ministerio de la Gobernación. Cajal en general pretende: a) que el "Alfonso XIII" fabrique y expenda vacuna anticolérica; b) que la vacuna sea gratuita y sólo la apliquen el personal del instituto y los delegados especiales; c) que el instituto sea autorizado para estudiar y adoptar aquel tipo de inmunización que convenga, con exclusión de las que en España o en el extranjero puedan fabricarse". Decía *El Liberal* que "estas criticadas inoculaciones se reservan ahora al título de monopolio, para un Instituto oficial en periodo formativo, donde su director el doctor Cajal es una eminente autoridad en el campo de la Histología, particularmente del sistema nervioso, pero no tanto en el dominio de la bacteriología". RICO-AVELLO. *Historia de la sanidad española (1900-1925).* Madrid: E. JIMÉNEZ S.A.

contaminados; agua potable; desinfección concurrente durante el proceso y una racional desinfección final (Anexo 8).

El enfermo, el caso, la desinfección de sus ropas, vómitos y deyecciones son la clave de la prevención. Es el tiempo del contagionismo sobre el infeccionismo, sin percatarse todavía de la contaminación ambiental de ríos y aguas de abastecimiento que no se vuelve a recodar, ni siquiera el hervido, si bien ya en Altona (Alemania) en 1885 se había iniciado la desinfección del agua de bebida lo que en España de forma sistemática no se llegó hasta que se produjo la 7ª pandemia de cólera en 1971.

Nos queda por saber si la medicina en este fin de siglo había acertado con la rehidratación urgente del enfermo colérico o si los seguía manteniendo a dieta "seca". Este brote epidémico dio como balance 5.477 casos y 2.720 muertos, con una letalidad del 51,85% y se limitó al levante español (Valencia fundamentalmente, Castellón, Tarragona, Albacete, Cuenca, y Toledo)[41]. Se vislumbraba la era científica y las acciones técnicas efectivas. Las comisiones consultivas y los consejos asesores iniciaban su declive.

Tres años más tarde el doctor don Alejandro San Martín[42], siendo Inspector General de Sanidad realizó una memoria-informe al Ministro de la Gobernación sobre su actuación "in situ" de la epidemia de cólera que se había producido en Vizcaya durante el mes de agosto/septiembre de 1893, informe que mereció ser publicado en la Gaceta Oficial[43]. El informe abigarrado y elucubrativo al estilo de la época presenta ya conocimiento científico si bien con la confusión de los primeros momentos en los que se viene fijando la epidemiología de la enfermedad, en que el contagio directo no explica el curso de la epidemia. Ob-

[41] Gaceta de Madrid nº 304 de 20 de noviembre de 1890.

[42] Alejandro San Martín fue catedrático de Patología Quirúrgica en la Universidad Complutense. Nació en Larráinzar (Navarra) en 1847 y muere en Madrid en 1908. En su testamento manuscrito dictó sus últimas voluntades para que su cuerpo sirviera de enseñanza, ordenando que se realizara su autopsia y se utilizaran las piezas anatómicas para las cátedras de Anatomía e Histología. Se realizó la autopsia en el Aula Magna del Hospital de San Carlos por sus compañeros catedráticos, entre ellos su compañero navarro don Antonio Simonena y rodeado de sus alumnos.

[43] *Memoria del Inspector General de Sanidad don Alejandro San Martín sobre epidemia de cólera en Vizcaya en 1893.* Gaceta de Madrid nº 274. 1º de octubre de 1893.

serva a los lados de la ría del Nervión casos aislados difíciles de relacionar entre ellos, así como de determinar el origen, si marítimo o terrestre, de la epidemia. Distingue estos casos sueltos que son los más graves habitualmente mortales (los primeros casos siempre se diagnosticaban por fallecidos), de los otros que describe se han producido juntos en el barrio Zaballa de Baracaldo afectando al 17% de los 200 habitantes y con una mortalidad del 6% (12 casos). Conoce bien el origen bacteriano del vírgula colérico, y el bacteriólogo Mendoza aísla los gérmenes del cólera no sólo de la heces sino del medio ambiente en las tierras y en las aguas de la ría del Nervión y en los ríos Galindo y Cadagua; y deduce que si una de las fuentes que surte al barrio no estuviera cerrada el brote habría sido explosivo.

Refiere que en Hamburgo no sólo se ha aislado el germen colérico en las heces de los enfermos sino también en personas sanas y aunque no acuña el concepto y valor de los portadores cree que esto ocurre cuando los brotes son de varias personas y por eso son más benignos que cuando son casos aislados (¿quiere expresar que el pase del germen por varias personas se atenúa?). Achaca estas invasiones de barrio o poblaciones a que el germen está impregnando la tierra y de modo "indirecto" las aguas, y propone que las medidas a tomar son: la declaración de todos los casos por los médicos o sus familias; el aislamiento del enfermo, la desinfección de sus ropas "para proteger a las lavanderas". Establece tres ti-

D. Alejandro San Martín, nacido en Larráinzar (Valle de la Ulzama), Navarra. Fue catedrático de Patología Quirúrgica en la Universidad Complutense. Desempeñó, junto al asturiano Dr. Taboada, las primeras inspecciones generales de sanidad en 1892, siendo autor de un importante informe de medidas de actuación con bases científicas, en un brote de cólera en Vizcaya en 1893.

pos de desinfección de menos a más: la doméstica con sublimado corrosivo al 1 por mil y recomienda que el laboratorio municipal prepare paquetes con 100 gramos de cloruro mercúrico, y frascos con 500 gramos de ácido clorhídrico, y de 100 gramos con un colorante para que las familias hagan la mezcla en una bordelesa partida por la mitad y añadan 100 litros de agua; una segunda desinfección de la tierra, en donde "el virus criado se atenúa", con "cal viva despilfarrada sin tasa hasta dejar como nevada toda la extensión de terreno sospechoso"; y la más drástica el ácido fénico al 5%, para aquellos enseres que no resistan el sublimado corrosivo.

Estas propuestas nos dan noticia de los conocimientos en la transmisión de la enfermedad al final del siglo, combinando contagionismo e infeccionismo, pero la propuesta más original que contiene el informe es audaz, y consiste en lo que llama "el drenaje de la epidemia"; algo así como la derivación o evacuación de la enfermedad, lo que propone para "la próxima primavera". Consiste el drenaje de la epidemia, en evacuar a todos los enfermos a un hospital de barracones de unas 500 camas en un punto, no como los actuales que están junto a los ríos, sino en zona desértica, en donde debían ir los enfermos de todas las clases, aunque no duda en que haya diferentes tratos, según la clase social, e incluso hoteles donde fueran las familias acomodadas para el aislamiento absoluto. A la vez se realizaría la desinfección de la tierra con los métodos conocidos. Esta propuesta del "drenaje de la epidemia" no la hemos encontrado en el resto de la bibliografía decimonónica consultada.

Los subdelegados de sanidad (1847-1944)

La existencia de subdelegados de sanidad como órganos unipersonales para el ejercicio de la autoridad sanitaria en todo el territorio nacional fue el deseo de los higienistas de la época sin cuya figura resultaba muy difícil el ejercicio de la sanidad pública terrestre. La figura de los subdelegados de sanidad aparece de forma ocasional en el ámbito de la Junta Superior Gubernativa en 1816 o en el de la Academia de Medicina en 1830, pero no es hasta la organización de los años 1847 y 1848 cuando se les da un sentido de funcionarios con misiones concretas en dependencia técnica del Real Consejo de Sanidad, y política de los gobernadores de provincias y éstos a su vez del Gobierno Central.

Los subdelegados son por tanto la mínima estructura organizativa técnica en la periferia, que habían de hacer cumplir las disposiciones sanitarias.

Sin embargo, los deseos de quienes los propugnaban se vieron en buena medida frustrados en el Decreto de 1847. "Las subdelegaciones de sanidad e higiene pública (una en cada partidlo judicial) son la principal base de un buen arreglo sanitario. Los subdelegados, empero, deben ser verdaderas autoridades sanitarias de partido y tener una dotación fija y proporcionada. En el día no tienen más retribución que la eventual de una parte de las multas impuestas a los intrusos. "Esta retribución, empero, es imaginaria, no produce nada: no es retribución y si lo fuera, sería vergonzosa, inadmisible"[44].

Esta precaria situación hacía inoperante una efectiva intervención en salud pública. El mismo autor analiza la situación una vez "recreados" como subdelegados de la administración sanitaria en los siguientes términos: "Los subdelegados de partido existen ya creados; pero existen sin la autoridad que debieran tener, y sirviendo sin sueldo !!!!. Por éstas y otras causas, la policía médica y la higiene pública en general, están desatendidas. Y de este descuido no saldremos hasta que los subdelegados de partido (verdaderos comisarios de policía sanitaria) sean elevados a la esfera de autoridades administrativas especiales, dejando de ser simples médicos particulares con el mero honor, o más bien con la carga efectiva y los compromisos gratuitos de una subdelegación"[45].

Es cierto que España se adelantó a Inglaterra en hacer este arreglo de sanidad en cuatro años, ya que en 1851 creó la figura equivalente a los subdelegdos, los "inspectores médicos de higiene", si bien éstos eran profesionales con dedicacion exclusiva a la salud publica, sin ejercicio clínico, pagados por el estado con funciones y competencias en detectar, notificar y prevenir las causas de insalubridad que llegaron en 1875 a constituir un cuerpo de 1.400 higienistas activos dedicados a la higiene pública.

[44] P. F. Monlau *Elementos de higiene pública* Madrid: Imprenta y Esterotipia de M. Rivadeneyra, 1862, p. 1160.

[45] P. F. Monlau. Texto citado pág, 1187.

Esta situación se va a mantener todo el siglo XIX y una estructura organizativa y funcional no va a producirse hasta la Instrucción General de Sanidad de 1904 cuando al fin se crean las inspecciones provinciales de higiene servidas por médicos doctores, funcionarios del Estado, con acceso por oposición, a los que se supeditarían los Subdelegados preexistentes de las diferentes ramas sanitarias[46]. Contribuyó a la formación específica de estos inspectores funcionarios el Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII y a partir de 1924 la Escuela Nacional de Sanidad

Volvemos a los subdelegados en la centuria del siglo XIX y ya encontramos con esta denominación personas designadas por diferentes órganos de la sanidad para el desempeño de funciones limitadas y encargadas a las del propio órgano. Así, por R.O. de 1816 el Rey Fernando autorizaba a la Real Junta Superior Gubernativa de Cirugía para tener subdelegados suyos en los puntos que estimase conveniente.

Más tarde, en 1830, el reglamento de las academias de Medicina también prevé que para el desempeño de sus funciones, que había asumido competencias en materia de control de títulos y en materia de salubridad, pudieran tener subdelegados. El propio Monlau desempeñó esta función durante 2 años entre 1832 y 1834 "a entera satisfacción de la academia que me confirió aquel cargo". Esta experiencia le hizo defender la necesidad de que el cargo lo desempeñara "en cada partido (judicial) un funcionario especial, un médico que no haga otra cosa que ser subdelegado de sanidad y que sea retribuido su trabajo y recompensado su celo"[47]. Ya se veía la necesidad de consolidar esta figura vinculada a la organización administrativa (partidos judiciales) y no graciable ni honorífica.

[46] Artículo 48. Los inspectores provinciales serán nombrados mediante oposición pública directa, y a la cual no podrán ser admitidos sino doctores en Medicina y Cirugía que cuenten más de ocho años de ejercicio profesional. El programa de las oposiciones será redactado por una Comisión del Real Consejo y aprobado por él mismo y abarcará la prueba de todos los conocimientos teóricos y de las pericias prácticas de su facultad, que atañen al ministerio de cargo, más los necesarios para regir los servicios de Farmacia y Veterinaria, más los de legislación y administración sanitarias". Real Decreto e Instrucción General de Sanidad de 12 de enero de 1904". Era Ministro de la Gobernación don José Sánchez Guerra. *Tratado de sanidad* (Abella) Madrid: El Consultor de los ayuntamientos, 1914.

[47] P. F. Monlau. Obra citada.

Los subdelegados que actuaban en nombre de las reales academias tendrían un ámbito limitado, pero su actividad principal de control del intrusismo sin duda lo desempeñaban, y llegó el momento de comprender que debían ser, si no retribuidos, al menos recompensados; de tal modo que en 1846 se dictan dos RR. OO. que les recuerda. La primera para darles el derecho al 4% de las multas a los intrusos que ellos mismos hubieran denunciado, (siempre que se cobraran por supuesto); y la segunda les concedía franquicia gratuita de correos a los subdelegados de Medicina, Cirugía y Farmacia.

Ha de llegar el inicio de la organización de salud pública en 1847 cuando el Real Decreto Orgánico de Sanidad dedica el artículo 24 a los subdelegados: "Los subdelegados de medicina y cirugía y los de farmacia y veterinaria, seguirán desempeñando las atribuciones que les están señaladas por reglamentos y reales órdenes; pero dependerán inmediatamente del jefe político los de los distritos de la capital de cada provincia y su partido, y del presidente de la respectiva junta subalterna los que residan en los demás partidos, entendiéndose directamente con estas autoridades en todos los casos".

Se establece también (artículo 25) que el nombramiento de subdelegados se hará por los jefes políticos en tanto no se desarrolle el reglamento específico que llegaría al año siguiente, en 1848, sin cambiar el "estatus".

Se reconoce por tanto la preexistencia de subdelegados, pero va a ser a partir de la verdadera reforma de 1847 cuando los subdelegados van a ser el instrumento de una política y policía sanitaria única gubernativa. Es por ello que el nuevo reglamento de las academias de medicina de 1876 ya no prevé subdelegados de ella, sino que en el artículo 78 indica que: "los subdelegados de sanidad serán considerados como unos auxiliares de la academia en cuanto a epidemias, endemias y contagios, vacunación y demás concernientes a la higiene pública y a la policía médica".

Funciones de las subdelegaciones de sanidad del Reino

El objeto de las subdelegaciones queda perfilado en el artículo 1º: "Para vigilar y reclamar el cumplimiento de las leyes, ordenanzas, decretos, reglamentos, instrucciones y órdenes superiores relativos a todas las ramas de sanidad en que también está comprendido el ejercicio de

las profesiones médicas, el de la farmacia, el de la veterinaria, la elaboración, introducción, venta y aplicación de las sustancias que puedan usarse como medicina, o ser considerados como venenos, se establecerán en las provincias delegados especiales del Gobierno que se titularán subdelegados de sanidad".

A tal fin se establece por cada partido judicial subdelegados de medicina, farmacia y veterinaria. Van a ser nombrados por los jefes políticos provinciales oyendo previamente a la Junta Provincial de Sanidad debiendo tener la residencia en el partido judicial. Para la designación de estos primeros subdelegados de sanidad de carácter gubernativo se debía tener en cuenta "los que hubiesen servido con celo e inteligencia el cargo de subdelegado"; y salvado este derecho adquirido, la preferencia era para los académicos numerarios y luego los doctores en medicina o en farmacia; y en el caso de los veterinarios los de primera clase.

Las funciones y obligaciones serían las siguientes: 1º, velar incesantemente por el cumplimiento de las normas sanitarias; 2º, que nadie ejerza la ciencia de curar sin el correspondiente título; 3º, vigilar lo dispuesto en lo tocante a substancias o cuerpos medicamentosos o venenosos; 4º, denunciar a los jefes políticos y alcaldes de las contravenciones que notaran en el ramo de sanidad, así como en la observancia de los principios generales de higiene pública; 5º, examinar los títulos de los profesores en el ciencia de curar y horadar los de aquellos que fallecieran; 6º, formar listas generales de los profesores que ejerzan en sus distritos poniéndolos a disposición de jefes políticos y alcaldes; 7º, registrar todos los títulos; 8º, desempeñar comisiones y evacuar los informes que les soliciten los jefes políticos y alcaldes.

Los subdelegados de medicina asumían también el derecho de la inspección y la vigilancia del ejercicio de los médicos cirujanos, médicos, oculistas, dentistas, comadrones y parteras. Además debían dar parte estadístico de las enfermedades epidémicas, pidiendo los datos necesarios a los profesores de cualquier clase o categoría que ejercieran en poblaciones en epidemia; y finalmente examinar el estado de la propagación de la vacuna, procurando fomentarla, dando cuenta del estado de sus investigaciones.

Los subdelegados de farmacia además de las obligaciones generales del cargo asumían de manera específica: "la vigilancia del ejercicio de

los farmacéuticos, herbolarios, droguerías, especieros y cuantos ejerzan y ocupen con sustancias o cuerpos medicinales o venenosos; las visitas a las boticas nuevas, y las que estando cerradas vuelvan a abrir, dando cuenta de las faltas a la autoridad respectiva".

Los subdelegados de veterinaria ejercerán las funciones generales correspondientes a los veterinarios, albeiteros, herradores, castradores y otras personas que ejerzan la veterinaria; y darán cuenta de las epizootias exigiendo a los profesores en veterinaria los datos al respecto que conocieren.

Corresponde a estos subdelegados la instrucción de los expedientes o reclamaciones por infracciones, elevándolos con las pruebas, artículos conculcados y las sanciones que correspondan a la autoridad política; bien el jefe político de la provincia en los casos de la capital o los alcaldes presidentes de la Junta de Sanidad del partido o a los alcaldes correspondientes donde se produjera la intrusión. Conocidos los hechos por las juntas municipales y provinciales e informadas por éstas se remitirán al jefe político de la provincia para que proceda según corresponda.

El cargo de subdelegado ya hemos comentado que era honorífico y gratuito salvo el 4% de las multas a los intrusos, si bien el Real Decreto de 28 de julio de 1848 no olvida los "derechos y prerrogativas". Entre ellas el poder reunirse los de todas las facultades para hacer las reclamaciones de carácter general conjuntamente, cuando la autoridad directa no cumpliera su obligación en materia de policía sanitaria, esto es, en materia de salubridad o higiene pública.

Tenían los subdelegados la prerrogativa de ser autoridad inmediata sobre todos los profesores de su facultad en el distrito correspondiente, debiendo presidir los actos y reuniones siempre que no hubiera una autoridad superior con rango de "autóritas" de la organización sanitaria, de carácter profesional que no político. Estas "otras" autoridades lo eran: los vocales del Real Consejo de Sanidad y de Instrucción Pública; los de la Dirección General de Estudios; los ex-miembros de la Junta Suprema de Sanidad, de la Superior Gubernativa de Medicina, Cirugía y Farmacia (que ya habían sido derogadas); los médicos de cámara de S.M.; los catedráticos académicos de número de las academias de ciencias o de medicina; y finalmente los vocales de las juntas provinciales de sanidad. Se comprueba que los subdelegados además de no tener beneficio, eran el último rango en autoridad sanitaria.

Se les concedía el honor de ser socios "agregados" de las academias mientras ejercieran donde las hubiera. Sólo les quedaba la autoridad de pedir los títulos, anotarlos y denunciar a quien ejerciera sin título para poder proponer la multa y así cobrar la parte correspondiente de la misma cuando recayera la pena y se cobrara ésta.

Esta disposición va a sobrevivir todo el siglo XIX, consolidada en la Ley Orgánica de Sanidad de 1855 que precisa: "el nombramiento de los Subdelegados pertenece a los gobernadores civiles a propuesta de la Junta de Sanidad" que se haría según una escala de reglamento que nunca se publicó, por lo que se mantuvo el de 1848, que a su vez sobrepasó incluso la "Instrucción General de Sanidad " de 1904.

La figura de los subdelegados sobrevivió el siglo XX hasta la Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944, si bien la figura de los inspectores provinciales de higiene de carrera y por oposición dotó de una organización más jerárquica y profesionalizada con autoridad sobre los subdelegados que consiguieran sobrevivir.

Los subdelegados fueron una figura muy útil, de tal modo que los jefes políticos solicitaban mayor número de ellos, pero se les denegaba a pesar de no tener coste. Todos los profesionales les estaban sometidos, incluso los médicos castrenses, que si ejercían además la profesión civilmente, estaban obligados también a presentar el título y a estar bajo la autoridad del subdelegado (R.O. septiembre de 1859). Así mismo se autorizó que a falta de profesores en veterinaria pudieran ser subdelegados los albéitares y los herradores (R.O. febrero de 1850).

Se determinó la compatibilidad de subdelegado y vocal de las juntas de sanidad; el derecho a dietas en las visitas oficiales por orden del Gobernador; y que la propuesta de nombramiento de las juntas provinciales a los gobernadores era preferente a la escala del reglamento de 1848 (R.O. octubre de 1860).

Dentro de las prerrogativas y derechos se encontraba la de "usar un distintivo consistente en una medalla circular de oro de 15 mm de diámetro con las armas de España en el anverso y el título del cargo en el reverso, que va pendiente en ojal del frac o levita por medio de una cinta de color amarillo, morado, o amarillo con lista negra en ambos lados según corresponda a la profesión de medicina, farmacia o veterinaria,

cuyo coste será por cuenta de los interesados" (R.O. de 4 de junio de 1881). Por otro lado recibirán gratis el Boletín Oficial de la provincia.

Todo evidencia la utilidad y necesidad de tales cargos y la profusa normativa sobre acceso, provisión y compatibilidades en el ejercicio del cargo, prueba evidente de la demanda de acceso al mismo. Es posible que por su prestigio social atrajeran clientela privada en su ejercicio profesional.

En esta instrucción se introducen las "retribuciones" que siguieron ficticias ya que se extendían a los "derechos de revisión, de aperturas de farmacia, de dietas, etc. cuando estos derechos estuvieran establecidos". En 1909 dejaron de percibir el enojoso estipendio de las multas.

La Dirección General de Sanidad

En los tratados de sanidad del siglo XIX y comienzo del XX, entre ellos, en el fundamental de Pedro Felipe Monlau, en el de Juan Giné y Partagas[48], en el de su corrector don Rafael Rodríguez Méndez[49] y en el de don Pedro Abella, no se presta atención o consideración alguna a la Dirección General de Sanidad. Sin duda, los higienistas del siglo XIX prestan más atención a las bases teóricas de lo que hay que hacer (higiene pública) y a lo que de hecho se hace (legislación), que al órgano administrativo encargado de aplicar y administrar las propuestas técnicas y de redactar y aplicar las medidas normativas. A la unidad administrativa no le dan relevancia, sin duda por el pensamiento liberal del siglo, que plantean la verdadera y eficaz intervención desde los poderes públicos; si bien son éstos quienes deben de actuar con intervención de órganos unipersonales de la autoridad sanitaria: los gobernadores civiles y los alcaldes. La escasa atención a las unidades administrativas no obsta para que deseen disponer de funcionarios bien pagados dedicados a la higiene pública como técnicos sanitarios del Estado.

Giné y Partagas con Rodríguez Méndez en la Sección I de su *Tratado de Higiene Pública* la citan de corrido como un órgano que tiene "limitadas sus atribuciones y facultades, a la de cuerpo puramente consultivo, a diferencia de otros países que tenían preparada una verdade-

[48] Ver Anexo 20. Resumen biográfico de Juan Giné y Partagás.
[49] Ver Anexo 20. Resumen biográfico de Rafael Rodríguez Méndez.

ra administración sanitaria; e Inglaterra dispone del *General Board of Health,* dotado de iniciativa casi ilimitada para proceder a la inspección sanitaria de las poblaciones y dictar desde luego, medidas que después se someten a la sanción del Parlamento"[50].

Para Monlau, la Dirección General no merece ninguna referencia como tampoco los responsables políticos ni técnicos de la incipiente administración sanitaria, que sale a la luz por primera vez en el Real Decreto Orgánico de 17 de marzo de 1847: "Artículo 3º. La Dirección General de Sanidad residirá en el Ministerio de la Gobernación del Reino". Ya no se vuelve a saber más de ella hasta la Ley Orgánica de Sanidad de 1855: "Capítulo Primero. Del Gobierno Superior de la Sanidad. Artículo 1º. La Dirección General de Sanidad reside en el Ministerio de la Gobernación".

Estas vicisitudes fueron acompañadas de su escasa relevancia, ya que los asuntos de la sanidad se embutían en una Dirección General que era competente a la vez en otros ramos. En 1847 se llamó Dirección General de Beneficencia, Corrección y Sanidad; Dirección General de Beneficencia en 1852, pasando la sanidad a ser un negociado de la Sección de Ramos Especiales, dependiendo de la Subsecretaría del Ministerio del Interior; en julio de 1853 se recupera como Dirección General de Beneficencia y Sanidad; en octubre de 1853 Dirección General de Establecimientos Penales Beneficencia y Sanidad; en 1855 Dirección General de Sanidad por sí sola; en junio de 1856 se denominó Dirección General de Beneficencia y policía sanitaria.

Fue suprimida en 1857 pasando de nuevo a ser una sección, volviendo a restablecerse como Dirección General de Beneficencia y Sanidad en 1858. En 1865, en la 3ª epidemia de cólera se crea por independiente la Dirección General de Sanidad, pero de nuevo fue suprimida en julio de 1868, pasando sus asuntos a la Dirección General de Administración. En octubre del mismo año se restablece como Dirección General de Beneficencia, Sanidad y Establecimientos penales, hasta su supresión en 1873, pasando el ramo a depender de la Secretaría General del Ministerio, pero a denominarse Dirección General de Beneficencia y Sanidad.

En 1892 de nuevo fue suprimida, por R. O. de 20 de diciembre siendo en parte sustituidas sus funciones por inspectores generales de sanidad

[50] P. F. Monlau. Obra citada pág. 1154.

de carácter más técnico, pero siete años después, en 1899, el presidente Dato vuelve a restablecer la Dirección General de Sanidad, poniendo al frente por primera vez a un sanitario, el doctor Carlos Mª Cortezo y Prieto, y a partir de entonces los responsables fueron higienistas renombrados, una vez que la higiene pública tenía algo que decir y que actuar con eficacia. El doctor Cortezo cesó al año siguiente, pero volvió al cargo entre 1902 y 1904 siendo el promotor de la Instrucción General de Sanidad de 1904, en la que se autoinmoló como Director General, por creer más útil la profesionalización de los inspectores generales de sanidad exterior e interior.

Carlos María Cortezo y Prieto de Orche (1850-1933). Sanitario y político entre los siglos XIX y XX, fue el primer médico que ocupó la Dirección General de Sanidad. Impulsó importantes reformas sanitarias en base al higienismo científico. Dio origen a la creación de los inspectores generales de sanidad (1892); a la creación del Instituto de Salud Alfonso XIII (1899); a la implantación obligatoria de la vacunación antivariólica (1903); a la promulgación de la Instrucción General de Sanidad (1904), y a la creación del cuerpo de sanitarios rurales (1904), favoreciendo la creación de los colegios profesionales (1898).

Hay que esperar a 1922 para la restauración definitiva de la Dirección General de Sanidad, que pervivió hasta 1977 cuando la función pública de la sanidad del Estado pasa a rango de Ministerio de Sanidad y Seguridad Social y asumidas parcialmente sus funciones en las sucesivas direcciones generales de salud pública.

Si bien la Dirección General de Sanidad estaba supeditada a los informes y consejos de las academias y del Real Consejo de Sanidad debemos considerar en su haber, la tramitación documental de las medidas que habían de convertirse en instrucciones, reglamentos, decretos y órdenes reales en los asuntos del ramo a través de los gobiernos correspondientes. Interés especial tienen aquellas referentes de la lucha contra la viruela; al respecto la creación del primer organismo técnico, el Instituto Nacional de la Vacuna creado por Real Decreto de 24 de julio de 1871, siendo Director General de Beneficencia y Sanidad y Establecimientos Penales, don José Peris y Valero, Jefe de Gobierno don Manuel Ruiz Zorrilla durante el reinado de Amadeo I de Saboya; así como su reglamento de organización y funcionamiento –¡cuatro años más tarde!– por Real Orden de 17 de abril de 1875, siendo Director General don Salvador López Guijarro, y Jefe de Gobierno don Antonio Canovas en la recién restaurada monarquía borbónica.

Amadeo I de Saboya. Rey efímero que quiso establecer medidas progresistas. Bajo su mandato se creo el Instituto Nacional de la Vacuna que se desarrolló 5 años después.

En 1894 otro impulso por desarrollar centros técnicos nacionales según las exigencias científicas, fue la creación del Centro Nacional de Bacteriología e Higiene en un momento en que la Dirección General había sido sustituida por dos inspecciones generales asumidas por los doctores Taboada y San Martín.

El carácter técnico del doctor Cortezo, en la reciente reinstaurada Dirección General de Sanidad bajo el mandato de Dato como Jefe de Gobierno y con el fin de acompasarse con los tiempos, dio lugar a la fundación en 1899 del Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología "que se denominará Instituto Alfonso XIII". A este mismo Director General se debió el Real Decreto de 15 de enero de 1903, por el que se hizo obligatoria la vacunación antivariólica a la población civil antes de los dos años y la revacunación en los jóvenes de 10 a 20 años. La milicia se había adelantado treinta y cinco años, ya que por Real Orden de 15 de enero de 1868 se establecieron obligatorias en el ejército la vacunación y revacunación en la tropa.

Las juntas provinciales y municipales de sanidad
Evolución de su desarrollo

Uno de los órganos más característicos de la administración sanitaria del siglo XIX fueron las juntas de sanidad en sus diferentes modalidades: juntas superiores gubernativas de medicina, cirugía y farmacia; Junta Suprema de Sanidad; Consejo de Sanidad del Reino que sustituyó a las anteriores y que no dejaba de ser una junta que reunía lo más entendido del ramo político-administrativo de la sanidad o salud pública. Pero las juntas de sanidad por antonomasia lo fueron las provinciales y municipales, y la modalidad de las del litoral, que de una u otra manera sobrevivieron hasta la Ley General de Sanidad de 1944, desde entonces llamados consejos provinciales y municipales de sanidad, si bien fueron inoperantes hasta su desaparición en 1986.

Conocer sus orígenes resulta más confuso, pero es probable que existieran de manera desordenada y ocasional en el territorio nacional, sin un decidido carácter organizativo general, y desde luego en aquellos

territorios del litoral, en donde el riesgo de importación de enfermedades epidémicas, también llamadas exóticas, era mayor.

A tal efecto se tiene noticia de que desde el principio del siglo XV había en Palma de Mallorca un médico "morbero", y en 1475, éste con otras siete personas formaron la primera "Morbería" o Junta de Sanidad exterior o del litoral en España. La singularidad de éstas se va a mantener reguladas conjuntamente con las juntas del interior, pero van a permanecer con actividad y composición diferenciadas, con normas que las excepcionaban, tanto en atribuciones como en su número y cualificación de sus componentes. La epidemia de peste bubonica de 1720 que fue origen de la Junta Suprema también lo fue para las juntas municipales que perdieron virtualidad una vez pasado el peligro sin perjuicio del mantenimiento en los puertos.

En el año 1805 el Rey Carlos IV suprime el Protomedicato y la Junta Suprema, y también el 13 de marzo, todas las demás juntas de sanidad preexistentes, pasando el ramo a depender de los capitanes generales, siendo posible sin embargo, que alguna de las juntas se mantuviera como asesora sobre todo en los puertos.

Las juntas provinciales y municipales como órganos de un Gobierno General de la nación nacen luego bajo las órdenes del jefe político por Orden de 13 de junio de 1813 dado por las Cortes de Cádiz, disponiéndolas en todos los municipios de los pueblos además de en cada provincia, en la "Instrucción para el gobierno político y económico de las provincias", debiendo cesar otras que hubiera con anterioridad como la de sanidad marítima del puerto de Cádiz (R.O. de noviembre de 1813). Esta junta tuvo retenidos a los constituyentes en la isla del León en cuarentena durante la epidemia de fiebre amarilla. ¿Ello motivó su disolución?

En la indicada Instrucción de las Cortes de Cádiz prescribe que "Las diputaciones auxilien al Jefe político de las provinciales y que en materia de epidemias y contagios existirá una Junta de Sanidad en cada provincia compuesta del jefe político, del intendente, del reverendo obispo o su vicario general y en ausencia de ambos de uno de los párrocos del pueblo prefiriendo el más antiguo, de un individuo de la diputación y del número de facultativos y vecinos que ésta estime.

Las juntas municipales se prevén como ocasionales cuando hubiere amenaza de epidemias, a pesar de la encomienda a los ayuntamientos de la policía de salubridad por la propia constitución; junta que debería en tales casos estar "compuesta del alcalde primero o quien sus veces haga, del cura párroco más antiguo, donde hubiera más de uno, de uno o más regidores y de uno o más vecinos según la extensión de la población y de las ocupaciones que ocurran".

Ambos textos permiten imaginar la situación de la época en la que los facultativos médicos, cirujanos y farmacéuticos no eran llamados a formar parte de ellas. Por un lado por su ineficacia, y por otro por el concepto de que las epidemias no eran asuntos de contagios sino de constituciones de los pueblos en la que poco podrían los médicos hacer, y mejor sería tener en cuenta aplicar la salubridad (que tampoco era oficio de médicos) por las fuerzas "vivas" de la provincia o del pueblo; y podríamos también ironizar que las epidemias eran más asuntos de muertos (incluido los enterramientos y volteo de campanas), esto es, de los curas párrocos, médicos del alma, que de los médicos del cuerpo. Tanto en este proceso constitucional y en cierto modo revolucionario, como luego en el trienio liberal, las autoridades contaban con los clérigos para estos asuntos más sociales que sanitarios.

Esta "Instrucción para el gobierno político y económico de las provincias" desarrolla las obligaciones municipales en materia de policía de comodidad y salubridad enunciadas en la Constitución de 1812 y establece que en caso de epidemias, "el jefe político de acuerdo con la Junta de Sanidad y aún de las diputaciones provinciales tomará todas las medidas convenientes para atajar el mal y procurar los oportunos auxilios". El jefe político a su vez lo comunicará al gobierno y "le instruirá de lo que los facultativos de la Junta Provincial de Sanidad opinasen"[51].

En el período del trienio liberal en el que se recuperan conceptos y estructuras de las Cortes de Cádiz, la sanidad permanece dependiendo de los capitanes generales, pero aparece la figura de la Junta Superior de

[51] Muñoz Machado S. Obra citada. pág 74.

Sanidad en los territorios dependientes de éstos además de las provinciales y municipales, Junta Superior que quedaba supeditada a la Junta Suprema de Sanidad la cual había sido recuperada por la Junta Nacional de 1809, cuando esta última asume el Gobierno de la España no invadida, después del vacío de poder originado por la abdicación de Carlos IV y la huída y abandono del país de la Familia Real. Ante la amenaza de la fiebre amarilla ya hemos visto las medidas que esta junta adoptó en Navarra (Anexo 3).

En esta relación de juntas creadas pero escasamente desarrolladas o implantadas, debemos hacer referencia también a las que crea el reglamento de academias de 1830 cuyo capítulo X lo dedica a la creación de juntas provinciales y municipales compuestas por académicos en donde existieran academias compuestas de socios numerarios para asesorar en materia de salubridad, ya que las academias habían asumido competencias en ello.

En septiembre de 1833 se reforma y a la vez se consolida esta organización dada su escasa utilidad o funcionamiento hasta el momento, cuando ha estallado el cólera morbo en el mes de agosto se ordena por R.O. de 25 de agosto, cuando el periodo absolutista toca a su fin, que se establezcan una Junta Superior de Sanidad en cada Capitanía General; una junta provincial; una por partido judicial y otra municipal. Estas juntas coexistían con la Junta Suprema de Sanidad, las juntas superiores gubernativas de medicina, cirugía y farmacia y con los subdelegados de las academias de medicina.

Iniciada la regencia de doña Cristina, tutelada por el general liberal don Baldomero Espartero, se produce una profunda modificación por R.O. de 27 de marzo de 1834 por la que las juntas de sanidad son derogadas y pasan las funciones a ser de los ayuntamientos, bajo la dependencia de los gobernadores civiles (subdelegados de Fomento). Sólo se excepcionan las juntas provinciales de las provincias del litoral y de las fronteras. Las juntas superiores de sanidad que dependían de los capitanes generales allí donde hubiera, se transforman también en juntas provinciales por R.O. de 28 de agosto de 1834. Se ordena la composición de las juntas provinciales que subsisten y de las municipales, con lo que se les da una organización homogénea y jerárquica de la autoridad civil, y en su caso militar. En los municipios, la junta sería presidida por el alcalde y compuesta

por un jefe militar, un eclesiástico, un concejal, un procurador síndico, un vocal de la junta de comercio o un comerciante, un hacendado y uno o más facultativos del arte de curar. El secretario de las juntas provinciales sería el de los gobiernos civiles (R.O. de octubre 1835).

Hay que tener en cuenta para comprender este ordenamiento que son tiempos de cólera y a la vez constitucionales en los que los ayuntamientos asumen competencias de salubridad de asistencia domiciliaras por lo que requieren a este específico órgano de apoyo asesor, y en fin, se recupera de nuevo el Decreto de las Cortes de 13 de junio de 1813.

La eficacia de estas juntas de sanidad en los años siguientes sería muy dudosa y sobre todo las provinciales y municipales y su autoridad difícil de aplicar como puede deducirse de la resolución de la Junta de Sanidad de Estella sobre la instalación de una casa espurgo en la ermita de Rocamador a causa del cólera morbo en 1834 que obtuvo la oposición del vicario de San Pedro[52] (Arch. Parr. S. Pedro de Estella caja 47 bis).

En agosto de 1834 con motivo de la epidemia de cólera vemos actuar a la Junta Provincial de Navarra (que se mantenía por ser sede de Capitanía General), cuantas medidas la ciencia y el sentido común eran a su alcance dirigidas a los facultativos y a la población en los siguientes términos[53]:

Junta Provincial de Sanidad de Navarra

Dedicada la Junta a evitar por todos los medios que estén a su alcance la introducción y propagación en este Reino de la enfermedad que aflige a otras provincias de la Monarquía, y convencida de que la imprevisión y la falta de preparativos han causado en varios pueblos mayores males que la misma enfermedad, cree de su deber dictar algunas providencias que al paso que alejen tales inconvenientes de esta capital, donde felizmente se disfruta de la mejor salud, proporcione los datos necesarios para obrar con celeridad y acierto en el caso de que se extienda a ella aquel azote. Así pues, se observarán y cum-

[52] Archivo parroquial de san Pedro de Estella. Caja 47 bis.
[53] Boletín extraordinario de Pamplona. Viernes 8 de agosto de 1834. Suplemento.

plirán breve y exactasmente por las personas a quienes incumben los artículos siguientes:

1º Todos los Médicos, Cirujanos y Farmacéuticos residentes en esta capital presentarán en la Secretaría de esta Junta sita en la casa núm. 8 de la Plaza del Castillo, en el preciso término de cuatro días una razón expresiva de la calle, casa y habitación que ocupen, expresando si están encargados del servicio, o asistencia de algun establecimiento particular, como hospitales, hospicios, comunidades, etc.

2º La obligación impuesta a los Farmacéuticos comprende aun a los que no tengan botica o despacho abierto.

3º Los concursantes de las tres facultades expresadas deberán dar igual noticia que la que se exige a los profesores en el artículo 1º especificando los años de estudio de su respectiva carrera.

4º Todos los médicos y Cirujanos estarán obligados desde la publicación de estas providencias a dar por medio de la misma Secretaría una noticia de los enfermos que residen mal alojados para que se les traslade al hospital.

5º Tambien deberán dar un parte diario de todos los enfermos a que asistan, expresando las enfermedades que padezcan, su marcha y resultados, comprendiendo en el primero los que hayan asistido desde el día 1º del mes actual.

6º El parte o aviso de que se hace mención en el artículo precedente deberá darse instantáneamente en el caso en que la enfermedad presente un carácter sospechoso de ser epidémica, o contagiosa.

7º La menor omisión o tardanza en el cumplimiento de las providencias anteriores se considerará como una infracción de las leyes sanitarias, y el infractor quedará sujeto a las multas y penas que las mismas señalan.

Pamplona 7 de agosto de 1834.= El Presidente de la Junta.= El Conde de Armildez de Toledo.

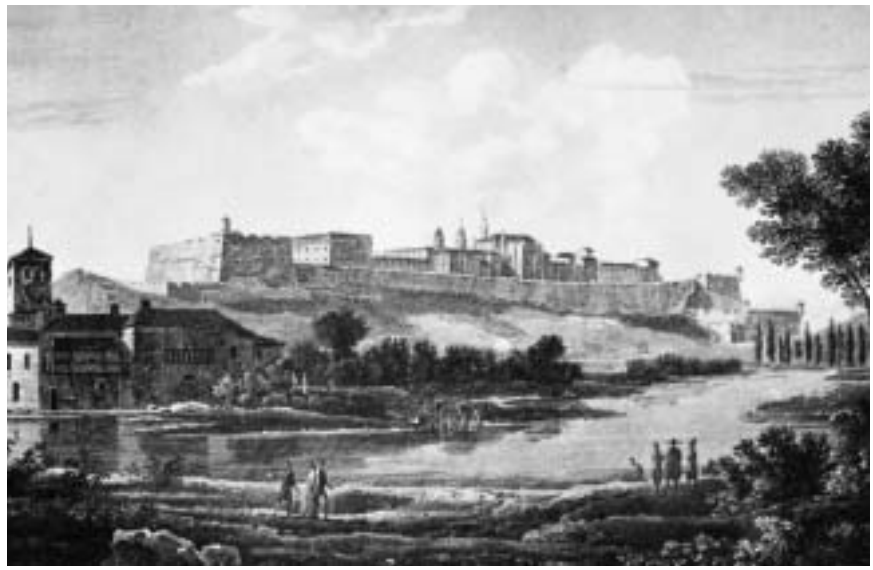
La misma Junta Provincial de sanidad ha dirigido al ayuntamiento de esta capital y mandado también insertar en el Boletín oficial el siguiente bando.

La Junta Provincial de Sanidad de Navarra ha acordado que se publiquen y observen las disposiciones siguientes

1º Que todo vecino o habitante haga barrer todos los días la calle correspondiente a su casa o pertenencia, poniendo la basura en montones en la loseta central para cuando pasen los carros basureros.
2º Que igualmente tengan muy limpios los patios, sótanos y caballerizas sin formar en ellas estercoleros estables.
3º Que nadie arroje a las calles ni plazas a ninguna hora del día ni de la noche agua u otro objeto sucio ni limpio, ni dejen la basura de las casas en la calle desde la noche anterior, debiendo dejarla poco antes de pasar los carros de la limpieza, o entregarla a ellos al mismo tiempo de su paso.
4º Que ninguna persona de ninguna edad ni clase se ensucie en punto alguno de las casas o plazas.
5º Que nadie sacuda por las ventanas ni balcones esteras, felpudos, ni ropas de ninguna clase.
6º Que no se saquen a las calles, plazas, ni parajes públicos escombros de obras ni otra clase, los cuales deberán llevarse al sitio demarcado al efecto extramuros de la ciudad.
7º Que nadie tape o ensucie los caños de las fuentes ni obstruya ninguno de sus conductos, ni lave, ni friegue, ni arene objeto alguno en sus pilas, ni vierta ninguna clase de sobras en sus canales ni sumideros.
8º Que no se jabone, ni lave, ni friegue en los abrevaderos destinados a dar de beber a las caballerías, ni se obstruya ninguno de sus conductos.
9º Que nadie crie ni engorde cerdos en cuadras, ni patios intramuros.
10º Que por ningún título se tengan dentro de la ciudad cueros en infusión de tano, ni otra fabricación semejante que exale fetidez.
11º Que nadie tenga federales próximos a las salidas de las puertas de la ciudad, ni mucho menos en ningun punto intramuros.
12º Que todo perro de cualquiera clase que fuere hallado en las calles, plazas o paseos, pasadas las diez de la noche se mate por los serenos u otras personas que se encargaren al efecto, sin que nadie pueda reclamar esta medida desde el tercero día de la publicación de este bando.

13º Que todo vecino cuide de tener limpio y corriente el meadero que hubiere en el portal de su casa, sin que haya en el orines estancados ni otro objeto inmundo; echando diariamente agua para su sumidero.
14º Queda suspendida por ahora la obligación de regar, y antes bien se encarga y manda no regar las calles a ninguna hora del día ni de la noche.
15º Que no se permita que en las tabernas se detengan los concurrentes más tiempo que el necesario para comprar.
Pamplona 7 de agosto de 1834.= El Presidente de la Junta = L. El Conde de Armildez de Toledo.

En 1837 se ordena que en las capitales de provincia marítima exista una única Junta de Sanidad en la que hayan de estar presentes los representantes de los ayuntamientos. A su vez se recuperan las juntas municipales de sanidad, como órgano asesor de aquellos para mejor ejercer sus competencias que habían sido suprimidas 3 años antes.



Primera vista de Pamplona de la ciudad amurallada hacia 1823-1824 desde el río Arga. En primer plano, el Molino de Caparroso; sobre él a la derecha en la muralla, el Baluarte de Labrit (de Albret), y al otro extremo el Baluarte del Redín (de los canónigos). En perfil el palacio episcopal y la catedral. Litografía francesa de Le Jeune, realizada por Gossard.

Con estos precedentes se alcanza el momento en el que se establecen las reformas de la sanidad en el Real Decreto de 1847, dotando al país de esta célula de manera homogénea, estable, y de carácter consultivo, al servicio de la autoridad jerárquica política, bien el gobernador o el alcalde. El Real Decreto se extiende (artículos 14 a 22) a regular estas juntas: una en cada provincia, presidida y a las órdenes de los gobernadores o jefe políticos, incluidas las provincias marítimas en la que se integra la del municipio con la de la capital; subsisten juntas de sanidad en los puertos que no fueran capital de provincia, denominándose Junta de Sanidad de Partido en el puerto que fuera partido judicial; otra junta de sanidad en cada partido, y juntas municipales en los puertos que no fueran partido judicial. Las juntas están supeditadas a los jefes políticos y a su vez los vocales también dependen de la autoridad política: son nombrados por el ministro a propuesta del jefe político y éste designa a los de las juntas de distrito y de municipio; se les reconoce categoría de jefes de la Administración al cumplir 3 años en el cargo, pero se mantienen como "cargos honoríficos y gratuitos". No obstante, el Real Decreto nos descubre que los vocales de las juntas de los puertos de mar (facultativos y secretarios) venían percibiendo sueldo que se les mantiene hasta "mejor" momento. Ello pone en evidencia que la inspección de barcos y mercancías procuraba trabajo e ingresos a las juntas de los puertos, tal como años antes una R.O. de noviembre de 1838 disponía que la recaudación de un arbitrio del "medio por ciento" (0,5%) se realice por los empleados del ramo de la sanidad.

A partir de que se produce la centralización y estatalización de la función de la sanidad, las juntas de sanidad van a constituir la base de la organización de la salud pública, supeditada en sus funciones asesoras a las directrices del Consejo de Sanidad del Reino recién creado, y en lo administrativo al jefe político.

La Dirección General de Sanidad como órgano superior de la administración actuará por la vía de los gobernadores, y los subdelegados serán brazos ejecutivos del gobernador, pero acogidos en el seno de las juntas de sanidad provincial de distrito y en su caso municipal, cargo honorífico y consultivo. Esta endeble estructura tiene que abordar los retos de la salud pública.

El ejercicio profesional de los médicos, boticarios y veterinarios está en estos momentos de mediados del siglo, bajo la observancia de los subdelegados, si bien el desarrollo de la asistencia de la hospitalidad domiciliaria va a incorporarse a las actividades de las juntas provinciales en breve plazo.

Los higienistas de la época reciben la incipiente organización de 1847 de manera satisfactoria por la consolidación del ramo de la sanidad pública como función del Estado, pero con la decepción de no ver surgir los deseados funcionarios públicos profesionales con dedicación y retribuidos. P. F. Monlau se expresa en los siguientes términos:

> *"Estas juntas son, respecto de los gobernadores de las provincias y de las autoridades locales de los pueblos, lo que el Consejo de sanidad respecto del Gobierno Central o Supremo. Estos cuerpos consultivos podrían prestar grandes servicios, si tuviesen un jefe especial técnico, y si sus individuos fuesen retribuidos con una leve remuneración siquiera con un módico tanto por cada sesión a que asistiesen. 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. De este defecto se resienten varias juntas de sanidad del litoral"*[54].

Organización

La organización de la Junta Provincial de Sanidad se establece en el Real Decreto orgánico de 17 de marzo de 1847 y el reglamento por R.O. de 26 de marzo de 1847, pero la Ley General de Sanidad de 1855

[54] P. F. Monlau. Obra citada pág. 1247.

la amplía y precisa mejor, permaneciendo casi invariable a lo largo del siglo. Las juntas de distrito tuvieron escasa vigencia ya que olvidadas en el Real Decreto de 1847 son definitivamente excluidas en la referida ley de sanidad. Mientras tanto subsistían por su importancia y su constante actividad en la navegación, las juntas provinciales de puertos, pero van a ser las juntas provinciales y las municipales las que dan carácter y soporte a la administración de la sanidad interior.

La Junta Provincial de Sanidad se componía del gobernador civil o jefe político de la provincia como presidente; de un diputado provincial como vicepresidente; del alcalde de la capital; de un arquitecto o ingeniero civil; de dos profesores de la facultad de medicina, dos de farmacia, y uno de cirugía; de un veterinario; y tres vecinos en representación de la propiedad, del comercio y de la industria. El secretario era uno de los vocales retribuido con 3.000 reales. A este núcleo se incorporaban otros vocales natos en las juntas que coincidían con los puertos (la autoridad marítima), y el subdelegado más antiguo de las capitales de provincia.

"Por Real Orden de 18 de enero de 1849 se crearon las juntas municipales de sanidad permanentes en toda España y dentro de ellas una comisaría permanente de salubridad con el encargo de vigilar y proponer medidas para evitar males de salud pública"[55] (Las juntas municipales también se ordenan en la Ley General de Sanidad: el presidente será el alcalde acompañado de profesores de la Facultad de Farmacia, Medicina, de Cirugía (si lo hubiese en el municipio) y un veterinario. También se incorporaban tres vecinos. La Ley de Sanidad promete un reglamento de ambas juntas teniendo en cuenta las competencias y leyes orgánicas de ayuntamientos y diputaciones pero no llegaron a desarrollarse por lo que el funcionamiento de las juntas provinciales sería el del reglamento preexistente de 26 de marzo de 1847 con modificaciones puntuales que requerían las circunstancias; entre ellas la obligación de las reuniones bienales (R.O. de 6 de junio de 1860), y la incorporación de vocales natos, el jefe de sanidad militar y según los casos autoridades militares. (R. O. sobre juntas provinciales de salidad 1887).

[55] E. Rodríguez Ocaña. *Mateo Seoane y la Salud Pública.* Perfiles www.fcs.es

Competencias y atribuciones

Las competencias que se confieren a las juntas de sanidad son: dar dictamen cuando les consulte el jefe político sobre cualquier tema del ramo de la sanidad; presentar por sí mismas las propuestas convenientes para mejorar la salubridad de la provincia; preservarlas de los males contagiosos, epidémicos y endémicos; mejorar y perfeccionar el servicio del ejercicio de la medicina, cirugía, farmacia y veterinaria; y reprimir las infracciones a las leyes y normas sobre el ejercicio profesional y sobre la venta de productos, substancias y cuerpos de cualquier tipo que pueden perjudicar la salud pública.

Constituye todo un programa de protección de la salud, limitado por los conocimientos, recursos y capacidad de obrar, cuya ejecución queda en manos de la autoridad política, adoleciendo de una estructura técnica y organizativa. El reglamento especifica también en los casos en que la consulta sería preceptiva.

La Junta se organizaba en dos secciones: la de asuntos o negocios médicos entendería de todo lo relativo a las profesiones de curar, sobre el intrusismo y los informes de la capacidad y méritos de los profesionales para ocupar los puestos de titulares municipales o de subdelegados; otra sección se ocupaba de los asuntos de salubridad, higiene pública, medidas en epidemias, cementerios y cuantos temas repercutan en la salud de los ciudadanos; además de ellas se podían organizar comisiones especiales para temas concretos. En unas y otras el jefe político distribuía las responsabilidades pudiendo contar con miembros no vocales de la junta como eran académicos, subdelegados y otros cualificados. Por otro lado la junta era el lugar donde las juntas de partido, los médicos profesionales, ayuntamientos podían acudir en consulta, para aclaraciones o en conflictos de carácter reglamentario. Existía un régimen de garantía democrática en la adopción de acuerdos y propuestas, pero no eran obligatorios para la decisión del gobernador o jefe político de una organización centralizada, llevando el secretario un libro de actas de los acuerdos y deliberaciones.

Una tarea ocasional de los vocales de la junta provincial era hacer visitas que deducían informes a petición del gobernador o de la junta, a través de comisionados para lo que se arbitraban las dietas correspondientes.

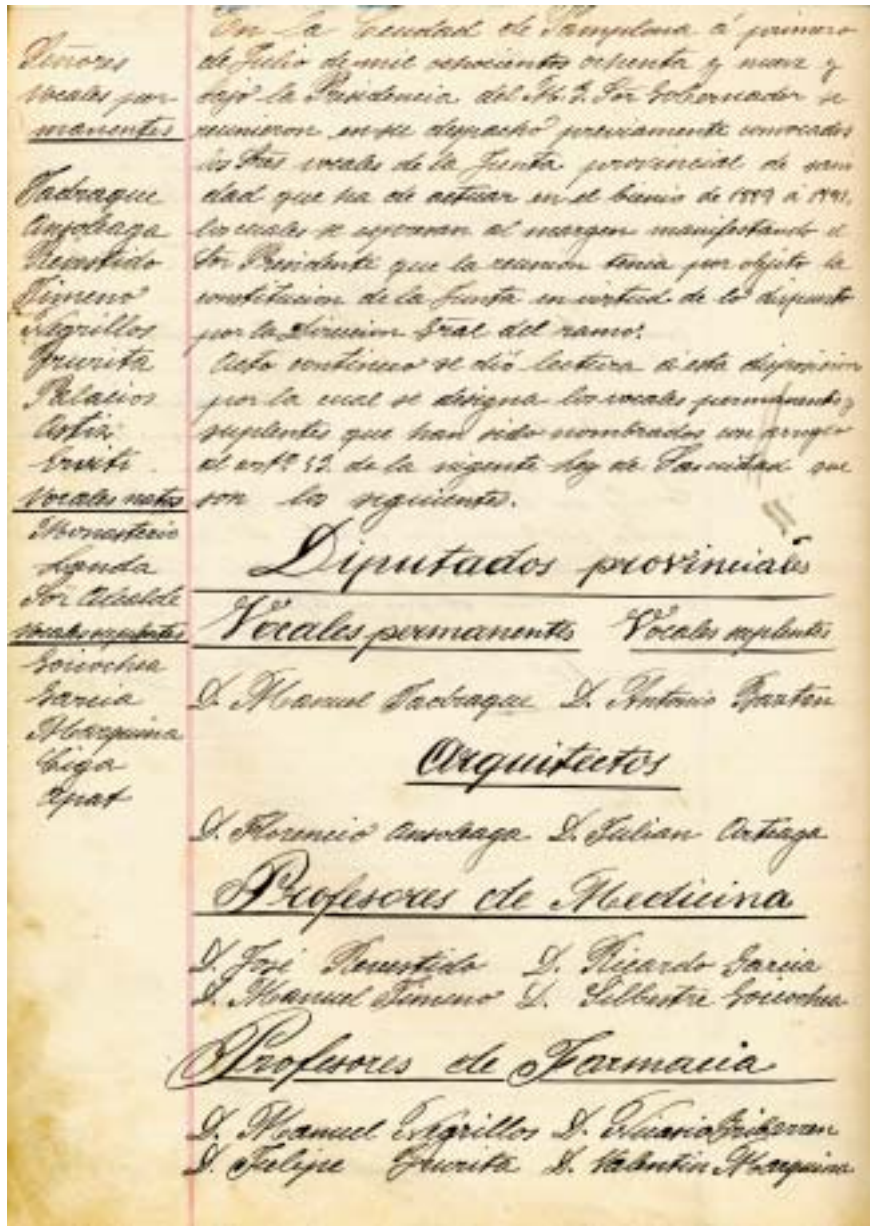
Las juntas de partido judicial eran un remedo en autoridad y vocales de la junta provincial en el ámbito del distrito de partido. Ocho años después desaparecen para ser sustituidas en la Ley General de Sanidad por las juntas municipales, que habían de reunirse ante los asuntos de riesgo para la salud para aconsejar a los alcaldes como autoridad ejecutiva en materia de salubridad rural y municipal. Estaban compuestas por el alcalde como presidente, un profesor de cada una de las facultades de medicina, cirugía y farmacia, un veterinario y 3 vecinos, actuando de secretario un profesor de ciencias médicas. La Junta de Madrid incorpora además 2 profesores de ciencias médicas y un ingeniero civil o arquitecto y 3 vecinos más.

Las juntas municipales se desarrollan de manera más estable en el siglo siguiente a través de la Instrucción General de Sanidad de 1904. En la centuria XIX quedaba supeditada a que hubiera necesidad, en aquellas localidades de más de 1.000 habitantes, con la función de formular propuestas de mejoras de salubridad sobre: estercoleros, aguas estancadas, acequias, granjas de cerdos o conejos en sitios ventilados, limpieza de letrinas, traslado de productos peligrosos, vigilancia de utensilios plomados, y calidad de agua, alimentos y aseo de las poblaciones, de los cementerios alejando los puntos de infección. Amplia tarea dificilísima de cumplir sobre todo en el inculto medio rural del siglo XIX.

Los inspectores de sanidad

La Ley Orgánica de Sanidad de 1855 sólo menciona en su artículo 7º que en "casos inminentes de epidemia y contagio o siempre que el Gobierno lo acuerde por sí, o a propuesta del consejo se girarán visitas ordinarias o extraordinarias de inspección donde el bien público lo exija". En 1891 se previó la creación de inspectores temporales provinciales y en 1892 permanentes, planteamiento que fue superado por la Instrucción General. Con esta escasa formulación veremos ocasionalmente en 1893 al doctor Taboada o al doctor San Martín, girar visitas por las provincias con motivo de la preocupación que las epidemias de cólera producían.

Por otro lado, la citada Ley Orgánica crea los inspectores de géneros medicinales (Artículo 90) para el control en las aduanas, nombrados por el Ministerio de la Gobernación, a la vez que se prohibía la inspección de estos productos durante el tránsito de la provincia,



En la Ciudad de Pamplona á primero de Julio de mil ochocientos ochenta y nueve y bajo la Presidencia del Sr. D. Sr. Gobernador se reunieron en pleno despacho previamente convocados los Sres. vocales de la Junta provincial de sanidad que ha de actuar en el bienio de 1889 á 1891, los cuales se expresan al margen manifestando el Sr. Presidente que la reunion tenia por objeto la constitucion de la Junta en virtud de lo dispuesto por la Direccion Gral del ramo:

Acto continuo se dió lectura de esta disposicion por la cual se designa los vocales permanentes y suplentes que han sido nombrados con arreglo al artº 12 de la vigente ley de Sanidad que son los siguientes.

Vocales permanentes
Padraguez
Arpotaga
Resustido
Jimeno
Argüillos
Fuerita
Palacios
Astiz
Irurita

Vocales suplentes
Monasterio
Lopeda
Sr. Alcalde
Soiochea
Garcia
Mazpuina
Eiga
Epat

Diputados provinciales

Vocales permanentes — Vocales suplentes

D. Manuel Padraguez — D. Antonio Baston

Arquitectos

D. Noremio Arpotaga — D. Julian Astiz

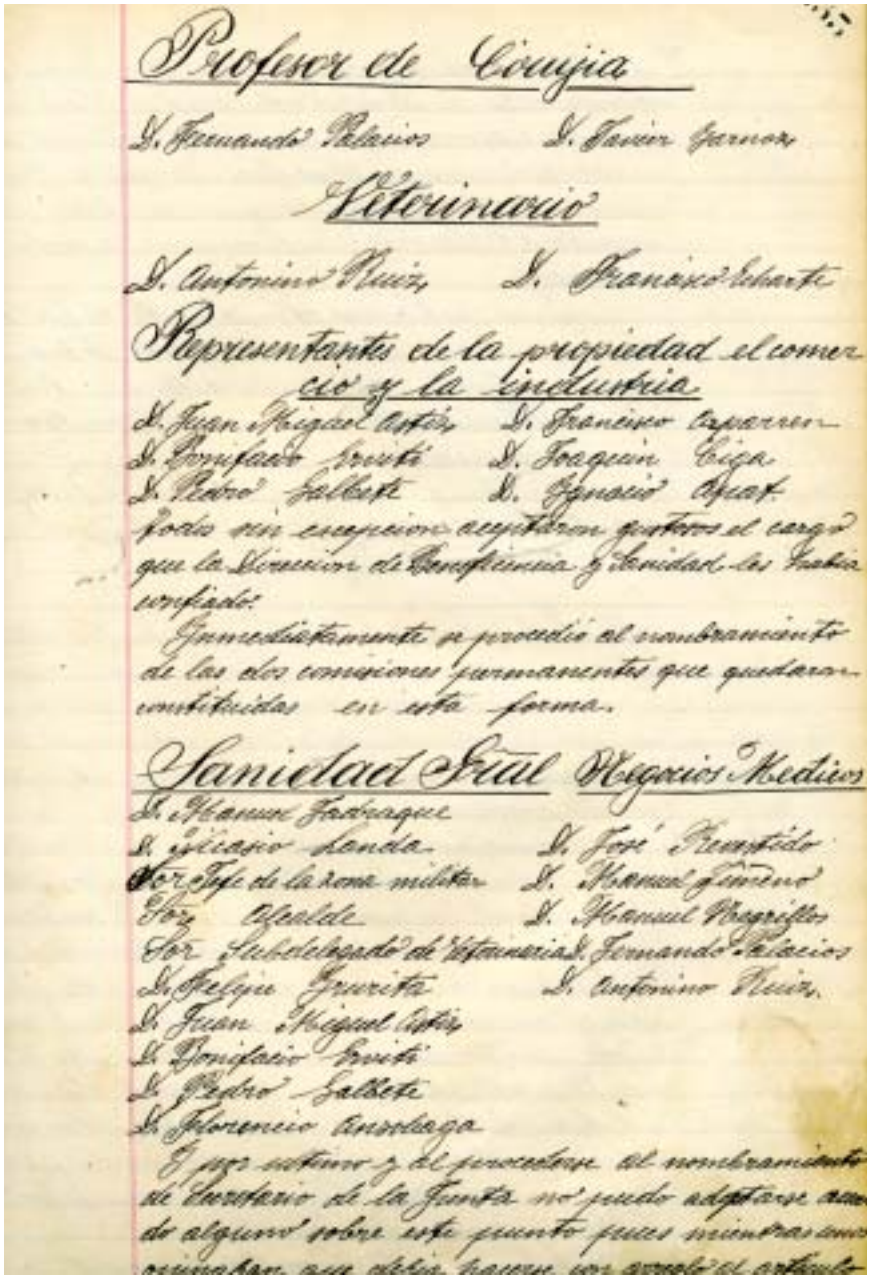
Profesores de Medicina

D. José Resustido — D. Ricardo Garcia
D. Manuel Jimeno — D. Celestre Soiochea

Profesores de Farmacia

D. Manuel Argüillos — D. Eduardo Irurita
D. Felipe Fuerita — D. Valentin Mazpuina

Libro de actas de la Junta Provincial de Sanidad de Navarra.



Profesor de Cirujia

D. Fernando Palacios D. Javier Garnar

Veterinario

D. Antonino Ruiz D. Francisco Lobarte

Representantes de la propiedad el comercio y la industria

D. Juan Miguel Artés D. Francisco Caparrer
D. Bonifacio Bruti D. Joaquin Ciga
D. Pedro Galbete D. Ignacio Ocat

todos sin excepcion aceptaron gustosos el cargo que la Direccion de Beneficencia y Sanidad les habia conferido.

Inmediatamente se procedio al nombramiento de las dos comisiones permanentes que quedaron constituidas en esta forma.

Sanidad Gral Negocios Medios

D. Manuel Fadrique
D. Eliseo Landa D. José Fuentido
Por Jefe de la zona militar D. Manuel Jimeno
Por Alcalde D. Manuel Magrillo
Por Subdelegado de Estancia D. Fernando Palacios
D. Felipe Gurrita D. Antonino Ruiz.
D. Juan Miguel Artés
D. Bonifacio Bruti
D. Pedro Galbete
D. Florencio Anorbega

Y por ultimo y de procederse al nombramiento de Secretario de la Junta no pudo adoptarse acuerdo alguno sobre este punto pues mientras unos opinaban que debia hacerse con arreglo al artículo

las drogas medicinales y los productos químicos. Las propuestas de decomisos y destrucción debían, no obstante, ser autorizadas por la junta provincial.

Otra figura inspectora del siglo XIX fue la de "inspectores de carnes" nombrados por los propios municipios para su intervención en los mataderos, de acuerdo al reglamento de 25 de febrero de 1859 y declarado vigente por R.O. de 25 de septiembre de 1872 con contratos anuales, nombramiento y separación al arbitrio municipal, funciones luego asumidas por los veterinarios titulares municipales a partir de 1904. Los inspectores de carnes son los primeros a los que se les asigna sueldo en escala, según el número de reses inspeccionadas (R.O. de 17 de marzo de 1864). Trabajaban a pie de campo en los mataderos y eran garantes del cumplimiento de la normativa pero "dirigiendo sus reclamaciones o denuncias motivadas al subdelegado de veterinaria de su partido, para que éste pueda elevarlas y apoyarlas si es necesario ante el gobernador de la provincia".

En agosto de 1849 se intentó la creación de profesionales de salud pública en la figura de inspectores municipales de sanidad en las ciudades de más de 20.000 habitantes, por iniciativa del Consejo de Sanidad, propuesta que aprobó el Gobierno: su reglamento fue encomendado a una Comisión del Consejo presidida por M. Seoane y formaban parte P. F. Monlau y F. Méndez Álvaro entre otros. Esta iniciativa, que por primera vez preveía plazas de trabajo públicas en la sanidad, no se llevó finalmente a efecto, según Monlau "por el delirio de memoriales" que se ofrecieron a cubrir gratis sus plazas".

Esto evidencia que a pesar de que eran cargos municipales estaban sometidos al poder centralizado del Estado. El intento de éste de crear inspectores veterinarios provinciales de 1887, fracasó y fue derogado en 1888, manteniendo los nombramientos los ayuntamientos.

La epidemia de cólera 1890-1891 propició un impulso cualitativo en la organización sanitaria por iniciativa del Ministro de la Gobernación, don Francisco Silvela, creándose en 1891 las inspecciones temporales de sanidad donde hubiera cólera, y los inspectores provinciales y regionales de sanidad en 1892 por su sucesor don Raimundo Fernández Villaverde con la asesoría del doctor Cortezo por O.M. de 29 de agosto de 1892. La figura de inspectores provinciales de sanidad, que

recaía en subdelegados de sanidad o en médicos municipales, designados por los gobernadores que daban cuenta al ministerio, si bien su efectividad debería esperar a la Instrucción General de Sanidad de 1904 también inspirada por el doctor Cortezo. Este avance de 1892 fue minorado por el R. Decreto de 20 de diciembre que suprimió la Dirección General de Sanidad.

La orden se establece debido a la nueva amenaza de cólera en Rusia, Alemania (Hamburgo y Altona) y Bélgica y reflexiona sobre la necesidad de tener una información inmediata para que desde el momento que en algún punto de España exista la sospecha y para conseguir una organización que trasmita de inmediato la situación.

Recuerda la orden que el año anterior por Real Orden de 3 de febrero de 1891, se crearon y organizaron inspecciones médicas temporales con el especial encargo de vigilar las regiones invadidas por la enfermedad, las cuales cesaron por Real Orden de 16 de octubre del mismo año una vez extinguida la situación epidémica.

Considera la nueva orden establecer de manera permanente tales figuras de inspección y autoridad sanitaria en una cadena continua de transmisión de información: el médico comunica a los subdelegados, éste al inspector provincial que a su vez lo comunica al gobernador civil y a la Dirección General de Sanidad y Beneficencia. Otra característica de la R.O. es que a los subdelegados de distrito se les inviste a su vez de la autoridad de inspector de sanidad en su ámbito de actuación.

La Real Orden continúa: "2º Se crean inspectores provinciales de sanidad, uno por cada provincia de España, cuya designación se hará inmediatamente por los gobernadores, prefiriendo a los subdelegados médicos residentes en la capital, dando cuenta del nombramiento a la Dirección General de Beneficencia y Sanidad. En las poblaciones mayores de 100.000 habitantes podrán nombrarse varios inspectores provinciales"; y "10º Corresponderá además a los inspectores provinciales y bajo su dirección a los de distrito (subdelegados) y municipales, proponer a las autoridades las medidas que estimen oportunas sobre el régimen higiénico y sanitario, hacer pedidos de material desinfectante y cuidar de que sean útilmente aprovechadas".

La Real Orden se olvida de prever retribución alguna y sólo menciona compensaciones por gastos ocasionados. Los inspectores se crea-

ron con una finalidad de controlar la próxima epidemia, pero como no se produjo, su incidencia organizativa debió de ser nula hasta la Instrucción General de 1904 en la que se dotan económicamente y se profesionalizan como funcionarios con ingreso por oposición entre doctores en medicina.

Los facultativos titulares de los ayuntamientos

El panorama de la asistencia médica a mediados del siglo XIX era deplorable, no sólo por su poca eficacia, sino por la escasez de facultativos, si bien la diversificación profesional entre cirujanos, sangradores, ministrantes, comadronas, y parteras permitía la presencia de algunos de ellos en los pueblos ya que los médicos y farmacéuticos preferían capitales y núcleos importantes. De ello se resentían en especial las clases menesterosas, que en el medio rural estaban desatendidas. Tampoco era mucho mejor el trato social y económico que los médicos recibían como se desprende del análisis de P. F. Monlau[56]. Este constata por una estadística realizada en 1856 que en España había un médico y un cirujano cada dos mil habitantes y un farmacéutico cada cuatro mil: "no hay siquiera la mitad del personal facultativo necesario"; "la mitad de los habitantes carecen de la asistencia higiénica, médica y farmacéutica"; a pesar de la escasez, "los facultativos son indignamente retribuidos los más de los que hay o ejercen, y particularmente los más de los facultativos titulares o de partidos", debido a: "el regateo de los contratos, la mezquindad de las dotaciones, las dificultades y modo ruin de su cobro o percibo en ciertos pueblos, las intrigas de campanario y a veces las cábalas de los caciques"; "el ningún porvenir para la vejez o para el caso de imposibilitación física prematura"[57]. Este lamento lo hace Monlau cuando ya está establecida y extendida la obligación de los pueblos de disponer de facultativos por la Ley General de Sanidad y situados bajo la hégira de la incipiente administración sanitaria y bajo la

[56] El Real Decreto Orgánico de Sanidad de 1847 que regula las funciones de la Junta Provincial de Sanidad no hace referencia alguna a las que le competan respecto a los facultativos titulares. Es la Ley de 1855 la que hace alusión a esta nueva función que acabará alcanzando incluso a la clasificación de los facultativos en los concursos de los ayuntamientos y su propuesta en terna, según el Reglamento de partidos médicos de 1868.

[57] P. F. Monlau. Texto citado Tomo, III pág. 1247.

tutela de las diputaciones, y añade: "Como medida de transición debería decretarse desde luego un arreglo general y decorosas dotaciones, y mandar que éstas fuesen satisfechas por las diputaciones provinciales y no por los ayuntamientos".

Los precedentes de los médicos municipales son remotos. La bibliografía consultada relata que en 1647 la ciudad de Valencia contrató un médico con salario público para decidir el carácter de epidemia y sobre las medidas a adoptar como motivo de la peste de aquel año. Del mismo modo en Mahón existía la figura del "morbero" o médico que asistía a la Junta de Sanidad en los casos de los aislamientos en la isla de la cuarentena.

Podemos, no obstante, aportar referencia muy anterior sobre contratación de médicos por los ayuntamientos para la asistencia de personas pobres o de pudientes "conducidos" existentes en los "Fondos del Archivo Diocesano de Pamplona" que ha sido catalogado desde la conquista del reino de Navarra (1512) y su posterior incorporación *"aequae principal"* a la corona de Castilla (1515) donde se recoge la documentación de los tribunales eclesiásticos y en consecuencia aquellas cuestiones planteadas sobre cualquier materia que fueran objeto de litigio. Ello ha permitido a Jesús Ramos Martínez[58] entresacar de dichos fondos cuantos asuntos se refieren a la profesión del arte de curar, especialmente médicos que por una u otra causa se personaron en los tribunales eclesiásticos por tratarse de motivos de contracción o de impagos a los médicos en los servicios a beneficiados, curatos, párrocos, abades, canónigos u otras personas de su jurisdicción. Se descubre así que desde el siglo XVI al menos, los ayuntamientos nombraban médicos "conducidos" a su cargo, esto es contratados, para la asistencia de los pobres por una cantidad anual en metálico o en especie como robos de cereal, y del mismo modo lo hacían las cofradías tan frecuentes que caían el la jurisdicción eclesiástica. De estos hallazgos reproduzco alguno significado:

> *"Puente la Reina 1595. Intento de conducción de médico para pobres y cofrades de Puente. El licenciado Juan de Tirapu, mé-*

[58] J. Ramos Martínez. *Fondos del Archivo Diocesano para el estudio de la Historia de la Medicina.* Príncipe de Viana 2004, LXV, 231: 135-169.

dico de Puente la Reina, cofrade de las cofradías de Nª Sª de Murugarren y San Eutropio, por sí y en nombre de los demás cofrades, intervienen en el intento de conducir al doctor Gazolaz, como médico asalariado de la villa…"lo que pasa en esto en realidad de verdad es que en dicha villa hay extrema necesidad de buenos médicos. Por la muchas enfermedades que ha habido y hay, y no tener los pobres con quien se curen y por eso toda la villa se resolvió de traer un médico asalariado, el mejor que pudiesen y el Consejo Real les ha dado permiso para que de sus propios (del ayuntamiento) *puedan dar cien reales para que visite a los pobres del hospital". Pero por esa cantidad no quiere ir el dicho médico si no se añade cantidad, por lo que las cofradías propusieron aportar 40 ducados más, con la condición de que curase a los pobres de la villa y a los cofrades pobres de las dichas cofradías sin llevar interés alguno. Los demandados alegan que era mejor gastar el dinero en médico que en comidas que hacen las cofradías. Memoriales presentados por ambas partes. Sojo C/96 nº 3, 22 folios.*

De modo similar se evidencia la existencia de médicos constatados en Ochagavía, 1644; Lerín, 1655; Larraga, 1669; Villafranca de Navarra. Es de suponer que esta situación no sería única de Navarra y que en los demás reinos los comportamientos serían equivalentes.

Los pueblos en general al final del XVIII y en el inicio del XIX tenían necesidad de facultativos y de manera más perentoria de cirujanos, si bien su vinculación tenía carácter de arbitraria. Para darnos cuenta de la situación, basta conocer el anuncio oficial en la Gazeta nº 36 del viernes 3 de mayo de 1805:

"Se halla vacante el partido de Cirujano en el villa de Valmojado, y se ha de proveer el día 12 del corriente, hasta cuyo día se admiten memoriales, cuyo partido vale 50 rs., cobrados y pagados al Cirujano en los tiempos y plazos que se estipule. Casa en que vivir, lo que le produzcan los dos Eclesiásticos que hay, y además lo que produzcan las causas de manos airadas, y el paso del camino real de Extremadura; y el vecindario que tiene dicho pueblo es de 140 vecinos".

Los litigios entre ayuntamientos y facultativos debían de ser constantes al inicio del XIX, por lo que se intentó hacer un reglamento que regulara tal relación, pero Fernando VII determinó que no fuera necesario, pudiendo resolverse en las chancillerías y audiencias (1818).

La instrucción de 3 de febrero de 1823 para el gobierno político-económico de las provincias decretada por el Rey y mandada publicar el 2 de marzo en el trienio liberal "inculcaba la necesidad de los facultativos titulares para la asistencia a los pobres, de los hombres y de los animales" (artículos 12, 13 y 14).

De este modo se regula una obligación de carácter caritativo o filantrópico de la profesión médica como obligación ética a una obligación de la beneficencia pública obligatoria y retribuida. Esta obligación moral de los médicos-cirujanos y licenciados en medicina ya venía expresada en sus propios títulos y juramentos "asistir de limosna a los pobres de solemnidad y con el mismo cuidado que los ricos; despreciar todos los riesgos y contagios cuando lo exija la salud pública"[59] (Reglamento del Real Colegio de Medicina, Cirugía y Farmacia del Reino de Navarra. 1929).

En octubre de 1829 de nuevo por una R.O. propuesta por el Consejo Real se daba un plazo de 6 meses para que se haga un arreglo de los partidos médicos.

Dada la arbitrariedad de los ayuntamientos en los contratos y decisiones, en 1832 una R.O. ordena "que las plazas de médicos y cirujanos titulares de los pueblos, o cuyas asignaciones pagan los fondos públicos o municipales, se prevean por la Real Junta Superior Gubernativa de Medicina y Cirugía, conforme a lo dispuesto en el reglamento de academias, en lugar de que los facultativos titulares sean elegidos y escriturados por los ayuntamientos, como se ha hecho hasta aquí".

La recomendación de la dotación de facultativos no debería cumplirse de forma general cuando en 1854 de nuevo una R.O. manda "que todos los pueblos tengan médicos cirujanos y farmacéuticos titulares para la asistencia a los pobres, para socorro de las demás personas

[59] Reglamento del Real Colegio de Medicina, Cirugía y Farmacia del Reino de Navarra, 1829.

que necesitasen de su auxilio y para el desempeño de las principales incumbencias facultativas de higiene pública y salubridad municipal". Queda de este modo definido y perfilado lo que va a ser el sanitario o facultativo titular, que investido más tarde como Inspector Municipal de Sanidad, constituyó la base fundamental de la asistencia sanitaria rural hasta 1978, en que va a transformarse paulatinamente en especialista en medicina de familia y comunitaria que lo sustituye, en el nuevo modelo de atención primaria a partir de la Ley General de Sanidad de 1986; modelo de asistencia integrada, que se va a incorporar también en las ciudades en el Sistema Nacional de Salud. Ciento treinta y dos años de existencia de una figura fundamental de la sanidad e higiene pública españolas.

Es por tanto durante las reformas de mediados del siglo XIX cuando se define y consolida la figura de facultativos médico y farmacéutico con una doble personalidad: servicio y autoridad pública (higiene pública y asistencia a los necesitados) retribuida por el erario público municipal, o por mancomunidad de municipios, o provincial en los regímenes forales, o por el estado; y por otro lado simultáneamente dedicado a la actividad privada asistencial para las personas y familias acomodadas.

El "ojo clínico" y la providencia eran los recursos del médico rural. (U.S. National Library Medicine).

Esta figura del facultativo titular de un municipio o mancomunidad de municipios, va a consolidarse en la Ley Orgánica de Sanidad de 1855. No se comprende muy bien por qué esta ley regula a estos facultativos en el capítulo XIII, "De los subdelegados de sanidad " en el que 4 artículos se ocupan de éstos y 17 artículos al ejercicio de los facultativos: 11 de ellos a los titulares y, al ejercicio médico libre, 6 artículos. En verdad que los primeros se habían reglamentado 7 años antes, pero da la impresión de que se imponía a los facultativos, una vez más como de puntillas pues no merecen categoría de "Capítulo".

El artículo 64 de la referida ley abona este planteamiento que quizás obedezca a una concepción escrupulosamente liberal, en un momento de epidemia de cólera (argumento decisivo) con gobierno revolucionario progresista, de Espartero, en un nuevo bienio liberal, si bien el argumento más convincente es que España estaba amenazada por una nueva epidemia de cólera. El referido artículo expresa: "Las juntas provinciales de sanidad invitarán a los ayuntamientos a que establezcan la hospitalidad domiciliaria[60] y a que creen, con el concurso y consentimiento de los vecinos, plazas de médicos cirujanos y farmacéuticos titulares encargados de la asistencia de las familias pobres, teniendo también los facultativos titulares el deber de auxiliar con sus consejos científicos a los municipios en cuanto diga relación con la policía sanitaria".

La ley da medios coercitivos oídas las diputaciones y la Junta de Sanidad, para imponer la provisión de facultativos, para que no falte la asistencia a los pobres de médico y botica, y si el ayuntamiento carece de medios debe mancomunarse a este fin.

El nombramiento generaba un contrato según el número de familias pobres, debiendo consignarse todos los compromisos contraídos y

[60] La hospitalidad domiciliaria o asistencia a domicilio es una conquista de las ideas de fraternidad, filantropía privada y pública (en este caso beneficencia). El término deriva del siglo XVIII ilustrado y su carácter público era propuesto por los higienistas ya que la asistencia en los hospitales era insana y de resultados catastróficos para los enfermos por estar su ambiente "infeccionado". El término de hospitalidad domiciliaria, consecuencia de la beneficencia pública, se recoge en este texto por primera vez en una legislación sanitaria. Otros términos como beneficencia pública, hospitalidad pública y hospitalidad domiciliaria eran términos concurrentes de lo social y lo sanitario, y a veces, tan confusos como su equivalente en nuestro siglo XXI, lo que hoy llamamos "asistencia socio-sanitaria".

en el mismo no figuraría la asistencia a los vecinos pudientes que convendrían libremente entre ellos. La tutela del nombramiento y cumplimiento del contrato se encomienda a la Diputación Provincial quien resolverá las quejas oída la Junta Provincial.

La anulación del contrato requería un expediente que se sometería a la Diputación Provincial, si bien los contratos no eran fijos sino temporales, quedando sometidos los litigios en última instancia al contencioso administrativo. Una obligación del facultativo era no ausentarse en caso de epidemia y proveer sustituto en sus ausencias pudiendo ser sancionado si faltare, con la suspensión del ejercicio. La compensación en caso de inutilidad por contagio en situación de epidemia se sustanciaba con pensión de las Cortes entre 2.000 y 5.000 reales por el tiempo de inhabilitación. Beneficio extensivo a los médicos no titulares, si se contrataban para la epidemia. El fallecimiento se compensaba con una pensión equivalente entre 2.000 y 5.000 reales para la viuda. La "horquilla" permitía jugar a la autoridad, estimando los méritos contraídos con anterioridad.

Todos los facultativos vinculados con sueldo público quedaban en todo caso a disposición de la autoridad: el gobernador y el alcalde.

Por otro lado, el ejercicio profesional se declara como privado pero nadie está libre de sospecha, ni ningún santo libre de tentación, para lo que la ley "a fin de establecer una severa moral médica se organizará en la capital de cada provincia un jurado médico de calificación[61] que requería para su actuación el oportuno reglamento. Eran sus funciones: "prevenir, amonestar y calificar las faltas; regularizar sus honorarios y reprimir los abusos profesionales".

A mediados del siglo XIX quedan pues perfiladas las figuras de los facultativos titulares públicos y el ámbito del ejercicio privado que con matices cuantitativos han llegado a nuestros días.

La implantación prevista en la Ley de 1855 de los médicos titulares significa que esta figura que nace en la hospitalidad domiciliaria públi-

[61] El jurado médico de calificación fue absorbido por los colegios de facultativos en la Instrucción General de Sanidad de 1904, permaneciendo aquél cuando no se hubieran constituido los colegios, en el ámbito de la comisión permanente de la Junta Provincial de Sanidad; Comisión permanente creada por esta misma Instrucción General.

ca desde instancias de la beneficencia pública para dar asistencia a los menesterosos, da un salto a la sanidad; ésta los acoge y los implica en las funciones de la salud pública específica para asesorar en materia de salubridad a los ayuntamientos, materias ambas, sanidad y beneficencia que el Estado procuraba mantener integradas.

Se produce otro efecto: a partir de 1855 el ramo de la sanidad del Estado y sus políticas inician la intervención de cometidos que eran anteriormente de responsabilidad periférica municipal.

S. Muñoz Machado[62] analiza el fenómeno progresivo de la estatalización y centralización del poder sanitario desde los ayuntamientos hacia el Gobierno Central, en la que los sanitarios titulares son un ejemplo paradigmático.

Pasados cuatro años, en 1859, se produce una importante variación política. Ya no van a ser las diputaciones quienes aprueben los nombramientos municipales de los titulares, sino el propio gobernador civil, representante del Gobierno Central (R.O. de 22 de junio). En un nuevo paso estatalizador.

A pesar de tal planteamiento, ni la ley ni el gobierno de la Nación eran todavía la "larga mano" como para que tal deseo tuviera cumplimiento disciplinado, lo que obligó tanto para que los menesterosos no murieran sin asistencia, como para defensa de los propios facultativos ante los abusos y arbitrariedades e incumplimientos de los ayuntamientos, establecer una nueva regulación de los partidos médicos en 1868, dando decisiva intervención a las juntas municipales y provinciales en la dotación de sanitarios en el medio rural.

En este estado de cosas aparece un nuevo poder que desea intervenir: van a ser de nuevo las diputaciones, en cuanto a organización administrativa superior de los ayuntamientos, quienes van a recabar y recuperar su lugar en las decisiones y que en el caso de las diputaciones forales, van a plantear no sólo conflictos jurisdiccionales entre Gobierno central y periférico sino, competenciales entre el Estado y las provincias "aforadas". Esta controversia o conflicto se mantuvo a lo largo del siglo siguiente, si bien

[62] S. Muñoz Machado. *La sanidad Pública de España. (Evolución histórica y situación actual).* Madrid: Instituto de Estudios administrativos, 1975.

cuando el Estado da un paso más en la centralización de la sanidad, hubo de excepcionarse en 1905 su cumplimiento y "declarar sin aplicación a Vizcaya, Guipúzcoa, Álava, de la Instrucción General de Sanidad de 12 de enero de 1904 y del reglamento de médicos titulares del mismo año en todo lo referente a la provisión de plazas de médicos titulares, nombramiento y separación de éstos, continuando los ayuntamientos vascongados investidos de las mismas atribuciones que, en orden al referido servicio han venido ejerciendo hasta la publicación de dichas disposiciones"; la misma doctrina fue aplicada respecto a Navarra y tampoco rigen en las cuatro provincias los reglamentos de farmacéuticos y veterinarios[63, 64].

Esta excepción no se hacía sin embargo para la función pública de la salubridad que se mantiene y refuerza en el Estado, y que obliga a los ayuntamientos, pudiendo intervenir en ellos de forma exigente, impositiva, por sí mismo con cargo a los ayuntamientos. Esta situación en 1905 es el efecto de un estatus en la segunda mitad del siglo XIX, de los poderes del Estado y los ayuntamientos.

Los reglamentos de los partidos médicos de 1868 y 1873

El cumplimiento del la Ley General de Sanidad no parece que fuera muy generalizado, como he indicado, lo que requiere precisar las obligaciones de los ayuntamientos, por un Real Decreto "rubricado de la Real Mano" en marzo de 1868, último año del reinado de doña Isabel II por el que se aprobó el "Reglamento para la asistencia a los pobres y organización de los partidos médicos de la península".

Ordena el Real Decreto que en las poblaciones hasta 4.000 vecinos habrá facultativos titulares de medicina, cirugía y farmacia (art. 1º) y en

[63] P. Abella. *Tratado de Sanidad.* Madrid: El Consultor de los ayuntamientos, 1914, p: 67.

[64] Esta misma situación se creó con motivo del Estatuto provincial y municipal de Calvo Sotelo de 1925 y con motivo de la Ley de Coordinación Sanitaria y reorganización de los Institutos de Higiene en 1934. Estas últimas disposiciones dieron origen en el caso de Navarra al Decreto de 8 de enero de 1935, declarando persistente todas las competencias que en materia de servicios provinciales ostentaba la Diputación Foral por su régimen foral privativo (Gaceta de Madrid nº 10 de 10 de enero de 1935). De este modo los sanitarios titulares de Navarra continuaron como funcionarios municipales nombrados y separados por ellos hasta que la Ley Foral 22/1985 de zonificación sanitaria, les ofertó su integración como funcionarios de la Diputación Foral o Gobierno de Navarra.

los de más de 4.000 se establecerá la hospitalidad domiciliaria (art. 3º) para el auxilio facultativo ordenado y eficaz y socorro a los pobres. Se establece una doble figura para las poblaciones según tengan población mayor o menor de 4.000 vecinos. Los facultativos titulares en los de menos de 4.000 y sólo para la asistencia de beneficencia en los de mayor población, con el fin de que los pobres no tengan que acudir necesariamente a los hospitales, sino que la "hospitalidad" la van a recibir a domicilio. Los médicos de la hospitalidad domiciliaria van a considerarse del ramo de la beneficencia puramente asistencial, pero no van a ser médicos titulares municipales en poblaciones de más de 4.000 habitantes. Ambas figuras en el medio rural se han mantenido independientes, si bien en un mismo facultativo hasta la Ley General de Sanidad de 1986 en que se implanta la asistencia pública universal.

Los médicos titulares en el reglamento de 1868 asumen las obligación de: asistir gratuitamente a los pobres; prestar servicios sanitarios de interés general que el Gobierno y sus delegados les encomienden; auxiliar a los ayuntamientos con sus conocimientos científicos respecto a lo relativo a la policía sanitaria; prestar en casos de urgencia servicios en las localidades próximas a los de su partido por encargo del gobernador.

El reglamento necesita precisar para ser aplicado quién es pobre, de lo que resulta una radiografía de la sociedad de la época y de su desarrollo económico, por la relación de personas que tenían derecho a acogerse a la asistencia gratuita médico-farmacéutica, por la que el médico cobraba un tanto alzado; pero a la vez se señalaba con ello al resto, esto es, a los que podía asistir cobrando honorarios, o "conducir por igualas".

La calificación de pobre se definía en los siguientes términos: "los que no contribuyan con cantidad alguna al erario público; los que vivan de un jornal o salario eventual; los que disfruten de un sueldo menor que el de un bracero de la localidad; los parientes que vivan con un pobre; los expósitos a cuenta de la Beneficencia; los acogidos a los hospicios, y los desvalidos en tránsito en la localidad".

Los encargados de hacer las listas de pobres fueron las juntas municipales de sanidad conjuntamente con las juntas de beneficencia, pero de ello podrían derivarse discrepancias en perjuicio del médico, ya que

muchas personas deseaban incluirse como pobres y las reclamaciones en ambos sentidos las debía resolver el gobernador.

Esto no era cuestión baladí y era objeto de circulares y de resoluciones; de este modo recogemos en *La Razón*[65] en su número de 31 de mayo de 1878 la aclaración del secretario del Gobierno Civil de Guipúzcoa a la consulta que le habían formulado. "El concepto de pobre se rige por el concepto tributario: todo individuo que no paga contribución, sin ninguna clase de bienes, y vive de la caridad pública" es decir "aquél indigente que carece de lo preciso e indispensable para vivir".

Del número de vecinos y de la lista de pobres dependía la economía del médico, ya que los partidos médicos se clasificaban en cuatro clases:

Primera clase: los de más de 600 vecinos (hasta 4.000) debían tener un médico titular cada 300 familias pobres y uno más por fracción de 150 con un sueldo entre 400 a 800 escudos[66]. Los partidos de segunda clase serán los que tengan entre 400 y 600 vecinos con un titular por cada 200 familias pobres y uno más por cada fracción de 100 con un suel-

[65] *La Razón, Boletín profesional médico-farmacéutico vasco-navarro,* fue como indica su página de crédito, un "periódico destinado a ser el órgano de inteligencia y la cadena de unión de los profesores a quienes se consagra, para defender enérgicamente sobre estas bases sus intereses morales y materiales". Fue su fundador, director, editor y redactor don Víctor Acha, doctor en medicina y cirugía, ayudado por don José Mayora, médico y don Ramón Usubiaga farmacéutico. Editado en San Sebastián fue sobre todo la voz de los editores en el ámbito guipuzcoano si bien de un gran mérito dentro de la amplia empresa publicista del siglo XIX. La realidad del amplio número de editores de prensa médica en España, dio lugar por su iniciativa, a convocar el Congreso médico-farmacéutico en octubre de 1878 para la unión y defensa de la profesión médico-farmacéutica. Sus esfuerzos parece no tuvieron éxito en Navarra ya que sólo refleja la situación entre denuncia y lamentación de los médicos de Aibar y no tuvo respuesta desde Navarra la convocatoria que la revista realizó para designar médicos representantes por Navarra al Congreso citado, ya que éstos lo hicieron por su propia convocatoria promovida por los subdelegados de Medicina y Farmacia de Pamplona.

[66] El Escudo fue la moneda implantada en España en 1864 para sustituir al "real" y al "duro" con el fin de facilitar el comercio con América y acercarse al sistema decimal por el Ministro de Hacienda de Isabel II don Pedro Salaverría, unidad monetaria que fue sustituida por la peseta en 1869 por el Gobierno provisional del General Serrano. Con la reforma monetaria de 1868 el escudo equivalía a 2,50 pesetas o medio duro, o sea 5 pesetas 2 escudos. (www.fuenterebollo.com). Los sueldos de un titular de primera clase alcanzaba un máximo de 600 escudos al año, equivalentes a 1.500 pesetas al año o sea 9 euros en año de 2005. El sueldo inferior de un médico de 300 escudos alcanzaba la cifra de 750 pesetas o 4,5 euros al año; pagaderos al trimestre cuando cobraban.

do entre 300 a 600 escudos. Los partidos de tercera lo serán en pueblos entre 200 y 400 vecinos con un titular por cada 100 vecinos pobres con un sueldo entre 300 a 500 escudos. Los partidos de cuarta categoría lo eran los de menos de 200 vecinos con un titular por cada 100 familias pobres con un sueldo anual de 400 a 600 escudos.

El reglamento de 1868 tiene en cuenta que si bien hay un gran contingente de pobres, también son pobres los ayuntamientos, y prevé por ello dos figuras que han sobrevivido hasta tiempos cercanos en la década de los 90 del siglo XX. Estas figuras fueron las agrupaciones de pueblos para constituir partidos médicos que debían atender a varios pueblos de pequeña población; y el concepto de partido cerrado en donde no podía ejercer ningún otros médico que no fuera el titular, con lo que se le aseguraba la asistencia de las familias o vecinos acomodados, los cuales a su vez perdían la capacidad de elegir entre médicos que no fuera el titular.

El médico titular y los vecinos no pobres quedan en libertad de celebrar entre ellos contratos para su asistencia en doble modalidad: en los partidos libres o abiertos con una cantidad convenida que se administra por una junta de vecinos que establece el pago de las "igualas" de los "conducidos" por el médico; en los partidos cerrados es el ayuntamientos quien fija la iguala, la cobra a los vecinos con recursos y la gestiona para garantía del médico. El vecino que no quiere iguala deberá pagar honorarios al médico por visita.

Si el procedimiento quedaba claro, no por ello garantizaba la percepción económica, ya que los devengos eran satisfechos a trimestre vencido y la morosidad de los ayuntamientos era frecuente, por lo que debían resolver los gobernadores, ordenando el pago a los ayuntamientos; si bien al regirse por un contrato, éste tenía carácter civil, no administrativo y debía recurrirse en caso de discrepancias en instancia judicial.

El médico vivía en la pobreza y en la inseguridad, ya que los contratos con los ayuntamientos eran por cuatro años lo que no daba estabilidad, ni por supuesto ninguna seguridad, ni ayuda en caso de enfermedad, ni incapacidad, ni jubilación, lo que dio lugar a mediados del siglo XIX a movimientos médicos de socorros mutuos. Ello no impidió que la selección de profesores y los nombramientos fueran exigentes y rigurosos.

El reglamento de 1868 se promulga en un momento en que todavía subsisten titulados en el arte de curar de diferente formación y ti-

tulación: por un lado doctores y licenciados, pero entre éstos los había sólo médicos, sólo cirujanos que provenían de los colegios de medicina y cirugía; y los había ya, médicos-cirujanos de las reformas universitarias de 1843-45-47. A ello se añadían facultativos de 2ª clase y facultativos habilitados por examen.

Existían por tanto médicos puros, cirujanos de 1ª y de 2ª clase, cirujanos de 3ª que podían hacer cirugía menor (sic), y para intervenciones externas los ministrantes o practicantes. Ante esta panoplia de titulaciones los ayuntamientos podían contratar a un médico-cirujano y tenía cubierto el cupo, o por el contrario contratar un médico puro, más alguna categoría de cirujano, y en tal caso debía repartirse el sueldo bien al 60-40% (en caso de médico y cirujano de 1ª o 2ª clase), o 70-30% (en caso de médico y cirujano de 3ª clase) o al 80-20% (en caso de médico y ministrante).

El proceso de selección era exigente. En primer lugar el ayuntamiento, reunido con un número de contribuyentes doble al de concejales, acordaba convocar la plaza vacante, el tipo de contrato y la categoría de la plaza; se notificaba al gobernador que autorizaba la convocatoria, que se publicaba en el boletín de la provincia dando 20 días de presentación de candidatos; la documentación se mandaba al gobernador que la pasaba a la Junta Provincial de Sanidad que daba conformidad a la publicación de los candidatos para su impugnación o reclamaciones, un posterior estudio de los expedientes por la Junta Provincial de Sanidad la cual formaba una terna por orden de merecimientos que el gobernador remitía al ayuntamiento que, reunido de nuevo con el doble número de contribuyentes que concejales, decidía en el término de 10 días; en caso contrario el gobernador imponía al primero de la lista. Por supuesto que el coste de la contratación debía figurar en los presupuestos municipales.

El periodo de contratación era por cuatro años y la separación requería abrir expediente previo debiendo oírse: al interesado, a la Junta Provincial de Sanidad, y al Consejo Provincial. Podía el titular "disfrutar" de dos meses al año de permiso y de cuatro meses en caso de enfermedad, pero eso sí, el propio titular debía poner sustituto y pagarlo. Todavía quedaba la posibilidad de que un médico en caso de epidemia, pudiera ausentarse, lo que era sancionado.

Se regulan también los titulares de farmacia para garantizar la presencia de tales profesionales en el medio rural en aquellos pueblos que no hubiera farmacéutico establecido por su cuenta, al que el ayuntamiento pagaba los medicamentos recetados a las familias pobres. El problema estaba cuando éstos no se establecían y había de garantizarse una cantidad contratada fija para que se establecieran con independencia de hacer efectivo el coste de las recetas de los vecinos pobres. Estas cantidades eran de 200 escudos al año para los partidos de 1ª; 160 para los de 2ª; y 120 escudos para los de 3ª y 4ª.

El concepto de que se pagaba para garantizar su presencia se aclara en el artículo 2º del reglamento: "en los pueblos donde hubiese establecida una o más boticas sin ser llamadas por el ayuntamiento, sólo se les abonará a éstos el importe de los medicamentos para la expresada asistencia a los pobres: no pudiendo obligárseles a prestar ningún otro servicio facultativo". Los titulares farmacéuticos donde no los hubiera eran objeto de convocatoria similar a los médicos.

El 24 de octubre de 1873 se promulga por don Emilio Castelar, cuarto presidente de la Primera República española un nuevo decreto aprobando el "Reglamento para la asistencia facultativa de los enfermos pobres". El decreto no supone un cambio sustancial, las cosas van a seguir igual para los titulares salvo el cambio del proceso de nombramiento dando la facultad plena a los ayuntamientos por sí mismo como correspondía a la nueva concepción del Estado y haciendo, como entidad dirimente a las diputaciones. Tiene en consecuencia más sentido

D. Emilio Castelar, cuarto presidente de la 1ª República que firmó el reglamento de partidos médicos de 1873, dando autonomía plena a los ayuntamientos en el nombramiento de los sanitarios titulares lo que persistió en Navarra hasta 1986.

político y organizativo que funcional sanitario, ya que las competencias y obligaciones de las partes permanecen las mismas.

Otra novedad de este nuevo reglamento es que los ayuntamientos no van a intervenir en las igualas de los partidos cerrados. El gobernador y la Junta Provincial de Sanidad tienen mero papel consultivo como custodios al llevar los archivos centralizados y el estado de situación para poder dar certificados a los facultativos.

El decreto de 1873 en consecuencia no supone cambio alguno para el ejercicio de los profesionales, que van a continuar en un estado de precariedad, de desvalimiento humano y personal, además de la frustrante oscuridad científica e ineficacia de la época.

El ejercicio médico y en especial el del medio rural se enfrenta a dos grandes acosos: el intrusismo y el desvalimiento social que puede llegar a la pobreza, a la indigencia. La carencia de médicos titulados en el medio rural, la diversidad de títulos que habilitaban para el ejercicio de diferente calidad y su ineficacia profesional, sólo es salvada por las largas experiencias que conducían al "primun non nocere". En el caso de la cirugía, por ser "afectos externos" podría ser más requerida; pero en todo caso todo propiciaba al intrusismo no sólo de los no habilitados para el ejercicio, sino entre los campos reservados a cada título y categoría; intrusismo que era preocupación continua y preferente de los subdelegados y de los gobernadores, pero al parecer difícil de perseguir. Una muestra de cómo se comportaba el intrusismo la conocemos por *La Razón* que en su número de 31 de agosto de 1878 transcribe un anuncio de "ese carcinoma de la farmacia española, ese bufón incorregible, ese boticario caco-químico de moralidad profesional" y otras lindezas que le dedica el editorial de *La Razón.* Un anuncio en la prensa de agosto de San Sebastián lo justificaba:

> *"El doctor Garrido llegará a esta Ciudad el 20 del mes actual*
> *"DONOSTIARRAS: Abandonando por algunas semanas mis habituales y penosas ocupaciones de Madrid, me ha parecido justo y conveniente estar entre vosotros, a quienes tanto quiero, algunos días".*

Y luego continúa:

> *"Yo no vengo a ver enfermos, yo no vengo a encontrar más que mi distracción, mi reposo y mi tranquilidad, dejando la carga coti-*

diana que me tengo impuesta para ganar el pan, con un pequeño paréntesis temporal, a fin de emprenderla con más ahínco terminado el viaje; más si algún enfermo de esos que nadie puede curar, más si algún paciente de esos que por momentos está sólo esperando la muerte, tiene fé en mi sistema que a tantos ha curado en tan críticas circunstancias, siempre y adonde quiera que se halle está y estará a la disposición del desvalido,

Doctor GARRIDO.- Hotel de Ezcurra"

Continúa el Editorial:

¿Puede darse osadía mayor? ¿Con que no viene V. a ver enfermos? Ni le permitiremos que los vea, caballero. La ley no lo consiente; ante la ley es V. un curandero, cuya inmistión en Medicina, castiga con rigor, y si cometiera V. el acto penable de recibir alguno en consulta, ¡quien sabe si lo que no ha ocurrido aun, le ocurriría aquí en donde el celo de las autoridades así como la obediencia y el respeto a las leyes son hasta cierto punto proverbiarles! De menos nos hizo Dios".

El Editorial de *La Razón* hace balance el 15 de enero de 1879 de los problemas del ejercicio o negocio médico en el año 1878 que expresa la situación con la que se encuentra la profesión médica en forma de decálogo:

"He aquí en prueba de resultado final de nuestro inventario", "lo que nos queda para irnos desempeñando durante el presente año: 1º Un buen número de intrusos, de todas clases, sexos y categorías; es decir, intrusos de levita, de chaqueta y de blusa. Tenemos por ejemplo a Petriquillo, tan amable y tan condescendiente como siempre, viniendo todos o casi todos los viernes a la capital de Guipúzcoa y recibiendo a cuantos mendigos de su sabiduría y su destreza quieren pedirle en su consultorio público, Avenida de la Libertad, núm. 4, piso principal, la limosa de su intervención quirúrgica.

Tenemos al inimitable, omnisciente curandero Arrenobate en Elgóibar, con una clínica abierta en su propia casa.

Tenemos aquí mismo, en San Sebastián, un practicante, cuya inmistión en el terreno ajeno y cuya reputación de sabio cirujano son tan notorias como su osadía y su supina ignorancia.

Tenemos…¿para qué continuar si nos falta espacio, en caso de querer señalar uno por uno todos los intrusos más conocidos aun en los estrechos límites de esta comarca?
2º Vistosos carteles en las esquinas y seductores anuncios en el Boletín oficial y otros boletines no oficiales, ofreciendo al público medicamentos magníficos ¡y a las autoridades y al art. 21 de las Ordenanzas de farmacia una bofetada a carrillo puesto y mano limpia!
3º Unos cuantos Subdelegados muy perezosos o muy cansados y que hacen muy poco, bastante menos de lo que debieran hacer, en beneficio de las profesiones médicas.
4º Enemistades y competencias mil entre comprofesores, con motivo de la excedencia de personal y la carencia de verdadero espíritu de mutua inteligencia y recíproca tolerancia.
5º Especifiquemos sin pudor, que todo lo sacrifican en honra y gracia del miserable ochavo, y profesores especificófilos que, dejándose impulsar por los dominantes vientos del empirismo, olvidando la terapéutica y la materia médica y hasta la majestad de su misión augusta, caen con extremada frecuencia en las redes de la moda, la moda ridícula y vulgar de las especialidades farmacéuticas.
6º Caciques y caciquillos de aldea, especie de mandarines chinos, que por "quítame allá esas pajas" declaran cruda guerra y traen a mal andar a los facultativos municipales.
7º Un mar de absurdos y de inconveniencias en cuanto se relacióna con el servicio médico-químico forense.
8º Una legislación sanitaria embrollada, incoherente é ineficaz. Y sobre todo un flamante reglamento para la asistencia facultativa de los enfermos pobres, el de 24 de octubre de 1873, que ocasiona una jaqueca por semana a cada profesor municipal.
9º Una enseñanza oficial que no corresponde por su organización a las exigencias de la época, y un horno de fundición en las escuelas que produce cada año una hornada de profesores numerosa, mucho más numerosa de lo que debiera ser.
10º Un nutrido bando de médicos y farmacéuticos egoístas que, sopretesto de estar desengañados (muletilla muy frecuente) o de una filosofía "sui generi", o de un pésimo absurdo, o sin pretexto alguno, pero obedeciendo a miras de personal conveniencia o de

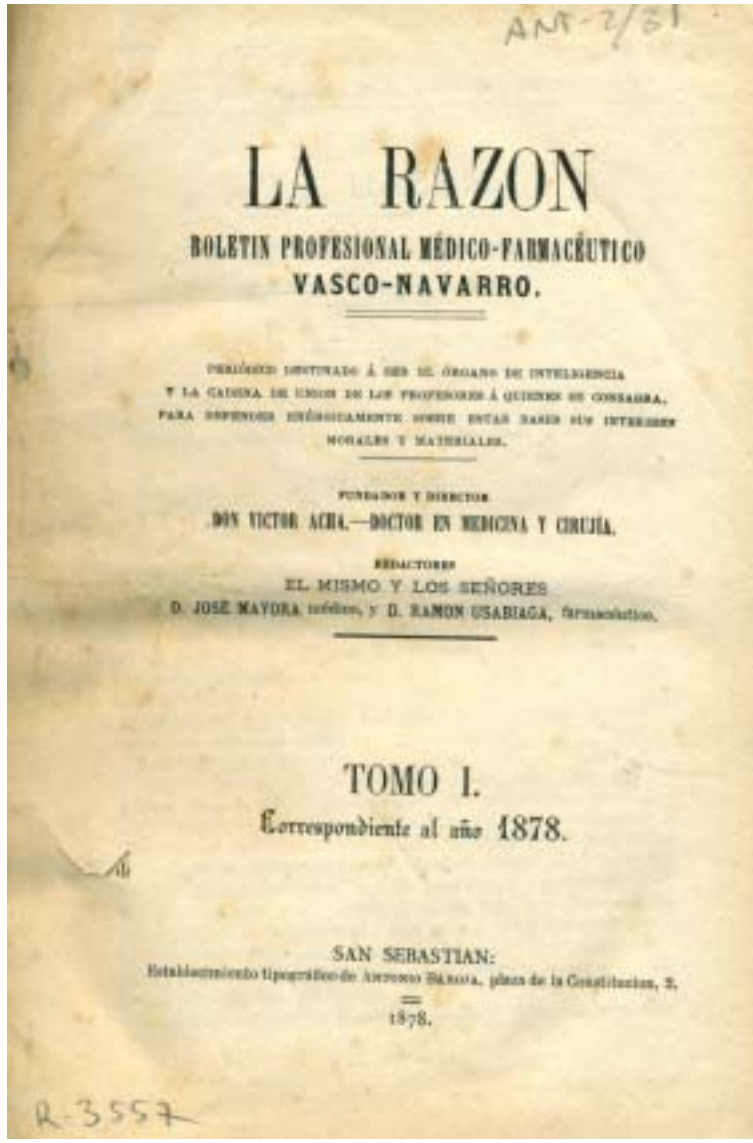
rastrera inmoralidad, nada hacen, a nada se prestan en beneficio de la clase ó, lo que es peor, todo lo manchan, todo lo desquician y todo lo envenenan con su hálito infecundo y corrompido.
En suma: estas diez partidas y algunas otras, que omitimos, dan concretamente a conocer nuestra situación en los primeros días del año 1879.
¿Y habrá quien dude ante este cuadro de la necesidad de aunar nuestros esfuerzos y voluntades para salvar de una inminente bancarrota la hacienda moral y material de las profesiones médicas? V.A.[67].

Si ésta es la situación del negocio médico, el estado de ánimo de la profesión, la de los propios facultativos puede llegar a situaciones extremas de indigencia y desprotección. Para dar mejor cuenta, vamos a seguir las vicisitudes de un médico navarro de la localidad de Aibar y Sada entre 1872 y 1879; situación que se descubre a través de diferentes números de la citada revista médica.

D. Nicolás Miranda médico en ejercicio libre en Aibar se asoma en el número 30 de junio en *La Razón* por su condición de literato, remitiendo una fábula sobre la otra forma de intrusismo, la del médico charlatán e ignorante que se entromete en los clientes del médico docto y honesto:

" y tanto le creyeron los simplones
Porque era aquella gente muy astuta
Que le iban a buscar quizá en consulta
Hasta para curar los sabañones.
Y el pobre titular cuya honradez
Y ciencia era sin par
Por no querer ser bajo y adular
Tenía que vivir en la escasez.
Esta es la situación que en los lugares
Tiene los profesores titulares:
Bien dice aquél refrán tan sentencioso
"En gracia es mejor caer, que ser gracioso".

[67] Victor Acha, fundador y director de la revista.



LA RAZON

BOLETIN PROFESIONAL MÉDICO-FARMACÉUTICO
VASCO-NAVARRO.

PERIÓDICO DESTINADO Á SER EL ÓRGANO DE INTELIGENCIA
Y LA CADENA DE UNION DE LOS PROFESORES Á QUIENES SE CONSAGRA,
PARA DEFENDERSE ENÉRGICAMENTE SOBRE ESTAS BASES SUS INTERESES
MORALES Y MATERIALES.

FUNDADOR Y DIRECTOR
DON VICTOR ACHA.—DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUJÍA.

REDACTORES
EL MISMO Y LOS SEÑORES
D. JOSÉ MAYORA médico, y D. RAMON USABIAGA, farmacéutico.

TOMO I.
Correspondiente al año 1878.

SAN SEBASTIAN:
Establecimiento tipográfico de Antonio Baroja, plaza de la Constitucion, 2.
1878.

LA RAZÓN; revista médico farmacéutica vasco-navarra fundada por el doctor guipuzcoano don Víctor Acha. Se caracteriza por la defensa de los derechos de los titulares sanitarios y la ética profesional. El director de La Razón junto al resto de la prensa médica nacional contribuyó a la organización del primer congreso médico-farmacéutico español en 1878 que propició la creación de los colegios profesionales veinte años después.

El literato, culto e ingenioso profesor, obtiene de pronto en el número de la misma revista de 15 de agosto, una respuesta contundente por parte del médico Titular de Aibar don Pascual Altavás que le acusa de deshonesto por ejercer privadamente y conducir familias en Aibar: "¿Le parece bien al señor Miranda recomendar a la clase su comportamiento, en hablar y escribir mucho de moralidad, dignidad, amor a la clase, respeto mutuo, etc. Y, al mismo tiempo pasar papeletas a la Villa de Aibar pidiendo y solicitando las igualas de sus vecinos estando éstas con su titular y a partido cerrado?".

En el siguiente número de 31 de agosto don Nicolás Miranda se ve obligado a contestar y a descubrir su situación exponiendo su estado angustioso y defendiendo su dignidad. Inició su alegato: "Aunque apenas veo bajo la pasión como me hallo de una oftalmia de trece meses de fecha ya", y continúa relatando su próximo reciente currículo: relata que fue titular en Aibar desde 1872 a 1875[68], siendo sustituido por el señor Altavás (no refiere el motivo por la que no fue de nuevo contratado, pero lo cierto es que al finalizar el contrato fue sustituido). Don Nicolás Miranda permaneció en Aibar como médico libre, continuando con sus conducidos al ser partido abierto pero el nuevo titular consiguió del alcalde, no del ayuntamiento lo que no era legal, el cerrar el partido para que el señor Miranda no pudiera conducir a los pudientes, sus clientes, e impuso a los no conducidos una abusiva tarifa de 10 reales por visita. Don Nicolás Miranda no recurrió y pasó de titular a Sada, pero siguió acudiendo a Aibar a asistir a los que le llamaban, consiguiendo 60 papeletas porque cerrar el partido era ilegal en su criterio.

En 1877 tiene que dimitir en Sada por una violenta "oftalmia querática" y fue a vivir de nuevo a Aibar donde le llamaban los vecinos en consulta que sólo aceptaba a la vez con el titular señor Altavás, pero para mayor desgracia, a la vez le robaron todos sus ahorros, 50.000 reales, "que eran los ahorros de toda mi vida de 19 años de trabajo". "Así seguí hasta

[68] En el acta nº 14 del libro de actas de la Junta Provincial de Sanidad figura que con fecha 9 de noviembre de mil ochocientos setenta y uno fue resuelta la vacante de médico puro de Aibar, partido de 3ª clase con la siguiente terna: 1º don Nicolás Miranda, licenciado en Medicina y Cirugía; 2º don Faustino Arnal licenciado en Medicina y Cirugía; 3º don Eugenio Llanos licenciado en Medicina, excluyendo a don Joaquín Redín y don Ramón Serra por no haber acreditado su aptitud.

marzo de 1878 en que me quedé casi ciego, sin partido y sin dinero". Un compañero oculista de Calahorra le remedió temporalmente; vuelve a Aibar donde para poder comer de nuevo hace igualas. "En mi desgracia el señor Altavás nunca me ayudó ni auxilió ni siquiera en transferirme la visita de una compañía que aquí estaba de guarnición a fin de mitigar mi acerba pena y de que tuviera algo con que comer".

Esta dramática situación relata también a las claras la situación en la que se ejercía la profesión médica en el medio rural. Competencia descarnada, lucha fraticida, desvalimiento ante el infortunio, ausencia de protección social; sometimiento a los ayuntamientos, contratos precarios y todo ello en una ignorancia científica, sin medios que les hiciera útiles, solicitando a veces auxilio al cura que a la ciencia médica.

D. Nicolás Miranda era un apóstol de la confraternidad y confiaba en sus compañeros "como sacerdotes, concelebrantes en el altar de Escolapio". Único asidero de la época y se ve obligado de nuevo en las páginas de *La Razón* a hacer un llamamiento bajo este título.

"SITUACIÓN AFLICTIVA. A mis amados compañeros y hermanos de profesión vasco-navarros
¡¡¡Una limosna por el amor de Dios!!!
Una limosna sí, por el amor de la ciencia, de la profesión, de la clase, de vuestro propio honor, de vuestro generoso sentimiento, de la inmensa desgracia de este infortunado hermano vuestro"

¿Qué edad tendría don Nicolás Miranda? Siendo licenciado en Medicina y Cirugía y 19 años de profesión, sobre los 45 años.

Los médicos y farmacéuticos comenzaron a tomar conciencia de la necesidad de iniciar un movimiento de asociacionismo[69] y de ayuda mutua que se inicia con un movimiento promovido por la prensa médica de la época tan boyante, consiguiendo la convocatoria de un Congreso médico-farmacéutico que se abrió el 15 de octubre de 1878 al que acudieron representantes de toda España elegidos por distritos judiciales (subdelegaciones) que se reunieron en Madrid hasta el 29 de no-

[69] El precedente lo encontramos en Mateo Seoane que con escepticismo creó una asociación de socorros mutuos de la que fue su primer presidente. (Chinchilla Anastasio. *Historia de la Medicina española,* 1846).

viembre de manera ininterrumpida. Puede decirse que desde un punto de vista de eficacia fuera un fracaso ya que las conclusiones y dictámenes debían aplicarse por el Gobierno, pero desde el punto de vista cualitativo fue muy importante. Es evidente que la Ley de Sanidad que propusieron no se aprobó, pero sus bases están en la Instrucción de 1904; tampoco se crearon de seguido los colegios profesionales, pero por primera vez se formula incluso se redactan los estatutos para la constitución de los colegios médico-farmacéuticos que se aprobaron en el congreso; colegios que no van a constituirse hasta el final del XIX[70], pero las bases estaban ya creadas en los siguientes términos:

> *"Serían sus fines la unión de todos los profesores que cultivan las ciencias médicas para: ser custodio de los profesores colegiados en defensa de sus intereses profesionales; ser juez de sus discordias; juzgue y falle de los casos de moralidad médica; crear centros para el progreso de las ciencias médicas; y constituir una sociedad de socorros mutuos".*

Se preveía un colegio por provincia y otro nacional o Comisión Permanente nacional compuesta por miembros de los provinciales. La respuesta fue lenta pero una boyante realidad veinte años después, como correspondía a la velocidad de aquellos tiempos.

Las academias de medicina

Las academias de medicina constituyeron a lo largo del siglo XIX otro de los elementos de la organización sanitaria oficial, esto es, de la salud pública con mayor o menor cometido y requerimiento por parte del Gobierno, no sólo central, sino de las provincias en las que se hubieran organizado.

[70] A partir del Congreso médico-farmacéutico de 1891 se fundó el Colegio médico farmacéutico vasco-navarro dando fruto a los esfuerzos del 1º Congreso de 1878 al que se fueron agrupando médicos, farmacéuticos también de Logroño, Huesca, Zaragoza y Teruel. La Sección de Navarra estaba presidida por don Víctor LAQUIDAIN (M. D. MARTÍNEZ ARCE. *Historia del Ilustre Colegio Oficial de médicos de Navarra 1899-2000),* más tarde por R.D. de 12 de abril de 1898 se aprobaron los Estatutos de los colegios médicos y farmacéuticos por separado siendo obligatoria la colegiación para ejercer la profesión. Los profesionales de Navarra se adaptaron a la nueva norma que dio origen a la creación de los dos colegios navarros por separado siendo elegido como Presidente don José DIESTRO Y VEGA por el de médicos y don Jacinto BARANGUÁN por el de farmacéuticos.

Esta institución proviene de la época de la Ilustración, promovida con carácter particular en la rebotica de la Oficina de Farmacia de don José Ortega en la calle de la Montera, 19 en Madrid[71], a donde concurrían médicos cirujanos, farmacéuticos, que conversaban sobre el adelanto de la ciencias dándose en organizar en 1733 una "Tertulia Médica Matritense" que mereció en 1734 ser considerada por don Felipe V con el nombre de Academia Médica Matritense con apoyo regio, designando como su primer presidente a su médico de Cámara don José Cervi; se sucedieron sus reorganizaciones hasta que en 1796 Carlos IV establece para la academia un plan de actividades en auxilio del Real Consejo en materias de topografías médicas, informes sobre enfermedades endémicas y epidémicas, organización de hospitales, cuidado de la bibliografía médica, política médica, control de drogas y específicos terapéuticos y la lucha contra el intrusismo. Se configuraba como un útil órgano de la salud pública, acogiendo el parecer de los más eminentes profesores de la ciencia de curar sin pérdida de la liberalidad de su carácter ilustrado.

A la vuelta del trienio liberal se suspenden las academias por Fernando VII para recuperarlas, pero incardinadas en la organización sanitaria, a través del Real Decreto de 28 de agosto de 1830 por el que se aprueba el "Reglamento General para el régimen literario e interior de las reales academias de Medicina y Cirugía del Reino bajo el control de la Junta Superior Gubernativa". Este reglamento debía armonizarse con las funciones recientemente otorgadas a los colegios de medicina, cirugía y farmacia para la enseñanza de estas profesiones.

El nacimiento, años más tarde, del ramo de la sanidad por el Real Decreto organizativo de 1847 requirió desposeer a la Academia de algunas funciones administrativas, tal como lo hace el reglamento de la Real Academia de Madrid de 1861 en tiempos de Isabel II. P. F. Monlau[72] en 1862 opina al respecto: "Estas corporaciones han formado de muy antiguo y siguen formando hoy una parte importante de nuestra organización sanitaria. A falta de autoridades o funcionarios retribuidos especiales del ramo de la sanidad e higiene pública se acude a las academias para todo.

[71] *Real Academia Nacional de Medicina. Origen y evolución.* www.ranm.insde.es/origen1.htm

[72] P. F. Monlau. *Elementos de higiene pública o arte de conservar la salud de los pueblos.* Madrid, Imp. y Est. De M. Rivadeneya, 1862. p: 1157-1158.

Epidemias y contagios, aguas minerales, tasas de honorarios, policía médica, examen de libros de Medicina, instrucciones populares, casos médico-forenses de gravedad, todo se considera como de incumbencia de las academias". Juicio cabal que nos sitúa a las academias en el centro de la salud pública ante la ausencia de una organización más orgánica y eficaz ya que el Consejo Nacional, las juntas provinciales, y los subdelegados carecían de "conocimientos científicos" que se confiaban a la reunión en las academias, de los más prestigiosos profesores de la ciencia de curar. El intento reglamentario de 1861 fue su organización "según modelo de los demás centros superiores científicos, quedando limitadas sus funciones administrativas encomendándole velar el ejercicio de las profesiones con el auxilio de los Subdelegados" ya que éstos habían asumido tareas que antes de 1847 fueron de las academias; sin perjuicio de otras tareas más "técnicas" que P. F. Monlau nos ha señalado.

Otro cambio cualitativo en las tareas sanitarias de las academias se produce en los estatutos de la Real Academia de Medicina aprobados por Real Decreto de 24 de noviembre de 1876 de la restauración borbónica en Alfonso XII cuya exposición de motivos expresa, que habiendo pasado las academias al Ministerio de Fomento (don Francisco Queipo de Llano) se asignaba su papel "como corporación encargada de promover el cultivo de la ciencia y consultiva del Gobierno", adaptándola a la nueva situación organizativa "desembarazándola de cualquier función y vinculación administrativa".

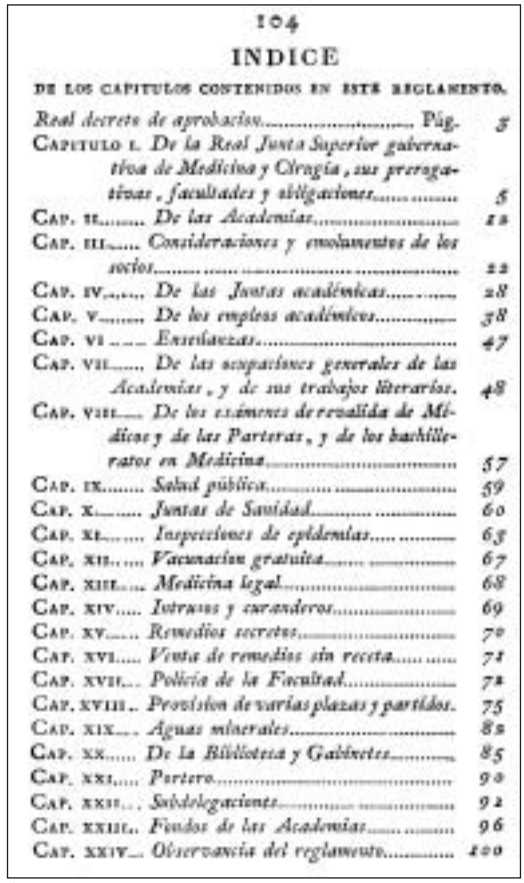
A lo largo del siglo XIX las academias presentan por tanto dos modelos diferentes: el de 1830 vinculadas y dependientes a las órdenes de un órgano político como es las reales juntas gubernativas de medicina, cirugía y farmacia de Fernando VII; y el de 1876 en la restauración borbónica que iba a sobrepasar el siglo como órgano meramente científico sin ninguna función ni vinculación administrativa que es la que con sucesivos cambios estatutarios y diferente relevancia científica, son las academias que hoy conocemos. Ambos modelos van a ser objeto de análisis.

El reglamento de 1830

Fernando VII dicta el Real Decreto "para fomentar en mis dominios el estudio teórico y práctico de la ciencia de curar" con el fin de "fundar

academias en varios puntos de la península en armonía con lo aprobado sobre reales colegios de medicina y cirugía" que lo fueron el 16 de junio de 1827. Las reales academias son pues complementarias a estos últimos.

El reglamento está distribuido en XXIV capítulos y de su estructura y de los temas tratados, a pesar de ser denominación de reglamento bien puede decirse que se trata de un cuerpo legal organizativo del ramo de la sanidad que desde lustros atrás se venía reclamando. En él no sólo se ordenan las academias sino la estructura que entendía de la salud pública y como tal ha de entenderse; de este modo poco tiene que ver con aquella Academia Matritense que se inició como "Tertulia literaria" en 1733. El reglamento convierte en consecuencia a las academias, como estructuras de la administración de la sanidad.



104

INDICE

DE LOS CAPITULOS CONTENIDOS EN ESTE REGLAMENTO.

Real decreto de aprobacion..... Pág. 3
Capitulo I. *De la Real Junta Superior gubernativa de Medicina y Cirugía, sus prerogativas, facultades y obligaciones*..... 5
Cap. II..... *De las Academias*..... 12
Cap. III..... *Consideraciones y emolumentos de los socios*..... 22
Cap. IV..... *De las Juntas académicas*..... 28
Cap. V..... *De los empleos académicos*..... 38
Cap. VI..... *Enseñanzas*..... 47
Cap. VII..... *De las ocupaciones generales de las Academias, y de sus trabajos literarios.* 48
Cap. VIII..... *De los exámenes de reválida de Médicos y de las Parteras, y de los bachillerato en Medicina*..... 57
Cap. IX..... *Salud pública*..... 59
Cap. X..... *Juntas de Sanidad*..... 60
Cap. XI..... *Inspecciones de epidemias*..... 63
Cap. XII..... *Vacunacion gratuita*..... 67
Cap. XIII..... *Medicina legal*..... 68
Cap. XIV..... *Intrusos y curanderos*..... 69
Cap. XV..... *Remedios secretos*..... 70
Cap. XVI..... *Venta de remedios sin receta*..... 71
Cap. XVII... *Policía de la Facultad*..... 72
Cap. XVIII.. *Provision de varias plazas y partidos.* 75
Cap. XIX.... *Aguas minerales*..... 82
Cap. XX..... *De la Biblioteca y Gabinetes*..... 85
Cap. XXI..... *Portero*..... 90
Cap. XXII... *Subdelegaciones*..... 92
Cap. XXIII.. *Fondos de las Academias*..... 96
Cap. XXIV... *Observancia del reglamento*..... 100

Índice del reglamento general de las reales academias de medicina aprobado por Real Decreto de don Fernando VII, de 28 de Agosto de 1830, que consideramos la primera Ley General de Sanidad, dado las materias y contenido que contiene como se comprueba por el índice que reproducimos.

El capítulo I se ocupa de reordenar la Real Junta Superior Gubernativa, desarrolla sus prerrogativas, facultades y obligaciones, de la que van a depender jerárquicamente las nuevas academias ya que se deroga todo vestigio de las anteriores; no las recoge sino que las deroga. Una característica de su carácter administrativo es que

le da facultades para nombrar subdelegados de partido que desarrollen actividades de administración sanitaria; pero el distintivo de poder, declarando así una salud pública centralizada, es que esta junta "proveerá las plazas de facultativos de todas las ciudades de España y de las juntas superiores provinciales de sanidad". De este modo el absolutismo borbónico de Fernando VII, recuerdo del Antiguo Régimen, pero no ilustrado, aprovecha el reglamento de academias para definir una salud pública centralizada y absoluta que la va a ejercer a través de las academias.

El capítulo VI establece 13 comisiones y entre ellas las correspondientes a: sanidad o higiene pública; policía de la "facultad"; medicina legal; topografías médicas; vacunaciones; aguas minerales; y regula las subdelegaciones asignadas a académicos que habían de entender y proponer medidas.

El capítulo VII describe las ocupaciones de la academia que han de ser: 1º, esmerarse en el cuidado de la salud pública; 2º, la observancia de las enfermedades epidémicas y endémicas, entre otras lo que acredita una dedicación a la "medicina política". Por otro lado describe los trabajos literarios, esto es, los estudios, informes y propuestas en relación a: 1º, experimentos de nuevos remedios; 2º, publicaciones; 3º, comprobar los experimentos; 4º, suscribirse a los periódicos médicos; y 5º, formar una biblioteca.

El capítulo IX lo dedica plenamente a la salud pública para crear un cuerpo de académicos que hayan de resolver las consultas de todas las materias de salubridad por parte de las autoridades políticas, junta gubernativa, y luego a partir de 1847, extensivo al Consejo Nacional de Sanidad.

El capítulo X lo dedica a las juntas de sanidad. Las constituye tanto de ámbito provincial como municipal; compuestas por socios numerarios o correspondientes, lo que equivale a exigir que habrían de destacar en algunos estudios y trabajos aprobados por las academias; habrían de tener carácter técnico, compuestas con profesores en las respectivas facultades y en todo caso nombrados por las academias. Deberían estas juntas dependientes, pero ajenas a las academias, ocuparse de los alimentos, de instruir sobre la policía de salud y entender sobre el aseo y la limpieza de las calles.

El capítulo XI se extiende a la inspección de epidemias y en este capítulo explica el carácter de actuación epidemiológica e intervención, ya que establece una red de vigilancia a través de: la información por

medio de los subdelegados de la academia, el mandar comisionados para informar "in situ" sobre las epidemias; la obligación de dar partes semanales por el facultativo del pueblo a través de los subdelegados en situaciones de epidemias; y el traslado a la Junta Superior Gubernativa para que adopte medidas de intervención y políticas.

El capítulo XII se dedica a la gran preocupación del momento y del siglo, la viruela, la vacunación y la revacunación, ya que todavía el cólera no había llegado a España. Se establece desde luego la vacunación gratuita y siguiendo la decisión de política sanitaria ya iniciada por Carlos IV a partir de la Cédula de 21 de abril de 1805. El reglamento de las academias de Fernando VII establece que: 1º, promoverán los medios preservativos de las enfermedades que se hayan descubierto "como el de la vacuna contra las viruelas". Habrá una comisión que se dedicará a la vacunación, que se ejecutará donde determine cada academia y uno o dos días cada semana en horas fijas que se anunciarán al público por los periódicos o carteles, "vacunando gratuitamente a los niños que se presentasen"; 2º, "se procurará con particular cuidado y esmero que en España tengan las vacas en sus tetas los granos vacunos para poder renovar el pus en caso necesario, ocupándose con el mayor celo y actividad en averiguar por todos los medios posibles el punto o puntos del Reino en que haya vacas con viruelas".

El capítulo XVII se va a ocupar de la "policía de la facultad" es decir el perseguir el intrusismo y a tal efecto dicta que los subdelegados lleven la relación de los facultativos ejercientes.

El capítulo XVIII crea una red de funcionarios públicos que son todos aquellos médicos-cirujanos, médicos puros o cirujanos que van a cobrar con dotación fija del erario público del cualquier administración central, provincial o municipal, Junta Superior Gubernativa; juntas superiores provinciales o municipales van a ser nombrados por la Junta Superior Gubernativa y el acceso a las plazas serían por convocatoria pública, con tribunales, por oposición y propuesta en terna.

La figura de los subdelegados se trata en el capítulo XXII. Estos subdelegados son el precedente más directo de lo que más tarde, en 1847, se van a crear como base de la organización sanitaria en todos los distritos judiciales y sus funciones ya quedaron diseñadas en este cuerpo legal que comentamos: "Habrá subdelegaciones en ciudades y cabezas de partido

de las provincias que tengan academia, desempeñando los encargos que las academias les cometieren y con inmediata sujeción a éstas".

Estos subdelegados tenían carácter de "socios agregados" y los nombraba la Junta Superior Gubernativa a propuesta de las academias. En las grandes ciudades podrá haber más de uno, distribuidos por "cuarteles" no pudiendo actuar directamente ante las autoridades, sino a través de la respectiva academia.

Desempeñaban la dirección de la "Facultad" de su partido presidiendo las juntas; "zelarán" el intrusismo y que no "se sobrepasen" de sus títulos; vigilar la conducta (honor) de los facultativos y de proponer sanciones a la academia.

Creo que este reglamento aprobado por Real Decreto de su Majestad Fernando VII con fecha 28 de agosto de 1830 es una verdadera Ley de Sanidad más que un reglamento de academias, ya que se ordena a su través, la función de administrar y regular la salud pública creando una ordenada organización sanitaria. La calificamos de "Primera Ley de Sanidad del siglo" por su contenido, ya que fue sancionada y expedida por Real Cédula del Consejo a todo el Reino con fecha de 15 de enero de 1831. De ahí que a veces se haga referencia al reglamento de 1830 y otras al de 1831.

Fue la primera ley después de los fracasados intentos anteriores en el trienio liberal y se adelanta en 25 años a la Ley General de Sanidad de 1855 aprobada por las Cortes y sancionada por Isabel II, pero en 1830 eran otros tiempos de un absolutismo atroz inquisitorial donde los facultativos, parteras y ministrantes debían de jurar el dogma de la Inmaculada Concepción y renegar del tiranicidio[73], lo que no impide

[73] En los Reales Colegios de Medicina, Cirugía y Farmacia en la ceremonia y juramento de cualquier grado, se incluía entre otras a los médicos, médicos-cirujanos y farmacéuticos en latín, y a los cirujanos romancistas y boticarios su equivalente en castellano con la siguiente fórmula: "juráis defender la Concepción Inmaculada de la Santísima Virgen María, Patrona Protectora de las Españas? Juro.- Juráis defender la soberanía del Rey nuestro señor, no haber pertenecido ni pertenecer a sociedades secretas y no reconocer el absurdo dogma de la Soberanía del Pueblo?- Juro.- Juráis defender y enseñar que a nadie es lícito el Regicidio y el Tiranicidio según se define en la décimo-quinta sesión del Concilio de Constantino.- Juro.-("Reglamento *para el Régimen y Gobierno del Colegio de Medicina, Cirujía y Farmacia del Reino de Navarra.* Pamplona: Imprenta de Javier Goyeneche, 1829).

A los médicos y farmacéuticos se le exigía además la defensa del dogma de la Inmaculada Concepción a pesar de no haber sido promulgado todavía por el Papa; lo fue 25 años después, en 1854.

que debamos considerar al reglamento como un cuerpo legal que se extiende a los campos de la salud pública, a los negocios médicos y a la organización sanitaria.

Su aplicación y desarrollo debió ser precaria ya que estaban supeditadas a la creación de tales academias que fue muy limitada.

El reglamento de 1876

El reglamento de academias de 1830 o de 1831 fue aprobado, "a formar parte con las (academias) provinciales establecidas, al intento de la administración y gobierno de las profesiones médicas; de la higiene pública y de la policía médica, bajo la dirección de la Junta Superior Gubernativa de Medicina, Cirugía y Farmacia con no poca utilidad del servicio"[74]. Así se expresa la exposición de motivos del nuevo reglamento de 1876, lo que corrobora cuanto hemos expuesto.

A partir de 1831 muchas cosas van cambiando en el Reino con el paso del absolutismo a la monarquía constitucional y simultáneamente cambia el gobierno de la sanidad, emergiendo como hemos conocido la organización de la salud pública desde el Estado, con la creación de la Dirección General de Sanidad; la reordenación centralizada del Consejo Nacional; las juntas provinciales se hacen depender de los gobernadores, y las municipales de los alcaldes; se crean los subdelegados de sanidad para los ramos de la medicina, la farmacia y la veterinaria en dependencia de los jefes políticos del Gobierno de la Nación; y se establece la obligación a los municipios de tener facultativos titulares, todo ello entre 1847 y 1855. De este modo las academias pierden su carácter de "administración y gobierno" de la sanidad, lo que requiere en 1861 una modificación estatutaria del reglamento de academias, por la que se limitan sus facultades administrativas y su responsabilidad en salud pública pasando a "auxiliar" al Gobierno y ayudar a la propagación de la vacuna.

La restauración borbónica a la salida del desorden republicano y de la guerra carlista (1872-76) da lugar a una nueva adaptación de las aca-

[74] Estatuto de la Real Academia de Medicina. Real Decreto de 24 de noviembre de 1876 (Gaceta de 25 de noviembre de 1876).

demias que van a depender del Ministerio de Fomento "como corporación encargada de promover el cultivo de la ciencia y consultiva del Gobierno", recuperando su inicial fundamento cuando fueron creadas en 1734. Con la promulgación del Real Decreto de 24 de noviembre de 1876, sus funciones quedan centradas en: ayudar al adelantamiento de las ciencias médicas; examinar las doctrinas para discernir lo verdadero de lo falso; formar un diccionario médico; recoger material para la historia y bibliografía patria; fomentar el estudio y el progreso; ayudar a la propagación de la vacuna; informar y consultar en vacunación, endemias, epidemias, contagios, epizootias y asuntos seleccionados con la salud e instrucción pública; hacer ensayos de remedios nuevos que le encomiende; redactasr la farmacopea y apoyar a los tribunales en medicina forense.

Esta labor "científica" y consultiva ya la hemos visto desempeñar en diversas epidemias que nos han mostrado el estado de los conocimientos médicos españoles.

De toda su competencia anterior en salud pública, el reglamento de 1876 la reduce a una Sección de "Higiene Pública y Privada" y a una "Comisión de vacunación" con el nuevo carácter asesor que ya hemos visto, a propósito de las epidemias de cólera, pero a su vez se crea el Instituto Nacional de Vacunación con tareas especializadas en producción y expansión de vacuna por R.D. de 24 de julio de 1871 y su reglamento fue aprobado por R.O. de 8 de mayo de 1876. De este modo se consolida una galopante decadencia de las academias superada por los impulsos políticos organizativos del Estado y por los avances científicos de las ciencias médicas, superando de este modo el siglo XIX y XX en el estado académico y ceremonioso que la conocemos.

Órganos complementarios a la salud pública del siglo XIX

Parece obligado en este análisis de la sanidad de la XIX centuria hacer referencia a lo que fue o pudo ser la enseñanza de la salud pública en el periodo, y también cuál fue el intento organizativo de los profesionales, esto es, su actuación corporativa que ha venido a identificarse como "colegial".

La enseñanza de la higiene

La enseñanza de la higiene pública ha de ir de la mano de los estudios del arte de curar cuando Fernando VII en 1827 unifica, en un mismo centro las enseñanzas, en los colegios de medicina, cirugía y farmacia acabando con la dispersión de las enseñanzas y sobre todo de los órganos, "colegios" y cofradías que validaban o habilitaban para el ejercicio de la profesión, y con la profusión de "cátedras" provinciales en los hospitales. Las cofradías de médicos y boticarios son originarios de la baja edad media, como agrupaciones locales de médicos nacidas bajo el interés de impedir ejercer a los médicos hebreos, con reglamentos que exigían prácticas religiosas cristianas y que asumían a su vez examinar a los nuevos médicos antes de autorizar su ejercicio en su territorio, con no pocos conflictos con los proto médicos.

Fernando VII. Durante su reinado se aprobaron los reglamentos de los reales colegios de medicina, cirugía y farmacia y el reglamento de las reales academias de medicina de 1830. Desapareció definitivamente el Protomedicato, mantuvo la Junta Suprema de Sanidad y la juntas superiores gubernativas de las profesiones sanitarias.

En este estado de cosas el Rey Absoluto pretende la unificación de la enseñanza en 1827 a través de colegios en Madrid, Barcelona y Cádiz que fue de inmediato seguido por el todavía independiente Reyno de Navarra, en el cual, culminando sus esfuerzos al respecto, que ya había realizado en las Cortes del siglo XVIII y en 1825, creó a imagen y semejanza de los susodichos en su última Reunión de Cortes independientes en 1828-1829, en petición a su Rey Fernando III (VII de España), el "Real Colegio de Medicina, Cirugía y Farmacia del Reyno de Navarra" dotándolo de cinco cátedras. En la sesión de las Cortes de Navarra del día 26 de agosto

de 1828 que estudia el proyecto de ley expresa con claridad los representantes navarros en su "pedimiento" para la creación del colegio: "Igualmente debe tenerse presente cualquiera otra traba que la rivalidad pueda poner a la marcha libre de la ley, pues la experiencia ha demostrado en las continuas tentativas durante estos 3 años del Colegio de San Cosme y San Damián contra las nuevas cátedras (creadas en 1825) que, si no se previenen todos los tiros de la rivalidad y la intriga, el nuevo establecimiento, hijo de la ilustración de vuestra Señoría Ilustrísima, sucumbirá a la continua persecución del estéril y aun perjudicial Colegio de San Come y San Damián[75].

En los nuevos colegios la enseñanza de la higiene queda encomendada a las cátedras de Fisiología, lo que está de acuerdo con el concepto de preservar la salud en la concepción galénica "De sanitate tuenda" y de los "Regimina" de la baja edad media: "el correcto orden entre las partes y el todo", siendo la enfermedad debido a la conducta "extra ordine". En el Colegio de Navarra no obstante, la enseñanza de la higiene se encomienda al catedrático de "Anatomía, enfermedades de los huesos, higiene, vendajes y Cirugía legal y forense", cátedra desempeñada en latín la teoría y en castellano la práctica. No nos cabe duda que la teórica Higiene se explicaría por aforismos hipocráticos y dogmas galénicos en latín y con textos de Tourtelle y Carlos Londe traducidos hacia 1820.

La enseñanza de la higiene ya era independiente en París donde se creó en 1794, pero como tal disciplina no llega a España hasta 1843 con un gobierno Narváez y gracias al nuevo Plan de Estudios de don Pedro Mata por el que se suprimen los colegios y se crean dos únicas facultades unificadas de Medicina y Cirugía en Madrid y Barcelona. Se crean las nuevas cátedras y entre ellas la de Higiene privada e higiene pública, desmarcada de la Fisiología[76]. Un nuevo plan de 1845 desdobla la cátedra: una en 2º año la Higiene Privada, y la otra en 6º curso la Higiene Pública y además se crea una tercera cátedra en el

[75] *Proyecto sobre establecimiento de un Colegio de Medicina, Cirugía y Farmacia.* Actas de las Cortes de Navarra (1530-1829). Libro 19. (1828-1829). Acuerdo 166. Pamplona: Parlamento de Navarra, 1996.

[76] Mercedes Granjel. *Pedro Felipe Monlau y la Higiene Española del siglo XIX.* Salamanca: Cátedra de Historia de la Medicina. Universidad de Salamanca, 1983.

doctorado "Higiene Pública considerada en su relación con el Gobierno". Estas cátedras no fueron desempeñadas por los reputados sanitarios de la época: Mateo Seoane, P. F. Monlau o F. Méndez Álvaro, sino que lo eran por catedráticos que pasaban habitualmente de una a otra asignatura.

Catedrático de Higiene en la Universidad de Madrid lo fue don Lorenzo López al que Pedro Felipe Monlau sustituyó unos meses, entre febrero y octubre de 1854. Este fue un año complejo: año de cólera y año de revolución progresista. No sabemos si alguna de estas circunstancias influyeron en la ausencia y en la sustitución en la cátedra, que la ejerció como sustituto ocho escasos meses, a pesar de su creciente prestigio de autor, siendo sus publicaciones adoptadas como libros de textos.

En 1857 se promulga la reforma de los estudios por la Ley de Instrucción Pública de don Claudio Moyano Samaniego, rector de la Universidad de Madrid, y Ministro de Fomento. Esta "Ley Moyano" que definió la organización de la Educación hasta 1970 desdobla las cátedras de Higiene, y en 1867 se crea un nuevo pilar, la cátedra de Higiene del doctorado que se encomienda (no parece que optara a cátedra por oposición) a don Pedro Felipe Monlau, cuya asignatura se denominó: "Estudios superiores de Higiene Pública y Epidemiología". Se dispone a iniciar el curso 1968-69; se prepara la clase inaugural, y la edita, pero la revolución "Gloriosa", la "Septembrina" y derrocamiento de Isabel II, impide se inicie el curso y el nuevo gobierno suspende la cátedra de doctorado; y de este modo P. F. Monlau se queda de catedrático "nonnato" de la Universidad de Madrid. Otros sin tanta relevancia y sin dedicación a la salud pública desempeñan la cátedra como: Quijano o Santero. En 1886 se volvió a recuperar la cátedra de doctorado hasta la definitiva integración de las 3 cátedras en 1908 con su titular en la materia, profesor Rafael María Forns[77].

[77] Rafael María Forns se licenció en farmacia y en medicina en la Universidad de Barcelona en 1888 y 1889 respectivamente. Ejerció la Otorrinolaringología siendo un destacado innovador en esta especialidad. Obtuvo la catedra de Higiene Privada y Pública en 1908. Fue un pintor de éxito muy destacado, colaborando con el profesor Letamendi en la confección de mapas y atlas endoscópicos.

La Cátedra de Higiene Pública "nonnata" de don Pedro Felipe Monlau

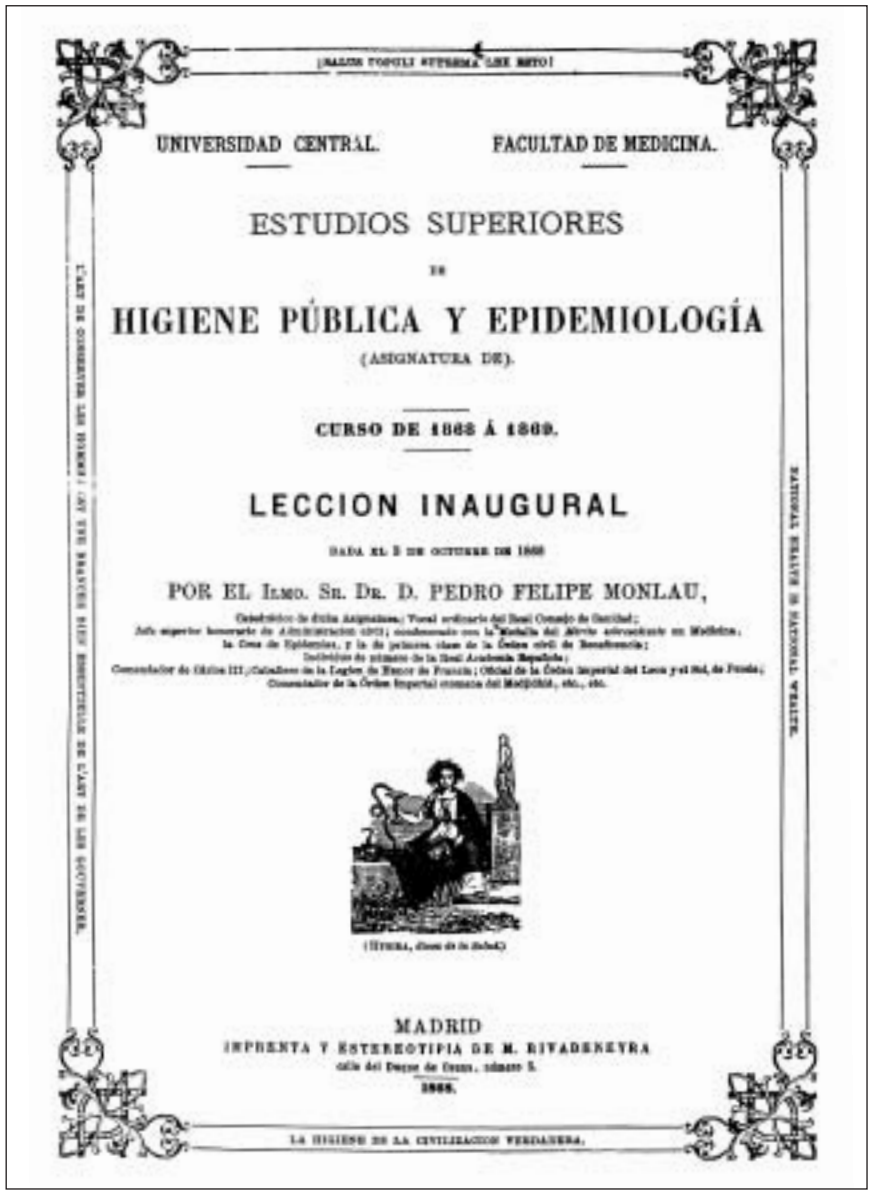
La creada y no nacida cátedra de doctorado encargada a Monlau sobre "Estudios Superiores de Higiene Pública y Epidemiología" cuya lección inaugural del curso estaba prevista para el día 3 de octubre de 1868, fue suspendida. El propio autor debió pegar en la contracubierta de la edición una nota explicativa de por qué no se leyó, "ya que por Decreto de 21 de octubre ha quedado fuera de los estudios del doctorado", pero cree oportuno difundir la lección, impresa en noviembre de 1868[78].

La enorme virtud de Monlau de publicarla y su trabajo rigorista hizo que la preparase a conciencia y la publicara con la fecha puesta antes de ser dictada y constituye un documento de 28 páginas que permite conocer los contenidos de la materia que él mismo califica de "Medicina política" que era los objetivos del curso del doctorado, con propia doctrina frente a la Higiene Privada en 2º curso, y la Higiene Pública en 6º; y la Higiene política o Medicina política que es la que venimos tratando como salud pública, en la línea de Joham Peter Frank, al que nunca cita, verdadero propulsor de la salud pública como ciencia y ocupación de los gobiernos europeos.

El autor inició la lección con una sentencia definitiva: "Hay una medicina que en rigor no cura, pero que hace más que curar porque preserva. Esta medicina es la Higiene" y va desgranando el concepto, el campo de actuación de este nuevo médico, de esta nueva especialidad, conceptos rabiosamente vigentes que vale la pena recuperar en su memoria. Y continúa Monlau: "La etiología o sea el conocimiento de las causas de las enfermedades, y la Profiláctica o sea la preservación, descansan casi por entero sobre la Higiene" y continúa: "No veo lejana la época en que la medicina será casi etiologica"; "No menos meritorio es aconsejar al sano para que no enferme"; "La salud nacional es la riqueza nacional", concepto este último de estado gendarme del XVIII en la línea de Frank.

"Habrá médicos higienistas, nueva y fecunda especialidad". Este último aserto tuvo su cumplimiento con la creación de los inspectores

[78] P. F. Monlau. *Estudios superiores de higiene pública y Epidemiología.* Madrid: Universidad Central, Facultad de Medicina. Imp. y Est. de M. Ribadeneyra, 1868 (28 páginas).



¡SALUS POPULI SUPREMA LEX ESTO!

UNIVERSIDAD CENTRAL. FACULTAD DE MEDICINA.

ESTUDIOS SUPERIORES

DE

HIGIENE PÚBLICA Y EPIDEMIOLOGÍA

(ASIGNATURA DE).

CURSO DE 1868 Á 1869.

LECCION INAUGURAL

DADA EL 5 DE OCTUBRE DE 1868

POR EL ILMO. SR. DR. D. PEDRO FELIPE MONLAU,

Catedrático de dicha Asignatura; Vocal ordinario del Real Consejo de Sanidad; Jefe superior honorario de Administración civil; condecorado con la Medalla del Mérito sanitario en Medicina, la Cruz de Epidemias, y la de primera clase de la Orden civil de Beneficencia; Individuo de número de la Real Academia Española; Comendador de Orden III; Caballero de la Legion de Honor de Francia; Oficial de la Órden imperial del Leon y el Sol, de Persia; Comendador de la Órden imperial otomana del Medjidié, etc., etc.

(Higiea, diosa de la Salud.)

MADRID

IMPRENTA Y ESTEREOTIPIA DE M. RIVADENEYRA

calle del Duque de Osuna, número 5.

1868.

LA HIGIENE ES LA CIVILIZACION VERDADERA.

Discurso inaugural del Dr. Pedro Felipe Monlau para el curso de doctorado Estudios de Higiene Pública y Epidemiología de 1868-1869, que no llegó a leer por haberse suspendido el curso de doctorado debido a los cambios políticos generados por la revolución de septiembre de 1868.

provinciales de Higiene en 1904 y luego en el cuerpo de sanidad nacional en 1924, pero la fecunda realidad de hoy en día es la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública creada en 1978 (R. Decreto 2015/1978 de octubre).

En el documento que comentamos, Monlau plantea en el contenido de la higiene, la terapéutica higiénica o método higiénico-curativo comprendido por la "abstinencia", una dieta absoluta *versus* la sangría; la terapia por el frío y el calor; el régimen alimenticio; el ejercicio físico para curar la "glycosuria y la gota", "pero esta terapéutica cura enfermos pero no cura la enfermedad"; "sólo la salubrificación y la higienización resolverán las epidemias". Parece que se alinea con los infeccionistas, y continúa "sólo las medidas higiénicas ponen obstáculo a la difusión de las epidemias" y finalmente sentencia "La Higiene municipal es el termómetro de la cultura de un pueblo". A pesar de tal planteamiento no cita a Pettenkofer.

Es evidente que en este documento P. F. Monlau no sólo nos va a describir la docencia en salud pública, sino su pensamiento conceptual, en la lección inaugural de su curso en el que espera captar a médicos ya formados hacia su causa. En este alegato no se olvida de los que la han llevado a esa situación a pesar de ser él, el más relevante: "Rindamos homenaje a los creadores del Plan de 1845 (en el que se creó la cátedra de la Higiene pública y privada separada de la fisiología) entre ellos" el más venerado de nuestros higienistas el doctor don Mateo Seoane, ellos propusieron la asignatura del doctorado "Higiene Pública, considerada en sus relaciones con la ciencia del gobierno. Así nace la Medicina Administrativa", y continúa: "En 1867 he tomado su puesto tomando el nombre de Estudios Superiores de Higiene Pública y Epidemiología, gracias a otro gran higienista Méndez Álvaro infatigable apóstol de la dignidad de nuestra ciencia en la prensa, la tribuna y en los altos cuerpos consultivos".

Se siente llamado a la cátedra "para iniciar una enseñanza nueva", ésta de la Medicina Administrativa, es decir, la verdadera sanidad. La lección inaugural no dictada de Monlau va desgranando los contenidos de esta nueva asignatura o ciencia de la que entresaco los siguientes capítulos: "Higiene Municipal; Cementerios; Higiene de la Moral y Buenas costumbres; Higiene Industrial; Población de los Estados, demografía; La subsistencia; Establecimientos carcelarios y penales; buena

organización de los servicios médicos y farmacéuticos; el contagio: las enfermedades importables; organización sanitaria, buena organización de la Higiene y Sanidad Pública como ramo de la Administración pública; Legislación sanitaria; Estadística".

Es evidente que era un nuevo cuerpo de doctrina en el campo académico y se evidencia como hombre clave en las incesantes propuestas a la administración. Sin embargo, resulta desolador su nivel de conocimientos tan atrasados para su época y su ignorancia de las personas y las corrientes relevantes en otros países. John Snow, Claude Bernard, Virchow, Villermé, Pettekofer son ignorados y a pesar de que se entrevé la bacteriología en su tiempo, tampoco es sospechada por él. Es lamentable y un poco sonrojante seguir sus recomendaciones bibliográficas ancladas en el dogmatismo: "Consultemos cuanto han escrito: Hipócrates, Galeno y Sydenham, Bagliri; Boerhaave, Forti, Lepecq de la Cloture, Lancisi y Ozagan".

Mercedes Grangel[79] sitúa a P. F. Monlau, sucesor de los precursores higienistas españoles como Ruiz de Luzuriaga y Mateo Seoane; "en el puente entre la higiene galénica y la higiene positivista rigurosamente científica que definirá el médico alemán Max von Pettenkofer".

Estos fueron los albores de la enseñanza no sólo de la higiene pública y privada, sino de la salud pública como medicina política o administrativa.

Los colegios profesionales

La agrupación de médicos por sí solos o asociados a los farmacéuticos, las dos "facultades" vinculadas al arte de curar con el fin de defender sus intereses y defenderse de los intrusos, tienen un origen remoto en la baja edad media a través de organizaciones gremiales, las cofradías, en las que se asociaban con compromisos cristianos, con lo que impedían el acceso y ejercicio de la medicina a los médicos hebreos. A lo largo de los siglos fueron junto al Protomedicato los jueces de las profesiones médicas y farmacéuticos; y a falta de estudios públicos, examinaban y autorizaban o aprobaban a quienes quisieran ejercer el

[79] M. Granjel. Obra citada.

arte de curar. No siempre las cofradías se llevaron bien con los protomédicos, médicos principales con poderes públicos emanados del Rey o del Consejo del Reino, a no ser que éstos se sometieran al "placet" de las cofradías, o salieran de su seno[80].

Las cofradías ejercieron una endogamia y un conservadurismo oscurantista por lo que a lo largo del siglo ilustrado se opusieron a todo cambio, progreso y sobre todo a la pérdida de poder en los exámenes de facultativos y autorización de su ejercicio, poniendo toda suerte de trabas al nacimiento de los estudios reglados de los colegios.

En Navarra esta oposición se puso en evidencia con motivo de la creación de las cátedras en el Hospital General, por las Cortes de Navarra, pero la voluntad de los estamentos políticos reunidos en Cortes de 1828-1829, a la vez que crearon el Colegio de Medicina, Cirugía y Farmacia para impartir estudios reglados de medicina, medicina y cirugía, cirugía, parteras y boticarios, disolvió definitivamente los colegios de san Cosme y san Damián de Pamplona y de Tudela, librándose de la pesadilla de este grupo de presión, que como hemos citado era estorbo y dificultad para la creación del Real Colegio[81].

Las cofradías, como órganos de control del ejercicio y defensa frente al intrusismo, desaparecen prácticamente a la vez que el Protomedicato, y van a ser los colegios en los que se cursan los estudios los encargados de garantizar la formación segura, con el reglamento de 1827 para el resto de España, y en Navarra con la Ley de Cortes de 1829.

Desasistidos los profesionales de un asociacionismo corporativo y reglado su ejercicio por instituciones públicas como fueron las juntas superiores gubernativas, los subdelegados de medicina de las reales academias de medicina primero y del gobierno central después a través de los gobernadores, se inicia al final de la década de los años 70, un movimiento de conciencia colectiva de los médicos y farmacéuticos frente al trato y abusos de las corporaciones municipales que estaban obligados a contratarlos a partir de la Ley de 1855 y de acuerdo con el reglamento de partidos titulares municipales; si bien en unas condiciones de

[80] J. Sánchez. El Protomedicato Navarro. Tesis doctoral (Mecanografiado).

[81] Reglamento *para el Régimen y Gobierno del Colegio de Medicina, Cirugía y Farmacia del Reino de Navarra.* Pamplona: Imprenta de Javier Goyeneche, 1829.

precariedad. Este movimiento fue promovido por la prensa médica queriendo poner remedio a los males de la sanidad en general y, en particular, a la situación de los facultativos rurales, lo que consiguieron en parte tras un llamamiento en toda España con fecha 14 de agosto de 1878 por medio de las páginas de sus correspondientes revistas, convocando un Congreso médico-farmacéutico profesional que había de celebrarse el 15 de octubre[82]: "en cuyo seno se discutan y aprueben todas las reformas que exige el precario estado de las profesiones sanitarias y de donde emanen acuerdos de reconocida utilidad e importancia". La convocatoria abierta se dirigió en especial a los médicos rurales los cuales mandarían sus representantes previas reuniones, que deberían convocar los subdelegados de los partidos. El congreso se ocupó de los puntos concretos siguientes: 1º. De la organización de colegios independientes en todas las provincias de España; 2º. De las modificaciones que acerca de la Ley de Sanidad deben proponerse al Gobierno; 3º. De la organización del servicio farmacéutico municipal; 4º. De la determinación legal de las relaciones que existen entre las clases médicas y los municipios; 5º. De la organización del cuerpo forense.

También fueron convocados a través de representantes, los cuerpos de beneficencia, cuerpo de sanidad civil marítima, y médico forense; médicos de baños; claustros universitarios; corporaciones médico-farmacéuticas de carácter profesional; y médicos y farmacéuticos libres de las capitales de provincia, que componían el amplio espectro de las clases sanitarias.

La respuesta fue bastante generalizada con 400 asistentes, acudiendo por parte de Navarra en representación del distrito de Pamplona don Francisco Colmenares[83] farmacéutico de la capital, don Manuel Jadraque, médico de Aranaz y don Julián Calleja, con ejercicio en Tudela.

[82] Los convocantes nos dan noticia de las revistas médicas en el momento de la convocatoria en 1878: El Progreso médico; Los Anales de la Sociedad ginecológica española; Los Avisos; El Genio médico-quirúrgico; La Farmacia Española; La Revista de Medicina y Cirugía prácticas; Anales de la Sociedad Española de Hidrología Médica; Semanario Farmacéutico; Anales de Ciencias Médicas; El Anfiteatro Anatómico Español; Gaceta de Sanidad Militar; Revista especial de Oftalmología, sifilografía, dermatología y afecciones urinarias; La Salud; La Clínica; La Razón; Revista médico Salmantina; Restaurador farmacéutico.

[83] En la segunda parte lo volvemos a encontrar con polémica en el ejercicio profesional.

A los efectos que nos ocupamos, el Congreso organizado en comisiones aprobó el 21 de octubre el dictamen de la comisión de colegios médico-farmacéuticos en el que se contenían los "Estatutos para la constitución de colegios médico-quirúrgico–farmacéutico en toda España" como un cuerpo reglamentario completo cuyo objeto y fin era "crear asociaciones de los profesores de medicina, cirugía y farmacia ejerzan o no sus respectivas profesiones", siendo por tanto el "custodio de los profesores colegiados en defensa de sus intereses profesionales y el juez que dirima sus discordias, juzgue y falle en todos los casos en que se falsee y ataque la moralidad médica" y "remediará con la constitución de una sociedad de socorros mutuos la invalidez de los profesores y las miserias de las viudas y huérfanos de los mismos"[84].

Su creación no fue inmediata como correspondía a la "velocidad" del siglo y a las difíciles circunstancias sociales, pero la semilla estaba puesta y unos años más tarde, tras el Congreso médico-farmacéutico de 1891 se fundó el Colegio médico-farmacéutico vasco-navarro, con su Revista "La Región médico-farmacéutica Vasco-Navarra" al que se incorporaron médicos y farmacéuticos de Navarra, Álava, Guipúzcoa, Vizcaya, Logroño, Zaragoza, Huesca, Teruel y Soria. Se formaron secciones provinciales, siendo la navarra presidida por don Víctor Laquidain. El punto de inflexión llegó con la oficialidad de los colegios a través del Real Decreto de 12 de abril de 1898 en el que se establecía la colegiación obligatoria y quedaban separados los colegios médicos y farmacéuticos. En Navarra fue elegido presidente por el de médicos don José Diestro y Vega y por el de farmacéuticos don Joaquín Barraguán, quedando constituido el primero, el 20 de abril de 1899[85].

Acabó el siglo por tanto con la creación de un nuevo órgano de la sanidad representativo de las profesiones médicas y farmacéuticas que habían estado ausentes en toda la centuria, órgano que se desarrollará de manera efectiva en el siglo XX, con los mismos fines que se intentaron en 1878.

[84] *La Razón. Boletín Profesional médico-farmacéutico vasco-navarro.* San Sebastián. Antonio Baroja: Año II Tomo 2º de 31 de enero de 1879, pág. 26-35.

[85] María Dolores Martínez Arce. Historia del Ilustre Colegio Oficial de médicos de Navarra, 1899-2000. Pamplona: Ilustre Colegio Oficial de médicos de Navarra, 2003.

En síntesis: en el siglo XIX se producen los cambios políticos, sociales y del conocimiento en las ciencias de la salud, que permite el que los gobiernos asuman responsabilidades no sólo en atajar los peligros sobre la población cuando estos surgían sino asumir una responsabilidad de manera estable sobre la protección de la salud. Cuatro son los ejes sobre los que se actúa desde el Gobierno de la Nación que las corrientes liberales van estableciendo y consolidando: la regulación del ejercicio profesional; un poder cada vez más centralizado; una incipiente organización sanitaria provincial uniforme para todas las provincias y municipios, bajo las órdenes del gobernador civil y alcaldes como órgano desconcentrado del poder central; y una organización territorial descentralizada bajo la responsabilidad de las figuras personales de los subdelegados de sanidad y los médicos titulares, con una base común y general si bien bajo dependencia municipal. Estos cuatro ejes de actuación va a ser implantado a través de las normas que el Estado Central va promulgando dando lugar a un entramado jurídico en el que se construye y sustenta la sanidad española del siglo XIX (Anexo 9).

Esta legislación no atiende todavía derechos individuales en realación a la asistencia sanitaria salvo la asistencia domiciliaria (a cargo de los ayuntamientos) y hospitalaria de las necesidades de los pobres (a cargo de las diputaciones provinciales), cumpliendo el principio liberal decimonónico de la fraternidad, de la filantropía que en el ámbito público y político, se organiza como beneficencia. Esta rama de la administración pública no evoluciona en España hacia los regímenes de ayudas mutuas públicas para la asistencia médica de los trabajadores como ya lo era en Alemania o Inglaterra en respuesta a revoluciones sociales. En España las revoluciones eran político-militares y no sociales. La preocupación de los gobiernos españoles en la protección de los derechos individuales va a tener que esperar al siglo XX.

A la normativa sobre la organización se añadió de forma incipiente la referida a las medidas técnicas (Anexo 10) de acuerdo con los conocimientos de la época en forma de instrucciones, recomendaciones de salubridad de policía médica o medidas de actuación profesional en su mayoría a través de reales órdenes de aplicación general, que habría de aplicar la incipiente organización periférica o los médicos asistenciales. En ella las juntas provinciales o municipales y los subdelegados de sanidad, van a ser el doble instrumento para su aplicación.