

**PONENCIAS****FUERZAS SOCIALES Y DESARROLLO DE LA SALUD PUBLICA  
EN ESPAÑA. 1917-1923\*****Rafael Huertas**

Departamento de Historia de la Ciencia. Centro de Estudios Históricos. CSIC. Madrid.

\*Trabajo realizado en el marco del Proyecto de Investigación n.  H045/91, subvencionado por el Plan Regional de Investigación de la Comunidad Autónoma de Madrid.

La crisis final de la Restauración (1917-1923) constituye un período de la historia de España en el que las "fuerzas sociales", consideradas en sentido amplio, adquieren un protagonismo hasta entonces inédito en la vida política y social del país.

Dicho período, que tiene como comienzo la Huelga General de 1917 y que finaliza con la Dictadura de Primo, ha sido calificado por los historiadores de muy diversas maneras: sexenio crítico, época de "conatos revolucionarios"<sup>1</sup>, "crisis de la Restauración"<sup>2</sup>, etc., pero resulta prácticamente unánime la consideración de la existencia de una crisis de legitimación del sistema, con una fuerte contestación de lo que se ha llegado a denominar "fuerzas anti-sistema"<sup>3</sup>; de modo que, si hasta 1917, la monarquía parlamentaria española sobrevivió sin grandes contratiem-

pos, la crisis económica, la agitación social y política y la guerra colonial en Marruecos ejercieron presiones sin precedentes que motivaron una "crisis estructural" muy grave de la que la sociedad española ya no pudo recuperarse. Paul Aubert ha señalado que dicho año constituye el final económico, político e ideológico del siglo XIX, en el que, además, "nuevos protagonistas expresan aspiraciones democráticas fuera del marco institucional"<sup>4</sup>. Podemos hablar, pues, de una crisis política abierta —de hegemonía y de autoridad— que, en el sentir de Tu n de Lara, no debe ser entendida como una disfunción sino como la consecuencia de un antagonismo social entre un bloque de poder internamente dividido y unas masas cada vez más conscientes<sup>5</sup>. Junto a todo ello, no podemos olvidar el importante papel que el avance del corporativismo —en permanente enfrentamiento dialéctico con las concepciones netamente liberales— jugó en la quiebra del orden liberal, al menos tal y como éste había venido desarrollándose desde hacía más de un siglo<sup>6</sup>. Fuerzas "anti-sistema" y

<sup>1</sup> Maura Gamazo, G. Bosquejo histórico de la Dictadura. Madrid: 1939; p. 9.

<sup>2</sup> Aunque clásicamente se considera la crisis de la Restauración al reinado de Alfonso XIII, reservándose para el período estudiado el término "crisis final", algunos autores insisten en que fue sólo a partir de 1917 cuando estallaron críticamente las contradicciones internas de un sistema que puso en evidencia su agotamiento ante la nueva situación nacional. Esta precisión cronológica puede verse en la obra colectiva coordinada por García Delgado, J.L. La crisis de la Restauración. España entre la Primera guerra mundial y la II República, Madrid: 1986 en particular el trabajo de Arostegui, J. "El insurreccionalismo en la crisis de la Restauración", pp. 75-99.

<sup>3</sup> Uno de los más destacados análisis sobre el papel de las fuerzas de oposición al régimen de la Restauración es el realizado por Meaker, G. La izquierda revolucionaria en España. 1914-1923. Barcelona: 1974.

<sup>4</sup> Aubert, P. (1978) "Los intelectuales y la crisis de 1917" En La crisis del estado español, 1898-1936, Madrid: 1978: 246.

<sup>5</sup> Tu n de Lara, M. (1978) "Rasgos de la crisis estructural a partir de 1917" En La crisis del Estado Español, 1899-1936, Madrid: 1978: 15-31.

<sup>6</sup> Véase Elorza, A., Arranz, L. y Del Rey, F. Liberalismo y corporativismo en la crisis de la Restauración En García Delgado, J.L. 1986 (ed.) La crisis de la Restauración España, entre la primera guerra mundial y la II República, Madrid: 5-50. Asimismo, Villacorta, F. Profesionales y burócratas. Estado y poder corporativo en la España del siglo XX. 1890-1923, Madrid: 1984.

fuerzas corporativas que van a desempeñar un desigual papel —como catalizadores y/o como protagonistas directos de conflictos sociales— dependiendo del ámbito y de la problemática que consideremos. En lo que se refiere a la Salud Pública, la penosa situación sanitaria española, repetidamente denunciada por higienistas y médicos reformadores<sup>7</sup>, agravada por la epidemia de gripe de 1918-19<sup>8</sup>, dio pie a iniciativas públicas y privadas<sup>9</sup> que intentaron, con mejor o peor fortuna, hacer frente al importante vacío administrativo y legislativo existente y que la Instrucción de Sanidad de 1904, todavía vigente, no era capaz de cubrir satisfactoriamente.

<sup>7</sup> Son múltiples las referencias bibliográficas que pueden encontrarse en este sentido, tanto en las publicaciones médicas de la época —Medicina Ibero, La Medicina Social Española, etc.— como en monografías más o menos extensas e influyentes de las que, a modo de ejemplo, podemos citar Martín Salazar, M. La sanidad en España, Discursos leídos en la Real Academia de Medicina, Madrid: 1913, y Murillo, F. La defensa social de la Salud Pública, Discursos leídos en la Real Academia de Medicina, Madrid: 1918.

<sup>8</sup> Sobre esta epidemia existe una reciente tesis doctoral de Echeverri, B. La pandemia de Gripe de 1918-19 en España, Universidad Complutense de Madrid 1990 (inédita), así como diversos estudios sobre la repercusión de la misma en regiones concretas; entre estos últimos pueden citarse Castellanos, J. y Ramos, M.D. 1985 Enfermedad y crisis social: La gripe en Málaga (1918), Málaga; Bernabeu, J. (coord.) La ciutat davant el contagi. Alacant i la Gripe de 1918-19, Valencia: 1991; Rodríguez Ocaña, E. La Grip a Barcelona: un greu problema esporàdic de salut pública. Epidèmies de 1889-90 i 1918-19 En Cent anys de Salut Pública a Barcelona. Institut Municipal de la Salut, Barcelona: 1991: 131-156.

<sup>9</sup> A finales de 1918 se funda en Madrid el Instituto de Medicina Social con el objetivo expreso de promover la regeneración sanitaria, la educación de la población, la motivación de las autoridades hacia los problemas sanitarios, así como el estudio y la investigación en materia de Medicina Social. Los estatutos del Instituto pueden encontrarse en Aguado, A. y Huerta, L. Cartilla popular de Medicina Social, Madrid: 1919. Sobre dicha institución, véase Alvarez Pelaez, R. (1988) "El Instituto de Medicina Social: primeros intentos de institucionalizar la eugenesia" *Asclepio* 1988; 40: 343-358. También Rodríguez Ocaña, E. La constitución de la Medicina Social como disciplina en España (1882-1923), Madrid: 1987: 36 y ss.

## MEDICINA SOCIAL Y MOVIMIENTO OBRERO

La mejora de las condiciones de vida y de trabajo del proletariado, constituye sin duda una vieja aspiración del movimiento obrero desde sus comienzos<sup>10</sup>. Es de sobra conocido que las desigualdades sociales condicionan, de manera definitiva, las diferencias en el modo de enfermar entre ricos y pobres<sup>11</sup>, de manera que aspectos que no dependen estrictamente de la organización de los servicios sanitarios, como la vivienda, la alimentación, la higiene y la seguridad en el trabajo, etc., forman parte de antiguas reivindicaciones obreras que redundan en la salud de los trabajadores.

Estas son la coordenadas en las que podemos situar la relación entre reivindicación obrera y Salud Pública durante años. Ejemplo suficientemente significativo es, en este sentido, la actitud del Partido Socialista Obrero Español, a través de su más importante órgano de expresión, ante la epidemia de gripe del año 18. Como bien ha indicado M.I. Porras en uno de sus estudios sobre dicho brote epidémico, *El Socialista* denunció la mayor mortalidad en los barrios proletarios, así como la relación entre las condiciones de vida —hambre, hacinamiento, etc.— y la mayor predisposición de la clase obrera a contraer la enfermedad<sup>12</sup>. Ante esta situación,

<sup>10</sup> Desde el clásico trabajo de F. Engels sobre La situación de la clase obrera en Inglaterra, muchas han sido las aportaciones al respecto, ampliamente recogidas por la historiografía mundial. Para España, una reciente contribución colectiva puede verse en Huertas, R. y Campos, R. (coords.) Medicina Social y Clase Obrera en España (siglos XIX y XX), Madrid: 1992.

<sup>11</sup> Una reciente reflexión sobre el tema es la efectuada por Berlinguer, G. Salud y desigualdades En Huertas, R. y Maestro, A. (coords.) La ofensiva neoliberal y la sanidad pública, Madrid: 1991: 15-37.

<sup>12</sup> Porras, M.I. La epidemia de gripe de 1918-19 en la prensa obrera En Huertas, R. y Campos, R. (coords.) Medicina Social y Clase Obrera en España (siglos XIX y XX), Madrid: 1992. De esta autora puede verse, asimismo, Porras, M.I. La Real Academia Nacional de Medicina y la problemática sobre la etiología de la gripe en la epidemia de 1918-19 En González de Pablo, A. (coord.) Medicina Contemporánea. Orígenes y evolución, Madrid: 1993: 103-132.

las propuestas socialistas se van a centrar en: "Higienizar la población, y especialmente los barrios obreros; construir alcantarillado, sanear las viviendas, fomentar la construcción de las casas baratas e higiénicas y procurar que los acaparadores no realicen un negocio criminal a costa del hambre"<sup>13</sup>.

Como se ve, medidas políticas y económicas encaminadas básicamente a mejorar infraestructuras, medidas de higiene pública<sup>14</sup> —que priorizan la limpieza y el saneamiento del medio físico donde se asienta una colectividad— que aunque realizadas en plena época epidémica, bien podrían corresponder a cualquier otro momento. Todavía no se encuentra, pues, en el movimiento obrero<sup>15</sup>, propuestas sanitarias concretas —esto es, sobre la estructura administrativa organizada por los poderes públicos con fines higiénicos o médico-sociales— que permitan, bien en el plano asistencial, bien en el plano preventivo, valorar un papel protagónico en el desarrollo de la Salud Pública.

Habría que esperar a la II República para encontrar un primer documento, de gran valor historiográfico en mi opinión, aunque aislado y sin posibilidades de desarrollo ulterior, en el que se introduce de manera explícita la salud como un elemento más de las reivindicaciones obreras. Me refiero a la Ponencia que sobre "Política Sanitaria" fue presentada en el XVII Congreso Ordinario de la Unión General de Trabajadores de 1932. En dicho texto se exponía: "Hasta hace poco los trabajadores mismos luchaban por asegurarse el pan con un salario justo y la instrucción en la escuela gratuita y bien organizada. Os cabe a vosotros el honor de in-

cluir hoy en nuestro programa otra nueva y no menos justa pretensión: asegurarse la salud. Instrucción, bienestar económico, salud: he aquí un bello programa a desarrollar. El solo hecho de incluir en nuestro programa el derecho a la salud basta (...). Pero aun hay más, el luchar por la salud, recordando el régimen capitalista actual, supone oponeros a la explotación de los dolores humanos, que nos separa en categorías de enfermos. Es necesario que el desvalido y el enfermo encuentren en todo momento, como un derecho adquirido por el solo hecho de nacer, la asistencia debida"<sup>16</sup>.

El descalabro que para los movimientos sociales en general, y el obrero en particular, supuso la Dictadura franquista hizo imposible, durante muchos años, profundizar en el sentido apuntado por los médicos ugetistas. Por eso, la exigencia de unos servicios sanitarios públicos de calidad y accesibilidad garantizada a toda la población y, en definitiva, la puesta a punto de un discurso "sanitario" por parte de los sindicatos de clase y de las fuerzas políticas de izquierda debe entenderse en una fase muy posterior donde, junto a los planteamientos tradicionales y genéricos de superación de las desigualdades, la lucha de clases se traduce también en cuestiones concretas como la identificación de prioridades —en las inversiones, por ejemplo— en función de las necesidades sanitarias de la población y en la defensa de un determinado modelo de servicio sanitario público (Servicio Nacional de Salud) que garantice la equidad, la planificación democrática y la participación en el funcionamiento del sistema de salud. Tales principios no fueron incorporados en España hasta las "luchas sanitarias" del tar-

<sup>13</sup> El Socialista 14 de octubre de 1918, n.º 3365, p. 2.

<sup>14</sup> Sobre la evolución histórica de la terminología a la hora de definir conceptos como "higiene pública" e "higiene social", es de utilidad Rodríguez Ocaña, E. 1987, pp. 14 y ss.

<sup>15</sup> Aunque las fuentes manejadas para la elaboración del presente ensayo han sido socialistas, pienso que la valoración puede hacerse extensiva al movimiento anarquista.

<sup>16</sup> Actas del XVII Congreso Ordinario de la Unión General de Trabajadores, p. 312. La Ponencia estaba firmada por Cipriano Pastor, Julio Bejarano, Sadi de Buen, Celiano Martín, Isidro Cameno, Manuel Sierra y José Pérez. Sobre las tendencias existentes en la República puede verse Huertas, R. "La concepción de los servicios sanitarios públicos en la II República" En Huertas, R. y Campos, R. (coords.) Medicina Social y Clase obrera en España (siglos XIX y XX). Madrid: 1992: pp. 565-580.

dofranquismo y, ya en la transición democrática, con la aparición en las reivindicaciones sindicales, y en los programas de los partidos políticos marxistas, de contenidos explícitos con política sanitaria, aunque con desiguales grados de elaboración<sup>17</sup>.

### EL CONCEPTO DE PROLETARIADO MEDICO Y LA NACIONALIZACION DE LA MEDICINA

Más trascendencia tuvo la actuación de las fuerzas corporativas médicas en los debates que, sobre la necesaria reestructuración sanitaria del país, se produjeron durante la crisis de la Restauración. La Asociación de Médicos Titulares, fundada en 1902, que ya había protagonizado un importante enfrentamiento con la Dirección General de Sanidad con motivo de la promulgación del "Reglamento del Cuerpo de Médicos Titulares de España"<sup>18</sup>, aparece, sin duda, como la fuerza corporativa más combativa y más enfrentada a la Administración Sanitaria<sup>19</sup>. Augusto Al-

marza, presidente de la Asociación, se convierte en el líder de todo un movimiento que, siempre en defensa de los intereses de los médicos titulares, se iniciará en el verano de 1921 cuando un grupo de médicos rurales firmaron en Haro un Manifiesto que, difundido en el *Boletín de la Asociación de Médicos Titulares*, se convirtió en el punto de partida de un intenso y apasionado debate sobre el papel del Estado en la organización de la Salud Pública.

Si analizamos brevemente el contenido del Manifiesto y los posteriores comentarios que, publicados en el mencionado *Boletín*, contribuyeron a enriquecer y desarrollar sus argumentos, podemos advertir, junto a interesantes propuestas de reorganización sanitaria —intentos de paliar el "problema de la sanidad"—, claras reivindicaciones de mejora de las condiciones económicas y contractuales de todo un colectivo de profesionales que se sienten explotados por los caciques de la España rural y que constituyen un "proletariado médico" frente a los especialistas de la ciudades y, sobre todo, frente a una "oligarquía médica" constituida por los responsables de la Administración sanitaria<sup>20</sup>.

En el Manifiesto de Haro se aboga, por primera vez en la literatura médica española, por la "nacionalización de la medicina", término con el que se pretende una reorganización de los servicios sanitarios del país pero, sobre todo, la redefinición del cometido de los médicos titulares. La nacionalización de la medicina consistiría, según el Manifiesto, "en asignar a cada médico la zona sobre la que ha de ejercer la inspección higiénica y sanitaria con la obligación aneja de prestar asistencia facultativa a los enfermos de dicha

<sup>17</sup> Entre los trabajos que, en ese momento, alcanzan mayor difusión podemos destacar Infante, A. (coord.) *Cambio Social y Crisis Sanitaria*, Madrid: 1975. Acarin, N. *et al* *La salud. Exigencia popular*, Barcelona: 1976. Análisis recientes de esas propuestas han sido efectuadas por Maestro, A. *Situación actual y perspectivas del sistema sanitario público en España. La alternativa de Izquierda Unida*, Madrid: 1990. El texto corresponde a una Conferencia impartida en la Escuela Nacional de Sanidad.; Maestro, A. *La alternativa sanitaria de la izquierda española: su proceso de construcción desde la transición democrática* y Pérez Iglesias, F. *Los planteamientos sanitarios de los sindicatos de clase en la transición española, ambos recogidos en Huertas, R. y Campos, R. (coords.) Medicina Social y Clase Obrera en España (siglos XIX y XX)*, Madrid: 1992: 595-623 y 581-593 respectivamente.

<sup>18</sup> Dicho Reglamento fue promulgado el 11 de octubre de 1904 y en él se confirmaba la inamovilidad en el cargo de los médicos titulares, con contratos de duración ilimitada.

<sup>19</sup> De entre las múltiples organizaciones corporativas existentes: Unión Médica Nacional, Comité Ejecutivo de la Clase Médica, Federación de Sanidad Civil, etc., etc., me centraré en el análisis de las formulaciones de la Asociación de Médicos Titulares por entender que son las más relacionadas con el desarrollo de la Salud Pública.

<sup>20</sup> En la Asamblea de Cuerpo de Médicos Titulares, celebrada en Madrid los días 25, 26 y 27 de octubre de 1922, se aludió en repetidas ocasiones a los "técnicos de Sanidad" que colaboraban con el Ministerio, en la Inspección General de Sanidad, como "oligarquía médica" o como "los médicos magnates de Gobernación". Véase el *Boletín de la Asociación de Médicos Titulares*, n.º 621, correspondiente al 28 de octubre de 1922, pp. 1147 y ss.

zona que la reclamen”<sup>21</sup>. Aunque sin desarrollarlos en exceso, se introducen conceptos básicos como la sectorización y la unificación de labores de prevención y de asistencia, proponiéndose para el desempeño de las mismas la creación de un Cuerpo de Médicos Nacionales que, al igual que otros funcionarios del Estado, recibirían un sueldo directamente del erario público —y no de los Ayuntamientos, evitando así la dependencia del médico de los caciques locales—, para lo cual se propone la instauración de una “contribución sanitaria”, “a la que contribuirá todo el que no sea pobre de solemnidad, y que recaudará el Estado por medio de sus delegados de Hacienda, lo mismo que lo hace con los demás impuestos”<sup>22</sup>.

Es interesante constatar como la financiación de este supuesto modelo de servicio sanitario “nacionalizado” se pone en relación con la desprestigiada campaña de África, con un doble propósito: por un lado, ante el enorme despilfarro de dinero público que supone la guerra en Marruecos, demostrar la viabilidad del “impuesto sanitario”; por otro, acercarse a una opinión pública cada vez más sensibilizada ante un conflicto bélico colonialista que obligaba a los ciudadanos a “postular en la calles y entregar a sus hijos” (...) “Ese ciudadano no puede ser un obstáculo a la nacionalización o socialización de la Medicina, tanto más cuanto que ello no significa nueva expropiación, sino que, por rodear de mayores garantías su salud, a él ha de favorecerle en primer término”<sup>23</sup>.

<sup>21</sup> “Manifiesto” Boletín de la Asociación de Médicos Titulares, número extraordinario de noviembre de 1921, pp. 5-8, p. 6. El “Manifiesto” estaba firmado por 25 médicos entre los que no se encuentra el inspirador del mismo por no pertenecer, en ese momento, al partido de Haro.

<sup>22</sup> *Ibid.*, p. 7.

<sup>23</sup> Martínez, A. “Sobre la nacionalización de la medicina. III” Boletín de la Asociación de Médicos Titulares 1922: 591: 331-335, p. 335. Albino Martínez fue uno de los más arduos defensores de la “Nacionalización”, siendo autor de una serie larga de artículos que con el mismo título —“Sobre la nacionalización de la medicina”— fueron publicados a lo largo de la primera mitad del año 1922. En lo sucesivo citado con el nombre del autor y la

La conversión de los médicos titulares en un Cuerpo de funcionarios del Estado (con sueldo fijo y asegurado, montepíos de jubilación e invalidez, posibilidad de licencias, permutas, etc.) es, no cabe duda, el objetivo final de la reivindicación corporativa, la forma de salir de esa situación de “proletarización” y explotación a la que muchos se sienten sometidos.

El término “proletariado médico” es utilizado con relativa frecuencia en los medios de información sanitaria para aludir a la “obligada penuria”<sup>24</sup> de muchos profesionales que, ejerciendo o en el medio rural o en el urbano<sup>25</sup>, esperan del Estado la seguridad económica que les resulta imposible obtener mediante la práctica médica liberal. Se insiste, así, en que “el pago por el Estado, aspiración unánime del Cuerpo de médicos titulares, de realización inmediata, [es] el primer paso en el camino que ha de seguirse para llegar a la nacionalización de los servicios médicos”<sup>26</sup>.

Un “proletariado médico” que insistirá en su cercanía con los trabajadores manuales y las clases populares cuando asegura, con el paternalismo propio de los que jamás llegarán a asimilarse a la clase obrera, que “socializar o nacionalizar la medicina será obra que llegarán a implantar las clases inferiores de la Sociedad cuando se penetren de que esa es su conveniencia como lo es también para el

<sup>24</sup> Así, por ejemplo, el artículo de Elviro Berdeguer, A. El proletariado médico-rural. Nacionalización de la medicina española *El Siglo Médico* 1922: II: 119-122. Incluso Francos Rodríguez llegó a pedir el indulto, al Ministro de Gracia y Justicia, para un médico rural porque, aunque cometió un delito, “circunstancias especiales, ligadas a esa misma situación de miseria en que se encuentra el proletariado de la clase médica, le indujeron a cometer el crimen” [*Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados*, 8 de agosto de 1919, p. 886.]

<sup>25</sup> Para comprender las características, históricamente condicionadas, del ejercicio médico en el medio rural, es imprescindible el trabajo de Albaracín, A. “La asistencia médica en la España rural durante el siglo XIX” *Cuadernos de Historia de la Medicina Española* 1974: 13: 133-204.

<sup>26</sup> Martínez, A. (1922), p. 133.

país y para los mismos médicos”<sup>27</sup>, mostrándose convencidos de que “Fácilmente las colectividades obreras harían suyo nuestro programa, porque fácilmente se percatarían de su importancia y trascendencia para su bienestar”<sup>28</sup>.

Las llamadas a la movilización o, al menos, a la toma de conciencia, son frecuentes en la prensa médica. “La nacionalización de la medicina” —se dirá— “es problema que reclama urgentemente la formación de una conciencia colectiva impulsora de los movimientos de la clase médica española hacia la conquista de lo que a algunos parecerá un sueño”<sup>29</sup>. Es en este intento de acercamiento e identificación con las clases populares, y en la necesidad de conseguir la máxima capacidad organizativa, en el que hay que entender la propuesta de integración nada menos que en un sindicato de clase como la UGT. Tal iniciativa, planteada en diversas ocasiones en el seno de la Asociación de Médicos Titulares, nunca prosperó pero no puede negarse la habilidad de sus dirigentes al pretender asimilar la lucha corporativa con la sindical: “no estando organizados para constituir una fuerza capaz de hacerse escuchar, podíamos y debíamos ingresar en la Unión General de Trabajadores, seguro de que ésta haría suyo nuestro programa”, aun siendo conscientes de que “en la Asociación caben todas las ideas políticas, desde la carlista a la socialista y que el ingreso en la Unión General de Trabajadores no significa la adjuración de nuestro pensamiento”<sup>30</sup>.

Solo a través de este programa de nacionalización, entienden los titulares firmantes

<sup>27</sup> La cita corresponde a un texto firmado por A. ALMARZA y publicado, sin título, a continuación del “Manifiesto” en Boletín de la Asociación de Médicos Titulares, número extraordinario de noviembre de 1921, p. 9.

<sup>28</sup> Martínez, A. (1922), p. 332.

<sup>29</sup> Ibid, p. 304.

<sup>30</sup> La cita corresponde a la conferencia inaugural de la Asamblea del Cuerpo de Médicos Titulares de octubre de 1922, pronunciada por A. Almarza y recogida en el Boletín, n.º 621, p. 1169.

del Manifiesto, se podrá resolver “de un sólo golpe el problema de la Sanidad en España, por la división en zonas de cada urbe y la asignación, para cada una de ellas, de un Inspector de Sanidad”<sup>31</sup>, asegurándose, de este modo, un servicio estadístico, una organización científica de la lucha contra las enfermedades infecciosas, etc., que permitiría al Estado disponer de una “organización sanitaria poderosa para todo lo referente a higiene pública, que habría de dar sus frutos desde el primer momento”<sup>32</sup>. Junto a ello, se garantizaría la gratuidad de la asistencia a las familias de la zona, así como la mejora de la situación económica de los médicos titulares, “pues el médico, con retribución decorosa del Estado, verá recompensados sus servicios y desvelos, lo que le hará trabajar con una mayor tranquilidad y un mayor estímulo”<sup>33</sup>.

Se pretende con ello ofrecer, en contrapartida a las mejoras en el empleo, un servicio sanitario integral que, cubriendo labores asistenciales y profilácticas, supere las fórmulas liberales del ejercicio médico, vigentes a comienzos de siglo, modificándolas ante las nuevas demandas asistenciales, ya que “por entonces era sólo la Beneficencia municipal o sea los pobres de solemnidad; hoy se hace necesario, mejor dicho, indispensable, abarcar el amparo oficial a la clase obrera, media y pequeños comerciantes o propietarios (...). Si las familias obreras y clase media han de pagar los honorarios que de justicia corresponden a los médicos, no es posible lo resistan en enfermedades de larga duración o crónicas, o en epidemias en que son varios los enfermos, o cuando es el *ganapán* de la casa el que esta enfermo”<sup>34</sup>. Como se sabe, primero el mutualismo y, más tarde la previsión basada en técnicas aseguradoras

<sup>31</sup> “Manifiesto” p. 7.

<sup>32</sup> Ibid, p. 8.

<sup>33</sup> Ibidem.

<sup>34</sup> Samaranch, M. Nacionalización de la Medicina Boletín de la Asociación de Médicos Titulares 1922: p. 500.

fueron superando, poco a poco, las viejas fórmulas benefico-asistenciales<sup>35</sup>. Clásicamente vienen considerándose, a partir de la Conferencia de Seguros de Barcelona de 1922, dos posturas bien diferenciadas ante la implantación del Seguro de Enfermedad en España: la de higienistas, médicos socialistas y técnicos del Instituto Nacional de Previsión, partidarios de su implantación inmediata, y la del resto del colectivo médico que, agrupados en distintas organizaciones, constituyeron un frente común opuesto a su puesta en marcha inmediata<sup>36</sup>. Tal postura, sin embargo, aunque coincidente en su formulación final, respondía a razones y objetivos muy diferentes según las distintas organizaciones. Así, mientras los colegios profesionales acabaron defendiendo a ultranza la práctica liberal de la profesión y negando la propia viabilidad del Seguro Social de Enfermedad, los médicos titulares siguieron abogando por la nacionalización del ejercicio médico, como garantía última de una asistencia gratuita a toda la población, incluso a sabiendas de los grandes impedimentos políticos y culturales con que tal concepción se encontraría. Jose Amador, desde las páginas del Boletín de la Asociación de Médicos Titulares, llama la atención sobre la necesidad de "un cambio grande en nuestras costumbres

profesionales" y sobre el hecho de que "Uno de los obstáculos que encontrará en España la nacionalización de la medicina es la falta de precedente en el extranjero, pues de Rusia y su bolcheviquismo se han dicho tantas cosas para desprestigiar su régimen, que no podemos citarlo como ejemplo digno a imitar. Pero si cualquier país de los que tienen un régimen capitalista lo aceptara, aquí tendría fácil cabida"<sup>37</sup>.

### LA SANIDAD PUBLICA Y EL CORPORATIVISMO MEDICO

No deja de resultar significativo constatar como esta "Nacionalización de la medicina", más avanzada, al menos desde el punto de vista teórico, que la restrictiva concepción de las Cajas de Seguro, se vió devaluada por el excesivo celo corporativo de sus defensores. Las agrias discusiones entre Augusto Almarza y Manuel Martín Salazar son una buena muestra de que los contenidos del debate no eran políticos sino profesionales<sup>38</sup>. Las reticencias de los titulares hacia el Seguro de Enfermedad se basaban, fundamentalmente, en la posibilidad de que, tras su implantación, se les negara la oportunidad de incorporarse como facultativos del mismo y fueran relegados, nuevamente, a ocuparse de una cada vez más precaria asistencia benéfica.

El Proyecto de Ley de Profilaxis Pública de Enfermedades Evitables, elaborado por

<sup>35</sup> Sobre los orígenes del mutualismo y de la previsión social en España, véase Montero, F. Orígenes y antecedentes de la previsión social, Madrid: 1988. También Martínez Quinteiro, M.E. El nacimiento de los seguros sociales, 1900-1918 En Alvarez Junco, J. (coord.) Historia de la acción pública en España. Beneficencia y previsión, Madrid: 1990: 241-285.

<sup>36</sup> Dicho bloque de "unión sagrada", término utilizado por los cronistas de la época, estuvo integrado por la Federación Nacional de Colegios Médicos Españoles, Sindicato Médico de Madrid, Sindicat de Metges de Catalunya, Asociación de Médicos Titulares y Comité de Sociedades Benéficas de Madrid. Véase Rodríguez Ocaña, E. La asistencia médica colectiva en España, hasta 1936 En Alvarez Junco, J. (coord.) Historia de la Acción Social Pública en España. Beneficencia y Previsión, Madrid: 1990: 321-360. Sobre la Conferencia de Barcelona de 1922, es de gran interés la obra de Cuesta, J. Hacia los seguros sociales obligatorios. La crisis de la Restauración, Madrid: 1988: 633 y ss.

<sup>37</sup> Amador, J. Por la nacionalización de la Medicina Boletín de la Asociación de Médicos Titulares, 1922; 578, 14-18, 17.

<sup>38</sup> El enfrentamiento entre ambos llegó a su punto culminante a propósito del debate sobre el Proyecto de Ley sobre Profilaxis de enfermedades evitables. Descalificaciones personales de todo tipo fueron vertidas tanto en Martín Salazar, M. Lo que aconteció en el Senado con la Ley de Sanidad aparecido primero en El Imparcial 27 de julio de 1922 y después en El Siglo Médico 1922; II: 118-119, como Almarza, A. Mi respuesta Boletín de la Asociación de Médicos Titulares 1922; pp.:608, 801-6.

Martín Salazar y presentado en el Senado en mayo de 1922<sup>39</sup>, pretende legislar sobre este aspecto. La coordinación entre el futuro Seguro de Enfermedad y la Sanidad Municipal está en la mente de los legisladores cuando insisten en que: "Establecida la ley del Seguro de Enfermedad, las cantidades que los Municipios consignen hoy en sus presupuestos para atender a la asistencia de las familias pobres, ingresarán en las Cajas del Seguro, para subvenir a esta nueva forma de asistencia social de los Municipios; y los médicos titulares actuales encargados de este servicio pasarán a ser médicos del Seguro, conservando el carácter y atribuciones de inspectores locales del Sanidad"<sup>40</sup>.

Con ello se pretende mejorar la situación de los facultativos rurales, ya que según reconoce el propio Martín Salazar "Todo el mundo sabe que los médicos titulares no cobran hoy, si la cobran, más que la asignación mezquina que los presupuestos municipales consignan para la asistencia benéfica de las familias pobres, y que aunque la Instrucción general de Sanidad les dio además la función de inspectores municipales de Sanidad, fue sólo con carácter un poco romántico y sin pagarles, por lo cual los servicios sanitarios municipales en toda España andan totalmente abandonados"<sup>41</sup>.

Es de destacar el apoyo incondicional que El Siglo Médico, sin duda la publicación profesional más influyente en la España de la época, prestó a Martín Salazar. Teniendo como directores nada menos que a Carlos María Cortezo —el artífice de la Instrucción de 1904— y a Angel Pulido, no es de extrañar que brindaran a su colega un trato de fa-

vor en las páginas de la revista<sup>42</sup>. Pero además, el programa profesional de la misma, podría haber sido asumido, al menos sobre el papel, por cualquier médico titular: "La función sanitaria es función del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal. Garantía inmediata del pago de los titulares por el Estado. Independencia y retribución de la función forense. Dignificación profesional. Unión y solidaridad de los médicos. Fraternalidad, mútuo auxilio. Seguros, previsión y socorros"<sup>43</sup>.

La desconfianza ante la Administración parece ser la razón fundamental de las desavenencias y, desde luego, una de las constantes en el discurso de los portavoces de la Asociación de Médicos Titulares. Así, las labores epidemiológicas de los Inspectores de Sanidad previstas en la normativa vigente de 1904, no pudieron ser cubiertas ya que, según critica A. Almarza, "Una Real orden posterior eximió a los médicos titulares de dar los partes mensuales de morbilidad y mortalidad que la Instrucción de Sanidad nos exigía. Claro estaba que donde no querían tener estadística sanitaria era en la Inspección general de sanidad"<sup>44</sup>. Ahora, ante un nuevo Proyecto de Ley, incluso la denominación de inspectores "locales" —y no "municipales"— es visto como un intento de despojar a los titulares de dicho cometido ya que, según ellos, abriría la posibilidad de que desde la Inspección General de Sanidad se nombraran directamente los cargos de inspectores. Algunos años antes, M. Martín Salazar había mostrado su preocupación por la posibilidad de que "si de un momento a otro nos sorprendiera la aprobación por las Cortes de

<sup>39</sup> Con distintas, aunque escasas, modificaciones, este Proyecto de Ley había sido presentado repetidamente desde 1921 por distintos ministros, siendo siempre rechazado.

<sup>40</sup> Martín Salazar, M. Lo que aconteció en el Senado con la Ley de Sanidad El Imparcial 27 de julio de 1922.

<sup>41</sup> *Ibidem*, p. 807.

<sup>42</sup> Como ya he indicado, el mencionado artículo de El Imparcial fue reproducido en El Siglo Médico, precedido de un comentario y del expresivo título "Titulares, a enterarse".

<sup>43</sup> Dichos puntos aparecían encabezando la Sección profesional en todos los números de la revista.

<sup>44</sup> Almarza, A. Sobre la la estadística sanitaria véase Rodríguez Ocaña, E. La estadística en la administración sanitaria española del siglo XX Primer encuentro Marcelino Pascua, Madrid 14 de junio de 1991: 42-77.

una nueva Ley de Sanidad, que al organizar los servicios habría de exigir, naturalmente, la creación de nuevos cargos técnicos, nos encontraríamos en un gran aprieto por falta de personal idóneo para desempeñar cumplidamente tales funciones”<sup>45</sup>. La pretensión de crear Institutos de higiene provinciales y municipales y de dotarlos del personal técnico “adecuado” es motivo de inquietud entre los médicos titulares, de cuya cualificación profesional parece dudarse.

Por eso se insiste en que el cargo de médico titular debe llevar anejo el de Inspector municipal de Sanidad y que, además, por dicha actividad preventivista, habrían de recibir una gratificación del 50 por 100 de su dotación económica. Tal reivindicación fue llevada a la Cámara Alta por el senador Sánchez y Sánchez. Sus palabras son suficientemente significativas del malestar de unos titulares —cuya Junta de Gobierno y Patronato resulta sistemáticamente desoida— que se sienten amenazados ante el poder de la “oligarquía médica”: “¿No podían ser inspectores municipales de cada término los médicos titulares que están en posesión de ese cargo desde hace mucho tiempo, sin el aumento que tantas veces han solicitado, sin ser retribuidos, Sres., Senadores, por los múltiples servicios que prestan en orden a la Ley de Quintas, en auxilio de la Administración de Justicia y por ser verdaderos héroes de la higiene, en la medida y forma con que pueden serlo con carácter municipal? Pues aquí se prescinde en absoluto de los médicos titulares y se inicia la creación de un Cuerpo especial de inspectores por la gracia de Dios y por el deseo del Sr. Martín Salazar, que es el director general de sanidad”<sup>46</sup>. Fue, finalmente, este mismo Senador el que propició la no tramitación del Proyecto de Ley y el aplazamiento *sine die* de su discusión, por lo que no parece demasiado arriesgado afirmar que, entre otras razones, los intereses corpora-

tivos de un colectivo contribuyeron, en muy buena medida, a frenar el tan necesario cambio legislativo sanitario en España.

Con todo, no conviene engañarse sobre el alcance del mencionado Proyecto. Alejado de una concepción global de política sanitaria y presentado, en esta ocasión, por el conservador Vicente Piniés, el texto se limitaba a diseñar un régimen de profilaxis y tratamiento de las enfermedades transmisibles, a cubrir algunos aspectos de salubridad general y a prever la realización de estadísticas y de inspecciones sanitarias. Algunos párrafos de su exposición de motivos recuerdan más los viejos principios de la Policía Médica que los de una verdadera Medicina Social: “...aunque tarde, los economistas y políticos han caído en la cuenta de que no hay capital comparable, en importancia y rendimiento, al que representa el organismo humano y la masa de población de un país. Cuánto mayor sea ésta y más vigorosa la raza, mayores son la producción, la riqueza y el poderío de las naciones”<sup>47</sup>. El hecho de que se trate de una Ley de Bases de Profilaxis Pública de Enfermedades Evitables, y no de una Ley de Sanidad, nos da una idea del escaso talante transformador de la propuesta. El propio Director General de Sanidad admitía, ante el Senado que “no se trata de una ley general de Sanidad, sino de una ley parcial, de un aspecto concreto de las leyes sanitarias, y, por tanto, todo cuanto esté fuera del concepto de profilaxis pública no encaja dentro de la ley”<sup>48</sup>. No se trataba, pues, de una reorganización profunda de los servicios sanitarios, en cualquiera de sus facetas, sino de sentar las bases de una Higiene Pública que se situaba deliberadamente al margen de los aspectos asistenciales<sup>49</sup>.

<sup>47</sup> Diario de Sesiones de la Cortes. Senado, 30 de mayo de 1922. Apéndice 3.º, al n.º 43, p. 1.

<sup>48</sup> Diario de Sesiones de las Cortes. Senado 21 de noviembre de 1922, p. 2059.

<sup>49</sup> Motivo por el cual, M. Martín Salazar evitó el enfrentamiento directo con el senador Sánchez, al argumentar que “Es un error fundamental confundir lo que es la beneficencia y la asistencia públicas con lo que es la sanidad pública y, por tanto, cuando se trate de una ley

<sup>45</sup> Martín Salazar, M. (1913), p. 27.

<sup>46</sup> Diario de Sesiones de las Cortes. Senado, 21 de noviembre de 1922, p. 2055.

Parece evidente que los médicos titulares no fueron capaces de confrontar ante dicho Proyecto de Ley, su propio modelo de "nacionalización de la medicina", tan enérgicamente defendido en sus órganos de expresión, limitando sus críticas al plano sindical-corporativo. Sin embargo, aun con una finalidad de reivindicación corporativa, no podemos dejar de destacar elementos consustanciales a lo que más tarde sería considerado en Europa como paradigma de servicios sanitarios públicos: universalización de la asistencia, sectorización, financiación de la sanidad a cargo de los Presupuestos Generales del Estado, unidad de los servicios preventivos y asistenciales, están presentes ya, de manera tímida, de manera ingenua si se quiere, de manera interesada, en los planteamientos de los médicos titulares. No era, claro está, ni el momento ni el lugar para nacionalizar la sanidad; tanto la situación económica y política, como la propia mentalidad de nuestros responsables sanitarios no lo hubieran hecho posible, pero no puede por menos que destacarse el papel revulsivo que históricamente han jugado en nuestro país los médicos titulares, cuyas reivindicaciones motivaron el inicio de los debates sobre la necesidad de un Ministerio de Sanidad<sup>50</sup>, propiciando, igualmente, un primer apunte teórico sobre el funcionamiento del sistema sanitario público en el que se preveía la unificación de tareas asistenciales y de profilaxis.

---

general o de una ley de beneficencia pública, entonces llegará el momento de discutir, por ejemplo, la Junta de Gobierno y Patronato que ha querido defender el Sr. Sánchez y Sánchez. De suerte, que yo no trato de ese asunto porque creo que está fuera de la cuestión, que está fuera del proyecto, puesto que esto es una ley parcial de Sanidad que no se ocupa más que de la profilaxis pública de las enfermedades infecciosas.

<sup>50</sup> Las reivindicaciones de los médicos titulares, junto al desajuste administrativo de la Sanidad española y a la elevada mortalidad fueron los tres elementos básicos que justificaron la opinión mayoritariamente favorable para la creación de un Ministerio de Sanidad. Véase Valenzuela, J. y Rodríguez Ocaña, E. "La política sanitaria ante la crisis epidémica de 1918. Reivindicaciones de un Ministerio de Sanidad" Actas del VIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina, Murcia 18-21 diciembre de 1986, Murcia: 1988: 514-523 también, Huertas, R. El debate sobre la creación del Ministerio de Sanidad ideológico e iniciativas políticas. *Asclepio* 45: 1: 89-122.

Dicho planteamiento, no obtuvo en su momento ni el desarrollo ni el respaldo adecuado. El Reglamento de Sanidad Provincial, aprobado por Real Decreto de la Presidencia del Directorio Militar el 20 de octubre de 1925, supuso una innegable ordenación de la Higiene Pública española, que coincidió con la política retardataria mantenida por la Dictadura con respecto a la implantación del Seguro de enfermedad. Nada se alude en el Reglamento a los médicos titulares, cuyo protagonismo fue recuperado parcialmente durante la II República, en una condiciones socio-políticas muy diferentes, cuando en el I Congreso Nacional de Sanidad del año 1934, en el marco de la indispensable coordinación entre la Sanidad Nacional y el inminente Seguro de Enfermedad, consiguieron sacar adelante una proposición que, aprobada por aclamación, especificaba lo siguiente: "Los que suscriben, teniendo en cuenta los resultados de la discusión habida en el presente tema, proponen a la Asamblea que se exprese de un modo taxativo que, en lo sucesivo, habrá de entenderse por Sanidad Nacional el conjunto de todas las corporaciones, organizaciones y servicios que actúen desde los dos puntos de vista de la Medicina preventiva y curativa en todas sus manifestaciones"<sup>51</sup>.

Con todo, pienso que la propuesta de "Nacionalizar" la medicina hay que entenderla, si tenemos en cuenta el momento histórico en que fue hecha y los artífices de la misma, no como una alternativa política al modelo sanitario imperante sino como una estrategia de incorporación de todo un grupo profesional a las nuevas exigencias de una sociedad en crisis. El Estado aparece, como bien ha indicado Francisco Villacorta, "como referencia abstracta del creciente protagonismo de los factores colectivos de la vida social y de la redefinición, desde ese espacio colectivo, de las funciones desempeñadas por los distintos grupos sociales"<sup>52</sup>. Socie-

---

<sup>51</sup> El texto corresponde a la discusión de la ponencia presentada por Bardaji, E., Belloguin, M. y González, P. *El Seguro social de Enfermedad y la Sanidad municipal Actas del I Congreso Nacional de Sanidad*, Madrid: 1934: 449-503, y 502-3.

<sup>52</sup> Villacorta, F. (1989), p. 487.

dad corporativa frente a sociedad liberal, intervencionismo estatal frente a mercado; tabla de salvación en la que apoyarse para

hacer frente a la crisis económica y al posible desprestigio social sin cambiar la estructura socio-económica ni el sistema político.