MEDICINA Y PODER POLÍTICO

XVI Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina

Madrid, 11-13 de junio de 2014

Editores:

Ricardo Campos Marín

Ángel González de Pablo

Mª Isabel Porras Gallo

Luis Montiel

Madrid

2014

En la elaboración de esta monografía se ha contado con el apoyo de los siguientes proyectos de investigación:

HAR2012-37754-C02-01

HAR2012-37754-C02-02

HAR2012-39655-C04-02

© Los autores de su texto

© SEHM y Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), de la edición.

ISBN: 978-84-617-0024-0

Depósito legal: M-14997-2014

Diseño de cubierta: Francisco Javier Sancho Bielsa

Maquetación: Francisco Javier Sancho Bielsa

Imprime: CRM reprografía. Ciudad Real. crm.reprografía@gmail.com

Impreso en España

Ilustración portada: Georg Grosz: "KV" o "Apto para el servicio" (1917)

FACULTAD DE MEDICINA

ÍNDICE DE CONTENIDO

Presentación 15

Innovación farmacéutica un modelo en crisis: el futuro de la industria del medicamento

Germán Velásquez 17

I. PODER Y AUTONOMÍA EN LAS PROFESIONES AUXILIARES DE LA MEDICINA
Coords. Consuelo Miqueo y Asunción Fernández Doctor

Presentación: Poder y autonomía en las profesiones auxiliares de la medicina

Consuelo Miqueo y Asunción Fernández Doctor 43

Los procesos de profesionalización de la enfermería española desde el punto de vista de género

Carmen González Canalejo 47

Las competencias del practicante según los manuales de Felipe Sáenz de Cenzano (1907-1942)

Isabel Blázquez Ornat 53

Perfil laboral de las matronas del Hospital Provincia de Soria (1904- 1980)
Mª del Carmen Rojo Pascual y Consuelo Miqueo 59

Género, autonomía y poder en el desarrollo de la Enfermería Comunitaria en España: balance historiográfico y nuevos enfoques

María Eugenia Galiana-Sánchez, Alfredo González Flores, José Manuel Maceiras-Chans y Josep Bernabeu-Mestre 65

Relaciones interprofesionales en el Manicomio de Leganés. Fuentes, hechos y discursos durante la Segunda República

Olga Villasante 71

Los cuidados enfermeros en la década de los setenta en España. Análisis conceptual

Concha Germán Bes 77

II. SALUD Y ESTABILIZACIÓN POLÍTICA

Coord. Josep Lluís Barona

Presentación: Salud y estabilización política a comienzos del siglo XX

Josep Lluís Barona 85

La autoridad médica en el conflicto de los Humos de Huelva (1880-1890)
Ximo Guillem Llobat 89

El programa de la Rockefeller Foundation con la Sociedad de Naciones sobre salud internacional

Josep Lluís Barona 95

"Salud, actuación y actividad". La Organización Sanitaria Obrera de la CNT y la colectivización de los servicios médico-sanitarios en la Guerra Civil Española Jorge Molero Mesa 103

(Des)estabilizando políticas sexuales en un contexto de lucha hegemónica: la revista libertaria Salud y Fuerza (1904-1914)

Isabel Jiménez Lucena 109

Políticas de nutrición en la España del desarrollismo: el ejemplo del código alimentario

Eva Mª Trescastro López, Josep Bernabeu Mestre y Mª Eugenia Galiana Sánchez 115

III. ESCENARIOS DE AFLICCIÓN: VOCES, REPRESENTACIONES Y PODER

Coords. Jaime de las Heras Salord y Luisa Abad González

Presentación: Escenarios de aflicción: voces, representaciones y poder

Jaime de las Heras Salord y Luisa Abad González 123

La medicina basada en narrativas frente a la hegemonía. Anatomía de una muerte anunciada

Lorenzo Mariano Juárez 125

Encuentros y desencuentros entre sistema médico popular y sistema biomédico

Rosa María Subirós Teixidor 131

El desafío de la diversidad en la atención sanitaria

Ana Isabel Vázquez Cañete 137

Escenarios locales de expresión y gestión de la aflicción: Espacios terapéuticos no sanitarios

Luisa Abad González 143

Flujos históricos de poder en Atención Primaria: el caso de Casas de Juan Núñez

Jaime de las Heras Salord 149

IV. GUERRA, MEDICINA Y PODER POLÍTICO: LA AGENCIA HUMANITARIA

Coord. Jon Arrizabalaga

Presentación: Guerra, medicina y poder político: la agencia humanitaria

Jon Arrizabalaga 157

Le temps des cerises*:* las enfermeras de la Comuna de París

Dolores Martín Moruno 159

Discurso humanitario como discurso político: la obra de John Furley y de Saturnino Giménez Enrich durante las guerras del Sexenio y la Restauración Borbónica en España (1868-1876)

Juan Carlos García-Reyes 165

Más allá de la noticia: corresponsales de prensa y acción humanitaria durante la Guerra del Riff

Javier Martínez Antonio..... 169

Médicos en el exilio. Labor asistencial y mirada clínica en los campos de refugiados del sur de Francia (1939-1942)

Àlvar Martínez Vidal 171

V. VACUNACIÓN Y VACUNAS EN EL ESPACIO HISPANO-LUSO DURANTE EL SIGLO XX: INNOVACIÓN CIENTÍFICA, PRODUCCIÓN Y CIRCULACIÓN, POLÍTICAS DE ERRADICACIÓN

Coords. María Isabel Porras, Juan Antonio Rodríguez Sánchez y Rosa Ballester

Presentación: Vacunación y vacunas en el espacio hispano-luso durante el siglo XX: Innovación científica, producción y circulación, políticas de erradicación

María Isabel Porras, Juan Antonio Rodríguez Sánchez y Rosa Ballester 177

Aproximación a una perspectiva sociosanitaria de la viruela y su vacuna en la España en el siglo XX

Jaime de las Heras Salord, Noelia M. Martín Espinosa y Lourdes Mariño Gutiérrez 181

La vacunación contra la gripe y sus complicaciones en España (1918-2009)

Mercedes Ramírez Ortega y María Isabel Porras 191

Innovación, producción y circulación de vacunas contra la viruela y la polio en España (1918-1963)

Mª José Báguena, Mª Isabel Porras y Mª Victoria Caballero 197

De las campañas de vacunación al calendario vacunal: el Programa Nacional de Vacinação portugués y las Campañas Nacionales de Vacunación Antipoliomielítica en España (1963-1976)

Sandrine Martins Pinto, Inés Guerra Santos, Juan Antonio Rodríguez Sánchez João Rui Pita y Ana Leonor Pereira 203

Las vacunas en el camino hacia la eliminación de la poliomielitis en entornos locales: el caso de Alicante (1963-1978)

Jose Vicente Tuells, Jose Vicente Toledo y Rosa Ballester 211

VI. CUERPOS E HISTORIAS DE MUJERES (1): BIOPODER Y PRODUCCIÓN DEL CUERPO

Coord. Ana Romero de Pablos

Presentación: Biopoder y producción del cuerpo

Montserrat Cabré Pairet 219

Maria Monclús Barberá y los orígenes de la genética en España

Marta Velasco Martín..... 221

Investigadoras en la vida de una patente: una genealogía en femenino

Ana Romero de Pablos 227

“Ella necesita un ovulistático perfecto”: cuerpos de las mujeres en los anuncios de la píldora en España (1960s-1970s)

Agata Ignaciuk 231

Una historia de la autonomía fetal: orígenes de la genética médica y del diagnóstico prenatal

María Jesús Santesmases 237

VII. CUERPOS E HISTORIAS DE MUJERES (2): PODER POLÍTICO DESDE EL CUERPO

Coord. Agata Ignaciuk

Presentación: Poder político desde el cuerpo

Esteban Rodríguez Ocaña 245

Azar y necesidad: el movimiento por la planificación familiar y la libertad sexual en Zaragoza

Consuelo Miqueo 247

Creación y desaparición de las consultoras en los plannings de Barcelona durante la transición

Sara Fajula Colom 253

Conocer el propio cuerpo para acabar con el patriarcado. Publicaciones feministas sobre salud en España durante la transición democrática

Teresa Ortiz Gómez 259

El problema de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) durante la Transición Democrática en España: una aproximación a dos modelos de atención sanitaria y preventiva

Ramón Castejón Bolea 265

Indagar la memoria de sexualidad durante el franquismo mediante un cuestionario online. Una propuesta metodológica

Eugenia Gil García, Juana Macías Seda y Patricia Navarro 271

VIII. PODER, EDUCACIÓN Y MEDICINA EN EL FRANQUISMO

Coord. Enrique Perdiguero-Gil

Presentación: Poder, educación y medicina en el franquismo

Enrique Perdiguero-Gil 279

La atención a la salud en el currículo escolar del franquismo

Aida Terrón Bañuelos 283

Folklore médico y educación sanitaria en las primeras dos décadas del Franquismo

Enrique Perdiguero-Gil y Josep M. Comelles 289

Educar para rehabilitar: propaganda y adoctrinamiento político en torno a la corrección de la deficiencia corporal en la España franquista (1940-1970)

José Martínez-Pérez 295

Cuando la discapacidad entra en casa: educando a los padres de niños con discapacidad intelectual durante el segundo franquismo

Mercedes del Cura González 301

Psiquiatría y educación socio-sanitaria en la España franquista

Salvador Cayuela Sánchez 307

IX. PSIQUIATRÍA Y PODER DURANTE EL PRIMER FRANQUISMO

Coords. Ángel González de Pablo y Ricardo Campos Marín

Presentación: Psquiatría y poder durante el primer franquismo

Ángel González de Pablo y Ricardo Campos Marín 315

La constitución de la psiquiatría franquista: el Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría (Barcelona, 1942)

Rafael Huertas 317

***Para bellum*: el discurso de ingreso en la Academia de Antonio Vallejo Nágera (1951)**

Luis Montiel 323

Exclusión y pesimismo social en la elaboración del conocimiento psiquiátrico de los primeros años del Franquismo

Angel González de Pablo 327

La Psiquiatría en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) durante el franquismo: los departamentos de Investigaciones Psiquiátricas y de Medicina Psicosomática (1951-1960)

Francisco Pelayo y Ricardo Campos Marín 333

Franquismo, orden público y enfermedad mental: La ley de Peligrosidad y Rehabilitación social de 1970

Ricardo Campos 339

X. VARIA

Hospitales, economía política y la identidad cultural catalana

Josep Barceló Prats y Josep M. Comelles 347

Poder universitario y político sobre las publicaciones médicas parisinas en el siglo XVI: el caso de Miguel de Villanueva (Servet)

Francisco Javier Benjamín González Echeverría y Miguel González Ancín .. 353

Medicina y Poder político en Huarte de San Juan. El rey ideal: Felipe II

Justo Hernández y Francisco Javier Castro 359

La peste de 1598-1608 en Asturias. Desigualdad social ante la enfermedad y la muerte

Luis Vicente Sánchez Fernández y Juan Carlos Cobo Barquín 365

El alcanfor a través de un manuscrito de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz

Paloma Ruiz Vega 369

El papel del médico como "experto" en la gestión de la salud municipal en el Alicante del siglo XVIII

Eduardo Bueno Vergara y Enrique Perdiguero-Gil 375

Medicina y poder eclesiástico en la segunda mitad del siglo XVIII. La obra hidrológica del médico Antonio Avellán (1772) y la obra benéfica del obispo Claudio Sanz y Torres (1704-1779)

José Antonio García Ramos 381

La política sanitaria del Cabildo de Tenerife en los primeros años del siglo XIX

José María Raya, Juan Carlos Pérez y Justo Hernández 387

Medicina y liberalismo a través de los parlamentarios de Sevilla (1810-1869)
María-Luisa Calero-Delgado y Encarnación Bernal-Borrego 391

Viaje a los orígenes del rol del Estado en el nacimiento y la Consolidación de la Medicina uruguaya (1800 – 1860)

Nancy Gonzalez-Salazar 397

La representación ficcional del médico en la literatura contemporánea norteamericana

María Córdoba Gómez..... 401

Las topografías médicas. Desigualdad social en el siglo XX en Asturias. Estudio comparativo de la gripe de 1918 en la zona central de Asturias frente a los concejos occidentales

Luis Vicente Sánchez Fernández y Juan Carlos Cobo Barquín 405

Los conflictos de la enseñanza clínica en los inicios de la Facultad de Medicina de Zaragoza (1866-1908)

Asunción Fernández Doctor 409

La lucha contra la viruela en el Ourense del siglo XIX y primeros años del XX

David Simón Lorda y María Luisa Rúa Domínguez 415

La pandemia de gripe de 1889-90 a través de la prensa madrileña y los registros de defunciones de la ciudad de Madrid

Sara García Ferrero 419

Internas de los Hospitales de París (1882-1910): identidades colectivas y estrategias discursivas

María José Ruiz Somavilla 423

La plasmación de la legislación benéfica en los centros asistenciales provinciales. El caso de la Casa de Maternidad y la Inclusa de Toledo (1850-1930)

Noelia M. Martín Espinosa y Rafael Villena Espinosa 427

De los hospicios de la caridad a la Organización Mundial de la Salud: un siglo y medio de cuidados paliativos para enfermos de cáncer (1842-1987)

Fanny H. Brotons 433

Políticas y contra-políticas del hambre. ¿Perversión del cuidado? Alimentación forzada de las sufragistas en el Reino Unido durante el periodo 1909 – 1914

Juan Manuel Zaragoza 439

Política y medicina antes de la Gran Guerra: la participación española en la Conferencia Sanitaria Internacional de París de 1911-1912

María José Betancor Gómez..... 443

Los Dainow Dicker: "stories" de una familia de dentistas ruso-judíos en el Ourense y la Europa de la primera mitad del siglo XX

David Simón Lorda 449

La construcción de una especialidad museológica: la anatomía patológica en Barcelona, 1923-1936

Alfons Zarzoso 455

Cambio político y ocaso de las Sociedades de Socorros Mutuos (1939-1963)

Pilar León Sanz 461

Eduardo Gallardo Martínez (1873-1964) y los inicios de la virología cientifica en España

Esteban Rodríguez Ocaña 467

Por razón de ciencia. La Fundación Rockefeller en España (1930-1941)

Esteban Rodríguez Ocaña 473

Historia de la Fisioterapia a través de la revista Medicina y Cirugía Auxiliar (1957-1981). Un cuarto de siglo de incertidumbre, lucha y progreso

Vicenta Gómara Jiménez 479

La formación de enfermeras del Hospital General de la Defensa de Zaragoza

Yolanda Martínez Santos y Concha Germán Bes 485

La Sanidad de la F.E.T y de las J.O.N.S: el Sanatorio Antituberculoso "Onésimo Redondo". Valladolid, 1938-1939

Álvaro de Castro y David Simón 491

Política y Arquitectura Sanitaria: El modelo nacional de sanatorio antituberculoso

Cecilia Ruiloba Quecedo 499

Operación limpieza. Los inicios del programa panamericano de erradicación de las enfermedades infecciosas. El ejemplo de la poliomielitis

Miguel Mosquera Gordillo, Natalia Barón Cano y Rosa Ballester 507

La poliomielitis en tiempos de la dictadura de Salazar: el libro de registro del nuevo pabellón quirúrgico del hospital de Sant' Ana (Lisboa, 1955-1971)

Maria Armanda Rodrigues, João Rui Pita y Ana Leonor Pereira 519

De las epidemias de polio al Síndrome Post-polio a través de las publicaciones periódicas sobre Rehabilitación en España

Ana Mª Águila Maturana 525

Recursos de investigación en el franquismo. Análisis del material y métodos utilizados para los artículos originales publicados en la Revista Clínica Española

Lira Ramos y Consuelo Miqueo 531

Dolores bien patrióticos: la adopción del método psicoprofiláctico en la posguerra española (1940-1970)

Amaya Garcia 537

La escuela anatómica de José Escolar y la RFA: la introducción en España de la anatomía funcional del sistema neuroendocrino (1950-1975)

Raúl Velasco Morgado 543

PRESENTACIÓN

El XVI Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina (SEHM) tiene como objetivo principal reflexionar desde una perspectiva histórica sobre las relaciones entre medicina y poder político.

Dicho vínculo constituye uno de los temas más asentados en los estudios de historia de la medicina. Desde la organización del Congreso se considera que las profundas transformaciones que se están produciendo en ambos campos están dando lugar a un nuevo escenario lleno de incertidumbres. El creciente abandono por parte de los gobiernos occidentales de las políticas sanitarias tendentes a consolidar el estado del bienestar y la progresiva privatización de servicios sanitarios, ponen de relieve nítidamente la importancia de esa interrelación entre el poder político y la medicina.

Las relaciones entre medicina y poder político han tenido diversas manifestaciones a lo largo de la historia y ningún campo de la medicina ha sido ajeno a las mismas. Las políticas sanitarias, demográficas, asistenciales, la investigación, la enseñanza, el ejercicio y organización de la profesión, el asociacionismo o la creación de instituciones, son algunos de los terrenos que dependen fundamentalmente de decisiones políticas.

La invitación que, desde la organización del Congreso, se hizo a los socios y socias de la SEHM, así como a todas las personas interesadas por la Historia de la Medicina a participar en el XVI Congreso de la SEHM, que se celebra en Madrid entre los días 11-13 de junio de 2014, en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, ha tenido una excelente acogida, a pesar de lo apresurado de la convocatoria y de la brevedad de los plazos.

El contenido de esta monografía es el resultado de la selección de propuestas presentadas, tanto de mesas temáticas como de comunicaciones libres, efectuada por pares a través del Comité Científico del Congreso. Al igual que se ha venido haciendo desde el Congreso de Granada (2008), se recogen en ella los resúmenes extensos de los trabajos aceptados para su presentación y discusión el Congreso. Es nuestra idea, como lo ha sido en los congresos anteriores, que sirva primero para agilizar el trabajo durante las sesiones y posteriormente permanezca como material de docencia y de investigación.

El libro mantiene, con alguna modificación, la estructura de las sesiones. Tras la conferencia inaugural, el texto más extenso, los contenidos se ordenan en diez bloques temáticos: *I. Poder y autonomía en las profesiones auxiliares de la medicina*; *II. Salud y estabilización política; III, Escenarios de aflicción: voces, representaciones y poder*; *IV. Guerra, medicina y poder político; V. Vacunación y vacunas en el espacio hispano-luso durante el siglo XX: Innovación científica, producción y circulación, políticas de erradicación; VI. Cuerpos e historias de mujeres (1): Biopoder y producción del cuerpo; VII. Cuerpos e historias de mujeres (2): Poder político desde el cuerpo; VIII. Poder, educación y medicina en el franquismo; IX. Psiquiatría y poder político en el primer franquismo; y X. Varia*, que recoge la mayoría de las comunicaciones libres aceptadas.

Agradecemos a todos los participantes su colaboración. También deseamos hacer explícito nuestro reconocimiento a los miembros del Comité Científico y del Comité Organizador por la labor realizada. Y, por último, también nos gustaría dar las gracias a la Facultad de Medicina de la UCM, por la facilitación desinteresada de parte fundamental de la infraestructura necesaria para la celebración del Congreso, y a la directiva de la SEHM, siempre solícita ante nuestras peticiones, y muy especialmente a la secretaria de la SEHM, María Teresa Hedo Prieto, por sus muchas horas de trabajo invisible.

Los editores

INNOVACION FARMACEUTICA UN MODELO EN CRISIS: EL FUTURO DE LA INDUSTRIA DEL MEDICAMENTO

Germán Velásquez

Consejero especial para la Salud y Desarrollo del South Center, del Centro Sur, Ginebra, Suiza. gvelasquez.gva@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Mientras miles de personas en países del Sur, continúan muriendo a causa de la falta de medicamentos y los países industrializados encuentran cada vez más dificultad para soportar su factura de los gastos farmacéuticos[1]. Es por este motivo que vale la pena preguntarse: ¿Cuáles son los costos reales de la Investigación y desarrollo farmacéutica, (I+D)? ¿Cuál es el futuro de la fabricación de medicamentos a nivel mundial? ¿Quién está planteando una estrategia a medio plazo, a largo plazo? ¿Cuáles son los objetivos, industriales, financieros y sobre todo en materia de salud pública? ¿Cuál es en particular el objetivo de la I+D en materia farmacéutica? Estas son las preguntas que deberían estar haciéndose las instancias internacionales, como la OMS, o los gobiernos del Norte o del Sur productores de medicamentos.

Observando el comportamiento de los gobiernos (de los países desarrollados como de los países en desarrollo), se constata con frecuencia una incapacidad de

[1] Organización Mundial de la Salud, Salud pública Innovación y propiedad Intelectual: Informe de la comisión de derechos de propiedad intelectual, innovación y salud pública, Ginebra 2006. 204 paginas, p. 177.

mirar a largo plazo. Los gobiernos son generalmente inmediatistas, “apuestan” solo a los cuatro o cinco años de la duración de su mandato. Actúan casi como bomberos, apagando incendios como el de la falta de medicamentos, el escándalo de los altos precios[2], de los efectos segundarios o de los muertos a causa de medicamentos que nunca hubieran debido estar en el mercado.

Existe una amplia literatura que relata los desastres causados por medicamentos que han tenido que ser retirados del mercado porque sus riesgos eran altamente superiores a sus beneficios, como el caso reciente del *Mediator* del laboratorio Servier, en Francia, donde hubo que esperar 5 años y cerca de 500 muertes para que fuera retirado del mercado.[3] Otro ejemplo reciente es el caso del Refecoxib (conocido con el nombre de marca: “*Vioxx*”, antinflamatorio/analgésico contra la artritis), de la firma norteamericana Merck. Se calculan entre 10.000 y 50.000 los muertos reconocidos (con indemnización a sus familiares) debido a complicaciones cardiacas ocasionadas por este fármaco. El *Vioxx*, puesto en el mercado en 1999 y retirado en Septiembre del 2004, ha sido objeto de varios estudios publicados por la revista *Lancet* que argumentan que los riesgos cardiovasculares eran conocidos desde el año 2001[4]. Según Stéphane Horel, las ventas anuales eran de 2.500 millones dólares.[5] A la pregunta sobre si habrá otros Mediator, o *Vioxx*, farmacólogos franceses responden afirmativamente.[6] La razón es simple: la lógica actual de la industria farmacéutica es ante todo comercial y no de salud pública. Se pueden mantener durante años en el mercado productos como el Mediator o el Vioxx cuyos efectos secundarios son mortales.

El 19 de febrero del 2014, la revista francesa *Prescrire*, presentó un estudio sobre la dompeidona (medicamento contra las náuseas y el vómito), que estaría

---

[2] Velásquez G. “La innovación farmacéutica un modelo en crisis”, en Medicamentos y su entorno: políticas nacionales, genéricos, innovación y tratados internacionales”, Seminario internacional de Vectorfarma, Ciudad de México, Octubre del 2013, p. 53.

[3] Francia admite 500 muertes por un fármaco contra la diabetes el *Mediator* y lo retira del mercado en 2010, España retiró el producto en 2003, cuando sólo lo consumían 450 personas. Un medicamento fabricado para luchar contra la diabetes y que también era utilizado como tratamiento para mitigar el apetito y así bajar de peso. El medicamento en cuestión, denominado *Mediator*, confeccionado a base de benfluorex, del laboratorio Servier, comenzó a circular en Francia en 1976 y, según los datos del estudio, causaba disfunciones en las válvulas cardiacas. Cfr. El País, Madrid 17 de Noviembre 2010.

[4] http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)66445-8/fulltext, http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)66446-X/fulltext http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)66447-1/fulltext

[5] Horel, S. “Les medicamenteurs” Ed. du Moment, Paris 2010, 315 paginas.

[6] Philippe EVEN, Bernard DEBRE, “Guía de los 4000 medicamentos útiles, inútiles o peligrosos” Ed. Cherche Midi, Paris, Septiembre 2012, 906 páginas, pagina 837.

involucrada en el origen de entre 25 y 120 muertes súbitas por año debido a los efectos secundarios de complicaciones y accidentes cardiacos.[7]

Este medicamento se comercializa con el nombre de *Motilium* desde 1980, por el Laboratorio Janssen Cilag, además de unas 15 versiones genéricas del mismo medicamento, con lo que se calcula que cerca tres millones de franceses recibieron una prescripción de este medicamento durante el año 2012.

Según la Agencia Nacional de Seguridad de los Medicamentos – ANSM – de Francia:[8] "Estudios de epidemiologia han demostrado que la utilización de la domperidona puede estar asociada a un aumento del riesgo de arritmias ventriculares graves o de muerte súbita".

La revista *Prescrire* concluye su artículo diciendo que este producto, cuyos riesgos son mucho mayores que sus posibles beneficios, debería ser retirado inmediatamente del mercado.[9]

En marzo del 2014, el comité para la evaluación de riesgos en materia de farmacovigilancia de la Agencia Europea del Medicamento (AEM) reevaluó la domperidona y decidió mantener en el mercado este medicamento[10]. Según el comunicado de la agencia francesa, la AEM tomó esta decisión por voto de los países que componen la Unión Europea, señalando que 11 países votaron en contra de mantener este medicamento en el mercado. Parece que la evidencia científica haya sido sometida a un voto "político" de los estados.

¿Cómo llega un medicamento al mercado? Ben Goldane describe en su reciente publicación[11] uno de los pasos más importantes del proceso de innovación o de la puesta en el mercado de un medicamento: el de los ensayos clínicos. El 98 % de estos ensayos son financiados por las propias industrias que desarrollan el producto. "Las compañías farmacéuticas controlan totalmente la I+D y están implicadas en todos sus pasos: ellos fijan la agenda de investigación, diseñan los

---

[7] Paul Benkimoun, Le Monde 19 febrero 2014.
http://www.lemonde.fr/sante/article/2014/02/19/des-morts-subites-imputees-au-medicament-anti-nausees-motilium_4369242_1651302.html

[8] http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Medicaments-a-base-de-domperidone-et-securite-d-emploi-cardiovasculaire-Lettre-aux-professionnels-de-sante

[9] http://www.prescrire.org/fr/3/31/48723/0/NewsDetails.aspx

[10] Comunicado de la Agencia Nacional de Seguridad de los Medicamentos de Francia. Comunicado del 10/03/2014.

[11] Goldacre, B. "Bad Pharma, how drug companies mislead doctors and harm patients" Ed. Fourth Estate, London, 2012.

estudios, hacen los análisis, dirigen los ensayos clínicos, escriben los artículos y deciden cuándo, cómo y en qué forma y firmados por quién se publican los resultados… resultados que saldrán al mercado en exclusividad gracias a la patente, entrabando una posible comparación de eficacia terapéutica."[12]

¿Será la Organización Mundial de la Salud (OMS) la que está reflexionando y dando orientaciones hacia donde debe ir esta industria necesaria para atención universal en salud? ¿A medio plazo? ¿A largo plazo? La OMS en los últimos dos años habla de cobertura universal,[13] pero esta Organización debe saber muy bien, que a los costes reportados actualmente, del modelo de I+D para productos farmacéuticos, el fruto de esa investigación no es accesible a toda la población; y lo será cada vez menos si vemos el aumento de los costos de investigación reportado por la industria transnacional farmacéutica. Y en el contexto actual de los sistemas de salud de los países, tanto del Norte, como del Sur, no se puede hablar de cobertura universal si el acceso a los medicamentos no está asegurado. En las negociaciones en torno al acceso a los medicamentos que han tenido lugar en la OMS en los últimos 8 años se han señalado los problemas estructurales del actual modelo de I+D para productos farmacéuticos. Sin embargo, la falta de consenso sobre las posibles soluciones y el futuro de la I+D y de la industria del medicamento, entre los países miembros de la OMS, hacen que el Secretariado de esta agencia no pueda pronunciarse sobre las alternativas actualmente en discusión.

Si los gobiernos no están pensando en cuál debería ser el futuro de la industria de medicamento y la OMS no puede pronunciarse, podríamos preguntarnos si la propia industria lo está haciendo. Aquí la respuesta es más compleja, pues en términos comerciales la industria sí está pensando dónde debe o puede ir, pero en términos de salud pública es evidente que no lo está haciendo. Para afirmar esto habría por lo menos tres razones: 1) la agenda de investigación no está fijada en base de las necesidades sanitarias, sino que responde a los mercados

[12] Velasquez, G. comunicación en el "I Simposio Internacional de Bioética y medicamentos", "Ética de la relación del médico con la industria farmacéutica", Medellin, Colombia, del 29 al 30 de agosto de 2013.

[13] 19 de febrero de 2013: Altos funcionarios de los ministerios de salud y finanzas de 27 países y representantes de alto nivel de otras partes interesadas de los sectores de la salud y el desarrollo se han reunido durante dos días de esta semana en Ginebra para debatir sobre cómo están avanzando los países hacia la cobertura sanitaria universal. La reunión, convocada conjuntamente por el Banco Mundial y la OMS, se celebró pocas semanas después de que la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptara una resolución en la que respalda la cobertura sanitaria universal.

comerciales potenciales. 2) Los precios de los productos son cada vez menos accesibles a los sistemas de salud de los países desarrollados[14] y siguen siendo inaccesibles a la mayoría de las personas viviendo en los países en desarrollo. 3) El "matrimonio" de la I+D farmacéutica con la Propiedad Intelectual, exigido por la Organización Mundial del Comercio (OMC) desde1995[15], ha fracasado como modelo para obtener un acceso universal a los medicamentos.

Podríamos preguntarnos finalmente si la academia o las ONGs están tratando de elaborar escenarios para el futuro, y aquí la respuesta es mucho más alentadora. Desde hace 5 o 6 años se habla de modelos alternativos para financiar la I+D e incluso, como veremos más adelante, de la posibilidad de negociar un tratado internacional para financiar la I+D sobre bases distintas a las del actual modelo.

EL MERCADO FARMACÉUTICO MUNDIAL: CIFRAS Y TENDENCIAS

a) Algunas cifras

Según el Intercontinental Marketing System (IMS),[16] el gasto mundial en medicamentos alcanzará cerca de 1.2 trillones de dólares para el año 2016, gran parte de esta suma provendrá de mercados farmacéuticos emergentes.

El crecimiento del gasto anual ascenderá de 30,000 millones de dólares en 2012 a 70,000 millones en 2016, impulsado por el crecimiento del volumen en los mercados farmacéuticos emergentes y la recuperación del crecimiento en mercados desarrollados, luego del bajo nivel alcanzado en 2012.[17]

En términos de ventas mundiales el futuro está según el IMS en los mercados de los países emergentes. ¿Tendrán estos países que seguir inevitablemente los

---

[14] Cadena SER, 27 de Junio 2012. http://www.cadenaser.com/sociedad/articulo/ana-mato-confirma-sanidad-dejara-financiar-426-farmacos-partir-agosto/csrcsrpor/20120627csrcsrsoc_9/Tes

[15] Con el acuerdo sobre los ADPIC.

[16] IMS The Global Use of Medicines: Outlook Through 2016 Report by the IMS Institute for Healthcare Informatics,http://www.imshealth.com/deployedfiles/ims/Global/Content/Insights/IMS%20Institute%20for%20Healthcare%20Informatics/Global%20Use%20of%20Meds%202011/Medicines_Outlook_Through_2016_Report.pdf

[17] IMS ídem.

patrones de consumo de los países desarrollados caracterizados por una gran irracionalidad y movidos por intereses más comerciales que de salud pública?

En los USA, Europa y Japón[18] los gastos farmacéuticos disminuirán el 57%[19] debido al gran número de patentes que han caducado entre 2012 – 2014, al aumento de las medidas estatales de contención de costos debido a la crisis financiera que se inició en el 2008 y al aumento del mercado de genéricos. Los países emergentes[20] llegarían en el 2016 a representar 30% de los gastos mundiales de medicamentos.

El consumo per cápita de medicamentos en dólares por año, estimado por IMS para el 2016, sería de 890 en USA, 644 en Japón, 420 en Canadá, 375 en la Unión Europea, 180 en Brasil, 179 en Rusia, 121 en China y 33 en la India. El IMS sugiere que el "ideal" de los países emergentes como la China, la India el Brasil o Colombia, sería llegar, al nivel de gasto per cápita en medicamentos de los países industrializados. Esta hipótesis no es para nada la más apropiada en términos de salud pública y todo dependerá del modelo de desarrollo sanitario que los países emergentes quieran seguir.

En Europa se prevé, para el 2016, un crecimiento entre el -1% y el 2% comparado con el del 2007–2011 de 3.8%. Los programas de austeridad y las medidas de contención de costo aumentarán entre el 2014–2016, lo que hace pensar que la industria farmacéutica transnacional reforzará sus esfuerzos de "marketing" y promoción en los países emergentes. El dilema consiste en saber si los países industrializados consiguen imponer su modelo de I+D y de consumo farmacéutico, o si los países emergentes por el contrario encuentran un modelo de I+D y patrones de consumo de medicamentos conforme con los intereses de salud y no basado en puros criterios de rentabilidad financiera.

b) Los medicamentos de origen biológico

Hasta hace 10 o 15 años la mayoría de los medicamentos se obtenían a través de la síntesis química. Hoy los medicamentos de origen biológico representan un mercado de 693 millones dólares (2011) y se estima que en el 2016 esta cifra

[18] Según el IMS los países desarrollados son USA, Japón, Alemania, Francia, Italia, España, Inglaterra. Canadá y Corea del Sur.
[19] IMS ídem.
[20] Según el IMS, los países emergentes son: China, Brasil, India, Rusia, México, Turquía, Polonia, Venezuela, Argentina, Indonesia, África del Sur, Tailandia, Rumania, Egipto, Ucrania, Pakistán y Vietnam.

llegara a 4–6 billones de dólares. A pesar del rápido desarrollo de los productos biológicos en los últimos años, el porcentaje en relación a los productos de síntesis química en valores sólo representa hoy el 0.5 % del mercado farmacéutico global y en el 2016, de acuerdo al IMS el porcentaje de productos biológicos sería de 2% del mercado total.[21]

La entrada de bio-similares puede representar entre 20-25 % de reducción de precio. Se calcula que en el 2020, 50% de los medicamentos biológicos estarán fuera de patente. Lo que no significa necesariamente que podrán libremente copiarse. Existe actualmente un debate/confusión en torno al registro sanitario de biotecnológicos, como es el caso en varios países Latinoamericanos. [22] [23] [24] [25]

¿Son los productos biotecnológicos totalmente distintos de los productos obtenidos por síntesis química, desde el punto de vista del registro sanitario? Se puede hablar de: bio-similares, bio-comparables, bio-genéricos? ¿Qué es lo que se busca? ¿Que el producto sea idéntico? Hablando de productos biológicos es evidente que no se podrá hablar de "idénticos" (los individuos que consumen el medicamento tampoco son idénticos); lo que se busca es un efecto terapéutico equivalente. ¿Cómo se obtendría la aprobación de este producto equivalente o similar o bio-genérico ¿A qué precio? ¿Con pruebas clínicas de seguridad y eficacia para cada lote? ¿O mediante un mecanismo simplificado que establezca la comparabilidad con pruebas analíticas, sin recurrir a ensayos clínicos, como se está proponiendo en algunos países? Este es un debate que ocupa y ocupará bastante espacio durante los próximos años, como sucedió con el debate los productos genéricos derivados de la síntesis química y nuevamente, todo parece indicar, no será fácil contar con una normativa internacional independiente basada en criterios exclusivamente sanitarios y no comerciales.

---

[21] IMS, op. cit.
[22] Iván Saavedra, Luis Quiñones "Intercambiabilidad de medicamentos de origen biológico (biofármacos): Consideraciones acerca de la aprobación de formulaciones biosimilares (biogenéricos) en Chile", http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006001200015
[23] Samuel Hungtinton, Jesús Silva-Herzog Márquez, "Biogenéricos y biosimilares. Un campo aún muy confuso" http://blogs.strat-cons.com/?p=956
[24] Iñesta, Antonio, "Genéricos y biogenéricos", http://www.elsevierciencia.com/es/revista/-/articulo/genericos-biogenericos-13096657
[25] http://www.engenerico.com/diferencias-genericos-biosimilares/

c) Industria de genéricos de la India en venta

De acuerdo a Sudip Chaudhuri[26], la India antes de 1972 era conocida por tener los precios de medicamentos entre los más altos del mundo. Después de 1972, con la abolición de las patentes farmacéuticas, la India llegó a ser conocida como el productor de medicamentos de más bajo costo. En el 2005, India, para estar en conformidad con el acuerdo de los ADPIC, reintroduce la protección de patentes para productos y procesos farmacéuticos. Actualmente (2012–2014) los monopolios y los altos precios están de regreso.

Desde el inicio de la aplicación del acuerdo de los ADPIC en la India, se desarrollan una serie de alianzas estratégicas entre las compañías de genéricos hindúes y las transnacionales farmacéuticas. Las compañías hindúes como, Dr. Reddys, Aurobindo, Cadila Health Care o Torrent, han concluido acuerdos con GSK, Astra Zeneca y Abbot. Otro fenómeno reciente y altamente preocupante es la compra o participación en los capitales de las firmas de genéricos de la India por parte de las transnacionales farmacéuticas de los países industrializados. Según Chaudhuri, en el 2010, las compañías transnacionales farmacéuticas poseían el 28% de la industria de la India. En Junio del 2008, Ranbaxy fue comprada por la compañía japonesa Daiichi Sanko; Dabur Pharma lo fue por Fresenius Kabi en el 2008, Shantha Biotechs por Sanofi-Adventis en el 2009 y Piramal Health care por la firma americana Abbot en el 2010.

Actualmente, el gobierno de la India estudia cómo hacer frente a este problema,[27] consciente de que la India es “la farmacia del mundo en desarrollo”, pero sobre todo debido a que la única manera de asegurar el abastecimiento en medicamentos a toda la población de la India, será el poder continuar a contar con una industria de genéricos de bajo costo.

[26] Sudip Chaudhuri, “Multinationals and Monopolies. Pharmaceutical Industry in India after TRIPs”, Indian Institute of Managment Calcutta, Working Papers Series No. 685, November 2011.
[27] Cfr. Nirmaya Syam, “India to increase supply of free generic medicines: some key issues”, SC bulletin, Geneva 2013.

EL MODELO ACTUAL DE I+D DE MEDICAMENTOS Y SUS PROBLEMAS.

a) Qué es un medicamento, por qué y cómo se investiga.

Un medicamento es:

- Un producto que sirve para curar una enfermedad. Tal fue lo que hizo la industria farmacéutica de 1950 a 1990. Sulfamidas, antibióticos etc.
- Un producto para prevenir una enfermedad. Vacuna contra la poliomielitis 1955… y las otras que siguieron.
- Un producto para tratar una enfermedad. Según P. Even, lo que hace la industria desde 1990.[28]

¿Por qué se investiga para encontrar nuevos medicamentos?:

Porque hay un mercado que interesa financieramente: es lo que hace la industria farmacéutica privada; o porque hay una enfermedad: es lo que hacen muchos Estados, como es el caso de los USA, donde el Instituto Nacional de Salud (INS) invierte tanto o más que la industria privada.[29] El problema es que algunos gobiernos, una vez desarrollado el producto con fondos públicos, lo ceden a cambio de "royalties" o lo venden a la industria privada, que lo patenta y comercializa en exclusividad durante 20 años, aunque la investigación haya sido pagada con fondos públicos.

¿Cómo llega un medicamento al mercado?:

Primero: una vez desarrollado, o durante el desarrollo del producto, el fabricante solicita una o varias patentes[30] a la Oficina Nacional de Propiedad Intelectual (ONPI) y, si el proceso o el producto representa una novedad, si hay paso inventivo y si tiene aplicación industrial, se le otorgan las patentes solicitadas; la ONPI no certifica que sea "un medicamento", no dice si el producto cura o no, no

[28] Entrevista a Philippe EVEN en "le Nouvelle Observateur" del 13 al 19 de septiembre 2012 No. 2497, p. 81.
[29] http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js6160e/4.html
[30] En una investigación que hizo la Unión Europa que cubría del 2000 al 2007 y que se publicó en el 2009, (3 mil páginas de estudio), se encontró por ejemplo que un solo producto puede estar cubierto por 1200 patentes o aplicaciones de patentes. http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/index.html

es la tarea de la ONPI. 20 patentes para teléfonos, y los hay buenos y malos, 20 patentes y para medicamentos y desafortunadamente también, los hay buenos y malos.

Segundo: el producto patentado, para poder ser comercializado, debe pasar por la Agencia Nacional de Reglamentación del Medicamento (ANRM), que después de una evaluación le otorga un registro sanitario. Desafortunadamente, un "nuevo medicamento" no es necesariamente mejor que el ya existente, porque en la gran mayoría de los países los ensayos clínicos sólo deben probar que es mejor que un placebo, es decir mejor que nada. Así el "nuevo" medicamento puede ser de inferior eficacia terapéutica o menor seguridad, que el que pretende remplazar en el mercado, si ya hay otros en el mercado, como sucede en muchos casos.

b) El problema de los costos de la I+D

Coste medio de la investigación de un nuevo producto farmacéutico*

1950: 1 millón de dólares

1970: y 1980: entre 48 y 54 millones de dólares

1991: el "Tufts Center" (Boston): 231 millones dólares

2000: el mismo Tufts Center: 473 millones de dólares

2002: 802 millones de dólares (¡dobla el costo en dos años!)

2008: IFPMA: 900 millones de dólares

2012-2014: IFPMA: 1300 millones de dólares

**fuentes diversas*

Un artículo del *Journal BioSocieties,*[31] publicación de la London School of Economics, argumenta que el costo real de la I+D es, de hecho, una fracción de las comúnmente citadas estimaciones. De acuerdo a los autores (Light y Warburton), el costo medio de la I+D para desarrollar un medicamento varía entre 13 millones y 204 millones de dólares, dependiendo del tipo de producto. Los autores estiman un costo medio de 43.4 millones de dólares para la I+D de cada

[31] Donald W. Lighta, B, and Rebecca Warburton, Demythologizing the high costs of pharmaceutical research, 2011 The London School of Economics and Political Science 1745-8552 BioSocieties 1–17.
www.palgrave-journals.com/biosoc/

nueva droga. Y concluyen: “esto está muy lejos de 802 millones o 1.3 billones reclamados por la industria”.

La Iniciativa para las enfermedades ignoradas (DND, Drugs for neglected diseases initiative), fundada por la ONG Médicos Sin Fronteras –MSF- en el 2004, publicó recientemente sus costos de investigación después de 10 años de experiencia[32]. Sus cifras son las siguientes:

De 6 a 20 millones de euros para mejorar un tratamiento.

De 30 a 40 millones de euros para una nueva entidad química.

Si esta cifra se reajusta de la manera usual en la I+D farmacéutica para enfermedades infecciosas, para cubrir los riesgos de fracaso, las cifras serían las siguientes:

De 10 a 40 millones de euros para mejorar un tratamiento

De 100 a 150 millones de euros para una nueva entidad química.

Resulta incomprensible que después de 15 o más años de debate, no exista todavía un consenso sobre cuál es el costo real de la I+D de medicamentos. Mientras este problema no se resuelva será muy difícil avanzar en una reflexión constructiva que pueda elucidar el futuro. Las diferencias de datos entre la academia o las iniciativas sin ánimo lucrativo como DNDI y la industria van del UNO al DIEZ. La OMS no se pronuncia sobre el asunto a causa probablemente, de la influencia creciente de la Industria farmacéutica en la elaboración de políticas y toma de decisiones en esta Agencia.

c) La I+D y las necesidades de salud

Los medicamentos que están en los mercados actualmente no corresponden a las necesidades de salud. En una reciente publicación en Francia, “Guía de los 4000 medicamentos útiles, inútiles o peligrosos”[33], Philippe Even y Bernard Devré, analizan los 4.000 medicamentos que circulan actualmente en el mercado francés y concluyen: 50% son inútiles, 20% mal tolerados y 5% potencialmente muy

[32] DNDi, An Innovative Approach to R&D for Neglected Patients: Ten Years of Experience and Lessons Learned by DNDi” Geneva 2013.
[33] Philippe EVEN, Bernard DEBRE, “Guía de los 4000 medicamentos útiles, inútiles o peligrosos” Ed. Cherche Midi, Paris, Septiembre 2012, 906 páginas.

peligrosos. Estos últimos tienen como consecuencia, en Francia, cerca de 100.000 accidentes terapéuticos graves por año, que necesitan hospitalización y 20.000 muertes debidas a la toma de medicamentos.

El hecho de que más de la mitad de los medicamentos comercializados actualmente en Francia sean considerados inútiles desde el punto de vista terapéutico, confirma bien que la I+D no está basada en los problemas de salud de la población sino en los intereses financieros de la industria o de los gobiernos[34]. Es evidente que estos medicamentos considerados "inútiles" desde el punto de vista terapéutico, nada tienen de inútiles desde el punto de vista financiero y representan millones de Euros de ganancia para sus fabricantes. Even y Devré estiman que el valor anual de los 2.000 medicamentos inútiles es de 15.000 millones de Euros, es decir el equivalente al déficit actual de la Seguridad Social en Francia.[35]

En los países en desarrollo un estudio reciente demostró que existe poco patentamiento de "nuevos" medicamentos para enfermedades que prevalecen en los países en desarrollo.[36] De los 4.408 productos patentados en los 5 países del estudio, (Argentina, Brasil, Colombia, India y Africa del Sur) solo 20% se refieren a enfermedades que prevalecen en PED:

Sistema Nervioso……..	823	
Agentes inmunomoduladores y antineoplásico……785		
Anti-infecciosos para uso sistémico…….….	707	
Metabolismo y aparato digestivo……..	589	
Sistema cardiovascular…… .	381	
Sistema músculo-esquelético…….....	233	
TOTAL	3.518	= 79.8%

En este caso, también los intereses financieros prevalecen a las necesidades sanitarias.

[34] En el caso de países exportadores de medicamentos.
[35] Even, Devre op.cit, pp. 26 y siguientes.
[36] C.Correa, «Pharmaceutical innovation, incremental patenting and compulsory licensing» South Centre Doc. No. 41, p. 2

d) Disminución de la innovación farmacéutica

En un artículo en el año 2002, bastante conocido y citado, P. Trouiller et al. encontraron que, de todos los productos farmacéuticos que fueron desarrollados en el mundo entre 1975 y 1999, solo 1.1% correspondía a enfermedades olvidadas, que más vale llamar ignoradas. El mismo estudio fue repetido recientemente[37] y los resultados no son significativamente mejores. De los 850 productos puestos en el mercado en el mundo entre el 2000 y el 2011, solo 4% (37 exactamente) corresponden a las enfermedades ignoradas, que existen principalmente en los países en desarrollo. Enfermedades como el paludismo, la tuberculosis, la enfermedad del sueño, la leishmaniosis o las enfermedades diarreicas.

De estos 850 medicamentos desarrollados entre el 2000 y el 2011, la mayor parte se derivan de moléculas ya existentes. Y sobre las 336 nuevas entidades químicas, solo 4 se referían a enfermedades ignoradas. Los autores del artículo de *Lancet* mencionado, encontraron también que de los 150.000 ensayos clínicos realizados en los 10 años del estudio, solo 2.000 se refieren a enfermedades ignoradas.

Del 2006 al 2011 (seis años), en Francia el número de moléculas que aportaron un progreso terapéutico importante, disminuyó drásticamente: 22, en el año 2006; 15, 10, 7, 4 en los años siguientes, hasta llegar al 2011, año en que la revista *Prescrire* afirma que sólo 1 medicamento de interés terapéutico importante, fue puesto en el mercado.[38]

e) Precios y acceso a medicamentos

Un estudio reciente de los precios de los medicamentos entre los años 1990 y 2009, demostró que los medicamentos cuestan en media tres veces más que Francia, que los mismos medicamentos en Italia.[39] Durante este período los precios aumentaron en Francia de 125 %, en tanto que en Italia el alza fue de solo 37% durante el mismo periodo. Vale la pena recordar que la oferta de

[37] Dr Belen Pedrique MD a , Nathalie Strub-Wourgaft MD a, Claudette Some PharmD b, Piero Olliaro MD c d, Patrice Trouiller PharmD e, Nathan Ford PhD f, Bernard Pécoul MD a, Jean-Hervé Bradol MD g, "The drug and vaccine landscape for neglected diseases (2000—11): a systematic assessment", Lancet, 24 October, 2013.
[38] Philippe EVEN, Bernard DEBRE, "Guía de los 4000 medicamentos útiles, inútiles o peligrosos" Ed. Cherche Midi, Paris, Septiembre 2012, página 82
[39] Estudio realizado por IMS Health, entre 1990 et 2009, Paris, 2012.

medicamentos es bastante similar en los dos países. Los mismos laboratorios, los mismos medicamentos, la mayoría de las veces las mismas dosis.

El estudio señala que las diferencias de precios entre los dos países se debe a los métodos de compra del Estado. Mientras en Italia se compran los medicamentos por licitación internacional, en Francia la compra se basa en negociaciones, "bastante opacas", con los fabricantes de medicamentos, señala el estudio. El precio del Plavix por ejemplo, del laboratorio francés Sanofi, es de 49,08 euros en Francia, este mismo producto, del mismo laboratorio francés, cuesta 23 euros en Italia.

Oncólogos de una quincena de países denunciaron recientemente los precios excesivos de los tratamientos contra el cáncer, que son necesarios para que estos pacientes preserven sus vidas e instaron a que prevalezcan las "implicaciones morales".[40] Según éste grupo de Oncólogos, de los 12 tratamientos contra el cáncer aprobados en 2012 por la Agencia Estadounidense de Medicamentos (FDA), 11 cuestan más de 100 mil dólares por paciente y por año.

En 2010 un grupo de académicos ingleses analizó las drogas de mayor prescripción en el Sistema Nacional de Salud y calculó que aproximadamente se despilfarra 1 billón de libras esterlinas por año debido a la prescripción de "*me too drugs*" patentadas, para las cuales existe un equivalente igualmente efectivo, fuera de patente.[41]

Como se vio más arriba, en el apartado dedicado a "El problema de los costos de la I+D", es que no existe transparencia en cuáles son los costos verdaderos de la I+D, tampoco existe una lógica de los precios de los medicamentos, sino es aquella de que los precios corresponden al máximo de lo que cada mercado puede asumir o pagar.

[40] Revista estadounidense Blood, la publicación de la Sociedad Estadounidense de Hematología (ASH), Abril, 2013.
[41] B. Goldacre, op. cit. p. 243.

LAS NEGOCIACIONES INTERNACIONALES RECIENTES

a) Comisión de la OMS para la Propiedad Intelectual, la innovación y la Salud Pública. (CIPIH)

Los problemas que se enfrentan en la I+D con relación al acceso, no pueden ser resueltos tan sólo a través de mejoras o adaptaciones de los modelos de incentivos existentes. El modelo del sistema de PI no ofrece la innovación necesaria para los países en desarrollo, y el Informe de la CIPIH reconoció que este problema puede incluso afectar a los países desarrollados:

"Se trata de una cuestión importante, porque incluso en los países desarrollados, el rápido aumento de los costos de la atención sanitaria, incluido el suministro de medicamentos, es motivo de gran preocupación pública. En los países en desarrollo, e incluso en algunos países desarrollados, el costo de los medicamentos, que a menudo no se pueden conseguir a través de los sistemas públicos de atención sanitaria, puede ser una cuestión de vida o muerte."[42]

b) La Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual (EMPA)

La EMPA, aprobada por los Estados miembros de la OMS en mayo de 2008 (Resolución WHA 61.21) reconoció los problemas mencionados y recogió una serie de propuestas concretas:

- La Estrategia reconoce que las iniciativas actuales para aumentar el acceso a fármacos son insuficientes.
- También reconoce que los mecanismos de incentivo de los derechos de propiedad intelectual no están ofreciendo resultados para gente que vive en "mercados pequeños o de incierto poder de compra".
- La EMPA reconoce que el actual sistema de innovación basado en el incentivo que proporciona la propiedad intelectual no ha logrado estimular el desarrollo de medicamentos para enfermedades que afectan desproporcionadamente a la mayoría de población mundial que vive en los países en desarrollo.

[42] WHO CIPIH Report p. 177.

- La Estrategia Mundial tiene como objetivo promover nuevas ideas sobre la innovación y el acceso a los medicamentos.

- Es importante destacar que el párrafo 2.3. (c) de la EMPA se refiere a un posible tratado internacional en investigación y desarrollo de nuevos productos farmacéuticos.

c) Grupo Consultivo de Expertos en Investigación y Desarrollo: Financiación y Coordinación (CEWG)

El 5 de abril del 2012, un grupo de expertos sometió a la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, un informe que fue reconocido por su gran valor técnico y la pertinencia de sus propuestas, cuya recomendación central es la de empezar negociaciones internacionales, en el marco del artículo 19 de la constitución de la OMS, para un tratado sobre la investigación y el desarrollo de productos farmacéuticos.

El artículo 19 de la Constitución de la OMS establece que:

“La Asamblea de la Salud tendrá autoridad para adoptar convenciones o acuerdos respecto a todo asunto que esté dentro de la competencia de la Organización. Para la adopción de convenciones y acuerdos se requiere el voto de aprobación de las dos terceras partes de la Asamblea de la Salud; las convenciones y acuerdos entrarán en vigor para cada Miembro al ser aceptados por éste de acuerdo con sus procedimientos constitucionales”.

Este Artículo de la constitución de la OMS ha sido utilizado una sola vez en 65 años: la convención contra el tabaco, hoy en día adoptada por más de 170 países, con la eficacia en el control del tabaco que todos conocemos. La lucha contra el tabaquismo es una medida de salud pública cada vez más evidente en el combate a las enfermedades no transmisibles, a la cual, la Asamblea Mundial del 2013 se refirió como “la vacuna contra las enfermedades no transmisibles”.

UN TRATADO INTERNACIONAL OBLIGATORIO PARA LA INNOVACIÓN Y DESARROLLO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS[43]

En pleno siglo XXI hay un tercio de la población mundial que no tiene acceso regular a medicamentos. El medicamento hoy es una mercancía y no un bien público. Este es uno de los problemas fundamentales que un nuevo modelo, podría tratar de resolver asegurando que se trate de salud y eventualmente negocio y no negocio y eventualmente salud.

Ante la constatación del fracaso del actual sistema de investigación y desarrollo para responder de manera eficaz a los problemas de los países donde está la mayoría de la población mundial, será fundamental encontrar un modelo que pueda combinar la innovación con el acceso, a través de un tratado internacional de carácter obligatorio. Los países miembros de la OMS, luego de una negociación de varios años (2006–2010), admiten que hay un problema estructural, que el modelo actual no consigue producir medicamentos para toda la población que lo necesita, particularmente la población que vive en países en desarrollo.

En el contexto actual el único futuro de una agencia internacional de referencia en salud como la OMS es tratar de identificar, donde hay una evidencia científica, soluciones que se apliquen a través de mecanismos jurídicos apropiados y que puedan convertirse en leyes a nivel nacional. Es urgente que la OMS haga uso de los poderes que le otorga su constitución en el artículo 19 de negociar tratados y convenciones, no sólo en el dominio de los medicamentos, sino en cualquier otra área de salud pública de interés para la salud global.

El actual modelo investigación y desarrollo (I+D) farmacéutica no ha logrado que los medicamentos sean accesibles para un gran número de personas, especialmente las que viven en países en desarrollo. Por un lado, hay poca inversión en I+D para las enfermedades prevalentes en dichos países, ya que las grandes empresas se concentran en el desarrollo de productos destinados a satisfacer la demanda de mercados ricos. Por otro lado, los productos sujetos a patentes y otras modalidades de derechos de exclusividad son normalmente comercializados a precios inalcanzables para gran parte de la población. Varios informes y estudios, así como la Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud

[43] SC Research Paper No. 42: “Repensando la salud global: un tratado internacional sobre la innovación y desarrollo de productos farmacéuticos”, Ginebra, 2012.

Pública, Innovación y Propiedad Intelectual (EMPA) adoptado por Estados los Estados miembros de la OMS (2003-2008), han reconocido estos problemas.

a) Objetivo y alcance

Los objetivos de un instrumento global y vinculante para la I+D para la salud serían los siguientes:

i. promover la I+D para todas las enfermedades, condiciones o problemas (incluyendo las enfermedades no transmisibles) relevantes para las necesidades de los países en desarrollo;

ii. desarrollar mecanismos de financiamiento sostenible;

iii. establecer prioridades de I+D sobre la base de las necesidades de salud;

iv. coordinar la I+D pública y

v. promover la capacidad de investigación de los países en desarrollo.

b) Principios

Al desarrollar un instrumento global sobre I+D pueden tenerse en cuenta los siguientes principios:

- El derecho a la salud es un derecho universal e inalienable y es deber de los gobiernos asegurar los medios para su realización.
- El derecho a la salud debe prevalecer sobre los intereses comerciales en I+D para nuevos productos farmacéuticos.
- El derecho a la salud implica el acceso equitativo y universal a los medicamentos.
- La I + D debe llevarse a cabo de manera sostenible para abordar las prioridades de salud pública.
- El instrumento global y vinculante para la I + D debe incluir mecanismos para asegurar la transparencia en materia de financiación de I + D previsto y los costos de la I + D incurridos.

- El instrumento global y vinculante para la I + D debe incluir mecanismos para desvincular el coste de la I + D de los precios. Los precios de los medicamentos producidos debe fijarse sobre la base de la accesibilidad por parte de todos aquellos necesitados.

- El fortalecimiento de la capacidad innovadora de los países en desarrollo es esencial para responder a las necesidades de salud pública.

- El instrumento global y vinculante para la I+D no debe limitarse a las enfermedades de Tipo 3; debe incluir también otras enfermedades que prevalecen en los países en desarrollo.

- Los resultados de la I+D realizadas en el contexto del instrumento internacional deben considerarse como un bien público y permanecer en el dominio público.

c) Posibles componentes de un tratado

Para alcanzar este objetivo, un instrumento internacional debe incluir lo siguiente:

- El establecimiento de prioridades basadas en criterios de salud pública.

- La coordinación de la I+D pública sobre productos farmacéuticos.

- Una financiación sostenible.

El establecimiento de prioridades tendría por objetivo garantizar que el programa de I+D en medicamentos y tecnologías sanitarias se base en las necesidades de salud pública de la población y no en los mercados comerciales potenciales.

Un componente clave de un instrumento mundial vinculante en I+D debe ser el desarrollo de mecanismos de coordinación de I+D a fin de lograr objetivos claramente identificados con el mínimo coste posible. Se debe informar y/o orientar a todos los actores (públicos y privados) en la asignación de recursos, y también se puede monitorear y evaluar los esfuerzos en I+D. Los mecanismos que se acuerden pueden incluir la creación de redes de instituciones existentes,

en particular en los países en desarrollo, y la creación de nuevos programas e instalaciones.

El informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública – CIPIH-, subrayó que existe una "necesidad urgente de actuar para generar más y sostenible financiación para la I + D para hacer frente a las necesidades sanitarias de los países en desarrollo, y comprometer más a los gobiernos en este esfuerzo".[44]

El instrumento vinculante global para la I+D debería proponer que se establezca un mecanismo de financiación, sobre la base de la transparencia de los costes de investigación y desarrollo. La fuente de financiamiento para el fondo sería las contribuciones obligatorias de los gobiernos firmantes del tratado, según su nivel de desarrollo de cada país.

OTROS MODELOS DE I+D

Al constatar el fracaso de las incitaciones actuales –las patentes– para promover suficientemente I&D en el sector privado como público, el grupo de expertos propone también experimentar sistemas de innovación "abiertos" que no descansen sobre la propiedad intelectual. Menciona toda una serie de "innovaciones fundadas sobre el libre acceso a los conocimientos"; esta expresión define las actividades de investigación que producen conocimientos que se pueden reutilizar libremente, sin restricción legal o contractual ni exclusividad.

En primer lugar, se encuentran las plataformas de investigación precompetitivas, asociadas a dispositivos de código abierto ("*open source*") y de libre acceso. Todos los equipos de las universidades, de las instituciones públicas y de los laboratorios privados que se benefician con las subvenciones públicas podrían compartir sus descubrimientos. En la actualidad la realidad es muy distinta: las investigaciones de muchas instituciones se venden a la industria privada, que obtiene a veces patentes sobre productos desarrollados gracias a fondos públicos. En estos casos, la sociedad paga dos veces el trabajo de I+D.

[44] WHO, CIPIH Report p. 91.

Por otra parte, la industria, cuya reserva de las nuevas moléculas disponibles se ve reducida constantemente, podría beneficiarse con el relanzamiento de la investigación. Además, la publicación abierta de los resultados facilitaría la transferencia de tecnología hacia los países en desarrollo. India ofrece un ejemplo con el "modelo en *open source* para el descubrimiento de medicamentos" desarrollado por su Consejo para la Investigación Científica e Industrial, que concentra sus esfuerzos en nuevas terapias contra el paludismo, la tuberculosis y la leishmaniasis.

Otro mecanismo: la puesta en común de los fondos, a través de cooperaciones público-privadas (PPP), cuenta ya con unas cincuenta experiencias en el mundo. Sin embargo, aunque los actores de la iniciativa DNDi se comprometieron a poner los resultados a disposición del público, cabe preguntarse sobre los 300 millones de dólares aportados a la sociedad Glaxo por la Fundación Gates para la investigación de una vacuna contra el paludismo. En efecto, Glaxo anunció que registraría una patente sobre la vacuna y que limitaría su beneficio a "sólo" el 5% del precio de venta…

Allí donde las patentes constituyen un incentivo "posterior", al garantizar al inventor (o, más bien, al poseedor de la licencia de explotación) un monopolio sobre el mercado, algunos proponen instaurar un incentivo "previo", bajo la forma de primas acordadas para descubrimientos intermedios o para el producto final. Así, al ofrecer una fuerte suma al primer equipo que pusiera en forma tal o cual técnica, las primas permitirían transferir los riesgos financieros de los equipos de investigación hacia los financiadores y liberar la explotación de los adelantos médicos y terapéuticos.

En cuanto a los "acuerdos de compra o de suministro", estos permiten a un Estado o a una organización internacional ordenar por adelantado una gran cantidad de productos -por ejemplo, una vacuna antineumococo- y obtener así precios más bajos.

De su lado, los pools de patentes (*patent pools*) ofrecen a todos los actores de una misma área (por ejemplo, los investigadores comprometidos en la búsqueda de medicamentos contra el VIH/sida) el acceso equitativo a todos los productos. Esto puede resultar útil en el caso de las multiterapias que, combinando varias moléculas, combinan también varias patentes. Estas comunidades pueden

acelerar la llegada al mercado de píldoras monodosis, más cómodas de tomar y que facilitan la continuación del tratamiento.

La inclusión de algunas patentes en estos pools puede hacerse sin el acuerdo de su titular, desde el momento que un país reclama una licencia obligatoria en el marco de los acuerdos comerciales existentes (el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio, Adpic). Inversamente, para responder a una presión política o con el fin de obtener ventajas fiscales, algunas compañías farmacéuticas pueden decidir confiar voluntariamente las patentes a estas comunidades, como es el caso con el "*Medicines Patent Pool*", creado por iniciativa de Francia en el marco de la Unitaid (lo que las organizaciones no gubernamentales critican como un enfoque "ingenuo" y "no viable"). Pues, como escribía Martin Luther King en su Carta de la prisión de Birminghan, "la historia es la larga y trágica ilustración del hecho de que los grupos privilegiados ceden raramente sus privilegios si no son obligados a hacerlo".

CONCLUSIONES

Ante la constatación del fracaso del actual sistema de investigación y desarrollo para responder de manera eficaz a los problemas de los países donde está la mayoría de la población mundial, será fundamental encontrar un modelo que pueda combinar la innovación con el acceso, a través de un tratado internacional de carácter obligatorio u otros formas de incentivos que no vinculen el costo de la I+D con el precio final de los productos.

El actual modelo en crisis, iniciado y desarrollado por los países industrializados, basado en la propiedad intelectual como única manera de financiar la I+D, no es el más apropiado para los países del Sur. ¿Por qué repetir y perpetuar el error?

La agenda de investigación del actual modelo, no está basada en las necesidades sanitarias, sino que responde a los mercados comerciales potenciales. Los precios de los productos son cada vez menos accesibles a los sistemas de salud de los países desarrollados y siguen siendo inaccesibles a la mayoría de las personas viviendo en los países en desarrollo. Finalmente, el "matrimonio" de la

I+D farmacéutica con la Propiedad Intelectual, exigido por la OMC desde1995, ha fracasado como modelo para obtener un acceso universal a los medicamentos.

Varias son las lecciones o errores a evitar en el futuro, en la reflexión de uno o varios nuevos modelos de I+D:

- La práctica de I+D de "*me too*", sin interés terapéutico nuevo, debe ser evitada. Representa un despilfarro de los fondos limitados disponibles para la I+D.
- Las agencias reguladoras como la FDA (USA), AEM (UE), el INVIMA (Colombia), la ANVISA (Brasil) y demás agencias nacionales deberán tener como prioridad el servicio de la salud pública y no de los intereses comerciales de la industria farmacéutica.
- La agenda internacional de la I+D deberá estar fijada en función de las necesidades reales de Salud.
- La industria farmacéutica, con ánimo lucrativo, debería estar excluida de todo tipo de actividad de formación médica o paramédica.
- Los costos de la I+D y los métodos de fijación de precios de los medicamentos deberán ser transparentes y públicos.

El Grupo Consultivo de Expertos en Investigación y Desarrollo: Financiación y Coordinación (CEWG) recomendó empezar negociaciones internacionales en el marco del artículo 19 de la Constitución de la OMS, para un tratado sobre la investigación y el desarrollo de productos farmacéuticos. Esta es seguramente la vía más apropiada y esta debería ser la dirección futura de la I+D y de la industria farmacéutica, si se piensa en términos de salud pública y bienestar de los ciudadanos.

Un tratado es una vía, pero, como vimos, existen otros modelos para I+D, tales como las "innovaciones fundadas sobre el libre acceso a los conocimientos", y muchos otros que puedan ser imaginados y experimentados por todos aquellos que piensan que el futuro de la fabricación de medicamentos representa un desafío para alcanzar la cobertura universal de salud.

I. PODER Y AUTONOMÍA EN LAS PROFESIONES AUXILIARES DE LA MEDICINA

Coords. Consuelo Miqueo y Asunción Fernández

PRESENTACIÓN: PODER Y AUTONOMÍA EN LAS PROFESIONES AUXILIARES DE LA MEDICINA

Consuelo Miqueo y Asunción Fernández

Historia de la Medicina. Universidad de Zaragoza. cmiqueo@unizar.es

Desde los inicios de la sociología de las profesiones, la autonomía se ha considerado el núcleo duro de todo proceso de profesionalización. La corriente funcionalista definió como profesiones aquellos oficios basados en conocimientos abstractos e intelectuales que aseguraban a sus miembros un nivel de cultura sistemática y prestigiada y resolvían problemas complejos, por lo que podían delimitar y monopolizar un territorio de "saber y hacer", de modo que sus intereses se configurarían como elementos constitutivos y medios garantes de la estructura y cohesión social de sus miembros. Las profesiones fueron conceptuadas como actividades laborales de tiempo completo, orientadas al servicio de la sociedad y basadas en la "vocación" de sus componentes, lo que justificaría su prestigio y autonomía. Las perspectivas políticas de los años 80´s redefinieron la noción de profesión, entendiéndose desde entonces como 'agentes activos' de su identidad profesional, de la obtención de su monopolio en el mercado, es decir, del estatus, privilegio y poder que les caracteriza. Adquirió relevancia, así, el estudio de los procesos, proyectos y mecanismos políticos utilizados para ello: estrategias de persuasión, redes de influencia, acciones colectivas, relaciones con el Estado. En general, las profesiones desarrollan tácticas de acreditación legal para asegurarse su monopolio a través del apoyo

estatal, su integración en la universidad y las organizaciones colegiales, y los historiadores han ido integrando esos puntos de vista en sus análisis, atentos a la variabilidad internacional.

Poder, privilegios y autonomía conforman, pues, la triada analítica clásica de la historia de las profesiones a la que han visto a sumarse en las últimas décadas otras dos categorías analíticas como son el género y la subjetividad, fundamentadas por los estudios feministas y antropológicos. La nueva perspectiva cultural ha hecho emerger otros fenómenos e interacciones interprofesionales en los estudios sobre procesos de autonomía y, también, otras claves interpretativas, como muestra los últimos congresos de historia de la enfermería y las monografías y tesis doctorales que seleccionamos. La base de datos *Cuiden* recoge de forma exhaustiva toda la producción, publicada en su mayoría en revistas de formato electrónico, que expresa bien la necesidad de construir una nueva genealogía profesional.

Si hace un siglo se distinguía en España –académicamente- entre quienes se titulaban en las “Facultades” y en las “Carreras” para diferenciar a los facultativos (médicos) de las profesiones auxiliares, usar hoy esta etiqueta en el título de esta mesa resulta atrevido, pues tiene la connotación violenta de toda heterodefinición, en este caso iatrocéntrica. Esta mesa pretende explorar en la España contemporánea la historiografía que unas y otras profesiones están construyendo y los datos que disponemos del perfil laboral e interacciones de profesiones tan jerarquizadas en el pasado. También pretende reflexionar sobre el problema heurístico que plantea historiar actividades profesionales que apenas dejan huella escrita aun en pleno siglo XX.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albarracín Teulón, Agustín (1971), Las asociaciones médicas en España durante el siglo XIX. Cuadernos de la Medicina Española, 10, 119-186.
2. Albarracín Teulón, Agustín (1973), La titulación médica en España durante el siglo XIX, Cuadernos de Historia de la Medicina Española, 12, 15-79.
3. González Iglesias, Julio (1977), Orígenes de la odonto-estomatología en España. Cirujanos, dentistas y odontólogos (1875-1936), Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
4. Ortiz Gómez, Teresa (1987), Médicos en la Andalucía del siglo XX. Número, distribución, especialismo y participación profesional de la mujer, Granada, Fundación Averroes.
5. Villaescusa Pinedo, Riansares (1988), Estudio biográfico y bibliográfico de los cirujanos dentistas españoles, Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid.

6. Lasarte Calderay, José Eduardo (1994), La prensa de las profesiones auxiliares sanitarias en Andalucía. Estudio socio-profesional (1916-1939), Tesis Doctoral, Universidad de Cádiz.
7. Hernández Conesa, Juana (1996), La construcción de la enfermería como disciplina científica: una aproximación desde su historia y sus fundamentos teóricos, Tesis Doctoral, Universidad de Murcia.
8. Galindo Casero, Antonio (2003), Formación, profesionalización e ideologías en enfermería (1953-2000), Tesis Doctoral, Universidad de Extremadura.
9. Camaño-Puig, Ramón (2005), Professionalisation of Nursing in England and Spain: A Comparative Study, Tesis MA, Helsinki, Prima Oy.
10. Cuidadoras en la historia: Protagonistas de ayer y de hoy. Actas del III Congreso internacional y VIII Congreso nacional de Historia de la Enfermería (2005), Zaragoza, Diputación Provincial de Zaragoza.
11. Sanz Ferreiro, Rafael (2005), Los practicantes y el ejercicio de la odontología española, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
12. González Canalejo, Carmen (2006), Las cuidadoras. Historia de las practicantas, matronas y enfermeras, Almería, Instituto de Estudios Almerienses.
13. Germán Bes, Concha (2006), Historia de la institución de la enfermería universitaria. Análisis con una perspectiva de género, Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza.
14. Salas Iglesias, Pedro Manuel (2009), La influencia de Concepción Arenal en las reformas sociales y sanitarias del siglo XIX. Un enfoque histórico desde la perspectiva de los cuidados de enfermería, Tesis Doctoral, Universidad de Alicante.
15. González Canalejo, Carmen; Martínez López, Fernando, eds (2010). La transformación de la enfermería. Nuevas miradas para la historia. Granada, Comares.
16. Chamizo Vega, Carmen (2010). El proceso de profesionalización de la enfermería en el Principado de Asturias, Tesis doctoral, Universidad de Alicante.
17. Montesinos Vicente, Fernando (2011). Practicantes, matronas y cirujanos dentistas en la España Contemporánea (1855-1932), Tesis doctoral, Universitat de Girona.
18. Ruíz Berdún, Mª Dolores (2012), Desarrollo histórico de una profesión: las matronas en Madrid hasta la Guerra Civil, Tesis Doctoral, Universidad de Alcalá de Henares.
19. Alvaréz Nebreda, Carlos; Hernández Martín, Francisca, eds. (2013). El asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión: 150 años de historia del Colegio de Enfermeras de Madrid 1862-2012, Madrid, Colegio de Enfermería de Madrid.
20. Germán Bes, Concha (2013), La revolución de las batas blancas: la enfermería española de 1976 a 1978, Zaragoza, Prensas de la Universidad de Zaragoza.
21. Jiménez Navascués, Mª Lourdes (2013), Institucionalización de la Enfermería Geriátrica en España 1977-2010, Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza.

LOS PROCESOS DE PROFESIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA DESDE EL ANÁLISIS DE GÉNERO

Carmen González Canalejo

Universidad de Almería. canalejo@ual.es

Si el sistema liberal de la segunda mitad del siglo XIX es el punto del inicio secularizador de la asistencia en España, los años finiseculares marcan el proceso educativo de la enfermería contemporánea que alcanza su punto álgido en lo que a competencias profesionales se refiere, al final de la II República (1896-1936). La formación de las enfermeras desde un modelo que plasma las desigualdades sociales, la interacción con los hombres y mujeres de las otras profesiones sanitarias, y las políticas que defendieron los intereses de los grupos masculinos, son el objeto de este estudio que se aborda desde el análisis de género, a la vez que pretende reflexionar sobre los problemas de la historiografía enfermera.

A propósito de las fuentes para el análisis del proceso educativo de las enfermeras conviene tener en cuenta la historiografía de los manuales de los años ochenta del siglo XIX y primeras décadas del XX (1, 2). Manuales que adquieren un relieve especial para perfilar las competencias en las que fueron instruidas las alumnas. Además, en ellos se reflejan los estereotipos femeninos de lo que una sociedad patriarcal como la de entonces esperaba de la “Enfermera

Moderna" (3). De especial relevancia son las fuentes hemerográficas. En ellas se recogen los discursos que nos hacen comprender el papel y la conflictividad de los agentes "auxiliares de la medicina", principalmente, el órgano de prensa de los practicantes. Dichas fuentes están localizadas en los archivos de los colegios profesionales y Biblioteca Nacional. Para el análisis de la producción historiográfica y líneas de investigación de la historia de la enfermería hemos analizado las obras y artículos más significativos producidos hasta el año 2013.

A falta de un análisis más en profundidad de lo que posibilita cualquier resumen, esbozaré dos indicadores que constituyen el marco general de mi aportación:

LA DIALÉCTICA SOBRE LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA Y LA HISTORIA DE LA MUJER ENFERMERA

Desde el planteamiento en el que me sitúo, definir y perfilar el desarrollo de la enfermería contemporánea, no solo implica contextualizar el proceso de feminización y de laicización. Implica, también analizar una práctica observada por algunos como un cúmulo de órdenes que desarrollaban enfermeras sin ninguna clase de criterio como ayuda hacia los médicos, más que como una infinidad de actividades con fundamento teórico, al objeto de cuidar y promover la vida de los asistidos (4). Ello ha invisibilizado el papel de las mujeres que accedieron a esta profesión con aspiraciones emancipadoras, preparadas bajo un modelo educativo que fue construido al calor de la Institución Libre de Enseñanza.

Ello también supone visibilizar la sexualización de los roles que tan implícitamente marcaron la formación de las alumnas que accedieron a esta profesión. A este respecto los manuales escritos por médicos, en su mayoría, jugaron un papel importante quedando patente los estereotipos creados en relación a los requisitos físicos, culturales, morales y técnicos que debía reunir la "Enfermera Moderna", proveniente de una formación de escuela creada *ad hoc.* Se trata, también, de una nueva fase que marcó la línea divisoria entre la vieja y la nueva enfermería que coincidiría con el modelo de la "Nueva Mujer" de la época de entresiglos.

Como rasgos característicos que abarca el desarrollo profesional de las enfermeras españolas cabe destacar, el tardío reconocimiento de los títulos, la resistencia de la Iglesia y la mentalidad patriarcal a la hora de que las primeras

tituladas se incorporaran al escenario sanitario. La historia de la enfermería que todavía falta por perfilar es, una larga historia de transformación que ha contribuido de una manera significativa a la pretensión reformista del último cuarto del siglo XIX y primer tercio del XX, de mujeres que participaron activamente en dar respuesta a las necesidades de salud que planteaba la llamada “cuestión social” (5).

SOBRE LÍNEAS, MÉTODO Y PROBLEMAS HISTORIOGRÁFICOS: ALGUNAS CONSIDERACIONES

A este propósito conviene analizar algunos problemas historiográficos que ahondan sus raíces en quiénes y cómo se ha escrito la historia de la enfermería. De ello se deriva qué historia es la que estamos enseñando; si es una historia global y construida como historia de las mujeres o, por el contrario, es una historia “especializada”, excluyente y hegemónica que ha demostrado severas limitaciones (6). Del mismo modo puede constatarse que la historia de las enfermeras no fue un tema de interés para los historiadores, como tampoco lo fueron las matronas o quienes obtuvieron el título de “practicante”. Y esta es una constante, tal y como ya ha señalado la historiografía de las mujeres, la medicina y la salud que se extiende, también, a las médicas (7).

La imagen y estereotipos de las enfermeras creados por la historiografía de los años cincuenta del siglo XX, se ha construido a raíz de falsas teorías decimonónicas que sostenían un mayor “instinto” de las mujeres para el auxilio o el cuidado de los enfermos. Ello ha dado como fruto el mito de las mujeres “naturalmente” enfermeras y ha creado la falsa idea de que la historia de esta profesión, anteriormente oficio, estuvo feminizada desde los tiempos más remotos. Uno de los trabajos pioneros sobre los estereotipos ligados a la noción “enfermera” fue el de Carmen Dominguez Alcón (8: 148 y ss.) que analizó, a mediados de los años ochenta, las ideologías de género las cuales han influido negativamente en la imagen de las enfermeras.

A estas alturas del siglo XX todavía estábamos ante una historiografía de corte positivista que, prácticamente, puso el acento en la descripción de la omnipresencia de las órdenes religiosas al cuidado de los enfermos, en el trabajo

en los hospitales o en la identificación de las actividades y competencias desarrolladas por la enfermería más que por las enfermeras. Como resultado de estos enfoques, se ha invisibilizado el papel de las que accedieron a esta profesión con aspiraciones emancipadoras y fueron preparadas bajo un modelo educativo construido al calor de la Institución Libre de Enseñanza y bajo la influencia de proyectos progresistas amparados por el movimiento protofeminista español.

En la década de los años noventa, todavía faltaba una historia de transformación en la que se pusiera de relieve la lucha por las relaciones de igualdad, la incorporación de las mujeres enfermeras a los espacios públicos e hiciera visible el cuidado como una práctica científica.

***

Aún a riesgo de dar respuestas a premisas que ya ha demostrado la historiografía de las mujeres, la medicina y la salud, la incidencia de cambios que la modernidad ha ido desencadenando en la mujer enfermera como sujeto histórico, no es una excepción. Basadas en la idea, francamente reciente, de sumarse a la corriente feminista y de las relaciones de género, las historiadoras e historiadores de la enfermería a quienes han interesado estos enfoques han pretendido, no antes de mediados de los años noventa, rescatar un sujeto social que aparecía doblemente subalterno, característica que le proporciona a la historia de la enfermería un acento diverso.

Como todo despegue que se inicia más tarde, la construcción de la historiografía enfermera tiene su proceso de modulación que necesita, todavía, de mayores esfuerzos en investigaciones globales que incorpore la historia de las mujeres para situar el significado de las enfermeras en el punto objetivo de la historia social y de la salud.

Finalmente conviene recordar, como elemento para el debate, la necesidad de desentrañar las claves de las ideologías de género que han excluido del ámbito historiográfico, la cientificidad de la praxis de las enfermeras, lo que responde a un proceso de revisión historiográfica todavía pendiente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bartoloni, Stefanía y González, Carmen (2011), Scuole e manuali di formazione per L'infermiera moderna. Italia e Spagna (1880-1925), Revista di Storia Contemporanea, Roma, 11(21-22), 39-61.
2. Herrera, Francisco (2008), Archivos y hemerotecas. Espacios para la investigación en la Historia de la Enfermería, Híades. Revista de Historia de la enfermería, 1 (10), 71-110.
3. Pijoán, Bartolomé (1916), La enfermera moderna: conocimientos necesarios para el cuidado de enfermos, Barcelona, Biblioteca de Cataluña.
4. Colliére, Marie-FranÇoise (1993), Promover la vida, Madrid, Interamericana.
5. González, Carmen (2007), Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la "cuestión social" (1857-1936), Dynamis, 27, 211-235. Dossier: Science, industry and charities around diphtheria serotherapy in France and Germany.
6. Hernández, Elena (1995), Los caminos de la historia. Cuestiones de historiografía y método, Madrid, Síntesis.
7. Ortiz, Teresa (2004) Historia de la medicina e historia de las mujeres. En: Isabel Del Val Valdivieso et al. (Coord.) La Historia de las Mujeres: una revisión historiográfica. Valladolid, Servicio de publicaciones Universidad de Valladolid-AEIHM, pp. 105-120.
8. Dominguez, Carmen (1986), Los cuidados y la profesión enfermera en España, Madrid, Ed. Pirámide.

LAS COMPETENCIAS DEL PRACTICANTE SEGÚN LOS MANUALES DE FELIPE SÁENZ DE CENZANO 1907-1942

Isabel Blázquez Ornat

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. iblazque@unizar.es

El objeto de este trabajo es determinar las discordancias entre la norma legal, la práctica profesional y los valores, conocimientos o técnicas en los que se socializaban los practicantes. Para ello se ha realizado el análisis de la estructura y contenido, en especial de los fundamentos de su saber y las competencias técnicas o de cuidados al enfermo, de *El Manual del Practicante* de Felipe Sáenz de Cenzano, médico y profesor de la enseñanza oficial de practicantes en Zaragoza desde 1904 (1), editado en 1907, 1922, 1934 y 1942 (2, 3, 4, 5). Consideramos que este Manual es una de las mejores fuentes de información científico-profesional para el retrato académico y laboral del practicante, ya que sus cuatro ediciones lo convierten en uno de los textos de mayor vigencia entre los publicados para la enseñanza y ejercicio de los practicantes (6).

Desde los inicios de la sociología de las profesiones, la autonomía se ha considerado el factor fundamental de todo proceso de profesionalización, que para las profesiones auxiliares de la medicina, se ha interpretado condicionada por el control que otorgado por el Estado ha ejercido la medicina sobre la división del trabajo de las ocupaciones sanitarias (7). Por ello la autoría médica de los textos para la formación de practicantes y la dirección de su enseñanza son claros ejemplos del control férreo ejercido por los “facultativos”. En los Manuales

que nos ocupan, se articulaba con el adoctrinamiento en las condiciones morales y científicas que debían reunir los practicantes, así como en la relación interprofesional subordinada que debía existir entre ambos, fundamentada en las diferencias sociales que habían permitido al facultativo adquirir unos conocimientos de jerarquía superior a los del practicante (2, tomo II, pp. 9-10 y 14-16).

En las cuatro ediciones de los manuales las materias con mayor peso específico fueron, en este orden, las relacionadas con la obstetricia, cirugía menor y anatomía (y fisiología). Para la realización de las técnicas de cirugía y curas, el practicante debía proveerse de sus instrumentos principales de trabajo. El contenido de su "bolsa", habitualmente de cuero, no se modificaría con el paso de los años de instrumentos cortantes como bisturís, escalpelos, tijeras rectas y curvas, y cucharillas; instrumentos punzantes como agujas de sutura con mango y sin mango, agujas de ligadura, alfileres, lancetas de sangría, y trócares; instrumentos de presión como pinzas de disección, curación, hemostáticas, de garfios…, y tenáculos; instrumentos de reconocimiento como sondas, estiletes rectos, de espiral, de Nelaton y sonda acanalada; instrumentos para cumplir con las prescripciones médicas como ventosas, cauterios, jeringa de curación, de Pravat, Roux…, e instrumentos auxiliares como portacaústicos, portalechinos, portaagujas, espátulas, separadores y navaja de rasurar (2, tomo II, pp. 5-30). Para la asistencia a domicilio de los partos, el autor les recomendó portar siempre una "bolsa obstétrica" que contuviera un tubo de pastillas de un gramo de sublimado, de ergotina Ivon, un gramo de cornezuelo, una pastilla de jabón de sublimado, tubos de vaselina boricada al 3%, tubo de seda esterilizada, gasas antisépticas, tijeras rectas y curvas, jeringuilla de Pravaz, dos pinzas de forcipresión, una sonda de mujer, dos agujas de sutura, un cepillo de uñas, un limpiauñas y un termómetro (2, tomo II, pp. 523-528).

En el conjunto de la obra de Sáenz de Cenzano, los cambios más significativos se presentaron entre la primera y la segunda edición. La edición de 1907 se ajustó fundamentalmente al contenido del plan de enseñanza de los practicantes de 1902, de perfil eminentemente técnico y la de 1922 destacó por importantes novedades que la dotaron de un perfil más clínico. La edición posterior de 1934, se amplió esencialmente en lo referente al diagnóstico y tratamiento de enfermedades en que el auxiliar intervenía de manera frecuente, y la de 1942 resultó ser un "calco" prácticamente idéntico a su predecesora.

Las modificaciones de la edición de 1922 supusieron un punto de inflexión en la enseñanza de los practicantes en Zaragoza gracias a la incorporación fundamental de temas relacionados con la patología general, médica y quirúrgica, y con la terapéutica. Unas materias que no se encontraban entre las legalmente establecidas en el plan de estudios de los practicantes y que intentaron acercarse a la realidad de su práctica asistencial que comprendía más territorios que el meramente quirúrgico difundido a finales del XIX por *El Practicante*, producto intermedio entre manual y revista científica (8).

El aprendizaje sobre las enfermedades se basó en la conceptualización de la salud, etiología y las diferencias entre síntoma y signo. Se les instruyó en las partes del acto médico y sus medios exploratorios a través del interrogatorio, inspección, mensuración, palpación, percusión y auscultación. También sobre determinados aparatos y técnicas como el termómetro, oftalmoscopio o el examen de las heces, explicando las diferencias entre lo normal y lo patológico (3, tomo I, pp. 241-275).

La incorporación de conocimientos relativos a la patología médica y quirúrgica tuvo el objetivo de que el practicante dispusiera de una guía con nociones nosográficas y semiológicas básicas para el diagnóstico y tratamiento, solo o mientras el médico llegase, de enfermedades de poca importancia o infecciosas de escasa contagiosidad, y para la asistencia de procesos urgentes como cólicos intestinales, laringitis catarral aguda, asma, cistitis, panadizos, quistes, forúnculos o anginas de pecho, delirios y catalepsias (3, tomo I, pp. 459-614 y tomo II, 398-484).

Estos conocimientos de patología médica y quirúrgica se complementaron con los referentes a su terapéutica. En la edición de 1922, una de las incorporaciones más novedosas fueron las nociones sobre las indicaciones de los fármacos orales de efecto general más frecuentes como los diuréticos, calmantes, hipnóticos o purgantes. Se les instruyó en sus efectos, dosis habituales, modo de administración, y efectos colaterales, si es que los había, para que el practicante conociera sus efectos, ya bien porque él mismo los administrase o para observarlos si la administración del fármaco había sido realizada por el médico (3, tomo I, 299-458).

UNA PROFESIÓN, DOS ROLES EN ESCENARIOS LABORALES DISTINTOS

Desde la perspectiva interaccionista de la sociología de las profesiones, tras el análisis de esta obra podemos configurar dos imágenes distintas para el practicante según su ámbito de asistencia. En el hospitalario organizado alrededor de la figura del médico, su rol siguió respondiendo al tradicional de un cirujano menor, ayudante para las curas y operaciones de mayor envergadura. Con el avance de las técnicas de diagnóstico y tratamiento, sus competencias se fueron ampliando a las de ayudante de laboratorio y perito en la administración de nuevas terapias. Sin embargo, dispuso de un cierto grado de "autonomía" ya que cumpliendo con su labor de vigilancia clínica de los enfermos, debía actuar sobre los fenómenos de urgencia que se presentaran, poniendo en práctica todos aquellos recursos que le permitieran aliviar y ayudar en su curación.

En el ámbito rural, la difícil situación económica de muchos municipios condicionó que pequeñas localidades se proveyeran solo de un practicante. Este sanitario aunque bajo la dirección del médico del partido debía asistir, en solitario, un amplio abanico de procesos y enfermedades internas más o menos banales, además de las quirúrgicas y auxiliares propias. Por tanto, nuestra hipótesis es que el papel del practicante se asemejó al desempeñado por los cirujanos del siglo XVIII y posteriormente, por los médicos de segunda clase en la Europa decimonónica. En España, como apuntaba Agustín Albarracín Teulón, la aparición del título de "cirujano-sangrador" en 1827 y el posterior en 1843 de "práctico en el arte de curar", fueron los primeros remedios que al estilo francés se intentaron poner en marcha para cubrir las necesidades de medicalización de los pueblos y de las clases pobres de la sociedad (9). En comparación con ellos, la titulación definitiva del practicante parece ser una síntesis de ambos roles profesionales en el desiderátum del profesor Sáenz de Cenzano.

En conclusión, los conocimientos, valores y técnicas en los que se socializaban los practicantes presentaron divergencias entre las competencias que les atribuían y las legalmente establecidas, que fueron siempre más restrictivas. Por otra parte, el ejercicio del practicante presentó dos escenarios bien distintos en el ámbito rural, el autónomo y el auxiliar del médico, cuestionando la normativa legal. El practicante tuvo que "moverse" con cautela entre el cumplimiento moral de la asistencia al enfermo y la virtud de no sobrepasar unos límites que a través

de manuales como el Dr. Sáenz de Cenzano, establecía el propio médico basados en el respeto, la prudencia y la precaución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Actas del Claustro de la Facultad de Medicina de Zaragoza 1896-1920, 4 de octubre de 1904, p. 109.
2. Sáenz de Cenzano, Felipe (1907), Manual del practicante (tomos I y II), Zaragoza, Tip. de Emilio Casañal.
3. Sáenz de Cenzano, Felipe (1922), Manual del practicante. Guía para el ejercicio profesional y contestación a los programas de la carrera y de oposiciones (tomos I-III y Apéndice), 2ª edición, Zaragoza, Imp. del Hospicio Provincial.
4. Sáenz de Cenzano, Felipe (1934), Manual del Auxiliar de Medicina y Cirugía (ampliación de la 2ª edición del Manual del practicante). Guía para el ejercicio profesional y contestación a los programas de la carrera y de oposiciones (tomos I-IV), 3ª edición, Zaragoza, Tip. La Académica.
5. Sáenz de Cenzano, Felipe (1942), Manual del practicante. Guía práctica para el ejercicio profesional y contestación a los programas de enseñanza y de oposiciones (tomos I-IV), 4ª edición, Zaragoza, Tip. Octavio y Félez.
6. Álvarez Nebreda, Carlos (2008), Catálogo bibliográfico de publicaciones enfermeras 1541-1978, Madrid, Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.
7. Freidson, Eliot (1978), La profesión médica, Barcelona, Península.
8. Callejas Chagoyen Isabel, Miqueo Consuelo (en prensa), Conocimiento quirúrgico enfermero en *El Practicante* (1885), Temperamentum.
9. Albarracín Teulón, Agustín (1985), Revolución y medicina: una interpretación de la tardía ordenación de la asistencia médica en la España del siglo XIX, Dynamis, 5-6, 269-278.

PERFIL LABORAL DE LAS MATRONAS DEL HOSPITAL DE SORIA (1904-1980)

Mª del Carmen Rojo Pascual[1] y Consuelo Miqueo[2]

[1]Escuela Universitaria de Soria. Universidad de Valladolid. mcrojo@enf.uva.es

[2]Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza

La transformación de la asistencia domiciliaria al parto en hospitalaria, y por ende de la Matrona de Beneficencia en España y la aparición de la hospitalaria ha ido ligada a la sucesiva institucionalización de la salud pública, al desarrollo de las políticas de salud como la Leyes de Sanidad Infantil y Maternal (1941), al Seguro Obligatorio de Enfermedad (1942), y a la creación de Hospitales Maternales (Ley de Bases, 1944). Su desaparición como matrona hospitalaria dependiente de las Diputaciones se inicia con el traspaso de las competencias sanitarias a las Comunidades Autonómicas.

Pretendemos esbozar algunos aspectos del perfil profesional de las matronas en el Hospital Provincial de Santa Isabel de Soria desde 1904 hasta su desaparición en los años 80 (Hospital General), las circunstancias de la creación de la primera plaza de Matrona Titulada del Hospital así como de la *totalidad* de la plantilla de matronas que formaron parte del Servicio de Partos y su participación en la formación de las Matronas de la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios Femeninos de Soria (EATSF) 1974-1984. Este trabajo, representa una pequeña parte de nuestra Tesis sobre las matronas y la evolución real de la profesión en una unidad específica de análisis como es Soria en el siglo XX, sus vivencias y

práctica profesional en el contexto histórico, geográfico, político-religioso y profesional cambiante en el que tuvieron que hacerlo.

Para esta reconstrucción histórica, las fuentes utilizadas han sido los documentos archivísticos de la Diputación Provincial, Ayuntamientos, Provincia, y del Archivo General de la Administración, de la Gerencia de Salud de Soria y la Consejería de Sanidad, de la Universidad de Valladolid y los Fondos de la Escuela Universitaria de Enfermería de Soria; así como la Prensa provincial y nuestro archivo personal dotado de los relatos Orales de las Matronas y parteras, además de los de mujeres de dos generaciones atendidas ellas, y de un fondo iconográfico dotado de materiales de estudio y trabajo de aquellas matronas.

La asistencia hospitalaria a principios del siglo XX en España, sobre todo la rural, consistía en albergar a los que iban a morir y sostener a pobres incapaces de ganarse el sustento, la urbana estaba más especializada en la curación de enfermos (1). Las mujeres tenían a sus hijos en su domicilio por lo que los Ayuntamientos dotaban su plantilla sanitara con matronas para darles asistencia. En el de Soria, desde principios del siglo XX, hubo contratada una matrona perteneciente a la plantilla de la Beneficencia Municipal y otra por los Arbitrios.

El Hospital Provincial de Santa Isabel (1812) se constituye como único hospital de Soria capital al crearse la Diputación Provincial. Dotado con quirófano y salas de hospitalización para 70 enfermos de medicina y cirugía diferenciadas en hombres y mujeres, incluía las destinadas a las patologías ginecológicas. Dentro de la estructura demográfica hospitalaria, las mujeres asistidas suponían un porcentaje muy bajo y “solo el 18 por ciento estaba en edad fértil” (1, 203). Según lo anterior no tenía cabida el nacimiento dentro del hospital ni la presencia de una matrona en ella. Por otro lado, no tenemos datos de la existencia de la Casa de Maternología hasta 1929, y sin embargo, por lo menos desde 1900 estaba contratada una “Ayudanta para partos” (2), figura sobre la que no hay constancia en otras investigaciones. Posiblemente elegida entre las acogidas en el hospicio, tendría un “salario social de bienes indispensables” (habitación, cama, ropa y asistencia médica) (1) y el jornal más bajo de toda la plantilla, relación contractual por la que mantendría su disponibilidad veinticuatro horas, dando una cobertura que las Hermanas de la Caridad no daban al no poder atender a mujeres de parto (3) y el Cirujano responsable de la sala tampoco al no residir allí.

La “Ayudanta” desaparece presupuestariamente desde 1937-1938, coincidiendo con la contratación de dos “médicos internos de guardia permanente” y de un Tocólogo, hecho que socialmente podría estar mejor aceptado. Sin embargo, los partos normales los siguió realizando hasta 1959 que pasa a personal contratado subalterno con la figura de “doméstica de sala”, “ayudante de cuna” y/o “vela general”. Sin poder determinar su nombre hasta 1914, las distintas “Ayudantas para partos” que mantuvo el Hospital Provincial de Soria fueron*:* Lucía Martínez (1914-1919), Leandra Martínez (1920-1925) y Justa Carazo (1937?- 1959) y Epifanía.

LAS MATRONAS DEL HOSPITAL DESDE EL FRANQUISMO

La Diputación mejoró el servicio de Maternidad con la figura del “Practicante Auxiliar de Cirugía y Tocología (1940)” para el Instituto de Maternología o Centro de Maternología, a pesar de que en otros centros de España había matronas contratadas con mayor antelación (4). En el de Soria, se convocó con la denominación de “Plaza de Matrona del Hospital de Soria dentro de la plantilla de funcionarios” del “Subgrupo de Técnicos auxiliares” en 1958. Posiblemente por las condiciones en las que se encontraba la asistencia domiciliara, fue solicitada por Mª Luisa Blanco Alonso, Avelina Moñux Ortega (no se presentó), Obdulia Sevillano Ruíz y Elisa Laseca Laseca (excluida). Mediante un examen oral de defensa teórica y otro de práctica ante dos personalidades de Diputación, dos médicos, un maestro y Ana López (Comadrona del Colegio de Soria) obtuvo la plaza doña Obdulia.

La cualificación de Obdulia Sevillano no evita que se incorpore con unas condiciones de trabajo similares a las vividas por la Ayudanta: debe residir en el hospital, estar de alerta las 24 horas y llamar por teléfono cada hora, si se ausentaba del mismo. Su llegada al hospital no implicó rivalidad con aquella, sino el reparto de las tareas: la profesional contaba con su ayudanta. Al casarse (1960) debe dejar de trabajar y cuando se incorpora en 1972, el Hospital se había transformado en Hospital General de Soria y la dotación de matronas ampliada a dos. En 1980, cuando se abre el Hospital de INSALUD y pasan los servicios de Maternidad, Partos, Ginecología y Obstetricia, ejerce sus funciones de Matrona en una consulta residual de Obstetricia y Ginecología que funcionó hasta la

jubilación de la Ginecóloga Dª Carmen Longares y que justificó las funciones de ambas dentro del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL).

Marcelina Tello Tello es la segunda “Matrona de acto médico” y última funcionaria de Diputación (1960-1991). Los cambios legislativos le obligan a ejercer como ATS Estatutaria (1980-81) hasta que las competencias del SACYL le devuelven su categoría de “comadrona” en propiedad. En ella recae la organización del servicio de partos del nuevo hospital General.

Dª Ana López Gavira y Dª Elisa Laseca Laseca, matronas de la Beneficencia Municipal de Soria, condicionadas por la Ley de Bases de 1963, aceptan incorporarse, durante sus diez últimos años de ejercicio profesional al hospital, completando la plantilla del servicio de partos. Este cambio les supuso la pérdida de la libertad de horarios y de su independencia profesional.

Al establecerse los estudios de ATS Especialista en Obstetricia en la Escuela de ATSF (1974-1979), las cuatro matronas del Hospital General (Obdulia, Marcelina, Ana y Elisa) se encargan de la docencia bajo la denominación de “Matronas Auxiliares”, “Auxiliar Obstétrica”(1963-1964) o “Comadrona en Profesora de Partos” (1980), en la Especialidad de Enfermera Obstétrica (Matrona). Impartían hasta 71 horas de clases, sobre todo prácticas. Formaron a 67 matronas de las cuales, Margarita Carretero Catalina, Amelia Romero de Miguel de la primera promoción, Fuencisla Valverde Rebollo de la segunda, Montserrat Ibáñez López y Francisca Infantes Sánchez de la tercera, también ejercen, por lo menos un año, como docentes, y aunque contratadas como Enfermeras de Diputación en la plata de maternidad recibían un suplemento como matronas por la Escuela de ATSF, mismo patrono con distinta denominación. Por último, durante cuatro años formó parte de la plantilla de matronas Dª Ana Molero Barbado, proveniente de la “Obra del 18 de Julio” hasta que pasó al Hospital del INSALUD (1977-1980).

A MODO DE CONCLUSIONES

Hemos podido constatar que a pesar del desarrollo de las políticas sanitarias, del especialista en Tocología, de la existencia de la sala de Maternología (1929) y los practicantes autorizados a partos, la asistencia a la mujer de parto en el Hospital Provincial de Soria, estuvo en manos de personal no formado la “Ayudanta para

partos". Su mantenimiento entre 1937 y 1959 permite comprender el peso del patrón científico masculino representado en la práctica Ginecológica y la depreciación de una asistencia cualificada para las mujeres de parto. Además de suponer una desigualdad entre las mujeres atendidas de parto domiciliario por matronas cualificadas y las que lo hacían en el hospital con la ayuda de una "Ayudanta para partos" sin cualificación.

Por otro lado, la estabilidad profesional cualificada de la comadrona, queda centrada exclusivamente en el parto y como personal "Auxiliar del Ginecólogo", lo que supone la pérdida del seguimiento que en el domicilio se había hecho de la mujer y el hijo. Este hecho, implicó una reconversión "respetuosa" de su autonomía e independencia, denominación e incluso de sus funciones, forzando a las matronas hospitalarias a la jubilación anticipada y/o a desarrollar funciones enfermeras.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carasa Soto, Pedro (1985), El sistema sanitario español en el siglo XX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual, Universidad de Valladolid y Caja de Ahorros de Piedad de Salamanca.
2. García Segura, María Concepción (2005), Historia de la Diputación Provincial de Soria. Tomo III. Siglo XX. Años 1902-2005. Soria, Diputación Provincial de Soria.
3. Archivo de la Diputación Provincial de Soria (ADPSo). Libro de actas de la Junta de Beneficencia. Convenio 12/9/1857.
4. Barona Vilar, Carmen, (2006), Las Políticas de la Salud. La sanidad valenciana entre 1855 y 1936, Valencia, Universidad de Valencia.

GÉNERO, AUTONOMÍA Y PODER EN EL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA COMUNITARIA EN ESPAÑA: BALANCE HISTORIOGRÁFICO Y NUEVOS ENFOQUES

Galiana-Sánchez, María Eugenia; González-Flores, Alfredo; Maceiras-Chans, José Manuel; Bernabeu-Mestre, Josep

Grup Balmis d'Investigació en Salut Comunitària i Història de la Ciència.
galiana@ua.es

Trabajo desarrollado en el marco de los proyectos HAR2011-23233 y Prometeo/2009/122

INTRODUCCIÓN

Los estudios históricos sobre profesionales de la salud y género en España han permitido trazar una interesante panorámica en los últimos años. Los temas que han despertado mayor interés se han centrado en estudiar el trabajo de las mujeres como sanadoras, matronas, enfermeras o médicas (1).

Nuestra contribución parte de un balance crítico de los estudios sobre los antecedentes históricos de la enfermería comunitaria en España, resaltando las aportaciones teórico-metodológicas, así como sus resultados empíricos y líneas

de futuro. A partir de ahí, se presentarán las investigaciones en curso de nuestro grupo, en las que se han incorporado nuevas corrientes historiográficas como la historia del género o los estudios locales, así como nuevas fuentes como la historia oral. Luces y sombras en la historia de la enfermería

Las enfermeras, la mayoría de ellas mujeres, aunque hayan contribuido a la historia de los cuidados y a la historia de las mujeres, han recibido escasa atención, tanto por parte de los historiadores de la medicina, como por las historiadoras feministas. En el primero de los casos puede haber influido la consideración misma de la profesión de enfermería a lo largo de la historia, concebida como una labor auxiliar, empírica e invisible para la ciencia. En el segundo de los casos, el hecho de que la figura de la enfermera probablemente sea la que más se aproxima al estereotipo de mujer del que se pretende huir desde las filas feministas, lo que la hace poco atractiva para el estudio (2). Se da la paradoja de que lo que ha dotado a la enfermería de carácter propio -el cuidado como objeto de su actividad, el humanismo, el enfoque holístico y su cercanía con las personas-, sea lo que se le ha vuelto en contra, pues se ha considerado que dicha actividad la alejaba de los enfoques positivistas y tecnológicos, es decir, los considerados más relevantes en el ámbito científico (3).

El estudio de la historia de la enfermería es, por tanto, muy reciente, tanto en el ámbito internacional como en el nacional y con dos tendencias historiográficas. Por un lado, la tendencia a ensalzar la disciplina (4), y por otro un nuevo enfoque crítico que ha incorporado los presupuestos conceptuales y metodológicos de la historia de la medicina, pero sobre todo de la historia social (5) y de la historia del género (6). En este sentido, en el ámbito nacional han ido surgiendo nuevas investigaciones, con resultados y líneas de futuro que se pueden resumir en cuatro grandes epígrafes: a) La profesionalización de la enfermería comunitaria a través de su participación en campañas sanitarias; b) Estado, políticas sanitarias y enfermería; c) Enfermería y religión; d) La gestión del propio conocimiento: asociacionismo y publicaciones.

Respecto a la profesionalización, el contexto ideológico y sociopolítico de las tres primeras décadas del siglo XX español, en el que existió una voluntad modernizadora generalizada, que también afectó a la consideración de la mujer (7), permite identificar, a través de ejemplos concretos, los primeros logros profesionales y disciplinares de la enfermería. Fue en este periodo cuando las

enfermeras empezaron a colaborar intensa y activamente en las campañas de mejora de la salud de la población: lucha contra las enfermedades infecciosas como la tuberculosis o el tracoma y la labor desarrollada en el ámbito de la puericultura y la salud materno-infantil (3). El nivel de actividad que desarrollaron las enfermeras en este ámbito fue muy destacado. Sin embargo, dicho desarrollo no siempre se correspondía con el grado de visibilidad que alcanzaron en los equipos de trabajo donde se integraron, en las publicaciones científicas o en los puestos de representación. Sería oportuno profundizar en el análisis de la influencia que cabe atribuir a la variable género, para intentar explicar aquella falta de visibilidad.

Las investigaciones relacionadas con la cuestión del estado pueden abarcar temáticas muy diversas. Por ejemplo, la participación activa en políticas e iniciativas sanitarias, como fue el caso de las enfermeras del programa de colaboración científica y sanitaria con la Fundación Rockefeller en 1922 (8). También la configuración de la identidad profesional puede entenderse como otra forma de relación con el Estado como ocurre con el ejemplo paradigmático de la creación del Título de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) en 1953, que supuso un importante freno al desarrollo profesional (9) y que estuvo acompañado del conflicto de género entre enfermeras y practicantes que se remonta a las primeras décadas del siglo XX (10). Otro ejemplo a destacar de relación con el Estado son las respuestas políticas y profesionales en situaciones de crisis, como los conflictos bélicos y que ha sido objeto de algunas interesantes investigaciones (11).

Los posicionamientos ideológicos de algunos grupos profesionales frente a los regímenes políticos, y la utilización de la labor profesional como un vehículo ideológico, también forma parte de la relación establecida con el Estado, tal como ocurrió con el monopolio de Sección Femenina de Falange sobre la formación y la organización de los servicios de enfermería, y su uso como un instrumento de intervención, vigilancia y control sobre los modos de vida de la población (9, 12)

La relación establecida entre la enfermería y las instituciones religiosas es un tema que requeriría una mayor profundización. Como han señalado algunas autoras (13), sería interesante, en nuestro contexto, estudiar con un enfoque más crítico el control que la Iglesia ha ejercido tanto en las enseñanzas de la enfermería como en las instituciones prestadoras de servicios.

Por último, la gestión del propio conocimiento es un tema clave para analizar las oportunidades y las dificultades de la disciplina. Las iniciativas de asociacionismo o la publicación de revistas profesionales son elementos importantes para analizar este tema. Por ejemplo, el análisis de la Asociación de Visitadoras Sanitarias, constituida en 1934 y la publicación de la revista La de la enfermería (14).

INVESTIGACIONES EN CURSO

Desde el año Visitadora Sanitaria en 1934, ha resultado de gran utilidad para indagar en la institucionalización 2013 estamos desarrollando una línea de investigación sobre los antecedentes de la enfermería en la ciudad de Alicante utilizando la metodología de historia oral, incorporando la variable género al análisis y con la idea de crear un archivo de la memoria de la actividad enfermera para contribuir a la recuperación del patrimonio documental de la enfermería alicantina. A partir de los registros colegiales se ha contactado con enfermeras y practicantes que desarrollaron su actividad durante el franquismo. Los resultados preliminares aportan luz sobre la motivación profesional, la formación, la práctica laboral, el asociacionismo, la gestión del propio conocimiento, y la influencia del género en la evolución profesional.

Por otro lado se está analizando la labor socio-sanitaria de la Sección Femenina de Falange en la provincia de Valencia en el periodo 1940-1977 como estudio de caso. Los resultados preliminares obtenidos indican que debido a la gran variabilidad y complejidad de figuras profesionales, con objetivos y dependencias institucionales distintas, resulta imprescindible esclarecer la labor sanitaria de enfermeras, divulgadoras, informadoras, etc., y analizar su aportación real a la salud de la población.

CONCLUSIONES

Aunque las investigaciones realizadas permiten mostrar un importante grado de actividad por parte de las profesionales de enfermería, se debe seguir profundizando en líneas de investigación innovadoras y críticas que incorporen

nuevas variables como el género, con objeto de explicar su falta de visibilidad en los equipos de trabajo donde se integraron, en las publicaciones científicas o en los puestos de representación.

Desde el punto de vista metodológico, parece oportuno insistir en las oportunidades que ofrecen las fuentes orales, particularmente en el análisis de las trayectorias profesionales de las mujeres, tanto en el plano individual como colectivo, además de explorar nuevos recursos heurísticos que permitan avanzar en el análisis del estado de salud de las mujeres y sus determinantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Galiana-Sánchez, Mª Eugenia; Bernabeu-Mestre; Josep, Ballester Añón, Rosa, (en prensa), Mujer, salud y desigualdad: el rol femenino en la sanidad española contemporánea, Áreas.
2. Mortimer, Barbara, (2005), Introduction: the history of nursing: yesterday, today and tomorrow. En: Mortimer, Barbara and Mcgann, Susan, New directions in the History of Nursing. International perspectives, Abingdon, Routledge.
3. Galiana-Sánchez, Mª Eugenia, Bernabeu-Mestre, Josep (2011), Género y desarrollo profesional: las enfermeras de salud pública en la España del periodo de entreguerras 1925-1939, Feminismos, 18,225-48.
4. Bridges, Dc (1967), A History of the International Council of Nurses, 1899-1964: the First Sixty-five Years, London, Pitman Medical Publishing.
5. Davies, Celia (1980), Re-writing Nursing History, London, Croom Helm
6. Bunting, S. and Campbell, C. (1990), Feminism and Nursing: Historical Perspectives, Advanced in Nursing Science, 12, 11-24.
7. Aresti, Nerea (2001) Médicos, donjuanes y mujeres modernas. Los ideales de feminidad y masculinidad en el primer tercio del siglo XX, Bilbao, Universidad del Pais Vasco, Historia Contemporánea.
8. Gascón-Pérez, Encarna; Galiana Sánchez, Mª Eugenia, Bernabeu-Mestre, Josep (2002): La acción social de las visitadoras sanitarias, Revista de Trabajo Social y Salud, 43, 149-174.
9. Galiana Sánchez, Mª Eugenia, Bernabeu-Mestre, Josep, García-Paramio, Pilar (2010), Enfermeras para una nueva patria: género e ideología en la enfermería de Falange". En: Gónzalez Canalejo, Carmen, Historia de la Enfermería. Desde las sociedades ágrafas hasta la contemporaneidad, Almería, Universidad de Almería, pp.203-216.
10. Bernabeu-Mestre Josep, Carrillo-García, Concepción, Galiana-Sánchez, María Eugenia, García-Paramio, Pilar, Trescastro-López, Eva (2013), Género y profesión en la evolución histórica de la Enfermería Comunitaria en España, Enfermería Clínica, 23(6), 284-289.
11. Valls, Roser; Ramió, Anna; Torres, Carme; Roldán, Aurora; Rodero, Virtudes; Vives, Carmen; Domingo, Almerinda; Dominguez-Alcón, Carmen (2008), Infermeres catalanes a la Guerra Civil española, Barcelona, Universitat de Barcelona
12. Miró-Bonet, Margalida; Gastaldo, Denise; Gallego-Caminero, Gloria (2008): ¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976), Enfermería Clínica, 18,1, 25-33.
13. González Canalejo, Carmen; Marquez, Josefa (2000), ¿Hacia dónde va la historia de la enfermería?, Cultura de los cuidados, 7-8,27-34.
14. Galiana-Sánchez, Mª Eugenia; Bernabeu-Mestre, Josep; Carrillo, Concepción; García Paramio, Pilar; Mariño, Lourdes; Trescastro, Eva (2013), El asociacionismo de las enfermeras de salud pública a través de la revista "La Visitadora Sanitaria"

(1934-1935). En: El asociacionismo en la enfermería y su influencia en el desarrollo de la profesión. 150 años de historia del Colegio de Enfermeras de Madrid, Madrid, Colegio Oficial de Enfermería.

RELACIONES INTERPROFESIONALES EN EL MANICOMIO DE LEGANÉS: FUENTES, HECHOS Y DISCURSOS DURANTE LA SEGUNDA REPÚBLICA

Olga Villasante

Hospital Universitario Severo Ochoa y Universidad Alfonso X el Sabio.
ovillasante.hsvo@salud.madrid.org

Trabajo realizado en el marco del Proyecto de Investigación HAR2012-37754-C02-01

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es describir el contexto histórico en el que surgen los primeros intentos de profesionalización de la enfermería dedicada al cuidado de los enfermos mentales. Se trata de valorar los cambios legislativos surgidos en el marco de las reformas republicanas, cuya principal novedad fue la creación "Diploma de enfermero psiquiátrico". La publicación de diferentes manuales y la celebración de cursos permitieron impulsar la formación del personal sanitario de los establecimientos psiquiátricos públicos y privados. Estos cambios, auspiciados fundamentalmente por médicos, generaron una polémica con los practicantes quienes temían el intrusismo profesional.

Se trata de analizar si la legislación afectó al personal del Manicomio Nacional de Leganés, ya que su director Enrique Fernández Sanz estuvo ligado al movimiento de reforma psiquiátrica republicana. Se estudiará si la formación alcanzó al

personal subalterno de la institución madrileña y si las polémicas vertidas en la prensa profesional se reprodujeron en las relaciones entre practicantes y médicos de Leganés. Además, se tratará de valorar si se generaron modificaciones en los patrones asistenciales de atención a los enfermos en este establecimiento psiquiátrico nacional.

FUENTES

Para el trabajo se han utilizado documentos del Archivo Histórico del Manicomio Nacional de Leganés, del Archivo General de la Administración y del *Arxiu Nacional de Catalunya.* Además se han rastreado los cambios legislativos en la *Gaceta de Madrid* y se han consultado fuentes periodísticas como el *ABC,* la prensa profesional de los practicantes y diversos manuales de formación para enfermeros que, con bibliografía secundaria de las últimas décadas, ha sido utilizada para la discusión.

DISCUSIÓN

Las primeras décadas del siglo XX supusieron un avance legislativo en la profesionalización de los cuidados a los enfermos mentales en España, surgido en el contexto de las reformas sanitarias republicanas que, también, alcanzaron a otras áreas de la enfermería (1, 2, 3). Diversas modificaciones legislativas impulsaron la formación del personal encargado de la atención en los establecimientos manicomiales, entre las que destaca la orden, firmada por Casares Quiroga, el 16 de mayo de 1932 (4). Establecía el personal subalterno en los establecimientos psiquiátricos públicos y privados y la regulación de los requisitos para obtener el diploma de «Enfermero Psiquiátrico», legislación que, auspiciada por el Consejo Superior Psiquiátrico dirigido por Rodríguez Lafora, no estuvo exenta de una polémica reproducida en el *Boletín del Colegio Oficial de Practicantes de Medicina y Cirugía en Madrid* y el *Boletín del Colegio Oficial de Practicantes de Cádiz* (5,6). El 30 de julio de 1932, el Director General de Sanidad dispuso dos categorías profesionales bien diferenciadas: los practicantes con el diploma de enfermero psiquiátrico y los enfermeros psiquiátricos, con el fin de salvar las críticas sobre el intrusismo profesional (7,8).

Entre los libros para la enfermería, el más reconocido fue, probablemente, *La asistencia al enfermo mental* (1933) de Luis Valenciano (9), sin olvidar la formación proporcionada por las órdenes religiosas (10). Merece la pena destacar que las iniciativas partieron del colectivo médico, y especialmente desde la Asociación Española de Neuropsiquiatría de mayor implantación en Cataluña (11), desde donde se promovió la formación y la traducción del *Manual del enfermero para pacientes nerviosos y mentales* de los profesores suizos W. Morgenthaler y O. L. Forel (12). Además, se impartieron cursos como el que dirigió Domingo Simó en el Manicomio de Valencia, cuyas lecciones fueron publicadas en el *Prontuario del enfermero psiquiátrico* (13). En general, se puede afirmar que la difusión de la mayor parte de los manuales españoles fue muy escasa, a diferencia del *Handbbook for the instruction of attendants on the insane* (1885) (14), reeditado en múltiples ocasiones.

Los facultativos del Manicomio Nacional de Leganés también organizaron un curso para practicantes, enfermeros y enfermeras. Anunciado en el *ABC* en 1933 (15, 16), las conferencias fueron impartidas en el Hospital de la Beneficencia General por Mendiguchía Carriche, Fernández Méndez, Martín Vegué y Moreno Rubio, y las prácticas realizadas en el Manicomio de Leganés. No hemos hallado un manual con dichas lecciones, ni documentos que reflejen polémicas entre facultativos, practicantes o enfermeros en el Archivo histórico de la institución.

Si bien el director de Leganés era Inspector de Manicomios Nacionales y Vicepresidente del Consejo Superior Psiquiátrico (17), no se ha podido constatar que esta preocupación por la formación de enfermeros se reflejara en esta institución psiquiátrica de referencia nacional (18). El libro de Valenciano introducía un interesante cuestionario sobre aspectos susceptibles de vigilancia por los enfermeros (alimentación, ideas de suicidio…), sin embargo, en los trabajos con historias clínicas (19, 20), no se ha encontrado ningún registro de la actividad de los practicantes, enfermeras o enfermeros.

Sólo unos meses antes de la nueva legislación que determinaba el personal auxiliar y los practicantes con los que debía contar un establecimiento, el director del Manicomio de Leganés argumentaba el perjuicio de reducir las plazas de funcionarios previstas en 1931 (21). Probablemente los tres practicantes, cuyos honorarios anuales eran 2.500 pesetas, eran insuficientes para una población en torno a los 300 pacientes, no obstante una plantilla mayor que en otras

instituciones psiquiátricas (22). En 1935 se establecía un presupuesto de 7,5 pts para los 25 mozos enfermeros, mientras que las 10 criadas lavanderas de servicio recibían 3 pts diarias (23), sin embargo no se han hallado reivindicaciones salariales del colectivo, presentes en otros establecimientos catalanes como el Sanatorio de Martí i Juliá de Salt (24, 25).

En 1936 se convocaron los primeros exámenes para la concesión del *Diploma de Practicantes y Enfermeros psiquiátricos* (26), pero la contienda fragmentó la sociedad civil y se derrumbaron las escasas estructuras organizativas (27), que aún tardarán muchas décadas en consolidarse (28, 29).

A MODO DE REFLEXIÓN

Es interesante señalar que la formación en estas décadas fue impulsada desde las asociaciones de facultativos con la regulación del título de diploma de enfermero psiquiátrico, la organización de cursos y la publicación de los primeros manuales para enfermeros psiquiátricos, sin embargo la falta de estructuras organizativas como asociaciones de enfermeros u órganos de expresión específicos, entre otras cuestiones, no permitió la consolidación de la especialidad.

Se desconoce la repercusión de la especialización de la enfermería en la práctica clínica de las instituciones psiquiátricas, pero la introducción de personal, específicamente formado es, aún hoy, un proceso tortuoso y lento. Sin duda se requiere un abordaje más amplio de la profesionalización de la enfermería de salud mental, con el fin de disminuir la todavía laguna historiográfica (30).

BIBBLIOGRAFÍA

1. Bernabé Josep, Gascón E (1999), Historia de la enfermería de Salud. Pública en España (1860-1977), Alicante, UA.
2. Vera Pérez, José Antonio; Hernández Conesa, Juana María, (2011), Un análisis educativo de la formación enfermera en España durante la Segunda República, Murcia, Diego Marín Librero editor.
3. Campos, Ricardo; Huertas, Rafael (1998), Estado y asistencia psiquiátrica en España durante el primer tercio del siglo XX, Revista de la AEN, 18(65), 99-108
4. Gaceta de Madrid (20.5.1932).
5. Boletín del Colegio Oficial de Practicantes de Medicina y Cirugía en Madrid (agosto 1932), 257, 23.

6. Boletín del Colegio Oficial de Practicantes de Cádiz y su Provincia (1932), 17, 191, 4-5.
7. Gaceta de Madrid (2.8.1932).
8. Herrera Rodríguez, Francisco (1990), La titulación del enfermero psiquiátrico en la II República española, Minutos Menarini, 167, 4-8.
9. Valenciano, Luis (1933), La asistencia al enfermo mental, Madrid, Publicaciones de Archivos de Neurobiología.
10. Ventosa Esquinaldo, Francisco (2000), Cuidados psiquiátricos de enfermería en España (siglos XV al XX), Una aproximación histórica, Madrid, Editorial Díaz de Santos.
11. Comelles, Josep M. (2005), El purgatorio del Doctor Torras. Reforma y reacción en la psiquiatría catalana del XX, Frenia, 5, 101-132.
12. Morgenthaler W, Forel O L. (1936), Manual del enfermero para pacientes nerviosos y mentales, Barcelona, Salvat Editores.
13. Domingo Simó, Francisco (1936), Prontuario del enfermero psiquiátrico, Valencia, Imp. V. Climent Vila.
14. Handbbook for the instruction of attendants on the insane, consultado el texto el 2 de abril de 2014 en http://archive.org/details/handbookforinst01assogoog
15. *ABC* (4.8.1933), 28
16. Villasante, Olga (2013), Primeros intentos de profesionalización de la enfermería psiquiátrica: de la Segunda República a la Posguerra Española. En: Simón David et al. (eds) Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI, Madrid, AEN, pp. 315-329.
17. Candela Ruth, Villasante, Olga (2011), Las historias clínicas del manicomio de Leganés (1924-1931): Enrique Fernández Sanz y la nosografía Kraepeliniana. En: Martínez Azumendi, Oscar et al. (eds), Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría. Madrid, AEN, pp. 201-220.
18. Villasante, Olga (2003), The unfulfilled project of the Model Mental Hospital in Spain: fifty years of the Santa Isabel Madhouse, Leganés (1851-1900), History of Psychiatry, 14 (1), 3-23.
19. Tierno, Raquel (2008), Demografía psiquiátrica y movimientos de la población del Manicomio Nacional de Santa Isabel (1931-1952), Frenia, 8, 97-129.
20. Conseglieri, Ana (2008), La introducción de las nuevas medidas terapéuticas: entre la laborterapia y el electroshock en el manicomio de Santa Isabel (1931-1952), Frenia, 8, 131-160.
21. Carta del director fechada el 31 de octubre de 1931 dirigida al Decano de la Beneficencia General, Archivo Histórico del Instituto Psiquiátrico SSM José Germain (no catalogada).
22. Heimann, Carlos (2006). El Manicomio de Valencia 1900-1936. En Livianos, L. et al (eds), El Manicomio de Valencia del siglo XV al XX. Del Spital de Fols, orats e ignocents al convento de Jesús, Valencia, Ajuntament de Valencia, pp. 401-479.
23. Presupuesto del Ministerio del Trabajo, Sanidad y Previsión, presupuestos de 1935, AGA interior 9(25), signatura 44/2514.
24. Arxiu Nacional de Catalunya FGR, caja 516. Documento fechado el 21 de abril de 1937.
25. Vázquez de la Torre P (2012) El Manicomio Nacional de Santa Isabel en Leganés durante la Guerra Civil española (1936-1939). Población manicomial y prácticas asistenciales, Tesis doctoral, UCM.
26. Gaceta de Madrid (18.2. 1936), 49, 1434.
27. Huertas, Rafael (2007), Spanish Psychiatry: The Second Republic, the Civil War and the Aftermath, International Journal of Mental Health, 35 (4), 61-72.
28. Germán Bes, Concha (2013), La transición enfermera La Revolución de las Batas Blancas: la Enfermería Española de 1976 a 1978, Zaragoza, PUZ- Fundación Index.
29. Muñoz Zaragoza, Begoña (2012), Proceso de especialización de la Enfermería Psiquiátrica en España: Análisis de la literatura científica, Tesis MA; puede consultarse en http://zaguan.unizar.es/TAZ/EUCS/2012/7780/TAZ-TFM-2012-063.pdf
30. González Canalejo, Carmen; Martínez López, Fernando (2010), Transformación de la enfermería: Nuevas miradas para la historia, Comares.

LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN LA DÉCADA DE LOS SETENTA EN ESPAÑA. ANÁLISIS CONCEPTUAL

Concha Germán Bes

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. cgerman@unizar.es

Los profesionales de la Enfermería a principios de los setenta en España eran los Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), cuyo plan de estudios se legisló en los años 50 en España como figura auxiliar de los médicos. Esta reforma aglutinó a Practicantes, Enfermeras y Matronas bajo la nueva denominación. En los estudios recientes (1, 2), todavía escasos en este periodo podemos decir que carecían de autonomía, de pensamiento propio y era escaso su monopolio profesional. Tenían una identidad heterogénea atravesada por el género, una subjetividad ambivalente, escasa relevancia social, ningún acceso al poder y sin privilegios. Sin embargo era una ocupación de servicio, vocacional y capaz de resolver problemas complejos.

Esta comunicación tiene como objetivo explicar la evolución en España de una profesión-ocupación auxiliar, divida y sin pensamiento propio hacia lo que hoy se considera la profesión de los cuidados, con la que se identifican sus miembros, con autonomía, superadas las segregaciones de género y con un salario digno en un contexto de crisis. La exposición consta de tres partes: el contexto histórico en los 70; el conflicto que logró un cambio en la profesión; y los logros obtenidos y retos pendientes. Para ello, se han revisado revistas, artículos y el libro de la autora.

Los profesionales de la Enfermería en la década de los 70 en España tenían una titulación y rol muy diversos: Auxiliares Sanitarios Titulados, en el Estatuto de la Seguridad Social, y Técnicos de grado medio (TGM) en la consideración laboral pero cuyos salarios eran los de un obrero especialista, con coeficiente 1,9 y no el de 3,6 que les correspondía como TGM (2, 3). El decreto del 17 de diciembre de 1960, decía que el título habilitaba para: «Administrar medicamentos. Ayudar al médico en intervenciones quirúrgicas. Realizar curas a operados. Prestar ayuda en casos urgentes hasta la llegada del médico. Asistir a partos normales, siempre y cuando no hubiese especialistas». La ampliación de estudios mediante especialización se fue legislando en la siguiente secuencia: Matrona en1957, Fisioterapeuta en1957, Radiología y Electrología en1961, Podología en1962, Pediatría y Puericultura en1964, Neurología en1970; Psiquiatría en 1970; Análisis Clínicos en 1971; Urología-Nefrología en1975 (4).

La formación en las Escuelas de ATS femeninas y masculinas, estaban adscritas oficialmente a las Facultades de Medicina, cuyo profesorado era médico y sus programas eran resúmenes o introducción de los programas de Medicina. El Manual de la Enfermera que tuvo varias ediciones refleja la época:

«La escuela tiene por finalidad proveer a las alumnas de una formación humana… las técnicas propias de su profesión y de un adiestramiento técnico que, tanto por la perfección de su dominio como por la comprensión de los principios básicos sobre los que se sustenta, las haga aptas para servir de auxiliares médicos, ya por lo que respecta al sentido de la observación, como para uso del utillaje moderno, propio de los hospitales en donde se realiza la Medicina al máximo nivel, al tiempo que se las hace conscientes y se las imbuye del profundo alcance social y sentido de servicio al prójimo de su profesión» (5: Introducción)

Las estudiantes, en régimen de internado, tenían una dedicación de 24 horas en su formación práctica hospitalaria. Los estudiantes masculinos tenían unas prácticas laxas y orientadas a la asistencia extra-hospitalaria. En esos años los ATSM no tenían acceso a los servicios de hospitalización y solo trabajaban en laboratorio, radiología o urgencias hospitalarias, en ambulatorios y en el medio rural. Además con tres años de medicina se obtenía el titulo de ATS sin haber realizado ninguna práctica.

Sin embargo a comienzos de los setenta emerge una corriente crítica. Mirian Ovalle, enfermera docente colombiana afincada en Barcelona, en el congreso de hospitales de 1970 propuso siete medidas para homologar la Enfermería española a nivel internacional. Sirvieron de referencia en el plan de estudios del Diplomado en Enfermería en 1978:

«1. Enseñanza universitaria básica de 3 años y superior de dos años más (Basándose en OMS). 2. Crear un programa único de Auxiliar relacionado con la escasez de enfermeras. 3. Homologación de ATS en su cualificación laboral y remuneración. 4. Seleccionar enfermeras basándose en: estudios previos, aptitudes, disposiciones caracterológicas y motivaciones de elección de la carrera. 5. Adiestramiento y formación continuada de los hospitales. 6. Revisar el nombre de ATS y homologarlo a nivel internacional. 7. Creación de voluntarios para ayudar a enfermos sin interferir con los profesionales.» (6).

Parecidas medidas fueron propuestas reiteradas en el congreso internacional de enfermeras de Barcelona de 1974 (7). Esta filosofía era respaldada por el Consejo General de Auxiliares Sanitarios: Sección Enfermeras y ATSF en su revista *Caridad, Ciencia y Arte*. Las enfermeras de *Salus Infirmorum* que pertenecían a la CICIANS –enfermeras católicas- en su congreso internacional en Madrid en 1972 seguían la filosofía de las enfermeras inglesas (8). La Escuela de la Santa Cruz y San Pablo dirigida por la enfermera Teresa Piulachs publicó un plan de estudios con la denominación de “Enfermería”, saltándose el nombre oficial de ATS (9). Diferente opinión tenían la sección masculina de Practicantes y ATSM del Consejo que proponían una carrera del tipo de los “Felshers” soviéticos o los médicos descalzos chinos en su revista *Medicina y Cirugía Auxiliar*. Dos enfoques radicalmente distintos que, pese a la afinidad política del régimen de sus dirigentes, Teresa Loring representante de las enfermeras y Enrique Riudavets de los practicantes, fueron incapaces de encontrar puntos de encuentro y mantuvieron la profesión dividida. La amenaza de la Ley de 1970 de encuadrar las escuelas de ATS en Formación Profesional fue el detonante del conflicto conocido como “La revolución de las batas blancas”.

Había un clima de malestar de las estudiantes que eran –de facto- mano de obra gratuita de los hospitales y que pagaban por concepto de prácticas, en internados obligatorios, bajo el mandato de religiosas sin titulación de enfermeras (2) y sin profesorado enfermero entre otros factores. Las jóvenes no se sentían

representadas por una generación obsoleta e inmovilista. Por ello a la muerte de Franco en los inicios de la Transición Democrática, entre los miles de conflictos (10) salieron a la calle los ATS con sus tablas reivindicativas como hemos desarrollado en la *Revolución de las batas blancas. La Enfermería española de 1976 a 1978* (11). Con las numerosas movilizaciones en las que participaron miles de profesionales (75.000 calculaba *La Vanguardia* en Octubre de 1976, semejante a las inglesas de 1974) durante estos tres años lograron: escuelas mixtas, universitarias, sin internado, colegio único y salario adecuado. Ahora bien, quedaba mucho por hacer: unificar sedes y archivos, adaptar las especialidades, vestuarios para los estudiantes, profesorado enfermero en la docencia teórica y, crear un pensamiento enfermero.

Fue a partir de los 80 cuando en los programas universitarios, a cargo de enfermeras docentes, se recuperaron los cuidados. Un hito marcó el libro *El Pensamiento Enfermero* de la canadiense Kerouac. La ley de reforma universitaria (LRU-1984) creó el Área de Enfermería y los Diplomados accedieron a Profesores Titulares. Se crearon la revistas *Rol de Enfermería* en 1978 e *Index* en 1992 y decenas más. En los noventa se creó la Fundación Index y la base de datos *Cuiden*; los títulos propios de segundo ciclo; comenzaron a utilizarse los diagnósticos enfermeros NANDA, NIC y NOC; algunas enfermeras fueron directoras generales como Mercedes Carreras en Galicia (12) y de centros de salud en Andalucía; en 2010 la enfermera Carmen Ferrer gerente de un Área de Madrid; luego gerente del hospital Guadarrama (13) y, se lograron los máximos niveles académicos con el Espacio Europeo de Educación Superior.

En conclusión, hoy la Enfermería es la profesión de los cuidados en su triple vertiente de seguridad clínica, bienestar y autocuidado. Ha logrado autonomía, pensamiento propio, resuelve problemas complejos y tiene su propio monopolio profesional, un territorio de “saber y hacer” en exclusiva que cohesiona a sus miembros. Profesión de servicio basada en la ‘vocación’ de sus componentes, lo que justificaría la confianza y demanda social. Su identidad es de ‘cuidadores cualificados’ (aunque persisten los estereotipos de auxiliares en parte del colectivo médico y de la sociedad) lo que ha hecho posible la consecución de su monopolio en el mercado y estatus, pero con escasos privilegios y poder. Su relevancia en los procesos, proyectos y mecanismos políticos, estrategias de persuasión, redes de influencia, acciones colectivas, relaciones con el Estado aumenta de manera lenta. Es una profesión que ha superado las diferencias de

género. En suma, una profesión con mayor reconocimiento, con lento acceso al poder y con problemas de estándares laborales y económicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cantero-Gonzalez, Lourdes; Hernández-Conesa, Juana; Beneit- Montesinos, Juan (2011) Formación e Identidad Enfermera en el Franquismo, Murcia, Ed. Diego Marín.
2. Germán Bes, Concepción (2009), Apuntes para la Historia de la Enfermería desde Mayo del 68 a la muerte de Franco. Los efectos de la Guerra Civil en la Enfermería en el Tardofranquismo, Temperamentvm;10 (López-Corpas, Carmen (2013), Formación e identidad enfermera en el franquismo, Temperamentvm 17. Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn17/t1702.php> Consultado el 21 abril de 2014
4. Cantero-González, ML (2010), La formación enfermera en la España de Franco: Manuales de Enfermería durante el Nacional-Catolicismo (1945-1957) [Trabajo fin de Master], Madrid: Reduca, Universidad Complutense de Madrid;
5. Sitges-Creus, A. (1966), Manual de la enfermera. Barcelona: Toray.
6. Ferreró, Ramón; Ovalle, Myriam (1970), Selección, formación y adiestramiento del personal de Enfermería, Barcelona*,* 1º (FOL-497)
7. Conclusiones de las Jornadas Nacionales de Enfermería (1974), Barcelona 16–17, noviembre.
8. Vº Congreso Regional de Enfermeras Católicas de la CICIANS en Madrid 1972. Diario ABC, 5 de abril. p. 43.
9. Piulachs-Moles, Teresa (1976), Programa de estudios. Escuela de Enfermería: Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona.
10. Sartorius, Nicolás; Sabio, Alberto (2007), El final de la dictadura. La conquista de la democracia en España. Noviembre de 1975-Junio de 1977, Madrid, Temas de Hoy: Historia.
11. Germán-Bes Concha (2013). La revolución de las batas blancas: la Enfermería española de 1976 a 1978, Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza.
12. http://galicia.satse.es/%28video%29/174284
13. http://www.faecap.com/noticias/show/carmen-ferrer-arnedo-premio-nacional-por-la-uesce

II. SALUD Y ESTABILIZACIÓN POLÍTICA

Coord. Josep Lluís Barona

PRESENTACIÓN: SALUD Y ESTABILIZACIÓN POLÍTICA A COMIENZOS DEL SIGLO XX

Josep L. Barona

Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia López Piñero. UVEG-CSIC.
barona@uv.es

A comienzos del siglo XX, la crisis política y social internacional provocada principalmente por los grandes conflictos bélicos, las revoluciones sociales, y el hundimiento mundial de la economía hizo del deterioro de la salud un factor de crisis, acción y estabilización política. Más allá de las políticas públicas iniciadas a lo largo del siglo XIX, inspiradas en el higienismo e impulsadas en el contexto del reformismo liberal y de la consolidación de la profesión médica como grupo hegemónico en torno a la salud, desde la Gran Guerra la salud se convirtió en un factor de extraordinaria importancia para la estabilidad social y para la política internacional.

Entre las dos guerras se transformaron profundamente las relaciones internacionales, la situación social, económica y política de muchos países europeos y ello afectó directamente al estado de salud de la población. Los problemas derivados del deterioro de las condiciones de vida ocuparon un lugar destacado, ya que las autoridades políticas tuvieron que hacer frente a la profunda crisis social que sufrieron los países europeos: guerra, hambre y desempleo deterioraron los indicadores sanitarios. El desafío era tan profundo que hacía inútiles las tradicionales estrategias de control de epidemias y enfermedades infecciosas desarrolladas por los higienistas y las políticas

nacionales de salud pública del siglo XIX. En ese contexto la medicina social entró a formar parte de las políticas públicas.

Varios factores importantes influyeron en ese proceso: en primer lugar el papel de las instituciones nacionales e internacionales, como referente de conocimiento experto y legitimación de las grandes decisiones. En gran medida, los institutos nacionales de higiene, las comisiones de expertos, marcaron y negociaron la orientación de la investigación médica y las políticas de salud, mediante organizaciones formales e informales. Además, las organizaciones internacionales desempeñaron un papel importante en la estandarización de los métodos de investigación, en los procedimientos clínicos y en los programas de formación para expertos en salud pública. Si los expertos adquirieron legitimidad e influencia es porque la salud se convirtió en un importante factor de acción social y política especialmente durante períodos de crisis, como en los años previos a la guerra, en tiempo de guerra y en la posguerra. Entonces el Estado surgió como instrumento de estabilización y agente regulador social para atenuar los conflictos sociales derivados de las reivindicaciones obreras y paliar lo que en economía se denomina *market failure,* deficiencias del mercado incapaz de resolver por su propia dinámica desigualdades, conflictos, y garantizar derechos como la educación, la salud, la vivienda, o el trabajo. En este contexto se inscribe la función de los institutos nacionales de higiene, las escuelas nacionales de sanidad, las campañas sanitarias para hacer frente a las grandes enfermedades sociales (tuberculosis, paludismo, enfermedades venéreas, mortalidad materno-infantil), los seguros médicos, la atención a la sanidad rural, las casas de socorro, dispensarios, sanatorios, gotas de leche, la inspección médica escolar, los comedores comunitarios y las estrategias de racionamiento, entre otros. El estado central y las administraciones locales desarrollaron políticas de salud como factor estabilizador en momentos de crisis.

El conocimiento experto que se atribuyó a organizaciones nacionales e internacionales fue no sólo en una referencia legitimadora del intervencionismo internacional y la justificación técnica de las políticas estatales, la trama internacional de expertos también adquirió organización y espacios de autoridad independientes. La creciente influencia de la esfera internacional como referente de las políticas nacionales acentuó los debates y las negociaciones en torno a la prevención de enfermedades y la asistencia. Algunos historiadores han considerado que el protagonismo de los organismos internacionales en la

promoción de la medicina social – la Oficina Internacional de Higiene Pública, la Organización Internacional del Trabajo, la Fundación Rockefeller o la Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones – obedecía a intereses geopolíticos o estrategias imperialistas. Es un debate abierto que conviene matizar.

Entre las dos guerras mundiales se extendió el activismo médico internacional. Además de las Sociedades Nacionales de Cruz Roja, se creó el Socorro Médico Internacional, el Comité Médico Americano para la Ayuda a la Democracia Española, las Brigadas Internacionales, el Comité Médico Americano de Ayuda a China, y muchos otros. Cierta historiografía ha considerado que la filantropía y el activismo humanitario –especialmente el norteamericano- era un factor de expansión del capitalismo y el imperialismo occidental. No obstante, la intervención filantrópica internacional fue durante la primera mitad del siglo XX muy plural, a veces derivada de un activismo político revolucionario, y además de reforzar el colonialismo contribuyó al apaciguamiento y a mejorar la sanidad en muchas partes del mundo.

La intervención humanitaria y el activismo médico configuraron un gran movimiento en los países occidentales en momentos de crisis y conflicto. Organizaciones como la Cruz Roja identificaban el socorro con el espíritu de las profesiones sanitarias, más allá de valoraciones morales y políticas. Sin embargo, otras asociaciones humanitarias surgieron durante el período entreguerras como una forma de activismo en la lucha entre democracia liberal, expansión del fascismo y revoluciones sociales. Este activismo médico comportaba un compromiso político más allá de la neutralidad y, en cierta medida, empleaba el imperativo moral de la ayuda humanitaria para desbordar los límites de la política exterior de los estados.

En la historiografía reciente hay un amplio debate sobre el movimiento filantrópico norteamericano, a veces en tono muy crítico. Sin embargo, las campañas sanitarias y las políticas de expertos en salud pública promovidas por la RF no deben reducirse a estrategias de intervención colonial o agentes camuflado de la política exterior imperialista. Las políticas de salud promovidas por el Comité de Salud Internacional de la RF y por el Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones contribuyeron a mejorar las condiciones de vida y salud en muchas áreas y estimularon la participación del Estado en la salud pública.

La mesa temática "Salud y estabilización política" trata de analizar y debatir una serie de contextos, actores y factores que participaron en el proceso histórico que convirtió la salud en un asunto clave para la estabilidad política tanto a escala local como nacional e internacional. Las ponencias que componen la mesa son fruto del trabajo de investigación llevado a cabo en los últimos años en el marco de los proyectos:

- "Sanidad Internacional y Transferencia del Conocimiento Científico. Europa, 1900-1975" (MINECO 2012-2014).

- "La lucha contra la desnutrición en la España contemporánea y el contexto internacional (1874-1975)" (MINECO 2010-2012)

- "Salud, enfermedad y orden social en España. Las dinámicas de inclusión-exclusión social de las mujeres a través de los discursos y prácticas médicas en el siglo XX" (MINECO 2010-2013)*

- "Salud, enfermedad y orden social en España. Las dinámicas de inclusión-exclusión social en torno a la clase y la profesión a través de los discursos y prácticas médicas en el siglo XX" (MINECO 2010-2013)*

LA AUTORIDAD MÉDICA EN EL CONFLICTO DE LOS HUMOS DE HUELVA (1880-1890)

Ximo Guillem-Llobat

IHMC-López Piñero. CSIC-UVEG. ximo.guillem@uv.es

El presente trabajo analiza el papel de los expertos médicos en la larga controversia sobre los *Humos de Huelva*; una controversia motivada por las actividades mineras de Riotinto y otras minas cercanas. Aquella región había sido conocida por su riqueza mineral durante siglos pero la extracción de estos minerales y concretamente la del cobre sufrió un importante punto de inflexión en la segunda mitad del siglo XIX, cuando algunas de las minas más importantes fueron adquiridas por corporaciones francesas, alemanas y británicas. Los trabajos de extracción se intensificaron notablemente a partir de finales de la década de 1870 y con ello aumentó la conflictividad en la región. Así lo ponían de manifiesto en 1888 la huelga de los mineros, la gran manifestación del 4 de febrero y la matanza con que finalizó, los intensos debates parlamentarios sobre el tema y los numerosos informes que prepararon una serie de expertos en los dos años siguientes.

La conflictividad de aquel momento fue el resultado de problemas de diversa índole, entre los que se encontraban las penosas condiciones laborales de los mineros. Pero la polémica estuvo fundamentalmente motivada (sobretodo más allá de la mina) por las molestias y perjuicios de diversa magnitud que generaban los humos de las minas de cobre. En este sentido, primero los ingenieros y después los médicos jugaron un papel fundamental para la estabilización de la

región. Lo hicieron con sus estimaciones sobre el impacto de dichos humos, plasmadas en informes, artículos, monografías e intervenciones en el congreso; un material abundante y rico en información que ha estado poco estudiado en los numerosos trabajos existentes sobre la citada controversia de los Humos de Huelva (1). El presente trabajo pretende así suplir dicha deficiencia a la vez que contribuir al debate sobre el papel de la medicina en los procesos de estabilización política.

La contaminación denunciada por los antihumistas de Huelva tenía su origen en el procedimiento aplicado sobre el mineral altamente impuro que se obtenía de las minas. Este mineral se disponía en montones en las proximidades de la mina y se calcinaba durante un período de 4 a 6 meses para obtener el cobre en un grado de pureza muy superior (2). Con la calcinación, el cobre se podía separar y comercializar pero aquel procedimiento daba lugar a emisiones constantes de humos que resultarían muy controvertidas.

Los efectos de estos humos se debatieron en relación a la salud de los operarios y de los habitantes de los municipios colindantes así como en relación a su impacto negativo sobre la productividad agrícola de la zona. En este último sentido, después de una serie de informes elaborados por ingenieros entre finales de la década de 1870 y principios de la de 1880, parecía existir un amplio consenso. Hasta los defensores de las calcinaciones asumían la incompatibilidad de las actividades mineras y agrícolas y justificaban su posición planteando que la minería resultaba mucho más rentable en aquella zona. Sin embargo, existía menos acuerdo en relación a los efectos sobre la salud de la población y en particular la de los trabajadores de la mina. Es por ello que la intervención de los médicos acabaría siendo determinante en aquel conflicto que ya se había cobrado sus primeras víctimas mortales a finales de la década de 1880 y que había dado lugar a un nuevo contexto altamente militarizado.

Los informes de los peritos se redactaron y posteriormente se evaluaron en un contexto de elevada conflictividad social y de clara polarización entre *humistas* y *antihumistas*. Así lo constataron autores como el higienista Rodríguez Pinilla, el cual en su conferencia ante la Sociedad Española de Higiene se refería de manera explicita a las dificultades adicionales que comportaba aquella polarización a la hora de emitir una resolución (3).

Rodríguez Pinilla elaboró uno de los estudios más citados en la valoración de los efectos de los humos sobre la salud de la población. Sin embargo, a falta de una investigación *in situ* original, aquel informe no estuvo exento de contradicciones y deficiencias. Argumentos como aquel en el que afirmaba que pese a la insalubridad inherente a todo centro industrial, más antihigiénico era el dejar sin trabajo al obrero, tampoco hicieron mucho a favor de la pretendida imagen de objetividad; no hay que olvidar que existían alternativas a las calcinaciones que tanto en el Reino Unido como en Portugal, por poner dos ejemplos, habían resultado viables. Rodríguez Pinilla hizo, por otro lado, su propia interpretación de los datos de morbi-mortalidad y concluyó que la evolución demográfica de la zona parecía constatar la ausencia de riesgo químico asociado a las calcinaciones. Sin embargo, también a este nivel se dejó notar la ausencia de la declarada independencia de su análisis.

Después de la presentación del informe de Rodríguez Pinilla, el Estado todavía quiso indagar más sobre los riesgos asociados a las teleras. Otros informes, como aquellos elaborados por los médicos de la Junta Provincial de Sanidad de Huelva se manifestaban en sentido contrario y en consecuencia se dirigieron a la entonces máxima autoridad en medicina, la Real Academia de Medicina. El Estado solicitó un informe a dicha institución y más de una decena de académicos se vieron involucrados en aquel estudio que comportó trabajo *in situ* en las minas de Riotinto y toda una serie de informes que se discutieron en sesiones específicas. Los argumentos expuestos no distaron sustancialmente de los que había planteado Rodríguez Pinilla y mostraron también inconsistencias significativas. Así, por ejemplo, el análisis de los humos no se llevó a cabo en la variedad de situaciones esperada, las estadísticas de morbi-mortalidad no consideraron las tasas de migración, la discusión se centró en los gases sulfurosos y así se obvió de partida el impacto de otros como los gases arsenicales, etc. Pese a ello, el informe final de la Real Academia de Medicina se consideró suficiente para derogar la normativa que prohibía las teleras y permitir que estas continuaran operativas. Las teleras sólo se abandonaron años más tarde por motivos estrictamente económicos (4).

Con los informes de la Real Academia de Medicina se estableció la « voz oficial » del higienismo y bajo aquel supuesto consenso, el Estado cerró la controversia sobre los humos de Huelva. Sin embargo, como en tantas otras ocasiones, la controversia se cerraba de manera precipitada. Aunque los informes de la Real

Academia de Medicina establecían una serie de conclusiones, estas eran presentadas con un cierto carácter provisional y, por otro lado, no fueron bien recibidas por el conjunto de la comunidad médica.

Si bien las principales tesis de la Real Academia corroboraban las posiciones de la influyente industria minera, los médicos de la Junta Provincial de Sanidad de Huelva se mantuvieron firmes en la defensa de los argumentos contrarios. Para estos últimos, no había duda de que los daños de los humos sobre la salud de trabajadores y habitantes de Riotinto eran muy graves y en ningún caso se podían justificar en función de los beneficios económicos asociados a la actividad minera. Así lo pusieron de manifiesto en una serie de informes que publicaron entre 1880 y 1890 y que entre otras cosas puso de relieve el carácter sesgado de la información de que dispuso la comisión de la Real Academia de Medicina en su visita a la minas para la realización del estudio *in situ* (5).

La expedición de académicos de la Real Academia de Medicina fue guiada por la compañía minera Rio Tinto Co. y pese a incluir algunos de los principales escenarios afectados por los humos contó con importantes deficiencias, según denunciarían los citados médicos locales. Los trabajadores de las minas a los que tuvieron acceso podían haber sido seleccionados por la compañía entre los más fieles. Además, los pocos días que pasaron los académicos en las minas fueron especialmente suaves en relación a la contaminación por los humos, tanto por la menor intensidad de las teleras en aquella época, como por tratarse de días lluviosos y fríos. Sin embargo, la falta más denunciada por los médicos de la Junta Provincial de Sanidad fue aquella en la que cayeron los académicos al no visitar el Hospital provincial. En aquel centro, podrían haber conocido de primera mano tanto la situación de los enfermos afectados por la exposición a los humos como las estadísticas con las que los médicos relacionaban humos y enfermedad.

Las presiones con las cuales debían lidiar unos y otros higienistas en el desarrollo de su actividad, así como la disparidad de posiciones que coexistían entre los « expertos » se ponían de manifiesto en casos tan notorios como el de los Humos de Huelva. Los sectores de la minería, la agricultura y el capital financiero se implicaron tanto facilitando en unas ocasiones, como dificultando en otras, el acceso a las diversas fuentes de información e incluso desarrollando argumentos que quedarían incluidos en las memorias de los higienistas. Sin embargo, las

deficiencias de los estudios de aquellos académicos no les impidió acabar convirtiéndose en una pieza clave en la “pacificación” de la región.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferrero Blanco, M.D. (1988), Los conflictos de febrero de 1888 en Riotinto: distintas versiones de los hechos, Huelva en su Historia, 2, 603-623; Quiros Linares, F.; Iglesias Álvarez, A. (1989), La lluvia ácida en Riotinto. En el centenario de un conflicto medioambiental, Ería. Revisa de Geografía, 17, 285-292; Miró Liaño, L.; Ferrero Blanco, M.D. (2004), Las industrias insalubres y molestas en la Huelva contemporánea, Huelva en su Historia, 11, 227-250.
2. Cortázar, D. (1888), La mina de Riotinto y sus calcinaciones. Discurso pronunciado en el Ateneo de Madrid, Madrid, Tipografía de Manuel G. Hernández.
3. Rodríguez Pinilla, H. (1889), Los humos de Huelva ante la Higiene Pública (Conferencia dada en la Sociedad Española de Higiene el día 4/06/1889), Madrid, Establecimiento tipográfico de G. Juste.
4. Arenas Posadas, C. (1999), Empresas, mercados, mina y mineros: Rio Tinto (1873-1936), Huelva, Universidad de Huelva.
5. Coto, G.; Pérez, F.; Reyes, E.; Tello, A., (1890), Los Humos de Rio-Tinto y su influencia en la salud pública y la vegetación, Madrid, Tip. de « El Resumen ».

EL PROGRAMA DE LA ROCKEFELLER FOUNDATION CON LA SOCIEDAD DE NACIONES SOBRE SALUD INTERNACIONAL

Josep L. Barona

Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia López Piñero. UVEG-CSIC.
barona@uv.es

Esta ponencia es fruto de una grant-in-aid del Rockefeller Archive Center (mayo, 2013). Forma parte del libro Barona, J.L. International Diplomacy and Public Health. The Rockefeller Foundation and the League of Nations Joint Program (1920-1945) (e.p.).

La Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones [OHSN] desempeñó un papel fundamental en las políticas de estabilización durante el período entreguerras. La salud pública se convirtió en factor clave como consecuencia de la Gran Guerra, la profunda crisis internacional de los años posteriores y los efectos negativos de la dramática crisis económica y el desempleo en los años 1930, que deterioraron la salud de la población. La OHSN fue piedra angular de la acción internacional en diversos campos de la sanidad: las epidemias, la malnutrición, el paludismo, la tuberculosis, la fiebre amarilla, la mortalidad infantil, el consumo de drogas. Pero el desarrollo de la medicina social exigía nuevos retos: la negociación de estándares biológicos (sueros, vacunas, hormonas, medicamentos…) y estándares dietéticos (fundamento de la nutrición comunitaria y de las políticas de racionamiento), recopilación actualizada de datos epidemiológicos y nomenclatura común de diagnósticos, coordinación de políticas

sanitarias y de formación de expertos en salud pública. En el proyecto de configurar una sanidad internacional basada en el conocimiento experto fue muy importante la colaboración entre la OHSN y la Rockefeller Foundation, tanto en la definición de objetivos y programas, como en su financiación.

La primera Asamblea General de la SdN tuvo lugar entre noviembre y diciembre de 1920 y la Organización de Higiene se creó en IIIª Asamblea (1922) (10) pero las conversaciones entre la SN y la RF se habían iniciado ya en 1920, a causa de la grave pandemia que afectaba Polonia y Rusia. La dramática situación provocada por el tifus, el cólera y la fiebre recurrente desbordaba toda posibilidad de solución a escala nacional y representaba un riesgo para toda Europa (11,3). Las negociaciones entre L. Rajchman, director de la Sección de Higiene de la Sociedad, Wickliffe Rose, director del *International Health Board* de la RF y George E. Vicent, Presidente de la RF, fructificaron en un primer convenio de colaboración para un período de cinco años (9). La OH se había creado con carácter provisional ante la emergencia sanitaria internacional y su continuidad no estaba garantizada sin apoyo financiero y político.

Tras el éxito de las campañas de Rusia y Polonia, la OH extendió su radio de acción a diversos programas que requerían la colaboración de la RF. Después de dos años de funcionamiento las autoridades sanitarias nacionales empezaron a valorar la utilidad de la acción internacional y a partir de 1926 muchos gobiernos solicitaron asesoramiento técnico a las comisiones de expertos o recomendaciones para afrontar problemas específicos.

El acuerdo de colaboración entre la OH y la RF abarcaba los siguientes programas:

1- Epidemias

2- Intercambio de expertos en salud pública y dirigentes de escuelas nacionales de sanidad

3- Servicio de Inteligencia Epidemiológica Internacional y Estadísticas de Salud Pública

4- Oficina Epidemiológica Oriental en Singapur

5- Centro Mundial de Documentación en Salud Pública

6- Estandarización de productos biológicos

Entre 1922 y 1934 la contribución económica de la RF para estos programas fue: (2)

Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones

Estimación de 1926 para 1922-1934

Gastos y créditos (1922-1928) Previsiones (1929-34) (en dólares)

	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929-34	TOTAL
Intercambio expertos Salud Pública	**15.020**	**63.080**	**91.353**	**83.775**	**83.775**	**66.224**	**50.000**		**442.937,80**
Estadística sanitaria		**6.645**	**20.700**	**19.894**	**20.580**	**21.000**			
Servicio Inteligencia Epidemiológica		**29.215**	**32.808**	**32.532**	**32.582**	**32.840**	**60.335**	**218.975**	**535.047,98**
Centro Documentación Salud Pública					**6.937**				
Oficina Singapur				**26.802**	**25.000**	**25.000**	**20.000**	**15.000**	**111.802,27**

Este presupuesto se negoció y ajustó en diversas ocasiones desde 1928, pero ofrece una perspectiva de la envergadura de los proyectos financiados por la RF. La estrategia que puso en marcha el director médico y principal actor, Ludwik Rajchman, consistía en obtener la colaboración de los mejores especialistas. El apoyo de la RF era esencial tanto para consolidar los programas como para mantener los salarios del equipo técnico altamente cualificado. Los dirigentes de la RF vieron en la labor de la OH un esfuerzo sistemático para conseguir estabilidad política internacional a través de la salud pública. La SD jamás impulsó directamente la investigación de laboratorio, pero trabajó para la aplicación social de investigaciones y descubrimientos de acuerdo con las necesidades de las administraciones sanitarias nacionales.

George K. Strode, jefe de la División de Salud Internacional de la RF en Europa durante parte del período entreguerras, envió un informe en 1936 a la oficina de

Nueva York, en el que hacía un balance del trabajo realizado por la OHSN en salud pública durante los quince años de colaboración entre ambas instituciones:

"Algún día se escribirá la historia de la salud pública en Europa desde la Gran Guerra. Cuando eso se haga es muy probable que las Escuelas de Sanidad y los Institutos de Higiene reciban la valoración que se merecen. Hay veinticinco países en Europa, excluyendo las Islas Británicas y Rusia, y catorce de ellos cuentan con Escuelas Nacionales de Sanidad e Institutos de Higiene. Es interesante señalar que en diez de los catorce la *International Health Division* de la Rockefeller Foundation ha colaborado en su creación. Los diez países son: Bulgaria, Checoslovaquia, Dinamarca, Hungría, Italia, Noruega, Polonia, Rumania, Turquía y Yugoslavia.

Prestigiosos investigadores fiables han inspeccionado y evaluado las escuelas e institutos declarando que son hasta ahora la contribución más valiosa de Europa a la salud pública" (12).

Tanto Rajchman como los dirigentes de la RF pensaban que la calidad y de esas escuelas e institutos, y de la propia administración sanitaria dependía de la alta preparación del personal sanitaria y dieron máxima importancia a la formación de expertos y a la política de becas e intercambios entre inspectores de sanidad, directores de escuelas y autoridades sanitarias. Pusieron en marcha un programa de intercambios, visitas y trabajo conjunto entre expertos en salud pública de diversos países, que se inició en octubre de 1922 buscando la interacción, el aprendizaje mutuo y el intercambio de experiencias para resolver problemas comunes (5,6). “En 1930, seiscientos funcionarios, no sólo de los estados miembros de la Sociedad de Naciones, sino también de otros países no miembros, como Estados Unidos de América, México y la Unión Soviética, han participado en las visitas de intercambio del personal sanitario. Entre las naciones visitadas estuvieron la mayoría de países de Europa, América Latina, Estados Unidos, Canadá, África occidental, India y Japón“ (8).

Ya en la Conferencia Sanitaria Internacional de Varsovia (1922) en plena crisis epidémica de posguerra en Rusia y Polonia, se solicitó a la SN la creación de un Servicio de Epidemiología Internacional. Rajchman asoció este proyecto a la creación de un servicio de estadística sanitaria y convenció a la RF para financiar el proyecto. La RF propuso a Edgar Sydenstricker como director, experto norteamericano en salud pública. Se labor se inició con la publicación de tres

volúmenes del *Epidemiological Intelligence Bulletin* (1922). Contenía informes sobre enfermedades infecciosas en Europa y tras el acuerdo sobre la lista de enfermedades de declaración obligatoria se inició la publicación en Julio de 1923 del *Monthly Bulletin of Epidemiological Reports* que dio paso inmediatamente al *Annual Epidemiological Report* propiciando negiociaciones y acuerdos sobre nomenclatura y lista de causas de muerte (3). Entre 1925 y 1930 se publicó el *International Health Yearbook,* que incluía datos valiosos sobre salud internacional de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), la Cruz Roja Internacional y de la RF (8). El número de participantes creció y en 1929 incluía datos de treinta y siete países. Después de la crisis de 1929 la situación empeoró, los fondos de la RF se redujeron y el volumen de 1930 fue el último. Además la OH publicó informes sobre servicios de salud en Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Bulgaria, Checoslovaquia, Dinamarca, Francia, Holanda, Hungría, India británica, Italia, Japón, Letonia, Noruega, Nueva Zelanda, Polonia, Ucrania y Yugoslavia. También editó los datos estadísticos disponibles sobre Austria, Bélgica, Canadá, Checoslovaquia, Escandinavia, Escocia, España, Francia, Gales, Holanda, Hungría, Inglaterra, Irlanda, Irlanda del Norte, Portugal y Suiza.

Tras una conferencia internacional celebrada en Singapur en febrero de 1925 se creó allí la Oficina Epidemiológica Oriental, para recopilar datos, establecer alarmas sobre epidemias, elaborar estadísticas vitales, coordinar regulaciones e infraestructuras en puertos y fronteras, publicar estadísticas y ayudae a las autoridades de los países afectados.

Menos continuidad tuvo el ambicioso proyecto de crear en el *Palais des Nations*, sede de la Sociedad de Naciones, un Centro de Documentación en Salud Pública, acogido con entusiasmo en 1927 por la FR, pero frustrado por la grave crisis internacional de los años 1930 (2).

Por último, la FR se interesó por la estandarización de productos biológicos. En los años 1920 se centró principalmente en torno a sueros y vacunas (4). La estandarización era esencial para la industria y la cuestión no solo interesaba a la FR; Rajchman era bacteriólogo y el presidente de la commission de estándares, Thorvald Madsen, era director del *Statens Serum Institut* de Copenhage. Ya en 1921 la SN promovió una conferencia internacional en Londres. Madsen propuso acuerdos sobre *standard unit* (unidad estándar) para el suero de difteria, tétanos, disentería, meningococo y neumococo, y para el diagnóstico serológico de la

sífilis. La producción masiva y la industrialización de hormonas, vitaminas, medicamentos, vacunas y sueros hicieron que la RF y la OHSN considerasen esencial la definición de unidades estándar internacionales. La Comisión preparaba el plan de investigación, que era confiado a varios laboratorios de diferentes países. Los resultados se trasladaban al *Statens Serum Institut* de Copenhage, que era el laboratorio central de la OH. Cuando los expertos de la Comisión de Estandarización consideraban que los resultados eran claros y definitivos convocaban una conferencia de expertos para debatir discrepancias. En el caso excepcional de que hubiese desacuerdos, la Comisión proponía investigaciones complementarias, para obtener un acuerdo unánime en una segunda conferencia. Durante los años 1930 la crisis desvió la atención hacia vitaminas y estándares dietéticos, fundamento de la alimentación comunitaria (comedores obreros, escolares, hospitales, asilos, prisiones…) y políticas de racionamiento (1).

La colaboración entre la FR y la SN fue esencial para la internacionalización de la salud pública, creando una diplomacia internacional en torno a la salud y una amplia red de expertos en salud pública vinculados mediante comisiones, congresos, programas de cooperación técnica e intercambios. El espíritu de colaboración derivado de esta diplomacia internacional contribuyó a la expansión de las políticas de salud basadas la *medicina social*. La colaboración entre la Fundación Rockefeller y la Sociedad de Naciones representa un capítulo destacado en la historia de la salud pública y una referencia ineludible en el advenimiento de la salud como elemento clave de la diplomacia internacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barona, Josep Lluis (2014), Nutritional and dietary standards in war times. 10th European Social Science History Conference. Vienna.
2. Barona, Josep Lluis (2014), International Diplomacy and Public Health. The Rockefeller Foundation and the League of Nations Joint Program (1920-1945) (en prensa).
3. Eppstein, J. (1929), Ten Years' Life of the League of Nations – a History of the Origins of the League and of its Development from 1919 to 1929. London, May Fair Press, 1929.
4. International Conference on the biological standardization… London (1921) ASN C.533.M.378.1921.III.; Paris (1922) ASN C.H./S.S. 1 - C.H./S.S. 32, Geneva (1925) ASN C.H./C.P.S./P.V.
5. Interchange Grants financed by the Rockefeller Foundation (1928), C.H. 701
6. Interchange of Public Health Personnel (1925), C.H./E.P.S./71.(1)
7. International Health Yearbook (1924-1930), Geneva, League of Nations, 6 vols.
8. League of Nations Health Organisation. Information Section (1931), Geneva, League of Nations.

9. Negotiations with the Rockefeller Foundation (1922), League of Nations Official Journal, November.
10. Rajchman, Ludwik (1921), The League of Nations Health Organisation. What it is and how it works, 18th November, RG 1.1, series 100, box 20, folder 165.
11. Rose, Wicklife (1922), Epidemic Control in Europe, and the League. American Review of Reviews, 46.
12. Strode, G.K. (1936), "League of Nations-Health organisation", Annual report for 1936. Paris Office-IHD, Section 1, RAC, RG 5, series 1. Correspondence, subseries 2 Projects, box 273, folder 2902.

“SALUD, ACTUACIÓN Y ACTIVIDAD”. LA ORGANIZACIÓN SANITARIA OBRERA DE LA CNT Y LA COLECTIVIZACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICO-SANITARIOS EN LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA

Jorge Molero-Mesa

Centro de Historia de la Ciencia (CEHIC). Facultad de Medicina – Universidad Autónoma de Barcelona. Jorge.Molero@uab.cat

El objeto de la presente comunicación es analizar el papel alternativo de la Organización Sanitaria Obrera al sistema sanitario de asistencia liberal español, sus estrategias de penetración en la Confederación Nacional del Trabajo (CNT) y el impacto que para la organización supuso el inicio de la Guerra Civil en Cataluña marcada por la revolución social puesta en práctica por los libertarios en Cataluña.

El rechazo a cualquier forma de cooperativismo médico en el seno de la CNT quedó reflejado en el fracaso de la Obra Popular Antituberculosa de Cataluña, mutua impulsada por el sector sindicalista de la confederación en 1931 para la asistencia de obreros tuberculosos. La defensa de la “acción directa” como estrategia de lucha revolucionaria suponía para el sindicato anarquista la renuncia a la creación de instituciones que no fueran encaminadas a la supresión del sistema capitalista (1). Los profesionales de la medicina afines al movimiento libertario, al igual que el resto de trabajadores intelectuales durante el periodo

republicano, estaban agrupados en el Sindicato de Profesiones Liberales. La colaboración exigida a los intelectuales por parte de la CNT debía realizarse en los ateneos y otros centros culturales libertarios, verdadero punto de unión de ambos sectores de la producción en aras de sus mutuos objetivos revolucionarios (2). De esta forma, un pequeño grupo de profesionales de la medicina comenzó a prestar sus conocimientos en los años 20 a través de las revistas de inspiración anarquista. Además de publicar artículos de divulgación y contestar a las preguntas que los lectores hacían en los consultorios médicos, comenzaron a implicarse asistencialmente ofreciendo descuentos en sus consultas privadas a los lectores de estas revistas ofreciendo precios económicos a ciertas horas del día o la gratuidad completa si el enfermos reunía ciertas características como estar en paro o haber sido objeto de abusos por parte de las mutuas o compañías de seguros (2).

Con estas premisas, bajo un clima de extrema crisis social y sin que en ningún momento hubieran cesado las críticas y denuncias hacia el sistema de asistencial liberal y benéfico desde las filas anarcosindicalistas, un grupo de militantes propusieron, en marzo de 1935 y desde las páginas de *Solidaridad Obrera,* la creación de una red de consultorios gratuitos para obreros. Para empezar, ofrecían a todos los compañeros enfermos sin recursos acudir al consultorio “del camarada Serrano” dónde serían visitados gratis. Detrás de esta idea se hallaba la figura del médico Javier Serrano Coello (1897-1974) pero la estrategia seguida intentaba evitar las suspicacias que hubiera generado una propuesta realizada por el propio médico. El hecho que las consultas fueran gratuitas despejaba la sospecha mercantilista que se cernía sobre este tipo de ofrecimientos (3).

El éxito de la convocatoria hizo que Javier Serrano abandonara su anonimato y a través de una serie de artículos en la prensa libertaria fue aumentando el alcance de la organización sanitaria naciente: no bastaba con los consultorios gratuitos, era necesario también un hospital proletario. El objetivo final supondría crear un organismo sanitario capaz de suplantar al establecido por el estado y las instituciones religiosas. La financiación vendría de las aportaciones voluntarias de los obreros, de los sindicatos y de otras sociedades culturales y obreras (4). Las pretensiones de Serrano era conseguir que este movimiento fuera acogido en el seno de la CNT. Su estrategia se basó en separar de manera clara la labor de los técnicos y de los trabajadores manuales en la organización de manera que no hubiera ningún atisbo de dirigismo. De esta forma, los médicos y el resto de

personal técnico se limitaban a la propaganda y la asistencia sanitaria siendo el Consejo Administrativo, compuesto exclusivamente por obreros manuales del sindicato, el que realizaba las tareas de gestión. En los numerosos actos propagandísticos que se organizaron en pueblos catalanes y barrios de Barcelona, los médicos pronunciaban conferencias de divulgación higiénica mientras que los obreros eran los encargados de explicar el funcionamiento y los fines de la organización en pro de los consultorios gratuitos. En Julio de 1935, y ante la falta de recursos, el núcleo de obreros y técnicos que habían estado organizando los dispensarios crearon la Organización Sanitaria Obrera (OSO), una mutualidad que admitía afiliados como el resto de mutuas comerciales sin abandonar la asistencia gratuita a los obreros enfermos sin recursos. Las cuotas exigidas a los afiliados eran las más bajas del mercado por lo que seguían necesitando de las aportaciones voluntarias y el dinero recogido en los festivales organizados con este fin (4)(5). El cambio de orientación de la OSO le permitió, no sin dificultades, aumentar su cobertura sanitaria por toda Cataluña a la par que aumentaba el número de especialidades y los convenios con farmacias y clínicas diagnósticas y quirúrgicas. En febrero de 1936, la OSO estaba presente en 12 barrios de Barcelona y en 42 localidades de Cataluña (6). El número de afiliados es difícil de conocer por las características de las fuentes que manejamos. Si atendemos al balance económico de este mismo mes de febrero de 1936, podemos observar que la organización cobraba 1.062 tarifas familiares y 435 individuales (7). Si consideramos que el tamaño medio de la familia española en los años 30 era de 4,09 miembros (según el informe *FOESSA*, 1970) podemos dar una cifra aproximada de 4.778 personas. Entre las peculiaridades de la OSO podemos señalar el funcionamiento de un consultorio jurídico para hacer frente a las demandas de los obreros en caso de accidente laboral, de una sección de apoyo mutuo para suministrar medicamentos a los obreros sin recursos (al margen de la asistencia gratuita que les prestaba la OSO) (8) y la existencia de la "tarjeta de colaborador" para obtener descuentos en clínicas especializadas y farmacias concertadas (6).

A pesar del esfuerzo realizado por los organizadores de la OSO y del desarrollo de lo que ellos llamaban "mutualismo moderno", los miembros de la CNT no acababan de apoyar a la organización con su afiliación masiva, única forma de conseguir los objetivos soñados por los promotores. En junio de 1936, varias delegaciones de la OSO mantuvieron reuniones para tratar de este asunto y decidir que orientaciones sería necesario seguir para acabar de implicar a los

obreros del sindicato. Era el preludio de la crisis que estalló un mes más tarde con la dimisión en bloque de todo el cuerpo médico de la organización. La decisión fue hecha pública en *Solidaridad Obrera* a través de una "nota urgente" firmada por los principales promotores médicos de la mutua (4). Desconocemos las causas de "índole interno" que adujeron los médicos para renunciar pero muy posiblemente fuese desencadenada por un comunicado del Comité Regional de Cataluña de la CNT, publicado el día anterior en la primera página del diario anarcosindicalista, en el que se aclaraba que, ante la confusión existente, la OSO "No tiene absolutamente nada que ver con la organización confederal" (9).

Sin embargo, el inicio de la Guerra Civil a los pocos días de esta crisis cambio el panorama por completo para la mutua ya que sus componentes se movilizaron desde el primer momento del alzamiento rebelde. La experiencia sanitaria de los miembros de la OSO y su presencia en casi todos los barrios de Barcelona explicarían la rapidez con la que la CNT organizó sus hospitales de sangre y clínicas de urgencia al mismo tiempo que se desarrollaban los primeros enfrentamientos armados que comenzaron en la ciudad el 19 de julio de 1936 (10). Los médicos de la mutua, como Serrano y Félix Martí Ibáñez (1911-1972), participaron en el Control sanitario de la CNT que se hizo cargo de la situación inicial y participaron como representantes del sindicato en los distintos comités sanitarios que se fueron creando en los primeros meses del conflicto armado (11), posteriormente, ocuparían distintos cargos políticos de importancia tanto en los gobiernos de la Generalitat como en el Ministerio de Sanidad cuando fue titular del mismo Federica Montseny. Otros muchos médicos partirían al frente acompañando a las brigadas organizadas por la CNT y la FAI. La OSO volvió a prestar asistencia a sus afiliados en septiembre de 1936 y siguió desarrollando esta tarea durante la Guerra Civil. En algunas localidades la OSO estableció clínicas en casas expropiadas como en Barcelona (Torre Rosés, en Sarria) y en Llavaneres de Montalt (Torre en el Paseo Miramar), ambos edificios eran propiedad del banquero y empresario textil Tomas Rosès Ibbotson (m. 1948). El número de bajas de asociados fue creciendo a lo largo de 1937 lo que unido al mantenimiento de las prestaciones a los familiares de los obreros enviados al frente de batalla, hicieron que el déficit en sus cuentas fuera aumentando drásticamente (12). En diciembre de ese año, una asamblea general de la OSO decidió continuar con el proyecto a pesar de las dificultades económicas (13).

BIBLIOGRAFÍA

1. Molero Mesa, Jorge; Jiménez Lucena, Isabel; Tabernero Holgado, Carlos (2013), "La 'acción directa' y el mutualismo en el seno de la Confederación Nacional del Trabajo: la Obra Popular Antituberculosa de Cataluña, 1931-1932". En: VII Congreso de Historia Social. Madrid, AHS, pp. 1-14.
2. Molero-Mesa, Jorge; Jiménez-Lucena, Isabel (2013), "Brazo y cerebro": Las dinámicas de inclusión-exclusión en torno a la profesión médica y el anarcosindicalismo español en el primer tercio del siglo XX. Dynamis, 33 (1), 19-41.
3. ¿Se acepta la idea? Solidaridad Obrera, 2 Mar 1935, 2.
4. Jiménez Lucena, Isabel; Molero Mesa, Jorge (2003), Per una "sanitat proletària". L'Organització Sanitària Obrera de la Confederació Nacional del Treball a la Barcelona republicana, (1935–1936), Gimbernat, 39, 211-221
5. Boletín. Órgano de los Consultorios Gratuitos. nº 3, Jul 1935 y nº 6, Oct de 1935.
6. Boletín de la Organización Sanitaria Obrera. nº 2, Feb 1936.
7. Boletín de la Organización Sanitaria Obrera. nº 4, Abr 1936.
8. Boletín de la Organización Sanitaria Obrera. nº 6, Jun 1936.
9. Solidaridad Obrera, 3 Jul 1936, 1.
10. Hervas Puyal, Carlos (2005), Sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil. Barcelona, Universitat Pompeu Fabra.
11. Leval, Gaston (1977), Colectividades libertarias en España. Madrid, Ed. Aguilera.
12. Boletín de la Organización Sanitaria Obrera. nº 11, Jul 1937.
13. La Vanguardia. 17 Dic 1937, 9.

(DES)ESTABILIZANDO POLÍTICAS SEXUALES EN UN CONTEXTO DE LUCHA HEGEMÓNICA: LA REVISTA LIBERTARIA *SALUD Y FUERZA* (1904-1914)

Isabel Jiménez Lucena

Universidad de Málaga. isajimenez@uma.es

La dinámica social implica un proceso relacional en el que se constituye el carácter cambiante de la hegemonía/subalternidad. En dicho proceso las luchas hegemónicas, entre ellas las luchas por el significado, juegan un relevante papel. En este sentido, desde un acercamiento gramsciano, no consideramos que unos grupos sociales impongan los significados a otros grupos que los aceptan de forma pasiva. Por ello, en nuestros análisis partimos de la consideración de que se produce una lucha hegemónica por el significado en la que intervienen los grupos subalternos en un contexto histórico determinado, y que en esa lucha puede desmontarse la lógica de la dominación estableciéndose una situación de no-dominación. Para Gramsci las dimensiones ideológicas y culturales de la reproducción social y el cambio social son clave para comprender la dinámica socio-histórica; entendiendo que en el espacio de la cultura-comunicación se libran luchas por el significado del mundo, de la vida, del conocimiento, de la experiencia. En este sentido, queremos destacar la relevancia histórica del trabajo teórico-práctico de individuos y grupos subalternos que como Gramsci y los libertarios han tratado de modificar la realidad hegemónica, participando de una dialógica que en la prensa vinculada al pensamiento anarquista se plasmó en la

presencia de debates sociales y en la utilización de instrumentos de generación y gestión del conocimiento que configuraron como agentes epistemológicos a los no-expertos. No se trataba solo de trasladar información elaborada por expertos para que fuese asimilada por los legos, sino de co-construirla mediante prácticas comunicativas que establecían un intercambio con los lectores. En esta dinámica, las luchas que se establecieron fueron luchas por los recursos tanto simbólicos como materiales, que (des)estabilizan los sistemas sociales.

El análisis histórico de los elementos que han intervenido en dinámicas (des)estabilizadoras protagonizadas por aspectos vinculados a la salud y la enfermedad tiene una importancia crucial para comprender el proceso de (des)medicalización que ha configurado las sociedades occidentales durante el siglo XX. Pensamos que dicho proceso ha estado configurado por la articulación de biopolíticas. En otros trabajos hemos abordado algunos aspectos de la que puede ser considerada como una biopolítica libertaria. Esta aportación se centrará en el análisis de los contenidos de la revista neomaltusiana *Salud y Fuerza* (SyF), vinculada al movimiento libertario, que inició su publicación en 1904 y la finalizó en 1914. Estos años, previos a la I Guerra Mundial, fueron los de la "paz armada" en los que las luchas por la hegemonía ocuparon todos los espacios sociales, también el del cuerpo.

En este marco, el cuestionamiento de las relaciones de hegemonía/subordinación sexuadas formó parte de la lucha hegemónica, y llegó a constituirse en clave de diferenciación de las distintas propuestas biopolíticas. La desestabilización de las políticas sexuales hegemónicas se erigió en una marca de la alternativa libertaria, y para ello se vio la necesidad de poner en marcha prácticas comunicativas que establecieran un diálogo con los lectores de manera que estos se constituyeran en agencias epistemológicas: "Se ruega a todos los que, de seis meses a la fecha, nos han consultado sobre el modo de gozar del amor sin que de por resultado un embarazo no deseado […] se sirvan darnos contestación de los resultados obtenidos […] Como no hemos recibido NINGUNA carta, NI UNA SIQUIERA, diciéndonos que el medio indicado no diese resultado satisfactorio, nos induce a creer que la posición indicada, responde perfectamente a la satisfacción natural del proletariado" (12). El propósito de este análisis es poner en evidencia que no entenderíamos el relevante papel del neomaltusianismo y las tensiones que mantuvo con la eugenesia si no enfocamos en las cuestiones señaladas.

El neomaltusianismo como biopolítica de oposición propugnaba una maternidad consciente que desestabilizaba la política sexual impuesta a las mujeres (matrimonio, maternidad), y a través de ella trató de plantear acciones sobre la población que desestabilizaran el sistema económico capitalista constituyéndola en un instrumento para la revolución (2), frente a las políticas poblacionistas que propugnaban un control selectivo de la población que aseguraran una población burguesa de calidad y una gran cantidad de mano de obra civil y militar.

Formando parte de esa biopolitica anarcolibertaria, el neomaltusianismo se caracterizaría por un equilibrio entre lo individual y lo colectivo que desestabilizaba la dicotomía público-privado. Así, prácticas individuales (privadas) se transformaron en instrumentos de lucha social: "Comprendiendo que tan rebelde es el que se niega a procrear carne de cañón como el que se rebela contra las imposiciones político-patriótico-católico-burguesas, se ha formado un grupo para difundir los conocimientos necesarios entre los que quieran declararse en *huelga de criaturas*" (11). El protagonismo de lo sexual alcanzó tanta importancia que se entendió la descripción del cuerpo como una de las claves del enfrentamiento social: "nuestros buenos *puritanos* del engranaje gubernamental, no pueden admitir que se hable tan libremente de los órganos genitales como de un pie o un brazo" (1). Por otro lado, se vio la necesidad de puntualizar que si bien la libertad sexual era considerada el único recurso, no por ello se entendía que la propaganda revolucionaria debía quedar relegada "a la intimidad de la alcoba" (1).

La desestabilización de la política sexual burguesa pasaba por la defensa de la libertad sexual de las mujeres, aunque a ella se oponían duras resistencias, incluso reconocidas dentro de las filas anarquistas. La cuestión femenina fue protagonista de tensiones y duros debates en el ámbito libertario que llevaron a cuestionar a anarquistas "antifeministas" como Proudhon y los "anarquistones" (9, 14). La opresión de la mujer y su necesaria emancipación formó parte de la discusión establecida respecto a los elementos básicos del pensamiento libertario, como fue la aclaración de en qué consistía el individualismo libertario frente a "un pseudo individualismo burgués o autoritario" (9). Así, la importancia que la libertad sexual de las mujeres tendría en el establecimiento de unas relaciones diferentes, generadoras de una sociedad más justa, estuvo en el centro del debate.

El carácter dual, simbólico y material, de la lucha hegemónica desarrollada en *Salud y Fuerza* en torno a las relaciones de poder generizadas, se puede apreciar en la presencia tanto de discursos sobre la libertad sexual de las mujeres como de provisión de recursos para lograrla. En este contexto, se gestó una biopolítica que desmitificó la maternidad, propagando los peligros del embarazo y el parto, junto con la denuncia del componente social ("moral") de la maternidad que había llevado a las mujeres a la esclavitud. Se calificaron de "poéticos embustes" los "clichés sobre la 'grandeza' de la 'misión' reservada a la mujer, en su papel 'eminente' en la 'familia', la 'sociedad', la 'humanidad' [o que calificaba] a los dolores del embarazo y del parto y a la prosa de la crianza […] de 'alegría de la maternidad'" (9). Sin embargo, esta línea argumental contribuyó, sin duda, a la medicalización de estos acontecimientos.

Por otro lado, los obstáculos que el orden establecido opuso a la propagación de las acciones neomaltusianas llevó a la revista a establecer diversas estrategias que le permitiera eludir una censura que se ensañaba con la revista. Una de las censuras sufridas fue la del número 46 por considerarlo "pecaminoso" y "por ofensas a la moral contenidas en el artículo que llevaba por epígrafe Caricias", y que en la revista se explicó en estos términos: "Está visto que no se pueden romper lanzas en pro del libre funcionamiento sexual de la mujer […] ¡Pobres mujeres! Si vuestra emancipación ha de venir de los hombres, tenéis esclavitud por *in sécula seculorum*" (6). Entre las estrategias desplegadas para lograr la aceptación y difusión del neomaltusianismo, destacaron el uso instrumental de la ciencia y de la retórica eugenésica. Ambas estrategias desarrollaron también el componente medicalizador en la argumentación neomaltusiana, y contribuyeron a velar los principales argumentos libertarios: lucha contra el sistema económico capitalista, lucha contra la pobreza, lucha por la liberación sexual de las mujeres. Así, se pasó de la defensa de derechos a la supresión de derechos (3,4) y se matizó el desafío que feministas libertarias como Nelly Roussel habían hecho al discurso de una maternidad mitificada (8, 10, 13).

Ahora bien, el uso estratégico de la ciencia les permitió erigirse en agentes epistemológicos que establecían los límites del conocimiento científico para enfrentarse a la expansión de las doctrinas eugenésicas poniendo de manifiesto las tensiones de estas con el neomaltusianismo: "Finalmente, y a modo de resumen: la eugenesia y el neomaltusianismo, aunque dicen perseguir un mismo fin, la regeneración de la especie humana, no tienen ningún parentesco, aquella

es esencialmente burguesa y falsamente científica, y éste va contra la burguesía y está catalogado entre las cosas que verdaderamente pertenecen a la ciencia; la una pretende vanamente regenerar a la humanidad tratando de impedir brutalmente que determinado número de individuos engendren, y el otro aspira a convencer a los hombres de que procreen conscientemente, brindándoles para que así lo hagan los medios preventivos de la fecundación, pues el neomaltusianismo no quiere imponerse a nadie por procedimientos violentos, ni niega el derecho al amor al más miserable, al más degenerado de los hombres" (5, 7).

Por tanto, se afrontaron los complejos componentes que formaban parte de las propuestas relacionadas con la procreación: lo natural y lo social, lo colectivo y lo individual, la voluntad y la libertad de elección. De esta manera, las biopolíticas del buen vivir se instituyeron en desestabilizadoras de las políticas sexuales hegemónicas, mientras la eugenesia se constituyó en un instrumento de control que procuraba el mantenimiento del orden establecido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Broutchoux, B. (1904), La sociedad burguesa y sus neo-detractores, SyF, nº 1, 12-3.
2. C.L. (1913), La procreación limitada y consciente y el problema económico. (de *El Porvenir del Obrero*, de Mahón), SyF, nº 55, 301-4.
3. Chueca, José (1913), Alrededor del neo-malthusianismo, SyF, nº 53, 260-261.
4. Chueca, José (1913), Nuestra moral, SyF, nº 56, 308-9.
5. Chueca, José (1914), Eugenesia y Neomaltusianismo, SyF, nº 57, 321-22.
6. El lápiz rojo (1912), SyF, nº 48, 188.
7. Gallego Crespo, Juan (1914), La procreación consciente, SyF, nº 57, 326-28.
8. Gauche, Eduardo (1913), El Amor y la Maternidad, SyF, nº 54, 275-6.
9. Devaldés, Manuel. (1912), La individualidad femenina, SyF, nº 48, 177-80.
10. Martínez, Miguel (1913), La procreación limitada y consciente. El problema económico, SyF, nº 54, 284-7.
11. Movimiento emancipador (1905), SyF, nº 4, 29.
12. Por telégrafo sin hilos (1905), SyF, nº 4, 29-30.
13. Roussel, Nelly (1908), Para las madres, SyF, nº 20, 1908, 250-52.
14. Rubiales (1912), Caricias, SyF, 157-8.

POLÍTICAS DE NUTRICIÓN EN LA ESPAÑA DEL DESARROLLISMO: EL EJEMPLO DEL CÓDIGO ALIMENTARIO

Eva Mª Trescastro López; Josep Bernabeu-Mestre
María Eugenia Galiana-Sánchez

Grup Balmis d'Investigació en Salut Comunitària i Història de la Ciència. Universitat d'Alacant. eva.trescastro@ua.es; josep.bernabeu@ua.es; galiana@ua.es

Trabajo desarrollado en el marco de los proyectos de investigación: "Sanidad internacional y transferencia del conocimiento científico. Europa, 1900-1975" (HAR2011-23233) del Ministerio español de Ciencia e Innovación y el Programa Prometeo. Generalitat Valenciana (Referencia: Prometeo/2009/122)

INTRODUCCIÓN

España vivió un rápido proceso de transición nutricional en la segunda mitad del siglo pasado, especialmente en el período que va desde el Plan de Estabilización de 1959 hasta la crisis de la década de 1970 (1). En aquel proceso, no solo cambió, y de forma substancial, la demanda de alimentos, sino que lo hicieron también fases estratégicas de la cadena de producción, transformación y comercialización de los productos alimenticios. Los cambios acontecidos en la industria agroalimentaria, junto con la necesidad de responder a las exigencias alimentarias y nutricionales de la población, exigían una respuesta adecuada desde el ámbito de las ciencias de la nutrición y las políticas de alimentación (2).

El análisis de dicha respuesta representa el objetivo básico de la línea de investigación donde cabe insertar el presente trabajo.

En esta ocasión se abordará, con carácter preliminar, el tema de la ordenación sanitaria de los alimentos antes de llegar al consumo humano, a través de la elaboración de un Código Alimentario Español (CAE). Como principales fuentes se han utilizado trabajos presentados en las reuniones de la Sociedad Española de Bromatología, artículos publicados en la revista Anales de Bromatología (1949-1993) (2), y otras publicaciones contemporáneas al período objeto de estudio relacionadas con la planificación y ordenación de la producción sanitaria de la alimentación humana (3).

EL FINAL DE LA AUTARQUÍA Y LOS NUEVOS RETOS ALIMENTARIOS

Fue a finales de la década de 1940, cuando de la mano de la bromatología y en respuesta a la demanda que planteaban las exigencias alimentarias y nutricionales de la población, así como los nuevos retos de la industria agroalimentaria, se retomó en España el proceso de institucionalización de las ciencias de la nutrición que se había iniciado en la década de 1930, al impulsar el asociacionismo científico, la formación universitaria específica, la convocatoria de reuniones y congresos, la creación de revistas especializadas, o la puesta en marcha de unidades y centros de investigación.

Tradicionalmente, la legislación bromatológica española estuvo centrada en tareas inspectoras (4, 5) y no se contemplaban otras cuestiones como la necesidad de exigir, en el caso de las industrias alimentarias, unas direcciones técnicas adecuadas a las exigencias que comportaban los nuevos modos de producción, procesado y distribución de alimentos. Los bromatólogos españoles, al mismo tiempo que denunciaban el retraso español en una materia que “tan directamente podía influir en la salud humana”, recordaban los desafíos pendientes de ser abordados (6:4): “En cualquier producto envasado, no importa de qué país, podemos leer indicaciones precisas de su contenido […], su equivalente energético y otros datos preciosos como la ausencia o presencia de estabilizadores o mejoradores. ¿Por qué no los hay en semejantes de producción nacional?” (6:6).

Se trataba de un conjunto de demandas que sólo podían ser abordadas desde políticas de alimentación y nutrición, y a través de intervenciones públicas orientadas a garantizar el derecho a una alimentación adecuada y saludable. Además, su implementación requería de los diagnósticos de situación y del asesoramiento que podía ofrecer el ámbito científico y técnico.

La Escuela de Bromatología, junto a la enseñanza y formación de "especialistas para la técnica de la alimentación", también se ocupaba de investigar los problemas relacionados con los alimentos y la divulgación de los conocimientos bromatológicos (7). Las actividades investigadoras que se llevaron a cabo durante el período 1954-1966 se agrupaban en cuatro grandes temáticas (8:27-46). La primera estaba dedicada al estudio de la alimentación española, con cinco líneas de investigación que se concretaban en la realización de una encuesta nacional de la alimentación; el estudio de la composición de los alimentos españoles (los más genuinos); el examen de las grasas comestibles, con una atención particular al aceite de oliva; el análisis y estudio de las aguas minero-medicinales; y el análisis del valor biológico de los alimentos y la necesidad de valorar su digestibilidad y eficacia. La segunda se ocupaba de todo lo relacionado con las sustancias extrañas en los alimentos. La tercera guardaba relación con el desarrollo de técnicas instrumentales aplicadas al análisis de los alimentos y la cuarta tenía como objetivo contribuir a la elaboración de un código alimentario español, elemento básico para el desarrollo de las políticas de alimentación que exigía la situación alimentaria y nutricional que tenía que enfrentar la población.

LA RESPUESTA POLÍTICA A LOS RETOS NUTRICIONALES: EL CÓDIGO ALIMENTARIO ESPAÑOL

En la década de 1950, el marco legal para el desarrollo de la inspección sanitaria de alimentos, control y determinación de su valor nutritivo, estaba referido a la reglamentación de 1908 (3). Era necesario modificar aquella normativa de acuerdo a criterios más actuales y a tenor de las exigencias de los organismos internacionales (FAO, OMS, CIIA) a fin de homologar el nivel sanitario de España y ofrecer garantías a los visitantes y muy especialmente, abrir vías válidas y aceptables al mercado internacional de los productos alimenticios españoles.

Tanto la Escuela de Bromatología como el colectivo de bromatólogos tuvo un papel destacado en la elaboración del CAE (8:36-38). En 1953, en la Primera Reunión de Bromatólogos españoles que tuvo lugar en Madrid, se presentaron varios anteproyectos de legislación alimentaria. Tres años después, en la Segunda Reunión de Bromatólogos, el profesor Villanúa presentaba una ponencia titulada “Codex Alimentarius Hispanicus”.

Con anterioridad, en el BOE del 26 de Junio de 1955 se había publicado una Orden de Presidencia del Gobierno por la que constituía y nombraba la Comisión Interministerial encargada de estudiar y redactar un proyecto de reglamentación técnico-sanitaria de todas las industrias comprendidas en el Sindicato Nacional de Alimentación y Productos Coloniales. Esta orden significó el punto de partida de un nuevo marco legal respecto al desarrollo de toda la industria, conservación, transporte, comercialización y distribución de alimentos en España.

El 29 de marzo de 1960 se creaba una subcomisión de expertos para la redacción de un Código Alimentario dependiente de la Presidencia del Gobierno, y en la cual, además de representantes del Ministerio de Agricultura, la Comisaría General de Abastecimientos y la Dirección General de Sanidad, participaron representantes de la Escuela de Bromatología (8:36-37). El texto definitivo se publicó el 21 de septiembre de 1967 (9).

Los argumentos utilizados para defender la existencia del CAE ponían de manifiesto la variedad de factores (sociales, económicos, sanitarios, etc.) que estaban detrás de los retos nutricionales que, como se ha apuntado, tenía que enfrentar la población española en las décadas de 1950 y 1960 (8:40): “Se ha buscado, sobre todo, el interés y la defensa del consumidor español, pero sin olvidar la muy importante realidad de proyección que tienen los productos alimenticios españoles hacia un considerable núcleo de consumidores extranjeros, tanto por el creciente número de turistas que visitan nuestro país, como por las exportaciones directas que se vienen efectuando a otros muchos”.

Con el CAE se pretendían alcanzar básicamente tres grandes objetivos (8:39): definir desde el punto de vista higiénico-sanitario, técnico-industrial y mercantil o comercial, qué debía entenderse por alimentos, condimentos, estimulantes, bebidas y demás productos y materias; determinar las condiciones mínimas que habían de reunir con el objeto de prevenir cualquier práctica fraudulenta que afectara a su calidad, composición, peso, dimensiones o volumen; y regular los

distintos procedimientos de preparación y conservación, así como velar por el envasado, distribución, transporte, publicidad y consumo de los alimentos y productos alimenticios.

CONCLUSIONES

Los cambios acontecidos en España entre 1950 y 1970, en la cadena de producción, transformación y comercialización de los productos alimenticios, junto con la necesidad de responder a las exigencias alimentarias y nutricionales de la población, exigían una respuesta adecuada tanto desde el ámbito de las ciencias de la nutrición, como de las políticas públicas.

El CAE, aprobado en 1967 y elaborado con el asesoramiento experto de los bromatólogos, representa un antes y un después en las políticas de alimentación y nutrición que se llevaron a cabo durante el período franquista y los primeros años de la transición democrática. La nueva normativa permitió clarificar la oferta alimentaria, al establecer las garantías que debían presidir el procesado y manipulación de los alimentos, los criterios de calidad y presentación de los mismos, así como todo lo relativo a su comercialización y consumo.

Se trata de un ejemplo de política indirecta de salud, que cabe ubicar en el amplio capítulo de las políticas de estabilización que acompañaron la etapa del desarrollismo y que buscaban responder a los retos socioeconómicos, pero también alimentarios, nutricionales y sanitarios, que acompañaron el cambio que estaba experimentando la sociedad española.

BIBLIOGRAFÍA

1. German Zubero, Luis; Hernández García, Ricardo; Moreno Lázaro, Javier, coordinadores, (2009), Economía alimentaria en España durante el siglo XX, Madrid, Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino.
2. Bernabeu-Mestre J. et al., (2012), Las ciencias de la nutrición en la España de la segunda mitad del siglo XX: estudio bibliométrico descriptivo de la revista Anales de Bromatología (1949-1993), Nutrición Hospitalaria, 27 (suplemento 2), 18-25.
3. Pérez y Pérez, Félix (1977), Planificación y ordenación de la producción sanitaria de alimentos para el hombre: discurso leído en el acto de su recepción como académico de número celebrada el 25 de octubre de 1977, Madrid, Academia de Doctores de Madrid.
4. Sanz Lafuente, Gloria (2006), Perspectivas de historia de la seguridad alimentaria. Entre la ley y la práctica social de la inspección, 1855-1923, Revista Española de Estudios Agrosociales y Pesqueros, 212, 81-118.

5. Guillem-Llobat, Ximo (2009), De la cuina a la fàbrica: l'aliment industrial i el frau. El cas Valencià en el context internacional (1850-1936), Alicante, Publicaciones de la Universidad de Alicante.
6. Casares López, Roman (1955), La bromatología en España: primera lección pronunciada con motivo de la inauguración de la Escuela de Bromatología, Madrid, Universidad de Madrid, Escuela de Bromatología.
7. Orden Ministerial de 10 de septiembre de 1954. Creación de la Escuela de Bromatología. Boletín Oficial del Estado de 24-9-1954.
8. Escuela de Bromatología. XII Aniversario de su creación, 1954-1966 (1967), Madrid, Universidad de Madrid, Escuela de Bromatología.
9. Decreto 2484/67, de 21 de septiembre BOE 17 a 23 de octubre siguientes, por el que se aprueba el texto del Código Alimentario Español.

III. ESCENARIOS DE AFLICCIÓN: VOCES, REPRESENTACIONES Y PODER

Coords: Jaime de las Heras Salord y Luisa Abad González

PRESENTACIÓN: ESCENARIOS DE AFLICCIÓN. VOCES, REPRESENTACIONES Y PODER

Jaime de las Heras Salord[1] y Luisa Abad González[2]

[1]Facultad de Medicina de Ciudad Real. UCLM. Jaime.Heras@uclm.es

[2]Facultad de CC de la Educación y Humanidades de Cuenca. UCLM. Luisa.Abad@uclm.es

Partiendo de una mirada antropológica en torno a las relaciones entre médicos y pacientes, creemos que este simposio puede aportar un espacio teórico de interés en el análisis de las relaciones entre Medicina y Poder político. Nos ha parecido adecuado introducir un debate que gravite sobre la escena misma en la que, con carácter íntimo, se producen las transacciones del proceso salud/enfermedad/atención y sobre la que Eduardo Menéndez trazó hace tres décadas definiciones de hegemonía y subordinación. Los elementos vehiculares entre sus actores y, muy especialmente, el discurso hablado han sido objeto de análisis por autores como Arthur Kleinman, Byron Good o François Laplantine y resultan de especial interés en un momento histórico en el que parece que las estrategias de la *Evidence Based Medicine* han arrinconado las narrativas de aflicción, que en otro tiempo constituyeron la puerta de entrada del médico al complejo mundo interior del paciente. Éste ha sido testigo de cómo su discurso y emociones –que, a lo largo de la historia han determinado en buena medida la construcción social e individual de la enfermedad- han pasado a un modesto segundo plano. Paralelamente, el proceso socializador de la asistencia sanitaria, ha ido modificando una relación paternalista transformándola en un pretendido

encuentro entre iguales que, lejos de consolidarse como tal, reproduce con frecuencia las antiguas relaciones de poder bajo el manto de una investidura técnica.

Presentamos así una etnografía de las relaciones de poder realizada en el espacio de la atención primaria, en donde han transitado a lo largo de cuatro etapas claramente definidas a lo largo de un eje central constituido sobre todo por el cambio social de la industrialización y la implantación de un sistema socializado de asistencia a la salud. Nos detendremos en los procesos hegemónicos que han ido reduciendo el peso de las narrativas en la entrevista clínica y en las transformaciones que esta circunstancia ha generado en la propia percepción de la salud y del cuerpo enfermo, provocando la irrupción de un paradigma contestatario con el discurso y la práctica médica dominante. Analizaremos los profundos cambios que ha venido sufriendo la relación médico-paciente, que han traído como resultado el retorno y la búsqueda de espacios en donde el paciente pueda exteriorizar –con mayor límite de tiempo y sensación de empatía- sus aflicciones. Consideraremos el devenir de los saberes médicos populares, entendidos como representaciones y prácticas para prevenir, afrontar y curar las enfermedades, documentados a través de historias orales que son legadas generacionalmente. Por último abordaremos la dramática evolución seguida en nuestro entorno respecto de la atención sanitaria a los colectivos inmigrantes, vulnerando la accesibilidad a la asistencia médica y constriñendo así el derecho universal a la salud emanado de nuestra Ley General de Sanidad. Todo ello observando el poder allá donde se configura y se ejerce, en sus hogares moleculares utilizando la expresión de Michel Foucault.

En otras ediciones de los congresos de la SEHM se ha aplicado una mirada antropológica a realidades como la Salud Global en el contexto sociopolítico internacional o la experiencia de enfermar, que aportan una perspectiva de indudable valor al tratarse de materiales que suelen expresarse, por lo general, en otros tipos de foros. Desde nuestro punto de vista la antropología de la salud debe tener su lugar en el campo teórico de la historia de la medicina en la medida en que puede contribuir a configurar un análisis multidisciplinar de la realidad social que incluya la génesis de las creencias y los sentimientos de sus actores en el contexto de una noción holística de salud. En este sentido confiamos en que este simposio contribuya a reforzar dicha concepción y a fomentar los lazos, a menudo difíciles, entre antropología e historia.

LA MEDICINA BASADA EN NARRATIVAS FRENTE A LA HEGEMONÍA. ANATOMÍA DE UNA MUERTE ANUNCIADA

Lorenzo Mariano Juárez

Universidad de Castilla La Mancha. Lorenzo.Mariano@uclm.es

LA CONSTRUCCIÓN DE LA MODERNA MEDICINA Y EL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO. COMPETENCIA Y PODER *HACIA* AFUERA.

"#Nosinevidencia". Alrededor de este argumento se han construido durante los últimos meses los debates y el rechazo del discurso biomédico frente a la nueva legislación de los productos homeopáticos. No resulta nada sorprendente, por supuesto. Hace ya años que Menéndez describió los modos en que la biomedicina definió su posición hegemónica y la articulación con otros sistemas de atención, siempre ubicados en la subalternidad al contraponerse a la suma de las características con las que este autor definiría el Modelo Médico Hegemónico (16, 17, 19). La autoridad se construiría entonces a través del biologicismo, la eficacia pragmática, el cientificismo de los postulados, una orientación hacia la curación, la mercantilización o la erosión de los elementos históricos o culturales, entre otros muchos elementos. Desde finales del siglo XVIII, el devenir histórico de un proceso convenientemente descrito haría de la medicina una disciplina tan científica como la Física (1, 6).

La historia de la articulación de la Biomedicina con otros sistemas de atención a los padecimientos ha seguido la misma línea desde hace ya muchas décadas, y la bibliografía sobre la relación con sistemas tradicionales o alternativos es

suficientemente densa. Los “otros”, la competencia “desde fuera” ha sido tradicionalmente desdeñada debido a las “carencias”: falta de acomodo al modelo -sus características- y a la ortodoxia de *evidencias* medidas sólo en formas ya conocidas. La negación, no obstante, es consecuencia de esas reglas de hegemonía y subalternidad, y no tanto al rigor de la evidencia. Un no apriorístico basado en el desdén a los modelos de atención que emergen *desde* fuera.

Aquí, no obstante, planteamos el escenario presente –y lo profético del futuro- de un movimiento teórico y práctico que emerge *desde* dentro: la medicina basada en narrativas. Pero antes veamos la articulación de la crítica dentro del modelo unos años antes.

BIOMEDICINA. PRIMERAS CRÍTICAS “DESDE DENTRO”

El cuestionamiento tácito del abandono del discernir de los padecimientos a favor de la objetividad del síntoma y el proceso diagnóstico aparecía en lo que en la literatura se ha denominado la crisis de la década de los sesenta y setenta (12, 17, 18). Las expectativas puestas en juego desde principios de siglo en el modelo curativo se derrumbaban sin que hubiera espacio para los modelos preventivos dentro de un discurso que negaba la subjetividad del paciente a costa de incrementar los costes y de la eficacia curativa, especialmente entre los pacientes crónicos y los terminales (11). De aquel periodo surgieron las propuestas de reforma y acentuación de la Atención Primaria, el énfasis en una medicina holística de escucha al paciente (2) y los planes de prevención, Por otro lado, durante este tiempo el modelo alopático debía hacer frente al surgimiento de nuevos “estilos de vida” y el incremento de la expectativa de vida y los padecimientos crónicos-degenerativos, asuntos que trasladaron las demandas de salud del escenario de los procesos agudos y las cuestiones de vida o muerte al escenario crónico de la calidad de vida y la gestión del sufrimiento. La biomedicina era puesta en cuestión, y “no sólo la eficacia sino la ideología de la medicina denominada científica” (18:79). Sin que la medicina fuera aun consciente del todo, se abría paso el giro desde la necesidad de explicaciones y leyes, a la necesidad de casos e interpretaciones.

La historia del impacto de este movimiento crítico es de sobra conocida. Aunque la crítica de las ciencias sociales se incorporó en estos movimientos

"revolucionarios", se trataba de un proyecto *interno* de reforma. La medicina respondería con su particular "prietas las filas" en la década de los ochenta, cuando la culminación del movimiento empirista de la medicina se alcanzaría con la irrupción del paradigma de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE-*EBM*) (9, 21, 22). Bajo el clásico lema de "*facts, just give us the facts*", la medicina consolidaba el giro cientificista, reduciendo el asunto de los problemas de salud y enfermedad a la esfera de los ensayos clínicos, los protocolos y la investigación terapéutica.

LA MEDICINA BASADA EN NARRATIVAS. COMPETENCIA Y PODER CONTEMPORÁNEO *DESDE* DENTRO

Desde mediados de los noventa, una propuesta *desde dentro* –la Medicina Basada en Narrativas (MBN)- pretende redefinir la epistemología y la práctica médicas: los relatos de aflicción, la estadística cuando *n* es igual a uno, demandaba ser considerada evidencia de primer orden (14). Una corriente que pretendía rescatar la narrativa y experiencia del paciente, intentando emprender la función de "puente" entre médicos y pacientes, acortando la distancia entre "saber" acerca de la enfermedad y "comprender" la experiencia del paciente (8, 3, 5, 14) al definir y asumir ciertos límites de la objetividad en el método clínico y el ejercicio diagnóstico, un asunto menos de "evidencias" en términos de ensayos clínicos y más de historias interpretadas (7, 15).

Las pretensiones de este movimiento no eran meramente retóricas ni provocativas, sino que asumían el desafío de un discurso reformista de la práctica clínica amparado en una mayor eficacia –el acomodo de la "revolución"- si aquélla se abría a estas nuevas competencias narrativas. Los cambios se producían también en la posición del galeno frente al paciente. Si desde la década de los sesenta se había definido un ideal de práctica médica basada en el distanciamiento –"*detached concern*"- el renovado paradigma afirma la necesidad de una práctica esencialmente comprometida –"*engaged concern*"- (4, 5, 10). Practicar la medicina no es un simple ejercicio de "saber acerca" y "descubrir" lo que sucede expresado en forma de diagnóstico, sino vivir desde dentro, acompañar al paciente en su padecimiento, esto es, "*Living Through".*

Por otra parte, ese alegato al carácter cualitativo de la práctica clínica y una

atención a variables ciertamente poco o nada "mensurables" implicaba también una defensa a la importancia de una epidemiología cuando n=1, de forma que los profesionales deberían huir de los valores promedio al tiempo que la investigación cualitativa se recubría de "autoritas". Diversos grupos de trabajo (23) persiguen en el presente un modelo clínico que dé cabida tanto a las aproximaciones positivistas como a las competencias narrativas. Definida entonces como "Narrative Evidence Based Medicine", la EBM y la NBM deberían ser entendidas en términos complementarios (13:81).

ANATOMÍA DE UNA (PREVISIBLE) MUERTE ANUNCIADA

A finales del siglo pasado, la medicina había perdido el monopolio y el derecho exclusivo a hablar sobre el cuerpo y la enfermedad (2, 20). El posmoderno giro narrativo desplazaría el locus de la medicina del médico y su verdad factual en términos positivistas, a las historias de los pacientes y sus versiones y autoridades diversas. Este es el contexto de la emergencia de la NBM. El impacto en la práctica, hasta el momento, resulta escaso. La casi nula presencia de este movimiento en los planes formativos, casi dos décadas después, habla de una digestión con aires de fracaso. Y en el terreno especulativo del futuro, tales planteamientos parecen destinados a perecer. Las lógicas de las relaciones de dominación y hegemonía se articulan hoy de la misma manera que tres décadas atrás: el desdén frente a la divergencia con las características que hicieron de un modelo el modelo hegemónico. El paso a las propuestas de "simbiosis" sea acaso un retraso en el final de un movimiento "incompatible" con la hegemonía.

BIBLIOGRAFÍA

10. Ackercknetch, Erwing H. (1986), La médicine hospitalière à Paris (1794-1848), Paris, Payot.
11. Bury, Michael (1997), Health and Illness in a Changing Society, London, Routledge.
12. Charon, Rita (2001), Narrative Medicine. A model for Empathy, Reflection, Profession and Trust, JAMA, 286(15), pp. 1897-1902.
13. Charon, Rita (2003), From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice (review), Journal of Health Politics, Policy and Law, 28, pp. 1121-25.
14. Charon, Rita (2006), Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness, New York, Oxford, University Press.
15. Foucault, Michel (2007), El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica, Madrid, Siglo XXI.
16. Greenhalgh Trisha (1999), Why study narrative? BMJ. January 2, 318(7175), pp. 48–50.

17. Greenhalgh, Trisha; Hurwitz, Brian (1998), Narrative based medicine in an evidence based world. Dialogue and Discourse in clinical practice. London, BMJ Books.
18. Guyat, Gordon (2002), Preface. En: Guyatt, Gordon; Rennie, Drummond, eds. User´s Guide to the Medical Literature. Essentials of Evidenced Medicine Clinical Practice. Chicago, AMA Press, pp. XXII-XVI.
19. Halpern Jodi (2001), From detached concern to empathy: humanizing medical practice, New York, Oxford University Press.
20. Hunter, Kathryn Montgomery (1991), Doctor's Stories: The Narrative Structure of Medical Knowledge, Princeton, CA, Princeton University Press.
21. Illich, Ivan (1978), Némesis médica. México D.F, Editorial Joaquín Mortíz.
22. Kalitzkus, Vera (2009), Narrative-Based Medicine: Potential, Pitfalls, and Practice. The permanent Journal, 13(1).
23. Mariano Juárez, Lorenzo (2012), Definiciones de evidencia entre signos y palabras. De la antropología médica a la medicina basada en Narrativas. En: Mariano Juárez, Lorenzo; Crespo, Cipriano, eds. Medicina y Narrativas. De la teoría a la práctica. Almería, Editorial Círculo Rojo, pp. 25-70.
24. Mariano Juárez, Lorenzo; Rodríguez Martín, Beatriz; Conde, David (2013), Cuidados basados en narrativas. Redefiniendo la jerarquía de la evidencia, Index de Enfermería, 22, pp.1-2.
25. Menéndez Eduardo (1978), El modelo médico y la salud de los trabajadores. En: Basaglia, Franco et al. La salud de los trabajadores. México, Ed. Nueva Imagen, pp. 11-53.
26. Menéndez Eduardo (1983), Modelo Hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: Menéndez Eduardo, Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. México, .Cuadernos de la Casa Chata, CIESAS.
27. Menéndez Eduardo (1994), La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades, 4(7), pp. 71-83.
28. Menéndez Eduardo (2003), Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas, Ciencia & Saúde colectiva, 8 (1), pp. 185-207.
29. Porter, Roy (1997), The Greatest Benefit to Mankind: A Medical History of Humanity from Antiquity to the Present, London, Harper Collins.
30. Sackett David L. (2009), Evidence based medicine: How to practice and teach evidence based medicine, London, Wolfe Publishing LTD.
31. Sackett David L, et al. (1996), Evidence based medicine: what it is and what it isn't, BMJ, 312, pp. 71–72.
32. Silva Suzana A.; Charon Rita, Wyer Peter .C. (2010), The marriage of evidence and narrative: scientific nurturance within clinical practice. Journal of Evidence in Clinical Practice, 16, pp. 1-9.

ENCUENTROS Y DESENCUENTROS ENTRE SISTEMA MÉDICO POPULAR Y SISTEMA BIOMÉDICO

Rosa M. SubirósTeixidor

Universidad de Girona. rosasubiros@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Mi objetivo en esta breve exposición es el de visibilizar una realidad pluriasistencial, en la que la medicina popular ocupa el primer nivel de atención, frecuentemente ignorada y menospreciada por parte de los profesionales biomédicos, a través de la escucha y la percepción vivida en mi quehacer diario como enfermera por un lado, y los datos procedentes de una etnografía médica que realicé entre los años 2008-2009 sobre las prácticas populares preventivas y/o curativas de los padecimientos y sus representaciones a través de la memoria oral de pescadores o sus familiares, mayores de 65 años, en el contexto geográfico de la Costa Brava en la provincia de Girona.

Temporalmente las narrativas sobre los remedios utilizados por los pescadores hacen referencia a la primera mitad del s. XX, época marcada social, política y económicamente por la guerra civil y la dura postguerra, de penurias, hambre y privaciones de casi todo. Es evidente que tanto la manera de pensar, interpretar y actuar de estas personas en el proceso salud/enfermedad/atención durante la primera mitad del s. XX, no tiene nada que ver con la medicina popular actual,

entendida como la medicina ejercida por el pueblo, sin que intervengan directamente curadores formados académicamente, regulados o no; la cual sigue un proceso dinámico y de resignificación bebiendo de los demás sistemas médicos, de los medios de comunicación, las nuevas tecnologías y principalmente de las fuentes que ofrece el modelo biomédico.

El estudio etnográfico realizado ha permitido elaborar un inventario y catalogación de los remedios tradicionales, que es útil como fuente de información para reconstruir cómo convivían los sistemas médicos en una parte de Catalunya donde el proceso de medicalización ya estaba precozmente instaurado. En Sant Feliu de Guíxols en el año 1905, con una población de hecho de 11.333 habitantes (INE, censo de población del año 1990) había 4 farmacias y seis médicos (1), pero los años de Guerra y la larga postguerra supusieron una ruptura enorme en la sociedad catalana, hambre y un retroceso médico-asistencial, periodo en que la población no tenía más opción que autoatender sus problemas de salud con los remedios tradicionales que les habían sido legados generacionalmente, acudir a los curadores tradicionales para cierto tipo de enfermedades y en ocasiones, generalmente más graves, eran atendidas médicamente gracias a la buena voluntad y predisposición de algunos médicos que se quedaron« *mi marido regresó del servicio militar el año 1947 afectado de tuberculosis y se curó con estreptomicina, que ya la había*» (Montse Cullell , Calella de Palafrugell , 82 años).

El descubrimiento de la penicilina y su comercialización a partir del año 1948, marcó sin duda un antes y un después tanto para las prácticas populares como por las realizadas por los médicos, los cuales prescribían remedios, a menudo adoptados del saber popular, como se aprecia en el siguiente relato «*a los 5 o 6 años tuve una infección de orina, entonces éramos amigos con el Dr. Casals, el cual vino y dijo "esto no será nada", yo quería orinar y no podía. Me recetó que hirviera raíces de caña (rizomas), cáscaras de almendra y barbas de mazorca de maíz*; dejar *enfriar, colar e ir bebiendo durante el día. Eso fue instantáneo, tomar aquello y problema solucionado en 24h*»

DESENCUENTROS ENTRE LOS DOS SISTEMAS MÉDICOS

La eficacia terapéutica de la biomedicina, basada en postulados científicos y avances tecnológicos la ha convertido en el sistema médico hegemónico en nuestra sociedad desplazando las prácticas médicas populares a una posición de subalternidad (concepto de inspiración marxista gestado por Antonio Gramsci), entendida como una condición subjetiva de subordinación en un contexto de hegemonía, instaurada mediante procesos de mediación y consenso que obligan a actuar de una manera determinada, aunque cabe señalar que se vislumbra una contraparte de resistencia (lo continuo haciendo, pero no lo digo).

Centrando la mirada en esa resistencia a la subordinación a través de algunos ejemplos, vemos como algunos remedios tradicionales han caído en desuso como el que sigue "*Para calmar el dolor de muelas fumábamos piel de serpiente mezclada con tabaco. Las recogíamos en verano cuando las serpientes cambian la piel"* (Miquel Puignau, 71 años, Port de la Selva), pero otros actualmente son utilizados de manera habitual *"realizar gárgaras con cualquier licor seco como coñac, ginebra, vodka", " aplicar un clavo de olor sobre la encía de la muela adolorida"* y otros centenares de remedios son utilizados en el ámbito doméstico para multitud de dolencias, que son transmitidos popularmente, y cuyo uso es generalmente desconocido o ignorado por los profesionales biomédicos.

Hace apenas unos días, trabajando en el dispensario municipal de Maçanet de Cabrenys, un pequeño pueblo del Alt Empordà, de 745 habitantes (INE, padrón municipal a 1/01/2013) acudió a la consulta un señor de 65 años en tratamiento con acenocumarol (fármaco anticoagulante) para realizar la medición de la coagulación sanguínea o INR (International normalized ratio), conocida popularmente como la *prueba del Sintrom*. Al preguntarle si había tenido algún problema durante los últimos días me comentó que se había hecho un pequeño corte al afeitarse, sangrando abundantemente, aunque ya tenía un remedio que nunca fallaba «*me puse pimienta en el corte y enseguida dejó de sangrar».* Le dije si no hubiera sido mejor ponerse algún producto farmacéutico que ayudara a la cicatrización de la sangre como el agua oxigenada, a lo que contestó que era mucho mejor y más rápida la pimienta, aunque esto no se lo contaría al médico.

ENCUENTROS ENTRE LOS DOS SISTEMAS MÉDICOS

Al igual que el sistema médico popular va adoptando día a día conocimientos, prácticas y remedios del sistema hegemónico, cabe destacar que la medicina científica ha aculturado históricamente el saber popular, en el campo farmacéutico por ejemplo, buena parte de los medicamentos actuales procede todavía de principios activos vegetales (3:171). Si nos remontamos al s XVIII, el médico, químico y botánico británico William Withering introdujo en la academia la *Digitalis purpurea,* conocida popularmente como dedalera (planta con efectos cardiotónicos y diuréticos) que venía siendo utilizada por la medicina popular (7:126). La Belladona se empezó también a utilizar como medicamento reconocido el 1741, cuando la atropina fue introducida en la terapéutica oficial (4:155), aunque el uso popular de la planta continuó por lo menos hasta medianos del s. XX, tal como atestiguan los informantes «*Para las anginas nos ponían Pomada de Belladona bien untada y un trapo caliente envolviendo el cuello»* (Gumersindo Salvadó, Palamós, 78 años).

La medicina popular ha persistido hasta nuestros días conviviendo con los otros sistemas médicos y no es prudente relegar todo el conocimiento popular al olvido con ideas preconcebidas de acientificismo. La propia información científica cae en desuso en plazos de tiempo cortos y sorprenden continuamente validaciones científicas de aquello que pensábamos eran sólo creencias o valores simbólicos.

Un remedio repetidamente nombrado por la mayoría de los entrevistados, del cual afirman tener unas propiedades terapéuticas excelentes para tratar y curar diversos tipos de patologías, es el *aceite de hígado de cerdo marino* (*Oxynotus centrina*), especialmente utilizado por vía tópica en el tratamiento de quemaduras, picaduras de peces venenosos (pez araña, rascacio), heridas, grietas en manos y pies; tomado oralmente para tratar el dolor de garganta; o aplicar masajeando en dolores óseos y articulares «*El aceite de hígado de cerdo marino va bien para todo, los pescadores lo utilizábamos incluso cuando estábamos resfriados o teníamos dolor de garganta. El hígado lo poníamos en una cazuela que al calentar iba soltando todo el aceite»* (Josep Cervera, Llançà, 73 años)*,* este remedio continua siendo de uso actual entre los pescadores, aunque limitados por la escasez de capturas *«Todavía lo utilizamos, va muy bien para las quemaduras, aunque cuesta un poco de pescarlos, sólo se capturan de vez en cuando»* (Montse Cullell, Calella de Palafrugell, 82 años). Los análisis por espectrometría

de masas del aceite, practicados en el laboratorio de Química Farmacéutica de la Facultad de farmacia de la Universidad de Barcelona por la Dra. Mª Dolors Pujol, concluyen que: *este aceite presenta valiosas propiedades nutricionales y dermatológicas por la gran cantidad de Vitaminas (A, D, E) y ácidos omega-3. Debido a estos componentes, podría ser de interés para el tratamiento de enfermedades dermatológicas, artrosis, artritis y otras enfermedades óseas, también cabría esperar un efecto positivo sobre problemas cardíacos y el propio cerebro. La presencia de vitaminas estimulantes de las respuestas del sistema inmunológico hace que pueda ser considerado de interés para la prevención de infecciones de diferente entidad. Ensayos biológicos posteriores determinan gran capacidad antitumoral del aceite por inhibición in vitro del enzima CDK-4, además de un gran efecto antioxidante.*

CONCLUSIONES

Los saberes, representaciones y prácticas médicas populares, que desde una perspectiva antropológica son consideradas formas de atención, son un campo prácticamente desconocido por los profesionales de la medicina, debido sobre todo a una actitud de menosprecio y desinterés, pese a su carácter estructural, constituyendo el primer nivel de atención en todas las sociedades. Una forma de dominación es la de negar o subordinar la palabra del paciente, aunque el hecho de callar no significa que deje de actuar, sino que lo hace en silencio.

Los diversos sistemas médicos proporcionan las herramientas para la prevención, la promoción de la salud y hacer frente a la mayoría de enfermedades, no debería haber enfrentamiento entre ellos sino una articulación mutua para incrementar su potencialidad. Sólo a través de una medicina basada en las narrativas, interesada en lo que hacen, usan y piensan los individuos para atender sus padecimientos reales o imaginarios, podremos conseguir dilucidar la carrera real del enfermo, la variedad de formas de atención utilizadas y el perfil epidemiológico real de los grupos concretos, que permitan desarrollar estrategias conjuntas entre los diferentes sistemas médicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comelles, J.M.; Alemany, S.; Francès, L. et al. (2013), De les iguales a la cartilla. El regiment de la cosa pública, la medicalització i el pluralisme asistencial a la Vall d'Aro. Barcelona, Temes d'etnologia de Catalunya, 24.
2. Comelles, J.M.; Martínez, A.(1993), Enfermedad, cultura y sociedad. Madrid, Eudema.
3. Fresquet, J.L., Aguirre, Carla P. (2006), Salut, malaltia i cultura, Valencia, Publicacions Universitat de València.
4. Gausachs, R. (2007), Les herbes remeieres. De la cultura popular al fàrmac. Una aproximació etnobotànica,Vol I .Barcelona, Rafael Dalmau.
5. Gledhill, J. (2000), El poder y sus disfraces, Barcelona, edicions Bellaterra.
6. Gruppi, Luciano (1978), Los cuadernos de la cárcel. En*:* Gruppi, Luciano, El concepto de Hegemonía en Gramsci, México, Ediciones de Cultura Popular, pp. 89-111.
7. López Piñero, J.M. (2000), Breve historia de la medicina. Madrid, Alianza editorial.
8. Martínez Hernáez, A. (2008), Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona, Anthropos.
9. Menéndez, E. (2005), Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos, Revista de Antropología Social, 14, pp. 33-69.
10. Perdiguero, E.; Comelles, J.M. (eds.) (2000), Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*.* Barcelona, Ed. Bellaterra.
11. Subirós Teixidor, R.M. (2012), Remeis tradicionals a la Costa Brava. Barcelona, Farell editors.

EL DESAFÍO DE LA DIVERSIDAD EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Ana Isabel Vázquez Cañete

Universidad de Castilla-La Mancha. anaisabel.vazquez@uclm.es

INTRODUCCIÓN

El derecho a la salud tiene un reconocimiento explícito en la Declaración Universal de 1948 y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales de 1966.

España alcanzó un modelo garantista y universal basado en el reconocimiento del acceso a la salud a todas las personas. Fue posible por la expansión del Sistema Nacional de Salud y cambios fundamentales, como su financiación impositiva. Esta protección se extendió también a la población inmigrante, con independencia de su situación administrativa en el país. El RDL 16/2012, de 20 de abril, *de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, ha supuesto un cambio radical en este modelo y ha suscitado la respuesta social.

Tomando como referencia el estudio de carácter antropológico sobre el acceso de la población inmigrante a la salud en centros sanitarios de Castilla-La Mancha, realizado entre 2010 y 2011, se plantea un análisis diacrónico de esta realidad junto a un análisis sociocrítico, para conocer la racionalidad de los fines sociales que provocan estos cambios.

UNA EVOLUCIÓN SOCIOPOLÍTICA

La evolución de la protección a la salud a la población inmigrante, en el marco del sistema público español, está vinculada a la evolución de las políticas de integración. Miravet (1) identifica tres etapas en la política migratoria española, que se diferencian por el volumen de la inmigración, por su percepción social y por las prioridades establecidas desde el ámbito público.

Hasta 1985, etapa embrionaria, no existe una legislación específica en materia de extranjería. La primera ley de extranjería (Ley Orgánica 7/1985) es cuestionada por el tratamiento policial del fenómeno migratorio y una regulación restrictiva en materia de derechos (2 y 3).

Entre 1986 y 1999 se produce la transformación de España en un país de inmigración, con un incremento del flujo migratorio y un cambio en las políticas públicas. Se percibe a la población inmigrante como un elemento esencial (2) y se entiende su integración de forma holística, que mira al inmigrante en todas sus dimensiones, como trabajador y como ciudadano, con necesidades en todos los ámbitos (educativo, sanitario, cultural, participación social) (3). El derecho a la salud para la población irregular sólo se reconoce de forma solapada, ya que se favorece el desarrollo de una red paralela de asistencia sanitaria a través de entidades del tercer sector y organizaciones no gubernamentales (Médicos del Mundo, etc.), aunque no se permite el acceso a los servicios públicos.

Las Comunidades Autónomas asumen progresivamente las políticas sociales (sanidad, educación, empleo, servicios sociales, vivienda, etc.), vinculadas al reconocimiento de los derechos sociales. Es paradójico que dos administraciones diferentes sean responsables de políticas que inciden directamente en la integración de la población inmigrante. El Estado central asume el control de fronteras y regulación de entrada, permisos de residencia, trabajo o agrupación, mientras las Comunidades Autónomas asumen las políticas de integración (acceso a educación, salud, etc.) (3), desarrollándose éstas de modo diferente según el territorio (1 y 3).

La Ley Orgánica 4/2000 *sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros y su integración social* (y sus modificaciones posteriores) significó la consolidación de la política migratoria en España (1), al tiempo que establece el acceso a la atención de salud a la población inmigrante en las mismas condiciones que los españoles (art. 12) con independencia de la situación administrativa.

Formalmente supuso la protección de la salud mediante un modelo gratuito, universal y de calidad, a través de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud y fue contemplada como instrumento de política social, al constituir un soporte fundamental en la integración (Plan Estratégico de Ciudadanía e Integración 2007-2010 y 2010-2014).

Sin embargo, la protección de un derecho requiere un reconocimiento y también una garantía de acceso al mismo. En la práctica, se puso de manifiesto también que la atención efectiva que garantizara ese acceso, implicaba abordar la diversidad cultural y el racismo institucional.

Uno de los dilemas de las políticas de integración ha sido lo que Pajares (2) denomina la tensión entre la *especificidad* (servicios públicos específicos para la población inmigrante) y la *normalización* (servicios públicos iguales para todos). La especificidad, reconoce y ofrece respuesta aquellos aspectos “diferenciadores” de la población con necesidades específicas; sin embargo se corre el riesgo de crear políticas y servicios segregacionistas. La normalización conlleva el riesgo de invisibilizar las situaciones de desventaja de las que parte la población inmigrante. El justo equilibrio se obtiene entre estas dos tendencias, que el sistema público logró al ofrecer atención normalizada apoyada por servicios de mediación en situaciones “específicas” de desequilibrio (traducción, mediación, acompañamiento, etc.).

Aun así, la población inmigrante ha tenido limitaciones en el acceso efectivo ala salud. Un estudio realizado en servicios sanitarios de Castilla-La Mancha, evidenció cómo las diferentes pautas culturales entre los pacientes y los profesionales jugaban un papel esencial en el modo de afrontar la enfermedad y en los comportamientos desarrollados. De un modo especial, las competencias comunicativas, que no sólo idiomáticas, constituían un reto en la atención en salud.

Carencias y limitaciones en la atención sanitaria (desconocimiento del funcionamiento de los servicios públicos, usos inadecuados, características estructurales en el sistema, falta de información y formación en los profesionales, etc.), la imposibilidad de reclamación ante la justicia (4), o las diferencias entre los territorios regionales (5) han generado exclusión.

Carecer de documentación, la dificultad de acceso a consulados y embajadas, o la falta de domicilio estable, impidieron cumplir con el requisito imprescindible de empadronamiento. Esta situación se agravó con la autorización de acceso de la policía a los datos del Padrón (Ley 14/2003), ya que disuadía a la población en situación irregular.

El Real Decreto Ley 16/2012, nueva etapa en la protección a la salud a la población inmigrante, supone un cambio de modelo en la prestación sanitaria que afecta a importantes grupos de población en un momento de crisis.

Con efectos en el ámbito sanitario y de extranjería, supedita la atención pública a la condición de "asegurado". Esta vinculación de la protección de la salud al ámbito laboral, implica la expulsión del sistema de la población en situación irregular, bien inicial o sobrevenida por el desempleo.

Además de las consecuencias sobre la salud individual y pública, produce situaciones de especial gravedad:

- Vulneraciones del derecho a la atención a la salud sufridas por personas que sí tienen reconocido el acceso (Ej.: Informes de ODUSALUD).
- Riesgos para los profesionales que atienden al margen de la norma (desobediencia civil, "gatekeepers").
- Invisibilización de la diversidad (Ej.: desaparición deservicios de mediación).
- Diferencias territoriales en la atención sanitaria.
- *Obligaciones de ciudadanía* para el irregular pero sin acceso a los servicios públicos (Ej. Impuestos indirectos).
- Vinculación del extranjero con comportamientos fraudulentos, desde ámbitos oficiales (Ej.: 873.000 tarjetas sanitarias dadas de baja para evitar el fraude en España).

- El derecho a la salud se desvincula de la dignidad humana y se aborda desde una perspectiva “individualista” y “economicista”.

PARA RECOMENZAR

El modelo migratorio actual y la situación de especial vulnerabilidad de la población demandan reconsiderar cuáles son las obligaciones reales de los estados respecto de quienes viven en su territorio. Máxime cuando se hace depender la protección a la salud del empleo y cuando muchos inmigrantes sufren una irregularidad sobrevenida por la pérdida de trabajo. Un momento, además, en el que en Europa se extiende un modelo inmigración dual, que acepta al inmigrante cualificado “deseado” y rechaza al inmigrante económico “no deseado”. Supone someter las políticas sociales a lo que Solanes (6) denomina la “anarquía del mercado”. Además se pone el peso de la integración en el propio individuo, se prima la competencia por recursos escasos, con preferencia para el nacional y se sitúa lo económico frente a la dignidad humana.

Como consecuencia, se ejerce una violencia permanente sobre los migrantes económicos, que Mora (7) diferencia entre sistemática, al impedir la entrada en las fronteras de las sociedades de bienestar, estructural al mantener una situación planificada de desigualdad, y simbólica (en términos de Bourdieu) cuando el propio dominado acepta esa diferenciación.

Para Criado, Repullo y García (8) el reconocimiento de los derechos sociales y su vinculación al concepto de “ciudadano del siglo XX”, pasa por la universalidad del sistema sanitario público y gratuito, y es un medio de desarrollo equitativo e integración de los miembros de la sociedad.

En definitiva, la equidad favorece la integración y participación cuando los que viven en el mismo lugar comparten las mismas oportunidades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miravet, P. (2009), Derechos políticos y participación en los programas de integración de ámbito estatal. En: De Lucas, J. y Solanes, A. (eds.), La igualdad en los derechos: claves en la integración. Madrid, Dykinson, pp.387-419.

2. Pajares, M. (2009), Inmigración y políticas públicas. En: De Lucas, J. y Solanes, A. (eds.), La igualdad en los derechos: claves en la integración. Madrid, Dykinson, pp. 127-145.
3. Casas, F. (2010), Políticas de integración de los inmigrantes en Castilla-La Mancha. Boletín Informativo de Trabajo Social (BITS), 14, Enero 2010.
4. VVAA (2012), Informe Conjunto al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, con motivo del examen del 5º informe periódico de España. 48º periodo del CESCR, mayo 2012. Presentado por organizaciones españolas, 15 de marzo de 2012. Disponible en http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/ngos/JointSubmission19NGOs_Spain_CESCR48_sp.pdf
5. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2010), Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas de Intervenciones para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Comisionado por la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad y Política Social. Mayo 2010. http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf
6. Solanes, A. (2009), La apertura selectiva: nacionalidad y mercado frente a la movilidad humana. En: De Lucas, J. y Solanes, A. (eds.) La igualdad en los derechos: claves en la integración. Madrid: Dykinson, pp.67-95.
7. Mora, A. (2013), Promoviendo la exclusión, legitimando la agresión e impidiendo la paz: las violencias invisibles contra las personas inmigrantes. En: Programa Andino de Derechos Humanos (comp.) Globalización, paz y derechos humanos. Quito, Universidad Andina Simón Bolívar-sede Ecuador, pp. 81-100.
8. Criado, JJ., Repullo, JR., García, A. (2011), Vigencia de la Ley General de Sanidad tras veinticinco años. Rev Esp Salud Pública, 85, pp. 437-488.

ESCENARIOS LOCALES DE EXPRESIÓN Y GESTIÓN DE LA AFLICCIÓN: ESPACIOS TERAPÉUTICOS NO SANITARIOS

Luisa Abad González

Facultad de Ciencias de la Educación y Humanidades. UCLM.
Luisa.Abad@uclm.es

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

Esta comunicación pretender brindar un acercamiento a la mirada antropológica a través de escenarios de contextos locales –como son las ermitas y santuarios de devoción- escenarios cuyo punto en común implica espacios donde las personas expresan y gestionan –de modo habitual- sus sentimientos más íntimos en relación con sus vivencias frente a la aflicción, el dolor o el miedo ante el proceso de la enfermedad. Llama la atención la hipertrofia de estas manifestaciones intersubjetivas ante los actuales "recortes", crisis económica, decisiones políticas y cambios cotidianos en el entorno sociosanitario.

Nuestra reflexión parte de que las directrices políticas que se toman en relación con la sanidad, inciden directamente en profundos cambios que afectan a la relación médico-paciente dando como resultado significativo el hecho del retorno y la búsqueda de espacios –no sanitarios- en donde el paciente pueda exteriorizar –con mayor límite de tiempo y sensación de empatía- sus aflicciones y ansiedades. La expresión libre de estos sentimientos de aflicción y dolor se configura –a su vez- como un elemento más del proceso terapéutico, poniendo de manifiesto la existencia –vivida y percibida subjetivamente por el paciente- de una

sensible laguna en el sistema sanitario actual. Analizaremos, por tanto, la génesis de estos relatos y confesiones *experienciales* frente a la enfermedad (1) y la función de estos escenarios particulares en tanto que se conforman como altavoces de las ansiedades individuales y sociales.

MATERIAL Y MÉTODO

Proponemos un enfoque cruzado entre el abordaje epistemológico que nos brinda la Medicina basada en narrativas (2) y el metodológico de la antropología de la salud y la enfermedad (3) (4), haciendo uso de materiales etnográficos obtenidos en diferentes investigaciones de los últimos años (2007, 2008, 2011 y 2012) y que nos han llevado a estos escenarios tan particulares. El estudio pormenorizado del fenómeno votivo y del corpus documental que a él se asocia permite al investigador social un acercamiento a la compleja realidad de la expresión subjetiva del sufrimiento y la aflicción y, en una dimensión paralela, permite analizar cómo es percibida la atención de los enfermos por parte de la clase médica, cómo estos enfermos o familiares de enfermos lo verbalizan y lo adjetivan siguiendo unos patrones culturales y sociales establecidos.

RESULTADOS

Para demostrar y comprender la importancia del fenómeno de estos espacios no sanitarios como escenarios privilegiados que reflejan sentimientos y aflicciones sociales quiero centrarme en exclusividad en un eje fundamental que se deriva de etnografías realizadas en ellos: el problema social de la (in)fertilidad en España.

EL SANTUARIO COMO ESCENARIO DE EXPRESIÓN DE LA AFLICCIÓN

Las narrativas y microrrelatos en relación con crisis vitales asociadas a la enfermedad son una constante en este tipo de lugares. No en vano una mayoría de ellos tienen denominaciones que hacen referencia al carácter curativo de los mismos. Ejemplo de ello son la Ermita del Stmo. Cristo de la Salud en Parra de las Vegas (Cuenca), Ermita de Nª Sª de la Virgen de la Salud de Barbatona (Guadalajara), Ermita de Nª Sª del Buen Parto (Pedro Muñoz), Santuario de Nª Sª

del Remedio (Utiel), etcétera. En estos microrrelatos se describen desde estados de ánimo, descripciones de la enfermedad, el proceso terapéutico y su vivencia, testimonios y confesiones frente al conocimiento y aceptación de la enfermedad e historias de superación frente a la misma. Pero uno de los mayores miedos y problemas expuestos en estos lugares es el miedo a no reproducirse, a la infertilidad, a la imposibilidad de que haya un reemplazo generacional. Los problemas de infertilidad es uno de los motores más potentes para activar una ofrenda votiva, lo ha sido desde la antigüedad y lo es hoy, con mayor o igual dramatismo, en pleno siglo XXI. Los elementos materiales que acompañan a las narrativas asociadas a este problema son los más numerosos en la mayor parte de santuarios –sin ningún género de duda- equiparándose y, -en muchos casos- superando, a los habituales exvotos alusivos a accidentalidad (ya sea laboral, ya en carreteras o ámbito doméstico). Así, todo un corpus de ecografías, chupetes, ropitas y enseres de neonatos, fotografías de bebés y testimonios manuscritos inundan paredes y estantes de estos espacios de modo muy delimitado. La infertilidad masculina también está latente en estas manifestaciones pero expresadas a través de la voz de las mujeres que piden “un milagro”, es decir, la intercesión del favor de las imágenes objeto de devoción. Cabe decir como dato relevante, que si bien resulta significativo lo escrito en estas narraciones (petitorios y/o agradecimientos), no lo es menos lo “no dicho” ante la ocultación expresa y no reconocimiento al empleo de técnicas de reproducción asistida para obtener el fin deseado de la procreación. El sentimiento cultural de “vergüenza” ante los problemas de (in)fertilidad en nuestro contexto, son evidentes.

Por otra parte, aunque existan datos cuantitativos –como son las largas listas de espera- y cualitativos –como puedan ser estas manifestaciones de aflicción en toda España y, a pesar de que la OMS considera la infertilidad como una enfermedad que conlleva serias secuelas en la salud física, emocional y social de las personas, el Ministerio de Sanidad pretende recortar seriamente las prestaciones en reproducción asistida (propuesta de Ley de julio de 2013) basándose en criterios netamente economicistas e ideológicos (mujeres mayores de 40 años, lesbianas y mujeres solas), entre otros y restringiendo el derecho a una potencial maternidad a aquellas personas que no pueden costearse tratamientos de fertilidad en clínicas privadas. Los tiempos de espera en la seguridad social para la reproducción asistida –en algunos casos de hasta dos años como sucede en la Comunidad de Madrid- predisponen a los usuarios a un tránsito muy negativo que queda patentemente reflejado en las narrativas de la

aflicción recogidas en estos escenarios locales: "…fueron ocho largos meses de calvario, en los que hubo momentos difíciles como la angustia de asistir a consultas, ver médicos y esperar fríos resultados" (Cristo de Urda); "Madre, después de 11 años intentando un embarazo hoy he venido a traerte estos tres chupetes como muestra de agradecimiento tras esta larga espera…" (Puebla de Almenara). En estas narraciones, el lenguaje, refleja los estados de ánimo sociales y éstos –como apunta Echeverría (5:166) "no son una excentricidad. Son un componente fundamental de nuestro modo de vida y de la calidad de nuestras vidas. Los estados de ánimo sociales determinan el horizonte de posibles acciones de la gente y, por lo tanto, constituyen un factor importante en la predicción de lo que pueden o no lograr".

Si añadimos a lo expuesto, el hecho de que los últimos datos manejados por el INE (6) muestran que España sigue una tendencia decreciente respecto a los índices de natalidad -debiéndose en gran medida al descenso de mujeres en edad fértil y a la baja fecundidad-, cabe cuestionarse seriamente la actitud del poder político frente a este fenómeno.

CONCLUSIONES

Los avances en medicina reproductiva permiten en la actualidad poder brindar un servicio a la ciudadanía sin precedentes, sin embargo, el fenómeno de la (in)fertilidad está siendo tratado desde un punto de vista macroeconómico y es considerado un interesante y -nada desdeñable- bien de consumo, en vez de privilegiarse el terrible hecho que supone no tener reemplazo generacional en este país para hacer frente a un futuro. Así, –desde el poder político- se constriñe a esta Medicina actual hipertécnica a no poder brindar una labor social universal crucial en pro de reforzar una Medicina selectiva y excluyente apoyada en criterios neoliberales (7), haciendo que las personas que sufren el problema de la (in)fertilidad y el acceso a las técnicas de reproducción asistida estén mediatizadas y condicionadas por el juego de mercado (8), circunstancia que afecta muy directamente a sus cuerpos –sobre todo al de hombres y mujeres que se someten reiteradas veces a estas técnicas- y que inician auténticas peregrinaciones (empleo el símil devocional) para lograr sus objetivos.

Del mismo modo que estos itinerarios médicos se suelen iniciar en atención primaria, pasan por la atención especializada y, un número selectivo de ellos acaban en manos de la sanidad privada, así mismo existe un paralelismo simbólico a la hora de reflejar la aflicción, vulnerabilidad y angustia que viven estas personas en sus tránsitos por lo que yo califico como espacios terapéuticos no sanitarios, pues se comienza exteriorizando y narrando el problema en la ermita local, para pasar paulatinamente al santuario de advocación de carácter regional y, en un porcentaje más reducido, acudiendo a lugares de peregrinación de renombre nacional. Estas narraciones y expresiones públicas de aflicción tienen un carácter ansiolítico y esperanzador que se contrapone a la violencia estructural que, sutilmente emanada a través de las políticas que afectan a la sanidad, juegan con sus cuerpos, su tiempo, su bolsillo y sus vidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Good, B, J. (2003), Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica, Barcelona, Bellaterra.
2. Mariano Juárez, Lorenzo (2012), Definiciones de evidencia entre signos y palabras. De la Antropología médica a la medicina basada en narrativas. En: Mariano, Lorenzo y Cipriano, Carmen (Editores), Medicina y narrativas. De la teoría a la práctica, Almería, Editorial Circulo Rojo, pp. 25-70.
3. Abad González, Luisa. (2012), Ermitas y santuarios de devoción como archivos locales de la aflicción y el dolor. En: Mariano, Lorenzo y Cipriano, Carmen (Editores), Medicina y narrativas. De la teoría a la práctica, Almería, Editorial Circulo Rojo, pp. 163-190.
4. Abad González, Luisa. (2010), Análisis de las emociones y los sentimientos a través del fenómeno votivo. En: Abad González, Luisa y Flores Martos, Juan Antonio (Directores), Emociones y sentimientos. La construcción social del amor, Cuenca, Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha, pp. 185-210.
5. Echeverría, Rafael (2003), Ontología del lenguaje, Chile, J.C. Sáez Editor.
6. INE. (2014), Estadísticas del Movimiento Natural de la Población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios) Avance de resultados del primer semestre de 2013 y datos definitivos de 2012. http://www.ine.es/prensa/np819.pdf (consultado el 15-5-2014).
7. Foucault, M. (2007), Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Colegio de Francia (1978-79), Buenos Aires, FCE.
8. Castro Orellana, Rodrigo (2009), Capitalismo y medicina. Los usos políticos de la salud, Ciencia política, 7, Enero-junio, pp. 7-25.

FLUJOS HISTÓRICOS DE PODER EN ATENCIÓN PRIMARIA: EL CASO DE CASAS DE JUAN NÚÑEZ

Jaime de las Heras Salord

Facultad de Medicina de Ciudad Real. UCLM. Jaime.Heras@uclm.es

"Sabemos perfectamente que no son los gobernantes quienes detentan el poder" (4:15)

El análisis de la realidad biomédica desde una perspectiva antropológica resulta de una deconstrucción de los límites entre ciencia y creencia, tratando de descubrir lo creencial en el espacio de lo racional (6:37-38). En el encuentro clínico, sobre todo en las áreas rurales, se produce un enfrentamiento brutal entre dos configuraciones de la realidad, vinculadas a distintas condiciones socioeconómicas y paradigmas culturales. La asunción tácita o manifiesta de los presupuestos teóricos del *otro* marca un eje a lo largo del proceso temporal, que señala su convergencia en una medicina sincrética. En este itinerario se producen préstamos, rechazos, connivencias y exclusiones, opciones condicionadas a la penetración hegemonizante de la medicina científica que, finalmente, se ubica como un recurso más entre las alternativas terapéuticas. Estas estrategias, irremediablemente –como el propio ejercicio local de la biomedicina-, han ido sufriendo transformaciones generadas en gran medida por la evolución de las relaciones entre ellas. Así, en los últimos 130 años podemos identificar cuatro períodos en nuestra población (2:580-628).

PERÍODO IDEOLÓGICO (1875-1950)

El primer contrato para la provisión de un médico en Casas de Juan Núñez fue realizado en 1875. Los *pobres* tenían derecho a asistencia gratuita y el resto de la población podía acceder a ella mediante pago por acto médico que, más adelante, se transformaría en un sistema de igualas. Se observa reiteradamente un rápido tránsito de profesionales que llegaban a ejercer apenas unos meses. A ello contribuían varios factores, como la escasa remuneración pero, sobre todo, los enfrentamientos con los poderes locales. Tampoco se disponía de vivienda oficial y el espacio en el que con mayor frecuencia se producía el encuentro clínico era el domicilio del enfermo.

Por parte de los poderes locales, cuando el médico titular no pertenecía a la élite oligárquica local, era visto con recelo, lo que se debía a varias razones. Por una parte, a la coyuntura política local, con cuyos caciques solían entrar en conflicto los médicos recién llegados, deseosos de poner en práctica planes y medidas de higiene que chocaban frontalmente con los intereses de aquellos, tanto por cuestiones económicas como por competencia de poder (3). En consecuencia, los propios caciques a menudo ridiculizaban y desprestigiaban a los médicos ante la población, hasta que pedían el traslado a otro lugar. Esta escasa permanencia en un pueblo aumentaba los recelos de la población, que tendía a ver a esos médicos como principiantes, con escasos conocimientos y recursos. Por dicho motivo a menudo no se atribuía a la virulencia de las epidemias la elevada mortalidad infantil, sino al propio médico que, con prácticas inadecuadas, había empeorado el pronóstico de los niños enfermos.

Así, sólo aquéllos médicos que estaban “bien vistos” por las autoridades locales, perduraban en la plaza por espacios prolongados de tiempo. Se trataba de un modelo de profesionales que pertenecieron a la élite de poder (los terratenientes) hasta los años finales del franquismo, en cuyo círculo se incluían personajes como el alcalde, el cura o el jefe local de la Guardia Civil. La representación de una mesa de juego en la que estos actores arriesgaban sus caudales mientras que un campesino pobre, con la boina en la mano, tenía que aguardar el final de la partida para *llevarse* al médico a ver al enfermo urgente, no es un tópico. Incluso hemos recogido testimonios que hablan de médicos que, en los albores del período franquista, cooperaban para encarcelar a personas que supuestamente habían simpatizado con partidos de izquierdas.

En ese contexto se toleraban en la persona del médico prácticas y actitudes totalmente heterodoxas con los paradigmas morales de la comunidad, como el rapto y seducción de mujeres jóvenes de la localidad.

La profesión médica, en general, no gozaba de un excesivo prestigio entre la población. Su identificación con los estratos más acomodados de la sociedad se asociaba, en la mente de los potenciales usuarios, con unos escasos requerimientos académicos. Se entendía que el cometido del profesional no era en modo alguno altruista sino guiado por el interés económico y acompañado, por otra parte, por un escaso arsenal de recursos y conocimientos. No obstante, era obligado descubrirse la cabeza en su presencia y dirigirse a él en tercera persona y anteponiendo el título de don como correspondía a los *señoritos*.

A esta asimetría de poder entre médicos y pacientes, reforzada por la performatividad del discurso médico (1:4-7) –particularmente en cuanto se refiere al género (7)- se añadía el elevado costo de la asistencia, a pesar del sistema de igualas. Por dicha razón, la mayoría no visitaban al médico salvo en contadas ocasiones y muchos no solicitaron la primera consulta médica antes de los veinte años de edad. Todas las familias estaban igualadas a finales de 1940, pero muchas no podían pagar. Se entendía que el hecho de no pagar la iguala implicaba que no había obligación para el médico de prestar asistencia.

PERÍODO TÉCNICO (1950-1970)

La introducción de la cirugía mayor, de la mano del médico Lattur, supuso un cambio importante en las relaciones entre médicos y pacientes. Era un profesional poco dado a formalismos que tenía un trato muy directo con los enfermos y era, en bastante medida, comprensivo con ellos. Sus cirugías no estaban al alcance de la mayoría de la población pero habían cambiado la evolución, necesariamente hacia la muerte, de dolencias como el *cólico miserere*, lo que era suficiente motivo para vender las escasas propiedades que se tuviesen, incluso la cueva en que se residía, o pedir dinero prestado para intentar salvar la vida de un familiar. Las condiciones en las que se practicaban eran muy rudimentarias. Se llevaban a cabo en el domicilio del paciente. La mesa de operaciones era, en el mejor de los casos, la que se empleaba para hacer la

matanza del cerdo. Las condiciones higiénicas eran mínimas, a menudo no se disponía de luz ni de agua corriente.

PERÍODO DE SOCIALIZACIÓN (1970-1986)

La progresiva implementación de la Seguridad Social en la localidad motivó un acercamiento de la comunidad a los recursos que la medicina científica le podía ofrecer, entre ellos el acceso a los hospitales y al uso de fármacos a precios asequibles. A este acercamiento contribuyeron los profundos cambios en la sociedad local iniciados en el decenio 1950-60 tras el éxodo rural y la migración masiva a los sectores industriales, que generaron una mejora del nivel de vida en muchas familias. En el sector público la relación entre sanitarios y usuarios seguía siendo, no obstante, asimétrica, tal vez con mayor crudeza que en la fase anterior, debido al incremento de los derechos de los pacientes sin que ello supusiese un incremento lineal en los emolumentos de los profesionales.

PERÍODO DE NORMALIZACIÓN (1986-2013)

Se caracteriza por el desarrollo de los programas de salud tras una profunda reforma de la atención primaria basada en las nuevas nociones que inspiraban la salud comunitaria. El nivel de vida había mejorado sustancialmente, el derecho a la salud había adquirido carácter universal y los profesionales se habían convertido en simples agentes sanitarios alejados de las posiciones de poder que habían ocupado en otros tiempos.

La profusión de mensajes relacionados con la salud en los medios de difusión y los cambios producidos en el modelo de gestión de la atención primaria fueron decisivos en el uso del médico como un recurso habitual, bajo la idea de la prevención como principal estrategia sanitaria.

En los años ochenta del siglo XX la asistencia médico-profesional ya no era un artículo de lujo porque la mayoría de la población estaba afiliada a la Seguridad Social y tenía por tanto derecho a la asistencia hospitalaria y a la subvención de los medicamentos. Por otra parte, el discurso autoritario de antaño se había

dulcificado en bastante medida, los médicos hablaban con el paciente y le explicaban su interpretación de las dolencias.

En contrapartida, merced a los Programas de Salud en Atención Primaria, implementados “para mejorar la eficacia y la rentabilidad de los servicios sanitarios” (5:art.48.) pocos ciudadanos escapaban al control profesional. Se había modificado el *locus* de la performatividad del discurso, el médico se había funcionarizado e incluso, en las postrimerías del período, había cedido protagonismo a un tercer actor virtual materializado en un programa informático de gestión de la consulta médica.

LOS HOGARES MOLECULARES DEL PODER

El proceso de medicalización se asocia a una pérdida de la soberanía médica comunitaria. Intervienen factores como el cambio etiológico –de la miseria a la noxa- o la enajenación de la capacidad de resistencia frente a la adversidad. Un factor que nos parece especialmente significativo es la subrogación en el papel de enfermo de la pérdida de rol y de poder. A este proceso ha colaborado en gran medida la medicina científica en su proceso aculturador, renombrando como enfermedad diversas situaciones de desequilibrio e injusticia socio-política (8:167-212.). No obstante y, aunque la comunidad entiende que el devenir del enfermo guarda una relación tan solo parcial con el uso de los recursos profesionales, su uso es valorado positivamente en la medida en que expresa mecanismos de estabilización social. El médico, por otra parte, se convierte a menudo en un mediador ante lo espiritual, igual que acontece en las prácticas de religiosidad popular y en la Medicina folk.

BIBLIOGRAFÍA

1. Austin, J.L. (1962), How to do things with words. Oxford. The Clarendon Press.
2. De las Heras Salord, Jaime (2013), Vivir, enfermar y morir en Casas de Juan Nuñez (1871-2005). Tesis doctoral leída en la Facultad de Medicina de Ciudad Real.
3. Feo Parrondo, Francisco (2002), Las epidemias de viruela de Carcelén (1897) y de gripe de Casas de Ves (1900), Al-Bassit. Revista de estudios albacetenses, 46, pp. 83-100.
4. Foucault, Michel (2000), Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones, Madrid, Alianza Editorial.

5. Ley General de Sanidad (1986), Acceso al texto completo en la web www.uca.es/web/.../equipo.../ley_general_sanidad_14_1986.pdf. Consultado el 13 de mayo de 2014.
6. Martínez Hernáez, Ángel (2008), Antropología médica, Barcelona, Anthropos.
7. Sánchez, Dolores (2008), El discurso médico, piedra angular de la construcción de las relaciones de género en la época contemporánea, Asclepio, LX, 1, pp. 63-82.
8. Scheper-Huges, Nancy (1997), La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil, Barcelona, Ariel.

IV. GUERRA, MEDICINA Y PODER POLÍTICO: LA AGENCIA HUMANITARIA

Coord. Jon Arrizabalaga

PRESENTACIÓN: GUERRA, MEDICINA Y PODER POLÍTICO: LA AGENCIA HUMANITARIA

Jon Arrizabalaga

IMF-CSIC. Barcelona. jonarri@imf.csic.es

Hacia mediados del siglo XIX las relaciones entre la medicina, el poder político y la guerra experimentaron en Occidente una gradual transformación como consecuencia de la reforma de los servicios de sanidad militar de las distintas potencias y la irrupción del humanitarismo moderno en el campo de la guerra. Ante la concentración de significativas conmemoraciones en 2104 (150 aniversario de la fundación del movimiento internacional de la Cruz Roja, centenario del estallido de la Primera Guerra Mundial, y el 75º aniversario del final de la Guerra Civil Española y del inicio de la Segunda Guerra Mundial), parece muy oportuno organizar en el marco del XVI Congreso de la SEHM de una mesa temática centrada en la agencia humanitaria en la guerra.

En esta mesa se abordará la acción voluntaria de distintos agentes humanitarios (individuales y/e institucionales) y su impacto en el ámbito de la medicina, la salud pública y, en general, el socorro a las víctimas de conflictos violentos de distinta clase (guerras internacionales, civiles, coloniales, levantamientos insurreccionales) entre 1870 y 1945, con atención a sus interacciones mutuas y, muy particularmente, con los poderes políticos. Para ello se proponen cuatro "papers" centrados en la actuación de diversos agentes humanitarios en otros tantos conflictos: ambulancieras en la Comuna de París (1870), voluntarios extranjeros y cronistas en las Guerras del Sexenio Democrático (1868-1873),

corresponsales de prensa en la Guerra del Rif (1924-1926), y médicos exilados de la Guerra Civil Española en los campos de refugiados del sur de Francia durante la II Guerra Mundial (1939-1942). Con todo ello, aspiramos a caracterizar mejor la naturaleza y significación del humanitarismo de guerra durante el último tercio del siglo XIX y primera mitad del XX.

LE TEMPS DES CERISES: LAS AMBULANCIERAS DE LA COMUNA DE PARIS

Dolores Martín Moruno

Université de Genève. Institut Ethique, Histoire, Humanités (iEH2, Villa Thury)
Centre Médical Universitaire. Genève. Suisse. Dolores.MartinMoruno@unige.ch

Jean Baptiste Clément, compositor y delegado del pueblo electo por el distrito de Montmartre durante la Comuna de París, dedicaba en 1885 la letra de una canción titulada *Le temps des cerises* a "la valiente ciudadana Louise, la ambulanciera de la calle Fontaine-au-Roi, el domingo veintiocho de mayo de 1871" (Clément, 1887: 243). Este vals, que evocaba el recuerdo "de una herida abierta" causada por una historia de amor desafortunado, se convertiría en una de las canciones populares francesas más famosas de todos los tiempos al hacer de las *cerezas* el emblema de la sangre derramada por los comuneros durante la ofensiva llevada a cabo por el gobierno de Adolphe Thiers desde el domingo veintiuno al lunes veintinueve de mayo de 1871 (Clément, 1887: 244 y Tallier, 2005).

Más allá del himno revolucionario en el que se ha convertido, *Le temps des cerises* da cuenta de un interesante aspecto: la importancia de la participación femenina en la defensa de París contra el gobierno de Versalles. A pesar de que las mujeres de la Comuna hayan sido frecuentemente representadas como combatientes feroces que incendiaron las calles de París, esto es, como *pétroleuses*; lo que nos recuerda la dedicatoria de Clément es que también

desarrollaron un papel destacado socorriendo a los soldados heridos de la Guardia Nacional (Thomas, 1963; Jones y Vergès, 1991; Taithe, 2011).

Tomando como punto de partida este breve y convulso episodio de la historia política francesa, este trabajo pretende examinar la contribución de un heterogéneo grupo de mujeres a la asistencia médica a partir del llamamiento lanzado por *l'Union des femmes pour la défense de Paris et les soins aux blessés* el once de abril de 1871 (*Commune*, 1871: 225). El interés de analizar la creación de este efímero cuerpo de ambulancieras reside en que, si bien la Comuna de París ha sido el objeto de numerosas investigaciones, pocas son las que han tratado este acontecimiento en relación a los desafíos médicos y humanitarios que planteó. Las publicaciones de Bertrand Taithe y de Marcel Guivarch son dos magníficas excepciones que ofrecen un análisis detallado acerca de las transformaciones de la asistencia pública y los hospitales franceses durante este periodo pero que, sin embargo, sólo se refieren de manera sumaria al rol que jugaron las mujeres como ambulancieras (Taithe, 1999 y Guivarch, 2006).

La invisibilidad de la participación de las mujeres como ambulancieras se explica, de una parte, porque autores como los citados han considerado que se trataba de una actividad menor en relación al trabajo desempeñado por los cirujanos. De otra parte, los estudios realizados desde una perspectiva feminista se han centrado más en hacer el elogio de las mujeres como combatientes que en estudiar su papel como ambulancieras dando por hecho, que se trató de una contribución puntual que sólo reforzaba el esquema de la diferenciación sexual del trabajo en la sociedad francesa de finales del siglo diecinueve.

Cabe mencionar finalmente, un tercer aspecto que dificulta la reconstrucción histórica de este cuerpo voluntario de ambulancieras: que no estamos tratando con enfermeras en el sentido que hoy en día le damos a este término. De hecho, hasta 1878 no se inaugurarían las primeras escuelas de enfermeras en París en los hospitales de la Salpêtrière, Bicêtre y Lariboisière, lo que nos induce a pensar que la categoría de la *ambulancière* no se refería a lo que comprendemos actualmente como una profesional de los cuidados (Diebolt y Fouché, 2011).

Las ambulancieras se denominaban de este modo, porque estaban encargadas de cuidar los heridos en los puestos de socorro provisionales establecidos en cada uno de los distritos de París. Pertenecían oficialmente al servicio médico de la Guardia Nacional aunque estaban coordinadas por los comités de cada distrito

y recibían el mismo sueldo que sus compañeros, los soldados. En estos puestos de socorro, llamados “ambulancias” y que en el ejército francés estaban tradicionalmente integrados en cada división o escuadra, se realizaban intervenciones quirúrgicas de urgencia y se trasladaban a los pacientes más graves a los hospitales (Moss y Smith, 1780: 59; Joulin, 1871:2; Courtillier, 1871: 255-6).

Por ello, la categoría de la ambulanciera no puede identificarse acríticamente con una profesional de los cuidados, sino que debemos comprender su emergencia en relación al proceso de laicización de la sanidad pública que tiene lugar durante la Comuna y que opone esta figura a la de la religiosa que había ejercido hasta el momento, el monopolio de los cuidados en hospitales como el *Hôtel-Dieu*, *La Charité*, *Saint-Louis* o *Necker*. De hecho, el virulento anticlericalismo que marcará el periodo de la Comuna dará lugar a una cruda persecución de todo personal sanitario vinculado a la beneficencia, incluidos los miembros de la *Société française des secours aux blessés* que fueron señalados como los principales sospechosos de colaborar con el gobierno de Versalles (*Affiches du comité central*, 1871).

Además, la noción de la ambulanciera parecía establecer afinidades históricas con otras figuras femeninas que habían hecho parte de la vida militar francesa como las *blanchisseuses* (las lavanderas), les *vivandières* (proveedoras de víveres) o las *cantinières* (las cantineras) (Joubert, 1801). Estas últimas fueron reconocidas oficialmente por el ejército francés en 1794, en el marco de las campañas napoleónicas y ganaron una visibilidad sin precedentes durante la Guerra de Crimea (1853-1856) distinguiéndose por la eficacia de sus cuidados y la elegante vestimenta que lucían en los campamentos (Rappaport, 2007:56). A pesar de que en los documentos pertenecientes a la Comuna París pueda apreciarse que estas diferentes denominaciones se intercambian frecuentemente, las ambulancieras no dudaron en pronunciarse a este respecto defendiendo su esfera de acción en los cuidados. Su actividad sanitaria no impedía, sin embargo, que actuasen también como combatientes cuando el momento así lo exigía. A este respecto, Louise Michel, declaraba el doce de mayo de 1871, junto a otras ambulancieras voluntarias del distrito de Montmartre:

> “Las ambulancieras de la Comuna declaran no pertenecer a ninguna sociedad, sea cual fuere. Su vida pertenece por completo a la revolución,

> su deber es vendar las heridas hechas por las balas envenenadas de Versalles en el mismo lugar de la contienda; de tomar cuando el momento lo exige el fusil como los demás. ¡Viva la Comuna! ¡Viva la República universal!" (Michel, 1871)

La complejidad de los vínculos establecidos entre estas diferentes figuras femeninas que, realizaban tareas de primeros auxilios hace necesaria una reevaluación de la historia de la enfermería como una práctica que surge exclusivamente mediante la aceptación gradual de profesionales en los hospitales. Precisamente, lo que nos enseña la Comuna de París es que la constitución de la enfermería como una práctica científica reglada en los hospitales franceses está directamente relacionada con estas mujeres que cohabitaban con los soldados en el frente y que no pertenecían necesariamente a los servicios sanitarios.

Estos resultados me han conducido a reconsiderar la participación de las ambulancieras durante la Comuna a la luz de documentos históricos, archivos judiciales y militares, así como a través de su correspondencia y memorias. Entre otras tantas, Louise Michel, André Léo, Victorine Brocher, Eulalie Papavoine y Marie Calleux contribuyeron al movimiento revolucionario socorriendo a los heridos. Tras la derrota frente al gobierno de Thiers fueron condenadas al exilio. La reconstrucción de las tareas que desempeñaron no sólo nos permite interpretar la percepción que ellas proyectaron sobe su rol como ambulancieras, sino los matices de la acción humanitaria durante la Comuna de París mediante su comparación con otros contingentes de mujeres dedicadas a los cuidados como las religiosas o las damas enfermeras como Sarah Monod, también de sesgo feminista pero de carácter mucho más liberal.

De manera general, un análisis histórico de la Comuna muestra las dificultades de aplicación de la recién creada Convención de Ginebra al tratar con una guerra civil en donde, la neutralidad del personal sanitario es violada con frecuencia. A pesar de que el tiempo de las cerezas sea recordado por su brevedad y la mayoría de las reformas de la Comuna no terminaran de aplicarse por completo, la iniciativa puesta en marcha por las ambulancieras sembró el camino hacia la profesionalización de la enfermera laica francesa durante la Tercera República.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clément, Jean-Baptiste (1887), Chansons, (5e édition) Paris, C. Marpon et E. Flammarion.
2. Commune, (1871), Appel aux citoyennes de Paris, Réimpression du Journal Officiel de la République Française sous la commune du 18 mars au 24 mai, pp. 225-6.
3. Courtillier (1871), Partie Officielle, Réimpression du Journal Officiel de la République Française sous la commune du 18 mars au 24 mai, pp. 255-6.
4. Diebolt, Evelyne; Fouché, Nicole (2011), Devenir infirmière en France: une histoire atlantique? (1854-1938), Paris, Publibook.
5. Guivarch, Marcel (2006), Chirurgie et médecine pendant la guerre et la Commune : un tournant scientifique et humanitaire: 1870-1871, Paris, Pariente.
6. Jones Kathleen B.; Vergès, Françoise (1991), Women of the Paris Commune, Women's Studies, 14(5), pp. 491-503
7. Joubert, Abbé (1801), Dictionnaire raisonné universel des arts et métiers, Lyon.
8. Joulin, Désiré-Joseph (1871), Les caravanes d'un chirurgien d'ambulances pendant le Siège de Paris et sous la Commune, Paris, Dentu.
9. Moss, Lemuel; Smith, Edward P. (1870), Christian work on the Battle-Field; being incidents of the labour of the United States "Christian Commission" with an historical essay on the influence of Christianity in alleviating the horrors of war, London, Hodder and Stoughton.
10. Rappaport, Helen (2007), No place for ladies. The untold story of women in the Crimean War, London, Aurum Press.
11. Taithe, Bertrand (1999), Defeated Flesh: Welfare, Warfare and the Making of modern France, Manchester, Manchester University Press.
12. Taithe, Bertrand (2001), Citizens and Wars: France in Turmoil, 1870-1871. London, New York, Routledge.
13. Thomas, Edith (1963), *Les pétroleuses*, Paris, Gallimard.
14. Tillier, Bertrand (2005), La Commune de Paris: révolution sans images? Politiques et répresentations dans la France republicaine (1871-1914), Champ vallon, Seyssel.

ARCHIVOS

1. Bibliothèque Nationale de France. Affiches du comité central de la garde nationale (1871).
2. Institute for Social History. Louise Michel's papers. Feuille sur les femmes pendant la Commune, en particulier les ambulancières (1871).

DISCURSO HUMANITARIO COMO DISCURSO POLÍTICO: LA OBRA DE JOHN FURLEY Y DE SATURNINO GIMÉNEZ ENRICH DURANTE LAS GUERRAS DEL SEXENIO Y LA RESTAURACIÓN BORBÓNICA EN ESPAÑA (1868-1876)

Juan Carlos García-Reyes

IMF-CSIC. Barcelona. pantellus@yahoo.es

Los debates durante la década de 1990 y el primer cuarto del siglo XXI pudieran hacernos pensar que el discurso humanitario como discurso político es un concepto reciente. Probablemente en su acepción moderna –de discurso, de teorización académica– así lo sea (Orford 2003; Barnett & Weiss 2008; Heinze 2009; Fassin & Pandolfi 2010; Fassin 2012). En este debate se incluiría el de la construcción de los derechos humanos como coartada política hegemónica, que en el mundo posterior a la Guerra Fría se habría convertido en un espantajo fetiche del que servirse para las acciones geopolíticas de las potencias (Ignatieff 2003), cuando no instrumentada como herramienta para acciones claramente imperialistas (Bricmont; 2006).

Sin embargo se puede rastrear este debate a mediados del siglo XIX, con la activación y surgimiento organizado de la sensibilidad humanitaria, un proceso que puede a su vez sondearse en los cambios de paradigmas éticos y filosóficos habidos en Europa durante el siglo de la Ilustración y que se fueron construyendo y expandiendo paulatinamente de los más diversos modos comunicativos hasta ir

cimentando diversas “narrativas humanitarias” (Laqueur 1989), capaces de movilizar la empatía ante los males y sufrimientos ajenos.

Aunque generalmente la intervención humanitaria se asocia a las acciones posteriores a la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) (Simms & Trim 2011; Barnett 2011). La existencia de intervenciones humanitarias para la salvaguarda de poblaciones fue una situación habitual dentro del mantenimiento de un *status quo* geoestratégico durante el siglo XIX, como se desprende de las acciones de las potencias europeas occidentales –Gran Bretaña y Francia principalmente– en el Imperio Otomano (Rodogno 2012), pero también durante la Primera Guerra Carlista (1833-1840) en España (Mosely 1941; Bullen 1977; Condado 2002;) con la aplicación del Convenio de Lord Eliot (1835).

Otros autores refieren que el siglo XIX como el del nacimiento de una “gobernanza humanitaria” como mecanismo de legitimación de la civilización europea occidental en aras del colonialismo sobre otros pueblos “menos civilizados” (Feldman & Ticktin 2010; Lester & Dussart 2014).

Con este preámbulo pretendemos enmarcar la construcción de un discurso humanitario de asistencia a los heridos de guerra y su pronta adaptación como discurso político en el ecuador de la convulsa década de 1870 con ocasión de las guerras civiles ocurridas en España en este tiempo. Para ello nos centraremos en las obras del jurista y filántropo británico John Furley (1836-1919), voluntario humanitario durante la Segunda Guerra Carlista (1872-1876), y del periodista menorquín Saturnino Giménez Enrich (1853-1933), primer cronista oficial de la Cruz Roja Española.

John Furley, fundador del movimiento de la Saint John Ambulance y vinculado desde muy temprano al movimiento humanitarista y al espíritu de la Convención de Ginebra de 1864, se destacó como voluntario humanitario en la Guerra franco-prusiana de 1870-1871 al frente de la ambulancia de la *British National Society for Aid to the Sick and Wounded in War*, y con una activa presencia en la Segunda Guerra Carlista en el frente Norte, defendió con intensidad la necesidad de una neutralización de los heridos y de los asistentes a los mismos (Furley 1872; 1876).

Giménez Enrich fue un destacado corresponsal de guerra y aventurero, hoy prácticamente desconocido más allá de la semblanza que de él hizo el escritor

Josep Pla en sus *Homenots* (Pla 1969). Giménez Enrich trazó un imaginario de las prácticas médicas humanitarias a través de sus obras sobre la Segunda Guerra Carlista (1872-1876) y la Guerra Cantonal (1873-1874) (Giménez Enrich 1874; 1875; 1876a; 1876b; 1877). Su labor como corresponsal de guerra en estos conflictos, su condición de miembro de la Cruz Roja Española y apologeta de la misma asociación, le sirvió para mostrar la sensibilidad humanitaria y de la nueva tecnología médica que supuso la aparición de la organización a través de la construcción literaria.

Furley y Giménez Enrich generaron discursos humanitarios con destino a públicos anglosajones y públicos hispanos, respectivamente, y tuvieron su transferencia y significación al campo de lo político en su época, en el que los valores humanitarios se convierten en motivaciones para intervenciones geoestratégicas como lo fue la británica en apoyo de la restauración de la monarquía borbónica ante los excesos republicanos y carlistas y de la construcción propagandística de un rey humanitario y conciliador en la persona de Alfonso XII.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barnett, Michael N. (2011), Empire of humanity: A history of humanitarianism, Ithaca, N.Y, Cornell University Press.
2. Barnett, Michael N. & Weiss, Thomas G. (2008), Humanitarianism in question: Politics, power, ethics. Ithaca, Cornell University.
3. Bricmont, Jean (2006), Humanitarian imperialism: Using human rights to sell war, New York, Monthly Review Press.
4. Bullen, Roger J. (1977), France and the Problem of Intervention in Spain, 1834-1836, Historical Journal, 20, 2, pp. 363-393.
5. Condado Madera, Emilio (2002), La intervención francesa en España, 1835-1839, Madrid, Fundamentos.
6. Fassin, Didier. (2012), Humanitarian reason: A moral history of the present, Berkeley, University of California Press.
7. Fassin, Didier & Pandolfi, Mariella (2010), Contemporary states of emergency: The politics of military and humanitarian interventions, New York, Zone Books.
8. Feldman, Ilana & Ticktin, Miriam I. (2010), In the name of humanity: The government of threat and care. Durham, NC, Duke University Press.
9. Furley, John (1872). Struggles and experiences of a neutral volunteer: Vol. 1-2, London, Chapman.
10. Furley, John (1876), Among the Carlists, London, Tinsley.
11. Giménez Enrich, Saturnino (1874), Anales de la Cruz Roja; origen, vicisitudes, y desenvolvimiento de la asociación que lleva este nombre, Barcelona, Espasa.
12. Giménez Enrich, Saturnino (1875), Cartagena, recuerdos cantonales, Madrid, Sociedad Bibliográfica Peninsular.
13. Giménez Enrich, Saturnino (1876), Historia de los Alfonsos de Castilla y Aragón: Y de los sucesos que han facilitado la legítima proclamación de D. Alfonso XII, Barcelona, Espasa.
14. Giménez Enrich, Saturnino (1876), Secretos e intimidades del campo carlista en la pasada guerra civil, Barcelona, Imp. S. Manero.
15. Giménez Enrich, Saturnino (1877), Memorias de la pacificación: diario anecdótico de todos los sucesos y accidentes de la Guerra Civil Española desde principios de 1875 hasta la entrada triunfal de las tropas en Madrid, comprendiendo la

descripción pintoresca de todo el país Vasco-Navarro y el paseo militar de D. Alfonso XII, Barcelona, Imp. S. Manero.
16. Heinze, Eric A. (2009), Waging humanitarian war: The ethics, law, and politics of humanitarian intervention. Albany, SUNY Press.
17. Ignatieff, Michael et al (2003), Human Rights as Politics and Idolatry, Princeton, Princeton University Press.
18. Laqueur, Thomas (1989), Bodies, Details, and the Humanitarian Narrative. En Hunt, Lynn ed. The New Cultural History, Berkeley & Los Angeles, University of California Press, 176-204.
19. Lester, Alan, & Dussart, Fae (2014), Colonization and the origins of humanitarian governance: Protecting aborigines across the nineteenth-century British Empire, Cambridge, Cambridge University Press.
20. Mosely, Philip E. (1941), Intervention and Nonintervention in Spain, 1838-39, Journal of Modern History, 13, 2 (June), 195-217.
21. Orford, Anne (2003), Reading humanitarian intervention: Human rights and the use of force in international law, Cambridge, Cambridge University Press.
22. Pla, Josep (1969), Homenots: primera sèrie, Barcelona, Destino.
23. Rodogno, Davide (2012), Against massacre: Humanitarian interventions in the Ottoman Empire, 1815-1914. Princeton, N.J, Princeton University Press.
24. Simms, Brendan & Trim, D. J. B., (2011), Humanitarian intervention: A history. Cambridge, Cambridge University Press.

MÁS ALLÁ DE LA NOTICIA: CORRESPONSALES DE PRENSA Y ACCIÓN HUMANITARIA DURANTE LA GUERRA DEL RIF

F. Javier Martínez-Antonio

Univ Paris Diderot. Sorbonne Paris Cité, SPHERE, UMR 7219. Paris.
franciscojavier_martinez@yahoo.com

El carácter abiertamente internacional de la Guerra del Rif entre 1924 y 1926 se reflejó en la activa intervención militar y diplomática de diversos países en el conflicto, pero también en la cobertura mediática mundial que llegó a alcanzar en dicho periodo. Diarios, revistas y agencias de noticias de Francia, Gran Bretaña, Estados Unidos, Italia, Suecia, Turquía, Egipto, Alemania o Brasil (además de España y Marruecos) informaron regularmente sobre la marcha de la contienda y en muchos casos enviaron corresponsales de guerra a la zona para obtener noticias de primera mano.

El periodo de entreguerras fue testigo del papel creciente de los medios de comunicación en las crisis humanitarias, una tendencia que no ha dejado de acentuarse hasta nuestros días. La relación entre periodismo y humanitarismo en tiempo de guerra ha sido siempre compleja y poliédrica. Algunos periodistas la entendieron como un “periodismo de compromiso” que rechazaba explícitamente la información neutral y desapasionada a favor del compromiso moral y pretendía influir en la opinión y en las políticas públicas. Otros, por su parte, reivindicaron la obligación de asegurar la objetividad y neutralidad de su trabajo informativo con la

idea de proporcionar a los lectores la información más veraz posible sobre el conflicto. Finalmente, hubo quienes practicaron un “periodismo de aventura” que trataba de dibujar la guerra en los términos más dramáticos o exóticos posibles para llamar la atención y provocar la respuesta de la opinión pública. En todos los casos siempre fue difícil para los periodistas en una guerra no ir más allá de la noticia para verse involucrados, de forma voluntaria o forzosa, en iniciativas humanitarias, desde gestiones a favor de la paz hasta iniciativas de auxilio a prisioneros, pasando por la denuncia de sufrimientos, abusos y crímenes. Esta conducta les expuso a riesgos y amenazas que siguen dándose en conflictos actuales como los de Siria y Ucrania.

Este “paper” trata de analizar la relación entre periodismo y humanitarismo para el caso concreto de la Guerra del Rif a través de los ejemplos de cuatro periodistas de distintas nacionalidades. Comenzaremos por Larry Rue, corresponsal del rotativo norteamericano *The Chicago Tribune*, que se internó en el Rif durante la primavera y verano de 1925. Ahmed Hassan Mattar, sudanés de origen, realizó una corta estancia en Tánger a finales de 1924 antes de cubrir la guerra desde varias ciudades de Europa como corresponsal del diario brasileño *O Jornal* de Río de Janeiro. El tercer periodista fue Hans Alexander Langlet, sueco, enviado al Rif por el *Dagens Nyheter* de Estocolmo en los primeros meses de 1926. Por último, el español Víctor Ruiz Albéniz, realizó un viaje por el Oranesado argelino y el Protectorado francés en Marruecos en 1924 como corresponsal de la Revista de Tropas Coloniales. Moviéndose a menudo entre la información y la propaganda, entre el periodismo y el espionaje, todos ellos se vieron envueltos en actividades humanitarias en una guerra en la que la diplomacia y el humanitarismo fueron esencialmente dejados de lado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Antonio, Francisco Javier (2014), Resilient modernization: Morocco’s agency in Red Cross projects from Hassan I to the Rif Republic, 1886-1926, Asclepio, 66, 1, 32-56.
2. Paulmann, Johannes (2013), Conjunctures in the History of International Humanitarian Aid during the Twentieth Century, Humanity: An International Journal of Human Rights, Humanitarianism, and Development, 4, 2 (summer), 215-238.

MÉDICOS EN EL EXILIO. LABOR ASISTENCIAL Y MIRADA CLÍNICA EN LOS CAMPOS DE REFUGIADOS DEL SUR DE FRANCIA (1939-1942)

Àlvar Martínez Vidal

Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia López Piñero.CSIC – Universitat de València. alvar.martinez@uv.es

La historiografía apenas ha reparado en los aspectos sanitarios de la llegada a Francia, en los meses de enero y febrero de 1939, de cerca de medio millón de refugiados españoles –entre militares y civiles, hombres, mujeres y niños, muchos de ellos hambrientos– que huían de la invasión de Cataluña por las tropas franquistas, refugiados que en su mayor parte fueron internados en campos de concentración de los departamentos vecinos. Las autoridades francesas habilitaron toda una serie de medidas, ciertamente para atender a los enfermos y a los heridos y para evitar la aparición de brotes epidémicos, pero también con la finalidad de conjurar cualquier riesgo de contaminación política subversiva de tipo comunista o anarquista. Dichas medidas ignoraban paradójicamente que, entre los refugiados, se hallaban centenares, tal vez miles, de médicos, enfermeras, practicantes, dentistas, etc.

El día 7 de marzo de ese año se leyó en la Academia de Medicina de París un informe que, como indica su título –“Les problèmes sanitaires posés par l’exode en France des réfugiés espagnols”–, se hacía eco de la crisis sobrevenida en las semanas anteriores. Los autores del informe, André Cavaillon (1887-1967) y

Xavier Declainche (1899-1984), inspectores generales del Ministère de la Santé Publique, destacaban para la ocasión que gracias a las decididas actuaciones llevadas a cabo con prontitud y eficacia se había podido controlar el peligro de epidemia, y elogiaban al personal, civil y militar, que de manera coordinada había participado en la operación, por su profesionalidad y espíritu de servicio. Se había podido conjurar la alarma suscitada y, sobre todo, se había prevenido a tiempo –concluían con satisfacción los inspectores– el estallido de un brote epidémico, que desde el sur hubiera podido expandirse con efectos devastadores por toda Francia, un país rodeado por las tropas del Eje al norte (Alemania de Hitler), al este (la Italia de Mussolini) y al sur (la España de Franco).

Las autoridades sanitarias francesas temían que entre los refugiados que pasaban en masa la frontera, además de los miles de soldados enfermos y heridos de guerra procedentes del frente o de los hospitales de retaguardia, hubiera portadores de enfermedades infecciosas transmisibles, como la malaria, la tuberculosis o tal vez el tifus, por lo que ordenaron, por un lado, la dispersión, tras su vacunación, de las mujeres y los niños alejándolos en lo posible de los departamentos fronterizos, y, por otro, la reclusión de los hombres, militares o no, en campos de concentración habilitados al efecto sin previsión alguna en las playas del Rosellón, esto es, encerrando a decenas de miles de personas entre alambradas de púas, junto al mar, sin más suelo que la arena y sin más techo que el cielo.

Para atender a los heridos y enfermos las autoridades francesas movilizaron a los médicos civiles y militares del departamento y sus colindantes, que con ayuda de la Cruz Roja y otras organizaciones humanitarias, utilizaron todos los recursos disponibles, incluso barcos hospital y viejos hospitales semiabandonados. No tuvieron en cuenta, sin embargo, que, entre los refugiados, se hallaba asimismo personal sanitario bien entrenado, en los hospitales del frente y en los de retaguardia, tras años de conflicto bélico. En su informe Cavaillon y Declainche solo mencionan a los médicos militares españoles para decir que “no siempre acompañaban a sus heridos, bien sea porque habían preferido voluntariamente quedarse en España o bien porque habían sido separados de sus unidades en la derrota”.

No se conoce a ciencia cierta ni el número exacto ni las circunstancias que rodearon su permanencia más o menos prolongada en los campos de

concentración franceses. Ciertamente, muchos de los médicos internados lograron antes o después obtener un visado y marchar a México, el país que se portó con los refugiados con mayor generosidad; sin embargo, otros muchos médicos no lo consiguieron y experimentaron en Francia los avatares de la II Guerra Mundial, incluida la reclusión en campos de trabajo y la deportación a los campos de exterminio nazis. Algunos de ellos, en concreto médicos y biólogos catalanes, pensaron ingenuamente que era posible mantenerse en Francia dedicándose a la investigación; otros incluso llegaron a dejar constancia escrita de su experiencia concentracionaria y, más aún, de la labor asistencial que desarrollaron en tales condiciones. Una mirada médica humanitaria en un universo caracterizado por el confinamiento y la exclusión social.

En este "paper" se intenta, por un lado, analizar el dispositivo sanitario puesto en marcha por el gobierno francés con ocasión del éxodo de los refugiados españoles y, por otro, conocer algunas de las actividades asistenciales llevadas a cabo por médicos catalanes en los campos de concentración del sur de Francia entre 1939 y 1942.

BIBLIOGRAFIA

1. Cavaillon, André; Declainche, Xavier (1939), Les problèmes sanitaires posés par l'exode en France des réfugiés espagnols, Bulletin de l'Académie de Médecine, 121 (7), 328-336.
2. Fabrégas Réal, Michel (1941), À propos du service sanitaire dans les Pyrénées-Orientales : à l'occasion de la Guerre civile et de l'exode espagnols : janvier-février 1939. Perpignan, Imp. de l'Indépendant.
3. Guerra, Francisco (2003), La medicina en el exilio republicano. Madrid, Universidad de Alcalá.
4. Hervàs i Puyal, Carles (2004), La sanitat a Catalunya durant la República i la Guerra Civil. Política i organització sanitàries. L'impacte del conflicto bèl·lic. Barcelona, Universitat Pompeu Fabra, tesis doctoral.
5. Martínez Vidal, Àlvar; Sallent Del Colombo, Emma (2010), Entre el éxodo y la diáspora: Albert Folch i Pi, Joaquín D'Harcourt y la tentativa de restitución de la Escuela Biológica Catalana en Francia (1939-1941). En: Barona, Josep Lluís (ed.), El exilio científico republicano. Valencia, Publicacions de la Universitat de València, pp. 137-155.
1. 6 .Martínez Vidal, Àlvar (2013), Metges catalans refugiats a França. Observació clínica i recerca científica als camps de concentració (1939-1942). En: Barrié, Roger; Camiade, Martine; Font, Jordi (dir.), Actes du séminaire transfrontalier. Déplacements forcés et exils en Europe au XXe siècle. Le corps et l'esprit. Perpiñán, Éditions Talaia, pp. 105-129.
6. Pechanski, Denis (2002), La France des camps. L'internement, 1938-1946. París, Gallimard.
7. Souche, Madeleine (2013), Témoignages sur les pathologies dans les camps d'internement (1939-1942). En: Barrié, Roger; Camiade, Martine; Font, Jordi (dir.), Actes du séminaire transfrontalier. Déplacements forcés et exils en Europe au XXe siècle. Le corps et l'esprit. Perpiñán, Éditions Talaia, pp. 11-66.

V. VACUNACIÓN Y VACUNAS EN EL ESPACIO HISPANO-LUSO DURANTE EL SIGLO XX: INNOVACIÓN CIENTÍFICA, PRODUCCIÓN Y CIRCULACIÓN, POLÍTICAS DE ERRADICACIÓN

Coords. María Isabel Porras, Juan Antonio Rodríguez Sánchez y Rosa Ballester

PRESENTACIÓN: VACUNACIÓN Y VACUNAS EN EL ESPACIO HISPANO-LUSO DURANTE EL SIGLO XX: INNOVACIÓN CIENTÍFICA, PRODUCCIÓN Y CIRCULACIÓN, POLÍTICAS DE ERRADICACIÓN

María Isabel Porras[1]; Juan Antonio Rodríguez Sánchez[2] y Rosa Ballester[3]

[1]Facultad de Medicina de Ciudad Real. Universidad de Castilla-La Mancha. MariaIsabel.Porras@uclm.es

[2]Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca. jarshm@usal.es

[3]Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández. rosa.ballester@umh.es

Mesa desarrollada en el marco de los proyectos de investigación HAR2012-39655-C04-01, HAR2012-39655-C04-02, HAR2012-39655-C04-03, SFRH/BD/74918/2010 y PEST-OE/HIS/UI0460/2014

La historiografía sobre la historia de la Salud internacional ha alcanzado renovado protagonismo en las últimas décadas al hilo de la polémica surgida en torno al significado, fines y grado de innovación del concepto “Salud Global”. Como señalaba Anne-Emanuelle Birn en un editorial (1), una respuesta alentadora desde Latinoamérica ha sido la reconceptualización de la salud internacional. En este marco, la historia de las enfermedades infecciosas y la reconstrucción histórica de los procesos de erradicación de la viruela y la polio están siendo

objeto de análisis por los investigadores, transformándose estos últimos en foco de interés preferente desde la introducción en los ochenta del concepto de "erradicación global", como el logro de un nivel de control de las patologías infecciosas, caracterizado por el cese completo y permanente de la transmisión natural de los agentes infecciosos a nivel mundial (2). Dentro de estas líneas de investigación adquieren mayor relevancia los estudios que persiguen desvelar la cooperación entre países, las deudas y préstamos en innovación científica, las vías de producción, circulación y los efectos logrados por el cruce de políticas y prácticas.

En este marco se inserta esta mesa temática en la que participan investigadores hispano-lusos ligados por un proyecto coordinado del MINECO y una trayectoria de investigación conjunta de casi diez años en anteriores proyectos coordinados, que han permitido obtener una serie de resultados, fruto de trabajos colaborativos entre los distintos grupos participantes en los aspectos más directa y específicamente relacionados con el contenido de la mesa (3).

El hilo conductor de la mesa es la reconstrucción histórica de las actividades de inmunización masiva de la población española y portuguesa a lo largo del siglo XX, tomando como modelo de análisis las vacunaciones contra la viruela, la gripe y la poliomielitis. Uno de los aspectos a contemplar, en un contexto internacional, son los programas de erradicación de la poliomielitis y el papel que las vacunas desempeñaron en ellos (4). Tomando la polio como ejemplo paradigmático, dentro de las estrategias recomendadas por los organismos sanitarios internacionales para conseguir la eliminación de la enfermedad, figuraron alcanzar y mantener una alta cobertura de inmunización junto con la implantación de un sistema eficaz de vigilancia de la parálisis fláccida y medioambiental. Los condicionamientos políticos locales mediatizaron su plasmación práctica y marcaron diferentes ritmos en el proceso de control y erradicación de las enfermedades mencionadas.

Otra de las finalidades de la mesa es la identificación de las vías por las que se efectuó el proceso de innovación científica en España, mediante las estancias de nuestros virólogos en centros prestigiosos como el Instituto Pasteur y la Fundación Rockefeller y las colaboraciones mantenidas con sus principales figuras. La mesa muestra igualmente cómo la pandemia de gripe de 1918-19 sirvió para concienciar a la población sobre el valor de la vacunación y vencer sus resistencias frente a la vacuna contra la viruela, pero también para aumentar el interés de los médicos por la producción de sueros y vacunas contra la gripe y

sus complicaciones en España, que se tradujo en la creación de nuevos laboratorios privados –IBYS y THIRF- en 1919.

Cabe destacar la amplia variedad tanto de las fuentes utilizadas -periodismo científico-médico y de tipo general, documentos de archivo, folletos y monografías, testimonios orales- en el conjunto de trabajos, como de las herramientas de análisis historiográfico desde los discursos científicos, al papel de los medios de comunicación como mediadores en la información a la población sobre las campañas de vacunación, las tecnologías médicas o los grupos de ayuda mutua. Todo ello posibilita alcanzar los objetivos planteados y ayudar a dinamizar el debate sobre temas tan importantes y de tanta vigencia como las enfermedades infecciosas, de triste actualidad ante el crecimiento de las desigualdades en un mundo marcado por el imperio de un neoliberalismo salvaje, los conflictos bélicos y un humanitarismo que ha entrado también en una fase rotulada como de globalización (5), pero cuyas acciones son insuficientes para contrarrestar las inequidades en salud**.** En este contexto, la erradicación, se consideró una herramienta útil para combatir dichas desigualdades y favorecer la justicia social. Si a estos principios se añaden los beneficios humanitarios, económicos y de otro tipo, entonces habría razones de mucho peso para considerar la erradicación como una valiosa estrategia de salud pública (6).

BIBLIOGRAFÍA

1. Birn, Anne-Emanuelle (2011), Reconceptualización de la salud internacional: perspectivas alentadoras desde América Latina, Rev. Panam. Salud Pública, 30 (2), 101-105.
2. Fenner, Frank (1986), The eradication of infectious diseases, South Africa Medical Journal, 66 (suppl.), 35-39. Cueto, Marcos (2004), El valor de la salud. Historia de la Organización Sanitaria Panamericana. Washington: OPS, p.98-106. Cueto, Marcos (2013), La salud internacional y la Guerra Fría. Erradicación de la malaria en México, 1956-1971, México, pp. 76-111.
3. Rodríguez Sánchez, Juan Antonio (2010), Responsabilidades não assumidas. A poliomielite na Espanha (1954-1967). En: Nascimento, Dilene (ed.), A historia da Poliomielite. Rio de Janeiro, Garamond, pp. 195-224. Porras Gallo, María Isabel, Ballester Añón, Rosa (2010), El significado histórico de las encuestas de seroprevalencia como tecnología de laboratorio aplicada a las campañas de inmunización. El caso de la poliomielitis en España, Asclepio, 61(1), 55-80. Porras Gallo, María Isabel, Ballester Añón, Rosa; Báguena Cervellera, María José, De Las Heras, Jaime (2012), La Asociación Europea frente a la Polio y los programas europeos de vacunación, Dynamis, 32(2), 273-414; Tuells, José (2012), La defensa contra la poliomielitis en España desde las instituciones: el inicio de las campañas de vacunación; Pita, João Rui; Pereira, Ana Leonor (2012), As instituções assistenciais e o fator religioso: a Ordem de São João de Deus em Portugal (1950-1970); Guerra Santos, Inês (2012), O retorno do sujeito: a imagen das pessoas afectadas pela poliomielite; Rodríguez Sánchez, Juan Antonio (2012), Asociaciones y redes sociales: el Síndrome post-polio y el resurgir de la identidad perdida poliomielítica; las cuatro anteriores en la sesión Cambiando perpspectivas: instituciones, profesionales y pacientes frente a la poliomielitis en

la Península Ibérica; I Congresso Internacional de História Interdisciplinar da Saúde, Coimbra, 2013.Porras Gallo, María Isabel; Ayarzagüena Sanz, Mariano; De Las Heras Salord, Jaime; Báguena Cervellera, María José (coord.) (2013), El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España franquista. Madrid, La Catarata. Tuells Hernández, José (2013), Retrato social de la lucha contra la poliomielitis en España. Rehabilitación y vacuna (1950-1970). XVII Congreso Nacional y VI Internacional de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e higiene. Cartagena (5-6-2013). Ballester, Rosa (2013), Presentación: Marcos políticos y programas sanitarios en España (1958-1988). El largo camino para la erradicación de la poliomielitis: de las campañas piloto a la iniciativa global; Porras, María Isabel, Báguena, María José (2013) El conocimiento sobre la realidad de las campañas de vacunación contra la polio: su cobertura, su seguimiento, la percepción de la población sobre su eficacia y/o peligrosidad y el reflejo en la prensa diaria; Rodríguez Sánchez, Juan Antonio (2013), Del control a la erradicación. Salud Pública y atención primaria en la lucha contra la poliomielitis en España (1963-1988), y Tuells, José (2013) Laboratorios e industria farmacéutica española en relación con la preparación de vacunas antipoliomielíticas: sus características en el contexto de la industria farmacéutica internacional en ese campo. Estos cuatro trabajos forman parte de: Perdiguero, Enrique, Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la Transición democrática. Alicante, III Seminario GADEA, diciembre 2013. Rodríguez Sánchez, Juan Antonio (coord.) (2013) La poliomielitis en Castilla y León: vacunación, erradicación y postpolio. León, Universidad de León. Ballester, Rosa, Porras, María Isabel, Mariño, Lourdes (2014), Benefits and challenges in the process of eradication in Spain: Smallpox and polio as models; Báguena, Maria José; De las Heras, Jaime; Ramírez, Mercedes; Caballero, María Victoria (2014), Research, development and application of smallpox, poliomyelitis and influenza vaccines in Spain, y Rodríguez Sánchez, Juan Antonio, Guerra Santos, Inês (2014), Social networks and internationalization. Associative responses to polio and Postpolio Syndrome in Spain and Portugal. Las tres presentadas en la sesión: *International Loans and Debts in the Fight against Smallpox, Poliomyelitis and Influenza II, European Region of the WHO***,** ESSHC, Vienna 2014. Ballester, Rosa, Porras María Isabel, Báguena Maria José (2014). The eradication of poliomyelitis in Spain: projects, obstacles, achievements, realities, Hygiea Internationalis, (e.p.). Rodríguez Sánchez, Juan Antonio; Guerra, Inês (2014), Denial, oblivion and new fears: polio and postpolio syndrome in the Spanish and Portuguese newspapers. Hygiea Internationalis, (e.p.). Los dos últimos trabajos fueron presentados previamente en la sesión La poliomielitis después de la poliomielitis: luces y sombras de la erradicación, III Congreso Internacional de Humanidades Médicas; São Paulo, 2013.

4. Salmerón García, Francisco et al. (2012), La importancia de la regulación y el control de vacunas en la erradicación de enfermedades virales. En: Nájera Rafael (coord.), Erradicación y control de las enfermedades producidas por virus. Madrid: Fundación Ramón Areces, p. 231-246.
5. Davey, Eleanor; Borton, John; Folley, Mathew (2013), A history of the humanitarian system. Western origins and foundations. London, Humanitarian Policy Group (HGP) Working Paper. [disponible en: http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/8439.pdf]
6. Aylward, Bruce et al (2000), Disease eradication as a public health strategy: a case study of poliomyelitis eradication. Bull.WHO, 78(3): 285-297.

APROXIMACIÓN A UNA PERSPECTIVA SOCIOSANITARIA DE LA VIRUELA Y SU VACUNA EN ESPAÑA EN EL SIGLO XX

Jaime de las Heras Salord[1]; Noelia M Martín Espinosa[2] y Lourdes Mariño Gutiérrez[3]

[1]Facultad de Medicina de Ciudad Real. UCLM. Jaime.Heras@uclm.es
[2]EU Enfermería y Fisioterapia de Toledo. UCLM. Noelia.Martin@uclm.es
[3]Escuela Nacional de Sanidad. lmarino@isciii.es
Trabajo realizado en el marco del proyecto de investigación HAR2012-39655-C04-02

INTRODUCCIÓN

La viruela constituyó una de las principales causas de mortalidad en España hasta el siglo XX, cuando la administración de la vacuna específica –iniciada un siglo antes- comenzó a adquirir una dimensión importante. A ello contribuyó sin duda la aplicación de normativas legales coercitivas sobre la población, como el R.D. de 1903, que ordenaba la vacunación y revacunación obligatoria.

En este trabajo se aborda el estudio de la viruela en España durante el siglo XX a nivel epidemiológico –incluyendo la latitudinalidad, presente en la polio (1)- y social, utilizando como fuente historiográfica la prensa nacional (diarios ABC y La Vanguardia).

Las fuentes estadísticas han sido el INE y los libros de admisión del Hospital del Rey (períodos 1925-1931, y 1939-1941).

RESULTADOS

1) Epidemiológicos

1.1 Mortalidad

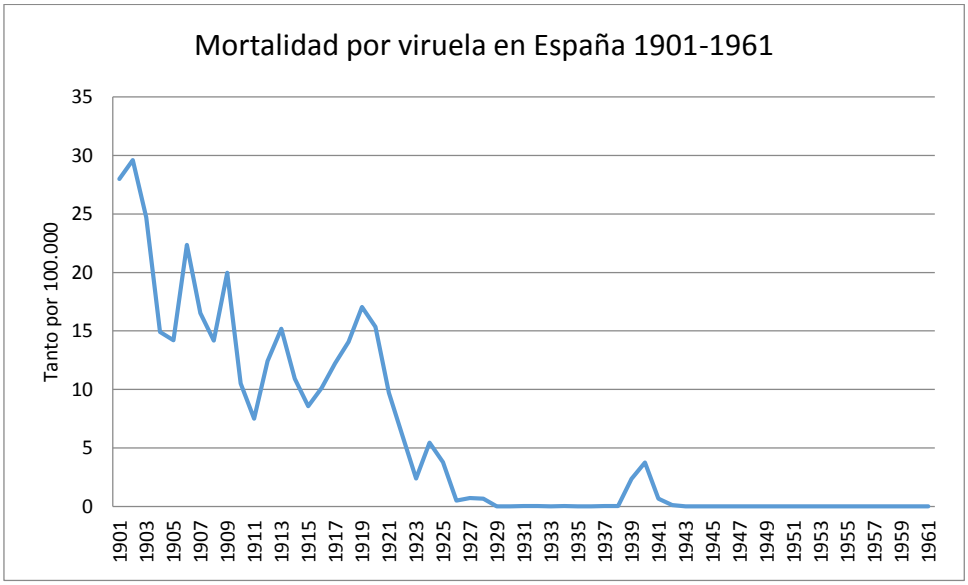


Gráfico 1. Evolución de la tasa de mortalidad por viruela en España a lo largo del siglo XX. Elaboración propia a partir de datos del INE.

La tasa específica de mortalidad por viruela estaba próxima al valor de 30:100.000 al inicio del siglo XX (gráfico 1) y experimentó una notable caída alterada por severos brotes epidémicos de intensidad decreciente en 1902, 1906, 1909, el bienio 1912-1913 y el trienio 1918-1919. A partir de 1920 se aprecia una disminución importante hasta alcanzarse valores por debajo de uno por cien mil, con la excepción del trienio 1924-26, en el que tuvo lugar un brote, con una tasa de mortalidad de 5,4 por cien mil.

En los años treinta, esta tasa se mantuvo por debajo de 0,03:100.000, situación que presumía un eficaz control de la enfermedad, pero sufrió un grave repunte en la posguerra (1939-1941), con cifras de 2,36, 3,75 y 0,67 por cien mil. La distribución de estos casos siguió un patrón latitudinal, concentrándose la mayoría

en las provincias andaluzas y con una repercusión mínima en las provincias del norte (gráfico 2).

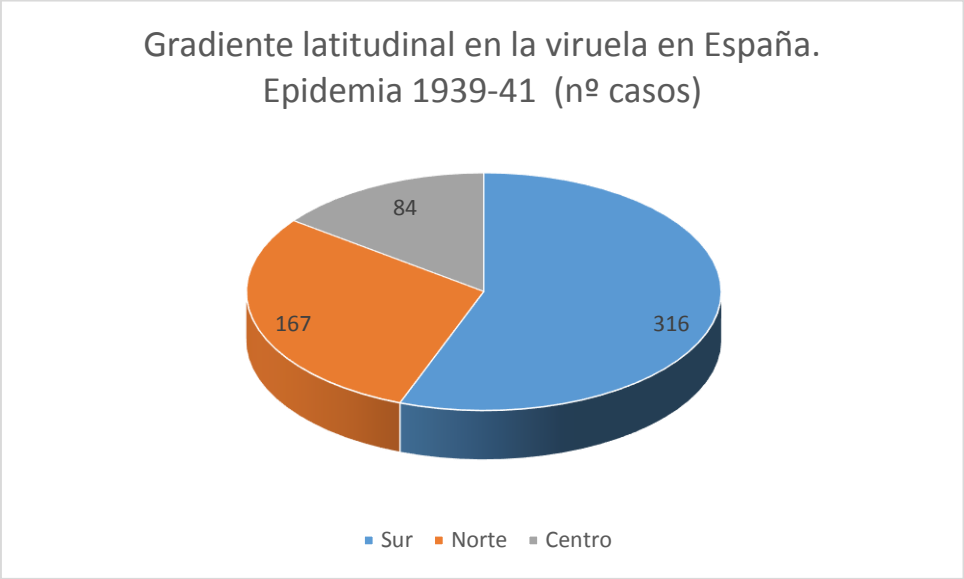


Gráfico 2 Distribución latitudinal de la viruela en España durante la epidemia de 1939. Elaboración propia a partir de las declaraciones de casos (Estadística demográfico-sanitaria).

En 1943, según los datos estadístico-sanitarios del primer franquismo, se alcanzó en España el valor cero por primera vez, que se mantuvo a partir de 1950 si exceptuamos los dos fallecimientos acontecidos en 1961, que constituyeron los últimos en la historia de nuestro país.

Estas cifras fueron considerablemente más elevadas en determinadas provincias. Así, Madrid sufrió en 1900 una tasa de mortalidad por viruela de 246,8:100.000, en 1903 fue 146:100.000 y en 1909, 134:100.000 (2).

1.2 Morbilidad

Hemos analizado la morbilidad partir de los registros del Hospital del Rey de Madrid, institución nacional de referencia para enfermedades infecciosas desde 1925.

1.2.1 Brote de 1924-26

Entre febrero y mayo de 1925 se produjeron 36 ingresos por viruela, -20 varones y 16 mujeres- trece de ellos procedentes del suburbio conocido como Chozas de la Alhóndiga. La edad media de los afectados fue de 16,7 años y se produjeron entre ellos cinco defunciones, todas en menores de once años.

Durante el año siguiente, del 12 de enero al 7 de febrero, fueron diez los afectados -cinco varones y cinco mujeres-, de los que tres murieron. La edad-promedio fue de 18,2 años y todos los enfermos residían en tres calles contiguas del municipio madrileño de Tetuán de las victorias. Esta epidemia fue descrita por Torres Gost (3).

La mortalidad registrada entre los pacientes hospitalizados en esos dos años fue de 17,4%. La mayor parte correspondió a los menores de cinco años, en cuyo grupo -una cuarta parte del total-, se elevó al 41,6%. En los mayores de esa edad, la tasa de mortalidad fue del 11,7%.

1.2.2 Epidemia de 1939-1941

Comenzó en abril de 1939 y alcanzó su clímax en agosto siguiente antes de declinar. En junio de 1940 volvió a crecer hasta septiembre-octubre de ese año, con un decremento brusco en los dos meses siguientes (Gráfico 3).

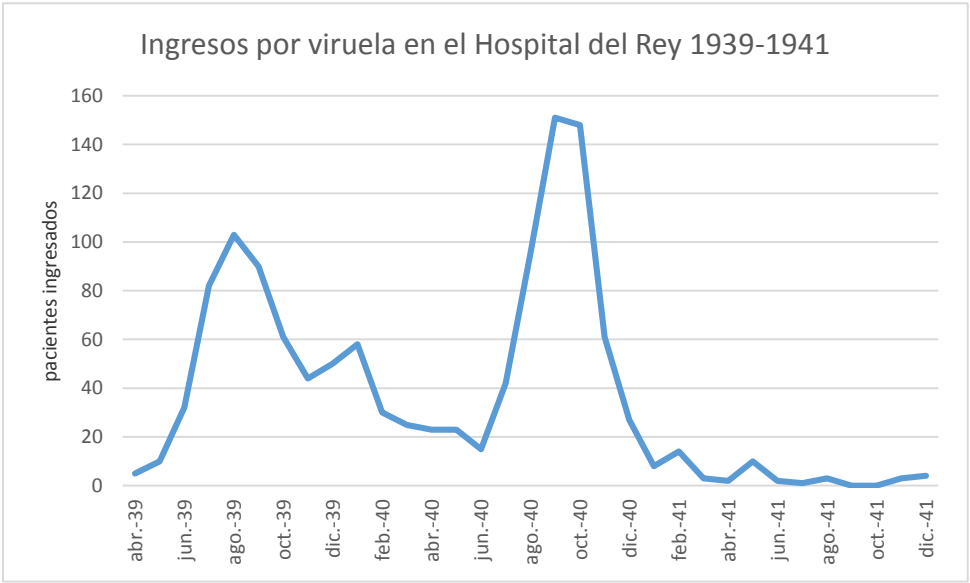


Gráfico 3 Ingresos por viruela en el Hospital del Rey (1939-1941). Elaboración propia a partir de las historias clínicas.

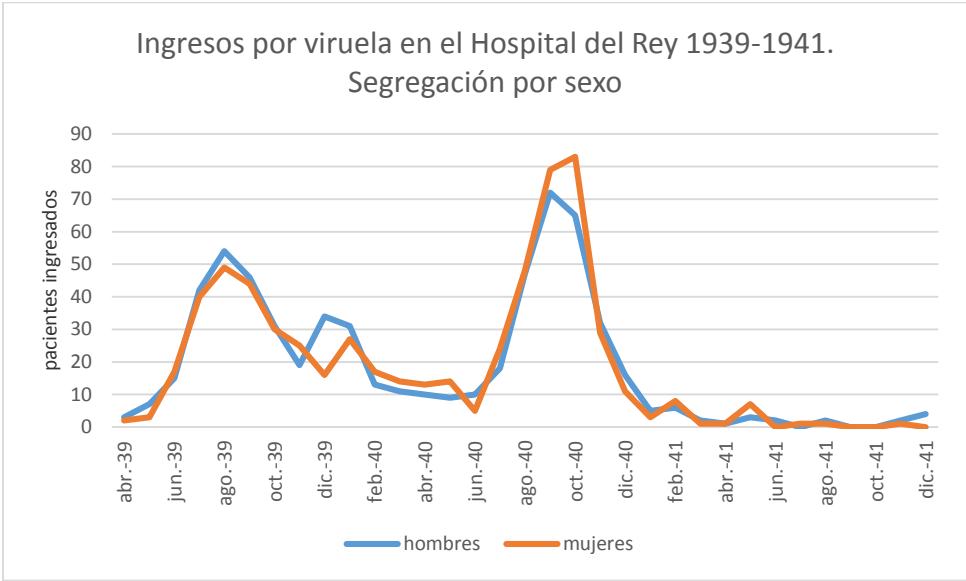


Gráfico 4 Ingresos por viruela en el Hospital del Rey (1939-1941). Segregación por sexo. Elaboración propia a partir de las historias clínicas.

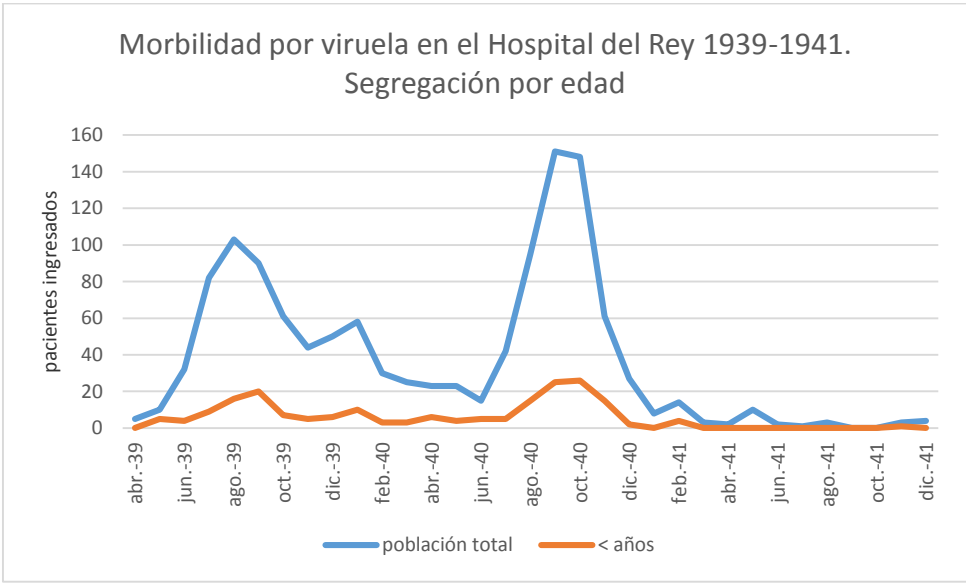


Gráfico 5 Ingresos por viruela en el Hospital del Rey (1939-1941). Segregación por edades. Elaboración propia a partir de las historias clínicas.

En estos dos brotes sucesivos la afectación diferencial por sexos no fue significativa. Respecto de la edad, el contingente infantil sufrió una afectación menor que el de adultos (gráficos 4-5).

De los 1225 ingresados registrados durante la epidemia –196 menores de cinco años-, 66 fallecieron en el Hospital, es decir el 5,4%. La mortalidad fue especialmente severa entre las edades más tempranas (gráfico 6).

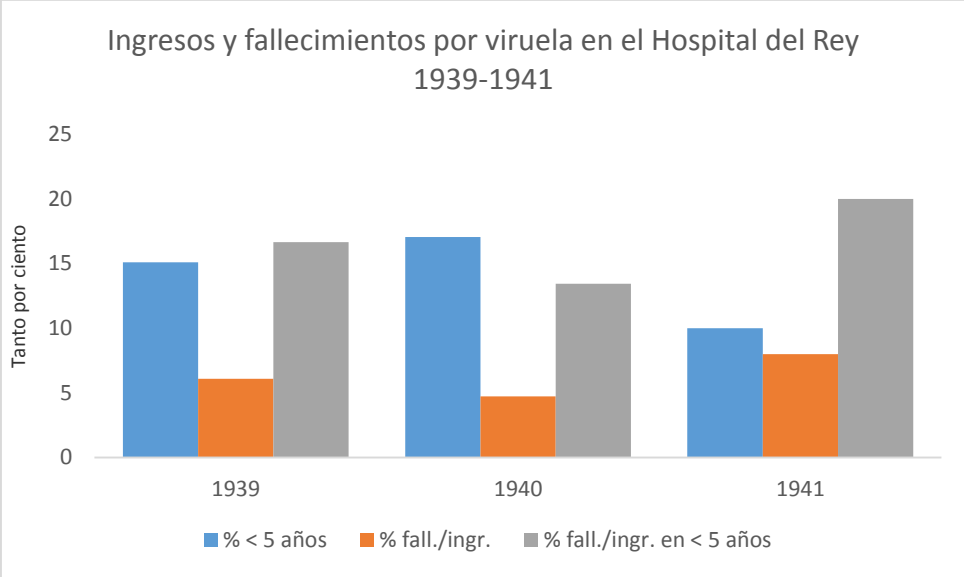


Gráfico 6 Ingresos y fallecimientos por viruela en el Hospital del Rey (1929-1941). Elaboración propia a partir de las historias clínicas.

1.2.3 Morbilidad nacional a partir de 1942

En los años cuarenta los casos de viruela en España fueron infrecuentes, con un máximo de 14 en el año 1947, equivalente a una tasa de morbilidad de 0,05:100.000 (gráfico 7).

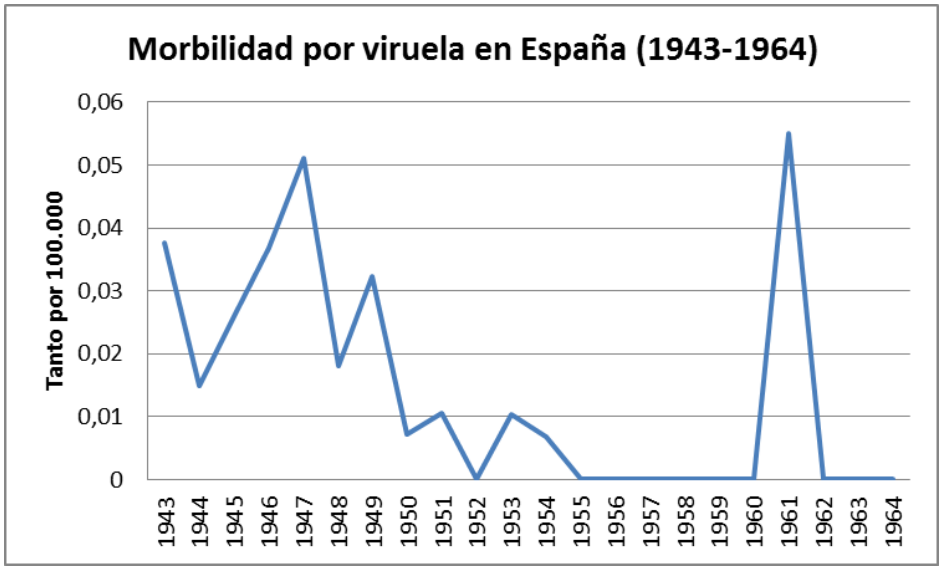


Gráfico 7 Tasa de morbilidad por viruela en España a lo largo del período 1943-1964. Las tasas entre 1943 y 1948 se han calculado a partir de datos de las capitales de provincia. Elaboración propia a partir de datos del INE.

En 1961 aconteció un brote epidémico en Madrid, con 17 casos, doce de ellos en el Hospital del Rey contagiados a partir de una niña procedente de India, que había sido vacunada dos años antes (4).

Se aprecian discordancias severas entre la morbilidad y mortalidad declaradas en este período, atribuibles a la escasa calidad de los sistemas de registro y a la voluntad política del primer franquismo –cuya situación epidemiológica había retrocedido en muchas patologías a valores de varias décadas antes (5, 6)- de enmascarar la realidad para ocultar su ineficacia en materia de salud pública.

2) Repercusiones socio-políticas y expresión en la prensa.

A pesar de la importante trascendencia que la viruela suponía para la salud pública española y de la repugnancia que causaba por sus lesiones y secuelas (10:13, 11:13, 12:7, 13, 14:4, 15:61) apenas tuvo eco en la prensa nacional, excepto en los años de epidemias.

Las sucesivas legislaciones –R.D. 1903, R.O. 24/05/1909, R.O. 22/07/1909, R.O. 4/02/1913- obligaban a vacunarse únicamente en tiempo de epidemia y amenazaban con multas y castigos penales enfatizando el rechazo popular a la vacuna. La creencia de que la vacunación antivariólica era peligrosa para la salud (16:4, 17:11, 18:13) llegaba a causar ataques vecinales hacia el personal sanitario (19:13, 20:11). Entre las medidas coercitivas se retenía en su vivienda a los convivientes con afectados si no se vacunaban (21:13) o se colocaba un cartel en la puerta señalando que era una casa infectada (22:7).

Los higienistas abogaban por la educación sanitaria, dirigida especialmente a los progenitores (23), responsabilizándoles de la elevada mortalidad infantil por no vacunar a sus hijos (24:6). Denunciaban que las autoridades locales y provinciales no respetaban las normativas sanitarias y describían a los políticos como escasamente preocupados por establecer unas mínimas medidas higiénicas. José Francos Rodríguez denunciaba que las políticas de higiene y salubridad eran inexistentes, sobre todo aquellas relacionadas con el tratamiento de aguas de consumo y residuales y de la higiene de las viviendas (25:3-4, 26).

Durante la primera década la prensa recogió varias epidemias de viruela, tanto españolas -como la de Sevilla (27:9), Pueblo Nuevo (28:11), Alella (29:5) y Ferrol (30:7)- como extranjeras: Madeira (31:3), Casablanca (32:3), o Metz (33:3).

La falta de obligatoriedad de vacunar en periodos interepidémicos fue la clave del control inefectivo de la enfermedad (7, 8) y desde las instituciones político-sanitarias se reclamaba un plan director general que estableciese disposiciones preventivas para erradicarla, concienciando a la población de su importancia, facilitando el acceso y la gratuidad de la vacuna o administrándola obligatoriamente a los niños desde edades tempranas, sin esperar a que hubiese un brote epidémico (34:9).

La prensa silenció la epidemia acontecida en los primeros años de postguerra, entendemos que para no enturbiar la gestión política de la dictadura franquista.

Las escasas referencias al papel de los organismos internacionales (OMS) en el control de la viruela antes de su erradicación a nivel mundial, utilizaban los éxitos como lema (35:108) y advertían de la necesidad de mantener el control preventivo (36:61-62).

CONCLUSIONES

La viruela afectó principalmente a la infancia de los estratos socioeconómicos más deprimidos, obedeciendo a condiciones de hacinamiento e higiene precaria en la vivienda, sobre todo en las provincias del sur. La mortalidad disminuyó progresivamente hasta la erradicación en 1961. Los datos epidemiológicos proporcionados en el franquismo sugieren una infradeclaración motivada por intereses políticos.

Los libros de ingresos del Hospital del Rey aportan una valiosa información sobre la morbilidad y la implementación de recursos, en 1924-1926 sólo debieron ingresar pacientes de especial gravedad, pues su mortalidad fue superior al triple de la acontecida en la epidemia de la posguerra.

La vacunación antivariólica no formó parte de políticas de salud pública, ya que las campañas de inmunización se planificaban con poco control sobre la realidad sanitaria del entorno y la vacunación sólo fue realmente obligatoria en épocas de epidemia.

Fue una constante atribuir la responsabilidad de la propagación de esta patología a la resistencia a la vacunación que mostraban las clases populares. Es innegable tal rechazo, pero también que no se establecieron acciones de educación sanitaria ni se acercaron los recursos sanitarios disponibles para facilitar su adhesión. Sí se insistía en las medidas coactivas para quienes no cumpliesen los preceptos de profilaxis obligatoria, hecho insuficiente para erradicar la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nájera E, Llacer A, Valenciano L, Salmerón E, Martínez-Navarro F, Mezquita M, Pérez Gallardo F. (1975), Análisis epidemiológico de la situación actual de la poliomielitis en España, Revista de Sanidad e Higiene Pública, 49, pp. 953-1025.
2. Lasbennes, Luis (1914), La viruela en Madrid en 1913, Madrid, Imprenta municipal.
3. Torres Gost, Juan (1975), Medio siglo en el Hospital del Rey, Madrid, Biblioteca nueva.
4. Red nacional de vigilancia epidemiológica/Instituto de salud Carlos III (2002), Recomendaciones de actuación y respuesta ante la aparición de un caso o de un brote de viruela, Boletín epidemiológico semanal, 10, pp.13-14.
5. Jiménez Lucena, Isabel (1994), El tifus exantemático de la posguerra española (1939-1943). El uso de una enfermedad colectiva en la legitimación del “Nuevo Estado”. Dynamis, 14, pp. 185-198.

6. Molero Mesa, Jorge (1994), Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis, Dynamis, 14, pp. 199-225.
7. Porras Gallo, M.I. (2004), Luchando contra una de las causas de invalidez: antecedentes, contexto sanitario, gestación y aplicación del Decreto de vacunación obligatoria contra la viruela de 1903. Asclepio, LVI, pp. 164-5.
8. Perdiguero Gil, E.; Bernabeu-Mestre, J. (2004), Una práctica inconstante: la vacunación contra la viruela en el Alicante del siglo XIX. Asclepio, LVI, pp. 114-116.
9. Instituto Nacional de Estadística (2014), Anuarios estadísticos. Disponible en http://www.ine.es/inebaseweb/25687.do
10. ABC, 22-08-09
11. ABC, 09-10-1918
12. ABC, 15-10-1924
13. La Vanguardia, 24-06-1907
14. ABC, 29-01-1903
15. ABC, 07-04-1965
16. ABC, 10-11-1903
17. ABC, 5-10-1918
18. ABC, 15-10-1918
19. ABC, 26-08-1913
20. ABC, 08-04-1916
21. ABC, 26-05-1909
22. ABC, 27-08-1913
23. ABC, 29-01-1903.
24. ABC, 29-03-1908
25. ABC, 05-10-1923
26. ABC, 15-10-1924
27. ABC, 02-02-1906
28. ABC, 04-06-1906
29. ABC, 03-12-1907
30. ABC, 04-12-1907
31. ABC, 08-06-1907
32. ABC, 26-08-1907
33. ABC, 31-03-1907
34. ABC, 17-12-1913
35. ABC, Edición Andalucía.08-04-1975
36. ABC, 07-04-1965

LA VACUNACIÓN CONTRA LA GRIPE Y SUS COMPLICACIONES EN ESPAÑA (1918-2009)

Mercedes Ramírez Ortega[1] y María Isabel Porras[2]

[1]Hospital Mancha-Centro-Facultad de Medicina de Ciudad Real, UCLM; mercedes_ramirez_ortega@hotmail.com

[2]Facultad de Medicina de Ciudad Real, UCLM; MariaIsabel.Porras@uclm.es

Trabajo realizado en el marco del proyecto de investigación HAR2012-39655-C04-02

La vacunación contra la gripe y sus complicaciones durante la pandemia de 1918-19 y la evolución registrada en este tema cobraron gran actualidad en el inicio del siglo XXI, particularmente tras la pandemia de 2009 (4, 5, 7, 8, 10, 11). El trabajo analiza el proceso de producción y circulación de las vacunas contra la gripe entre 1918 y 2009, y la creación de los laboratorios IBYS y THIRF en 1919 en Madrid, que tuvieron gran trascendencia posterior en el ámbito de la vacunación de nuestro país. Se estudia también cómo se configuró una investigación propia sobre el virus de la gripe, que permitió el reconocimiento de dos centros como laboratorios regionales de referencia de la OMS del "World Influenza Programa". Las fuentes principales utilizadas han sido una combinación de documentación de la OMS, prensa científica, folletos y publicaciones de laboratorios farmacéuticos.

LA PANDEMIA DE GRIPE DE 1918-19: UN ESTÍMULO PARA EL DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS VACUNAS

La gravedad alcanzada por la pandemia de 1918-19 reveló las insuficiencias sanitarias que había en España y las dificultades que aún tenía la ciencia médica para afrontar la lucha contra esta enfermedad desde una perspectiva etiológica, pero también sirvió para otorgar gran protagonismo a las vacunas en un intento por frenar la gran mortalidad provocada. A pesar de no aislarse el agente específico de la gripe, médicos y farmacéuticos prepararon diferentes vacunas en el Laboratorio municipal de Madrid, el Instituto provincial de higiene de Valencia, la Facultad de medicina de Sevilla o la de Barcelona. Como en otros países de nuestro entorno, la mayoría de las vacunas fueron mixtas, elaborándose con las principales bacterias aisladas en enfermos con gripe. Tan solo el Instituto provincial de higiene Valencia produjo una monovalente antineumocócica. Todas ellas fueron vacunas contra las complicaciones más que contra la gripe y se aplicaron al final del segundo brote de la pandemia, siendo por ello difícil valorar su eficacia real (15).

Sí parece más claro su positivo efecto para modificar la percepción social de las vacunas, que mejoró el control de la viruela, beneficiado también de los cambios en la lucha contra las enfermedades infecciosas introducidos mediante el decreto de enero de 1919 (14).

Otro beneficio fue estimular la creación de laboratorios privados como el Instituto de Inmunoterapia THIRF y el Instituto de Biología y Sueroterapia IBYS, fundados ambos en 1919 por iniciativa de algunos investigadores del Instituto de Higiene Alfonso XIII para acabar con la penuria española en la producción de sueros y vacunas y como fuente de beneficio económico (17). Ambos laboratorios fabricaron vacunas mixtas contra las complicaciones de la gripe, aunque el laboratorio IBYS publicitara su primera vacuna como antigripal (9, 19). En 1929 se fusionaron los dos laboratorios bajo el nombre de IBYS, que tenía una mayor capacidad técnica. THIRF aportó su mejor organización empresarial. El Instituto Llorente, creado en 1894, dispuso también de una vacuna contra las complicaciones de la gripe antes del aislamiento del virus (6).

VACUNAS ESPECÍFICAS CONTRA LA GRIPE Y CONFIGURACIÓN DE UN SISTEMA INTERNACIONAL DE CONTROL: LA PARTICIPACIÓN ESPAÑOLA

Con el aislamiento del virus de la gripe por Smith, Andrewes y Laidlaw en 1933 (18) se inició la producción de vacunas específicas contra dicha enfermedad y una lucha más efectiva. Sin embargo, a medida que se desarrollaron las investigaciones sobre el virus de la gripe se puso de relieve que la tarea no era tan sencilla. No bastaba únicamente introducir mejoras en el cultivo del virus y en la preparación de vacunas eficaces, había una dificultad añadida: su variabilidad antigénica de una epidemia a otra. Esto condujo a que se planteara la idea de establecer un sistema internacional de control de la gripe constituido por una red mundial de laboratorios, que Andrewes promovió y presentó a la Comisión interina de la OMS como "World Influenza Programme" (20). La propuesta fue aceptada, se creó el "World Influenza Centre" en Londres a cargo de Andrewes para coordinar la red de laboratorios que se iba a crear. Sus principales funciones serían: centralizar y distribuir la información epidemiológica y el material patológico recibido desde los laboratorios regionales, y formar personal en las técnicas especializadas de laboratorio.

España logró en 1951, cuando se ampliaba la red de laboratorios regionales, participar en dicho programa a través del laboratorio de Florencio Pérez Gallardo (1), el gran impulsor de la virología en España tras la Guerra Civil desde su puesto en la Escuela Nacional de Sanidad. Su nominación fue posible por su formación especializada adquirida previamente en los principales laboratorios europeos y en la Fundación Rockefeller, que becó su estancia, y por la colaboración científica oficiosa mantenida con Andrewes. En este primer Centro Nacional de Gripe de la OMS se aisló el virus mediante siembra en embrión de pollo en el saco amniótico en la epidemia de 1950-51, se desarrolló metodología para medir los anticuerpos y se preparó una vacuna, que fue utilizada durante la pandemia de 1957-58, aunque de manera limitada. Esta pandemia fue una prueba para el Programa de la OMS, reveló las dificultades para disponer a tiempo de vacuna específica, se identificaron los grupos de riesgo por primera vez y se priorizó su inmunización.

Pérez Gallardo dirigió también la Sección de Virus del laboratorio IBYS, que en 1949 anunció una "virusvacuna antigripal" de producción propia y siguió

fabricando la vacuna en años posteriores, incorporando los virus de la gripe que se aislaban en cada epidemia (12, 13).

La nueva pandemia de gripe de 1968-69 otorgó la ocasión para que, dentro de los cambios introducidos en el Programa de la OMS desde 1966, esta organización reconociera el laboratorio de virología de Agustín Pumarola de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona como segundo Laboratorio nacional de la gripe (2). Este reconocimiento llegó a propuesta del profesor Roger Sohier del Instituto de Pasteur de Lyon, que ayudaba a Pumarola con reactivos y otros materiales de laboratorio y le recomendó a Charles Cockburn de la OMS (3).

Las décadas siguientes del siglo XX entrañaron importantes cambios en el Programa de la OMS contra la gripe de los que no nos vamos a ocupar aquí como tampoco de las nuevas condiciones de nuestro país desde finales de los setenta, que posibilitaron una mejora científico-sanitaria también en la lucha contra la gripe y la instauración de programas anuales de vacunación de los grupos de riesgo. La nueva situación española permitió, siguiendo las directrices de la OMS, la aprobación del “Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe” en 2003 ante la amenaza del SARS y de una nueva pandemia de gripe similar a la de 1918-19, pero también disponer de un “Sistema de Vigilancia epidemiológico de la gripe” formado por los “Servicios epidemiológicos de las Comunidades Autónomas” y coordinados por el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III, que intervino durante la pandemia de 2009-10 (16). Sin embargo, en esta ocasión no existía una producción propia de vacuna contra la gripe como en las dos pandemias anteriores.

CONCLUSIONES

El análisis realizado revela el papel estimulador de la pandemia de 1918-19 para la investigación y puesta a punto de vacunas a nivel público y privado. Informa también del desarrollo de la virología de la gripe en España y de la producción de vacunas contra dicha enfermedad, logrado con la ayuda de las principales figuras e instituciones científicas internacionales, que posibilitó la participación española en la red de laboratorios regionales de la OMS para la gripe.

BIBLIOGRAFÍA

1. Archivo OMS. I2/286/5 Jacket 1, WHO Influenza Centres. Official Designations and Related Correspondance, Carta de Gerardo Clavero del Campo a Brock Chisholm, 21-2-1951.
2. Archivo OMS. I2/286/5 Jacket 2, WHO Influenza Centres. Official Designations and Related Correspondance, Carta de Jesús García Orcoyen a Marcolino Candau, 10-6-1968.
3. Archivo OMS. I2/286/5 Jacket 2, WHO Influenza Centres. Official Designations and Related Correspondance, Carta de Agustín Pumarola a Charles Cockburn, 30-7-1968.
4. Bresalier, Michael (2013), Fighting Flu: Military Pathology, Vaccines, and the Conflicted Identity of the 1918–19 Pandemic in Britain, J Hist Med Allied Sci (2013) 68 (1): 87-128.
5. Compans, Richard W.; Orenstein, Walter A. (Eds.) (2009), Vaccines for Pandemic Infuenza, Berlin/Heidelberg, Springer-Verlag.
6. Elementos de terapéutica y diagnóstico biológicos (1932). Madrid, Instituto Llorente, pp. 113-114.
7. Eyler, John M. (2006), De Kruif's Boast: Vaccine Trials and the Construction of a Virus, Bulletin of History of Medicine, 80, 409-438.
8. Horand, Florian (2011), Viral Vaccines and Cell Substrate: A 'Historical' Debate. En: Plotkin, Stanley A. (Ed.), History of Vaccine Development, New York, Springer, pp. 151-154.
9. Instituto de Inmunoterapia. La infección, la inmunidad y sus aplicaciones a la práctica médica (1928). Madrid, THIRF, pp. 32-36.
10. Katz, Samuel L.; Wilfert, Catherine M.; Robbins, Frederick C. (2011), The Role of Tissue Culture in Vaccin Development. En: Plotkin, Stanley A. (Ed.), History of Vaccine Development, New York, Springer, pp. 145-149.
11. Kilbourne, Edwin D. (2011), A Race with Evolution: A History of Influenza Vaccines. En: Plotkin, Stanley A. (Ed.), History of Vaccine Development, New York, Springer, pp. 137-144.
12. Pérez Gallardo, Florencio (1950), La vacunación contra la gripe, Revista IBYS, 8 (6), 221-237.
13. Pérez Gallardo, Florencio; Ruiz Falcó, Fernando (1957), La gripe, Revista IBYS, 15 (5), 383-401.
14. Porras Gallo, María Isabel (1994), La lucha contra las enfermedades "evitables" en España y la pandemia de la gripe de 1918-19, Dynamis, 14, 159-183.
15. Porras Gallo, María Isabel (2008), Sueros y vacunas en la lucha contra la pandemia de gripe de 1918-1919 en España, Asclepio, 60(2), 261-288.
16. Porras, María Isabel; Ramírez, Mercedes; Mariño, Lourdes (2013), Risk Perception and Reactions to Influenza Pandemics (1918-2009) in Spain, comunicación presentada en la Conference of the EAHMH (Lisboa, 4-7 septiembre 2013).
17. Puerto, Javier (2013), Instituto de Biología y Sueroterapia IBYS. En: Antonio González Bueno; Alfredo Baratas Díaz (eds.), La tutela imperfecta. Biología y Farmacia en la España del primer franquismo. Madrid, CSIC, pp. 341-384.
18. Smith, Wilson; Andrewes, Christopher Howard; Laidlaw, Patrick Playfair (1933), A Virus Obtained from Influenza Patients, Lancet, 222 (5732), pp. 66-68.
19. Sueroterapia, vacunoterapia, opoterapia, diagnóstico (1922). Madrid, IBYS, pp. 63-66.
20. World Health Organization (1948), Interim Commission, Official Records of the World Health Organization, 6, pp. 56, 193, 214.

INNOVACIÓN, PRODUCCIÓN Y CIRCULACIÓN DE VACUNAS CONTRA LA VIRUELA Y LA POLIO EN ESPAÑA (1918-1963)

María José Báguena[1]; María Isabel Porras[2] y María Victoria Caballero[3]

[1]Facultad de Medicina y Odontología-Instituto López Piñero. Universidad de Valencia-CSIC. M.Jose.Baguena@uv.es

[2]Facultad de Medicina de Ciudad Real. Universidad de Castilla-La Mancha; MariaIsabel.Porras@uclm.es

[3]Hospital General Universitario de Ciudad Real. Facultad de Medicina de Ciudad Real. mvcaballero@sescam.jccm.es

Trabajo realizado en el marco del proyecto de investigación HAR2012-39655-C04-02

El proceso de innovación, producción y circulación de medicamentos y productos biológicos constituye un tema de estudio de particular interés por cuanto permite analizar la interacción entre ciencia, medicina, política, industria y ciudadanía. En los inicios del siglo XXI se ha asistido a una dinamización de su historiografía ayudada por la iniciativa “Standard drugs and drug standards” de la European Science Foundation (8). La atención se ha centrado también en las vacunas desde distintos ángulos (1) (14). Combinando documentación de archivo (OMS, Instituto Pasteur, Fundación Juan March), prensa general y científica, folletos y

publicaciones de laboratorios farmacéuticos, el trabajo analiza las vías de innovación registradas en España en las técnicas de estudio virológico y la preparación de vacunas contra la viruela y la polio, pero también se acerca al proceso de producción y aplicación, revelando las deudas científicas y las interferencias políticas para abordar el control y la erradicación de ambas enfermedades.

INVESTIGACIÓN Y PRODUCCIÓN DE VACUNA ANTIVARIÓLICA

En 1871 se creó la primera institución española estatal dedicada a la producción y aplicación de la vacuna antivariólica: el Instituto de Vacunación del Estado. La escasa dotación económica, los problemas técnicos en su elaboración y aplicación, la falta de una legislación que respaldara la vacunación obligatoria, la desorganización sanitaria del país y la competencia con otros institutos vacunadores públicos y privados limitaron poderosamente su labor (4). Varios factores marcarán la investigación y la producción de vacunas en nuestro país a finales del siglo XIX y, en el período del siglo XX aquí analizado, continuando la competencia entre lo público y lo privado.

Durante el primer tercio del siglo XX, la principal institución pública dedicada a la investigación, fabricación e inoculación de sueros y vacunas fue el Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII de Madrid, creado en 1899 tras la fusión del Instituto de Vacunación del Estado con el Central de Bacteriología e Higiene (16).

En el Instituto Alfonso XIII trabajó Eduardo Gallardo Sanz, introductor de la virología experimental y pionero en la investigación y producción de vacuna antivariólica en España, quien formó a los primeros virólogos españoles, como el valenciano Vicente Sanchis-Bayarri Lahoz (3). Becado en 1933 y 1934 por la Fundación Rockefeller para aprender la técnica de cultivo *in vitro* del virus varioloso, Gallardo dirigió el laboratorio financiado por esta fundación para la fabricación de vacuna antivariólica en el Instituto Nacional de Higiene (7).

Tras la Guerra Civil, el principal impulsor de la virología en España fue Florencio Pérez Gallardo, formado en Estados Unidos y varios países europeos. En 1963 consiguió la creación del Centro Nacional de Virus en la Escuela Nacional de Sanidad (ENS), seguido en 1967 por el Centro Nacional de Virología y Ecología

Sanitarias, también bajo su dirección. En él, apoyado por la OMS, se instaló el llamado “Centro Piloto”, encargado de la producción y distribución de vacunas, sobre todo la antirrábica y la antivariólica (5). Esta última liofilizada y preparada con la cepa Lister, más inocua.

LA INVESTIGACIÓN SOBRE EL VIRUS DE LA POLIO Y LA VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA

Aunque Pérez Gallardo estudió el virus de la gripe y logró que su laboratorio fuera el primer Centro nacional de gripe de la OMS en España, la institucionalización de la virología en la ENS estuvo más ligada a sus investigaciones sobre el virus poliomielítico. Con una ayuda de investigación de la Fundación Juan March en 1958, cuando se registraba la mayor morbilidad por polio en España, introdujo en su laboratorio de la ENS las técnicas de cultivos celulares del virus de la enfermedad aprendidas durante su estancia en EEUU, financiada por la Fundación Rockfeller. Produjo también vacuna tipo Salk para conocer mejor el virus de la polio. Aunque en la solicitud de la ayuda Juan March era partidario de que España adquiriera experiencia técnica para producir su propia vacuna antipoliomielítica, como hacía Pierre Lépine en el Instituto Pasteur París desde 1956 (11), las grandes dificultades encontradas para la adquisición de material de laboratorio –obtenido con constante ayuda de la OMS- le hicieron cambiar de opinión (12). Con Lépine se formó en cultivos celulares del virus poliomielítico Vicente Sanchis-Bayarri Vaillant quien, a su vuelta a la Facultad de Medicina de Valencia en 1959, puso en marcha un laboratorio en el que desarrolló esta técnica (2).

Los estudios epidemiológicos y serológicos del grupo de Pérez Gallardo fueron clave para el diseño y ejecución de la primera campaña de inmunización contra la polio, realizada en 1963-1964 con vacuna oral importada. Contó con el apoyo de Albert Sabin, que permitió vencer las resistencias de algunas autoridades sanitarias frente a su vacuna (13). Su impacto en la morbilidad por polio fue muy significativo en 1964 y 1965, pero su aumento en 1966 reveló que no sería tan fácil conseguir su eliminación en España.

EL PAPEL DE LOS LABORATORIOS PRIVADOS

En 1894, ante la escasa labor desplegada a nivel público, Vicente Llorente abrió el Instituto de Microbiología en Madrid, con la finalidad de fabricar y aplicar el suero antidiftérico, tras formarse en el Instituto Pasteur en París y en el Instituto Koch en Berlín. Este centro comenzó la producción de vacuna antivariólica en 1897, a partir de virus cultivado en tejido de conejo (10). En 1916, a la muerte de su fundador, pasó a denominarse Instituto Llorente de Sueros, vacunas y opoterapia.

La pandemia de gripe de 1918-19 introdujo modificaciones legales en la lucha contra las enfermedades infecciosas (15) y otorgó mayor protagonismo a la producción y aplicación de sueros y vacunas (17), estimulando la creación de centros privados como los laboratorios THIRF e IBYS. Ambos, al igual que el Instituto Llorente, contaron con la participación de investigadores de las principales instituciones públicas mencionadas.

En 1919, se fundó el Instituto de Inmunoterapia THIRF, por investigadores en su mayor parte del Alfonso XIII, que perseguían con ello acabar con la penuria de España en la fabricación propia de sueros y vacunas. La vacuna antivariólica se preparaba a partir de virus cultivados en conejos (9).

También en 1919, se fundó el Instituto de Biología y Sueroterapia IBYS, por investigadores relacionados con los fundadores de THIRF. En 1929 se fusionaron ambos laboratorios bajo el nombre de IBYS y se comenzó a preparar la vacuna antivariólica con la técnica utilizada por THIRF (6). En 1948, IBYS presentó la vacuna liofilizada, que permitía utilizarla en cualquier clima y época del año. Desde 1954 Fernando Ruiz Falcó, del grupo de Pérez Gallardo, trabajó en la Sección de virus de este laboratorio, que se encargaría desde 1963 de titular y envasar una vacuna antipoliomielítica oral, elaborada en Beckenham (Inglaterra) (18).

El Instituto Llorente se fusionó con los laboratorios IBYS en 1949. Desde 1965 dispuso de vacuna antipoliomielítica oral –elaborada con el método y virus de los Laboratorios Connaught- y preparó vacuna antivariólica liofilizada desde 1968.

CONCLUSIONES

Las principales instituciones españolas de investigación sobre los virus y las vacunas de la viruela y la poliomielitis fueron el Instituto Nacional de Higiene de Madrid, y, posteriormente, el Centro Nacional de Virología de la ENS, a través principalmente de los grupos formados alrededor de Eduardo Gallardo y Florencio Pérez Gallardo. Hubo también iniciativas privadas como los laboratorios THIRF, IBYS y Llorente, muchos de cuyos investigadores trabajaban asimismo en las dos instituciones públicas mencionadas.

Los investigadores de estos grupos, mediante becas de la Junta de Ampliación de Estudios y de la Fundación Rockefeller, aprendieron técnicas de cultivo de virus y de producción de vacunas en laboratorios estadounidenses y europeos, que incorporaron a sus centros de trabajo en España, introduciendo modificaciones originales.

En España existió una producción propia de vacuna antivariólica. No así de vacuna antipoliomielítica, ni institucional ni de empresas privadas, por lo que la implantación de uno u otro tipo de vacuna se vio mediada por la importación de la misma y los acuerdos o contratos con laboratorios extranjeros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allen, Arthur (2007), Vaccine. The controversial story of medicine's greatest lifesaver, New York/ London, W.W. Norton & Company.
2. Báguena, María José (2009), Estudios epidemiológicos y virológicos sobre la poliomielitis en Valencia (1959-1969), Asclepio, 61 (1), 39-54.
3. Báguena, María José; de las Heras, Jaime; Ramírez, Mercedes; Caballero, Mª Victoria (2014), Research, development and application of smallpox, poliomyelitis and influenza vaccines in Spain, European Social Science History Conference, Viena, 23-26 abril.
4. Campos Marín, Ricardo (2004), El difícil proceso de creación del Instituto de Vacunación del Estado, Asclepio, 56 (1), 79-109.
5. Domingo, Carlos J.; Contreras, Gerardo (2006), Los tiempos del Piloto, Anales de la Real Academia Nacional de Medicina, 123 (4), 747-757.
6. Fundamentos de Bacteriología General e inmunología (1933), Madrid, IBYS, pp. 219-221.
7. Gallardo, Eduardo (1933), Vacunación subcutánea con neurovacuna, Revista de Sanidad e Higiene Pública, 8 (2), 176-181.
8. http://drughistory.eu
9. Instituto de Inmunoterapia. La infección, la inmunidad y sus aplicaciones a la práctica médica (1928), Madrid, THIRF, pp. 61-71.
10. La vacunación antivariólica por vía intradérmica (1933), Revista del Instituto Llorente, 11 (37), 21-24.
11. Lépine, Pierre; Sautter, Valentine (1957), Inactivation des virus par l´action combinée de deux agents inactivants employés à doses ménagées, Comptes Rendues Académie des Sciences, 244, 2200-2201.

12. Pérez Gallardo, Florencio, Estudios sobre la epidemiología y la profilaxis de la poliomielitis en España, Madrid, abril 1961, Informe final de la Ayuda de investigación Grupo de Ciencias médicas año 1958 de la Fundación Juan March, 8 volúmenes, conservado en la biblioteca de dicha Fundación.
13. Pérez Gallardo, Florencio; Valenciano, Luis; Gabriel y Galán, Jesús (1964), Resultados de la campaña nacional de vacunación antipoliomielítica por vía oral en España, Revista Española de Sanidad e Higiene Pública, 10-11-12, 537-561.
14. Plotkin, Stanley A. (2011), History of Vaccine Development, New York, Springer.
15. Porras, María Isabel (1994), La lucha contra las enfermedades "evitables" en España y la pandemia de la gripe de 1918-19, Dynamis, 14, 159-183.
16. Porras, María Isabel (1998), Antecedentes y creación del Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII, Dynamis, 18, 81-105.
17. Porras, María Isabel (2008), Sueros y vacunas en la lucha contra la pandemia de gripe de 1918-1919 en España, Asclepio, 60 (2), 261-288.
18. Virusvacuna antipoliomielítica oral tipo Sabin (1963), Revista IBYS, 21 (5), 1.

DE LAS CAMPAÑAS DE VACUNACIÓN AL CALENDARIO VACUNAL: EL PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO PORTUGUÉS Y LAS CAMPAÑAS NACIONALES DE VACUNACIÓN ANTIPOLIOMIELÍTICA EN ESPAÑA (1963-1976)

Sandrine Martins Pinto[1]; Inês Guerra Santos[2]; Juan Antonio Rodríguez Sánchez[3]; João Rui Pita[4] y Ana Leonor Pereira[5]

[1]CEIS20. Universidade de Coimbra. sandrinepintos@gmail.com

[2]ISMAI. iguerra@maieutica.ismai.pt

[3]Universidad de Salamanca. jarshm@usal.es

[4]CEIS20. Universidade de Coimbra. jrpita@ci.uc.pt

[5]CEIS20. Universidade de Coimbra. aleop@fl.uc.pt

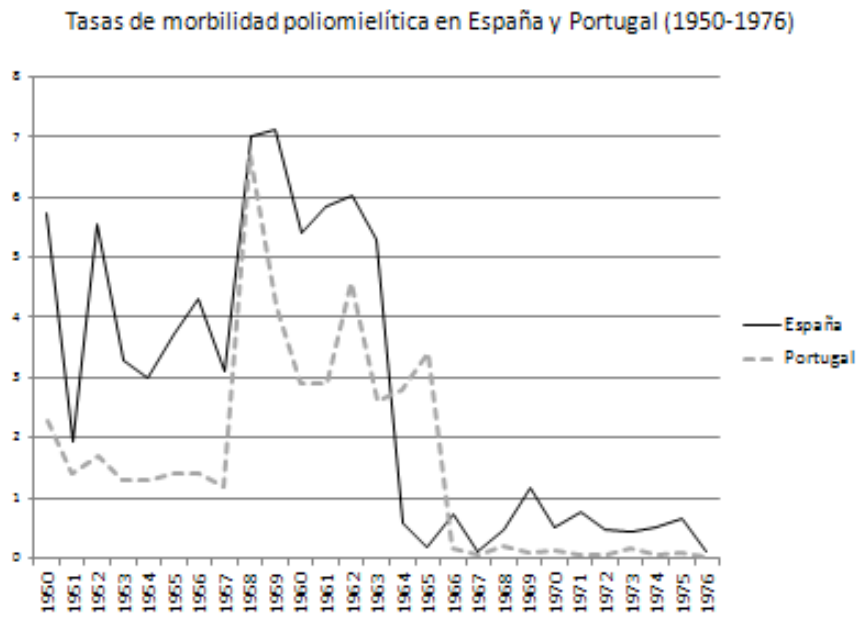
Trabajo desarrollado en el marco de los proyectos HAR2012-39655-C04-03, SFRH/BD/74918/2010 y PEST-OE/HIS/UI0460/2014

Durante la década de los cincuenta del siglo XX la poliomielitis adquirió un carácter pandémico. La Península Ibérica también sufrió un aumento de la morbilidad y la aparición de brotes epidémicos: aunque Portugal vivía un endemismo de menor intensidad al español, a partir del brote de 1958 sus tasas se duplicaron y volvieron a aparecer brotes en 1962 y 1965. En España el año

1959 superó el número de casos de polio habido en 1958 y, al igual que Portugal, 1962 supuso otro pico en las gráficas de morbilidad.

El paralelismo entre ambos países no sólo se dio en la incidencia de la poliomielitis, sino también en las políticas sanitarias respecto a la infección hasta 1965. Las resistencias a iniciar campañas de vacunación con vacuna de virus muertos tipo Salk fueron comunes y la valoración entre costes y número de afectados se expresaron sin ambages, aunque fueron revestidas de consideraciones sobre la falta de seguridad de la nueva vacuna y la negación de que la poliomielitis constituyese un problema de salud pública.

La epidemia de 1958 y los criterios internacionales expuestos por la OMS, así como el V Symposium Europeo sobre Poliomielitis celebrado en Madrid el mismo año, forzaron el inicio de campañas de vacunación en ambos países, si bien con escaso presupuesto y aún menor afán de inmunizar al conjunto de la población. Aunque estas campañas permitiesen que de forma individual algunos niños fueran inmunizados, sus escasos resultados quedan demostrados por la incidencia de la infección en los años sucesivos, con brotes epidémicos a los que anteriormente hicimos referencia.



Fuente: Revista de Sanidad, Anuário Estatístico y Boletim Epidemiológico

Esta evidencia obligó a plantearse la necesidad de realizar campañas masivas de inmunización. Las recomendaciones de la OMS, la valoración de los costes y los efectos sobre la inmunización pasiva y a largo plazo, llevó a adoptar la vacunación oral tipo Sabin para este cometido. En España, tras los estudios de Florencio Pérez Gallardo y su equipo sobre los serotipos presentes en la población y la realización de una Campaña Piloto de Vacunación en León y Lugo en 1963, se llevó a cabo una ambiciosa campaña nacional para vacunar a todos los niños entre los dos meses y los siete años de edad. Dividida en dos fases, la primera se realizó con una vacuna Sabin monovalente de tipo I entre los meses de noviembre y diciembre de 1963, en tanto que la segunda fase fue durante el mes de abril de 1964 con una vacuna trivalente. Los resultados fueron una espectacular disminución de los casos de poliomielitis, que se redujeron a un 10% de las cifras anteriores.

Este modelo fue aplicado en Portugal dos años más tarde, aunque con ciertas particularidades que fueron trascendentes para marcar la diferente evolución de la polio con respecto a España. Los estudios científicos previos fueron abundantes, destacando en este caso los del equipo de Arnaldo Sampaio responsable del estudio de los anticuerpos circulantes y de elaborar la propuesta sobre el modelo de campaña. En el caso portugués los gastos no fueron sufragados exclusivamente por el Ministério da Saúde e Assistência, sino que contó con la iniciativa privada representada por la Fundação Calouste Gulbenkian. La campaña se desarrolló en una primera fase iniciada en octubre de 1965 y que se prolongó hasta el final del año, y una segunda fase que ocupó el primer semestre de 1966. En ambas se usó la vacuna trivalente para la inmunización de los niños hasta los nueve años de edad. Los resultados supusieron una reducción de un 95,26% de los casos de polio.

Este año marca una diferente evolución de la polio en ambos países, quedando claro que en España la poliomielitis seguía presente de forma endémica y produciendo brotes ocasionales, algo que propició la autocrítica por parte de los responsables científicos, pero se desestimó por unas autoridades políticas que aún obtenían réditos de la disminución del número de casos. Sin embargo, España se mantuvo hasta 1975 con unas tasas de morbilidad muy superiores a la de los países de su entorno: la tasa media de los años siguientes a las primeras campañas masivas de vacunación oral ofrecen un 0,55 para España frente a un

0,09 para Portugal. Para comprender los motivos es útil comentar esos aspectos diferenciales de la primera campaña de vacunación portuguesa.

El 11 de enero de 1965 el Ministro de Saúde e Assistência aprobaba las “Normas de Vacinação” elaboradas por una comisión que había trabajado sobre ellas los dos años anteriores. Las normas incidían fundamentalmente en la vacunación oral antipoliomielítica, pero se iniciaban de forma muy significativa con la presentación de un calendario vacunal, desde el nacimiento hasta los siete años, en que se incluían también las vacunas B.C.G, la triple ante difteria, tétanos y tosferina y la antivariólica. En España, el mismo año, se realizaba otra campaña de vacunación con la triple, así como la segunda campaña antipoliomielítica, que habrían de sucederse en 1966 y 1967. Pero la diferencia residía en que en Portugal las vacunaciones formaban parte del que se llamó Programa Nacional de Vacinação (PNV), con un calendario dependiente de la edad del niño y no de la realización de campañas. El Decreto-Lei de 27 de octubre de 1965 instauraba el “Boletim Individual de Saúde” en el que se hacían constar todas las vacunaciones y cuya presentación era obligatoria tanto en cualquier acto médico como en la escolarización. El inicio de este PNV se efectuó con la campaña de vacunación contra la polio, que sirvió de propaganda del programa y permitió logísticamente dar un boletín a cada niño y crear un fichero central de vacunaciones.

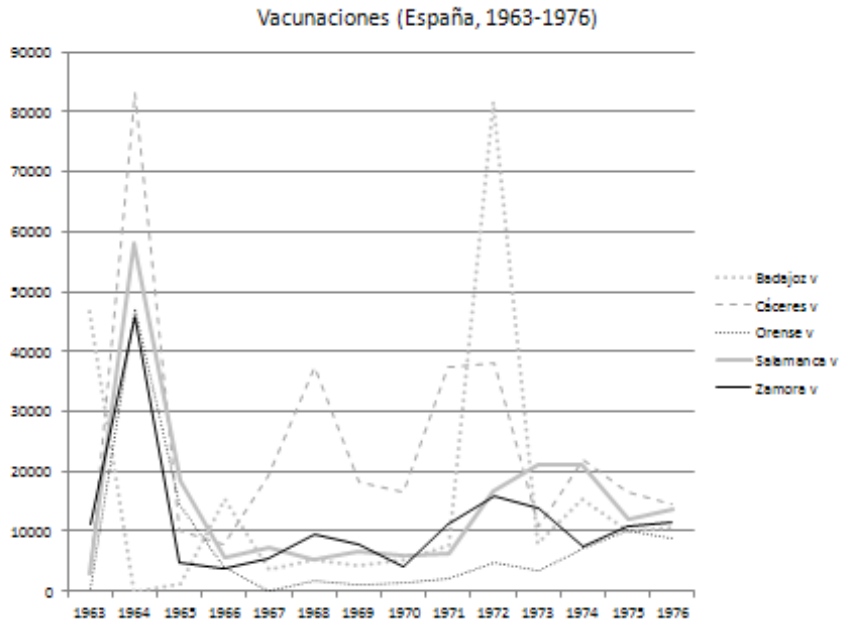
El PNV se había desarrollado por el trabajo de una comisión de funcionarios de la Direcção-Geral de Saúde, con la colaboración de un representante del Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos y otro del Instituto Maternal. El mayor dilema al que se enfrentaron fue el de crear un programa vertical o intentar su integración en los servicios ya existentes. La decisión fue optar por la vía de la integración, pese a ser conscientes de la débil red asistencial que existía en Portugal en ese momento, algo que compensaron con programas formativos y refuerzos de personal. El resultado fueron 2.130 puestos de vacunación en funcionamiento el año 1967.

La continua disponibilidad de un lugar para recibir las vacunas, la existencia de un calendario personalizado acorde con la edad de cada niño y la obligatoriedad del “Boletim Individual de Saúde”, muestran unas diferencias respecto a España que hemos comprobado a través del estudio del número de vacunaciones.

Con este fin hemos comparado cinco provincias españolas limítrofes con Portugal (Badajoz, Cáceres, Salamanca, Zamora y Orense) con cinco distritos portugueses

vecinos (Portalegre, Castelo Branco, Guarda, Bragança y Vila Real). Hemos considerado el número de nacimientos anuales, las vacunaciones antipoliomielíticas efectuadas y la morbilidad. Las fuentes empleadas han generado algún problema metodológico para poder efectuar el estudio comparativo, dado que las series temporales se interrumpen y son recogidos datos diferentes en los dos países. Para España hemos vaciado el *Anuario Estadístico* y, para Portugal, el *Anuário Estatístico*, el *Boletim Epidemiológico de Informação Sanitária* y, desde 1969, las *Estatísticas da Saúde*. Hemos prescindido del número de inoculaciones y hemos recogido el de personas vacunadas, debiendo hacer constar que en España incluyen a las revacunadas, a diferencia de Portugal.

Los resultados muestran una clara diferencia entre los distritos portugueses y las provincias española: mientras que en los primeros las vacunaciones son iguales o superiores al número de nacidos, en España (especialmente en los casos de Badajoz y Orense), pese a contabilizar primovacunaciones y revacunaciones quedan por debajo. La curva de vacunaciones en España es irregular mostrando un funcionamiento que obedece a circunstancias locales y no a un programa coordinado. Las consecuencias sobre la inmunidad de la población se plasma en el aumento de casos en Salamanca (1963), Orense (1964), Badajoz (1967) o Cáceres y Zamora (1969).



Fuente: Anuario Estadístico

Otro aspecto muy a tener en cuenta es la importancia concedida en Portugal a las revacunaciones: aunque todas las vacunaciones se hicieron con vacuna trivalente, se contemplaron tres dosis entre los tres meses y el año de edad, más otra entre los cinco y los siete años. Sin embargo, aunque en España la “dosis de recuerdo” (o tercera dosis) se introdujo durante la tercera campaña (1966) las cifras de inoculaciones muestran que fueron escasas.

En España será en el año 1975 cuando se instaure el calendario vacunal, consiguiendo una reducción de los casos de poliomielitis que pasaron de una media de 250 casos anuales en la década 1966-1975 a una media de 31 casos anuales en la década siguiente. Portugal, sin embargo, obtenía ya los resultados de su modelo de vacunación y 1977 era el año en que no se declaró ningún caso de polio, algo que sólo se vio interrumpido por cuatro casos de polio entre 1978 y 1987, año del último caso declarado por poliovirus salvaje.

BIBLIOGRAFÍA CRÍTICA

1. Ballester, Rosa; Porras, María-Isabel (2009), El significado histórico de las encuestas de seroprevalencia como tecnología de laboratorio aplicada a las campañas de inmunización. El caso de la poliomielitis en España, Asclepio, 61, 55-80.
2. Ballester Añón, Rosa; Porras Gallo, María Isabel; Báguena Cervellera, María José (2013), La respuesta de las agencias internacionales (NFIP, OMS, AEP) al problema de la poliomielitis. En: Porras Gallo, María Isabel; Ayarzagüena Sanz, Mariano; Heras Salord, Jaime de las; Báguena Cervellera, María José, coords. El drama de la polio, Un problema social y familiar en la España franquista. Madrid, Los Libros de la Catarata, pp. 73-93.
3. Guerra Santos, Inês (2010), A poliomielite em Portugal: o "Refúgio da Paralisia Infantil. En: Nascimento, Dilene Raimundo, org. A história da poliomielite. Rio de Janeiro, Garamond, pp. 177-193.
4. Rodríguez Sánchez, Juan Antonio (2010), Responsabilidades não assumidas: a poliomielite na Espanha (1954-1967). En: Nascimento, Dilene Raimundo, org. A história da poliomielite. Rio de Janeiro, Garamond, pp. 195-224.

LAS VACUNAS EN EL CAMINO HACIA LA ELIMINACIÓN DE LA POLIOMIELITIS EN ENTORNOS LOCALES: EL CASO DE ALICANTE (1963-1978)

José Vicente Tuells Hernández[1]; Jose Vicente Toledo Marhuenda[2] y Rosa Ballester Añón

[1]Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante. Tuells@ua.es

[2]Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández. josetoledo@umh.es

[3]Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández. rosa.ballester@umh.es

Trabajo desarrollado en el marco del proyecto HAR2012-39655-C04-01 (Ministerio de Economía y Competitividad)

El análisis, a pequeña escala, es una vía de abordaje historiográfico que abrió, en su momento, nuevos caminos en la investigación. Ciertamente, la proximidad del objeto de estudio, a través de la historia local y la microhistoria, en el que se inserta este trabajo, es un valor añadido por la posibilidad de profundizar en los determinantes propios y específicos y en las realidades y prácticas, por ejemplo, de las campañas de inmunización masiva contra la poliomielitis diseñadas a nivel nacional pero implementadas localmente.

La incorporación de los programas poblacionales de vacunación (1963-64) y la posterior aprobación del calendario de vacunación (1975), junto a la universalización de la atención médica fueron las dos grandes medidas de mayor

impacto sobre la morbilidad y la mortalidad en el último tercio del siglo XX en España. Las Juntas Provinciales de Sanidad fueron las encargadas de la gestión de las vacunaciones hasta que, en 1978, las delegaciones territoriales del Ministerio de Sanidad, recién creado, asumieron, entre otras, estas funciones que luego pasarían a las consejerías de sanidad de las Comunidades Autónomas.

El primer calendario nacional de vacunación en España se instauró en 1975, aunque la vacunación masiva y sistemática contra la poliomielitis comenzó en 1963-64. En 1965 se inició una nueva campaña administrándose dos dosis de vacuna oral trivalente y ampliándose con la vacunación frente a la difteria, tétanos y tos ferina (DTP). A partir de entonces, se implantaron, de forma continuada las campañas de vacunación frente a la polio y DTP, realizándose dos campañas anuales en las que se administraron dos dosis de vacuna oral trivalente de poliovirus 1, 2y 3. En 1966 se añadió una tercera dosis- considerada como dosis de recuerdo- a niños vacunados en campañas anteriores. En la campaña de 1972, se volvió de nuevo a vacunar en una primera dosis con vacuna oral monovalente de poliovirus tipo 1 y se realizó una vacunación “de barrido” a niños previamente inmunizados en campañas anteriores. Además, se añadió una cuarta dosis de vacuna trivalente, como dosis de recuerdo, al entrar en la escuela (6-8 años).A partir de 1975, con el objetivo de mejorar las coberturas y que las vacunaciones se efectuaran de forma continuada y sistemática, se implantó el calendario vacunal.

Utilizando como modelo el ámbito sanitario provincial de Alicante, algunos de cuyos rasgos han sido analizados en su conjunto en una monografía reciente (1), la finalidad del trabajo es doble: por un lado, contribuir a completar la información de proximidad que, en el marco el proyecto coordinado, se está realizando sobre estas campañas con objeto de obtener una visión de conjunto y un análisis comparado tanto externo (entre España y Portugal, algunos de cuyos resultados se presentan en esta mesa temática), como intraterritorial (2). En segundo término, conferir significado al conjunto de actores, instituciones y medios de comunicación implicados en el proceso en el ámbito provincial alicantino.

Las fuentes archivísticas de tipo local y provincial (especialmente el Archivo Histórico Municipal de Alicante y el Archivo de Diputación Provincial de Alicante; los archivos históricos municipales integrantes del grupo “Archiveros locales de Alicante”), los datos epidemiológicos procedentes del Instituto Nacional de

Estadística (INEbase Historia), las publicaciones científicas de epidemiólogos y virólogos de la Escuela Nacional de Sanidad en las que se hace mención al ámbito geográfico de estudio, las noticias periodísticas aparecidas en la prensa general y las entrevistas orales a responsables locales y provinciales de las políticas sanitarias, constituyen la base principal del estudio.

Con unas cifras de morbilidad por polio que oscilaron entre los 24.68 por millón de habitantes en 1966 y 10.8 en 1975 en la capital alicantina y de 5.08 en 1967 y 14.09 en 1975, en el caso del resto de la provincia y, aunque la presencia de la enfermedad no tuvo la intensidad de otras zonas especialmente las del sur de España (2, 3), el hallazgo de la persistencia de casos detectados tras la campaña de 1963-64, es consistente con lo sucedido en otros lugares (2,3) y refleja la existencia de una serie de deficiencias variadas que hemos tenido la ocasión de analizar. De ese modo, así como el uso de las vacunas fue eficaz para combatir el brote epidémico en la campaña inicial, la utilización de las vacunas como herramientas para el control y posterior eliminación de la enfermedad no tuvo el efecto deseado.

En el periodo inmediatamente anterior a la campaña nacional, entre 1960 y 1963, la Jefatura Provincial de Sanidad de Alicante, aceptó el ofrecimiento que había hecho la Dirección General de Sanidad de envío de vacuna Salk para las localidades que la solicitaran a través de los médicos titulares y/o los jefes locales de sanidad. El número de vacunas solicitadas da idea de la importancia de los brotes; en ocasiones, se reitera la petición en días posteriores probablemente porque el número enviado era insuficiente para cubrir las necesidades existentes. A través de dichas peticiones se observa un patrón de incidencia de casos con un desplazamiento sur-norte de la provincia en estos años. Son especialmente importantes el número de peticiones realizadas en el primer semestre de 1963 y el acuerdo de la Junta administrativa de la Mancomunidad sanitaria provincial, de la creación de un presupuesto extraodinario, con objeto de abonar la vacuna antipoliomielitica suministrada a lo largo de estos meses, a la Dirección General de Sanidad, que la había solicitado a la Junta Provincial de Sanidad, aunque solo en el caso de que dispusiera de remanentes.

Aunque las series temporales son incomple*tas,* hay una rica documentación de archivo sobre la *Relación nominal de niños nacidos por años a efectos de las campañas de vacunación* en cada localidad, listado que era solicitado a los

alcaldes y remitido a la sección de Epidemiología de la Junta Provincial de Sanidad de Alicante. La documentación sobre la campaña nacional de 1963 y la relativa a las campañas de vacunación triple y antipoliomielítica, sobre todo en las correspondientes a 1965, 1967 y 1972, incluyen, en algunos casos, expedientes completos e informes sobre el desarrollo de las mismas. Especialmente detallados son los fondos de la campaña de 1972 en los que, junto a la relación de niños vacunados, figuran instrucciones concretas como el modo de suministro de material, la estructura y el funcionamiento de los cinco equipos fijos de vacunación, los sanitarios implicados, los gastos ocasionados de todo tipo, incluidos los de los viajes realizados, los sanitarios implicados o el recurso a la colaboración de la Delegación de la Sección Femenina.

Por otro lado, el análisis de la prensa local nos permite identificar la repercusión de la poliomielitis y las medidas preventivas para combatirlas en su periodo de mayor incidencia epidemiológica. Un ejemplo de ello, lo constituye el estudio realizado sobre las noticias del *Diario Información* de la provincia de Alicante. Dicho periódico constituía la fuente de información provincial más representativa tanto en los años de estudio como en la actualidad. La primera publicación del diario Información se data el 18 de julio de 1941, aunque dos años antes se estaba editando bajo el nombre de *La Gaceta de Alicante*. Formaba parte de un modelo de prensa donde *el poder político* y *la palabra* convivían bajo un estricto modelo totalitarista. El régimen franquista configuró un sistema de comunicación cuyo control se intentó llevar hasta sus últimas consecuencias con la creación de una amplia red de periódicos, producto del conjunto de incautaciones efectuadas durante y después de la contienda civil.

El diario Información registra un total de 253 noticias relacionadas con la poliomielitis, sus medidas terapéuticas y su vacuna durante el periodo 1950-1970. De entre todas las noticias identificadas, las crónicas relativas al descubrimiento de la vacuna inactivada de Jonas Salk y su polémica tras el incidente de los laboratorios Cutter, obtienen una especial relevancia con un total de 35 noticias publicadas en 1955 y 1956.

Tiene también un destacado papel en la prensa alicantina las referencias a las dos campañas de vacunación nacional desarrolladas durante el año de 1963, la primera auspiciada por Seguro Obligatorio de Enfermedad con vacuna Salk entre enero y junio, con 16 crónicas, y la posterior campaña de vacunación universal

con vacuna oral atenuada tipo Sabin, iniciada su primera fase entre los meses noviembre y diciembre, identificándose 37 noticias, el resto de sus dos fases y las primeras estimaciones durante el año de 1964 obtendrán 14 referencias. Pero serán los excelentes resultados amparados por el descenso de la mortalidad y la morbilidad de la enfermedad tras la campaña, y el inicio de la inmunización con polio oral trivalente más la vacunación frente a la difteria, tétanos y tos ferina (DTP), las referencias que obtendrán una mayor representación con 79 noticias registradas en 1965. De entre todas las publicaciones, son destacables las alusiones locales en el avance de la rehabilitación como medida paliativa, más concretamente la labor del doctor José Llopis Diez y su escuela-gimnasio como una de las instalaciones más importantes en el ámbito nacional, donde acudían profesionales especializados en fisioterapia para completar su formación (4).

Este diario, siguiendo la corriente nacional, pasó de ocultar la realidad epidemiológica, a la vez que mostraba la internacionalidad de la enfermedad desde una perspectiva lejana, a implicarse en la exaltación de las virtudes de la vacuna y a la necesidad de recibirla por el bien del Estado. El tratamiento de las campañas por la prensa alicantina abundó en clarificar sus aspectos organizativos y administrativos. Como las inmunizaciones no eran obligatorias se insistió en dar noticias explicativas sobre la poliomielitis, la importancia de la vacunación, los tipos de vacuna y la importancia de recibir las dosis de recuerdo. Algunas noticias fueron rubricadas por destacados virólogos como Gabriel y Galán y facultativos como Enrique Nájera Morrondo quienes participaron activamente en el desarrollo e implementación de la campaña nacional de vacunación oral, formando parte del equipo de Florencia Pérez Gallardo.

Desde una perspectiva más local, nombres como el del facultativo Francisco Pereperez Palau, Jefe Provincial de Sanidad y el del Gobernador Civil Felipe Arche Hermosa junto al elenco de médicos titulares, fueron los que velaron por el desarrollo de las vacunaciones sistemáticas contra la polio en Alicante.

BIBLIOGRAFÍA CRÍTICA

1. Ballester, Rosa, Bernabeu, Josep, Castejón, Ramón, Perdiguero, Enrique (eds.) (2012), Salud y enfermedad en la sociedad alicantina contemporánea. Alicante, Instituto de Cultura Juan Gil Albert.
2. Porras, María Isabel, Báguena, María José (2013) El conocimiento sobre la realidad de las campañas de vacunación contra la polio: su cobertura, su seguimiento, la percepción de la población sobre su eficacia y/o peligrosidad y el reflejo en la prensa diaria. Rodríguez Sánchez, Juan Antonio (2013), Del control a la erradicación. Salud Pública y atención primaria en la lucha contra la poliomielitis

en España (1963-1988). En: Perdiguero, Enrique, Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la Transición democrática. Alicante, III Seminario Prometeo-GADEA, diciembre 2013 (en prensa)

3. De las Heras, Jaime, Porras Gallo, Maria Isabel, Báguena Cervellera, María José (2013), La emergencia de la poliomielitis como problema social en Madrid, Valencia y Castilla-La Mancha. En: Porras Gallo, Maria Isabel et al (coords), El drama de la polio. Un problema social y familiar en la España franquista. Madrid, Libros de la Catarata, p.48-72.
4. Toledo Marhuenda, José Vicente (2013), La poliomielitis en España (1880-1970) y su impacto sobre el desarrollo de las técnicas de fisioterapia. Editorial electrónica de la Universidad Miguel Hernández(e-book)

VI. CUERPOS E HISTORIAS DE MUJERES (1): BIOPODER Y PRODUCCIÓN DEL CUERPO

Coord. Ana Romero de Pablos

PRESENTACIÓN: BIOPODER Y PRODUCCIÓN DEL CUERPO

Montserrat Cabré Pairet

Universidad de Cantabria

Las mujeres tuvieron una influencia creciente en la comunidad científica que, en torno a la biología y la biomedicina, comenzó a crearse en España en los años sesenta. Amparadas por el espacio de los laboratorios no solo pusieron en marcha investigaciones que resultaron influyentes en la configuración de las propias disciplinas, también abrieron a otras mujeres lugares hasta entonces mayoritariamente ocupados por hombres. En estos mismos años, -siempre desde la autoridad de los espacios médicos y de la investigación, en este caso desde la medicina y la industria farmacéutica-, los cuerpos de las mujeres devinieron objeto y sujeto de representaciones y producciones de prácticas médicas. Proponemos reflexionar sobre las consecuencias políticas y culturales que tuvieron las prácticas investigadoras que incorporaron las mujeres a los laboratorios y las miradas y representaciones que desde la biología se hicieron de los cuerpos de las mujeres.

En esta primera parte de la mesa nos ocuparemos de mujeres como productoras de conocimiento biológico y biomédico, y de las representaciones de los cuerpos femeninos y fetales desde la medicina y de la industria.

MARÍA MONCLÚS BARBERÁ Y LOS ORÍGENES DE LA GENÉTICA EN ESPAÑA

Marta Velasco Martín

Instituto de Filosofía. CCHS-CSIC. Madrid. marta.velasco@cchs.csic.es

María Monclús Barberá, bióloga y entomóloga catalana, fue una investigadora experta y pionera en la caracterización y clasificación de los insectos drosofílidos; describió dos especies nuevas del género de la mosca *Drosophila*: *Drosophila guanche* Monclús (Tenerife, 1976) y *Drosophila madeirensis* Monclús (Madeira, 1984) y sus trabajos han tenido mucha influencia en la genética de poblaciones y en los estudios sobre evolución en España.

El hecho de haber encontrado la mayoría de referencias sobre María Monclús y su trabajo en la revista *Drosophila Information Service,* publicada anualmente en Estados Unidos desde 1934 para difundir las investigaciones realizadas con el género *Drosophila*, me hace pensar que fue más reconocida en el extranjero que en España. Las escasas referencias biográficas nacionales procedentes de sus colegas son en términos de esposa y colaboradora de su marido Antoni Prevosti i Pelegrín, considerado por esas fuentes el introductor de la genética de poblaciones en España (3-5).

La reconstrucción histórica del desarrollo de la genética de poblaciones en España a través de la biografía de María Monclús Barberá pretende contribuir tanto a la historia de la participación de las mujeres en la investigación científica como a la historia de la genética. Las mujeres pueden permanecer ocultas en la cultura material de los archivos, en las colecciones de correspondencia y en las historias internas de los grupos de investigación (1); así ocurre con los

documentos de María Monclús que, donados junto a los de Prevosti a la Universidad de Barcelona, son un anexo del archivo documental de Prevosti en vez de un archivo propio.

Al situar a María Monclús en el centro de mi relato, este proyecto de reconstrucción de la historia de la genética de poblaciones pretende mostrar relaciones de colaboración, métodos compartidos, herramientas de trabajo y objetos de estudio en los orígenes del grupo de investigación de Biología y Genética del Desarrollo del Departamento de Genética de la Universidad de Barcelona dirigido por Antonio Prevosti durante más de 40 años. Todas las fuentes que he consultado consideran a Prevosti introductor de la genética de poblaciones en Cataluña y España aunque trabajó con otros muchos investigadores e investigadoras y de forma permanente con María Monclús, según señalan él mismo (2), sus colaboradores (3-5) y sus hijos (9).

Esta comunicación preliminar de mi tesis doctoral se enmarca en los estudios de historia de la ciencia con perspectiva de género y, dentro de estos, en aquellos sobre colaboración y parejas científicas. Utilizo la categoría analítica "*unidad colaborativa"* para analizar las relaciones entre María Monclús y Antoni Prevosti y su influencia mutua así como las jerarquías propias de la sociedad patriarcal trasladadas al laboratorio.

El término *unidad colaborativa*, acuñado por Pnina Abir-Am, permite rescatar a muchas mujeres que fueron pareja sentimental y/o laboral de científicos e investigadores. Permite también reescribir la historia incluyendo más protagonistas que los "genios creadores", quienes, según Pycior, Slack y Abir-Am (6), se benefician más frecuentemente que sus esposas del apoyo auxiliar.

Las fuentes de esta presentación son dos trabajos, uno de María Monclús (7) y otro de Antoni Prevosti (8); las Memorias del CSIC y el *Drosophila Information Service* así como las contribuciones ya mencionadas de investigadores que colaboraron con ambos (3-5) y datos biográficos proporcionados por sus hijos (9).

María Monclús nació en Lleida en 1920, estudió en el Liceo Escolar de esa ciudad y obtuvo el título de Bachiller en 1939. Ese año empezó un curso acelerado en la Escuela Normal de magisterio que terminó en 1940, cuando realizó el examen de ingreso a la Universidad de Barcelona, donde estudió Ciencias Naturales. Se licenció en 1945 y no consta que se doctorara. Su vida social estuvo ligada a su

vida académica y laboral; sus mejores amigas a lo largo de la vida fueron sus compañeras de carrera (9).

Entre 1945 y 1948 fue becaria del Instituto de Antropología y Etnología del CSIC en Barcelona y hasta 1951 ayudante de investigación (9-11). Su primera publicación, de 1950, pertenece al campo de la antropología histórica (11) y en ella describe restos humanos encontrados en la necrópolis judaica de Montjuich (12). Firmó este trabajo con Antoni Prevosti como María Prevosti, utilizando el apellido del que ya era su marido, aunque no volverá a usarlo.

María Monclús compaginó su carrera científica con la de docente hasta 1951: trabajó a la vez como profesora de Educación Secundaria en la Escuela del Real Monasterio de Santa Isabel en Barcelona (9). El Instituto de Antropología y Etnología del CSIC se amplió con la creación del Centro de Genética Animal y Humana en 1951. Monclús trabajó en él como ayudante de investigación en Genética de Poblaciones hasta 1963 (13-16); el primer director del centro fue el antropólogo Santiago Alcobé Noguer (13).

En 1953, Monclús publicó su segundo trabajo (7), que constituye un punto de inflexión en su carrera investigadora, desde entonces se dedicó a investigar sobre *Drosophila* tanto en genética de poblaciones como en sistemática, distribución y ecología. Este trabajo fue una contribución influyente al desarrollo de la genética de poblaciones naturales de *Drosophila* y tiene relación directa con varios de los trabajos que su marido publicó en los años posteriores, especialmente con el de 1954 (8).

En aquel momento algunos de los investigadores más influyentes como Theodosius Dobzhansky y Alfred Sturtevant (citados por Monclús en el trabajo de 1953) estaban utilizando distintos caracteres para clasificar las especies de *Drosophila*, entre ellos la variabilidad en el número de peines tarsales de los machos. María Monclús, estaba interesada en analizar la variación intraespecífica de ese carácter y la influencia conjunta del clima y la geografía sobre esa variación. Escogió varias poblaciones de *Drosophila suboscura* para estudiar los peines tarsales de los machos y comparar sus resultados con los obtenidos por esos otros investigadores al estudiar distintas especies.

Para explicar la variación que observó en el número de peines tarsales, Monclús sugirió la influencia del clima y se convirtió en pionera en señalar el interés de los

peines tarsales no sólo para la clasificación de drosofílidos sino también para el análisis de la influencia del entorno y del genotipo en la variabilidad fenotípica.

En la investigación publicada en 1954 Prevosti confirmó y amplió los resultados de María Monclús de 1953 (8: 34). Seleccionó varios caracteres utilizados por Monclús, Hsu y Dobzhansky entre otros para la clasificación de las distintas especies de *Drosophila* además de los peines tarsales y confirmó la variabilidad fenotípica geográfica intraespecífica observada por ella misma, sugiriendo también que el ambiente influye en el genotipo y explica las diferencias encontradas entre las distintas poblaciones.

Algunas de las personas que trabajaron con Antoni Prevosti señalan que la estancia de éste en el Instituto de Genética Aplicada de la Universidad de Edimburgo con Conrrad H. Waddington (1953-1954) (13) explica el interés de Prevosti por la diferenciación genética de caracteres cuantitativos en poblaciones naturales de *Drosophila* (4,5) de la que el trabajo publicado por Monclús en 1953 es un importante antecedente. La relación y dependencia de los trabajos de ambos permite sugerir que fueron una "unidad colaborativa" y muestra que la investigación en genética de *Drosophila* fue el resultado de la colaboración de los investigadores y de las relaciones que se establecen entre ellos, sus objetos de trabajo y metodologías con trabajos contemporáneos realizados en laboratorios extranjeros también pioneros en ese campo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Santesmases, María Jesús (2010), Mujeres científicas en España (1940-1970). Profesionalización y modernización social, Madrid, Instituto de la mujer.
2. Ruiz, Hector (2005), Entrevista a Antoni Prevosti i Pellegrin, Omnis Cellula, pp. 37-42.
3. Parrés y Farràs, Ramón (2013), Doctor Antoni Prevosti: in memoriam. En: Dufort i Coll, Mercè, ed. Antoni Prevosti i Pellegrin. Sesió en memória, Barcelona, Institut de'Estudis Catalans, pp. 9-12.
4. Baguña Monjó, Jaume (2013), Més enllà de la genètica i l'evolució: Antoni Prevosti i el Grup de Biologia del Desenvolupament del Departament de Genètica. En: Dufort i Coll, Mercè, ed. Antoni Prevosti i Pellegrin. Sesió en memória, Barcelona, Institut de'Estudis Catalans, pp. 25-42.
5. Serra i Camó, Lluís (2003), Profesor doctor Antoni Prevosti Pelegrín: pionero de la genética de Poblaciones en España y estudioso de la Evolución. En: Candela, Milagros, ed. Los orígenes de la genética en España, Madrid, Sociedad Estatal de Conmemoraciones Culturales, pp. 369-390.
6. Pycior, Helena M; Slack, Nancy G; y Abir-Am, Pina G. (1995), Creative couples in the sciences, New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press.
7. Monclús, María (1953), Variación geográfica de los peines tarsales de los machos de *D. subosbcura,* Genética ibérica, 5: 101-114.
8. Prevosti, Antonio (1954), Variación geográfica de varios caracteres cuantitativos en poblaciones catalanas de *Drosophila subobscura*, Genética Ibérica, 6: 33-68.

9. Marta Prevosti Monclús y Antoni Prevosti Monclús, Comunicación personal con la autora. 2 de abril de 2014.
10. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (1951), Memoria 1949, Madrid, CSIC, p. 197.
11. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (1951), Memoria 1950, Madrid, CSIC, p. 154.
12. Prevosti, María y Prevosti, Antonio (1951), Restos humanos procedentes de una necrópolis judaica de Montjuich (Barcelona), Trabajos del Instituto Bernardino de Sahagún de antropología y etnología, XII, pp. 65-148.
13. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (1958), Memoria 1952-1954 (I), Madrid, CSIC, pp. 558-560.
14. Drosophila Information Services (1960), Geographical Directory. En: Drosophila Information Services. Number 34, Oregon, University of Oregon, p. 140.
15. Drosophila Information Services (organizador) (1962), Geographical Directory. En: Drosophila Information Services. Number 36, Oregon, University of Oregon, p. 153.
16. Drosophila Information Services (1963), Geographical Directory. En: Drosophila Information Services. Number 37, Oregon, University of Oregon, p. 164.

INVESTIGADORAS EN LA VIDA DE UNA PATENTE: UNA GENEALOGÍA EN FEMENINO

Ana Romero de Pablos

Departamento de Ciencia, Tecnología y Sociedad. Instituto de Filosofía. CCHS-CSIC. ana.romero@cchs.csic.es

INTRODUCCIÓN

El invento que patentaron en 1989 Luis Blanco, Antonio Bernard y Margarita Salas en el Centro de Biología Molecular del CSIC, “Reacciones de síntesis de DNA (in vitro) que emplean DNA polimerasa de Phi 29 modificada y un fragmento de DNA que codifica dicha polimerasa”, concentra las prácticas investigadoras que el laboratorio fue incorporando desde 1967 hasta 1988.

Si bien fueron tres investigadores los que figuran como inventores en la patente, tras las prácticas científicas y tecnológicas contenidas en la misma hay un grupo amplio de personas, también mujeres, que durante ese tiempo se formaron y trabajaron en el laboratorio. El objetivo de este trabajo es hacer una genealogía de las mujeres que participaron e intervinieron en la introducción y desarrollo de las distintas prácticas y técnicas que hicieron posible la consecución de la patente.

FUENTES Y METODOLOGÍA

Las fuentes de esta presentación son los trabajos previos de nuestro grupo de investigación (1, 2,3), los cuadernos de laboratorio conservados en el Archivo del Centro de Ciencias Humanas y Sociales del CSIC, y los artículos científicos en los que estas investigadoras aparecen como coautoras.

PIONERAS DE LA BIOLOGÍA MOLECULAR EN ESPAÑA

En el origen de la investigación que dio lugar a esta patente hay inicialmente dos investigadores que resultaron claves para el desarrollo de la biología molecular en España: Margarita Salas y Eladio Viñuela. 1967 tras terminar sus estancias en el Laboratorio de Severo Ochoa en la School of Medicine de la Universidad de Nueva York vuelven a España donde comienzan a diseñar y construir su espacio de investigación.

Margarita Salas traía de Estados Unidos, entre otros muchos aprendizajes, el trabajo con bacteriófagos o virus de bacterias, investigaciones que en los 50 habían dado origen en Estados Unidos a la genética molecular. Eligió como objeto de investigación un sistema pequeño, el bacteriófago Phi 29 que resultó posteriormente morfológicamente muy complejo. Y el Centro de Investigaciones Biológicas del CSIC fue donde comenzaron a poner en marcha su proyecto. Las ayudas primero de la Jane Coffin Childs Memorial Foundation for Medical Research, de Estados Unidos y del Fondo Nacional para el Desarrollo de la Investigación Científica que el Estado español dotó en 1967, 1972 y 1973 sirvieron para comenzar a crear su grupo de investigación. (4)

Aunque durante los veinte años que pasaron desde la puesta en marcha del laboratorio hasta la concesión de la patente fueron muchas las investigadoras que trabajaron en el mismo, voy a ocuparme en esta ocasión de las que participaron –hasta los 80- de los primeros años de puesta en marcha del laboratorio. Beatriz Nuez, María Monsalve, Montserrat Elías, Belén Calles, Ana Camacho y Marta Rodríguez Inciarte, entre otros muchos, aparecen en las cubiertas de los distintos cuadernos de laboratorio, fieles registros que hoy conservamos de lo que fue la vida de este laboratorio.

El grupo comenzó por estudiar la estructura de la partícula viral (5) y la genética del virus (6). La primera investigadora que se incorporó al grupo fue Ana Camacho. De 1977 son sus primeros trabajos publicados (7, 8).

Marta Rodríguez Inciarte fue la segunda investigadora que se incorporó al laboratorio. Sus trabajos estuvieron inicialmente centrados en estudiar los procesos de la transcripción del fago. Con José María Lázaro utilizó en 1972, por vez primera en España, un enzima de restricción, la EcoRI. El descubrimiento de este enzima marcó el origen de la biotecnología; el trabajo con él en el laboratorio español sugiere un uso contemporáneo en el tiempo a lo que se estaba haciendo en los laboratorios estadounidenses. El uso de este enzima permitió a los investigadores españoles reconocer las secuencias de nucleótidos dentro de la molécula de ADN, cortar el ADN en un punto concreto y establecer por vez primera la correlación entre la forma y las propiedades del virus y su ADN (9).

Marta Rodríguez Inciarte participó también en distintos trabajos de comienzos de los ochenta (10,11 y 12) con los que iniciaron los estudios sobre replicación. Buscaban las proteínas que aparecían implicadas en el inicio de la replicación y la correlación que había entre la estructura del ADN del fago Phi 29 y la función que desempeñaban. En estos trabajos resultó determinante el uso de la microscopía electrónica que permitió visualizar las replicaciones de las bacterias infectadas por el virus ø29. Estas imágenes permitieron concluir que la replicación se iniciaba en los extremos del ADN por un mecanismo de desplazamiento en cadena (13).

CONCLUSIONES

Los trabajos y técnicas que desarrollaron estas mujeres en el laboratorio del Centro de Biología Molecular del CSIC para conocer y controlar la transcripción y la replicación del DNA del fago del virus ø29 resultaron determinantes para el conjunto de las investigaciones que finalmente dieron lugar a la patente. Las prácticas y rutinas que cada una de estas investigadoras introdujeron fueron importantes para comprender los resultados del laboratorio en su conjunto.

Los espacios de investigación en el que se desenvolvieron, las convocatorias públicas en las que compitieron, los centros de investigación en los que se

formaron, los trabajos que desempeñaron, las cooperaciones que establecieron, así como la presencia como coautoras de muchas de las publicaciones que hoy día siguen resultando fundamentales, hacen de estas investigadoras protagonistas del proceso de consecución de la patente y pioneras de la biología molecular en España.

Adentrarnos en la práctica científica de un grupo de investigación liderado además en este caso por una mujer, es importante para construir narraciones que sitúen a las mujeres, casi siempre ocultas, en los primeros planos de las reconstrucciones históricas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Santesmases, M. J. (2006), Peace Propaganda and Biomedical Experimentation: Influential Uses of Radioisotopes in Endocrinology and Molecular Genetics in Spain (1947–1971), Journal of the History of Biology, 39, 765-794.
2. Romero de Pablos, A. (2014), Patents, antibiotics, and autarky in Spain, Medicina nei Secoli, (en prensa).
3. Romero de Pablos, A. (2011), Regulation and the circulation of knowledge: Penicillin patents in Spain, Dynamis, 31 (2), 363-384.
4. Santesmases, M. J. (2001), Entre Cajal y Ochoa: ciencias biomédicas en la España de Franco (1939-1975), Madrid, CSIC.
5. Méndez, E.; Ramírez, G.; Salas, M.; Viñuela, E. (1971), "Structural proteins of bacteriophage ø29", Virology, 45, 567-576.
6. Mellado, R.P.; Moreno, F,; Viñuela, E.; Salas, M.; Reilly, B.E.; Anderson, D.L. (1976) "Genetic analysis of bacteriophage ø29 of Bacillus subtilis: Integration and mapping of reference mutants of two collections" , Virology, 19, 495-500.
7. Camacho, A.; Jiménez, F.; Torre, J. de la; Carrascosa, J.L.; Mellado, R.P.; Vázquez, C.; Viñuela, E.; Salas, M. (1977), "Assembly of B. subtilis phage ø29. I. Mutants in the citrons coding for the structural proteins", Eur. J. Biochem., 73, 39-55.
8. Jiménez, F.; Camacho, A.; Torre, J. de la; Viñuela, E.; Salas, M. (1977), "Assembly of Bacillus subtilis phage ø29. II. Mutants in the citrons coding for the structural proteins", Eur. J. Biochem., 73, 57-72.
9. Inciarte, M.R.; Lázaro, J.M.; Salas, M.;Viñuela, E. (1976) "Physical map of bacteriophage ø29", Virology, 74, 314-323.
10. Prieto, I.; Lázaro, J.M.; García, J.A.; Hermoso, J.M. y Salas, M. (1984) "Purification in a functional formo f the Terminal protein of Bacillus subtilis phage ø29", Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 81, 1639-1643.
11. Blanco, L.; Salas, M. (1984) "Characterization and purification of a phage ø29 coded DNA polymerase required for the initiation of replication", Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 81, 5325-5329.
12. Blanco, L.; Bernard, A.; Lázaro, J.M.; Martín, G.; Garmendia, C.; y Salas, M. (1989) "Highly efficient DNA síntesis by the phage ø29 DNA polymerase. Symmetrical mode of DNA replication", J. Biol. Chem., 264, 8935-8940.
13. Inciarte, M.; Salas, M.; Sogo, J.M. (1980) "Initiation of phage ø29 DNA replication in vitro: formation of a covalent complex between the terminal protein, p3, and 5'-dAMP", Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 79, 5522-5526.

“ELLA NECESITA UN OVULISTÁTICO PERFECTO”: CUERPOS DE LAS MUJERES EN LOS ANUNCIOS DE LA PÍLDORA EN ESPAÑA (1960S-1970S)

Agata Ignaciuk

Historia de la Ciencia/Instituto de Estudios de la Mujer. Universidad de Granada.
agataignaciuk@ugr.es

Trabajo realizado en el marco del proyecto Anticoncepción, sexualidad y salud: memorias de vida y prácticas sanitarias en España durante el franquismo y la transición democrática (HAR-2012-39644-C02-01).

INTRODUCCIÓN

Las imágenes de los cuerpos de las mujeres han sido un recurso fundamental para la publicidad del siglo XX. En caso de la publicidad de los fármacos, las representaciones esquemáticas, artísticas y fotografías de mujeres, se han empleado para conseguir diversos objetivos: para atraer atención de los consumidores y prescriptores, familiarízales con el producto, y finalmente para facilitar, en caso de medicamentos dispensados con receta, que los profesionales identifiquen sus usuarias potenciales. Todos estos objetivos están siempre subordinados al objetivo principal de promocionar las ventas de fármacos.

Los cuerpos de las mujeres representadas en la publicidad farmacéutica, como ya apuntaba Ludmila Jordanova en la década de los noventa, están sumergidos en discursos culturales sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad, y a su vez

marcados por jerarquías de género, clase y raza. Estas representaciones ejercen una influencia considerable sobre los profesionales, su práctica e ideas sobre las mujeres (1, p. 145). En la historiografía reciente se han estudiado estos discursos en los casos de psicofármacos (2, 3) y de los anticonceptivos hormonales (4, 5, 6, 7, 8).

El objetivo del presente trabajo es hacer un primer intento de comparación de las representaciones de los cuerpos de las mujeres en los anuncios de los anovulatorios publicados en España y Estados Unidos en las décadas de los sesenta y setenta. Se trata de dos contextos de circulación distintos. En Estados Unidos, en la década de los treinta se eliminaron las trabas legales a nivel federal para la publicidad o divulgación de anticonceptivos. En 1960, la *Food and Drug Administration* autorizó la comercialización como anticonceptivo del anovulatorio Enovid. Desde principios de los sesenta, el mercado de anticonceptivos hormonales experimentó un desarrollo espectacular, pero su consumo decreció en la siguiente década como resultado de las controversias científicas acerca de sus efectos secundarios y de la gran repercusión de este debate médico tuvo en los medios de comunicación (9, p. 213). En España, durante toda la dictadura franquista y hasta 1978, la venta, exposición pública y publicidad de anticonceptivos estuvo prohibida por ley (4). La píldora se empezó a comercializar en España a principios de la década de los 1960, oficialmente como medicamentos con fines terapéuticos. Sin embargo, la píldora era cada vez más conocida y utilizada por mujeres españolas (10), y generó un vivo debate médico (11) y social (12).

Con el presente trabajo, quiero poner en diálogo resultados de un trabajo previo sobre la publicidad de la píldora en España (4) y mi investigación en curso que amplía el contexto incluyendo fuentes estadounidenses.

FUENTES Y METODOLOGÍA

Para el presente trabajo he utilizado anuncios publicados en dos revistas especializadas de ginecología y obstetricia: Acta Ginecológica (AG) y American Journal of Obstetrics and Gynecology (AJOG), ambas de máximo peso en sus respetivos contextos nacionales, y la segunda, además, de gran circulación a nivel internacional. He utilizado 43 anuncios de anovulatorios publicados en la

revista AG, entre 1964 y 1985 y 134 de la revista AJOG, publicados entre 1960 y 1975.

ANUNCIOS DE ANOVULATORIOS/ANTICONCEPTIVOS EN ACTA GINECOLÓGICA (1964-1985)

Los primeros anuncios de anovulatorios publicados en España se centraban en promocionar las propiedades reguladoras del ciclo de este fármaco y en mostrar su novedoso envase, con frecuencia sujetado por una mano femenina. En los años siguientes, se continuó mostrando el envase, pero incorporando en mayor grado las fotografías o imágenes gráficas de mujeres de diferentes edades, sugiriendo que el producto puede ser consumido por todas ellas. A partir de finales de los sesenta, empezarán a predominar representaciones de mujeres jóvenes, en actitudes que connotan la felicidad y la diversión, habitualmente vestidas de blanco. La gran mayoría de estas imágenes eran algo descontextualizadas, sus protagonistas "están" pero no "hacen". Prevalecen representaciones que no expresan nada más allá de la juventud y el hecho de que las mujeres estaban contentas.

Los únicos productos en la publicidad de los que se ponía el énfasis en el estado civil o el rol materno de las mujeres eran los de anovulatorios inyectables. El anillo de casada como marcador de estado civil siguió siendo utilizado en la publicidad de la década de los ochenta, cuando los anuncios de anticonceptivos empezaron a incorporar imágenes de parejas. El papel del ginecólogo como consejero en materia de anticoncepción hormonal, se mantuvo inalterable. Aunque el fenómeno del destape de finales de los setenta llegó a la publicidad farmacéutica en la década siguiente, el cuerpo femenino desnudo y claramente sexualizado era frecuente en anuncios de algunos medicamentos, pero no de los anticonceptivos.

ANUNCIOS DE ANOVULATORIOS/ANTICONCEPTIVOS EN AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY (1960-1975)

En Estados Unidos, los primeros los productos comercializados como anovulatorios incluían tanto imágenes artísticas, como fotografías de mujeres. De

modo similar que en España, desde 1964 los envases de los anticonceptivos se convirtieron en protagonistas de los anuncios, y aparecían frecuentemente sujetadas por manos femeninas.

A diferencia de España, en los anuncios estadounidenses se ponía mayor énfasis en el papel de esposas y madres de las usuarias de la píldora. Hasta principios de los setenta, eran muy frecuentes las imágenes de mujeres casadas, con este estatus marcado con anillo de boda o traje de novia, y de mujeres acompañadas de hijos, frecuentemente bebés. Los textos que acompañaban a estas imágenes apelaban al rol fundamental del médico varón que "ayudará a la mujer a planificar su vida" (anuncio de Oracon de 1967).

En la década de los setenta, sin embargo, proliferaron los anuncios con mujeres de diferentes edades, desde adolescentes hasta mujeres pre menopáusicas. En algunos de estos anuncios, se utilizaron fotografías de grupos de mujeres de diferentes edades - siempre blancas y de clase media-, con el objetivo promocionar dos ideas de fondo opuestas. Por un lado, la idea de que el mismo producto podía tener una tolerancia igualmente buena en distintas mujeres, o, por lo contrario, que era necesario ofrecerles productos distintos a mujeres de diferentes edades o con diferente "perfil hormonal". Ambas ideas se reflejan en la primera mitad de los setenta en diversos anuncios coetáneos incluso del mismo producto (caso de Demulen).

A partir de la segunda mitad de los sesenta proliferaron también las fotografías de mujeres jóvenes, despreocupadas, en situaciones de ocio: imágenes que connotaban la seguridad y eficacia del medicamento en el contexto del creciente debate médico y mediático acerca de los efectos secundarios. En la década de los setenta se incorporaron fotografías de mujeres desempeñando diversas actividades, haciendo deporte, y, hasta finales de la quincena, incluso pertenecientes al movimiento feminista o ejecutivas.

También a principios de los setenta Wyeth, Ortho y Syntex introdujeron imágenes de parejas jóvenes sexualmente activas, aunque no necesariamente casadas, o incluso mujeres en actitudes que connotan actividad sexual.

CONCLUSIONES

Tanto en España, como en Estados Unidos, las representaciones de mujeres en los anuncios de anovulatorios cumplían una función de normalizar la idea de planificación familiar como práctica y hasta derecho universal, aunque esta normalización en España implicaba ir en contra de la legislación vigente contra la propagada anticonceptiva. En Estados Unidos se alcanzaba este objetivo vinculando inicialmente la píldora con la figura de la madre casada, la estrategia que por su explicitud no tuvo mucha repercusión en el contexto español, donde hasta bien entrados en los ochenta, se intentaba promocionar la "respetabilidad" de la usuaria de la píldora desmarcándola de lo sexual. En Estados Unidos, en los anuncios de la píldora se empiezan a manejar representaciones de mujeres en pareja no formalizada ya en la década de los setenta. Similares representaciones llegaran a España una década más tarde, pero aun después de la despenalización de los anticonceptivos no se aprecia en los anuncios españoles la representación de la mujer liberada, profesional, o sexualmente activa, presentes en AJOG ya en los setenta. En ambos países el aumento de aceptación para la prescripción de este fármaco se pretendía alcanzar también apelando al control que seguía ejerciendo el ginecólogo que recetaba la píldora sobre el cuerpo de la mujer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jordanova, Ludmilla (1993), Medical images of the female body. En: Sexual visions: Images of gender in science and medicine between the eighteenth and twentieth centuries. Madison, University of Wisconsin Press, pp. 134-159.
2. Metzl, Jonathan M. (2003), The gendered psychodynamics of pharmaceutical advertising, 1964-97. En: Prozac on the couch: Prescribing gender in the era of wonder drugs. Durham, Duke University Press, pp. 127-163.
3. Haggett, Ally (2012), For ladies in distress: representations of anxiety and depression in the medical and popular press. En: Desperate housewives, neuroses and the domestic environment, 1945-1970. London: Pickering & Chatto, pp. 129-169.
4. Ignaciuk, Agata (2014), Publicidad farmacéutica y género: Anuncios de la "píldora" en España (1964-1985), Medicina e Historia, 1, 4-21.
5. Thoms, Ulrike (2014), The contraceptive pill, the pharmaceutical industry and changes in the patient-doctor relationship in west Germany. En: Ortiz-Gómez, Teresa; Santesmases, María Jesús, eds, Gendered drug standards from historical and socio-anthropological perspectives. Farnham, Ashgate, pp. 152-175.
6. Malich, Lisa (2012), Vom Mittel der Familienplanung zum Differenzierenden lifestyle-Präparat. NTM Zeitschrift Fur Geschichte Der Wissenschaften, Technik und Medizin, 20, 1-30.
7. Mamo, Laura; Fosket, Jennifer Ruth (2009), Scripting the body: Pharmaceuticals and the (re) making of menstruation. Signs, 34(4), 925-949.
8. Molynaux, Heather (2012), Controlling conception: images of women, safety, sexuality, and the pill in the sixties. En: Karsnick Warsh, Cheryl, Gender, health, and popular culture. Waterloo, Wilfrid Laurier University Press, pp. 65-88.

9. Marks, Lara (2001), Sexual chemistry. The history of the contraceptive pill. New Haven: Yale University Press.
10. Ignaciuk, Agata; Ortiz-Gómez, Teresa; Rodríguez Ocaña, Esteban (2014). Doctors, women and circulation of knowledge on oral contraceptives in Spain: 1940s-1970s. En: Ortiz-Gómez, Teresa; Santesmases, María Jesús, eds, Gendered drug standards from historical and socio-anthropological perspectives. Farnham, Ashgate, pp. 133-152
11. Ortiz-Gómez, Teresa; Ignaciuk, Agata (2013), "Pregnancy and labour cause more deaths than oral contraceptives": The debate on the pill in the Spanish press in the 1970s. Public Understanding of Science, doi:10.1177/0963662513509764
12. Rodríguez-Ocaña, Esteban; Ignaciuk, Agata; Ortiz-Gómez, Teresa (2012), Ovulostáticos y anticonceptivos. el conocimiento médico sobre 'la píldora' en España durante el franquismo y la transición democrática (1940-1979). Dynamis, 32(2), 467-494.

UNA HISTORIA DE LA AUTONOMÍA FETAL: ORÍGENES DE LA GENÉTICA MÉDICA Y DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL

María Jesús Santesmases

Departamento de Ciencia, Tecnología y Sociedad. Instituto de Filosofía. CCHS-CSIC. Madrid. mariaj.santesmases@cchs.csic.es

En 1970, los obstetras Javier Parache y H. Martínez del Hospital Clínico de San Carlos en Madrid, informaba que desde mayo de ese año disponían de un nuevo aparato para el diagnóstico ecográfico –basado en los ecos de ultrasonidos- y publicaban "algunas de sus aplicaciones" (1). El aparato era el ecógrafo modelo Vidoson, de la empresa alemana Siemens, que había empezado a fabricarse en 1965. Sus primeros usos en obstetricia y ginecología para el examen uterino fueron publicados por H. Hoffmann y H Holländer en 1966. Permitía observar los movimientos y detectar la actividad del corazón de un embrión en el útero materno (2).

Esta comunicación presenta un estudio preliminar de una investigación en curso sobre los primeros trabajos de este ecógrafo en el Hospital Clínico de San Carlos entre 1970 y 1975 en la era de la prensa fetal gráfica. A lo largo de ese proceso se constituye lo que Barbara Duden ha denominado el feto público (3). Inspirada en su análisis de la historia fetal, examino aquí los primeros usos de la ecografía en las prácticas de diagnóstico prenatal como parte de un proyecto de investigación sobre los orígenes de la genética médica en España (4). Las fuentes de este trabajo son investigaciones previas, las publicaciones sobre los estudios ecográficos publicadas entre 1970 y 1975 por un grupo de especialistas

del departamento de Ginecología de la Universidad de Madrid, y las informaciones extraídas de los archivos de la prensa de información general.

CITOGENÉTICA Y ECOGRAFÍA

En 1960 se había diseñado el procedimiento de observación de cromosomas en leucocitos en muestras de sangre periférica, pero aun durante unos años, este diagnóstico cromosómico, inicialmente en niños y niñas sobre todo con síndrome de Down o con desórdenes ligados a la asignación de sexo genital y en parejas infértiles, se realizaba para confirmar o desmentir un diagnóstico obtenido por reconocimiento médico, esencialmente anatómico. Durante la década entre 1965 y 1975 se originan esas prácticas, tras ponerse a punto un método de extracción del líquido amniótico por punción abdominal en el cuerpo de las mujeres embarazadas. El procedimiento de estudio de las células fetales contenidas en él estabilizó la tecnología del cariotipo fetal y al mismo tiempo el propio cariotipo como diagnóstico independiente del examen clínico. La representación de los cuerpos en sus cromosomas empezó a hablar por sí misma, en ausencia de un diagnóstico médico previo del cuerpo de la persona de la que procedía la muestra, ya que el cuerpo fetal no podía ser examinado (5). La ecografía proporcionó esa imagen, cuya tecnología se desarrolló asociada a las prácticas clínicas propias de la obstetricia. Sugiero aquí que el cariotipo fetal es el primero de los pasos en un proceso histórico que sitúa la representación del cuerpo por nacer como autónomo, extraño al cuerpo de la madre. El cuerpo materno deviene contenedor biológico, metafórico, y legal, y es la ecografía fetal la que consolidó esa autonomía al producirse las imágenes de su cuerpo en formación. Los contornos aparecían retratados, identificados en los primeros registros “en tiempo real”, presumían los textos. El ecógrafo permitía observar el movimiento del cuerpo y el latido del corazón embrionario. Si bien había otras formas de registrar esos gestos, las imágenes del cuerpo por ultrasonidos son el origen de la consolidación posterior del cuerpo por nacer como sujeto autónomo, desprovisto de su sitio en el útero materno.

En 1973 empezaron a realizarse en el servicio de ginecología del Hospital Clínico de Madrid diagnósticos de placenta previa con el ecógrafo Vidoson, a achacar las hemorragias a la localización de la placenta previa a partir de la semana vigésima del embarazo. Pero el ecógrafo encontró uno de sus usos más eficientes al

participar en el proceso de extracción del líquido amniótico, las amniocentesis. La punción abdominal se realizó al menos desde 1972 en el servicio de ginecología del Hospital Clínico de Madrid que pertenecía a la cátedra de Ginecología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid, con el uso de este aparato que permitía encontrar el lugar "correcto" para tal punción. La extracción de líquido amniótico es anterior a la observación fetal. Se realizaba de forma extraordinaria para eliminar exceso de líquido y desde la década de 1950 para determinar el sexo fetal en casos de familias con hemofilias. Desde la década de 1960, la amniocentesis se practicaba para realizar el cariotipo fetal, con un riesgo de pérdida del embarazo que fue disminuyendo a medida que aumentaba la destreza de quien realizaba la extracción.

La historia del cariotipo con 46 cromosomas, que se contaron de forma reproducible desde 1956, es una historia rápida que incluye la sucesión de identificación de anomalías cromosómicas –número de cromosomas menor o mayor a los 46 que se tomaron como referencia de normalidad- que se difundieron entre 1959 y los primeros años de la década de 1960. Se diagnosticaron el síndrome de Turner y el de Klinefelter como anomalías en los cromosomas que determinan el sexo -el par xx y el par xy- en mujeres y hombres, respectivamente, con problemas de fertilidad. Se identificó también, de forma casi simultánea, el número 47 como propio de la mayoría de los niños y niñas que la clínica diagnosticaba como "mongólicos", que comenzaba a denominarse "síndrome de Down" desde 1960, cuando un grupo de médicos británicos llamó la atención sobre los sesgos racistas que acarreaba el nombre que le había dado John Langdon Down en Inglaterra en 1886.

Un vez observada la presencia de células fetales en el líquido amniótico, las técnicas para cultivarlas y observar sus cromosomas fue paulatinamente mejorada con el fin de poder estudiarlas en las primeras semanas del embarazo. La historiografía se ha preguntado muchas veces por la facilidad con la que se aceptó la posibilidad no solo de diagnosticar desórdenes en el feto mediante extracción del líquido amniótico sino de que el resultado positivo de 47 cromosomas condujera al denominado aborto terapéutico en los países en los que esa práctica de interrupción del embarazo era legal. La autoridad social de la medicina por un lado, y la cultura eugenésica en algunos países occidentales explican en parte la escasa polémica que generaba la interrupción del embarazo en casos de fetos identificados con 47 cromosomas. La complejidad de la práctica

está relacionada en parte también con la extensión de los debates sobre los derechos de las mujeres a controlar su cuerpo, la anticoncepción y el derecho al aborto. Los médicos conservaron su autoridad al adjudicarse la autorización de anticonceptivos en forma de recetas obligadas para su adquisición, y eran de la misma especialidad que quienes practicaban abortos. Ese conjunto de circunstancias condensó en la medicalización creciente tanto de la actividad sexual, por un lado como del propio embarazo.

PRENSA Y CLÍNICA GRÁFICAS

Las posibilidades de la ecografía se sumaban a este conjunto de circunstancias de la historia social de las mujeres y sus embarazos. Fue la creciente claridad de las fotografías obtenidas por amniocentesis las que consolidaron la autonomía que la cultura y la política contemporáneas adjudicaron al feto. La complejidad técnica de la ecografía incluye la conversión de las ondas ultrasónicas detectadas en imágenes del feto, el tratamiento técnico de las cuales produce imágenes que recorrieron el mundo.

Pero las imágenes fetales públicas son previas a las ecografías que dieron imágenes del interior del útero. En 1965 la portada de la revista estadounidense *Life* reproducía una fotografía de un feto suspendido en el espacio, que se presentaba como fotografía detallada de este (3). Publicadas después por *Gaceta Ilustrada* en España y por *Paris Match* en Francia, procedían de embriones obtenidos en cirugías practicadas por razones médicas. Como ha dicho Barbara Duden, la observación del proceso de formación de un ser vivo era todavía un proyecto pendiente, comparable al embrión laminado de la Institución Carnegie historizado por Lynn Morgan, que procedía también de un legrado practicado a una mujer en riesgo de pérdida de embarazo (6).

La iconografía fetal, por lo tanto, disponía de una fotografía que se constituyó como referente poderoso, esa ampliación al microscopio en color de Nilsson. Pero la observación en vivo, en directo, del movimiento fetal es una representación procedente de la tecnología ultrasónica, que se desarrolló de forma casi simultánea en varios espacios clínicos, en Alemania, Estados Unidos y Gran Bretaña, ligada al diagnóstico prenatal y en general a la obstetricia, y también a otras especialidades médicas. Este conjunto de procedimientos del diagnóstico

prenatal cobraron con la ecografía un protagonismo intenso, en plena era de la fotografía, de la prensa gráfica y de la clínica gráfica mientras la claridad de las fotografías de Nilsson se mantuvo como referencia.

En 1973 Parache y María Jesús Lautre mostraron la utilidad del Vidoson en la amniocentesis. Si el palpado contribuyó a ubicar el pinchazo sin perjudicar al feto, la ecografía ofrecía certezas "objetivas". La superioridad ontológica de la instrumentación técnica y en general de los aparatos que desvelaban el interior de los cuerpos se asentaba más poderosa que la observación clínica, en un proceso que ya se había producido con el cuerpo de Barr para la asignación del sexo "verdadero" y después con el cariotipo (8 y 9).

BIBLIOGRAFÍA

1. Parache Hernández, Javier y Martínez Hernández, H. (1970), Diagnóstico mediante ecografía bidimensional en obstetricia y ginecología, Acta Ginecológica XXI: 727-765.
2. Hoffmann, D. y Holländer, H. (1966), Die intrauterin der Hydrops fetus universalis mittels Ultraschall, Zeitblatt Gynäkologie 90: 667.
3. Duden, Barbara (1993), Disembodying women: Perspectives on pregnancy and the unborn. Cambridge, Harvard University Press.
4. Santesmases, María Jesús (2008). Hacia descendencias saludables: algunos orígenes del diagnóstico prenatal en España. Asclepio, 60: 129-150.
5. Santesmases, María Jesús (2014). The autonomous karyotype and the origins of prenatal testing: Children, pregnant women and early Down's syndrome cytogenetics, Madrid 1962-1975, Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences, en prensa.
6. Morgan, Lynn M. (2004), A social biography of Carnegie embryo no. 836, The Anatomical Record Part B: The New Anatomist, 276: 3-7.
7. Parache, Javier; Izquierdo, Luis; Fernández, Pilar; Lautre, María Jesús (1973), Cultivo de líquido amnióticos. Detección de anomalías genéticas, Acta Ginecológica 24: 389-396.
8. Miller, Fiona A. (2006): "'Your true and proper gender': the Barr body as a *good enough* science of sex", *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 37: 459-483.
9. Ha, Nathan Q. (2011): "The Riddle of Sex: Biological Theories of Sexual Difference in the Early Twentieth-Century", *Journal of the History of Biology* 44: 505–546.
10. Santesmases, María Jesús (2014), Superfemale: cromosomas humanos y representaciones del sexo. En: Pérez Sedeño, E. Y Ortega Arjonilla, E., eds., Cartografías del cuerpo. Biopolíticas de la ciencia y la tecnología, Madrid, Cátedra, pp. 393-422.

VII. CUERPOS E HISTORIAS DE MUJERES (2): PODER POLÍTICO DESDE EL CUERPO

Coord. Agata Ignaciuk

PRESENTACIÓN: PODER POLÍTICO DESDE EL CUERPO

Esteban Rodríguez Ocaña

Universidad de Granada. erodrig@ugr.es

En la transición democrática, la lucha por la legalización de anticonceptivos, cuya distribución, ofrecimiento en venta y exposición pública estaban criminalizadas durante el franquismo, se convirtió en una meta de gran relevancia social y política. Junto con las reivindicaciones del derecho a la planificación familiar surgió también una nueva forma de actividad sanitaria y política de las mujeres, que se organizaban para compartir y difundir el conocimiento sobre sus cuerpos fuera de los límites impuestos por la medicina institucional. Por otro lado, muchos centros de planificación, creados por las incipientes instituciones democráticas, incorporaban nuevas pautas de práctica, centradas en las mujeres y una nueva relación médico-paciente no jerarquizada. En la segunda parte de la mesa proponemos reflexionar sobre el movimiento por la planificación familiar durante la transición democrática como una forma de creación de (bio)poderes (políticos) alternativos y de apropiación y crítica del conocimiento científico del cuerpo de las mujeres.

AZAR Y NECESIDAD: EL MOVIMIENTO POR LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y LA LIBERTAD SEXUAL EN ZARAGOZA

Consuelo Miqueo

Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza. cmiqueo@unizar.es

Trabajo realizado en el marco del proyecto Anticoncepción, sexualidad y salud: memorias de vida y prácticas sanitarias en España durante el franquismo y la transición democrática (HAR-2012-39644-C02-01)

El trabajo pretende dar cuenta de la interacción y confluencia de hechos que explican que fuera Zaragoza la ciudad convocante de la reunión constitutiva de la Federación de asociaciones de Planificación Familiar en febrero de 1978. Hemos analizado la actividad de las figuras implicadas que articularon el proceso o quedaron excluidas de él. La comunicación centra la atención en los estudios científicos y contexto político que justifican el protagonismo de quienes tuvieron el poder de organizarlo.

Establecer un plan nacional y estatal de planificación sanitaria se convirtió en 1977 en un objetivo gubernamental en el contexto de las primeras elecciones democráticas en España. Durante toda la década lo había sido de muchas organizaciones profesionales sanitarias, feministas, políticas y educativas, que fueron tejiendo una intensa red de asociaciones en casi todas las provincias españolas, siguiendo la estela de otros países y utilizando sus recursos (2). La progresiva comercialización de los anticonceptivos orales desde 1964 fue haciendo insostenible la situación de manifiesta ilegalidad en que se practicaba

en centros sanitarios y consultas privadas (4), mientras iba descendiendo la tasa de natalidad y la encíclica *Humanae vitae* (1968) reforzaba el mandato de «tener los hijos que Dios nos dé». En este proceso previo a la legalización de 'la píldora' en el año 1978 y los dispositivos intrauterinos en 1980, se han señalado varios hitos: la creación de sucesivos centros de 'planin' y las Jornadas en las que, no sin conflictos, se fue consensuando la política de planificación familiar en la transición española (2,4).

Siguiendo la pauta establecida en los estudios previos sobre Sevilla, Granada, Valencia (2, 3, 4), nuestro trabajo se ha centrado en la trama de relaciones personales e institucionales, religiosas, políticas o familiares, azarosas y estructurales, que conforman la microhistoria de la planificación familiar en Zaragoza. Hemos analizado -en clave de historia local- trayectorias personales y actividades de los sectores implicados, procurando recoger toda la documentación gris o de archivo personal disponible, sin que hayamos llegado todavía a la saturación de las fuentes ni a una síntesis satisfactoria.

Como focos de interés sobresalen, de momento, los siguientes. En primer lugar en el tiempo, las consultas privadas. La consulta del dr. Ernesto Losada, ginecólogo formado en México y Madrid y abierta en 1967, atendía a jóvenes y trabajadoras de fábrica y de pueblos, salvo los periodos de cárcel por antifranquista perteneciente al PCE. Pese a esas lagunas, su consulta llegó a la historia clínica nº 2500 en pleno 1978. Se trataba de mujeres que hicieron planificación, aunque no fuera ése el motivo de su primera visita, en más de la mitad de los casos, sino dos tercios (EL, MS). El dr. Santiago Lorén en su consulta privada, vinculada a la Clínica del Pilar, recetaba anticonceptivos al menos desde 1966, disolviendo con su autoridad médica las dudas morales de matrimonios católicos de la burguesía local con un "y ud. puede ir a comulgar cada día!"(SG). Como reflejan algunas recetas y facturas de sus honorarios, era carísimo nacer en clínica privada (BB).

También hemos observado los grandes centros hospitalarios, registrando el ambiente reacio a la anticoncepción del Hospital Clínico Universitario a pesar de tener en la plantilla de su Departamento de Ginecología, desde 1965 y 1971, a dos expertos formados en Planificación Familiar en el extranjero, en México DF y Bélgica y luego EEUU, respectivamente (EL, FL). Mientras que la Maternidad de la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social se convirtió en el centro de

referencia regional casi desde su apertura (1971), con personal médico procedente de las antiguas clínicas de la Facultad de Medicina, desarrollando práctica anticonceptiva y de planificación que tuvo una gran repercusión (FL, AM, EL).

En el movimiento de planificación familiar incluimos la acción educadora y/o coercitiva de los más renovadores, progresistas o retrógrados 'grupos de matrimonios' del Movimiento Familiar Cristiano o integrantes de los internacionales CPM o Centros de Preparación al Matrimonio. Creemos que la formación en una cultura del 'amor duradero' fue generalmente un obstáculo a la institución de la planificación familiar en Zaragoza, pero el análisis de sus materiales, libros, revistas o apuntes para los cursillos de las parroquias permite observar sus contradicciones, los cambios habidos entre 1966 y 1974, su colaboración con el Centro Pignatelli en seminarios unitarios, y varios casos en que sus hijas e hijos protagonizaron eventos de la historia escrita y no escrita del movimiento por la libertad sexual y la planificación.(BB, LB, SC, SG)

Por último, otra clave de los hechos, como en otras ciudades españolas, es la participación de los estudiantes de medicina interesados por la sexualidad y organizados en Seminario por Alvaro Monzón, no desde la cátedra de Ginecología, dirigida por un discípulo de Botella, sino desde el departamento de Psiquiatría, que participaba de la tradición psicoanalítica del prof. Rey Ardid y de la perspectiva socio psicosomática de su sucesor A. Seva (AJ)

Sobre el papel de las mujeres jóvenes y no tan jóvenes en el conflictivo contexto de la lucha antifranquista y feminista en Zaragoza hemos investigado menos, pero contamos con estudios específicos para evaluar el papel que pudo tener en todo el proceso la renovación generacional en el seno del Movimiento Democrático de Mujeres y, en la organización de las jornadas del 78, la experiencia unitaria de la Asociación Democrática de Mujeres de Aragón creada en 1976, así como su disgregación posterior en tres organizaciones (Asociación Aragonesa de la Mujer, Unión por la Liberación de la Mujer y Frente Feminista), cada una de las cuales reclamaba su lugar y representación en toda reunión o decisión que afectara a su cuerpo, su libertad sexual o sus derechos; unos derechos de ciudadanas que podían tomar anticonceptivos o colocarse un dispositivo intrauterino o un diafragma porque sabían que era saludable y sensato o responsable y que en

otros países era un servicio no exclusivamente médico ni generalmente gratuito (5, FL, AJ).

LAS JORNADAS DE ZARAGOZA CONSTITUYENTES DE LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El fin de semana de 11 y 12 de febrero de 1978, el salón de abajo del Hotel Corona de Aragón acogió a un centenar y medio de personas de casi toda España que trabajaron intensamente en 11 grupos de trabajo para acordar el tipo de entidad -una federación- y redactar conjuntamente sus estatutos. La organización les obsequió (AM) con una edición facsímil del mítico *Medios para evitar el embarazo. Paternidad voluntaria* de Hildegart (1938), que describía toda la serie de remedios físicos tradicionales pero no los modernos pesarios metálicos o DIUs ni los medicamentos químicos del momento, los anovulatorios Se tomaron acuerdos sobre la financiación de la federación, sede, relación con otras asociaciones nacionales e internacionales, actividad profesional propia, etc., y una Comisión Gestora que legalizara los estatutos aprobados y convocara la siguiente reunión (*Heraldo de Aragón*, 14.2.1978).

El evento tuvo eco inmediato en la prensa nacional y local. Casi todos los medios aludieron al elevado número de asistentes, la presencia de organizaciones feministas y la diversidad de especialistas: médicos, ATS, comadronas, asistentes sociales, sicólogos, psiquiatras, pedagogos, sociólogos, economistas y juristas. *El País* destacó la creación de un inventario nacional de los recursos técnicos y humanos para la puesta en marcha de un "Plan Nacional de Planificación Familiar" (14/2/1978). El titular de *Amanece*r, que la PF "debe ser gratuita y con cargo al Estado"; el vespertino *Aragón Expres* aportó la única imagen fotográfica del evento, y *Hoja de Lunes,* en contraportada, destacó su posición política independiente: "todos los asistentes vienen a nivel individual", "la federación pretende mantenerse al margen de las estructuras oficiales, y en una segunda fase podrá colaborar con la sanidad estatal, incluso funcionar paralelamente". (13/2/1978). Todos especificaron los representantes locales para la Comisión Gestora nacional: José Manuel Roncalés, organizador del evento y ginecólogo del Hospital Materno-Infantil de la SS, y Esperanza Abós, médica de Atención Primaria e integrante de la AAM.

¿Por qué Zaragoza fue sede de aquellas Jornadas de 1978 que fueron un hito fundacional? La justificación publicada -por razones geográficas y de descentralización- oculta los motivos científicos y políticos, suficientes a nuestro criterio, para explicarlo. Los organizadores eran los responsables desde 1972 del Servicio de "Educación Materna y Orientación Familiar" de la Ciudad Sanitaria de Zaragoza, dirigido por el dr. Roncalés, cuyo médico adjunto, Antonio Miñano, había desarrollado entre 1974 y 1976 un estudio piloto nacional autorizado en 1974 por el Instituto Nacional de Previsión (INP) para aportar datos estadísticos sobre la conducta sexual de las pacientes de la Seguridad Social, financiado y publicado en 1977 por el Ministerio de Trabajo (INP); libro que reproduce la ficha de registro de los datos titulada significativamente «Historia clínica Sexología N.» (6) Una variante del estudio, limitada a 2500 mujeres con un cuestionario levemente modificado de 61 items, en soporte de fichas perforadas para su tratamiento estadístico automatizado con un ordenador IBM (una novedad) constituyó la tesis doctoral del dr. Miñano presentada en enero de 1979, por la que obtuvo el Premio San Jorge y su publicación íntegra por la Diputación (7). Fue la principal fuente de información gubernamental para su plan de legalización de la Planificación Familiar con restricciones y bajo la responsabilidad y dirección de los facultativos médicos (8).

El capital de relaciones sociales del dr. Miñano y su experiencia de años de trabajo temporal en Radio Nacional y, sobre todo, que fuera un estudio piloto del INP, facilitó todo tipo de reuniones profesionales en Zaragoza. De hecho, el equipo de Roncalés organizó cuatro reuniones sobre Planificación Familiar entre 1974 y 1978 (AM). De su poder de convocatoria en el ambiente represivo de la época resulta elocuente este recuerdo: «Como tengo una autorización oficial del ministerio, cuando vamos a tener una reunión de esas, lo primero que hago es irme a ver al gobernador civil. Eran reuniones prohibidas, podía entrar la policía y sacudirnos. Y hablando con él, me lo decía: mira Antonio, te mandaré dos secretas, un hombre y una mujer, que se te presentarán a ti, déjalos sentados porque ellos tienen que estar, y luego, cuando termines, me escribes un pequeño resumen de diez líneas y se lo das a ellos.» (AM).

BIBLIOGRAFÍA

1. Entrevistas realizadas en 2014, indicando las siglas citadas en el texto: Antonio Miñano (AM), Asunción Jimeno (AJ), Balbina Biosca (BB), Ernesto Losada (EL), Faustino López (FL), Laura Bueno (LB), Marilé Soler (MS), Santiago García (SG), Santos Campos (SC).

2. Ortiz-Gómez, Teresa; Ignaciuk, Agata (2010), The family planning movement in Spain during the democratic transition. Congreso: Health Activism in the twentieth century: A History of Medicine Symposium at Yale University, New Haven, USA, 22-23 de octubre de 2010.
3. Gil, Eugenia; Ortiz-Gómez, Teresa; Ignaciuk, Agata (2011), El movimiento de planificación familiar en la ciudad de Sevilla durante la Transición Democrática (1975-1983). En: Vázquez Bermúdez, Isabel (coord.) Investigación y Género. Logros y retos. Sevilla, Unidad de Igualdad Universidad de Sevilla, 2011, 726-736. Disponible en: :http://igualdad.us.es/pdf/Investigacion_Genero_11.pdf
4. Rodríguez Ocaña, Esteban; Ignaciuk, Agata; Ortiz-Gómez, Teresa (2013), Ovulostáticos y anticonceptivos. El conocimiento médico sobre 'la píldora' en España durante el franquismo y la transición democrática (1940-1979), Dynamis, 32 (2), 467-494.
5. Bella Rando, Amelia (1999), La ADMA, la AAM y las radicales del color morado. Organizaciones de mujeres en los primeros años de la transición, En: Anna Aguado (ed.), Mujeres, regulación de conflictos sociales y cultura de la paz. Valencia, PUV, pp. 158-176.
6. Instituto Nacional de Previsión (1977), Análisis de un conjunto de datos descriptivos de la conducta sexual y su aplicación al estudio de la Planificación Familiar. Madrid, Ministerio de Trabajo.
7. Miñano Navarro, Antonio (1980), Situación actual de la planificación familiar en Zaragoza, Zaragoza, Institución Fernando el Católico.
8. Carrasco, Bel (1977), Más del setenta por ciento de las españolas usan anticonceptivos. Según una encuesta de la Seguridad Social, El País, 25/6/1977.

CREACIÓN Y DESAPARICIÓN DE LAS *CONSULTORAS* EN LOS *PLANNINGS* DE BARCELONA DURANTE LA TRANSICIÓN

Sara Fajula Colom

Museu d'Història de la Medicina de Catalunya. fajulacehic@gmail.com

Trabajo realizado en el marco del proyecto Anticoncepción, sexualidad y salud: memorias de vida y prácticas sanitarias en España durante el franquismo y la transición democrática (HAR-2012-39644-C02-01)

EL CONTEXTO DE CREACIÓN DE LOS *PLANNINGS*

La transición hacia la democracia abraza un largo proceso de transformación social, económica y cultural iniciado en la década de los sesenta (1). Fue un periodo de conflictividad generalizada y gran movilización social, con un protagonismo destacado por los movimientos del obrerismo, la inmigración, la lucha vecinal y la lucha por los derechos de la mujer. Estos últimos se enmarcaron en los movimientos feministas que reivindicaban el derecho a la libre disposición del propio cuerpo y a una educación sexual, a los anticonceptivos a cargo de la seguridad social, a la legalización del aborto y a la supresión de la legislación que perseguía conductas como la homosexualidad y la prostitución (2).

Grupos de feministas, como el FLM (Frente de liberación de la Mujer) en Madrid i DAIA (Dones per l'Autoconeixement i l'Anticoncepció) en Barcelona, organizaron reuniones con mujeres, en su mayoría amas de casa y trabajadoras no cualificadas, en locales de barrios, colegios y parroquias para explicar las reivindicaciones femeninas, su alcance e ideología política. En el intercambio, una

preocupación predominante era la falta de información sobre su cuerpo, la reproducción y los métodos de control de natalidad. Comenzaron así las charlas de información sobre la sexualidad separada de la reproducción, sobre conocimientos básicos de anatomía, sobre métodos anticonceptivos e incluso sobre la interrupción voluntaria del embarazo. En este contexto de cambio, aunque todavía de prohibición, se creó el primer Centres de Planificación familiar de España o *planning*, como lo llamaron las propias mujeres, en Madrid en 1974 con el nombre Centre Federico Rubio (3). En el caso de Cataluña, se creó el primer *planning* en el Prat de Llobregat, en 1977 (4).

La presión social impulsada por las mujeres de los movimientos feministas, de las vocalías femeninas de las asociaciones vecinales y partidos políticos de izquierdas, así como también la voluntad de los primeros ayuntamientos democráticos y algunos representantes de la comunidad médica consiguieron, en 1978, que se despenalizara la divulgación y venta de anticonceptivos y se impulsara la creación de centros de planificación familiar, llamados de Orientación Familiar (5).

LAS *CONSULTORAS* DE LOS *PLANNINGS* DE BARCELONA

Los *plannings* se plantearon como un lugar de educación sexual y medicina preventiva, así como un servicio de atención integral a la mujer. Estos centros de salud totalmente nuevos también necesitaron nuevos profesionales sanitarios, formados específicamente en temas de control de natalidad y tratamiento a la mujer, como médicos/as y ginecólogas/os y sólo en el caso de Barcelona una figura totalmente nueva, la *consultora*.

Los equipos de trabajo de los *plannings* del área metropolitana de Barcelona, en su mayoría, estaban formados por: administrativa, médica o ginecóloga y la *consultora*.

Las *consultoras* eran mujeres con estudios secundarios o superiores, concienciadas, con inquietudes feministas y políticas, participantes activas de las vocalías de mujeres de las asociaciones de vecinos de sus barrios. Estas mujeres mostraron un creciente interés en la búsqueda de información y atención sobre sexualidad y anticoncepción. Su acercamiento al tema no partía de un

conocimiento experto, sino como agentes activos en la configuración de su feminidad. No tenían conocimientos previos en medicina y por lo tanto no tenían nada que ver con los distantes profesionales sanitarios. Eran conocedoras, en cambio, y además de primera mano, del entorno social en que se proyectaban los *plannings* y por ello desempeñaron un papel fundamental, tanto en la creación de los centros, como de intermediación y cercanía con las mujeres a las que se dirigían (4).

La figura de la *consultora* se inspira en los agentes sanitarios rurales chinos, los llamados médicos descalzos que habían tenido un papel relevante en la promoción de la salud entre la población rural de la revolución cultural china (4). Un precedente parecido se encuentra también a finales de los sesenta en Estados Unidos en el programa de atención a las mujeres pobres del Albert Einstein College of Medicine del barrio del Bronx de Nueva York. El Dr. Irwin Kaiser cruzó las líneas que separaban expertos y pacientes formando a mujeres de la misma comunidad, donde se ofrecía el servicio para que ellas trabajaran en los centros. Estas mujeres ser convirtieron en personal paramédico encargado de hacer las historias clínicas e incluso realizar exámenes físicos (6).

Para poder trabajar en los *plannings,* las futuras *consultoras* asistieron a unos cursos específicamente creados para ellas desde los ayuntamientos (7). El temario, impartido por profesionales especializados, contenía todos los temas relacionados con la mujer y la planificación familiar: anatomía y fisiología del aparato genital femenino y masculino, introducción a la sexualidad, métodos anticonceptivos, sexualidad-anticoncepción, aspectos psíquicos, anticoncepción hormonal, la salud mental de la mujer, el aborto y prácticas en los centros ya existentes (7). Una vez terminado el curso las *consultoras* estaban preparadas para trabajar en los *plannings*. Se encargaban de las reuniones informativas con las mujeres, de realizar las historias clínicas, de preparar a la mujer para la exploración, de ayudar al médico en el reconocimiento general y ginecológico, de información y ensayos de colocación del diafragma.

En las charlas informativas, las *consultoras* hacían educación sanitaria dando información sobre cómo conocer el propio cuerpo y los diferentes métodos anticonceptivos, facilitando a las mujeres los conocimientos para tomar las decisiones que afectaran a sus cuerpos y al mismo tiempo incentivar la medicina preventiva. Las historias clínicas llevadas a cabo por las *consultoras* eran

entrevistas en profundidad donde se obtenía información sobre problemas sexuales y emocionales, e incluso revelaban enfermedades y trastornos que las mujeres guardaban en secreto. No solamente se trataban las patologías, sino que también se buscaban las causas emocionales o sociales que pudieran afectar a la mujer. El tratamiento era sobre el cuerpo de la mujer y su entorno, como un conjunto, practicando una atención integral.

Los centros en su mayoría fueron financiados por los primeros ayuntamientos democráticos, pero ya en 1983 durante las I Jornadas Municipales de Planificación Familiar se llegó a la conclusión de la necesidad de la integración de los centros municipales de orientación y planificación familiar en la red sanitaria general y pública (8). En ese mismo año en el recién creado Instituto Catalán de Salud (ICS) (9) se contemplaba la planificación familiar. Se inició entonces un proceso de negociación entre las diferentes administraciones públicas sobre cómo la Generalitat de Cataluña había de absorber un servicio hasta ahora municipal (8). La inserción de los centros de planificación familiar en el sistema sanitario oficial, administrado por un gobierno de derechas, supuso la progresiva desaparición de la figura de la *consultora*. El argumento fue no considerarla como una profesional sanitaria cualificada y por ello se sustituyó por trabajadoras tituladas como enfermeras, comadronas y auxiliares clínicas.

Esta transición implicó también la paulatina supresión de todo aquello que se salía de los márgenes sanitarios estipulados por el Gobierno. Por ejemplo, el funcionamiento asambleario de los equipos de trabajo de los *plannings*, donde se llevaban a cabo reuniones periódicas para tomar todas las decisiones sobre la organización del centro. También las charlas informativas a las mujeres, que iban más allá de la simple formación en métodos anticonceptivos y nociones anatómicas del cuerpo, pues estaban influidas por las intelectuales feministas norteamericanas del documento *Our bodies ourselves*. En las charlas se explicaba educación sobre las relaciones afectivas y sexuales, diferenciando entre reproducción y maternidad, y se mostraba cómo hacer una autoexploración. De esta manera la mujer se hacía conscientemente autónoma y reivindicaba su placer. En este modelo médico, la *consultora* tenía un contacto más cercano con las mujeres y un objetivo fundamental consistía en ofrecer una formación sanitaria que permitiera una posición de independencia frente al sistema sanitario. Un modelo, por tanto, crítico y alternativo al monopolio y al paternalismo de los

profesionales y de los expertos, así como al de los gobiernos existentes en sus formas diversas de ejecución del poder (10).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ysás Solanes, Pere, ed. (1997), La Transició a Catalunya i Espanya, Barcelona, Fundació Doctor Lluís Vila d'Abadal.
2. Castillo García, Elisabeth (2010), El debate sobre la anticoncepción en la prensa durante la transición española. El Caso de la "píldora" en La Vanguardia, DEA del Programa de doctorado Salud, Antropología e Historia, Universidad de Granada.
3. Bannel, Suzel; Pérez-Serrano, Mabel (1999), Mujer y salud. En: Salas, Mary, Españolas en la transición: de excluidas y protagonistas (1973-1982), Madrid, Biblioteca Nueva, pp. 303-324.
4. Gou, Eva (2007), La Conquesta de la llibertat de les dones. Història d'un compromís amb la planificació familiar, Prat de Llobregat, Ajuntament del Prat de Llobregat.
5. Iglesias Cortit-Cols, Luís; Ballesca Lagarda, José (1983), Contracepción y planificación familiar. Aspectos médicos, Barcelona, Scriba.
6. Nelson, Jennifer (2014), Breaking the Chain of Poverty. Family Planning, Community Involvement, and the Population Council/Office of Economic Opportunity Alliance, Journal of the history of medicine and allied sciences, 69 (1), 101-134.
7. Temario del curso sobre planificación familiar, publicado por el Ayuntamiento de Ripollet en 1980.
8. Antó, Josep Mª (1985), Assistència primària i Planificació familiar: per una xarxa funcional única, Butlletí planificació familiar, 2, 75-97.
9. Ley 12 de 1983 de la Administración Institucional de la Sanidad y de la Asistencia y los Servicios Sociales de Cataluña se creó el Instituto Catalán de Salud (ICS).
10. Gol Gurina, Jordi; Miguel, de, Josep Mª; Reventós, Josep (1978), La sanitat als països catalans, Barcelona, Edicions 62.

CONOCER EL PROPIO CUERPO PARA ACABAR CON EL PATRIARCADO. PUBLICACIONES FEMINISTAS SOBRE SALUD EN ESPAÑA DURANTE LA TRANSICIÓN DEMOCRÁTICA

Teresa Ortiz Gómez

Universidad de Granada. tortiz@ugr.es

Esta investigación se ha realizado en el marco de los proyectos La constitución de la Planificación Familiar en España durante los últimos años del franquismo y la transición democrática (HAR-2008-05809) y ASYS: Anticoncepción, sexualidad y salud: memorias de vida y prácticas sanitarias en España durante el franquismo y la transición democrática (HAR-2012-39644-C02-01)

Conseguir para las mujeres los derechos reproductivos y de salud de los que habían carecido durante el franquismo fue un objetivo prioritario del movimiento feminista español durante los años setenta y primera mitad de los ochenta. Partiendo de un posicionamiento crítico con el conocimiento y las prácticas biomédicas y con la creciente medicalización de la vida de las mujeres, la mayoría de las organizaciones feministas creadas durante la transición democrática, consideraron imprescindible educar a las mujeres en el conocimiento de su cuerpo, su sexualidad y la forma de prevenir embarazos no deseados.

Con este propósito, activistas feministas, con la participación de médicas, médicos y otros profesionales de la salud, articularon en España diferentes

iniciativas de carácter asociativo, asistencial y educativo que podemos enmarcar en el movimiento internacional de salud de las mujeres (1, 2, 3). La información circulaba de forma vía oral e impresa en el curso de charlas, reuniones de grupos de autoconocimiento, panfletos informativos, artículos en revistas feministas de nueva creación (4, 5, 6, 7, 8) y a través de bibliografía específica que empieza a publicarse en España, como veremos en esta comunicación.

En las entrevistas realizadas hasta ahora por el equipo de investigación de los proyectos donde PF y ASYS a activistas que participaron en los comienzos del movimiento en España, entre los años 1973 a 1978, las referencias a sus fuentes de información casi siempre son imprecisas (menciones a grupos feministas franceses e italianos, a veces "americanos"), con la única excepción de las conexión con asociaciones y centros británicos de planificación familiar de quienes recibieron bibliografía y apoyo político en el proceso de despenalización de los anticonceptivos y la legalización del aborto (6).

La realidad es que a comienzos de la transición democrática, la literatura feminista sobre el cuerpo y la sexualidad circulante en España era prácticamente inexistente. Centrándonos en los libros, lo más cercano a este tema serían algunas obras de divulgación médica sobre y a favor de métodos anticonceptivos y aborto firmados o co-firmados por especialistas en ginecología y en anticoncepción que empiezan a publicarse a mediados de los setenta (9,10) o la versión castellana del informe Hite, que se publica en 1977 (11).

A finales de los setenta y comienzo de los ochenta, diversos proyectos editoriales feministas de nueva creación empezaron a dar cabida a títulos sobre a la salud y el cuerpo de las mujeres (12). En la misma línea trabajaron otras editoriales generales, como Fontanella, que publicó en 1978 *Cuaderno Feminista, introducción al self-help*, firmado por Leonor Taboada (13). En 1982, vio la luz *Nuestros cuerpos nuestras vidas* (NCNV) (14), una traducción de *Our bodies, ourselves* (OBOS) que llegó también de la mano de Leonor Taboada, esta vez como co-traductora y co-responsable de la versión española. A estos dos libros, y especialmente al segundo, dedicaremos esta comunicación, mediante un análisis somero de su contenido y discurso. Entre nuestras fuentes utilizamos entrevistas realizadas a personas que participaron en el proceso de edición, así como documentación relativa al proceso de edición de la edición española que se

conserva en el archivo *Boston Women's Health Book Collective* en la Schlesinger Library de la Universidad de Harvard.

Our bodies ourselves, publicado por primera vez en 1970 bajo el título *Women and their bodies* y desde 1971 hasta la fecha en varias ediciones con su título actual (15), ha sido considerado como uno de los libros más influyentes de la literatura norteamericana del siglo XX (16, 17). El mundo académico le ha prestado bastante atención en los últimos años, y ha sido analizado como un ejemplo de feminismo global (18, 19) y como una obra que incorpora un estilo de escritura propio y radicalmente distinto al de otros libros sobre salud (20, 21).

En 1974, *Our bodies, ourselves* inició su difusión transnacional mediante traducciones y adaptaciones a diversas lenguas y contextos, primero en Europa occidental y después en otros países del mundo, hasta conocer ediciones en 29 lenguas (18, 19). Aunque no se publicó en España hasta 1982, el libro y el espíritu del mismo, circuló de diversas formas durante la segunda mitad de los años 70. Una de ellas fue, sin duda, a través de la publicación del *Cuaderno Feminista* de Leonor Taboada, pero quizá también a través de la distribución en España de sus ediciones en inglés (ediciones de 1971, 1973, 1976) e italiano (1974), e incluso de la primera edición española de este libro, publicada Boston en 1977 y dirigida a mujeres norteamericanas de habla hispana. La traducción desde el inglés fue realizada entre 1974 y 1976 por Raquel Scherr-Salgado, una profesora de literatura comparada de la Universidad de California, y Leonor Taboada, una universitaria argentina, y contó con la colaboración de 37 personas más, muchas de ellas pertenecientes a colectivos latinos de Estados Unidos que contribuyeron a la adaptación cultural y ampliación de contenidos.

La versión hispana fue la base para la edición española de Icaria 1982 y una importante fuente de información para el *Cuaderno Feminista* de Leonor Taboada. En la adaptación española participó activamente el grupo catalán de self-help y colectivo feminista La Mar y aunque lo publicó finalmente Icaria, fueron varias las editoriales que participaron en el proceso, como Fontanella, o que manifestaron su interés por asumir la publicación e incluso por hacer una versión en catalán (La Sal, y la agencia literaria International Editors).

Nuestras primeras conclusiones son que este libro tuvo una importancia capital en el movimiento de salud e las mujeres español desde los años 1976-1977, antes incluso de la publicación de la versión española por Icaria. Sus contenidos y su

estilo narrativo, construido sobre un sujeto 'nosotras' poderoso y plural que resume, aprueba y critica el conocimiento y las prácticas médicas al uso, e incorpora a la vez las experiencias corporales y de salud de mujeres diversas, contribuyó a autorizar y empoderar a las mujeres comprometidas con los derechos reproductivos y de salud, feministas, profesionales de la salud y mujeres de a pie, en un momento de transformación social como lo fue la transición democrática española.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morgen, Sandra (2002), Into our own hands: The Women's Health Movement in the United States, 1969-1990. New Brunshwick, Rutgers University Press.
2. Ruzek, Sherryl B. (1978). The women's health movement: feminist alternatives to medical control. New York, Praeger.
3. Waaldijk, Berteke (2011), Dutch Women's Health Care Movement and the Transformation of the Welfare State in the Netherlands, 1975-2005. En: Woodward, Alison E.; Bonvin, Jean-Michel,Renom, Mercè, eds.) Transforming gendered well-being in Europe. The impact of social movements. Farnham, Ashgate, pp. 116-32.
4. Ortiz Gómez, Teresa, The fight for family planning in Spain during late Francoism and the transition to democracy, 1965-1979. En: Berkshire Conference of History of Women, Toronto, Canadá, 22 a 25 de mayo de 2014 (comunicación no publicada).
5. Gil, Eugenia; Ortiz-Gómez, Teresa; Ignaciuk, Agata (2011), El movimiento de planificación familiar en la ciudad de Sevilla durante la Transición Democrática (1975-1983). En: Vázquez, Isabel (coord.) Investigación y género. Logros y retos. Sevilla, Unidad de Igualdad Universidad de Sevilla, 2011, 726-736.
6. Ortiz Gómez, Teresa, et al. (2011). Activismo feminista y movimiento asociativo por la planificación familiar en España. En: Porras, Isabel et al., eds, Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica. XV Congreso SEHM. Ciudad Real, UCLM, pp. 141-147.
7. Ignaciuk, Agata; Ortiz-Gómez, Teresa; Rodríguez Ocaña, Esteban (2014), Doctors, women and circulation of knowledge on oral contraceptives in Spain: 1940s-1970s. En: Ortiz-Gómez, Teresa; Santesmases, María Jesús, eds, Gendered drug standards from historical and socio-anthropological perspectives. Farnham, Ashgate, pp. 133-152
8. Ortiz-Gómez, Teresa; Ignaciuk, Agata (2013), "Pregnancy and labour cause more deaths than oral contraceptives": The debate on the pill in the Spanish press in the 1970s. Public Understanding of Science doi:10.1177/0963662513509764
9. Dexeus, Santiago and Margarita Riviere (1977), Anticonceptivos y control de natalidad. Barcelona, La Gaya Ciencia / Basuán, 1977.
10. Villatoro, Asunción; Oranich, Magda (1977), ¿Qué es el aborto? Barcelona, La Gaya Ciencia, 1977.
11. El informe Hite: estudio de la sexualidad femenina (1977), Barcelona, Plaza Janés
12. Ehrenreich, Barbara; English, Deirdre (1984). Brujas, comadronas Y enfermeras. Barcelona, La Sal, 1984.
13. Taboada, Leonor (1978), Cuaderno feminista. Introducción al self help. Barcelona: Fontanella.
14. Colectivo de Salud de Mujeres de Boston (1982). Nuestros cuerpos nuestras vidas. Barcelona, Icaria.
15. La Colectiva del Libro de Salud de las Mujeres de Boston (1977, 1979, 1981). Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas. Sommerville, The Boston Women's Health Book Collective.

16. Gordon, Linda; Thorne, Barry (1996), Women's bodies and feminist subversions, Contemporary Sociology, 25 (3), 322-325.
17. Library of the Congress (2102), Exhibition books that shaped America (2012). Consultada en: http://www.loc.gov/exhibits/books-that-shaped-america/
18. Davis, Kathy. 2007. The making of Our Bodies, Ourselves: How feminism travels across borders. Durham NC: Duke University Press.
19. Davis, Kathy. 2013. "La política feminista del cuerpo en sus viajes por el mundo. Las traducciones de Nuestros cuerpos nuestras vidas." En: Cabré, Montserrat;Salmón Fernando,eds.. Sexo y género en medicina. Santander, Universidad de Cantabria.
20. Wells, Susan. 2010. Our bodies, ourselves and the work of writing Stanford, California: Stanford University Press.

EL PROBLEMA DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS) DURANTE LA TRANSICIÓN DEMOCRÁTICA EN ESPAÑA: UNA APROXIMACIÓN A DOS MODELOS DE ATENCIÓN SANITARIA Y PREVENTIVA

Ramón Castejón Bolea

Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández. rcastejonb@umh.es

Trabajo realizado en el marco del proyecto Anticoncepción, sexualidad y salud: memorias de vida y prácticas sanitarias en España durante el franquismo y la transición democrática (HAR-2012-39644-C02-01)

Los dispensarios antivenéreos, creados en España al amparo de la legislación antivenérea de 1918, constituyen la estructura asistencial más importante hasta la década de los ochenta del pasado siglo XX en la gestión por parte del estado y la medicina de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Habían dependido tradicionalmente de la Dirección General de Sanidad, pero para 1978, dependían del Servicio de Epidemiología y Luchas Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

En la década de los ochenta del siglo XX, otros dos modelos asistenciales vendrían a dar respuesta desde la sanidad pública a las enfermedades de transmisión sexual. Por una parte, el proceso de transferencias sanitarias hacia

las Comunidades Autónomas posibilitó la creación por estas nuevas administraciones sanitarias de los denominados centros de enfermedades de transmisión sexual. Por otra, la expansión a partir de 1980-1985 de consultas y centros de planificación familiar por toda España supuso para las mujeres la posibilidad de acceso a unos centros asistenciales donde se realizaba prevención de las ETS y se podían realizar también diagnósticos y tratamientos para estas enfermedades.

El objetivo de este trabajo es realizar una aproximación a los dos modelos de la atención sanitaria a las ETS que emergen durante la Transición y se consolidan en la década de los 80. Se señalan, igualmente, algunas cuestiones abiertas en el proceso de investigación Se han utilizado fuentes de la organización de la Lucha Antivenérea Nacional, informes internacionales, repertorios legislativos así como fuentes médicas y sociales en relación con los centros de planificación familiar y los centros de enfermedades de transmisión sexual. Se han analizado tanto los discursos científico-sanitarios como sus prácticas en el contexto de la Transición Democrática.

Como señala Lesley Hall (1), en el contexto europeo de antes de la II Guerra Mundial, aunque existe la distinción entre los países cuyas políticas antivenéreas permanecen centradas en la prostitución y su regulación, como venía ocurriendo en España desde 1918, y aquellos que aplican sus políticas a toda la población, evitando la categorización entre “culpables” y “víctimas” y aspirando a tratar las enfermedades venéreas como cualquier otro grupo de enfermedades, las prácticas continuaban descarganda su peso sobre las mujeres dedicadas a las “conductas ilícitas”. Hay que recordar que el reglamentarismo en el estado español tuvo vigencia desde 1908 hasta 1956, exceptuando el breve periodo abolicionista de 1935 hasta 1941.

En 1973, España declaraba en el Directorio de Centros de Tratamiento de Enfermedades Venéreas en la Región Europea, elaborado por la OMS (2), tener disponibles 155 centros para tratamiento de ETS. Estos centros incluían Servicios de Sanidad Exterior, como el de Águilas, Centros Secundarios de Higiene Rural como el de Algeciras, dispositivos en las Jefaturas Provinciales de Sanidad, como el de Ávila y Dispensarios Antivenéreos en sentido estricto. Los Dispensarios declarados alcanzaban la cifra de 57. Estos centros dependían de la Dirección General de Sanidad y constituían, desde el punto de vista asistencial, el

panorama al llegar a la Transición. Durante ésta emergen otros dos modelos que señalaremos en sus características fundamentales, puesto que forman parte de la investigación en curso.

LOS CENTROS DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Los centros, también denominados centros de prevención y control de la ETS, se crearon como consecuencia del proceso de transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas que posibilitó su creación por parte de estas nuevas administraciones sanitarias. En 1991, existían en España 25 centros dependientes de diferentes administraciones. En el caso de Andalucía, el Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual de Sevilla, que impulsaron en 1977 los Departamentos de Microbiología, Medicina Preventiva y Dermatología de la Universidad de Sevilla, constituyó un centro pionero en la atención a ETS (3).

Es razonable pensar, y así nos lo han confirmado fuentes orales, que el modelo de este centro pionero en Andalucía tuviera influencia en la creación, a partir del Programa de Apertura de Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual en Andalucía de 1989, de una red de centros de ETS en esta Comunidad Autónoma, inmersos ya en la epidemia del VIH/SIDA.

Estos centros, como el de Granada abierto en octubre de 1991, pretendían ofertar "un sistema de cuidados de salud preventivo y asistencial, accesible, gratuito, suficiente y de calidad, a toda la población, especialmente a las personas que forman parte de grupos de alto riesgo de padecer ETS y que por diversos motivos no acceden a la sanidad oficial". Bajo esta conceptualización de grupos de alto riesgo de padecer ETS, los centros desarrollaron una estrategia basada en el "acercamiento programado a los colectivos humanos de alta prevalencia de ETS… y la elaboración de protocolos de diagnóstico, tratamiento y educación sanitaria".

Se trataba de facilitar el acceso a los centros "… a grupos con alto nivel de infección combinado con comportamientos de riesgo para transmitir e infectarse con alguna ETS" (4).

Desde el punto de vista profesional es reseñable y se perfila como un área de estudio, la creación en 1983 del Grupo Español para la Investigación de las

Enfermedades de Transmisión Sexual, creado por dermato-venereólogos y que presumiblemente tuvieron un papel muy activo en la creación de estos centros que venían a sustituir o a continuar las tareas de los Dispensarios dependientes de la Dirección General de Sanidad.

LOS CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En 1983, como ya sabemos, el Ministerio de Sanidad elaboró y publicó el "Plan de Centros de Orientación Familiar" en el que se definieron las prestaciones que debían ofertar estos centros y entre las que se incluía la detección precoz y tratamiento de ETS. Como parte del proceso de transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, en 1985, la Comunidad Valenciana mediante una orden establece las condiciones que deben cumplir los Centros de Planificación Familiar situados en su territorio, independientemente de cuál fuera su titularidad. Entre las funciones que se asignaban a los Centros se encontraba el control y tratamiento de ETS aparecidas en el curso del tratamiento anticonceptivo (5). Un año después, en 1986, un decreto de la Generalitat Valenciana regulaba la prestación de servicios.

Los Centros de Planificación Familiar, que quedan estructurados como centros de asistencia especializada de apoyo a la atención primaria, incluyen entre sus funciones el control y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. De igual forma, el Convenio firmado en 1988 entre la Consejería de Sanidad de la CA de la Región de Murcia y el INSALUD en materia de PF (6), incluía entre los objetivos de la PF: la prevención, detección y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Por tanto, al menos en el papel, en los primeros años de la década de los ochenta se abre un espacio asistencial diferenciado para las mujeres en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las ETS, en el marco de los Centros de Planificación Familiar. ¿Cuál fue la realidad de estas prácticas? ¿Qué tipo de abordaje se hizo ante estos problemas en este nuevo espacio asistencial? Son preguntas abiertas en el proceso de la investigación en curso pero algunas fuentes orales sugieren que las prácticas fueron muy variables. Esta variabilidad dependería de los recursos técnicos de los centros, así como de la motivación y cualificación de las profesionales que atendían los centros de PF. Sin embargo, en ese contexto asistencial la estigmatización de las ETS probablemente era menor.

Durante la Transición el modelo de los dispensarios antivenéreos dependientes de la administración sanitaria estatal va extinguiéndose mientras aparecen dos modelos asistenciales públicos que participarán en las estrategias preventivas y en el diagnóstico y tratamiento de las ETS, los centros de planificación familiar y los centros de enfermedades de transmisión sexual dependientes de las Comunidades Autónomas.

Estas últimas estructuras asistenciales conformarán una red que tendrá que responder a la situación que se producirá como consecuencia de la epidemia de VIH/SIDA. Se produce una reconceptualización de los enfermos que habían sido denominados socialmente peligrosos en “grupos de riesgo” para las ETS y posteriormente en las denominadas “prácticas de riesgo”, en el ámbito de lo individual.

En vez de “mal sexo” como sexo ilícito que podía resultar en enfermedad, y “buen sexo” como sexo lícito dentro del matrimonio, el “buen sexo” es redefinido como actividad sexual entre compañeros sexuales o parejas que minimiza el peligro de consecuencias adversas y maximiza el placer. “Buen sexo” sería ahora, como concepto surgido de las respuestas a la epidemia del VIH/SIDA, “sexo seguro”· Hay, sin embargo, otras cuestiones: el “sexo seguro” con respecto a una amenaza puede no ser útil contra otra. No hay, pues, una solución simple. Las ETS permanecen como un terreno no sólo de temas de salud pública y control de la enfermedad, sino que constantemente invocan cuestiones más amplias sobre la sociedad, la responsabilidad, la moralidad, el género, la sexualidad y la ciudadanía (1).

BIBLIOGRAFÍA

1. Hall, Lesley (2013), Sexual Diseases since 1750. En: Toulalan, Sarah; Fisher, Kate. The Routledge history of sex and the body, 1500 to the Present. New York, Routledge, pp. 479-492.
2. Regional Office for Europe (1973), Directory of Venereal Disease Treatments Centres in the European Region, Copenhagen, World Health Organization.
3. Memoria del Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual (1977), Documento no publicado.
4. Martí Mingorance, José Antonio (1995), Análisis del centro de enfermedades de transmisión sexual de Granada, Tesis Doctoral, Universidad de Granada.
5. Orden de 30 de septiembre de 1985 de la Consellería de Sanidad y Consumo. Asistencia Sanitaria. Acreditación de Centros de Planificación Familiar. DOGV, 28 de octubre 1985, núm. 299.
6. Resolución de 21 de noviembre de 1988. Región de Murcia. Convenio con el INSALUD en materia de Planificación Familiar. BOE, 26 de diciembre 1988, núm. 309.

INDAGAR LA MEMORIA DE SEXUALIDAD DURANTE LA TRANSICIÓN DEMOCRÁTICA MEDIANTE UN CUESTIONARIO ONLINE. UNA PROPUESTA METODOLÓGICA

Eugenia Gil García[1]; Juana Macías Seda[2] y Patricia Navarro Pérez[3]

[1]Departamento Enfermería. Universidad de Sevilla. egil@us.es

[2]Departamento Enfermería. Universidad de Sevill. jmseda@us.es

[3]Instituto de Estudios de las Mujeres y de Género. Universidad de Granada. patnp@hotmail.com

Trabajo realizado en el marco del proyecto Anticoncepción, sexualidad y salud: memorias de vida y prácticas sanitarias en España durante el franquismo y la transición democrática (HAR-2012-39644-C02-01)

INTRODUCCIÓN

La transición democrática (TD) fue un periodo vertiginoso de cambio. En poco tiempo se desarrolló un entramado legislativo e institucional que trataba de cubrir las necesidades y demandas democráticas de la ciudadanía. En 1977, dos años después de la muerte del dictador, se puso en marcha la Legislatura Constituyente. En este mismo año la Dirección General de Sanidad organiza un

Seminario en Mahón con el objetivo de orientar la política nacional de control de la natalidad y el Instituto Nacional de Estadística, con el apoyo de naciones Unidas, realiza la primera Encuesta de Fecundidad (1). Un año más tarde se aprueba la Constitución y se publica el RD 3033/1978 (2) que desarrolla la Ley 45/1978 por la que se modifican los artículos 416 y 343 del Código Penal por el que se legalizan los métodos anticonceptivos.

La Tasa Bruta de Natalidad descendía bruscamente. La intensidad de la caída se debió, entre otros factores, al incremento del nivel educativo y la tasa de actividad femenina (3). La primera encuesta sobre Fecundidad en España, puso de manifiesto que en 1972 ya se utilizaban métodos anticonceptivos, incluidos medicamentos hormonales que en ese momento eran ilegales (4 y 5). En 1977, el Instituto Nacional de Estadística realizó una encuesta dirigida a mujeres de 15 a 49 años (n= 5.814). El 57% de las mujeres utilizaban métodos anticonceptivos, el 11% el método más utilizado era la píldora anticonceptiva. Ambas encuestas ponen de manifiesto que el uso de los métodos de control de natalidad no se distribuía de forma aleatoria sino que estaba relacionado con el hábitat, nivel educativo y la actividad económica desempeñada. Así las mujeres que más los utilizaban eran las jóvenes, de mayor de nivel de estudio y residente en las ciudades (6).

En estos años de TD (1975-1983), comienza a organizarse lo que hemos venido denominando el movimiento por la Planificación Familiar (PF) en España que se articula en dos frentes: el activismo sanitario y el activismo feminista (6). Si bien existen personas que se organizan y trabajan desde las dos líneas éstas no siempre presentan las mismas lógicas ni intereses. El activismo sanitario se centra en la organización de consultas de planificación familiar vinculadas a los Hospitales (1). En el activismo feminista participan mujeres disidentes del movimiento político de izquierdas y del incipiente movimiento feminista que impulsan iniciativas vinculadas a la anticoncepción. Llevan a cabo lo que Mary Nash (2007) (8) denomina la *"doble transición"* en la que conjugan la transición política-democrática y la transición hacia la igualdad. Ambos movimientos hicieron posible un cambio de percepción de la sexualidad al construir nuevos significados y plantear nuevas concepciones de la anticoncepción.

Nuestro objetivo se centra en reflexionar en la metodología de encuestas online como método para conocer las experiencias de vida sexual y prácticas

anticonceptivas que llevaron a cabo mujeres heterosexuales coetáneas y/o protagonistas del movimiento por la Planificación Familiar, aquellas que al inicio de la Transición Democrática (1975) tenían entre 16-35 años de edad y constituían el perfil de usuarias de métodos anticonceptivos. A partir de los datos realizaremos una reflexión metodológica sobre los sesgos propios del instrumento y los procedimientos para minimizarlos. Revisaremos las aportaciones y limitaciones de la Encuesta Online en la investigación social e histórica.

METODOLOGÍA

En esta comunicación presentamos una propuesta metodológica a partir de un estudio descriptivo, transversal cuya población son mujeres que en 1975 tenían 16-35 años, coetáneas y/o protagonistas del movimiento por la PF que se produce durante la TD. Muestra: 390 margen de error +/- 5% y un nivel de confianza del 0,05.

Instrumento: Cuestionario autoadministrado del tipo CAWI con tecnología basada en servidor activo desde el 4 de febrero hasta el 4 de Mayo. Software Lime Survey legible en distintos software de navegación (Explorer, Mozilla y Google Chrome). Organizado en 4 secciones: perfil sociodemográfico; creencias religiosas; prácticas sexuales y anticonceptivas y embarazos. Se han considerado nulos los cuestionarios cuando el número de preguntas no respondidas superaba el 30% de preguntas con posibilidad de respuesta.

RESULTADOS

Las encuestas online permiten llegar a una población con bajo coste de tiempo y dinero y elimina el sesgo del/la entrevistadora pero también presentan limitaciones y sesgos que hay que tener en cuenta. El principal inconveniente es que los resultados no se pueden extrapolar ya que las muestras no son aleatorias. Los principales sesgos son los errores de medida, cobertura y muestreo.

El error de medida se produce como consecuencia de un mal diseño del instrumento para minimizarlo elaboramos un primer borrador. Pilotamos el

instrumento en dos momentos: en un principio por un grupo de expertas en historia y en salud sexual y reproductiva. Posteriormente, pasamos el cuestionario al mismo grupo etario al que iba a dirigirse la encuesta teniendo en cuenta el lugar de residencia tanto en relación al hábitat (rural/urbano) como a las diversas Comunidades Autónomas (Andalucía, Cataluña, Comunidad de Madrid, de Murcia, Aragón y Valencia). Con ello incorporamos preguntas y/o matices que dieron cuenta de las diversas realidades.

El error de cobertura y muestreo hace referencia a las diferencias que existen entre las personas que acceden y la población general, se puede minimizar a partir de técnicas de ponderación (9). Según datos del Instituto Nacional de Estadística, el 38,2% de las mujeres españolas con edades entre 55 a 64 años accedieron en el último año a Internet al menos una vez por semana y para la cohorte de 65 a 74 años un 14,3% (10). Para llegar a la población diana se creó un directorio con los emails de asociaciones, centros de investigación y de estudios feministas, y centros de formación permanente que ayudaran a la localización de las informantes. Asimismo, se incentivó la participación de las instituciones y asociaciones mediante los contactos personales de los y las investigadores implicadas mediante una captación activa e incentivada de la muestra. El proceso se fue ampliando mediante la técnica de “bola de nieve”. Para aumentar la tasa de respuesta llevamos a cabo 3 oleadas, lanzamos la encuesta a la red en tres momentos distintos. Para garantizar la unicidad de respuesta el software controla la participación y permite el almacenamiento de los datos en servidores privados.

El día 4 de Mayo teníamos 390 encuestas online válidas. La mayoría de las mujeres se encontraban en el intervalo de edad entre los 55- 60 años, el 59%; un 25% tienen entre 61- 65 años y un 15% más de 66 años. En relación al nivel de estudios se observa que el 71 % posee estudios universitarios, el 19% ha finalizado estudios medios, bachiller o formación profesional y un 9% posee estudios básicos. La mayoría están activas laboralmente, el 65%, un 23% están jubiladas, un 5% se considera ama de casa y un 4% está en situación de desempleo. Han sido funcionarias el 55%, un 9% trabajadoras asalariadas, el 19% se han dedicado principalmente a las tareas del hogar, un 9% al trabajo por cuenta propia y un 16% al estudio. La mayoría de encuestadas vivieron durante su juventud en zona urbana, el 87%, mientras que un 5% vivió en zona rural y un 8% vivió en ambas zonas. El mayor porcentaje de mujeres encuestadas residió

en sus años de juventud en Andalucía, 29%, seguido de un 16% en Aragón, un 16% en Cataluña y otro 16% en la Comunidad de Madrid. En menor medida residieron en la Comunidad Valenciana, 8%, en Castilla y León el 5%, en la Región de Murcia el 4% y en Galicia el 2%.

CONCLUSIONES

La encuesta online constituye una metodología útil para obtener información sobre las experiencias anticonceptivas y sexuales de un grupo de mujeres coetáneas y/o activistas de la Planificación Familiar en la TD. Si bien los resultados no se pueden inferir a la población general, creemos que es un procedimiento óptimo para captar a mujeres del perfil característico indicado en la literatura como usuarias de anticonceptivos (más jóvenes, de mayor nivel educativo, laboralmente activas y residentes en ciudades). El control de los sesgos ha permitido minimizarlos y llegar a un número de mujeres de la población diana que difícilmente se hubiera llegado por otros procedimientos.

Por sus peculiaridades, las encuestas online pueden constituirse como un buen instrumento para detectar las opiniones de personas que fueron vanguardias en los movimientos sociales y políticos de la TD y que hoy constituyen un colectivo de personas mayores con alto nivel de formación, motivación y usuarias de las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz Gómez, Teresa, Fajardo Angélica (2010). Asociacionismo por la planificación familiar en España en los años setenta del siglo XX: Organizaciones nacionales y vínculos internacionales, [Comunicación no publicada] Simposio Traslaciones, Instituto de Estudios de la Mujer, Granada, 25 noviembre 2010.
2. Real Decreto 3033/1978. Publicado en: BOE número 307 de 25/12/1978, páginas 29127 a 29128.
1. http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1978-31079 (consultado noviembre 2010).
2. Albertos Puebla, Juan Miguel (1989), La caída de la natalidad en España (1975-1983). Un intento de regionalización, Estudios Regionales, 24, pp. 123-139.
3. Díez Nicolás, Juan (1974), La transición demográfica en España, REIS, 1, 89-158.
4. De Miguel, Jesús (1980), Sociología de la población y control de la natalidad en España", REIS, 10(80), 15-47.
5. II Informe-avance sobre las actitudes ante el divorcio y la utilización de anticonceptivos (1978), REIS, 1, 381-402.
6. Ortiz Gómez, Teresa, Ignaciuk Agata (2010), The Family Planning movement in Spain during the democratic transition, [Comunicación no publicada] Simposium on Health Activism. Yale University, New Haven.

7. Nash, Mary (2007), Dones en transició: de la resistència política a la legitimitat feminista: les dones en la Barcelona de la transició, Ajuntament de Barcelona, Barcelona.
8. Llauradó, Oriol (2006), El trabajo de campo online: qué hemos aprendido en los últimos 10 años, Investigación y Marketing, 91, 25-33.
9. Instituto Nacional de Estadística (2013), Encuesta sobre el equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación /TIC) en los hogares. http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t25/p450/a2013/&file=pcaxis (consultado abril 2014).

VIII. PODER, EDUCACIÓN Y MEDICINA EN EL FRANQUISMO

Coord. Enrique Perdiguero

PRESENTACIÓN: PODER, EDUCACIÓN Y MEDICINA EN EL FRANQUISMO

Enrique Perdiguero-Gil

Universidad Miguel Hernández de Elche. quique@umh.es

El ejercicio médico supone, de por sí, un encuentro entre el experto y el profano. Se trata pues de una relación asimétrica entre el que sabe y el que no. Para luchar contra la enfermedad la población no ha recurrido ni recurre, tan solo, a los médicos, ni a los profesionales sanitarios en su conjunto. Otros actores han estado y están implicados en la gestión de la salud y la enfermedad. Los que han venido reclamando para sí el estatus de *sanadores científicos* han tratado y tratan de convencer a la población de que la legitimidad para manejar la salud y la enfermedad les pertenece. Por ello, más allá de la actividad clínica los médicos, también lo educadores, han venido escribiendo textos dirigidos a diversos segmentos de la población, y también a sus colegas, con el fin de hacerse con el poder en el ámbito de la gestión de la salud y la enfermedad. En este sentido, y circunscribiéndonos al ámbito hispano, podemos considerar escritos como los *Regimina Sanitatis* o las numerosas obras y opúsculos dedicados a dar instrucciones contra la *pestilencia*. Otra serie de escritos, habitualmente obra de clérigos, han venido descalificando los comportamientos populares: supersticiosos, erróneos. Con la Ilustración la lucha contra las preocupaciones vulgares y el interés por educar a la población en asuntos médicos se establecieron firmemente. Ya en el siglo XIX numerosísimos escritos que se centran en la relación con los legos, en asimilar los comportamientos profanos a los de los profesionales sanitarios. Esta literatura, popularizadora, considerada en su momento sin interés historiográfico ha sido, sin embargo objeto de estudio

privilegiado, desde hace un cuarto de siglo (1), para analizar las características, según contextos, de las diversas olas medicalizadoras. La *medicina para pobres* o la *medicina doméstica* de los siglos XVI, XVII y XVIII dieron lugar a muy variados géneros de popularización médica, en las que los comportamientos populares concitaron gran atención (2). Ya en la segunda década del siglo XX los conceptos y métodos de relación entre expertos y profanos a la hora de modificar los comportamientos de la población en relación con la salud fueron formalizándose en torno a un(os) discurso(s) educadores en los que sanitarios y maestros estrecharon lazos, aunque siempre con la preeminencia de los primeros. El caso español, especialmente en los años republicanos, ha sido estudiado con detalle, tanto desde el punto de vista de los medios de comunicación de masas (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9), como de la publicidad (10); pero hasta ahora no se había traspasado, en el análisis de estos discursos, el límite de la Guerra Civil. En las ponencias de esta mesa se analizan las relaciones de poder que a través del sistema educativo y de diversas actuaciones de los profesionales sanitarios ejercieron expertos sobre profanos en los años del régimen Franquista, hasta la aparición, ya en la Transición Democrática, del discurso de la Educación para la Salud. Este se había venido gestando en los organismos internacionales desde la década de los 50 a partir del concepto de educación sanitaria del público, más tarde, simplemente educación sanitaria. La sesión es interdisciplinar. Junto con los presupuesto de la Historia de la Medicina se tienen en cuenta puntos de vista provenientes de la Historia de la Educación, la Antropología Social y la Filosofía, con el fin de, analizar como un régimen fuertemente ideologizado utilizó la salud y la enfermedad como ámbitos de control social de la población, según sus presupuestos político sociales. El estudio del modo en el que en estos años se concibió la relación entre expertos y profanos en el ámbito de la educación sanitara permite un acercamiento a como se ejerció el poder en un ámbito muy importante de la vida de las personas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Porter, Roy, ed. (1992), The Popularization of Medicine, 1650-1850. London and New York, Routledge.
2. Perdiguero, Enrique; Bernabeu, Josep (1997), "Burlarse de lo cómico nacido de la tontería humana. El papel otorgado a la población por la divulgación higiénico-sanitaria durante la Restauración". En: Montiel, Luis; Porras I, eds. De la Responsabilidad Individual a la Culpabilización de la Víctima. El papel del paciente en la prevención de la enfermedad, Madrid, Doce Calles, pp. 55-66.
3. Perdiguero, Enrique (2006), Caring for the Children: Infant Mortality and Mass Media in Spain, 1928-1939. En: Andresen, Astri; Gronlie, Tore; Ryymi, Teemu, eds. Science, Culture, and Politics. European Perspectives on Medicine, Sickness

and Health, Bergen, Stein Rokkan Centre for Social Studies, University of Bergen, 2006, pp. 31-53.
4. Castejón, Ramón; Perdiguero, Enrique; Ballester, Rosa (2006), Los medios de comunicación al servicio de la lucha antivenérea y la protección de la salud materno-infantil (1900-1950). História, Ciencias, Saúde – Manguinhos, 13 (2): 411-437.
5. Perdiguero, Enrique (2006), For a Stronger Nation: Public Health Documentaries in Spain before the Civil War (1936-1939). En: Rollins, Peter C., O'Connor, John E.; Knecht Jamens R., eds. Film & History. Proceedings of the 2006 Film and History League. Conference Entitled "The Documentary Tradition".
6. Perdiguero, Enrique; Ballester, Rosa; Castejón, Ramón (2007), Films in Spanish Health Education: The Case of Child Health (1928-1936) Higyea Internationalis 6 (2), 69–97.
7. Perdiguero, Enrique; Ballester, Rosa; Castejón, Ramón (2007), La propaganda sanitaria en España en la II República: la Sección de Higiene Social y Propaganda de la Dirección General de Sanidad. En: Campos, Ricardo; Montiel, Luis; Huertas, Rafael, eds. Medicina, Ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI). Madrid: CSIC, pp. 303-316.
8. Bernabeu-Mestre, Josep; Trescastro, Eva; Galiana-Sánchez, María Eugenia (2011), La divulgación radiofónica de la alimentación y la higiene infantil en la España de la Segunda República (1933-1935), Salud Colectiva, 7 (Supl 1), 49-60.
9. Castejón, Ramón; Perdiguero, Enrique; Piqueras, José Luis, eds. (2012), Las imágenes de la salud: cartelismo sanitario en España. Alicante- Madrid: Instituto Alicantino de Cultura "Juan Gil-Albert" & CSIC.
10. Perdiguero-Gil, Enrique (2012), La creación de un nuevo mercado alimentario en España: las vitaminas en la prensa periódica (1917-1950). Nutr Hosp., 27 (suplemento 2), 10-17

LA ATENCIÓN A LA SALUD EN EL CURRÍCULO ESCOLAR DEL FRANQUISMO

Aida Terrón

Área de Teoría e Historia de la Educación. Universidad de Oviedo.
aterron@uniovi.es

Analizamos el tratamiento que la escuela franquista dio a la enseñanza de la salud a partir de los "programas" y los "textos", dos tipos de fuentes cuyo análisis combinado resulta prácticamente canónico en las investigaciones sobre la historia del currículo; de hecho la "educación para la salud" ha sido ya objeto de análisis a partir de estas fuentes (J. Zabala), si bien con un tratamiento metodológico de carácter estrictamente cuantitativo que no agota, creemos, análisis más cualitativos como el que nos proponemos.

Hemos analizado la documentación oficial que fue progresivamente regulando las materias y los contenidos de la enseñanza primaria (leyes, órdenes ministeriales, reglamentos...) atendiendo a objetivos formativos, orientaciones pedagógicas y prácticas escolares previstas para implementarlos. Los *Cuestionarios nacionales de primera enseñanza* (1953 y 1965) los *Programas para colegios nacionales* (1968) y las *Orientaciones Pedagógicas para los Planes y Programas de estudio de la EGB* (1970), son "vaciados" y explorados desde esa perspectiva analítica – y otras normativas de rango menor que, sin embargo, fueron decisivas en momentos concretos, tales como los "niveles de fin de curso" de 1964- procediendo, en paralelo, a comparar/contrastar la información así

obtenida con una muestra significativa de la manualística escolar de la época, la segunda de las fuentes mencionadas.

En sus diversos subgéneros (enciclopedias, libros de texto, libros de lectura, libros de trabajo para el alumno, libros de consulta, Guías Didácticas para el profesor, etc.) el libro fue en los años analizados –y continúa siéndolo- un soporte básico de los contenidos curriculares, prácticamente determinante en la paupérrima escuela española de las décadas 1940-1950; el texto dominante y prácticamente exclusivo entonces (la enciclopedia) y cualesquiera otros enfatizaban su condición de textos "rigurosamente ajustados a los cuestionarios nacionales". La "enciclopedia Álvarez", que copó el 80% del mercado nacional de ese género, fue "el libro" de los niños españoles que permanecían en la escuela después de los diez años, y continuó siéndolo tras el fallido empeño de Ruiz Giménez por implantar una cultura escolar más tecnificada. Adolfo Maíllo, director del CEDODEP, recuerda el fracaso de los Cuestionarios Nacionales de 1953 (los primeros programas escolares que tuvo nuestra escuela) a la condición de un magisterio depurado, empobrecido (con un alto índice de tuberculosos) permantemente sometido al juicio de la Iglesia, el inspector, la Falange, el delegado del Frente de Juventudes o de la Sección Femenina y el inspector: los textos enciclopédicos constituían seguros "andadores" a los que aferrarse. Habrá que esperar a la década de los sesenta para que programas y textos cobren otra vida.

Hemos dicho "los primeros programas" de nuestra escuela. Porque los encargados en 1938 por el Ministro Sainz Rodríguez para la "nueva escuela" que correspondía a la "nueva España" no llegaron a publicarse. En ellos el maestro instruiría sobre hábitos higiénicos corporales, primeros auxilios, el valor nutritivo de los principales alimentos y, en relación con ello, en las técnicas de la economía de autoconsumo que habría de dominar un futuro campesino productor, habitante de una arcadia feliz. Encomienda esta que se enfatizaba en el caso de las maestras, para las que las revista Consigna, de la Sección Femenina, daba precisas instrucciones emanadas de sus propias expertas (como la ingeniera agrónoma Isabel Torán) sobre economía agrícola, conservas, cunicultura... en un programa que recuerda las unidades educativas del posterior programa EDALNU.

Para los años 40 y 50, con una educación física concebida como educación premilitar, ("porque nuestra vida es milicia") el título del texto de higiene escolar

¡Defiéndete! (1942) es ilustrativo del modo en que va a presentarse la temática que nos ocupa. La lucha contra la enfermedad como vigilancia contra un peligro invisible y permanente queda compendiada en brevísimas lecciones de higiene (el peligro de los perros, de los mosquitos, las infecciones causadas por microbios malignos, las aguas malsanas, las sustancias en mal estado, los aires impuros, la tenia de tres metros, el veneno del tabaco, el peligro de fumar, los estragos del alcoholismo...), condenando actitudes ignorantes (taponar las heridas con barro o telarañas...), fomentando la creación de hábitos de limpieza corporal (y de la vivienda en el caso de las niñas). Para los mayores de diez años, además, la higiene específica de los órganos y de las funciones del cuerpo humano (incluida en la materia Ciencias naturales) así como nociones mínimas sobre las principales enfermedades contagiosas y reglas para evitarlas. Unas palabras sobre "los microbios", Pasteur y "la vacunación" coronan estas enseñanzas. Algunos textos (*Fundamentos,* 1955) simplifican estas escuetas enseñanzas encerrándolas en preceptos que bajo el principio: "la condición de ser robusto y no enfermizo es llevar una vida ordenada" orientan la acción infantil: "Para una vida ordenada, "¿que hacer?"; y "¿que no hacer?".

La puesta en vigor de la cartilla de escolaridad (1954), introduciendo las calificaciones de los alumnos en la escuela primaria llevaron a algunos autores de manuales a objetivar los contenidos a dominar en las diferentes materias (como lo harían después los "niveles de fin de curso" en 1964); los items de la *nuestra* son los siguientes: *"Escribe tres ejemplos de ejercicios físicos naturales; ¿que es el surmenaje?; escribe tres reglas higiénicas referentes a la digestión; el llevar prendas apretadas ¿a que función de la nutrición perjudica?; cual es el mejor restaurador de las energías del sistema nervioso?; el hombre adulto debe dormir...horas; la mujer...y los niños y los ancianos...; V o F: para conservar en buen estado el tacto basta con mantener limpia la piel; ¿qué parte del puede ser dañada por un ruido intenso?; ¿a que edad pueden los niños comer papillas?; ¿cuál debe ser la anchura mínima de las calles?; ¿cuándo debemos limpiar la boca?; si o no: ¿son convenientes los baños después de comer?; V o F: todos los microbios son de origen animal; ¿que son las toxinas?; las antitoxinas son segregadas por... ¿en que consiste la vacunación?; ¿cual es la misión del aire?; ¿cómo deben ser las habitaciones de las casas?; ¿por qué es peligroso el alcoholismo para el individuo?; ¿por qué es peligrosos el alcoholismo para la raza?; escribe los nombres de tres factores que contribuyen a que la vida sea higiénica; ¿hasta que edad no debe practicarse la gimnasia atlética?.*

En los Cuestionarios de 1953 los contenidos de higiene presentes tanto en las materias femeninas *Iniciación al hogar* y la *Economía domestica* como en la enseñanza elemental común mantienen esta misma secuencia; las pretensiones y el sentido que le atribuyen sus autores anuncian, sin embargo, otra época*: "la enseñanza de la higiene se orientará de tal modo que el alumno pueda darse cuenta de las formas en que han desarrollado la vida los seres para conseguir la salud, haciéndoles ver la importancia que para la evitación de las enfermedades tiene la prevención, a la par que se procurará que adquieran hábitos de cuidado del cuerpo y ejercicios adecuados, encaminados al logro de un estado físico sano. En el grado de iniciación profesional se darán nociones de higiene del trabajo, haciéndoles ver la importancia que para el rendimiento laboral, la conservación de la salud y la evitación de deformidades tiene un estudio de las características del trabajo específico que conduzca a una práctica racional del mismo*".

Desde 1961 la administración educativa comenzará a implementar los programas de *educación sanitaria escolar* formulados por la OMS-UNESCO, difundidos en revistas pedagógicas (*Vida Escolar*) cursos de especialización para inspectores y maestros, traducción de monografías (Turner, 1961) y puesta en marcha del programa EDALNU. A su luz se tomarán decisiones para orientar la fenomenal expansión del sistema educativo que entonces se estaba produciendo, en plena fase de desarrollismo económico y social y de inclusión de nuestro país en el "concierto internacional". La gratuidad y obligatoriedad de la escolarización hasta los 14 años (ley de 1965) apoyada con medidas del programa Fondo Nacional del PIO para comedores escolares, libros de texto para las escuelas, concentraciones escolares etc. inician la auténtica modernización de nuestra escuela. Los nuevos programas escolares que caracterizan esta fase desarrollista (los mencionados para los años 1964, 1965, 1968 y 1970) incluirán ya en mayor o menor medida las enseñanzas de educación sanitaria recomendadas por la OMS.

Los programas se cargan con temáticas emergentes; así, la alimentación y nutrición, un tema estrella (especialmente presente en las *Enseñanzas del Hogar*, para niñas) que tiene su correlato en los comedores escolares (indispensables en la nueva situación laboral creada por el desarrollismo), con material y textos escolares específicos; la educación vial (presentada en los sesenta como "la circulación y sus peligros" dada la altísima frecuencia de accidentes de tráfico infantiles en una sociedad que comienza masificar el número de vehículos (empresas automovilísticas suelen editar gratuitamente cartillas escolares de

circulación); el “salvamento y socorrismo” cuyas instrucciones son ya sobre nuevas realidades; las enfermedades (con una más completa y objetiva caracterización, incluyendo aquellas producidas por “la civilización” y por los problemas medioambientales); y la lucha contra las mismas, que ahora tiene un fuerte componente social. De hecho desde 1965 los contenidos que analizamos irán acomodándose en una *nueva “Educación cívica y social” y, desde 1970, en el área de* Ciencias Sociales con mayor extensión que en la de *Naturales.*

La salud y su conservación, muy presente en los programas de 1965 y 1968 (menos en los de 1970, aunque los textos escolares “extiendan su tratamiento”) se presenta como un objetivo individual pero también colectivo, que tiene una importantísima dimensión cívico-social. El valor de la salud y su protección se asocian directamente al valor y la necesidad de la Seguridad Social, extensamente tratada en los programas mencionados y cuya divulgación persigue, incluso, un concurso escolar en el que participarán escuelas de toda España en 1965, año en que otro concurso, en este caso dirigido a maestros, buscaba la divulgación del Plan Nacional de Erradicación de la Tuberculosis. El I.N.P., los diversos tipos de seguros (de enfermedad, de vejez, de accidentes de trabajo y enfermedades) los servicios de asistencia sanitaria, los ambulatorios, sanatorios y hospitales, la investigación médica y sus conquistas (los rutilantes trasplantes de corazón) incluso sobre las enfermedades “nuevas” (cáncer, corazón), el potente y moderno instrumental de que dispone, la larguísima y completa formación del médico, el espíritu de entrega del personal sanitario y la preocupación del Estado por la salud de sus ciudadanos son temáticas trabajadas de una manera teórica y con prácticas novedosas como la vista a ambulatorios, consulta de prospectos farmacológicos, cartelería de la Dirección General de Sanidad, etc.

FOLCLORE MÉDICO Y EDUCACIÓN SANITARIA EN LAS DOS PRIMERAS DÉCADAS DEL FRANQUISMO

Enrique Perdiguero-Gil[1] y Josep M. Comelles[2]

[1]Universidad Miguel Hernández de Elche. quique@umh.es

[2]Medical Anthropology Research Center. Universitat Rovira i Virgili. josepmaria.comelles@urv.cat

Holbach escribió en 1770 un texto fundacional sobre la influencia de los *préjugés* en la formación de la opinión pública (1). En España lo tradujeron por *preocupaciones* (2). No son lo mismo, pero el concepto de *preocupaciones* ha tenido una trayectoria posterior sustituyendo, en parte, al de *supersticiones.* Esta distinción es importante para comprender los significados de algunas acciones destinadas a popularizar la medicina. Si *supersticiones* -o *folkmedicina*- hacen referencia a un corpus de conocimientos o prácticas populares, más o menos resolutivas, que pueden sistematizarse y contextualizarse social y culturalmente, las *preocupaciones* remiten a la esfera de las actitudes de la población que impiden el progreso, tal y como fue asumido por la Ilustración (3). En esta comunicación vamos a examinar algunas de las implicaciones que de ello se derivan en algunos textos de folklore médico publicados en España durante las dos primeras décadas del Franquismo y su relación con la modificación de los comportamientos de la población, lo que, desde mediados del pasado siglo, se denomina *educación sanitaria*.

DE LA SUPERSTICIÓN A LA FOLKMEDICINA

El ámbito de la *Folk-medicine* (4), - concepto traducido al castellano como *medicina popular* (5)-, estuvo dedicado a describir las creencias y conocimientos prácticos sobre salud, enfermedad y atención del campesinado europeo. Como ámbito de pesquisa fue codificado, entre otros, por médicos etnógrafos como Pitrè (6), dando lugar al *folclore médico*, un género marginal en la producción etnográfica y con una proyección distinta a la de las numerosísimas *topografías médicas* – que contienen apuntes de gran valor etnográfico sobre prácticas populares (7)-. Estas últimas, *documentos médicos* escritos *para* médicos contienen etnografías sobre prácticas y saberes relativos a salud con un objetivo profesional en el que, junto a su objetivo fundamental, valorar estados de salud colectivos, se denuncian prácticas populares, incluidas críticas a los sanadores populares. En este sentido, pretendieron promover la *aculturación* de las *masas ignorantes* mediante la *educación* y, por lo tanto, presentaban un compromiso con el proceso de medicalización, aunque su principal anclaje fuese el programa higienista.

El *folclore médico* procede de otra tradición intelectual, basada en la escucha de narrativas sobre saberes y prácticas populares que se desvanecen bajo el empuje del capitalismo decimonónico, pero que permiten construir la identidad cultural de los colectivos humanos. Pitrè, al proponer que podía hablarse de un sistema nosológico popular y describirlo con los criterios de la patología general y especifica de la medicina experimental para dibujar sus límites culturales, lo situó al margen del folclore. Conceptualizado así, la mayoría de folkloristas médicos no pudieron abordar, desde una perspectiva relativista, el pluralismo asistencial puesto que contradecía el proceso de medicalización. El folklore médico se concentró, por tanto, en la identificación de núcleos de creencias y prácticas, que permitían establecer los límites culturales de la práctica médica hegemónica. Los folcloristas médicos recogieron el saber popular como modo de delimitar su hegemonía, identificándolo como una etapa previa al desarrollo de la medicina científica. También, para rescatarlo, ante el peligro de desaparición que suponían las nuevas relaciones económicas y sociales. Los autores de topografías, informes médico-sociales y popularizadores lo consideraron como un lastre, algo a erradicar para progresar. Ambos, por tanto, dieron importancia a esos saberes, aun denigrándolos en no pocos casos. Lo ‘cultural’ importaba.

DE LA SUPERSTICIÓN A LAS PREOCUPACIONES

Los numerosísimos impresos de popularización médica, mayoritariamente escritos por médicos, se construyeron sobre una dialéctica entre el conocimiento experto y el conocimiento popular. La clave no era coleccionar *survivals*, sino responder a unas *preocupaciones,* entendidas como obstáculos para el progreso del estado sanitario de la población (8).

Preocupaciones remite a actitudes, a temores, a ansiedades individuales o colectivas generadas por la incertidumbre. El tránsito de *superstición* a *preocupación* en España podemos observarlo en dos obras sucesivas del médico lucense Rodríguez López. La primera *Supersticiones de Galicia y preocupaciones vulgares* (9), publicada en 1895 estudió la pervivencia en Galicia de supersticiones, interpretadas a partir de la escolástica medieval y por "la importancia e interés de las oraciones usadas, ya por la antigüedad de los cultos de los que son lejano reflejo" (1943: 82). La segunda, *Las preocupaciones en medicina* (1896) (10) se dirige a las clases populares, pero también a los médicos. Subtitulada *Conocimientos útiles a la familia. Reglas para conservar la salud y no dejarse engañar por los curanderos y para conocer a los médicos*, pretendía enseñar y aclarar dudas sobre una amplia colección de *preocupaciones* presentes en los saberes populares: ideas sobre la infancia, influencia de los matrimonios consanguíneos en la herencia, enfermedades venéreas, de los ojos y las vacunaciones. Incluye aspectos propios de una sociología médica pero es, sobre todo, un repertorio de situaciones ante las cuales la población se planteaba dudas y necesitaba respuestas. Al centrarse en una etnografía de la vida cotidiana en Lugo incluye una discusión sobre la práctica médica, a menudo, muy crítica, que se compensa con las críticas, no menos ácidas, a curanderos o charlatanes. En el folklore médico, la mirada etnográfica sobre la práctica de los médicos es escasa, o se limita a anécdotas. En cambio, Rodríguez López utiliza los ejemplos etnográficos como un espejo en el que puede mirarse el público, que utiliza el libro como fuente de divulgación, y los profesionales, a los que pretende concienciar sobre sus propias malas prácticas. El libro, en si mismo, se presenta como una alternativa a la educación formal.

LA CRISIS DEL FOLCLORE MÉDICO EN LA POSTGUERRA ESPAÑOLA

Durante el Franquismo las topografías y el folklore médico (salvo en el País Vasco) eran ya géneros residuales, pero se publicaron algunas obras de calado como las del médico gallego Lis (1949) (11) y la tesis del psiquiatra coruñés Cabaleiro (1952) publicada recientemente, tanto en gallego (1997), como en castellano (1998). Ambas incluyeron trabajo de campo de primera mano, centrándose en los *culture-bound syndroms* regionales. Ambos autores carecían de formación como folcloristas. Lis y Cabaleiro valoraron las prácticas populares como *survivals* y ya no pueden observarse en sus obras objetivos prácticos o un compromiso social relacionado con el proceso de medicalización. Si bien Lis dedica su libro a Rodríguez López, lo hace como autor de las *Supersticiones*, no de las *Preocupaciones*. Sus lectores son folcloristas, eruditos y médicos "ilustrados" que comparten el viejo evolucionismo que sitúa la magia como prólogo de la ciencia. Junto a ellos, el proyecto más ambicioso fue la *Folkmedicina* (13) del prolífico médico Castillo de Lucas (1898-1972) (14). Sus 620 páginas están organizadas en 41 capítulos, en los que pueden distinguirse dos bloques claramente diferenciados, con tres capítulos de transición. Los primeros diez capítulos están dedicados a los conceptos de "folclore médico" –que enlaza con la antropología social- y "medicina supersticiosa". Siguen tres capítulos dedicados a la anatomía, la fisiología y la heredopatología. Los veintisiete capítulos restantes se organizan por especialidades médicas incluyendo algunos donde se proyecta la tradición galénico-hipocrática de la medicina: hidrología, climatología, etc. Se trata de un proyecto erudito, con 428 referencias, en su mayoría, tratados de folclore. Castillo cita a clásicos del folclore médico español como Salillas y a sus coetáneos Lis y Cabaleiro. De Rodríguez solo las *Supersticiones*. Su vocación es enciclopédica, "un libro curioso y útil a los médicos generales y especializados", pero no con una vocación de educación para la salud. Castillo de Lucas afirma con claridad su postura contraria a la popularización de la medicina. El libro está dedicado a los médicos, de ahí el interés en el empirismo de la medicina popular, que también comparten Lis y Cabaleiro.

A MODO DE CONCLUSIÓN

El saber y las prácticas populares fueron objeto de atención por parte de folcloristas médicos, autores de topografías médicas e informes médico-sociales y popularizadores de la medicina durante los años finales del siglo XIX y las dos primeras décadas del XX. Con los matices señalados la matriz sociocultural de las conductas populares importaba. Sin embargo, según fue avanzando el siglo XX la medicina fue despojándose de su compromiso social. En España, además, el destino de los sanitarios comprometidos fue, mayoritariamente, el exilio o la muerte. Lo popular, tal y como fue recogido por los médicos folcloristas, quedó relegado al ámbito de la curiosidad. A partir de los sesenta, si bien esta tendencia continuó, desde otros ámbitos, el conocimiento de lo popular fue, de nuevo, considerado como un elemento fundamental para la educación sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. D'Holbach, Paul Henri Dietrich (1770), Essai sur les préjugés. Ou de l'influence des opinions sur les moeurs et sur le bonheur des Hommes, London.
2. Holbach, Baron de (1823), Ensayo sobre las preocupaciones, Madrid, En la libreria estrangera de F. Denné.
3. Baras Escola, Fernando (1994), Política e historia en la España del siglo XVIII: las concepciones historiográficas de Jovellanos, Boletín de la Real Academia de la Historia, 191(2), 295-388.
4. Black, William G. (1883), Folk-Medicine. A chapter in the history of culture, London, Folk-lore Society.
5. Black, William G. (1889), Medicina Popular. Un capítulo en la historia de la cultura, Madrid, El Progreso Editorial.
6. Pitrè, Giuseppe (1896), Medicina popolare siciliana, Torino, C. Clausen.
7. Prats, Llorenç (1996), La Catalunya rància. Les condicions de vida materials de les classes populars a la Catalunya de la Restauració segons les topografies mediques, Barcelona, Altafulla.
8. Perdiguero, Enrique; Bernabeu, Josep (1997), "Burlarse de lo cómico nacido de la tontería humana. El papel otorgado a la población por la divulgación higiénico-sanitaria durante la Restauración". En: Montiel, Luis; Porras I, eds. De la Responsabilidad Individual a la Culpabilización de la Víctima. El papel del paciente en la prevención de la enfermedad, Madrid, Doce Calles, pp. 55-66.
9. Rodríguez López, Jesús (1943) [1895], Supersticiones de Galicia y preocupaciones vulgares, Buenos Aires, Nova.
10. Rodríguez López, José (1896), Las preocupaciones en Medicina, Lugo, Imprenta "El Regional".
11. Lis, Víctor (1949), La medicina popular en Galicia, Pontevedra, Gráficas Torres.
12. Cabaleiro, Manuel (1997) [1952], A psiquiatría na medicina popular galega, Santiago de Compòstela, Xunta de Galicia.
13. Castillo De Lucas, Antonio (1958), Folkmedicina: medicina popular, folklore médico, etnomedicina, demoiatria etnoiátrica, Barcelona, Dossat.
14. Fernández, Joaquín; Castillo, Antonio, eds. (1998). La Medicina Popular Española. Trabajos dedicados al Dr. D. Antonio Castillo de Lucas en el centenario de su nacimiento, Oviedo: Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas.

EDUCAR PARA REHABILITAR: PROPAGANDA Y ADOCTRINAMIENTO POLÍTICO EN TORNO A LA CORRECCIÓN DE LA DEFICIENCIA CORPORAL EN LA ESPAÑA FRANQUISTA (1940-1970)

José Martínez Pérez

Facultad de Medicina de Albacete - IDINE. Universidad de Castilla-La Mancha.
Jose.MPerez@uclm.es

INTRODUCCIÓN

Mi contribución se ubica en una línea de investigación, que vengo desarrollando desde hace más de una década, dirigida a explorar la manera en que en la España del pasado siglo se concibió la discapacidad y se generaron y negociaron socialmente respuestas relacionadas con ella. Mi objetivo ahora es poner de manifiesto cómo durante el Franquismo se consideró necesario "educar" a la población sobre las posibilidades que ofrecía la rehabilitación en cuanto proceso capaz de mejorar el grado de integración social de las personas discapacitadas y, muy especialmente, su aptitud para trabajar. A través de ello intento mostrar cómo esa tarea pedagógica incorporaba elementos de adoctrinamiento político que condicionaban la identidad social de las personas afectadas por deficiencias.

RESULTADOS

El régimen franquista dio tempranas muestras de su interés por controlar el fenómeno de la discapacidad. Ya en el *Fuero del Trabajo* (1938) el Estado se comprometía a "ejercer una acción constante en defensa del trabajador"(8, Declaración I, apartado 1). En consonancia con ello, el llamado Nuevo Estado manifestaba su intención de incrementar los seguros de "vejez, invalidez, maternidad, accidentes del trabajo, enfermedades profesionales y paro forzoso" (8, Declaración X, apartado 2). La discapacidad quedaba así muy estrechamente ligada con dos elementos clave en la concepción franquista y falangista de la "tarea de realizar —con aire militar, constructivo y gravemente religioso— la Revolución que España [tendría] pendiente y que [habría] de devolver a los españoles, de una vez para siempre, la Patria, el Pan y la Justicia" (8, Preámbulo). Me refiero a la actividad laboral y la producción.

El trabajo, considerado como un derecho y como un "deber impuesto al hombre por Dios, para el cumplimiento de sus fines individuales y la prosperidad y grandeza de la Patria" (8, Declaración I, apartado 1), iba a representar un factor fundamental a la hora de caracterizar a las personas. De hecho, el término "productores", con el que los ciudadanos empezaron a ser designados, expresa nítidamente cómo la relación de los hombres y mujeres con la tarea común de incrementar la riqueza y mejorar la economía a través de su actividad laboral representaba un elemento central e su identidad social.

Las orientaciones fundamentales contenidas en el *Fuero* se concretaron tempranamente en normas legales en las que el problema de las personas con deficiencias era objeto de consideración. La *Ley de 1 de septiembre de 1939*, por la que el régimen de capitalización en el Retiro Obrero se sustituyó por el de pensión fija, estableció el derecho a percibir el "subsidio de vejez" a los obreros mayores de sesenta años que padecieran invalidez laboral producida por causas distintas al accidentes de trabajo" (10, artículo sexto). Por su parte, el *Reglamento General de Seguridad e Higiene el Trabajo* (1940) buscaba conservar la "integridad física del trabajador" (14).

También muy tempranamente se promulgó la *Ley de Sanidad infantil y Maternal* (1941), con la que el Gobierno mostraba su interés por incrementar el número de productores. Esto les llevaba a no olvidarse de "la recuperación de niños inválidos y deformes, así como de los anormales mentales", estableciendo que debía

verificarse "a través de los Dispensarios y Centro de tratamiento especializado, coordinados o dependientes de Sanidad" (11, artículo 23).

Estas iniciativas legales no supusieron respuestas adecuadas el problema de la discapacidad. Tampoco lo fueron la puesta en marcha en 1942 del *Seguro Obligatorio de Enfermedad* (12), la creación en 1947 de la *Caja Nacional del Seguro de Vejez e Invalidez* (5), ni la formación en 1949 de la *Lucha Sanitaria Nacional contra la Invalidez* (6). Por diferentes razones —cobertura aseguradora limitada, falta de cumplimiento de lo establecido en las normas, respuesta institucional inapropiada...—, las personas "inválidas" continuaban representando un sector de la población inadecuadamente atendido.

No obstante, de esas normas se extraen dos conclusiones importantes. De un lado, que la "invalidez" era problematizada en España a través de tres aspectos fundamentales que tenían que ver con el modo en que el fenómeno era interpretado: el hecho de representar la reducción en un individuo de su capacidad para producir; la limitación derivada de ello en la capacidad de un individuo para obtener recursos económicos; y la de ser una condición atribuida a una persona tras su comparación con el patrón representado por el hombre y la mujer "sanos". De otro lado, que ese conjunto de iniciativas pueden ser interpretadas como expresión de lo que Foucault denominó "biopoder"; esto es, de una forma de poder que hace entrar la vida humana en ese tipo de gobierno que el pensador francés concibió como la dirección de las conductas. Por medio de diferentes "disciplinas" ese "biopoder" trataría de normalizar a los individuos para alcanzar una optimización del binomio docilidad/utilidad.

A partir fundamentalmente de finales de la década de los cincuenta, con el impulso favorable de los organismos internacionales, y de expertos que vinieron a España para asesorar sobre el problema (2), la "rehabilitación", entendida como un proceso multidisciplinar que abarcaba la labor de traumatólogos, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, psicólogos, pedagogos y asistentes sociales, se convirtió en una disciplina fundamental en el ejercicio de ese "biopoder". La creación en 1957 del *Patronato Nacional de Rehabilitación y Reeducación de Inválidos* (7) fue una consecuencia de ello, como lo fue también el *Symposium* organizado en 1958 por el Instituto Nacional de Previsión para tratar sobre el modo de acometer la tarea de controlar los inconvenientes que la presencia de personas con deficiencias causaba en la España franquista (1). En ambos casos

los elementos ideológicos y conceptuales que rodeaban a la discapacidad se pusieron claramente de manifiesto. La "rehabilitación" de los "inválidos" se consideraba un objetivo a alcanzar por el beneficio que representaba para la economía devolver a personas supuestamente "inútiles" a la actividad laboral. Su transformación en "productores" suponía mejorar las posibilidades de incrementar la riqueza del Estado por dos vías fundamentales: la aportación directa que su trabajo podía suponer para incrementar la producción, y la reducción que ello suponía en relación con el pago de pensiones.

Aunque los protocolos propuestos para alcanzar la rehabilitación de los "inválidos" hicieron mucho hincapié en la labor de traumatólogos, médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, psicólogos y pedagogos, es posible apreciar también la preocupación por transformar el modo en que la sociedad contemplaba a las personas con discapacidades. Para que el programa tuviera éxito se estimaba como algo necesario "educar" a la población en la idea de que era posible en ese momento transformar a una persona cuyas deficiencias le hacían ser clasificado como un "inválido" en un "productor".

Es ahí donde la propaganda cobraba un papel destacado entre las disciplinas encaminadas a manejar el problema de la rehabilitación. De hecho, se trataba de un método empleado con asiduidad para inducir en la población cambios de conductas encaminados a mejorar su salud (8, 14, 3), y se había desarrollado ya en el marco de programas, como el de la prevención de la siniestralidad laboral (12) y la alimentación y la higiene infantil (3), que buscaban reducir el número de personas con deficiencias físicas. No es extraño que el objetivo de educar a los españoles para que modificaran su actitud frente a la "invalidez," y contemplaran la rehabilitación como un medio para mejorar sus posibilidades de integración social y de trabajar, contara con los instrumentos propios de la propaganda. Al lado de las continuas manifestaciones de los expertos en Congresos y reuniones científicas sobre sus capacidades para transformar el cuerpo de las personas discapacitadas al objeto de convertirlos en "productores", es posible encontrar muestras del uso de los impresos, de la radio, y del cine para modificar la opinión de la población española sobre las posibilidades de rehabilitar a los portadores de deficiencias. En este sentido, se buscaba, tanto conseguir que las personas "inválidas" se comprometieran con los programas de rehabilitación, como informar a la población sobre la capacidad de los expertos para conseguir la meta de transformar a las personas supuestamente "inválidas" en “productores”.

En este sentido, la tarea de "educar" conllevaba un cierto adoctrinamiento político. En su modo de argumentar no faltaba la consideración de la responsabilidad del individuo con objetivo de engrandecer la Patria, con el deber de trabajar y de contribuir con su esfuerzo a incrementar la riqueza y el fortalecimiento de la Nación. El Estado se comprometía con la tarea de proporcionar a los ciudadanos los medios para procurar reducir el alcance de sus deficiencias, pero a cambio se propugnaba la obligación que estos tenían de aprovechar esos recursos para cumplir sus deberes como ciudadanos.

BIBLIOGRAFÍA

1. I Symposium Médico-Social en el I.N.P. (1959) Tema de estudio: rehabilitación del presunto inválido y Seguridad Social. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1959.
2. Ballester, Rosa (2012), Los organismos sanitarios internacionales y la rehabilitación de los niños con discapacidades físicas (1948-1975), Revista Estudios do Seculo XX, 12, 89-101.
3. Bernabeu-Mestre J., Trescastro E., Galiana-Sánchez M.E. (2011), La divulgación radiofónica de la alimentación y la higiene infantil en la España de la Segunda República (1933-1935), Salud Colectiva, 7 (Supl 1), 49-60.
4. Castejón, Ramón; Perdiguero, Enrique; Piqueras, José Luis, eds. (2012). Las imágenes de la salud: cartelismo sanitario en España. Alicante- Madrid: Instituto Alicantino de Cultura “Juan Gil-Albert” & CSIC.
5. Decreto de 18 de abril de 1947, BOE nº 125 de 05/05/1947.
6. Decreto de 6 de junio de 1949, BOE nº 201 de 20/07/1949.
7. Decreto de 28 de junio de 1957, B.O.E. nº 180 de 13/07/1957.
8. Fuero del Trabajo, BOE nº. 585 de 10/03/1938.
9. Jiménez Lucena, Isabel; Ruiz Somavilla, Mª José; Castellanos Guerrero, Jesús (2002), Un discurso sanitario para un proyecto político. La educación sanitaria en los medios de comunicación de masas durante el primer franquismo, Asclepio, 54 (1), 201-218.
10. Ley de 1 de septiembre de 1939, BOE nº 252 de 09/09/1939.
11. Ley de 12 de julio de 1941, BOE nº209 de 28/07/1941.
12. Ley de 14 de diciembre de 1942, BOE nº 361 de 27/12/1942.
13. Martínez-Pérez, José (1994), La Organización Científica del Trabajo y las estrategias médicas de seguridad laboral en España (1922-1936), Dynamis, 14, 131-158.
14. Orden de 31 de enero de 1940, BOE nº 34 de 03/02/1940.
15. Perdiguero, Enrique; Ballester, Rosa; Castejón, Ramón (2007), La propaganda sanitaria en España en la II República: la Sección de Higiene Social y Propaganda de la Dirección General de Sanidad. En: Campos, Ricardo; Montiel, Luis; Huertas, Rafael, eds. Medicina, Ideología e Historia en España (siglos XVI-XXI). Madrid: CSIC, pp. 303-316.

CUANDO LA DISCAPACIDAD ENTRA EN CASA: EDUCANDO A LOS PADRES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DURANTE EL SEGUNDO FRANQUISMO

Mercedes del Cura González

Facultad de Medicina de Albacete – IDINE. Universidad de Castilla-La Mancha.
Mercedes.DelCura@uclm.es

INTRODUCCIÓN

Desde comienzos del siglo XX los expertos identificaron a la familia como un agente productor de discapacidad intelectual. El peso concedido a la herencia en la aparición de la patología y la extensión de las ideas degeneracionistas sirvieron para alimentar la idea de que en muchos casos el problema estaba relacionado con la presencia de taras físicas y morales en los progenitores. Además, la convicción de que estos últimos eran incapaces de ocuparse de los niños – a causa de su ignorancia, su desinterés o su excesivo afán por protegerles- les llevó a defender la necesidad de sustraer a los padres el cuidado de sus hijos (3).

Sin embargo, la manera de entender la relación entre familia y discapacidad intelectual sufrió un profundo cambio a mediados de siglo. Los médicos (psiquiatras, pediatras o neurólogos), los pedagogos, los psicólogos y otros expertos que comenzaban a intervenir entonces en este ámbito, así como los

asistentes sociales o los teólogos, empezaron a hacer hincapié en el daño que un niño con discapacidad intelectual podía producir en el entorno familiar y en las dificultades que, a su vez, los padres debían vencer para convertirse en un verdadero apoyo para sus hijos (8). Sin renunciar a reivindicar el papel protagonista que debían asumir los especialistas en la gestión del problema, se admitía la importancia que la familia - y los lazos afectivos que se creaban en su seno- tenía en el proceso rehabilitador (11).

Este nuevo enfoque no impidió que los expertos mantuvieran, como habían hecho en la etapa anterior, la idea de que los padres no estaban preparados para asumir esta tarea y que debían dejarse guiar por el consejo de los profesionales y confiar en la utilidad de las nuevas técnicas científicas que estos manejaban. Esta idea les llevó a invadir el contexto familiar y a erigirse en los supervisores de los comportamientos y las decisiones de los padres. Una de las vías utilizadas para llevar esto a cabo fue la publicación de textos divulgativos destinados a educar a los integrantes de la familia y especialmente a las madres que, al igual que ocurría con los niños "normales", eran identificadas como las "cuidadoras" naturales de estos otros niños.

En España este tipo de literatura hizo su aparición en las dos últimas décadas del franquismo. El objetivo de este trabajo es estudiar los textos publicados en ese momento, analizar las claves del discurso que se transmitió a través de ellos a los padres y, finalmente, valorar hasta qué punto las ideas de los expertos influyeron en la manera de entender la discapacidad intelectual y contribuyeron a que las familias de estos niños adquirieran cada vez más protagonismo en las decisiones y medidas adoptadas para dar una respuesta al problema.

LOS TEXTOS PARA PADRES DE HIJOS "SUBNORMALES"

Los primeros trabajos publicados por expertos españoles sobre esta cuestión aparecieron a mediados de la década de los sesenta (2,4). Sus autores fueron profesionales - el pediatra Antonio Cambrodí y la pedagoga Isabel Díaz Arnal- vinculados a instituciones dedicadas a atender a este colectivo. Estas obras iban dirigidas a interlocutores especializados aunque es probable que llegasen también a algunas familias.

Los primeros textos destinados específicamente a los padres fueron traducciones de obras foráneas con repercusión a nivel internacional: en el año 62 aparecía el libro de Gaston y Maria-Françoise Falisse (8); en la segunda mitad de los sesenta las monografías de María Egg Benes (5, 6, 7); y, al comenzar los setenta, el libro de French y Scott (10). Los escasos textos escritos por españoles se publicaron a finales de los sesenta y principios de los setenta. La heterogeneidad de sus autores - el filósofo y teólogo, Julián Abad (1); los psicólogos Luis Riesgo y Carmen Pablo de Riesgo (14); y el periodista Emilio Rey (12,13) - condicionó el estilo de los trabajos, pero no supuso que existieran grandes diferencias en cuanto al contenido o la orientación general de los mismos.

En líneas generales el mensaje transmitido, tanto en la obras foráneas como en las nacionales, tuvo un triple objetivo: difundir entre los padres los avances producidos en el ámbito científico -sobre todo médico- en relación con este problema; guiarles para conservar su salud mental y garantizar la estabilidad del núcleo familiar; y finalmente orientarles en la relación con sus hijos, para convertirles en agentes activos del proceso de rehabilitación en colaboración con los expertos. Estos tres objetivos implicaban, además, ofrecer a los padres una información precisa y accesible sobre distintos aspectos médicos del trastorno que afectaba a sus hijos.

Los textos se utilizaron también para ofrecer información adicional sobre las leyes, ayudas e instituciones públicas y privadas existentes en nuestro país. Y, sobre todo, para convencer a los padres de la conveniencia y utilidad del consejo de los profesionales y de la importancia de organizarse y de incorporarse a las asociaciones de padres que habían comenzado a crearse a principios de los sesenta.

LAS CLAVES DEL MENSAJE DE LOS EXPERTOS

Los textos pretendían dar respuesta a los interrogantes que el nacimiento de estos niños suscitaba en los padres. Les ofrecían explicaciones sencillas sobre la naturaleza del trastorno, las razones de su aparición o la variabilidad de sus manifestaciones. Toda esta información debía servirles para entender mejor a lo que se enfrentaban y para convencerse de que la complejidad del problema exigía la intervención de unos profesionales que conocían cada vez mejor lo que

les ocurría a sus hijos y contaban con recursos que podían ayudarles a afrontar la situación y, algo muy importante, a evitar que volviese a producirse. Los avances en el ámbito de la genética, la bioquímica o la endocrinología habían permitido entender mejor la variedad y etiología de los trastornos incluidos bajo la etiqueta de la "deficiencia mental"; y, en consecuencia, diseñar técnicas y medidas preventivas que eran mucho más concretas y que, en gran medida, dependían del comportamiento responsable y saludable de los padres.

La segunda idea transmitida por los textos fue la de que la discapacidad "enfermaba" el núcleo familiar. Los expertos explicaron a los padres el modo en que la discapacidad modificaba sus sentimientos y actitudes. Les hablaban de la negación y de la inútil búsqueda de nuevos diagnósticos; de la tendencia a buscar culpables y de la consiguiente pérdida de la cohesión marital; de los problemas producidos por el agotamiento y la falta de reconocimiento asociados a los cuidados; del aislamiento social (relacionado con actitudes de sobreprotección o vergüenza) o del alejamiento de la iglesia. La solución que se les ofrecía era confiar en la ciencia y la religión, y aceptar el consejo y la orientación científica y espiritual de sus representantes.

Por último los trabajos buscaban educar y orientar a los padres para que pudieran emprender una conducta rehabilitadora eficaz y para que contribuyesen al proceso de integración social de sus hijos, comenzando por la vida familiar. Los expertos proporcionaron a los padres claves para una detección temprana y les animaron a consultar cuanto antes a los especialistas y a llevar a sus hijos a escuelas especializadas. Además les enseñaron a entender sus necesidades y a confiar en sus posibilidades de integración social (a nivel escolar, laboral, personal y religioso).

CONCLUSIONES

Durante el segundo franquismo los expertos transmitieron a los padres de las personas con discapacidad intelectual un mensaje en el que se les pedía una paternidad responsable; se les identificaba como sujetos con "necesidades especiales", que necesitaban la supervisión de los expertos, extendiendo de este modo el modelo médico de la discapacidad a toda la familia (8, p. 379); y se les ofrecía la posibilidad de convertir el núcleo familiar en una "unidad terapéutica",

de ser coprotagonistas en el proceso de rehabilitación de sus hijos guiados, siempre, por los expertos.

Aunque la imagen de las personas con discapacidad intelectual trasmitida por estos trabajos no estuvo libre de estereotipos (la idea de la discapacidad como tragedia o la identificación de estas personas como ángeles inocentes), contribuyó a verlas como sujetos con posibilidades de rehabilitación, con capacidad para integrarse laboral y socialmente, con necesidades afectivas y sobre todo con derecho a recibir del Estado y la sociedad apoyo y solución para su situación. Un derecho que se encargarían de reivindicar unos padres que, tal como reflejan algunos de estos textos, habían superado los sentimientos de culpa y vergüenza, y habían decidido convertirse en motores activos de este proceso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abad, Julián (1969), Mi hijo es subnormal, Madrid, Alameda, Colección “Tus Hijos”, vol. 40.
2. Cambrodí, Antonio (1967), Los hijos diferentes. El subnormal miembro de la familia, Barcelona, Terra.
3. Del Cura González, Mercedes (2011), Medicina y Pedagogía. La construcción de la categoría “infancia anormal” en España (1900-1939), Madrid, CSIC.
4. Díaz Arnal, Isabel (1965), La educación en el hogar de los niños inadaptados, Madrid, Rialp.
5. Egg Benes, Maria (1967), A niños diferentes, educación distinta. Guía para padres, educadores y amigos de niños retrasados mentales, Madrid, Fundación Centro de Enseñanza Especial.
6. Egg Benes, María (1968), Este niño no es como los demás. Guía para los padres, amigos y responsables de los niños débiles mentales, Madrid, Fundación Centro de Enseñanza Especial.
7. Egg Benes, María (1969), A hombres diferentes, rutas de vida distintas. Guía para padres, educadores y amigos de adultos retrasados mentales, Madrid, Fundación Centro de Enseñanza Especial.
8. Falisse, Gaston; Falisse, Marie-Françoise (1963), Nuestros hijos subdotados, Barcelona, Estela.
9. Ferguson, Philip M. (2001), Mapping the Family. Disability studies and the exploration of parental response to disability. En: Albrecht, Gary L; Seelman, Katherine D.; Bury, Michael Handbook of Disability Studies, Thousand Oaks, London, New Delhi, Sage, pp. 373-395.
10. French, Edward L.; Scott, J. Gliffors (1971), Cómo ayudar a su hijo retrasado, Barcelona, Nova Terra.
11. Gayarre Gil, Carmen (1970), Los padres de retrasados mentales, ¿necesitan ayuda?, ¿Pueden prestarla? En: Secretariado de Educación Especial de la Comisión Episcopal de Enseñanza, Deficiencia mental, cuestión urgente, Madrid, Euramerica, pp. 91-101.
12. Rey, Emilio (1971), Madres de Subnormales, Madrid, Alameda, Colección “otra Mujer”, v. 11.
13. Rey, Emilio (1973), Dossier, Subnormales. Para Padres y Madres angustiadas, Madrid, Alameda.
14. Riesgo, Luis; Pablo de Riesgo, Carmen (1973), ¿Por qué este hijo no es como los demás?, Madrid: PPC.

PSIQUIATRÍA Y EDUCACIÓN SOCIO-SANITARIA EN LA ESPAÑA FRANQUISTA

Salvador Cayuela Sánchez

Universidad de Murcia. scayuela@um.es

En España, las teorías raciales provenientes en gran medida del llamado *cientificismo positivista* y del *darwinismo social* fueron introducidas con relativo éxito primero por Luis Huerta, y más tarde por Misael Bañuelos (1). De hecho, es en la obra de Bañuelos donde encontramos por primera vez en nuestro país el esbozo de un programa socio-biológico preocupado por activar medidas eugénicas y por la articulación de una auténtica "higiene de la raza". Estas concepciones fueron retomadas por los psiquiatras franquistas, algunos especialmente influyentes en el nuevo régimen como Antonio Vallejo Nágera o Juan José López Ibor. Ambos estuvieron de hecho especialmente comprometidos con la elaboración de una *teoría racial* del "Nuevo Estado", así como con la articulación de las medidas necesarias que impidiesen una teórica *degeneración de la raza*. Fomentaron para ello una particular concepción de la "Raza Hispánica", representada por los valores *aristocráticos* de la raza castellana, y fundada esencialmente en la lengua, la cultura hispana, y las tradiciones y la moral católicas. "Mezcla de distintos biotipos" (14, p. 108), las ideas, los hábitos, la religión y la cultura propias de la "Hispanidad", eran pues lo definitorio de la raza, elementos que estaban siendo amenazados por "ideas extranjerizantes".

Bajo estas concepciones el nuevo régimen elaboró un discurso preocupado por demostrar la *inferioridad* y la *degradación social* del adversario político (3), argumentaciones que servirán de base para justificar tanto las acciones y políticas

de segregación del régimen, como muchos de sus programas de actuación socio-educativa y sanitaria. Ahora bien, la propia concepción *espiritual* y *cultural* de la Raza que enarbolaban los psiquiatras franquistas –además de sus convicciones católicas–, les impedían justificar la aplicación de estrategias eugenésicas o higienistas de la raza. Y es que tales medidas entraban en contradicción con los principios morales, espirituales y religiosos que definían su particular concepción de la raza. Así lo señalaba Vallejo Nágera: «Aún en el caso de que parezcan evidentes y rigurosamente científicos los principios eugenésicos, jamás estaremos autorizados para su aplicación cuando mermen los más sagrados derechos naturales del individuo, pues ha demostrado sobradamente la experiencia que mientras fallan en la herencia los frutos de la unión de biotipos seleccionados, nunca originó la degeneración de la raza la exaltación de los valores espirituales del pueblo» (14, p. 108).

Esta aversión mayoritaria de la psiquiatría franquista a la aplicación de ciertas técnicas eugenésicas, hizo que los psiquiatras y médicos del régimen prestaran una especial atención a aquellos dispositivos de educación socio-sanitaria donde podían encontrar ámbitos privilegiados de actuación. En este sentido, no es de extrañar que el *primer gran mecanismo de educación socio-sanitaria* influido por estas concepciones médico-sociales fuera la propia *propaganda del régimen*, encargada de culpabilizar a los *rojos* de las condiciones higiénicas de la España de la posguerra. En su libro *Neurosis de guerra*, de 1942, López Ibor afirmaba en este sentido que «Hubo en aquella zona roja una auténtica "simulación organizada" que se infundía en todas las actividades, desde la bélica de primera línea, hasta el servicio sanitario de retaguardia. Aquellas "actividades forzadas" constituían de por sí un cultivo cuidadoso de lo "no auténtico" que ha dejado secuelas en la época de la post-guerra» (8, pp. 9-10). Esta argumentación fue retomada, entre otros, por el propio Director General de Sanidad, José A. Palanca, para explicar la aparición de la epidemia de tifus exantemático en los años cuarenta: «Durante nuestra guerra toda la faja costera del norte de África era un vivero de tifus exantemático, y no se puede olvidar que de esta zona venían constantemente voluntarios a engrosar nuestras filas, aunque, a decir verdad, jamás nos trajeron un solo caso de la enfermedad [pues] faltaba una población con el suficiente grado de receptividad para que entre ella se propagase fácilmente el contagio […] Es muy probable que los sufrimientos morales y materiales padecidos durante los años de guerra en zona roja […] determinaran la aparición de la epidemia» (11, pp. 11-12).

Esta cuestión ha sido de hecho estudiada en profundidad (6), pero no es sino un muestra de la influencia de las teorías psiquiátricas franquistas en los dispositivos de educación socio-sanitaria del régimen. Otro mecanismo especialmente relevante hasta finales de los años cincuenta son las *Cátedras Ambulantes* de la *Sección Femenina de Falange* (12, 13, pp. 34 y ss.). Estas cátedras, preocupadas fundamentalmente por la maximización de los recursos económicos de las zonas rurales, tenían como una de sus líneas de actuación privilegiada la expansión por los pueblos más recónditos de los principios básicos de la llamada *puericultura*: alimentación infantil, vacunación, higiene, etc. De tales preceptos puericultores dependía en buena medida la consecución de los objetivos pro-natalistas del régimen, empeñado en alcanzar la mítica cifra de los *40 millones de españoles*. El propio López Ibor se había pronunciado al respecto con claridad meridiana: «Cualquier mujeruca del último de nuestros pueblos castellanos ha guardado en su seno, como reliquia profunda, más valores éticos que la mayor parte de la masa europea»; y proseguía: «El valor del hombre se mide por su coeficiente de trabajo, como el de la mujer por el de la maternidad» (7, pp. 183-212). La maternidad era considerada, en efecto, como un deber para la patria, elemento indispensable en la política racial del Nuevo Estado: «La guerra impone urgentemente una política racial que corone la victoria, compensando con unas nuevas las vidas perdidas. El Nuevo Estado flaqueará en una de sus más importantes bases si descuida la política natal, íntimamente articulada con la política racial» (15, p. 40).

Estos principios pro-natalistas –y sus aparejadas concepciones de la mujer– (Nash, 1996), son asimismo fácilmente detectables en aparatos tan importantes como el propio *sistema educativo*. En efecto, en la educación patriótica y religiosa del franquismo, las niñas debían se educadas en su triple función de *esposas*, *madres* y *enfermeras*, debiendo conocer los preceptos higiénicos y sanitarios básicos que aseguraran la salud de la raza. Así, la *Ley de Educación* de 1945 rezaba: «La educación primaria femenina preparará especialmente para la vida del hogar, artesanía e industria doméstica». Incluso la conocida y deleznable "depuración" del magisterio tomó tintes raciales, tal y como lo explica el propio Ministro de Educación Nacional, José Ibáñez Martín: «Como un organismo vivo tiranizado por el mal España tuvo que diseccionar zonas excepcionales de su masa vital porque era necesario […] devolver al maestro su dignidad, porque había que cuidar con desvelo incansable por la ideología de estos cuadros de choque espirituales que constituían el frente pedagógico» (9, p. 9).

Una última muestra de esta influencia de la psiquiatría franquista en los dispositivos de educación socio-sanitaria del régimen puede ser el propio *Auxilio Social*. En efecto, este organismo en principio asistencial, tuvo entre sus prioridades la reeducación y el control normalizador de madres e hijos de republicanos, la promoción de la salud infantil, y la expansión de los ideales pro-natalistas del régimen (5, 16). Estos objetivos estuvieron de hecho diseñados en gran parte atendiendo a las teorías raciales perfiladas por los psiquiatras del régimen, y no por casualidad uno de los principales asesores médicos de la *Obra*, el falangista Jesús Ercilla Ortega, provenía precisamente del grupo de Vallejo Nágera (6, 5, p. 141). También el propio Juan Antonio Onieva, asesor de pedagogía de la organización, compartía las concepciones de Vallejo sobre la personalidad psicopática como una personalidad degenerada, o la idea recurrente por aquel entonces de que la degeneración de la especie humana derivaba de la propia civilización moderna. Estas concepciones impregnaron profundamente y pueden detectarse fácilmente en muchos de los programas de actuación del Auxilio Social, un auténtico dispositivo disciplinario y regulador del régimen (2, p. 278).

Estos ejemplos son solo una muestra, quizá en exceso esquemática, de la tremenda influencia que las teorías raciales diseñadas por los psiquiatras del régimen llegaron a alcanzar en muchos de los más importantes dispositivos franquistas de educación socio-sanitaria. De hecho, la mayoría de estas influencias requieren aún de una investigación en profundidad que revele las conexiones, quizá deliberadamente olvidadas, entre las concepciones raciales y los programas de regeneración racial del régimen, y sus actuaciones más concretas. Estas huellas, estamos seguros, pueden seguir rastreándose en otros muchos de los dispositivos orquestados por la dictadura en su larga trayectoria, huellas que a bien seguro harían plantearnos los acostumbradamente señalados principios definitorios del régimen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Peláez, Raquel (1997), Eugenesia y fascismo en la España de los años treinta. En: Huertas, Rafael; Ortiz, Carmen, eds. Ciencia y fascismo, Madrid, Doce Calles.
2. Cayuela Sánchez, Salvador (2009), El nacimiento de la biopolítica franquista. La invención del «homo patiens», Isegoría, vol. 40, pp. 273-288.
3. Cayuela Sánchez, Salvador (2011), Biopolítica, nazismo, franquismo. Una aproximación comparativa, Endoxa, vol. 28, pp. 257-286.
4. Cenarro, Ángela (2006), La sonrisa de Falange. Auxilio Social en la Guerra Civil y en la posguerra, Barcelona, Crítica.

5. Cenarro, Ángela (2009), Los niños de Auxilio Social, Madrid, Espasa.
6. Jiménez Lucena, Isabel (1994), El tifus exantemático en la posguerra española (1939-1943). El uso de una enfermedad colectiva en la legitimación del «Nuevo Estado». En: Dynamis, vol. 14, pp. 185-198.
7. López Ibor, Juan José (1938) [1964], Discurso a los universitarios españoles, Madrid, Rialp.
8. López Ibor, Juan José (1942), Neurosis de guerra. Psicología de guerra, Barcelona/Madrid, Editorial Científico Médica.
9. Mayordomo, Alejando (1999), Estudios sobre la política educativa durante el franquismo, Valencia, Universidad de Valencia.
10. Nash, Mary (1996), Pronatalismo y maternidad en la España franquista. En: Bock, Gisela; Thane, Pat, eds. Maternidad y políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos (1880-1950), Madrid, Taurus, pp. 627-646.
11. Palanca, José Antonio (1943), Las epidemias de la posguerra. Discurso leído en la solemne sesión celebrada el día 28 de marzo de 1943 en la Real Academia de Medicina, Madrid, Instituto de España.
12. Sánchez Llamas, Francisco Javier (1994), Dos visiones de educación popular: el Patronato de Misiones Pedagógicas y las Cátedras Ambulantes de la Sección Femenina. En: Isla de Arriarán: revista cultural y científica, vol. 4, pp. 129-140.
13. Sánchez López, Rosario (1990), Mujer española, una sombra de destino en lo universal. Trayectoria histórica de Sección Femenina de Falange (1934-1977), Murcia, Universidad de Murcia.
14. Vallejo Nágera, Antonio (1937), Eugenesia de la Hispanidad y Regeneración de la Raza, Burgos, Editora Nacional.
15. Vallejo Nágera, Antonio (1938), Política Racial del Nuevo Estado, San Sebastián, Editorial Española.
16. Vinyes, Ricard; Armengou, Montse; Belis, Ricard (2002), Los niños perdidos del franquismo, Barcelona, Plaza & Janés.

IX. PSIQUIATRÍA Y PODER DURANTE EL PRIMER FRANQUISMO

Coords. Ángel González de Pablo y Ricardo Campos Marín

PRESENTACIÓN: PSIQUIATRÍA Y PODER DURANTE EL PRIMRE FRANQUISMO

Ángel González de Pablo y Ricardo Marín

El proceso de reorganización de la psiquiatría española y sus profesionales en el Nuevo Estado franquista tuvo numerosas facetas. Los trabajos aquí reunidos abordan algunos de ellas. Rafael Huertas estudia los aspectos organizativos y los contenidos del Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, celebrado en Barcelona en enero de 1942. En él se reflejarían las estrategias profesionales y científicas puestas en marcha durante el primer franquismo para sustituir ideas, instituciones y profesionales del período anterior. Luis Montiel escruta la ideología de textos con títulos aparentemente asépticos de la psiquiatría del primer franquismo, como es el caso de las "Enseñanzas psiquiátricas de la Segunda Guerra Mundial", el discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina de Vallejo Nágera, de gran interés para comprender el valor instrumental que se buscó dar a la psiquiatría en el Nuevo Estado en los ámbitos militares y civiles. Ángel González de Pablo examina la recepción de la psiquiatría alemana en España en los periodos previo y posterior a la Guerra Civil y pone de manifiesto la diferente elaboración de un mismo material en esos dos periodos, en consonancia con sus distintos contextos sociopolíticos: una más integradora y encaminada a la reforma del orden social, propia del periodo previo a la contienda civil; y otra más excluyente y dirigida al mantenimiento del orden social, dominante tras su finalización. Francisco Pelayo y Ricardo Campos analizan las estrategias y finalidades de la investigación psiquiátrica durante el franquismo, rastreándolas a través del seguimiento de instituciones clave en este apartado, como fueron los departamentos de Investigaciones Psiquiátricas y de Medicina Psicosomática del Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Ricardo

Campos, por último, investiga, tomando como hilo conductor la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 1970, las relaciones entre enfermedad mental y orden público en la psiquiatría del franquismo.

LA CONSTITUCIÓN DE LA PSIQUIATRÍA FRANQUISTA: EL CONGRESO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA (BARCELONA, 1942)

Rafael Huertas

Instituto de Historia. CCHS – CSIC. rafael.huertas@cchs.csic.es

Trabajo realizado en el marco del proyecto de investigación HAR2012-37754-C02-01
(Ministerio de Economía y Competitividad – España)

Es bien sabido que, tras la Guerra Civil española, un importante colectivo de psiquiatras que había desempeñado un papel crucial en la institucionalización de la medicina mental española (con la creación de la Asociación Española de Neuropsiquiatras, la Liga de Higiene Mental, los *Archivos de Neurobiología,* o con las propuestas políticas y legislativas que dieron lugar a la reforma psiquiátrica puesta en marcha por la segunda República) (1), marcharon al exilio –exterior o interior- (2). Aunque existen algunas aportaciones sobre las características de la psiquiatría franquista, definida por Juan Casco como "simplista, arbitraria y personalista" (3), y otras que se han centrado en el análisis de algunas figuras o instituciones relevantes (4), lo cierto es que faltan trabajos que aborden el proceso de reorganización de los profesionales de la medicina mental en el Nuevo Estado. En este sentido, el Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría, celebrado en Barcelona durante los días 12, 13 y 14 de enero de 1942, constituye, sin duda, un muy destacado ejemplo de dicho intento de sustitución de ideas y protagonistas en la psiquiatría española. El objeto de la presente

comunicación es analizar los principales aspectos organizativos del mencionado Congreso, así como sus principales contenidos, con el fin de valorar su importancia estratégica en el marco de los intereses profesionales y científicos de los psiquiatras durante el primer franquismo.

Las fuentes utilizadas en esta investigación han sido, fundamentalmente, las Actas del Congreso, publicadas en las *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, la revista fundada por Juan José López Ibor en 1940, y que ocuparon íntegramente dos volúmenes de la misma [vol. 3 (1942) y vol. 4 (1943)]. Asimismo, se ha consultado prensa diaria, noticias y folletos anunciadores del evento.

Creada en 1940 con la pretensión sustituir a la Asociación Española de Neuropsiquiatras -que había sido fundada en 1924 y que tanto protagonismo había tenido en las reformas republicanas-, la nueva Sociedad Española de Neurología y Psiquiatría tuvo como presidente a Juan José López Ibor y como vicepresidentes a Antonio Vallejo Nágera y Ramón Sarró. Dicha Sociedad acometió las tareas de organización de un Congreso que pretendió, como ya he apuntado, ser constituyente de una nueva psiquiatría para el Nuevo Estado.

Llama la atención el despliegue propagandístico y de difusión del evento realizado por los organizadores. Se imprimieron 20.000 ejemplares del programa del congreso, que se enviaron a todos los médicos de España. Asimismo, la prensa nacional se hizo eco del evento en un tono triunfalista que no ofrecía dudas sobre la calidad de las ponencias y, en general, de la ciencia mental española. *ABC* (11-1-1942) informaba que el congreso reunía a "las primeras autoridades nacionales de estas ramas de la medicina [neurología y psiquiatría]", lo que venía a suponer la "elocuente demostración de cómo también en materia de psiquiatría y neurología debe la ciencia mundial considerable aportación a los sabios españoles". Por su parte, *La Vanguardia* (14-1-1942) daba cuenta de las "interesantes y autorizadas ponencias" presentadas; y ambos rotativos destacaban el apoyo institucional y académico recibido por el congreso a través de recepciones ofrecidas por la Diputación provincial el Ayuntamiento de Barcelona o la Facultad de Medicina.

El congreso contó con una elevada participación (208 congresistas inscritos y 119 comunicaciones presentadas), repartidas en cuatro ponencias: 1) "Neurología de guerra (con especial consideración de la experiencia de la guerra española) –

ponentes: Rafael Vara López y Román Alberca; 2) Psiquiatría de guerra (con especial consideración de la experiencia de la guerra española) – ponentes: Luis Rojas Ballesteros y Juan José López Ibor; 3) Los nuevos tratamientos en psiquiatría – ponentes: Ramón Sarró y Luis Vela; y 4) Avitaminosis y sistema nervioso – ponentes: Manuel Peraita y Bartolomé Llopis.

Las dos primeras ponencias, dedicadas a la patología neurológica y psiquiátrica derivada de la Guerra Civil, responden obviamente a la coyuntura concreta de la guerra y la posguerra inmediata que justifica, al igual que ocurrió en relación con la Gran Guerra, la preocupación de los especialistas, y en el caso específico de los psiquiatras, por las neurosis y las psicosis de guerra (5). La ponencia dedicada a "Los nuevos tratamientos en psiquiatría" se centró en las terapias de choque (choque cardiazólico, insulínico y electrochoque), presentando experiencias y resultados, siempre esperanzadores, que permitían ofrecer una visión muy optimista de de las posibilidades curativas de estos tratamientos biológicos: el inicio de una nueva "era terapéutica" pues, "la época de los tratamientos insuficientes o estériles ha terminado". Esta insistencia en las posibilidades terapéuticas de la psiquiatría responde, por un lado, a la imperiosa necesidad de legitimación científica y social de los psiquiatras, pero también a las posibilidades que la aplicación "indiscriminada" de estos tratamientos en el ámbito manicomial. A partir del primer electroshock practicado en España por Alfredo Prieto Vidal en el Sanatorio Psiquiátrico de San Luis de Palencia en 1940 (6), y sobre todo, a partir de la ponencia y discusiones sobre dichas prácticas en el Congreso de 1942 –en el que se invita expresamente a los profesionales a practicar la terapia electroconvulsiva-, se inició un "activismo terapéutico" muy intervencionistas que está por estudiar.

Finalmente, la ponencia sobre "Avitaminosis y sistema nervioso" tiene una relación directa por las neuropatías carenciales observadas en el "Sitio de Madrid" (7) durante la Guerra civil española y que dio lugar a descripciones muy brillantes desde el punto de vista semiológico, como la psicosis pelagrosa por parte del psiquiatra Bartolomé Llopis (8) o el síndrome parestésico-causálgico descrito por neurólogo Manuel Peraita (9). Ambos médicos habían permanecido en Madrid durante la guerra trabajando, junto a Grande Covián y otros colegas, en la Policlínica de enfermos carenciales. Todos estos aspectos han sido estudiados ampliamente por nuestro propio grupo (10) pero merece la pena señalar que fue en este Congreso de Barcelona en el que presentaron, por primera vez, avances

preliminares de lo que poco después serían sus principales aportaciones a la psicopatología de las enfermedades carenciales.

Si del contenido de las ponencias y comunicaciones podemos deducir cuales eras las principales preocupaciones científicas de la psiquiatría española, en buena medida producto de una coyuntura histórica muy concreta, no podemos dejar de mencionar para terminar el enorme peso ideológico del Congreso. En los textos de las Actas del congreso pueden detectarse repetidamente alusiones a la nueva España, al genio nacional o al Imperio, pero no cabe duda que el discurso de Juan José López Ibor, presidente del Congreso, constituye una muestra muy evidente que las estrategias de los dirigentes de la psiquiatría franquista: “Nuestra guerra victoriosa de liberación (…), por un lado (…) ha permitido la reanudación de la buena u auténtica tradición cultural española. Por otro, ha logrado el descuaje de lo que en ella había de advenedizo y poco consistente. Por ello en una primera reunión de psiquiatras que se celebró en Madrid, tras la Victoria, se acordó constituir una nueva Sociedad, nueva en el nombre, en el espíritu y en la organización” (11, p.15)

Se reniega así de los logros republicanos, aunque el decreto de 1931 con el que se inició la reforma de la asistencia psiquiátrica en la República no fue nunca derogado, y se retoma la tradición del jofrismo, reclamando la esencia específica de “lo español”, siempre identificado con la moral católica, y en cierto modo despreciando las advenedizas influencia extranjerizantes. Así, “la tarea de nuestra generación de psiquiatras es esta: (…) anudar la más legítima tradición española (…) cultivar los problemas de la ciencia psiquiátrica actual (…) para hallar soluciones a nuestro propios problemas (11, p. 18-19). “No me cansaré de repetirlo. (…) lo que se quiere comprender con el nombre de higiene mental ha de establecerse también en España sobre unas bases propias, adaptadas a nuestras circunstancias y a la personalidad de español” (11, p. 24).

Quedaban así sentadas, en mayor o menor medida, las bases de la psiquiatría franquista. Al menos eso se pretendió. El Congreso Nacional de Neurología y Psiquiatría de Barcelona debe entenderse como un primer intento de reorganización de los profesionales tras la Guerra Civil, con nuevos líderes y bajo premisas ideológicas bien distintas, pero puede ser también un punto de partida historiográfico para profundizar en las líneas de saber y poder de la psiquiatría española durante la autarquía franquista.

BIBLIOGRAFIA

1. Huertas, Rafael y Campos, Ricardo (2013), La medicina mental en la segunda República española: Retóricas legitimadoras e iniciativas políticas. En: Gómez, Amparo y Canales, Antonio, eds. Estudios políticos de la ciencia. Políticas y desarrollo científico en el siglo XX. México, Plaza y Valdés, pp. 81-104.
2. Campos, Ricardo, Villasante, olga y Huertas, Rafael, eds. De la "Edad de Plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española, Madrid, Frenia.
3. Casco, Juan (1995), "Autarquía y nacional-catolicismo". En: VV.AA. *Un siglo de psiquiatría en España*, Madrid, Extraeditorial, pp. 197-226.
4. Campos, Ricardo y Huertas, Rafael (2012), Medicina mental y eugenesia: los fundamentos ideológicos de la psiquiatría franquista en la obra de Antonio Vallejo-Nágera, *Historia del Presente*, 20 (2), 11-21.
5. Villasante, Olga (2010), War neurosis during the Spanish Civil War (1936-39), History of Psychiatry, 21 (4): 424-435.
6. Prieto Vidal, Alfredo (1941), La convulsión eléctrica como tratamiento en psiquiatría (Primeros ensayos), *Semana Médica Española*, nº 115, pp. 592-602
7. Del Cura, Isabel y Huertas Rafael (2008), "The siege of Madrid (1937-1939). Nutricional and clinical studies during the Spanish civil war", *Food and History*, 6 (1), 193-214.
8. Huertas, Rafael (2006), Hambre, enfermedad y locura: la aportación de Bartolomé Llopis al conocimiento de la psicosis pelagrosa, *Frenia*, 6, 79-108.
9. Huertas, Rafael y del Cura, Isabel (2010), Deficiency Neuropathy in Wartime: The 'Paraesthetic-Causalgic Syndrome' Described By Manuel Peraita During the Spanish Civil War, *Journal of the History of the Neurosciences*, 19, 173-181.
10. Del Cura, Isabel y Huertas, Rafael (2007), *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre. España, 1937-1947*, Madrid, CSIC.
11. López Ibor, Juan José (1942), La psiquiatría en España en la hora presente. *Actas Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3 (1/2): 15-25.

PARA BELLUM. EL DISCURSO DE INGRESO EN LA ACADEMIA DE ANTONIO VALLEJO NÁGERA (1951)

Luis Montiel

Historia de la medicina. UCM. montiel@ucm.es

Proyecto HAR2012-37754-C02-02

En el marco de la investigación sobre "Influencias, ideología y desarrollos de los saberes psiquiátricos durante el franquismo (1939-1960)" me he propuesto analizar detalladamente algunos textos considerados menores del psiquiatra militar Antonio Vallejo Nágera, con la intención de completar un retrato del mismo basado hasta ahora en sus obras más explícitamente ideológicas. A pesar de su título, aparentemente aséptico –"Enseñanzas psiquiátricas de la Segunda Guerra Mundial"- su discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina tiene gran interés para comprender el valor instrumental concedido por Vallejo a la Psiquiatría en el ámbito castrense y en el político.

Ante un título como el referido cabría pensar que el flamante académico habría orientado su disertación hacia los problemas que la patología psiquiátrica habría producido en los ejércitos contendientes durante la Segunda Guerra Mundial y la manera de resolverlos e incluso evitarlos. Y sin duda algo de esto hay en las páginas del discurso (1, pp.12-20; pp. 27-43). Su pasado como cazador de simuladores en el Protectorado, evocado por él mismo (1, p. 8) y la manera de interpretar algunos de los hechos referidos por médicos estadounidenses y británicos en relación no ya con la simulación, sino con el "refugio" en la llamada

"neurosis de guerra" (1, p. 8) apuntan en esta dirección. Pero, con ser esto importante, en su opinión, para mejorar lo que podría llamarse la salud del ejército, no es, a mi parecer, lo más relevante de cuanto propone. A ello apunta el título que he elegido, más explícito que el del discurso de Vallejo, pues el médico español no se limita a la prevención o la curación de la patología psiquiátrica que puede debilitar a un ejército, sino que se propone fortalecerlo, hacerlo aún más eficaz, precisamente mediante el uso de esa misma patología.

Ya desde el comienzo contextualiza su estudio en un marco que bien podríamos llamar psicopatológico: "vivimos momentos angustiosos", escribe. Se refiere, sin duda, a la llamada Guerra Fría con su amenaza nuclear (1, p. 8). Vivimos en paz, pero se trata de una paz amenazada, de manera que la angustia es el sentimiento dominante. Advierte, acertadamente "que antes de verterse la primera gota de sangre ha comenzado una *ofensiva psicológica*" (1, p. 9) que atribuye unilateralmente al adversario. De manera que, efectivamente, de algún modo –"frío", psicológico- ya estamos en guerra; motivo por el cual "el estudio de la psicología individual (…) es básico para la investigación de las reacciones psicopatológicas multitudinarias en tiempos de guerra, importante factor estratégico en las modernas contiendas internacionales" (1, p. 8).

¿Qué orientación propone para ese estudio? Aunque señala que la colaboración entre psicólogos y militares surgió en los Estados Unidos en plena Primera Guerra Mundial, en 1917 (1, p. 22), su modelo es el alemán, algo más tardío en su implantación, pero dirigido al "estudio de los factores psicológicos aplicados a la formación militar del pueblo" (1, p. 22) y más precisamente al fomento de una "*Soldatentum* o 'espíritu de belicosidad patriótica' ante los peligros futuros o presentes de la patria" (1, p. 24), tarea a la que se dedica un Laboratorio Psicológico Central que coordina una amplia red de centros locales. "Los resultados de la aplicación de los precedentes principios –escribe- pudieron apreciarse claramente en los éxitos de los ejércitos alemanes durante los primeros tiempos de la segunda guerra mundial" (1, p. 26). Pero no sólo ellos: también los rusos, aunque faltos de semejante dirección espiritual, demostraron ser más recios que los aliados en lo referente a las neurosis de guerra. Entre germanos y soviéticos sólo se ha registrado un porcentaje "insignificante" por tratarse, según Vallejo, de "pueblos impulsados a la lucha por una ideología fanática, cuya cohesión combativa hallábase iluminada por la entrega absoluta a

sus supremos caudillos, personificación de los ideales políticos de la masa" (1, p. 46).

Esto le lleva a finalizar su discurso con unas "reflexiones estratégicas" (1, pp. 44-52). De entrada reclama la existencia de psicólogos, que no psiquiatras, castrenses, "pues los psiquiatras poseemos deficiente preparación psicológica y por ello flaqueamos cuando nos ocupamos de las alteraciones caracterológicas de la personalidad y de sus reacciones" (1, pp. 45-46). Debería haber dicho que los psiquiatras, bien o mal, están orientados a la curación de enfermedades, y no a lo que poco a poco está deslizando en las líneas de su conferencia y que finalmente va a hacerse explícito. Recordemos lo dicho acerca de una "ofensiva psicológica" del enemigo que ya estaría en marcha. Frente a ella "hay que reaccionar con "una *contraofensiva picológica* elevadora de la moral, frenadota del pánico y estimulante del espíritu de sacrificio individual y colectivo en defensa de la Patria" (1, p. 9). Y esta, en su opinión, requerirá mucho trabajo, pues su análisis de las reacciones que pueden esperarse del "posible pueblo agresor" (lo que podríamos llamar "ellos") y las del "posible pueblo agredido" (que seríamos "nosotros") es desalentador: los agresores serán fanáticos y ambiciosos de lo que tenemos, mientras que los agredidos no tendrán ganas de luchar y estarán internamente divididos por la presencia en sus filas de una parte "considerable" de individuos que compartirán la ideología del bando contrario (1, pp. 47-48).

El resultado es que, a la vista de las "enseñanzas de la Segunda Guerra Mundial", "ganará la guerra el pueblo que se *paranoice*, que padezca durante la guerra una psicosis multitudinaria paranoica, cuyo delirio sea mixto de grandezas y de persecución" (1, p. 48). Para lograrlo hay que manejar el odio: "odio que (…) los estrategas deben orientar, dirigiéndole contra grupos sociales, no contra individuos, única manera de controlar a las masas" (1, p. 49). No puede negarse que en este punto vallejo hace gala de una notable penetración psicológica. Como sostiene el psicólogo James Hillman en su revelador libro *A Terrible Love of War*, "*soldiers are not killers".* Incluso después de un serio entrenamiento la mayoría tiene una "*unrealized resistance toward killing*". Pero ese odio del que habla Vallejo puede ser psicológicamente provocado; ni siquiera hace falta un enemigo real: basta con uno fantasma, sólo hace falta nombrarlo; pero eso sí: tiene que haber un enemigo, real o ficticio (3, pp. 24-25).

¿Cómo provocar esta paranoia patriótica? ¿Cómo incubar ese odio hacia el enemigo? Esa tarea ya está, en buena medida, en marcha cuando Vallejo la enuncia; véase lo dicho anteriormente sobre la situación de "guerra fría"; pero incluso técnicamente ya parecen estar poniéndose en obra las estrategias psicológicas apropiadas. En primer lugar habrá que estudiar "la angustia (…) desde el [punto de vista] social multitudinario"; es esa angustia la que, más que cualquier otro sentimiento, puede generar el odio necesario para hacer de un ciudadano un *killer* patriótico; y esta *Soldatentum* ya no debe buscarse en la Alemania nazi: "ha partido de Norteamérica la idea de un estudio internacional de las modalidades de la tensión mundial, encomendado a un grupo de colaboradores entre los que me cuento" (1, p. 49).

La conclusión de su discurso es pesimista en un doble sentido: para él, porque, a su juicio, la situación actual deja mucho que desear: "la incógnita que hoy preocupa a los estrategas políticos y militares es que ya no esperan aquellas que he denominado *psicosis colectivas de entusiasmo*, sino que son más probables las *epidemias de contagio psíquico de refugio en la patomimia clínica*, fuerza derrotista a la que debe agregarse la traidora ayuda al enemigo de una parte del pueblo impulsada por el fanatismo político". Para nosotros, o al menos para quien esto escribe, porque, según vallejo, a la Psicología y a la Psiquiatría les corresponde la gloriosa tarea de enmendar esta lamentable tendencia: "La psicosis colectiva de entusiasmo patriótico debe germinar en el pueblo antes de declararse la guerra, convencido se su fortaleza moral y material, y sobre todo de que es preferible la muerte a la esclavitud" (1, p. 52).

BIBLIOGRAFÍA

1. Vallejo Nágera, Antonio (1951). Enseñanzas psiquiátricas de la segunda guerra mundial. Discursos leídos en la RANM para la recepción pública del académico electo Excmo.e Ilmo. Sr. Prof. D. Antonio Vallejo Nágera el día 7 de marzo de 1951. Madrid, Imprenta de José Luis Cosano.
2. González Duro, Enrique (1978). Psiquiatría y sociedad autoritaria. 1939-1975. Madrid, Akal.
3. Hillman, James (2004). A Terrible Love of War. New York, Penguin.
4. Huertas, Rafael (1997). Una nueva Inquisición para un nuevo Estado. Psiquiatría y orden social en la obra de Antonio Vallejo Nágera. En: Huertas, Rafael; Ortiz, Carmen, eds. Ciencia y fascismo. Aranjuez, Doce Calles, pp. 97-109.

EXCLUSIÓN Y PESIMISMO SOCIAL EN LA ELABORACIÓN DEL CONOCIMIENTO PSIQUIÁTRICO DE LOS PRIMEROS AÑOS DEL FRANQUISMO

Ángel González de Pablo

Facultad de Medicina. UCM. agdpablo@ucm.es

Trabajo realizado en el marco del proyecto de Investigación HAR2012-37754-C02-02

La psiquiatría española de las décadas anteriores y posteriores a la Guerra Civil tuvo una considerable influencia alemana. Tanto antes como después de la contienda fueron utilizados prácticamente los mismos textos y fueron citados los mismos autores. Pero la forma en la que se elaboró esa influencia no fue igual en los años 20 y 30 que durante los primeros decenios del Franquismo. El presente trabajo tiene como objetivo resaltar algunos aspectos de esa diferencia, a la contribuyó de forma significativa el distinto contexto sociopolítico de ambos periodos. Como fuentes principales se han utilizado trabajos psiquiátricos publicados en el primer Franquismo.

HACIA UNA PSIQUIATRÍA INTEGRADORA

A partir de finales de la primera década del pasado siglo una serie de futuros psiquiatras empezaron a complementar su formación en centros extranjeros, fundamentalmente alemanes y suizos. A dicho grupo pertenecían, entre los

discípulos de Cajal, Gonzalo Rodríguez Lafora (1886-1971) (en Berlín y Múnich: con Rothmann, Minkowsky, Kraepelin y Alzheimer); Miguel Gayarre y Espinal (1886-193) (en Berlín: con Oppenheim); José Miguel Sacristán (1887-1957) (en Múnich: con Allers y Kraepelin); José María Villaverde (1887-1936) (en Zúrich: con Monakow y Bleuler); Luis Fortún Alcalá (1892-1928) (en Zúrich y Basilea: con Bleuler, Monakow y Bing); Miguel Prados Such (1894-1969) (en Múnich; con Spielmeyer); y Ramón Rodríguez Somoza (1899-1994) (en Hamburgo y Breslau: con Bumke y Foerster). A ellos se unieron otros psiquiatras y psicólogos no vinculados a la escuela cajaliana, como Emilio Mira y López (1896-1963) (estancias en diversos laboratorios alemanes de psicología experimental); José María Aldama Truchuelo (1900-1970) (Viena: con Jauregg y von Economo); y José Germain Cebrián (1897-1986) (Berlín: Rüpp) (1).

Se produjo así una progresiva influencia alemana en la naciente psiquiatría española, muy visible a partir de la década de 1920. De hecho, por entonces aparecieron traducciones de obras esenciales, como la del Lehrbuch der Psychiatrie de Bleuler de 1916 (Villaverde, 1924) o la del Lehrbuch der Geisteskrankheiten de Bumke de 1919 (Mira y López, 1926) (2). Por otro lado, la nosología kraepeliniana -marcadamente a partir de 1924, fecha en la que Kraepelin dio una conferencia en Barcelona- se estableció como la referencia básica en la diferenciación y clasificación de las enfermedades psiquiátricas en España. Asimismo, autores como Kahlbaum, Jaspers, Bleuler, Rorschach, Allers, Birnbaum, Bumke, Kraepelin, Lange, Grühle, Kleist, Schröder, Kolle, Wyrsch... se constituyeron en las principales referencias de los trabajos aparecidos en las nuevas publicaciones especializadas surgidas en esa década, como fue el caso de los Archivos de Neurobiología, que comenzó a publicarse justamente en 1920.

Esta recepción de la psiquiatría alemana presentó en los años 20 y 30 dos nítidas características generales. La primera fue su disposición abierta e inclusiva. La contribución germana supuso entonces para la naciente psiquiatría española una especie de núcleo conector al cual se fueron incorporando diversas aportaciones y tendencias provenientes de otras escuelas europeas y americanas. Posiblemente ello se fraguó en los contactos que no pocos de estos psiquiatras y psicólogos tuvieron también con las psiquiatrías de otros países. Lafora, por ejemplo, sustituyó a Achúcarro en la dirección del Laboratorio de Histopatología del Manicomio Federal de Washington tras su retorno a España en 1910; Prados Such se formó también en el Maudsley Hospital de Londres, junto al

neuropatólogo Frederick Mott; Santos Rubiano (1871-1930) estudió en los Estados Unidos, especialmente en Cornell, el diagnóstico y tratamiento de la anormalidad; y José Germain trabajó en Ginebra con el neurólogo y psicólogo Édouard Claparède y en París con los médicos y psicólogos Georges Dumas y Pierre Janet. Esa actitud inclusiva se reflejó en la frecuente presencia en sus trabajos de bibliografía inglesa (3) y francesa (4) complementando a la alemana.

La segunda característica genérica fue el optimismo social y su ánimo regeneracionista. La mayor parte de estos psiquiatras eran de ideología liberal y progresista, aunque -salvo en casos concretos, como el de Sanchís Banús, militante socialista- no realizaron actividades directamente políticas. Con todo, su actividad psiquiátrica siempre tuvo un fuerte compromiso regeneracionista, ya que concebían la ciencia y la psiquiatría como un impulso hacia la transformación de la sociedad. De ahí su compartido interés por la reforma psiquiátrica. Lafora impulsó inicialmente dicha reforma mediante la publicación primero, en 1916, de artículos críticos divulgativos en el semanario España y posteriormente, en 1925, mediante la fundación del Instituto Médico-Pedagógico de Carabanchel, de carácter fundamentalmente psicológico. Sacristán, por su parte, fue uno de los máximos exponentes de la reforma psiquiátrica española de preguerra: fue miembro del Consejo Superior Psiquiátrico, presidido por Lafora, y ponente de la Ley de Asistencia Psiquiátrica de 1931. Prados fue también vocal del Consejo Superior psiquiátrico y, ya durante su exilio, colaboró en la fundación del movimiento psicoanalítico canadiense, a través del Círculo Psicoanalítico de Montreal y de la Sociedad de Psicoanalistas Canadienses.

Esta perspectiva regeneracionista hizo que la influencia alemana se utilizara especialmente para dos finalidades: la delimitación de las nociones psiquiátricas fundamentales (psicosis maniaco-depresiva, esquizofrenia, demencia, estados crepusculares, estados paranoides…) (5,6,7,8) y la elaboración de formas más efectivas de tratamiento (9), aspectos ambos dirigidos en última instancia a dotar de fundamento científico a la reformas institucionales y asistenciales de la psiquiatría.

UNA PSIQUIATRÍA EXCLUYENTE

Tras la Guerra Civil la influencia alemana acrecentó su predominio. Los psiquiatras con mayor presencia durante las primeras décadas del régimen franquista tuvieron formación germánica. Así, por ejemplo, Antonio Vallejo Nágera (1889-1960) tuvo relación con Kraepelin, Gruhle y Schwalbe; Juan José López Ibor (1908-1991) pasó por Zúrich, Berlín, München y Tubinga; Luis Rojas Ballesteros (1906-1974) se formó con Schneider, Kleist, Bumke y Spatz; y Francisco Llavero Avilés (1906-2007) estuvo en Múnich con Bumke y Rüdin.

Los tratados de psiquiatría más usados en los años 40 fueron asimismo alemanes: la última edición del Lehrbuch der Geisteskrankheiten, de Oswald Bunke (en español: Nuevo tratado de las enfermedades mentales, 1946, traducido por Ramón Sarró); el Lehrbuch der Psychiatrie (1916), de Eugen Bleuler (en español: Tratado de Psiquiatría, 1924, traducido por José María Villaverde); y el Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychaitrie, de Jonannnes Lange y mejorado por August Bostroem (en español: Psiquiatría, 1942, traducido de la 4ª edición alemana). La nosología empleada siguió siendo la de Kraepelin, con algunas modificaciones como, por ejemplo, las introducidas por Kretschmer y en psicopatología el referente era la Allgemiene Psychopathologie de Jaspers (10).

A pesar de esa continuidad, los dramáticos cambios sociopolíticos de la posguerra originaron que la orientación de la influencia alemana variara considerablemente con respecto al periodo republicano (11). La tendencia abierta e inclusiva se cambió así por otra de sentido contario, marcadamente excluyente, que hizo que en los años cuarenta desaparecieran prácticamente de los trabajos las referencias bibliográficas foráneas no germánicas. Disposición que se puso ya de manifiesto en los artículos sobre psiquiatría militar publicados desde el bando franquista (12, 13).

De igual forma, también se dejó de lado la tendencia regeneracionista y el optimismo social dejó paso al pesimismo social. La psiquiatría dejó de verse como un impulso para la transformación social para pasar a considerase un modo de proteger y defender un orden social, tenido por poco menos que inmutable, obligando al enfermo a aceptarlo acríticamente. La psiquiatría fenomenólogíca, predominante durante las primeras décadas del franquismo (14), tuvo en la práctica casi siempre esa orientación de salvaguarda del orden establecido. Dicho modo tutelar de entender la psiquiatría se hizo perceptible en las primeras obras

de entidad aparecidas en el Nuevo Estado (15) y se siguió manteniendo hasta épocas muy tardías de franquismo (16).

CONCLUSIONES

A través, por tanto, del seguimiento de la presencia de la psiquiatría alemana en España en los periodos previo y posterior a la Guerra Civil, pueden detectarse dos formas claramente diferentes de recepción y elaboración de un mismo material, en consonancia con el distinto contexto sociopolítico en el que se fraguaron: una más integradora y encaminada a la reforma del orden social, propia del periodo previo a la contienda civil; y otra más excluyente y dirigida al mantenimiento del orden social, dominante tras su finalización.

BIBLIOGRAFÍA

1. López Muñoz, Francisco *et al.* (2008), Cajal y la Psiquiatría Biológica: El legado psiquiátrico de Ramón y Cajal (una teoría y una escuela), Archivos de Psiquiatría, 1, 50-79.
2. Dörr-Zeggers, Otto (1979), Der Einfluß der Heildelberger Psychiatrie auf den spanish-sprechenden Raum. En: Janzanrik, Werner, Hrsg. Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft, pp. 189-197.
3. Lafora, Gonzalo (1926), El mecanismo genético de las alucinaciones, Archivos de Neuropsiquiatría, 6, 46-66.
4. Lafora, Gonzalo (1934), la orientación neurológica de la psiquiatría, Archivos de Neuropsiquiatría, 14, 291-313.
5. Sacristán, José (1929), Sobre el diagnóstico diferencial entre psicosis maníaco-depresiva y esquizofrenia, Archivos de Neuropsiquiatría, 9, 360-412.
6. Prados Such, Miguel (1930), Sobre el concepto de demencia, Archivos de Neuropsiquiatría, 10, 417-442.
7. Rey Ardid, Ramón (1930), Sobre los estados crepusculares, Archivos de Neuropsiquiatría, 10, 55-82.
8. Prados Such, Miguel; Linares Maza, A. (1932), Contribución al estudio de los estados paranoides, Archivos de Neuropsiquiatría, 12, 54-86
9. Valenciano, Luís (1936), Valor de las nuevas orientaciones antropológicas para la psicoterapia, Archivos de Neuropsiquiatría, 16, 435-454.
10. Castilla del Pino, Carlos (2007), Historia crítica de la Psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biográfica, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 27, 105-118.
11. González Duro, Enrique (2008), Los psiquiatras de Franco, Barcelona, Península.
12. López Ibor, Juan José, (1938), Experiencias psiquiátricas de guerra, Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra, 2, 82-11.
13. Rojas Ballesteros, Luis (1940). Algunas notas de psiquiatría militar durante la guerra española, Actas Españolas de Neurología y Cirugía, 1940, 1, 35-49.
14. Llavero Avilés, Francisco; Conde López, Valentín (1970), Tratamientos médico-psiquiátricos, Madrid, Liade.
15. Marco Merenciano, Francisco (1945), Psicosis mitis, Madrid, s.n.
16. González de Pablo, Ángel (1995), La escuela de Heidelberg y el proceso de institucionalización de la psiquiatría española. En: Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría, ed. Un siglo de psiquiatría en España, Madrid, Extra, 229-249.

LA PSIQUIATRÍA EN EL CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS (CSIC) DURANTE EL FRANQUISMO: LOS DEPARTAMENTOS DE INVESTIGACIONES PSIQUIÁTRICAS Y DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA (1951-1960)

Francisco Pelayo[1] y Ricardo Campos[2]

Instituto de Historia (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales.
[1]Francisco.pelayo@cchs.csic.es; [2]Ricardo.campos@cchs.csic.es

Trabajo realizado en el marco del Proyecto de investigación HAR2012 37754-C02-01 (Ministerio de Economía y Competitividad)

En 1951 el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) creó diversos centros científicos, entre ellos los departamentos de Investigaciones Psiquiátricas y de Medicina Psicosómatica, que pasaron a depender del Patronato “Santiago Ramón y Cajal”. El objeto de este estudio es realizar una primera aproximación, que permita un posterior análisis más en profundidad, de la organización, relaciones profesionales internacionales y los resultados de la investigación obtenidos por estos dos departamentos, que fueron financiados por el CSIC a lo largo de la década de los años cincuenta del siglo XX.

Como apenas hay alguna publicación que haya tratado este tema (1), para abordar el trabajo se ha partido originalmente de la documentación referida a estos dos departamentos que figuran las *Memorias* publicadas por la Secretaría General del CSIC, entre 1952 y 1960 (2). Las *Memorias* recogen en primer lugar la composición del personal que figuraba adscrito a cada departamento, comenzando por el Director o Jefe de departamento y continuando con el Secretario del centro, los Jefes de Secciones, los Colaboradores y los Becarios. A continuación reflejan los trabajos realizados, las relaciones profesionales establecidas, esto es, tanto los profesores extranjeros que habían visitado y participado en las actividades del centro, como los integrantes del departamento que habían viajado a instituciones análogas fuera de España, con el objetivos de asistir a cursos, reuniones y de impartir conferencias. Por último, se exponía una relación de los trabajos de investigación emprendidos y realizados, las publicaciones y las participaciones en congresos científicos nacionales e internacionales.

Para contextualizar los datos en bruto que se pueden extraer de las Memorias del CSIC, hemos acudido a la búsqueda de información al Archivo General de la Administración (AGA) en Alcalá de Henares, donde se conserva la documentación remitida a este archivo por la Secretaría General del CSIC desde 1919 (aunque esta documentación hasta 1939 en realidad pertenece a la Junta para Ampliación de Estudio) hasta el año 1983. La documentación recogida en 13 cajas (3) ha permitido conocer los gastos del personal adscrito a estos dos departamentos y del material de investigación encargado para efectuar los trabajos de investigación.

Como información relevante se ha encontrado la propuesta de creación del Departamento de Medicina Psicosomática, en carta del 7 de Mayo de 1951 dirigida por Juan José López Ibor a José María de Albareda, Secretario General del CSIC (4). López Ibor comenta en estos papeles que el Ministro de Educación Nacional, en ese momento José Ibáñez Martín, quien había sido nombrado presidente del CSIC en 1939, le había asegurado que estaba decidido concederle su apoyo para la creación de un Instituto de Medicina Psicosomática. López Ibor recordaba que era la tercera propuesta que había en los últimos ocho años, sin que hasta el momento hubiera tenido respuesta. Se quejaba de que el problema radicaba en que la aceptación de sus propuestas dependía del Patronato “Santiago Ramón y Cajal”, y este organismo estaba constituido, según sus

palabras, por una buena parte de los elementos que habían impedido de una manera decisiva su ingreso en la Universidad. López Ibor se refería sin duda a Fernando Enríquez de Salamanca, presidente de dicho Patronato y también del Tribunal de Oposiciones que había juzgado la cátedra de Psiquiatría en 1946, en la que había dado su apoyo a Vallejo Nágera en detrimento de López Ibor.

Para apoyar su propuesta de creación de un Instituto de Medicina Psicosomática, López Ibor argumentaba que durante muchos años había logrado elaborar una nueva doctrina para la interpretación de las relaciones psicosomáticas, que se basaba en el estudio del estrato vital. Esta doctrina, decía, se encontraba enraizada en la más pura tradición del pensamiento católico. Frente a las tesis del paralelismo, de la creación recíproca, etc., e incluso frente a la más moderna de Victor von Weizsäcker sobre el "círculo figural", en su opinión se volvía a revalidar la tesis tomista de la unión substancial. La doctrina que proponía se había elaborado desde el punto de vista clínico y por ello necesitaba ser complementada desde dos vertientes, la psicológica y la fisiopatológica. Pero esta labor, comentaba, no la podía realizar por falta de medios y de aquí que los solicitara al CSIC. Añadía López Ibor que tenía un antiguo colaborador de su clínica, un pensionado peruano, que actualmente se encontraba en Viena continuando su formación y que había iniciado sus trabajos apoyándose en sus ideas. Asimismo, su servicio cumplía su papel de investigación tanto en la clínica psiquiátrica como en psicología médica, lo que era reconocido por el gobierno de Venezuela. Este país le enviaba todos los años, desde hacía cuatro, un pensionado oficial, y en el presente, el venezolano asistía al servicio junto con otros becarios del Instituto de Cultura Hispánica, dos argentinos y dos peruanos, además de otros diez médicos también extranjeros. La Clínica Psiquiátrica de Heidelberg, dirigida por Kurt Schneider, y el Silver Hill Institut de Conneticut le habían solicitado intercambio de colaboradores, lo que no se había podido llevar a efecto por no contar con la organización necesaria para ello.

López Ibor proponía que el Instituto constara de cuatro secciones: de psicología experimental y aplicada, de fisiopatología psicosomática, de investigaciones eléctricas de patologías psicosomáticas y de psicoterapia. Además publicaría, en colaboración con otras instituciones similares extranjeras, unos "Cuadernos Internacionales de psicología psicosomática.

La propuesta de López Ibor sería aceptada y así en las *Memorias* del CSIC correspondiente al año 1951, aparecería entre los nuevos centros creados el departamento de Medicina Psicosomática, a cargo de López Ibor. Otro centro que se creó el mismo año fue el departamento de Investigaciones Psiquiátricas, cuyo Director-Jefe sería Antonio Vallejo Nágera.

A diferencia del de Medicina Psicosomática, no se han encontrado documentación en el AGA acerca del proceso de creación del departamento de Investigaciones Psiquiátricas. Los primeros datos que aparecen en las *Memorias* correspondiente al período 1952-1954, hacen referencia a la existencia de cuatro secciones dentro del departamento: Psiquiatría Clínica y Experimental, Higiene Mental y Psicoterapia, Psiquiatría Social y Psicopatología Clínica, cuyas jefaturas corrían a cargo respectivamente de Francisco Ordeig Pastells, Secretario del departamento hasta su sustitución por Diego Muñagorri Berraondo; Narciso Rodríguez Pino, del Frenocomio de mujeres de Ciempozuelo; Román Alberca Lorente, catedrático de Psiquiatría en Valencia y Ramón Sarró Burbano, catedrático de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de Barcelona. Los dos últimos funcionaban con carácter autónomo. En la sección de Psiquiatría Clínica y Experimental trabajaban siete becarios y en la de Higiene mental y Psicoterapia, tres (5).

El Jefe del departamento de Medicina Psicosómatica fue López Ibor, el Secretario Rafael Coullaut Mendicoitia. En la *Memoria* de 1952-54 figuraban Jesús López de Lerma y Eugenio Olivares como colaboradores y María Eugenia Román como becaria (6).

Mientras que el departamento de Medicina Psicosómatica reflejó su labor investigadora hasta 1960, la última *Memoria* en la que se recoge la actividad del de Investigaciones Psiquiátricas es la correspondiente a 1958. En la del año 1959 se recoge las conferencias impartidas en la Sección de Psiquiatría de Valencia, bajo la jefatura de Alberca Lorente. En las correspondientes a los años 1959 y 1960 sólo aparece mencionado el departamento de Investigaciones Psiquiátricas en los presupuestos generales del CSIC, donde constaba que se le había subvencionado para atender a sus necesidades y sus trabajos. En la *Memoria* del año 1960 aparece reflejada la noticia del fallecimiento de Vallejo Nágera, poco después de su jubilación.

El CSIC financiaría la publicación de cuatro volúmenes que recogen los resultados de las investigaciones realizadas por estos dos departamentos a finales del la década de los cincuenta, bajo la dirección de Vallejo Nágera o de López Ibor, así como reuniones científicas de carácter internacional: *Trabajos y Conferencias. Tomo I* (Madrid, CSIC, 1955?), *Symposium sobre Esquizofrenia* (Madrid, CSIC, 1957), *Symposium sobre Psiquiatría Forense* (Madrid, CSIC, 1958) y *Trabajos y Conferencias* (Madrid, CSIC, 1959).

En la documentación del AGA aparecen reflejados los gastos realizados por el CSIC en los dos departamentos: nóminas, material para laboratorios (frascos, filtros, productos químicos, reactivos para análisis…), animales (ratas), biblioteca, imprenta (invitaciones para conferencias, carteles, fichas alumnos, papeletas de enfermo, saludas…), etc.

La información disponible en las *Memorias* de las actividades científicas realizadas por los departamentos de Medicina Psicosomática y de Investigaciones Psiquiátricas entre 1952 y 1960, junto a la documentación de ambos centros conservada en el AGA, fundamentalmente de tipo administrativo, serán el punto de partida para abordar el conocimiento de las prácticas psiquiátricas emprendidas en el CSIC durante la década de los años cincuenta.

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

1. Huertas García-Alejo, Rafael (2007), Las ciencias bio-médicas en el CSIC durante el franquismo. En: Puig-Samper Mulero, Miguel Ángel, ed. Tiempos de Investigación. JAE-CSIC, cien años de ciencia en España. Madrid, CSIC, pp. 293-297.
2. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Memoria, Madrid, 1952, p. 17; Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Secretaría General. Memoria 1952-54, Madrid, MCMLVIII, pp. 561-569, 633, 637; Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Secretaría General. Memoria 1955-57, Madrid, MCMLIX, pp.421-426; Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Secretaría General. Memoria, 1958, Madrid, MCMLX, pp. 178-180 y 181-182; Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Secretaría General. Memoria, 1959, Madrid, MCMLXI, pp. 153-154, 156; Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Secretaría General. Memoria, 1960, Madrid, MCMLXIII, pp. 140-142 y 805.
3. Archivo General de la Administración (AGA), Sección de Educación y Ciencia, Cajas: (5)4 31/8733, (5)4 8771, (5)4 8807, (5)4 8831, (5)4 8847, (5)4 8851, (5)4 8921, (5)4 8929, (5)48991, (5)49036, (5)49037 2ª parte, (5)4 9139 2ª parte, (5)4 31/10405.
4. AGA (5)4 31/10405)
5. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Secretaría General. Memoria 1952-54, Madrid, MCMLVIII, pp. 562.
6. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Secretaría General. Memoria 1952-54, Madrid, MCMLVIII, pp. 561.

FRANQUISMO, ORDEN PÚBLICO Y ENFERMEDAD MENTAL: LA LEY DE PELIGROSIDAD Y REHABILITACIÓN SOCIAL DE 1970

Ricardo Campos

Instituto de Historia. CCHS-CSIC. ricardo.campos@cchs.csic.es

Trabajo realizado en el marco del Proyecto de investigación HAR2012 37754-C02-01 (Ministerio de Economía y Competitividad)

INTRODUCCIÓN

La Ley de Peligrosidad Social y Rehabilitación Social, del 4 de agosto de 1970, sustituyó a la Ley de Vagos Maleantes de 1933 (1). Está última aprobada por las Cortes republicanas durante la presidencia del gobierno de Manuel Azaña fue concebida como un instrumento de profilaxis criminal. Su objetivo era establecer el estado de peligrosidad de los individuos y actuar sobre ellos antes de que realizasen actos criminales (2). Durante la República la ley sufrió modificaciones que ampliaron su campo de acción hacia los movimientos sociales y políticos. El franquismo no derogó la ley sino que la amplió varias veces, siendo la más importante la del 15 de julio de 1954 que introdujo a los homosexuales como sujetos susceptibles de ser declarados peligrosos, asi como a los individuos que de “cualquier manera, perturben con su conducta o pusieren en peligro la paz social o la tranquilidad pública.” (1)

A finales de la década de 1960 la ley comenzó a ser puesta en entredicho por el propio régimen. Los motivos de las críticas eran dobles. De un lado, se consideraba que la ley no había ido acompañada con la habilitación de establecimientos especializados para rehabilitar socialmente a este tipo de individuos. Por otro, los legisladores tuvieron en cuenta los cambios sociales y económicos que se estaban produciendo en la sociedad española y su repercusión en la aparición de nuevas conductas antisociales que, si bien no eran delictivas, generaban alarma (3).

Uno de los colectivos contemplados en la nueva ley eran los enfermos mentales "cuando estuvieren abandonados y sin adecuado tratamiento."

Este trabajo es un primer acercamiento a la cuestión. El objetivo es modesto y está dividido en dos partes. En la primera se pretende mostrar por qué los enfermos mentales fueron incluidos en la Ley de 1970, mientras que en la segunda se presenta un caso extremo que pone en entredicho la aplicación de la Ley. Con este abordaje mostramos la percepción del enfermo mental como un peligro social y la gestión de dicho peligro desde una visión de Defensa Social que, sin embargo, tenía profundas deficiencias.

Las fuentes utilizadas para ello, son la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social, su reglamento, textos doctrinales, y el expediente de peligrosidad social 268 (4) conservado en el Archivo Multijurisdiccional de Barcelona.

LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA LEY DE PELIGROSIDAD Y REHABILITACIÓN SOCIAL

La Ley de Vagos y Maleantes de 1933 no mencionaba a los enfermos mentales como sujetos peligrosos (1). Sin embargo, fue una ley bien acogida desde la psiquiatría que propugnaba la necesidad de profilaxis del crimen y consideraba a los enfermos mentales potencialmente peligrosos (2). De hecho, en el Boletín de la Liga de Higiene Mental de 1935, se recogía la Ley como parte de la acción de la Liga (5). Durante el franquismo diversos trabajos consideraron que en la Ley tenían cabida "un extenso sector de psicópatas asociales peligrosos y delincuentes" (6) Resulta complicado saber a ciencia a cierta si la Ley se aplicó de forma discrecional a los enfermos mentales. De los expedientes de Vagos y

Maleantes consultados en el periodo 1944-1970, muy pocos tienen como principal etiquetaje la enfermedad mental. Sin embargo, ésta aparece de forma secundaria en algunos expedientes de homosexualidad, toxicomanía y alcoholismo. La Ley de 1970 hizo explícita la preocupación por los enfermos mentales.

En su preámbulo, tras valorar positivamente la Ley de 1933, los legisladores señalaban que “los cambios acaecidos en las estructuras sociales, la mutación de costumbres que impone el avance tecnológico, su repercusión sobre los valores morales, las modificaciones operadas en las ideas normativas del buen comportamiento social y la aparición de algunos estados de peligrosidad característicos de los países desarrollados” no fueron contemplados en 1933 (7). Por ello se hacía preciso adaptar la ley a los cambios, corrigiendo los defectos observados en la antigua ley, incluyendo nuevas formas de peligrosidad, eliminando otras obsoletas y articulando un entramado de establecimientos especializados.

En este contexto, como se ha señalado, fueron incluidos los enfermos mentales abandonados a su suerte, subrayándose la necesidad de que siguieran un “régimen preventivo que permita lograr su curación y poner remedio a su potencial peligrosidad (7)”

Las medidas de seguridad que articulaba la Ley para estos, se recogían en el artículo sexto y consistían en el “internamiento en un establecimiento de preservación hasta que sea necesario y la sumisión a la vigilancia de los delegados” una vez se recuperara la libertad (7).

La Ley en sus disposiciones adicionales contemplaba la habilitación de “establecimientos adecuados” dotados de medios y personal para la aplicación de la misma. El Reglamento del 13 de mayo de 1971 para la aplicación de la ley dividía los establecimientos en varias categorías: de custodia, de trabajo, de reeducación, templanza y preservación. A los enfermos mentales y deficientes mentales les correspondían estos últimos, si bien ambos grupos debían mantenerse separados. El Reglamento también introducía la “investigación de la personalidad” de los diferentes sujetos declarados peligrosos. A los enfermos mentales se debía efectuarles un “diagnóstico provisional de la enfermedad, indicando el grado y la forma de peligrosidad del individuo” (8). Finalmente en la disposición transitoria se señalaban los tipos de centros y los sujetos a los estaban dirigidos. A Los enfermos mentales les correspondía el Sanatorio

Psiquiátrico de Madrid, creado en la Prisión de Carabanchel. Los sujetos que presentaran una “acusada personalidad psicopática” ingresarían el en el Centro de Psicópatas de Huesca y los deficientes mentales varones en el Centro Médico-Pedagógico de León (8).

ENFERMOS MENTALES Y PUERTAS GIRATORIAS: EL CASO DE XXX

El expediente de XXX (4) muestra como a pesar de que la Ley de Peligrosidad y su reglamento articulaban de manera muy organizada el procedimiento a seguir con los sujetos peligrosos afectados por enfermedad mental, la práctica de las instituciones podía desfigurar la aplicación de la misma, mostrándose incapaz de llevar a cabo las medidas dictadas por el juez, hasta el punto de considerar a un individuo molesto para las propias instituciones encargadas de su custodia y rehabilitación.

El caso de XXX es emblemático. Su periplo comenzó en marzo de 1973 y finalizó en 1979 cuando la ley fue parcialmente derogada. Cuando se le aplicó la Ley tenía un largo historial psiquiátrico. Según el director de la Clínica Mental de Santa Coloma de Gramanet, que puso la denuncia en el Juzgado de Peligrosidad y Rehabilitación social de Barcelona, había pasado 8 años en el psiquiátrico de San Boi donde había dado muestras de una conducta “altamente agresiva” encontrándose “completamente desadaptado al mismo.” Desde allí fue trasladado a la Clínica Mental donde su agresividad continuó, apuñalando a su madre en dos ocasiones. También pasó por el Instituto Pedro Mata sin que la agresividad disminuyera. El diagnóstico por el que había sido recluido era de epilepsia sintomática encefalopática.

A partir de esta denuncia, XXX comenzó un recorrido institucional de seis años. Fue declarado peligroso e internado cuatro veces en el Sanatorio Psiquiátrico de Madrid, dos en el Centro de Psicópatas de Huesca y cuatro en el Centro Médico-Pedagógico de León. Sometido a catorce observaciones y diagnósticos médicos en dichos establecimientos y también en instituciones psiquiátricas no penales, su caso muestra las dificultades de la “rehabilitación” y sobre todo la desidia o el intento de las diversas instituciones por librarse de un sujeto que más allá de sus trastornos mentales manifestaba una fuerte agresividad e inadaptación al régimen de cada una de ellas agrediendo a los enfermeros y médicos. La estrategia que

empleaban los diversos centros para librarse de XXX consistía en la redacción de un informe médico que demostraba la imposibilidad de hacerse cargo del mismo, sugiriendo al Juez el nombre de la institución a la se le debería trasladar. Como complemento, a los pocos días XXX presentaba una instancia al juzgado solicitando su traslado al mismo lugar indicado por los médicos. Los diagnósticos, siempre articulados en su extrema peligrosidad, llegan en algunos casos a incluir junto con la epilepsia, la oligofrenia. Este último permitió sus cuatro ingresos en el Centro de León donde a su vez los médicos siempre sugieren que no es el lugar que le conviene por ser un psicópata y no un oligofrénico. Pero en ocasiones, los diagnósticos señalan que tras su estancia no "se han observado ataques, ni la menor muestra de irritabilidad y su comportamiento es sumamente dócil", argumento que sirve para intentar enviarle a otro establecimiento. En determinados periodos, XXX queda en libertad o es ingresado en la Clínica Mental de Santa Coloma. Dichos periodos solían concluir con la fuga y las agresiones a su madre y familiares más cercanos. Finalmente en febrero de 1979, como consecuencia de la modificación de la Ley en diciembre de 1978, el juez ordena la cancelación de su expediente, solicitando al Centro Penitenciario de Huesca donde se encontraba en ese momento que le pusiera en libertad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley de Vagos y Maleantes. *Gaceta de Madrid*, 5 de agosto de 1933, núm 217.
2. Campos Marín, Ricardo (2007) ¿Psiquiatría para los ciudadanos o psiquiatría para la represión? El problema de la peligrosidad del enfermo mental en España (1920-1936)". En: Campos, Ricardo; Villasante Olga; Huertas, Rafael, eds. De la "Edad de plata" al exilio. Construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española. Madrid, Frenia, pp. 15-36.
3. Sabater Tomás, Antonio (1972), *Peligrosidad social y delincuencia*, Barcelona, Ediciones Nauta.
4. Juzgado especial de peligrosidad y rehabilitación social de Barcelona. Expediente 268. 1973.
5. Higiene Mental. Boletín de la Liga de Higiene Mental, 1935, Vol. 3, (1), pp. 5-178.
6. Codon, José María y López Saiz, Ignacio (1951), *Psiquiatría jurídica penal y civil*, Burgos, Imprenta de Aldecoa.
7. Ley 16/1970 de 4 de agosto sobre peligrosidad y rehabilitación social. *Boletín Oficial del estado.* 6 de agosto de 1970, núm 187, pp. 12551-12557.
8. Decreto 1144/1971 de 13 de mayo por el que se aprueba el Reglamento para la aplicación de la Ley 16/1970 de 4 de agosto sobre peligrosidad y rehabilitación social. Boletín Oficial del Estado, 3 de junio de 1971, núm 132, pp. 8895-8903.

X. VARIA

HOSPITALES, ECONOMÍA POLÍTICA Y LA IDENTIDAD CULTURAL CATALANA

Josep Barceló Prats[1] y Josep M. Comelles Esteban[2]

Medical Anthropology Research Center. Universitat Rovira i Virgili.

[1]josep.barcelo@urv.cat; [2]josepmaria.comelles@urv.cat

En 1305, Blanca de Mordenyac donó al Hospital de Sant Feliu de Guíxols, una cama, un colchón, una manta y dos *sous* para los pobres (1). El 29 de marzo de 1641, el doctor en medicina Jaume Guerau consignaba una donación de 200 *sous* barceloneses al Hospital de Santa Tecla de Tarragona (2); y en el siglo XX el Hospital de la Santa Creu de Barcelona heredó una fábrica con sus obreros en Vilanova i la Geltrú. Estos legados no eran una anécdota, sino una práctica casi sistemática en los testamentos otorgados en la Corona de Aragón desde el siglo XIII hasta el siglo XX, que ayudan a comprender el por qué bastantes de los hospitales locales han perdurado hasta hoy desde su fundación bajomedieval (3).

Los testamentos más antiguos preservados en el Protocolo Notarial en Catalunya son del siglo IX. Herederos de la práctica escrita del Derecho romano (4), los usos y las costumbres locales escritas y reelaboradas permanentemente por los notarios, estuvieron en la base de las Constituciones catalanas –els *Usatges* de Barcelona y els *Costums* de Tortosa– entre otros. Constituyen un corpus legal que regulaba compraventas, contratos de todo orden, testamentos, y permitía la constitución de fundaciones, esto es de personas jurídicas. Representan una forma de resolución de conflictos basados en el sentido común, en lo que Louis Assier-Andrieu califica del valor de la autoridad jurídica del pasado (5) y que significa reinventar permanentemente el derecho a partir de una constante

dialéctica entre partes mediante la ayuda de mediadores jurídicos. Algunas de las fundaciones resultantes, como el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau han llegado a nuestros días, y en el inventario que hizo la Generalitat Republicana en 1934 eran aun centenares.

Confluye esa tradición jurídica procedente del Derecho Romano con la del relato de las órdenes mendicantes, el bien común y la responsabilidad colectiva en la *res publica* de una ciudad constituida libremente en un mundo feudal. La cultura política resultante que Francesc Eiximenis, en 1385, denominó *Regiment de la cosa pública* (6) en su tratado sobre la gobernanza de las ciudades incluía derechos y obligaciones y daba un significado a la acción social local. Desde el siglo XIII en la Corona de Aragón se fundó un dispositivo complejo de instituciones que ha sobrevivido en Catalunya hasta el día de hoy (7). Hasta el siglo XIX la mayoría eran fundaciones; y desde la segunda mitad del XIX y durante el XX se convirtieron en instituciones privadas de servicios y una docena de hospitales públicos grandes.

La continuidad en la fundación, y posterior subsistencia de este dispositivo no puede explicarse, solamente, por nociones como el pauperismo (8), el cuidado de los forasteros, la caridad o la filantropía. Tanto en la Corona de Aragón como en Italia tienen su base en esa concepción de la responsabilidad colectiva que puede documentarse hasta el presente siglo. Su mantenimiento y defensa tiene que ver con su significado jurídico, económico y político y en su papel en la construcción de una cultura política urbana paccionada y en el relato político que aseguró la hegemonía de las clases dirigentes urbanas de Cataluña más acá del Antiguo Régimen (9).

La toma de consciencia de las clases dirigentes urbanas catalanas de la necesidad de controlar este dispositivo para asegurar su hegemonía política no se materializó, paradójicamente, mediante el control directo de las instituciones desde las administraciones locales, especialmente los municipios. La estrategia fue mucho más sutil y pasó por blindar, jurídica y económicamente, estas instituciones de las incertidumbres de la acción política, dotándolas de autonomía económica bajo la figura jurídica de la fundación y estableciendo instrumentos de control sobre los administradores, albaceas garantes de seculares donaciones. Sin embargo, el modelo permitió que las clases dirigentes mantuviesen un control indirecto de los patrimonios de las instituciones procedentes, en gran parte, de las

élites urbanas a las cuales pertenecían. Los administradores, en general electos en plazos cortos, eran cargos de confianza de los poderes públicos de la ciudad, ya fuesen de ámbito municipal o eclesiástico.

Su condición de garantes les permitió asegurar la continuidad del sistema y ampliar los legados y las limosnas sobre la base de una retórica filantrópica al conjunto de los estamentos urbanos. Su objetivo fue siempre asegurar una capitalización de las instituciones a largo plazo, que persiste hasta la Transición democrática española y la mutación de las fundaciones en empresas de servicios.

Este modelo de gestión implicó pactos locales en los hospitales grandes con *staffs* directivos complejos (10); y en los pequeños, donde un administrador o regidor llevaba los censos y las cuentas del día a día y, se encargaba de pagar al hospitalero, al médico o al boticario. Este modelo de gobernanza local permitió, tras la fundación de las instituciones y cuando fue necesario a través de fusiones, la subsistencia del dispositivo asistencial en casi todos los municipios catalanes bajo la tutela de los presupuestos municipales en casos de quiebra. Las fórmulas para asegurar la asistencia social y sanitaria por parte de las autoridades municipales o religiosas fue siempre la de emplear formas contractuales de naturaleza privada o civil, como los contratos con médicos escolásticos (11) (*conductes del comú*) para garantizar su presencia en la ciudad o las *conductes* que los hospitales firmaron con los médicos y boticarios para asegurar sus servicios en las instituciones (12). Aunque el *regiment de la cosa pública* sea un concepto vinculado a la vida política, la contractibilidad en base al derecho privado se convierte en una herramienta de confianza para regular las relaciones con quienes prestan sus servicios y por eso quedan protegidos de los bandazos de las banderías políticas. Explica la supervivencia del modelo por la capacidad camaleónica que tiene los instrumentos jurídicos del derecho privado que se utilizan para regularlas y por el *embodiment* por parte de la ciudadanía de los municipios catalanes de esta concepción de la cosa pública, que permitió su adaptación al mercantilismo, a la proto-industrialización y al capitalismo, desafiando los intentos de centralización legislativa desde el Decreto de Nueva Planta hasta la actualidad. La hipertrofia legislativa del Estado que nunca se tradujo en prácticas públicas consistentes topó, por su rigidez, con la fluidez y complejidad social de la manera de regir, en el Principado, la responsabilidad colectiva en relación a determinadas problemáticas sociales que se constituyen en el centro del *regiment de la cosa pública*.

En Catalunya, la gestión la acción social hasta la Ley de Seguridad Social de 1967, aunque encuadrada por la legislación de beneficencia desde 1849, permaneció mayoritariamente en manos de las administraciones municipales o privadas, las cuales siempre se buscaron alternativas a los intentos de desmunicipalización de los dispositivos mediante estrategias de privatización amparadas por la legislación civil de las fundaciones.

Al trasladar la mirada desde la legislación centralizada a la práctica y estrategias cuotidianas para resolver los problemas del día a día, se puede comprender porque los dispositivos municipales catalanes escaparon a la Desamortización de Godoy y orillaron la de Madoz, de tal modo que Cataluña fue la única región del Estado que, entre 1812 y 1967, no tuvo más que un manicomio y un hospital provincial. No los tuvo porqué el regimiento de la cosa pública a escala local supo preservar los hospitales locales, puesto que los consideraba primordiales para el buen gobierno local y eran y son fundamentales para la gobernanza local.

BIBLIOGRAFÍA

Para profundizar en los fundamentos teóricos de esta comunicación, véase: Comelles, Josep M. et al. (1991), L'Hospital de Valls. Assaig sobre l'estructura i les transformacions de les institucions d'assistència, Valls, Estudis Vallencs; Comelles, Josep M. (2006), Stultifera Navis: la locura, el poder y la ciudad, Lleida, Milenio; Comelles, Josep M. (2013), Hospitals, Political Economy and and Catalan Cultural Identity. En: Bonfield, Christopher et al. (eds.) Hospitals and Communities, 1100-1960, Oxford, Peter Lang; y Barceló, Josep (2014), Poder local, govern i assistència pública: el cas de Tarragona, Tarragona, Universitat Rovira i Virgili. [Tesi doctoral].

1. Borrell, Miquel (2005), Caritat, beneficència, solidaritat: l'Hospital de Sant Feliu de Guíxols (del segle XIV al s.XX), Sant Feliu de Guíxols, Àrea de Cultura de l'Ajuntament de Sant Feliu de Guíxols.
2. 2.- Arxiu històric de l'Hospital de Sant Pau i Santa Tecla, Còpia simple del testament del doctor en medicina Jaume Guerau rebut en poder de Joan Jarau notari de Tarragona als 29 de mars de 1641, Capsa 30, núm. 277.
3. Sobre el contexto jurídico de las fundaciones hospitalarias, véase: Miller, Timothy S. (1997), The Birth of the Hospital in the Byzantine Empire, Baltimore, Johns Hopkins University Press; Imbert, Jean (1947) Histoire des Hôpitaux Français. Les Hôpitaux en Droit Canonique. Du décret de Gratien à la sécularisation de l'administration de l'Hôtel-Dieu de Paris en 1505, París, Librairie Philosophique; e Imbert, Jean (1993) Le Droit Hospitalier de l'Ancien Regime, París, P.U.F.
4. Sobre el Derecho romano en Catalunya, véase: Assier-Andrieu, Louis (1997), Frontières, culture, nation. La Catalogne comme souveraineté culturelle, Revue Européenne des Migrations Internationales, 13, (3), 29-46; y Salrach, Josep (1987) Historia de Catalunya II. El procés de feudalització (segles III-XII), Barcelona, Edicions 62.

5. Assier-Andrieu, Louis (2011), L'Autorité du passé, Paris, Dalloz.
6. Eiximenis, Francesc (1927), Regiment de la cosa pública, Barcelona, Barcino.
7. Arrizabalaga, Jon (2014) Asistencia, caridad y nueva ética de la responsabilidad colectiva ante la salud y la pobreza en el espacio urbano occidental del Antiguo Régimen. En: Huguet-Termes, Teresa et al., (eds.), Ciudad y hospital en el Occidente europeo, Lleida, Editorial Milenio, pp. 27-48.
8. Que es la posición clásica descrita por: Mollat, Michel (1988), Pobres, humildes y miserables en la Edad Media. México, Fondo de Cultura Económica.
9. Que es la hipótesis fundamental del libro: Comelles, Josep M et al. (2013), De les iguales a la cartilla. El regiment de la cosa pública i el pluralisme assistencial a la Vall d'Aro, Barcelona, Departament de Cultura de la Generalitat de Catalunya.
10. López Terrada, Mª Luz (1999), Health Care and Poor Relief in the Crown of Aragon. En: Grell, Ole P.; Cunningham, Andrew; Arrizabalaga, Jon. (eds.) Health Care and Poor Relief in Counter Reformation Europe, London, Routledge, pp. 177-200.
11. Comelles, Josep M.; Daura, Angelina; Arnau, Marina; Martín, Eduardo (1991), L'Hospital de Valls. Assaig sobre l'estructura i les transformacions de les institucions d'assistència. Valls, Estudis Vallencs, pp. 45-54.
12. Comelles, Josep M. (1993), El proceso de medicalización de los hospitales catalanes: el caso del Pío Hospital de Valls, Dynamis, 13, 201-234.

PODER UNIVERSITARIO O POLÍTICO SOBRE LAS PUBLICACIONES MÉDICAS PARISINAS EN EL SIGLO XVI: EL CASO DE MIGUEL DE VILLANUEVA (SERVET)

Francisco Javier Benjamín González Echeverría y Miguel González Ancín

Servicio de pediatría. Hospital “Reina Sofía”. Tudela (Navarra).
fcogonecheverria@gmail.com

MIGUEL DE VILLANUEVA O MIGUEL SERVET

El objeto de nuestro estudio es un episodio importante de Miguel Servet, cuyo nombre real que consta en documentación oficial, era el de Miguel de Villanueva (1511- 1553). En su biografía sería preciso el estudiar el concepto de “persona”, tan importante, que se asemeja a: rostro, facies, imagen... Esta interpretación de “persona” es lo que le convertirá en un hereje, desde un punto de vista de aplicación de la ortodoxia, en el dogma de la Trinidad; y lo aplicará a sí mismo y a su vida, en particular cambiando de apellido- pero nunca de nombre- “Miguel de Villanueva/ Servet” Además explícitamente en el Juicio de Viena del Delfinado (Francia), en abril de 1553, en el segundo interrogatorio, afirma Miguel de Villanueva que para “aun no siendo en absoluto Servet, tomara la ‘persona’ de Servet, para seguir disputando con Calvino”. Según la documentación oficial consta que era nativo de Tudela de Navarra, pero con una última residencia en Zaragoza, de padre español, según criterio de diócesis. Esto se corrobora con la

naturalización francesa de Miguel (1, p.153; 2, pp.144-155). Debemos de añadir al descubrimiento de su familia judeoconversa Zaporta- aportado por nosotros en 1999, por línea matrilineal-, la presencia, en las dos únicas ciudades que se mencionan, Tudela y Zaragoza, de familias judeoconversas apellidadas “De Villanueva”.

MIGUEL DE VILLANUEVA ESTUDIANTE EN PARIS

Miguel estuvo en París en dos períodos en 1533-1534 y en 1536- 1538. Coincidió con Loyola y con Xavier. En 1535 en Lyon trabaja en su ‘Geografía de Ptolomeo’ donde tendrá amistad con el hebraísta Pagnino- que le nombrará su heredero intelectual- con Symphorien Champier (1471-1538) y el médico Sebastian de Monteux. Anteriormente había sido estudiante en Paris en el Colegio de Calvi y, en 1538, en el Colegio de los Lombardos, profesor de Matemáticas, según declaración del Juicio de Viena (3, pp.101-110). También afirma que era Maestro en Artes por París (4, p.55), y que había sido estudiante de Medicina con Jacques ‘Silvius’, Gunter von Andernach y Fernel (4, p.81).

Miguel de Villanueva editará, en 1536, ‘Defensa contra Leonardo Fuchs’ impreso en Lyon, y la ‘Explicación universal de los jarabes’, “según la doctrina de Galeno”, impresa en Paris en 1537, mencionando a ‘Silvius’ (Jacques Dubois) y a Andernach.

Si a ello añadimos que daba clases de Astrología, podemos ver que era un estudiante muy famoso y a sus clases acudía el mismo arzobispo de Viena, Pierre Palmier (1, p.151).

EL JUICIO DE PARÍS DE 1538

Todo este aparente brillante porvenir para Miguel de Villanueva como estudiante va a cambiar en 1538. Ese año el decano de Medicina Jean Tagault († 1546) le interrumpió en sus clases de Matemáticas y Astrología acusándole de explicar astrología judiciaria, que estaba castigada. Para defenderse de este atropello Miguel de Villanueva dio a la imprenta un libro explicando la importancia de la Astrología, donde predice la fecha de un eclipse de Marte por la Luna el día 18 de febrero de 1538 (5, p.3). Miguel cita a varios autores e invoca a Galeno el

“príncipe de los médicos” para probar la incidencia de la Astrología en la salud de los humanos, así como sobre los movimientos celestes, y el modo de realizar un horóscopo. Además Miguel califica, sin citarlo, al decano Tagault como un ignorante en Astrología y Matemáticas (5, p.1).

Casi a la vez Tagault, bien por alguna delación o por tener acceso a las galeradas, supo que estaba a punto de imprimirse e interrumpió, de nuevo, a Miguel, esta vez en medio de una clase de Anatomía, para que no imprimiese la Apología “…a pesar de las severas amenazas que le hice ante muchos estudiantes y dos o tres doctores en la sala de nuestra escuela donde De Villanueva acababa de hacer la disección de un cadáver con la ayuda de un cirujano” nos señala Tagault (1, p. 150) La obra se distribuyó con rapidez.

Pero Tagault el día 4 de marzo ya tenía en sus manos una ‘Apología’ y quería que la Universidad se personase ante la Audiencia (‘*Parlement*’), cosa que consigue el 17 de marzo, con el apoyo de la Facultad de Derecho y su decano; la Facultad de Teología y su decano, así como el del rector de la Universidad. El día 18 de marzo fue el Juicio. Marlhac, que fue el defensor de De Villanueva no encuentra nada de “Astrología judiciaria”. Pero la sentencia final insta a De Villanueva” a que “retire y recupere todas y cada una de las Apologías impresas… Y ello en ocho días por todo plazo. ….todo ello bajo pena de multa arbitraria fijada por la Sala” Y añade que Miguel debe “reverencia y obediencia” a la Facultad de Medicina y a sus maestros, “prohibiéndole hablar o escribir contra la facultad y sus doctores, cosas injuriosas, directa o indirectamente…”. Pero también ordena a la Facultad y a sus doctores que traten dulce y amistosamente a De Villanueva como los padres a sus hijos” Finaliza prohibiendo a Miguel explicar “Astrología judiciaria… bajo la pena de ser privado de los privilegios concedidos por el rey a los estudiantes de la universidad de París y de cualquier otra pena que la Sala considere oportuna”. Además ordena que no se publique ningún almanaque (6, pp. 331-334). Posteriormente el decano Tagault realizará una extensa anotación manuscrita, añadiendo que se le amenazó con la cárcel; pero esto no figura en la sentencia.

CONSECUENCIAS DEL JUICIO DE PARÍS

Después de este Juicio Miguel de Villanueva va a ir a Aviñón, y Montpellier, según consta en las Cartas Patentes del rey en la documentación de la naturalización francesa de 1548, antes de establecerse en Charlieu, en 1539, ya como Doctor en Medicina.

En ese mismo año, Andernach en el prólogo de la tercera edición de su obra 'Anatomicarum institutionem', impresa en Basilea, menciona "a Vesalio" y a continuación a "…Miguel de Villanueva, hombre sabio en toda clase de letras y que no tiene pareja en la doctrina de Galeno. Con ayuda de ambos examiné en muchos cuerpos humanos las partes interiores y exteriores, los músculos, arterias, venas, arterias y nervios y se lo mostré a los estudiosos ".

Todo ello parece que forma parte del pasado de Miguel, pues ya no aparecerá su nombre en ninguna portada de una edición novedosa. Solo aparece en una Biblia, pero en el prólogo; y en otra Biblia en 1545, ni eso.

Pero es autor de obras médicas, que figuran como anónimas, como el 'Dioscórides', princeps 1543, junto con el 'Dioscórides' edición de los impresores de 1554; el 'Enchiridion' *o* 'Dispensarium', princeps de 1543, con 224 nuevas recetas o la 'Opera omnia' de Galeno, princeps (1548-1551), donde cita a C. Gesner en una de las portadas, pero solo como realizador de "números de capítulos y resúmenes" de ciertos temas. Además de otras obras no médicas, de versificación en español como 'Retratos o tablas de las historias del testamento Viejo'. Y traducciones del latín al español, 'Los dísticos de Catón', 'La obrita sobre la construcción de las ocho partes de la oración'… (1, pp. 236-276). Todas ellas, se imprimen por Jean Frellon († 1568), muchas como primeras ediciones. Frellon se definía como "el buen hermano y amigo del maestro Miguel de Villanueva" y fue citado en 1553 en Viena y afirmó que le imprimió traducciones españolas, gramaticales y otras obras, a Miguel.

Hemos encontrado en una obra impresa en Basilea en 1562, compuesta por Conrado Gesner (1516-1565), un catálogo, en orden alfabético, de 'autores que comentan a Galeno' y un pequeño párrafo donde menciona a Miguel de Villanueva. Traducido del latín nos dice: "Miguel de Villanueva compuso 'La explicación universal de los jarabes', según la doctrina de Galeno, diligentemente expuesta y también, en conjunto, sobre la digestión ('*concoctio*') y el método de

purgar. Valgrisio lo imprimió en 1545, en Venecia en octavo" (7, p. C†2, rº). Esta reseña es de mucho menos texto que el de otros médicos. Además Gesner se cita a sí mismo en esta obra, sin atribuirse la 'Opera Omnia' de Lyon, impresa por Frellon. ¿Quiso Gesner devolver el favor al fallecido colega, De Villanueva? Pero, ¿por qué una nota tan breve para un gran galenista?

Pensamos que bien pudiera hacer hecho Miguel de Villanueva cualquier publicación con su nombre, sin el Juicio de París. Muy posiblemente la publicación de la circulación menor, en 'La restitución del cristianismo' la hubiera hecho Miguel en libros de medicina, con su nombre, De Villanueva, y no con la "persona" de Servet, en 1553, en un libro de Teología. Lo mismo pensamos con el resto de las obras que no son médicas, impresas por Frellon, pero compuestas por Miguel.

El poder de la Audiencia del rey, instigado por un poder universitario, cambió totalmente su vida y obra.

BIBLIOGRAFÍA

1- González Echeverría, Francisco Javier (2011), El amor a la verdad. Vida y obra de Miguel Servet, Zaragoza, Gobierno de Navarra.
2- González Echeverría, Francisco Javier (2012), La naturalización francesa de Miguel de Villanueva (Miguel Servet), Príncipe de Viana, 255,139-174.
3- D'Artigny, Antoine Gachet (1749), Nouveaux mémoires d'Histoire, de Critique et de Litterature Par M. l'Abbé D'Artigny, Tome Second. A Paris, Chez Debure l'aîné, Quay des Agustins à l'Image S. Paul. M.DCCC.XLIX. Avec Approbation et Privilége du Roi.
4- Ms, Procès contre Michel Servet (1553), Archives d'Etat de Genève, paginadas manuscritas, parcialmente.
5- Miguel de Villanueva (1538), Michaelis Villanovani in quendam medicum apologetica disceptatio pro Astrología, París.
6- Du Boulay (1673), Historia Universitatis Parisiensis…autore Caesare Egassio Buleo… tomus sextus, … Parisiis, Apud Petrum de Bresche, M.DC. LXXIII.
7- Gesner, Conrad (1562), Cl Galeni pergameni omnia, quae extant in latinum sermonen conversa…Ex III. officin. Frobenianae editione. M.D.LXII. Catalagus secundus Con. Gesnero Authore, Basilea.

MEDICINA Y PODER POLÍTICO EN HUARTE DE SAN JUAN. EL REY IDEAL: FELIPE II

Justo Hernández[1] y Francisco-Javier Castro-Molina[2]

[1]Universidad de La Laguna. justoh79@hotmail.com

[2]Universidad de La Laguna. tenerifejavier@gmail.com

El trabajo tiene como objeto demostrar cómo Huarte merced a su *Examen* (1) confirma que Felipe II es el rey ideal porque tiene el mejor de los temperamentos posibles, que le convierten en la única persona idónea para gobernar. Es decir, es el único de los ciudadanos españoles que tiene el temperamento adecuado para ser rey. Para ello hemos estudiado este texto como fuente principal, deteniéndonos con particular interés en todo lo que dice sobre el rey. También hemos repasado otros tres ejemplos, uno del siglo XVI, el *Liber de arte medendi* (2), otro del siglo XVII, el *De motu cordis* (3) y *Il Principe* de Nicolás Maquiavelo, publicado por primera vez en 1531 (4), que concluyen de modo semejante: el rey es la cabeza (cerebro) del macrocosmos social o república que ejerce su potestad sobre sus súbditos (microscomos) y todos obedecen a Dios y a su ley (macrocosmos). Además esta doctrina se irá consolidando todavía más en el Barroco, lo que hará decir al Rey-Sol (Luis XIV) (centro del macrocosmos social): «el estado soy yo» o que Felipe IV sea llamado el Rey-Planeta. Por otra parte, Maquiavelo tiene presente que todo gobernante ha de tener dos premisas para acceder al poder: fortuna para lograr la conquista y el mantenimiento de los territorios, y virtud para la toma de decisiones adecuadas. Cuando el poder es adquirido mediante las «malas artes» debe modificar su actitud vil hacia el pueblo

una vez que adquiere el poder, proporcionando libertad con la mera intención de ganar su favor.

Hemos empleado una hermenéutica comparativa de estos textos y, por otra parte, concluimos que estos argumentos, de claro tono libresco, no se cumplen, al menos, en el caso de Felipe II. Como es sabido, Huarte utiliza la doctrina hipocrático-galénica para establecer sus postulados y concretamente sigue el galénico *Quod animi mores corporis temperamenta sequantur* (5). Apoyado en estos principios Huarte explica que cada temperamento (microcosmos) según su ingenio (inteligencia) es adecuado para una profesión, oficio o ciencia de modo que perfeccionarán el macrocosmos social o república en cuanto organismo vivo político. Además esa perfección se verá completada por las leyes que emanarán de su vértice o cabeza, el legislador supremo, el rey. Pero los temperamentos individuales si están desequilibrados pueden ser reajustados junto con las leyes políticas, con los regímenes dietéticos y con los planes educativos de modo que también se empleará la medicina como *paideia* y la *paideia* como medicina (6).

Ya en la epístola nuncupatoria al rey, buscando su patronazgo y mecenazgo le dirá: «luego me ocurrió el [ingenio] de vuestra Majestad por ser más notorio, de quien todo el mundo se admira viendo un príncipe de tanto saber y prudencia» (1, p. 156). Con el término ingenio se refiere aquí al grado de adecuación de Felipe II al oficio de gobernar.

Así en el penúltimo capítulo hablará de la habilidad del oficio de rey indicando y explicando las señales, signos o notas que caracterizan al príncipe de temperamento perfecto y, por tanto ideal, para ser prudentísimo gobernando: «tener el cabello medio-rubio, que es un color de blanco y rubio mezclado y pasando de edad en edad, dorándose más […]; ser bien proporcionado y airoso, de buena gracia y donaire, de manera que la vista se recree en mirarlo como figura de gran perfección […]; para lo que toca al ingenio, mejor es la moderada estatura […]; ser virtuoso y de buenas costumbres […]; ser de muy larga vida -setenta años-, porque son muy poderosos para resistir a las causas y achaques con que enferman los hombres […]; son prudentísimos, de grande memoria para las cosas pasadas, de grande imaginativa para alcanzar lo que está por venir y de grande entendimiento para saber la verdad en todas las cosas […]; éstos no han menester hacer elección de mujeres ni buscar cuál les responde en proporción

[…] estando la mujer sana y siendo de la edad en que […] las mujeres suelen empreñarse y parir» (1, pp. 578-589; 4, pp. 327-358).

Sin embargo, hay dos aspectos que no se dieron en Felipe II: de una parte, engendró a un primogénito imbécil (6), pues si la semilla viene de todas las partes del cuerpo y éstas son perfectas, el fruto será perfecto, y de otra, no soportaba tomar pescado, a pesar de que su capacidad digestiva tendría que ser perfecta por el calor adecuado del hígado (8, p.176). Por eso conviene insistir en el método libresco de Huarte, por mucho que se diga que es un médico observador y experimentado como un buen médico típicamente renacentista.

También encontramos en Cristóbal de Vega, concretamente en su *Liber de arte medendi*, terminado de escribir en 1557, una descripción relativamente parecida del temperamento perfecto: «todos los signos del cuerpo temperado deben mostrar el justo medio: el cuerpo, por tanto, no será ni grande ni pequeño, ni flaco ni obeso, sino que presentará un hábito mediano» y después de repasar las demás facultades, dirá que «en relación con las facultades anímicas, el hombre templado no será insomne ni somnoliento, ni perezoso ni más activo de lo justo, ni iracundo, ni apático. Será compasivo, humano, piadoso, prudente, que quiere a sus amigos, de grata conversación, educado y de buen aspecto. Todo esto debe desprenderse, según dicen, del contemplar la estatua de Policleto, pues es el canon con el que hay que medir todos los cuerpos que se desvían del temperamento adecuado» (8, pp. 172-174). Aquí, debe hacerse notar que Cristóbal de Vega fue profesor de Huarte en la Facultad de Medicina de Alcalá (7, p. 48).

Pero hay otro texto de Vega en que se perciben mejor esos extremos aludidos más arriba por Huarte. Es en la epístola nuncupatoria al príncipe Carlos, también en el *Liber de arte medendi*: «cuando considero óptimo príncipe Carlos, el esplendor de todas tus virtudes y la prestancia de tu ánimo, admiro vehementemente la providencia del sumo y máximo Dios en la conservación de su República, ya que infundió a los reyes un ánimo digno de sus facultades: de esto tienes el adecuadísimo ejemplo de Felipe el grande, Rey de las Españas, en el que encontrarás unidas la amplísima potestad, la suma liberalidad y la benevolencia para con sus súbditos: todas las cuales así las imites, para que no menos con el alma que con el cuerpo te parezcas a tu padre: que justamente toda

la república cristiana desea ansiosamente la salud del padre y del hijo, pues en ellos tiene excepcionales defensores de su salud» (8, p. 123).

Finalmente, se aprecia la misma mentalidad en un autor ya proto-barroco que con su breve libro cambió todo. William Harvey en su epístola nuncupatoria a Carlos I Estuardo, le llama sol del cual emana la luz para toda la república y corazón, que a través de la sangre hace llegar a todo el cuerpo (social) todas las gracias (cualidades). Veamos: «el corazón de los animales es la base de su vida, el principio de todo, el Sol de su microcosmos, de quien depende todo movimiento, de quien procede toda fuerza. El Rey, de igual manera, es la base de su Reino, de quien todo poder deriva, y que todas las gracias presenta. Lo que he escrito aquí de los movimientos del corazón, me atrevo humildemente a presentarlo a su Majestad, según la costumbre de estos tiempos, porque casi todas las cosas humanas se hacen según ejemplos humanos y muchas cosas en un Rey son según el modelo de su corazón. El conocimiento de su corazón, por tanto, no será inútil a un Rey en cuanto que viene a abarcar como una especie de modelo divino de sus funciones, y ha sido común entre los hombres comparar lo pequeño con lo grande. Aquí, en toda circunstancia, el mejor de los Reyes, colocado como su Majestad en la cumbre de los asuntos humanos, puede contemplar inmediatamente el primer motor en el cuerpo del hombre y el primer emblema de vuestro poder soberano. Aceptad por tanto mi nuevo tratado del corazón serenísimo Rey con vuestra amabilidad y liberalidad: vos que sois la nueva luz de esta edad y verdaderamente su verdadero corazón: un príncipe colmado de virtudes y de gracias: de quien provienen todas las bendiciones de las que goza Inglaterra, todo el placer de nuestras vidas» (4, ff. III-IV).

Ya se ve, meridianamente, que este planteamiento, tan clásico, colmará la política y la medicina de todo el Antiguo Régimen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Huarte de San Juan, Juan (1575), Examen de ingenios…, Baeza, Montoya, Edición de Guillermo Serés, Madrid, Cátedra, 1989.
2. Vega, Cristóbal de (1564), Liber de arte medendi, cum índice locupletissimo, Lyon, Rouillé.
3. Maquiavelo, Nicolás (2011), Obra selecta: El príncipe; El arte de la guerra; Discursos sobre la primera década de Tito Livio; Vida de Castruccio Castracani; Discursos sobre la situación de Florencia tras la muerte del joven Lorenzo de Médicis, Biblioteca de los Grandes Pensadores, Madrid, Gredos, Edición de Juan Manuel Forte Monge.
4. Harvey, William (1628), Exercitatio anatomica de motu cordis…, Fancfort, Fitzer.

5. García Ballester, Luis (1972), Alma y enfermedad en la obra de Galeno, Valencia-Granada, Universidad de Granada.
6. Jaeger, Werner (1990), Paideia: los ideales de la cultura griega, México, Fondo de Cultura Económica.
7. Hernández González, Justo Pedro (2001), Cristóbal de Vega (1510-1573), médico de cámara del príncipe Don Carlos (1545-1568, Dynamis, 21, 295-322.
8. Hernández González, Justo Pedro (1997), Cristóbal de Vega (1510-1573) y su Liber de arte medendi (1564), Valencia, Universidad de Valencia.

LA PESTE DE 1598-1608 EN ASTURIAS. DESIGUALDAD SOCIAL ANTE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE

Luis Vicente Sánchez Fernández[1] y Juan Carlos Cobo Barquín[2]

[1]Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. sanchezvicente@uniovi.es

[2]Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo

El objeto de este trabajo es dar a conocer las consecuencias que padecieron los habitantes de Asturias con la afectación de la denominada “peste atlántica” acaecida entre 1596/1602. Epidemia que entró por el Cantábrico y que se extendió posteriormente por toda España (1, 2, 3).

Con la documentación que manejamos podemos afirmar que esta enfermedad estuvo activa en Asturias desde 1348 hasta 1608. No obstante, nos vamos a centrar en la epidemia ocurrida entre 1598 y 1602 que se extendió por toda la Comunidad Autónoma. De manera individual sabemos que afectó a Siero Siero (Fozana), Ribera de Arriba, Somiedo, Langreo, Allande, Llanera, Cangas de Onís (Las Rozas), Aller, Llanes, Villaviciosa (Monasterio de San Salvador de Valdedios), Oviedo (El Caleyo y Oviedo), Gijón (Carcedo y Santurio) y Avilés. En 1600: Oviedo (Sograndio y Brañes) y en 1602: Cangas de Onís (Covadonga) (3, 4, 5, 6, 7).

Es conocida también como “peste atlántica”, pues se desarrolló entre el norte de Alemania y Polonia hasta el sur de Marruecos y afectó a Flandes (Bélgica y

Países Bajos), Francia, Inglaterra, España y Portugal. Como vemos zonas que tienen la particularidad de ser ribereñas del Océano Atlántico (8, 9, 10).

Se trata de la epidemia de peste que tuvo mayor incidencia en Asturias. Así encontramos testimonios que indican una mortalidad de “las tres partes” de los labradores de la Región. También manifestamos que llegó en un momento muy duro pues los fracasos en la política internacional real llevaron aparejadas unas cargas cada vez más pesadas para sus súbditos. Además a este deterioro monetario hay que añadir las crisis de subsistencia por las malas cosechas sobre todo a partir de 1576 (11).

Por último referimos que Asturias estaba catalogada como una de las Provincias más pobres de España. Tenía 37.500 vecinos, aproximadamente 150.000 personas que vivían mayoritariamente en el mundo rural (5).

De manera más exhaustiva nos centraremos en Oviedo que a la sazón era una ciudad amurallada de pequeño. No obstante tenía una sede episcopal y cinco hospitales. La sociedad ovetense contaba con una clase distinguida: clérigos y nobleza urbana. El resto se dedicaba al comercio o a la manufactura para vender en el mercado; a la vez tenían huertas y viñas. En las casas muchas de madera había cocina y habitación común, y no pocos compartían espacio con los animales domésticos (4). No dudamos que Oviedo estuviese inmerso en una crisis de subsistencia incrementada tras el incendio de 1521, pues el testimonio de Pedro Anua, secretario del Ayuntamiento nos indica que: “esta ciudad es de pocos vecinos y muy pobres, y los alimentos en ella más caros y dificultosos de haber que en otras muchas partes de estos reinos” (12).

Igualmente explicaremos el modo de enfrentase a la epidemia, pues fueron agotando todas las posibilidades, ya que al principio llevaron a cabo atención domiciliaria y cuando el brote se hizo inabarcable concentraron a los enfermos en instituciones hospitalarias.

La asistencia sanitaria fue realizada por los profesionales que Oviedo tenía ya contratados: médicos, cirujanos y boticarios. Así mismo, tomaron a dos mujeres para que actuasen como enfermeras. También haremos un repaso somero de los remedios utilizados.

La bibliografía más importante manejada es: Cabal, Melquiades (1987), Epidemia de peste en Oviedo en 1598. Estudio y consideraciones. *BIDEA*, nº 121. Oviedo, pp. 103-143; Fernández Álvarez, José Manuel (2003), Peste y supervivencia en Oviedo (1598-1599). Ediciones KRK, Oviedo; y Hevia Ballina, Agustín (1996), (Director) Archivos parroquiales: una fuente para la historia de la medicina. En: Memoria Ecclesiae IX. Parroquia y Arciprestazgo en los archivos de la iglesia (II) santoral Hispano-mozárabe en España. Actas del X Congreso de la Asociación. Oviedo/Salamanca, pp. 141-152;

Las fuentes primarias archivísticas consultadas son: Archivo Histórico de Asturias *(AHA)*; Archivo Municipal de Oviedo *(AMO)*; *Libro de Acuerdos del Ayuntamiento de Oviedo*, Tomos XIII (1592-1599) y XIV (1600-1603); *Libro de Cuentas de la Fábrica de Peste (1599-1605)*; - *Libro de Cuentas de la Panera (1591-1599)*: *Libro de Cuentas de la Panera y Alhóndiga de la Ciudad de Oviedo (1599-1604)*; Archivo Capitular de Oviedo *(ACO*); *Libro de Acuerdos del Archivo Capitular de Oviedo*. Tomo XX; Archivo Histórico Diocesano de Oviedo (*ADO*); *Libro de Bautismos* y de *Difuntos de 1591 a 1640* de la Parroquia de San Martín de Moreda. Arciprestazgo de Aller. (Concejo de Aller), nº 2.8.1; *Libro de Bautizados, casados y difuntos de 1579 a 1812* de la parroquia de San Martín de Valledor (Concejo de Allande), nº 23.41.1; Archivo Municipal de Gijón *(AMG)*; Parroquia de Porrúa (Llanes): *Libro de Bautismo* de Porrúa, nº 30.17.1. (1598/99).

Esta enfermedad nos permite analizar la injusticia social del momento, pues afectó de manera importante a los menos pudientes. En el caso de Oviedo el mayor daño lo sufrieron los habitantes de los arrabales. Además apreciamos de manera clara las diferencias de trato según a que clase se perteneciese ya que los poderosos podían marchar de la ciudad o encerrase en sus casas pagándose ellos mismo el tratamiento médico. Así mismo, vemos que ante el sinnúmero de protestas las autoridades se decidieron a abrir varios lugares de acogida para gente distinguida que recibieron el nombre de *casas de convalecencia* y de *buen gobierno*, con la misma capacidad de atención sanitaria que en el hospital. Sin embargo, los más miserables fueron ingresados forzosamente en el Hospital, primero en el de La Magdalenas y más tarde en el que habilitaron en la malatería.

Realmente desconocemos el número de muertos en Oviedo, pero la misma epidemia en el concejo de Aller (feligresía de San Martino) dejó tras de sí 246

difuntos y representa una mortalidad 17,57 veces superior a un año normal. Así mismo, en el municipio de Allande provocó la muerte de 142 vecinos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carreras Panchón, Antonio (1976), La peste y los médicos en la España del Renacimiento. Cuadernos de la Medicina, monografía XXIX. Universidad de Salamanca.
2. Carreras Panchón, Antonio (1977), Las epidemias de peste en la España del Renacimiento, Asclepio, 29, 5-16.
3. Pérez Moreda, Vicente (1980), Las crisis de mortalidad en la España interior (siglos XVI-XIX). Madrid, Edición Siglo XXI de España Editores.
4. Álvarez Fernández, María (2009), Oviedo a fines de la Edad Media. Morfología urbana y política concejil. Oviedo, KRK.
5. Barreiro Mallon, Baudilio (1978), La demografía asturiana en los siglos XVI y XVII, En: Historia General de Asturias, Tomo III, Gijón, Ed. Silverio Cañada, 1-15.
6. Llano de Roza de Ampudia, Aurelio (1928), Bellezas de Asturias de Oriente a Occidente. Diputación de la Provincia de Oviedo. Reeditado en 2008.
7. Uría Ríu, Juan (1965), Notas para la historia de Oviedo. Médicos, boticarios y sanidad en Oviedo a fines del siglo XV y primeros decenios del XVI. Uría Ríu, Juan Oviedo (2000), Una institución sanitaria en Oviedo en el siglo XVI en: Obras completas, III. Estudios sobre Oviedo. Universidad de Oviedo. Ed. KRK, pp. 627-648. Vigil, Ciriaco Miguel (1889), Colección histórico-diplomática del Ayuntamiento de Oviedo, Oviedo. [Facsimil de 1991, Alvízoras Llibros, Oviedo], p. 339/nota: 532 y pp. 447-448/nota: 800.
8. Vincent, Bernard (1969), Les pestes dans le royaune de Grenade aux XVIe et XVII siècles. *Annales ESC*, 6, París.
9. Vincent, Bernard (1976), La peste atlántica de 1596-1602, Asclepio, 28, 5-25
10. Vincent, Bernard (1977), Las epidemias en Andalucía durante el siglo XVI. Asclepio, 29, 351-358.
11. Aragón Ruano, Álvaro (2011), Cambio Climático y transformaciones económicas en Guipúzcoa entre los siglos XVI-XVII. Los Papeles de Pedro Morgan. Historia, Clima y Calentamiento Global. Universidad del País Vasco. En: http://papelesdepedromorgan.com, consultado 11 de julio de 2013.
12. González Novalín, José Luis (1966), El panorama social de Asturias desde 1585 hasta el 1622, Bidea, 59, 89-132.

EL ALCANFOR A TRAVÉS DE UN MANUSCRITO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE CÁDIZ

Paloma Ruiz Vega

Facultad de Medicina de Cádiz. Universidad de Cádiz. Real Academia de Medicina y Cirugía (Cádiz). paloma_ruiz_vega@hotmail.com

OBJETIVOS

El propósito científico de este trabajo se refiere al análisis de una disertación sobre el alcanfor, en la que se hace una descripción de la especie botánica usada en Medicina que es el *Laurus camphora*,L., exponiendo sus propiedades físicas y químicas y sus aplicaciones en Terapéutica; así mismo se refieren las formas farmacéuticas de administración y dosificación.

Para nuestro estudio tomamos como referencia a Ignacio Ameller, Primer Profesor Cirujano de la Armada en 1809, Catedrático de dicho Real Colegio y Maestro Consultor de la Armada en 1824. Fue Socio Fundador de la Sociedad Médica en 1816 y posteriormente Académico Numerario y Presidente de la Sociedad Médico-Quirúrgica.

FUENTES Y MÉTODOS EMPLEADOS

La fuente base del trabajo es una memoria manuscrita de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz (4, p. 100-101), fechada en 1817, etapa

correspondiente a la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz (3, p. 5-17) Fue presentada a la referida Institución por Ignacio Ameller, siendo además su autor. Otras fuentes son los legados de Oficios y de Actas correspondientes al periodo correspondido entre 1815 y 1830, así como el Reglamento de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz, fuentes que hemos localizado en el archivo de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz al igual que la memoria.Ignacio Ameller hace en su memoria un análisis sobre el alcanfor.

ESTUDIO DE LA MEMORIA

Ameller hace una descripción del Alcanfor, incluyendo especies botánicas, propiedades físico-químicas y usos médicos del Alcanfor.

a) Propiedades botánicas y físico-químicas:

El alcanfor pues es una materia blanca, de un olor y sabor muy fuerte.

El alcanfor que usamos en Medicina se extrae de una especie de laurel que se cultiva en China, en Japón, en las Islas de Borneo o de Sumatra, en Ceylán y otros lugares, este árbol es el *Laurus camphora*, L., por incisión suministra lagrimas bastante gruesas y puras. También se obtiene por destilación poniendo las raíz o bien otras partes del árbol con agua en un alambique de hierro, que se somete al calor, resultando el alcanfor sublimado en forma de granitos de color parduzco que en conjunto forman trozos muy gruesos de alcanfor impuro, para la purificación se somete a una nueva sublimación en un matraz añadiendo una onza de cal por cada libra de alcanfor impuro, aunque la sola evaporación al aire libre basta para la separación del alcanfor (2, p.6).

El alcanfor es mucho más volátil que los aceites esenciales, sometido a un calor suave cristaliza en láminas hexagonales. Si se destila muchas veces produce una flema amarilla de carácter acido. Posee un fuerte olor que puede marear. Es muy inflamable, arde produciendo mucho humo, y no deja residuo carbonoso. Las tierras, las sustancias salino-térreas, y los álcalis no actúan sobre él. El ácido sulfúrico y el ácido nítrico disuelven el alcanfor cuando están concentrados, el ácido muriático, en estado de gas también lo disuelve. Las sales neutras no interaccionan con el alcanfor (2, p. 7-8).

El examen de estas propiedades, con la de formar un ácido particular por la acción del ácido nítrico y el fuego, caracterizan al alcanfor como un principio constitutivo del vegetal diferente del aceite volátil, aunque muchos autores lo consideran un aceite volátil más carbonizado (2, p. 9-10).

b) Propiedades medicinales:

El alcanfor se debe colocar entre los medicamentos antiespasmódicos, antihistéricos, calmantes, febrífugos, antisépticos, resolutivos y sudoríficos. Es eficaz en las fiebres pútridas y nerviosas, y en las que tienen mal carácter, particularmente las de tipo intermitente, o las remitentes malignas; en las eruptivas como la fiebre variolosa, la miliar, la esencial, pero es especialmente efectivo en abatimiento, pulso débil, evacuaciones pútridas, olor fétido, manchas en la piel y espasmos musculares (2, p.11-13).

Por ser antiséptico, el alcanfor es muy útil en las fiebres pútridas, úlceras del mismo carácter, y erupciones malignas, en las gangrenas secas y húmedas en altas dosis vía oral, y aplicado exteriormente disuelto en el mucílago de la goma arábiga en planchuelas cuando la gangrena es seca o disuelto en polvos cuando es húmeda, y mediante la inyección de su disolución cuando ocupa alguna de las cavidades medias, el alcanfor detiene la gangrena, promoviendo la separación de la parte muerta de la viva, es un remedio para detener la gangrena de las partes sólidas, si es administrado en dosis proporcionada al grado de la enfermedad. Se aplica también en la pleuresía, anginas, inflamación del útero, en las viruelas pútridas y confluentes con resultados satisfactorios. En las oftalmias se aplica bajo la forma de “agua opthalmica alcanforada”. Se aplica en reumatismos, fiebres castrenses verminosas, y para moderar la acción de las cantáridas sobre las vías urinarias con resultados satisfactorios. Es un poderoso correctivo de los purgantes drásticos y de las preparaciones mercuriales impidiendo o moderando el babeo. El opio asociado al alcanfor aplicado en casos de úlceras cancerosas y corrosivas pierde sus propiedades adormecedora y narcótica ejerciendo sólo efecto calmante (2, p.12-23).

EL ALCANFOR EN LOS TRATADOS DE LA ÉPOCA

Hacemos una exposición de la literatura de la época sobre el alcanfor según cuatro libros localizados en la Biblioteca de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz.

a) *Nuevo formulario general completo,* de Gerber de Robles:

El autor del libro es José Gerber de Robles.

El alcanfor es vermífugo, sedativo, antiséptico, sudorífico, y antiespasmódico, se administra en emulsión, poción o píldoras. El alcohol y la yema de huevo son los vehículos en que se administran por lo común (1, p.141).

b) *Tratado de terapéutica y materia médica,* de Trousseau y Pidoux:

Los autores de este libro fueron Armand Trousseau (1856-1910) y Claude François Hernand Pidoux (1808-1882).

El alcanfor como medicamento antiespasmódico, goza de la propiedad específica de modificar ventajosamente los trastornos de la inervación, de un modo directo, esencial y sin la mediación de ninguna acción apreciable entre el medicamento y el efecto (6, p. 318-320).

El alcanfor del comercio se obtiene del *Laurus camphora,* L., es el que se emplea en Terapéutica; presenta los siguientes caracteres físicos, blanco, transparente y cristalino; su olor es muy fuerte y muy penetrante; su sabor acre y aromático es más ligero que el agua; muy soluble en el alcohol, en el éter y en los aceites grasos y esenciales. El alcanfor está compuesto de 79´28 de carbono, 10,36 de hidrógeno y 10,36 de oxígeno. La extracción del alcanfor se realiza por medio de incisiones hechas en el árbol; pero también haciendo hervir la raíz, el tronco y las ramas hechas astillas en una caldera de hierro con una tapadera ó capitel de tierra encima, donde el alcanfor se volatiliza y se acumula en el pergal de arroz, de que se cubre interiormente la tapadera. Las diversas formas farmacéuticas alcanforadas son polvos, agua alcanforada, agua etérea alcanforada, aguardiente alcanforado, éter alcanforado, vinagre alcanforado y emplastos alcanforados. Las píldoras de alcanfor se asocian la mayoría de las veces al opio. También se administra en lavativas (6, p. 320-362).

c) *Tratado completo del arte de recetar que contiene nociones de farmacia,* de Trousseau y Reveil:

Los autores de este libro fueron Armand Trousseau (1856-1910) y Reveil (1821-1865).

El alcanfor se puede emplear bajo las formas de píldoras y polvos, actuando como "excitante externo" (7, p.18). El linimento alcanforado se emplea para tratar los "infartos dolorosos y reumatismos." (7, p.171).

d) *Tratado "theórico- práctico de materia médica"* de rancé

El autor del libro es Juan Rancé. Doctor en Medicina de la universidad de Montpellier.

El alcanfor puede utilizarse como "exfoliativo" en aplicaciones tópicas (5, p.177).

CONCLUSIONES

Las diversas acepciones de la voz alcanfor que manejaban los facultativos académicos se corresponden con las que se tenían en España y en el extranjero.

Los usos médicos del alcanfor y sus preparaciones farmacéuticas entresacadas de la documentación estudiada estaban a la altura del resto de Europa.

Se vislumbra la apertura de los facultativos de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz a la asimilación de las corrientes industriales, farmacéuticas y terapéuticas de la época.

En la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz, sus socios presentan y leen sus "Memorias" estando a la altura de los académicos pertenecientes a las Sociedades Científicas europeas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gerber de Robles, José (1839), Nuevo Formulario General Completo o Colección de las recetas más usadas en la práctica médica, tomo II, Valencia, Imprenta Mallen y sobrinos.
2. Memoria manuscrita sobre el Alcanfor y sus usos médicos. Leída a la Sociedad Médica de Cádiz por Ignacio Ameller uno de sus Socios de Número el 22 de marzo

de 1817. Cuadernillo de 24 páginas.Localizada en el Archivo de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz, Legajo de Memorias, 3- 6.

3. Orozco Acuaviva, Antonio (1981), Francisco Javier Laso de la Vega, historiador de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz, Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz, 17, 5-17.
4. Ramos Contreras, Antonia (1994), Una Institución Romántica Gaditana: La Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz (1815-1900), Tesis Doctoral, Cádiz, Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz.
5. Rancé, Juan (1773), Tratado Theórico-Práctico de Materia Medica, t.III, Barcelona, Impresor Francisco Suriá Burgada.
6. Trousseau, Armand; Pidoux, Claude François Hernand (1842), Tratado de Terapéutica y Materia Médica, tomo III, Madrid, Imprenta que fue de Fuentenebro a cargo de Alejandro Gómez. Librería de la Señora Viuda de Calleja e Hijos.
7. Trousseau, Armand; Reveil, Pierre Oscar.(1852), Tratado completo del arte de recetar que contiene Nociones de Farmacia. La clasificación por familias naturales de los medicamentos simples más usados, sus dosis, modo de administrarlos, etc. Un Formulario Magistral en el que se indican las dosis para adultos y niños y un compendio de Toxicología. Nueva traducción enriquecida con muchas recetas de las Farmacopeas y Formularios españoles, por don Antonio Sánchez de Bustamante, Madrid, Galería de San Felipe número 2 y Casa de Monier.

EL PAPEL DEL MÉDICO COMO "EXPERTO" EN LA GESTIÓN DE LA SALUD MUNICIPAL EN EL ALICANTE DEL SIGLO XVIII

Eduardo Bueno Vergara[1] y Enrique Perdiguero-Gil[2]

[1]Universidad Miguel Hernández de Elche. ebueno@umh.es

[2]Universidad Miguel Hernández de Elche. quique@umh.es

El objetivo principal del presente trabajo es profundizar en la actuación como "expertos" de los médicos en el mantenimiento de la salud pública, en un ámbito territorial muy concreto, la ciudad de Alicante, y en un marco cronológico determinado, el siglo XVIII. Hemos llevado a cabo este estudio a través de la consulta de la documentación que se custodia en el Archivo Municipal de Alicante, sobre todo, a partir de las actas de los acuerdos municipales y, en menor medida, de la correspondencia que mantuvo el consistorio con diferentes instituciones y particulares.

La ciudad de Alicante contó con tres médicos asalariados cuyo principal cometido era prestar asistencia a los vecinos con menos recursos. Entre las otras obligaciones que debían asumir, destaca la que aquí nos ocupa: la prevención de las enfermedades que, periódicamente, aparecían en la ciudad, principalmente las fiebres tercianas (9).

Analizamos de qué modo el médico fue convirtiéndose en un experto al servicio del Estado, esto es, una pieza clave a partir de cuyo criterio, las autoridades

podían tomar decisiones políticas que contribuían a aumentar su poder. A cambio, aquel considerado experto era legitimado como tal, y se le confería reconocimiento, prestigio y consideración, diferenciándose así del resto de la población (1, 2, pp.1-24, 10, pp.1-33).

Dado que el asunto relativo a la higiene de la ciudad era competencia exclusiva de la administración local, el proceso de consolidación de los médicos asalariados como expertos en materia de salud pública estuvo, necesariamente, relacionado con las instituciones locales (6). Aunque los médicos durante la Edad Moderna gozaban de un estatus diferenciado, a la hora de realizar un diagnóstico y proponer una terapéutica tuvieron que compartir su espacio y autoridad con el sentido común, puesto que, en ocasiones, se hacía muy difícil trazar una línea divisoria clara entre ellos (11). Del mismo modo, los sanitario titulados convivieron en no pocas ocasiones con otros que no gozaban de un reconocimiento oficial, aunque no por ello eran considerados menos eficaces entre la población (3, 7)

A través de los testimonios de los médicos asalariados alicantinos del siglo XVIII, hemos podido esbozar un cuadro de las circunstancias que suponían un riesgo para la salud pública. La mayor parte de las situaciones consideradas peligrosas para la salud estaban, obviamente, en relación con las teorías miasmáticas de la enfermedad, de modo que los médicos se convirtieron en centinelas de la salud pública localizando los peligros que podían originar la enfermedad, principalmente a través del olor (4, 5, 8, 12). A grandes rasgos, podemos distinguir cuatro cuestiones que preocuparon a las autoridades civiles en lo que a la higiene municipal se refiere:

1) Aguas estancadas: las lagunas que se generaban en los alrededores de la ciudad con motivo de las fuertes lluvias estacionales fueron el elemento que mayor atención recibió, teniéndose como focos principales de los brotes de fiebres tercianas.

2) Limpieza de las calles: destaca el precario sistema de alcantarillado y su deficiente funcionamiento, la no menos problemática extracción de basuras, los improvisados lavaderos de ropa, o los enterramientos dentro de la ciudad.

3) Actividades insalubres: la presencia de diversas fábricas que proliferaron intramuros, especialmente de aguardiente, pero también de sebo, de almidón o

curtidurías. Fuera de la muralla se incidió en los ameradores de esparto, donde se le dejaba macerar para aprovechar posteriormente sus fibras.

4) Vigilancia de alimentos: estuvo centrada, sobre todo, en evitar que fueran consumidos aquellos que estaban en mal estado o que, por sus cualidades, se juzgaban perjudiciales para la salud. En menor medida, también despertaron cierto interés las emanaciones mefíticas que exhalaban los mercados y almacenes.

Los médicos titulares de la ciudad desempeñaron un papel muy importante como vigilantes de la salud pública, especialmente después de la desaparición de la figura del almotacén, el oficial civil encargado de estas tareas durante la etapa foral. En líneas generales, sus opiniones eran tenidas en cuenta por parte del consistorio alicantino a la hora de tomar decisiones que concernían al mantenimiento de la salud.

Sin embargo, su autoridad no fue aceptada por todos, algo que formaba parte del propio proceso de consolidación de la figura del experto. Así, por ejemplo, el abastecedor de carne de la ciudad, protestaba en 1715 al considerar incompetentes a los médicos para juzgar la carne que él había proveído como perjudicial. Algo similar encontramos en 1775, cuando un comerciante quiso recurrir ante el Protomedicato de Valencia, por haber sido considerada nociva la harina que pretendía vender en la ciudad. Desde luego, en estos asuntos los facultativos no estuvieron al margen de presiones. En 1753, los médicos señalaron que los residuos procedentes de una fábrica de aguardiente eran responsables, en parte, de la epidemia de fiebres que se vivía en la ciudad. Esta afirmación contrastaba con el dictamen que ellos mismos habían emitido seis años antes, según el cual no advertían ningún tipo de peligrosidad. La diferencia entre ambas situaciones radica en que la segunda inspección fue solicitada por importantes personalidades de la sociedad estamental alicantina, que padecían los fuertes olores de la destilación. En este episodio, parece, se impuso el orden social sobre el dictamen médico.

Los médicos tuvieron que compartir su pericia con otros, especialmente en los asuntos relativos a los alimentos. Así, cuando debían comprobar el estado de los vinos elaborados en la ciudad, se recurría a otros “expertos” -de los que nada más se detalla en las fuentes- que seguramente fueran catadores o productores de caldos. Otro ejemplo lo encontramos en el trigo y el pan, cuando también era

solicitado el parecer de los maestros panaderos para determinar si se había echado a perder el grano o la harina. En realidad, buena parte del acervo médico era compartido por vecinos, clérigos regulares y los propios regidores del Ayuntamiento que, en no pocas ocasiones, aludían a las “emanaciones malignas” que “corrompían” el aire y provocaban la aparición de los brotes de fiebres. Dirimir quién era el experto no era siempre tan obvio.

Las relaciones entre el poder los médicos no estuvieron exentas de tensiones. En septiembre de 1766, había llegado a oídos de los regidores que los facultativos asalariados no atendían a los vecinos con la prontitud y diligencia necesaria. Mediante pregones, animaron a denunciar ante el ayuntamiento la falta de asistencia, lo que fue entendido por los médicos como un ataque a su autoridad y un descrédito ante los pacientes. Esta situación generó un litigio entre cabildo y asalariados que llegó hasta el Consejo de Castilla. Finalmente, desde el tribunal castellano, se reconvino a ambas partes, instando a que, en futuros desencuentros, actuaran de forma más discreta. Otro ejemplo lo encontramos en 1769, cuando el alcalde mayor, representante de la administración central, prohibió el consumo de higos chumbos. La prerrogativa de obstaculizar la entrada de un alimento en la ciudad recaía en el pleno del Ayuntamiento, de modo que los regidores solicitaron a los médicos asalariados un dictamen acerca de la conveniencia del consumo de estos frutos para que la decisión del alcalde mayor quedase deslegitimada. Sin embargo, los doctores desaconsejaron su ingesta por resultar dañino para la salud, reforzando con ello la prohibición. Para hacer prevalecer su autoridad, los miembros del cabildo pidieron una nueva opinión, esta vez al Protomedicato de Valencia, desde donde se consideró que tomar higos chumbos, no sólo no era perjudicial, sino muy beneficioso, llegándolo a definir como “el milagro de la naturaleza” por sus cualidades curativas. Atendiendo a este último examen, la prohibición se dejó sin efecto.

El conocimiento o *expertise* era una condición que un determinado colectivo, cualquiera que éste fuera, debía reclamar para sí. Así, podemos observar cómo los memoriales elevados al Ayuntamiento por los médicos, estaban trufados de referencias eruditas y de un vocabulario muy elaborado. Se trataba, obviamente, del uso de la terminología científica como parte de la retórica para poner de manifiesto su conocimiento sobre las causas de la enfermedad, cuestiones que quedaban vedadas al resto de la población.

En definitiva, hemos podido documentar una pequeña parte del proceso mediante el cual el profesional médico fue convirtiéndose en un experto al servicio del Estado. Como no podía ser de otra manera, la legitimación por parte del poder no estuvo exenta de resistencia y contradicciones. Así, en líneas generales, durante el siglo XVIII se dio rango de autoridad a los médicos, pero su consolidación como expertos no dejó de estar en entredicho.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ash, Eric (2004), Power, knowledge, and expertise in Elizabethan England, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
2. Ash, Eric (2010), Expertise and the Early Modern State, Osiris, 25, 1-24.
3. Blockliss, Laurence; Jones, Colin (1997), The medical world of early modern France, Oxford, Clarendon Press, Oxford University Press.
4. Cipolla, Carlo (1993), Contra un enemigo mortal e invisible, Barcelona, Crítica.
5. Corbin, Alain (1987), El perfume o el miasma. El olfato y lo imaginario social. Siglos XVIII y XIX, México, Fondo de Cultura Económica.
6. Figuerola i Pujol, Iris; Esteva De Sagrera, Joan; Espinosa Ramos, Estilita (1986), Els metges de sanitat de Barcelona i el control de qualitat dels aliments (s. XVIII), Gimbernat. Revista Catalana d'Historia de la Medicina i de la Ciència, 6, 107-114.
7. Gentilcore, David (1998), Healers and Healing in Early Modern Italy, Manchester, Manchester University Press.
8. Larrea Killinger, Cristina (1997), La cultura de los olores. Una aproximación a la antropología de los sentidos, Quito, Abya-Yala.
9. Perdiguero Gil, Enrique; Bernabeu Mestre, Josep (1995), La asistencia médica pública en el Alicante del siglo XVIII: los médicos de la ciudad, Canelobre, 11, 165-176.
10. Rabier, Christelle (2007), Expertise in Historical Perspectives. En Rabier, Christelle, ed. Fields of Expertise: A Comparative History of Expert Procedures in Paris and London, 1600 to Present, Newcastle, Cambridge Scholars Publishing, pp. 1-33.
11. Shapin, Steven (2003), Trusting George Cheyne: Scientific Expertise, Common Sense, and Moral Authority in Early Eighteenth-Century Dietetic Medicine, Bulletin of the History of Medicine, 77(2), 263-297.
12. Urteaga González, Luis (1980), Miseria, miasmas y microbios. Las topografías médicas y el estudio del medio ambiente en el siglo XIX, Geo Crítica: cuadernos críticos de geografía humana, 5(29), 1980.

MEDICINA Y PODER ECLESIÁSTICO EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XVIII. LA OBRA HIDROLÓGICA DEL MÉDICO ANTONIO ABELLÁN (1772) Y LA OBRA BENÉFICA DEL OBISPO CLAUDIO SANZ Y TORRES (1704-1779)

José Antonio García Ramos

jagarciramos@yahoo.es

Es indudable que el poder de la iglesia se manifiesta en España durante la segunda mitad del siglo XVIII de manera compleja en diversos y variados modos, encontrando en la sanidad - montando un complejo sistema de beneficencia - una de sus expresiones más lúcidas

En la diócesis de Almería el poder político del estamento seglar -por falta de recursos, o porque la norma política, así lo estimaba--se desentiende de unas labores que debieron serle propias, como la construcción, mejora o sostenimiento de los edificios destinados a la sanidad

Diferencian en este aspecto la labor eclesiástica de la labor del poder civil, las actuaciones llevadas a cabo por un obispo de Almería Claudio Sanz y Torres (1704-1779) (1, 2) “obispo ilustrado” que durante su pontificado, impulsó una labor reformista mediante el desarrollo de numerosas obras sociales. La iglesia de Almería desarrolló una extensa labor asistencial en lo relativo a hospitales,

hospicios, casas de expósitos y baños medicinales. Eran misiones todas, que rebasaban ampliamente el campo religioso como la restauración de los Baños de Sierra Alhamilla (3) propiciada a instancias del médico Antonio Abellán (ca.1715-1793) (4), quien a raíz de escribir una disertación sobre las aguas de dicho balneario- que hasta hoy permanecía inédita (2)- estimuló y colaboró con el obispo en llevar a cabo una de las obras sanitarias más costosas del momento.

OBJETIVOS

Nuestra comunicación pretende establecer un panorama del estado de la medicina en la segunda mitad del siglo XVIII, en un provincia española de la que hay muy escasas noticias (3, 6, 7, 8, 9) dando a conocer la vida y la obra del médico de Baños en Sierra Alhamilla, Antonio Abellán, cuya obra manuscrita, que se creía perdida, *Noticia de la fuente de aguas termales de Alhamilla***,** es el primer texto médico escrito en Almería del que tenemos constancia.

También determinar un punto de encuentro donde demostrar las relaciones entre la medicina y el poder eclesiástico, por la influencia que éste poder –tanto en lo espiritual como en lo económico- a finales del siglo XVIII- ejerce en el desarrollo de la sanidad, en una diócesis española olvidada.

ANTONIO ABELLÁN (GUADIX, C. 1715 - ALMERÍA, 1793), MÉDICO DE CABECERA DE UN OBISPO ILUSTRADO

Fue médico del Obispo Claudio Sanz y Torres (1704-1779), del deán y del Cabildo catedralicio. Muy Ilustrado y acreditado en Almería, era socio de la Sociedad Médico-Matritense (5,16). Juan de Dios y Ayuda nos informa que “sus sólidos dictámenes, mucha instrucción y juicio hicieron justicia en Almería y “que su buena memoria durará largos años” (10).Era clérigo de menores (estado que le eximia de impuestos). Uno de los tres facultativos que según el Catastro de Ensenada, ejercía en la capital en 1751 (11,12). Su vida estuvo vinculada a la del Obispo a quien asistió como médico de cabecera en todas sus enfermedades como se expone en un interesante documento: el certificado médico sobre la enfermedad del Obispo antes de su muerte firmado en marzo de 1779 (13). Falleció en la ciudad de Almería, en 1793.

NOTICIA DE LA FUENTE DE AGUAS TERMALES DE ALHAMILLA, POR ANTONIO ABELLÁN. ALMERÍA, 5-IV-1772. (BIBLIOTECA DEL PALACIO REAL DE MADRID)

Se trata del primer texto científico-médico del que se tiene constancia material como libro de medicina en Almería desde la época hispanomusulmana. La obra ha permanecido inédita hasta éste año en que ha sido editada (2) pero fue consultada en manuscrito por algunos tratadistas, que la tuvieron como muy apreciada y elogiada (4, 14).

Tras un preámbulo y la descripción del lugar y la naturaleza de las aguas termales, recoge el testimonio de la curación de más de treinta y cinco enfermos tratados bajo su dirección de diversas afecciones, llegando a originales conclusiones sobre sus observaciones. Argumenta sobre la patología tratable o no tratable, forma correcta de tomar las aguas y sus contraindicaciones. Resulta muy objetivo en sus apreciaciones, nacidas todas de una exhaustiva reflexión sobre los casos observados y de su experiencia anterior como médico de baños.

LA LABOR SOCIAL, BENÉFICA Y SANITARIA DE UN OBISPO ILUSTRADO: DON CLAUDIO SANZ Y TORRES Y RUIZ DE CASTAÑEDO (1704-1779)

Don Claudio Sanz y Torres, fue un "obispo ilustrado" que tuvo un largo y prolífico pontificado desde su nombramiento en 1761 hasta su fallecimiento en 1779. Su labor marcó muchos aspectos reformadores de la vida de la diócesis almeriense en el ámbito de la obra hospitalaria, la caridad y la beneficencia.

Del clero secular, había nacido en Torres provincia de Toledo de familia noble. Cuando siendo canónigo en Osma es preconizado como obispo de Almería, es presentado como "hombre prudente, probo en sus costumbres y hombre de gran experiencia y doctrina"(1).

Cuentan sus “hagiógrafos” (1) que su preocupación por los pobres fue grandísima, aunque su labor social no fue del todo mérito suyo, sino consecuencia de que la diócesis sufre un impulso notable en su economía, obligado por los informes generados por la visita realizada hacia 1775 por Benito

Ramón Hermida y Maldonado (15) oidor de la Real Chancillería de Granada, quien vino a valorar el estado de sus masas decimales. El visitador denuncia la labor de todos los obispos de tres siglos anteriores realizando una labor recaudatoria que hace ingresar en solo dos años, unos tres millones de reales, que son destinados a la construcción y reparación de numerosos edificios religiosos, y benéficos que durante siglos habían sido abandonados.

Tres aspectos cabría destacar de la labor sanitaria de sus obras sociales:

a) Expósitos: El fenómeno de abandono de niños en Almería fue incrementándose hasta tal punto que, dada la falta de pautas que regularan cómo actuar ante esta situación. Sanz y Torres elaboró una primera norma que acabaría siendo aprobada por Carlos III con el rango de Real Cédula en el año 1763 (16,17). Dicha ley regulaba la asistencia al expósito en torno a una casa-cuna central, situada en la capital de la que dependían otras cinco distribuidas a lo largo de la provincia.

b) Sanz y Torres gastó grandes sumas de dinero en exornar y alhajar su catedral de Almería o construir grandes obras religiosas como el Santuario del Saliente de Albox (5). Mandó construir sendos hospitales en Vélez Rubio y Albox (1764) y equipó en parte el de Santa María Magdalena en Almería y los de Tíjola (7) y Vélez Blanco, intentando resolver las irregularidades en el empleo de su dotación, teniendo “in mente” además, fundar unos diez más a lo largo y ancho de toda la provincia.

c) Dada la gran concurrencia de enfermos que acudían a curarse con sus aguas, Antonio Abellán estimuló al obispo -e incluso asesoró a los arquitectos- para llevar a cabo entre 1776 y 1778 una de las obras sanitarias más significativas del momento: la restauración monumental de los baños medicinales más valiosos de la provincia en cuyo edificio, el obispado “gastó grandes sumas de dinero”, habilitándose para poder tratar decenas de miles de enfermos, durante los siglos XIX y XX (3).

CONCLUSIONES

La iglesia al menos en la diócesis almeriense durante la segunda mitad de siglo XVIII desarrolló una extensa labor asistencial, con la construcción y

mantenimiento de hospitales, hospicios, casas de expósitos y baños medicinales "lo que generaba efectos e influencias que rebasaban ampliamente el campo religioso" (19). Hasta la desamortización de 1798 la mitra almeriense alcanzó un poder económico superior en mucho a la del poder estatal que solo se ocupaba de la sanidad preventiva. Algún autor (18) lo considera sin observar para nada la labor de la iglesia. Las Juntas de Sanidad no se sabe abordaran claramente temas de labor caritativa ni social y mucho menos ningún programa edificatorio (8, 18). La iglesia responde en el ámbito místico-religioso mientras que los políticos se encuentran adormecidos (19).

BIBLIOGRAFÍA

1. López Martín, Juan (1999), La Iglesia en Almería y sus obispos, 2 volúmenes. Almería .Diputación Provincial.
2. García Ramos, José Antonio (2014), El Obispo y su médico, A Coruña, Ende.
3. Tapia Garrido, José Ángel (1980), Los Baños de Sierra Alhamilla, Almería, Editorial Cajal
4. Abellán Antonio (1772), Noticia de la fuente de aguas termales de Alhamilla, Almería (manuscrito inédito).
5. García Campra, Emilio; Gil Albarracín, Antonio (1993), La arquitectura de Albox en el Siglo XVIII. El obispo almeriense Sanz y Torres y el Saliente, Almería, GBC. editora.
6. García Ramos, José Antonio (1998), Médicos almerienses de los siglos XVI al XVIII. Huércal-Overa, Edición del autor.
7. García Ramos, José Antonio (2007), El libro de juntas del hospital de Tíjola (1777-1809) y la asistencia hospitalaria en Almería al final del antiguo régimen, Almansura, Revista Cultural del Valle del Almanzora, año I, Vol. I. pp. 44-54.
8. Gómez Díaz, Donato; Gómez Díaz, María José (2003), Almería ante el contagio: la Práctica Sanitaria del Siglo XVIII, Dynamis, 23, 221-224.
9. Gómez Ruiz, Trino (1997), El Hospital de Santa María Magdalena y la casa de Expósitos de Almería. IEA.
10. Ayuda y Ramos, J. de Dios (1798): Examen de las aguas medicinales de más nombre que hay en las Andalucias, Tomo III, Madrid. Imp. Real,
11. Catastro de Ensenada, Almería, 1752, Archivo Histórico Provincial de Almería
12. Archivo de la Catedral de Almería, Lib.32, Fol., 180 Vto.
13. A. H. N. Consejos: lega.15.543.d.2.S. F.1779-5-12-Almería.
14. Solsona, Juan Bautista (1822), Disertación físico-química y análisis de las aguas minerales de Sierra Alhamilla en el Reino de Granada, Almería, Oficina de José Santamaría.
15. Gil Albarracín, Antonio (2007), Ilustración e Iglesia. La visita de Benito Ramón de Hermida al Obispado de Almería, Barcelona, GBC.
16. Real cedula, aprobando S.M. la ordenanza, que inserta formada, por don Claudio Sanz y Torres... para el mejor gobierno y administración de el ramo de niños...1763, Archivo Histórico de la Diputación de Almería
17. Fernández Ortega, Antonio (1984-85), La ordenanza para la administración del ramo de los niños expósitos de la Diócesis de Almería del año 1763. Chronica Nova 14, 1984-85, 147-159.
18. Rodríguez Ocaña. Esteban (1988), El resguardo de la salud. Organización sanitaria española en el siglo XVIII, Dynamis, 7-8, 145-170.
19. García Jiménez, Modesto (2003), Proceso de reificación histórico-sociales: secularismo y espiritualidad, tesis doctoral, Murcia, UCAM.

LA POLÍTICA SANITARIA DEL CABILDO DE TENERIFE EN LOS PRIMEROS AÑOS DEL SIGLO XIX

José María Raya Sánchez[1], Juan Carlos Pérez Castells[2], Justo Hernández[3]

[1]Universidad de La Laguna. jomaraya@yahoo.es

[2]Universidad de La laguna. jucapeca13@hotmail.com

[2]Universidad de la Laguna. justoh79@hotmail.com

Hemos estudiado un documento (1) relativo a la salud pública en la isla de Tenerife. Lo transcribiremos al castellano de hoy y haremos los comentarios y contextualizaciones imprescindibles pues el texto habla por sí sólo. A tenor del contenido la conclusión es bien clara: las medidas preventivas ejecutadas en la isla de Tenerife reflejan los mismos estándares ilustrados europeos del momento.

Así reza el documento: "1810 Instrucción que el Cabildo de la Ciudad de La Laguna ha circulado a los Alcaldes con el fin de poner en práctica las medidas para evitar el contagio del Pueblo de Santa Cruz. Instrucción que deberán observar con la mayor escrupulosidad los Alcaldes Reales en sus respectivos Pueblos para impedir se propague el contagio que desgraciadamente aflige a la Villa de Santa Cruz hasta extenderse a los demás como se verificaría sin duda, sin estas precauciones perdiendo la salud que hoy disfrutan los habitantes de esta Ciudad. 1º. Nada es más necesario en una epidemia que el impedir la comunicación del Pueblo o Pueblos contagiados con los que por favor particular

del Cielo se hallan libres de ella y todas las providencias que se tomen aun las más rigurosas son nada si se considera la plaga que se trata de evitar y que la más pequeña transgresión en esta parte es un crimen que no puede perdonarse y que no paga con la vida que tiene el que por su parte contribuye a que la pierdan millares de sus semejantes; 2º. La prohibición de la comunicación no sólo debe extenderse a las personas sino también a las cosas y aun no se permitirá introducir ningunos efectos que provengan del Pueblo epidemiado, en particular los de lana y algodón […] son los conductores más seguros del contagio". En efecto, se pensaba que los materiales que se transportaban o que traían los barcos podían contaminar el aire "miasmáticamente". Se tenía mucho cuidado también con la materia prima para hacer papel, las pieles y el café (2).

Sigamos: "3º. También se extenderá la prohibición a los sanos y robustos que hayan salido después de establecido el cordón del Pueblo epidemiado pues nada hay más cierto que un hombre en quien el miasma contagioso no ha producido efecto alguno lo traslade a otro que no tiene la misma constitución física y de éste se dirige a los demás llegando así a suceder que uno sano haga perecer a una población entera; 4º. Si fuera posible que un pueblo sano pudiese subsistir sin ninguna relación directa o indirecta con el pueblo contagiado […] no puede verificarse en un pueblo […] se hace preciso que esta comunicación necesaria se haga con ciertas precauciones; 5º. Para facilitar esta comunicación del Pueblo libre con el contagiado lo primero que se hará disponer es que nadie salga de su Pueblo sin su pase por escrito que diga no hay novedad de este Pueblo […] firmado del Alcalde diputado; 6º. Luego que sepa el Alcalde que ha llegado alguna persona sin este requisito […] y se ha introducido en el Pueblo contagiado […] dispondrá inmediatamente sea puesto en alguna casa que para esto se destine por el Alcalde fuera de la Población y en paraje ventilado en donde estará veinte días y pasados saldrá […] dejando los vestidos que tuviese puestos vistiéndose ropas que de fuera se le suministren; 7º. Se dispondrá otra casa en donde depositen todas las ropas o efectos sin distinción que procedan del Pueblo contagiado en donde estarán custodiados hasta que por este Cabildo se digan los medios de desinfeccionarlos lo que se hará con acuerdo de los profesores de Medicina; 8º. Todas las semanas darán los Alcaldes un parte por escrito a este Cabildo; 9º. Los Alcaldes tratarán con prudencia de hacer entender a todos los habitantes de su Pueblo que el interés de todos está precisamente fundado en la observancia de estos capítulos que el oro que les valga el quebrantarlos o eludirlos de nada les sirve si pierden la vida con el honor; 10º. Como para la

observancia de todos estos capítulos no podrán bastar el Alcalde diputado y Personero se valdrá el primero de las personas más condecoradas para que le ayuden en la puntualidad y observancia de ellos y como el Excelentísimo Señor Comandante General no obstante las pérdidas tan sensibles que ha tenido en su propia familia ha impartido todos los auxilios militares que sean precisos para este caso obligará a que le ayuden todos los militares". En efecto, el Capitán General perdió dos hijos en esta epidemia (3, p. 110).

Prosigamos: "11º. Además de las rondas y guardas de noche en las entradas del Pueblo se indagará por el Alcalde si en las casas de campo que comprende su jurisdicción se han recogido algunas personas o efectos procedentes del Pueblo de Santa Cruz, después de establecido el cordón. En La Laguna, a 21 de octubre de 1810" (1). Nos consta que las medidas preventivas se pusieron en marcha eficazmente: "el Ayuntamiento de La Laguna no tardó en poner desde el 18 [de octubre] un cordón sanitario en el paraje denominado El Molino, en la cúspide de la alta cuesta a cuyas faldas se asienta la villa" (3, p. 110).

Como ya hemos dicho más arriba, las medidas preventivas son las adecuadas y las empleadas además en toda Europa. En particular, cabe destacar las fumigaciones (desinfecciones) con vapores de cloro (4). Precisamente esta práctica la inició Guyton de Morveau en 1773 (5, p. 305). Por lo demás, había unas importantes dificultades sobreañadidas: la península estaba colapsada por la Guerra de la Independencia y por la imposición de un rey extranjero: José I Bonaparte. Pero aun así, los mecanismos sanitarios y administrativos funcionaron. Por último, La Laguna, como capital del Archipiélago, contaba con una Junta Provincial de Sanidad (6, p. 29).

Para terminar, llegamos a un callejón sin salida, a un problema epistémico irresoluble. Se ha dicho que la epidemia fue de fiebre amarilla (3, p. 109). La *Instrucción* nada dice al respecto aunque se puede deducir indirectamente que fue esta enfermedad la causante de la epidemia. Ahora bien, en un periodo histórico en el que se desconocía tanto el vector como el agente causal ¿cómo saber que era fiebre amarilla? Ni lo sabemos ni los sabremos: permítasenos descansar bajo esta sombra de escepticismo epistémico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabildo de La Laguna (1810), Instrucion que el Cabildo de la Ciudad de La Laguna ha circulado a los Alcaldes áfin de zelar el contagio del Pueblo de Santa Cruz.
2. Barnes, David S. (2014), Cargo, “Infection”, and the Logic of Quarantine in the Nineteenth Century, Bulletin of History of Medicine, 88, 75-101.
3. León, Francisco María de (1978), Historia de las Islas Canarias 1776-1868, Santa Cruz de Tenerife, Aula de Cultura de Tenerife – Instituto de Estudios Canarios.
4. Archivo del Ayuntamiento de La Laguna, Protocolo manuscrito de Domingo Saviñón.
5. Laín Entralgo, Pedro (1990), Historia de la Medicina, Barcelona, Salvat.
6. Betancor, María José (2002), Epidemias y pleito insular. La fiebre amarilla en Las Palmas de Gran Canaria en el periodo isabelino, Madrid, Cabildo de Gran Canaria – CSIC.

MEDICINA Y LIBERALISMO A TRAVÉS DE LOS PARLAMENTARIOS DE SEVILLA (1810-1869)

María-Luisa Calero-Delgado[1] y Encarnación Bernal-Borrego[2]

[1]Unidad de Historia de la Medicina. Universidad de Sevilla. mluisacalero@us.es

[2]Unidad de Historia de la Medicina. Universidad de Sevilla. ebernal@us.es

EL ESTUDIO DESDE EL PUNTO DE VISTA METODOLÓGICO Y EPISTEMOLÓGICO

El tránsito del Antiguo al Nuevo Régimen y el inicio de la Edad Contemporánea en España se definen desde el plano político a través de la implantación de un nuevo sistema político, el liberalismo. Dicho sistema propició el paso de súbditos a ciudadanos en el plano teórico y la introducción en el país del parlamentarismo, el constitucionalismo y el faccionalismo político. Dentro de este proceso transicional se despliegan tanto rupturas como continuidades a la hora de definir los grupos de poder y las elites vinculadas al nuevo sistema. El parlamentarismo, unicameral inicialmente y bicameral durante gran parte del siglo XIX, se convierte en un ámbito propicio para identificar las relaciones sociopolíticos de estas elites liberales. Desde la ocasión primigenia de las Cortes de Cádiz hasta la consolidación y normalización de la vida parlamentaria española durante las décadas centrales del siglo XIX, el encuadramiento socioprofesional de las elites

parlamentarias ha evolucionado no siempre de manera lineal hacia las llamadas “profesiones liberales”. En este sentido la presencia de la profesión médica en el ámbito parlamentario se hará progresivamente cada vez más visible. Y es que la implantación del nuevo orden político también fue parejo a la introducción y consolidación de la higiene moderna en España, a los preceptos de los higienistas y a su concepción de la política como un medio para implementar medidas en pro de la preservación de la salubridad de los ahora ciudadanos.

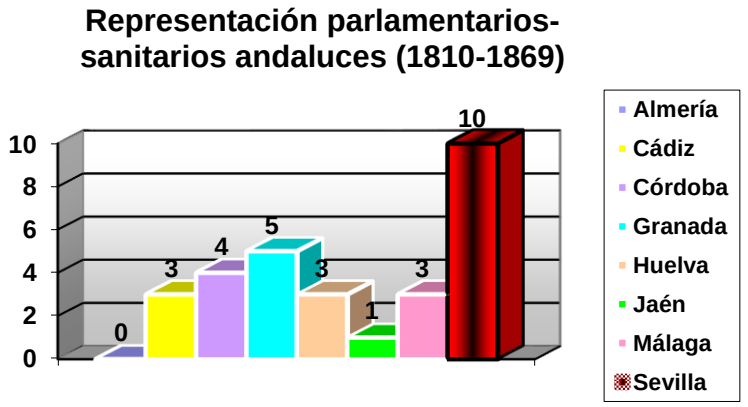
La presente comunicación plantea un análisis a escala microhistórica del grupo de profesionales de la medicina que representa a Sevilla –primero reyno y posteriormente provincia- desde las Cortes de Cádiz (1810-1813) hasta la legislatura constituyente del Sexenio Democrático (1869-1871). Con lo que se pretende precisar y dar a conocer el perfil y comportamiento de este grupo socioprofesional en este caso adscrito a un espacio electoral reducido, las circunscripciones de Sevilla, contribuyendo a una mejor compresión de un fenómeno global hasta ahora escasamente estudiado.

Para ello se plantea el análisis sociológico del grupo a través del método prosopográfico y un somero recorrido por las líneas discursivas y políticas de estos actores políticos, con especial atención a los temas sociosanitarios. Desde el punto de vista del despliegue del método prosopográfico proponemos como variables analíticas de interés: edad, perfil generacional, ideología, trayectorias políticas, actividad profesional principal, actividades secundarias y carrera sanitaria, dedicando una especial atención al tema de su comportamiento como grupo –evolución, presencia, visibilidad y activismo político- a lo largo de medio siglo.

Este estudio se aborda a través del análisis como fuentes principales de los Diarios de Sesiones de Cortes, los diccionarios biográficos de parlamentarios andaluces (1) y españoles (2) y los repertorios biográficos de personalidades sevillanas (3) y de médicos (4) (5), aunque en ocasiones hemos realizado –con mayor o menor fortuna- búsquedas en relación a datos muy precisos en archivos sevillanos, entre los que destaca el Archivo Histórico de la Facultad de Medicina de Sevilla.

LOS SUJETOS POLÍTICOS-MÉDICOS EN SU COMPORTAMIENTO INDIVIDUAL Y COMO GRUPO

Un total de diecinueve sujetos políticos con titulación en materias sanitarias –medicina, farmacia o cirugía- resultaron electos por Andalucía entre 1810 y 1869 (6), destacando en este entramado político-electoral la aportación de Sevilla con diez representaciones en las Cortes.



• A excepción del caso de Jaén, donde el representante fue un senador el resto de sujetos concurrieron como diputados. Elaboración propia

Los candidatos electos por Sevilla fueron: Antonio García García, Agustín López de Baños –aunque en su primera presencia en las Cortes representó a Córdoba-, Nicolás María Rivero –al margen de las ocasiones en que concurre por otras circunscripciones nos interesan las tres elecciones en que resultó elegido por Sevilla-, Francisco Porrúa y Velázquez, Juan Manuel Cabello de la Vega, Manuel Carrasco y Labadía, Adolfo de la Rosa y Roldán y Federico Rubio y Galí. Un total de siete médicos a los que se suma el farmacéutico Juan Manuel Cabello de la Vega.

Como es de suponer, conforme a lo que fue la pauta en la incorporación de las profesiones liberales a la política nacional, el proceso de ingreso de estos actores médicos y políticos en las Cortes no fue lineal, de hecho los datos nos arrojan una desigual distribución en lo que al binomio periodo/proceso electoral se refiere. Antonio García García y Agustín López de Baños irrumpieron como diputados en procesos electorales celebrados durante el Trienio Liberal –elecciones de 1820 y 1822 respectivamente-, aunque el segundo no lo haría por Sevilla hasta las

elecciones de 1834 y en el marco del Estatuto Real. Al primer plano de la política nacional ascendió por primera vez y en representación de la circunscripción sevillana de Écija en 1846, el "médico sin pacientes y abogado sin pleitos" y sobre todo político Nicolás María Rivero. Este sujeto vuelve a resultar electo en los comicios electorales celebrados en 1854, acompañado ahora del también médico Francisco Porrúa Velázquez. Tras la experiencia del Bienio Progresista la representación de la clase médica e incluso farmacéutica disminuyó hasta el triunfo de la Revolución de Septiembre. En las elecciones de 1869 resultaron elegidos por las circunscripciones sevillanas: Juan Manuel Cabello de la Vega por Morón de la Frontera, Manuel Carrasco y Labadía, Adolfo de la Rosa y Roldán, Federico Rubio y Galí y Nicolás María Rivero. Cinco representantes de las profesiones sanitarias, que por otra parte comprenden la totalidad de diputados médicos y farmacéuticos que acudieron a las Cortes por Andalucía.

A nivel porcentual las cifras se sitúan en cuanto a los elegidos por Sevilla, en torno al 14,28% -en las elecciones de 1820-, 16,66% -en el marco del Estatuto Real-, 10% -en las elecciones de 1846-, 20% -en las elecciones de 1854- y el 45,45% -en las elecciones de 1869-. Lo que demuestra una mayor presencia alrededor del Bienio Progresista y sobre todo al inaugurarse en Sexenio Democrático.

Estos sujetos políticos-sanitarios tuvieron una desigual proyección política y reconocimiento profesional, del mismo modo que no han sido objeto de una similar atención historiográfica. Y aun así se pone en evidencia en este estudio –como se verá con mayor detalle en la comunicación- unos rasgos comunes que permiten establecer un perfil como grupo, atendiendo a su edad de ingreso en la vida parlamentaria, perfil generacional, adscripción ideológica, trayectoria política anterior y posterior a su primera experiencia parlamentaria, momento de su *cursus profesional* en que se encontraban al irrumpir en la política y, evidentemente, el papel que el ejercicio de la medicina o a lo sumo de la farmacia ocupaba entre sus actividades profesionales y económicas.

Además de su perfil como grupo socioprofesional otro aspecto sobre el que queremos llamar la atención son sus intervenciones en el Congreso: ¿Fueron para estos actores temas prioritarios los sanitarios o sucumbieron en pro de otras cuestiones de política general? Y en esta misma dirección ¿Fueron agentes protagónicos en la restructuración que de la sanidad y el ejercicio profesional se

llevó a cabo en el siglo XIX o fueron por el contrario otros sujetos políticos –sanitarios o no- quienes tuvieron un papel principal en estos cambios? Unos interrogantes que se hacen especialmente interesantes en torno a los tres momentos de mayor interés –con mayor o menor grado de fortuna- por llevar a cabo una reformulación de la sanidad: Trienio Liberal, Década Moderada y Bienio Progresista. En todo caso, como es sobradamente conocido los principales hitos legislativos en esta materia se concentran entre 1847 y 1855 (7).

En este sentido es de reseñar la labor parlamentaria de Antonio García y García durante el Trienio Liberal (8) e incluso circunscribiéndonos a este periodo de Agustín López de Baño en la redacción del que se tituló *Proyecto de Código Sanitario para la Monarquía Española* de 1822 (9, 49-122), primer intento serio como sabemos por dotar a España de una ley general de sanidad. Con respecto a este último sujeto político su designación como procurador en Cortes durante la regencia de María Cristina, también le dio la posibilidad de intervenir en el hemiciclo del Congreso en relación a un tema tan candente como las medidas contra la propagación del cólera morbo asiático, en unos momentos donde se asistía a la primera de estas epidemias que habrían de azotar España. Tan interesantes como estas participaciones en materia sanitaria, ya fuese en debates o comisiones, lo son las ausencias y silencios de otros sujetos políticos-sanitarios como Nicolás María Rivero y Francisco Porrúa Velázquez, quienes resultaron elegidos en un *curso político* que se inició el 8 de noviembre de 1854, más de un año antes de la aprobación de la Ley orgánica de sanidad de 1855, primer código sanitario español.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caro Cancela, Diego, dir. (2010), Diccionario Biográfico de Parlamentarios de Andalucía (1810-1869). Tomo I. A-G. Tomo II H-Z, Sevilla, Centro de Estudios Andaluces.
2. Urquijo Goitia, Mikel, dir. (2012), Diccionario biográfico de los parlamentarios españoles. 1820-1854, Madrid, Cortes Generales, [CD-ROM].
3. Méndez Bejarano, Mario (1922), Diccionario de escritores, maestros y oradores naturales de Sevilla y su actual provincia, Sevilla, Tipografía Jirones.
4. Chinchilla, Anastasio (1967), Anales históricos de la Medicina en general y biográfico-bibliográficos de la española en particular. 4 tomos, Nueva York y Londres, Jonson Reprint Corporation.
5. Corbella, Jacint y Seculí, Josep (1995), Nomina Academicorum 1770-1995, Barcelona, Promoción y Publicaciones Universitarias.
6. Calero-Delgado, María-Luisa (2014), Medicina y Sociedad. Parlamentarismo y profesión médica en Andalucía (1810-1869). En: Butrón Prida, Gonzalo, ed. Cádiz escuela política: opinión pública, ciudadanía y cultura política en Andalucía (1810-1845), Madrid, Silex (en prensa).

7. Granjel, Luis S (1972), Legislación sanitaria española del siglo XIX, Cuadernos de Historia de la Medicina, 11, 255-307.
8. Cardona, Álvaro (2005), Los debates sobre la salud pública en España durante el Trienio Liberal (1820-1823), Asclepio, 57 (2), 173-202.
9. López Piñero, José María (1984), M. Seoane. La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870), Colección de Textos Clásicos Españoles de la Salud Pública, nº 12, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.

VIAJE A LOS ORÍGENES DEL ROL DEL ESTADO EN EL NACIMIENTO Y LA CONSOLIDACIÓN DE LA MEDICINA URUGUAYA (1830–1857)

Nancy González-Salazar

École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS) / Centre de recherches Historiques (CRH). Nancy.gonzalez-salazar@ehess.fr

INTRODUCCIÓN

A la par que la Religión o la Educación, la Medicina en Uruguay mantuvo una relación singular con el Estado en el siglo XIX. La historiografía nacional ha consagrado un sinnúmero de trabajos al estudio de las relaciones entre Estado y Medicina, la mayoría focalizados en la segunda parte del siglo, considerada como la etapa en que se dio inicio, lentamente, a un proceso de medicalización de la sociedad que debía terminar en las primeras décadas del siglo XX (3).

Alejándonos un poco de la tradición historiográfica uruguaya, hemos centrado nuestra investigación, sobre la primera parte del siglo XIX, y más concretamente en el periodo que va de 1830 a 1857. Estas fechas extremas corresponden à hechos singulares que consideramos decisivos, tanto para el nacimiento como para el progreso de la medicina uruguaya. En efecto, 1830 es el año de creación del Consejo de Higiene Publican establecido por decreto el 16 de septiembre (5) y 1857, año de la aparición de la primera epidemia de fiebre amarilla en Montevideo. Particularmente violenta, ésta dejo al descubierto la fragilidad de la

aún incipiente Institución Médica y la naturaleza conflictiva de sus relaciones con el Estado (4).

OBJETIVOS

El propósito primordial de este trabajo es de analizar la naturaleza de las relaciones mantenidas entre el Estado y la Institución Médica en ese momento particular que constituye la génesis de la medicalización de la sociedad. De hecho, tratándose de un joven país, fragilizado por las sucesivas guerras, la Institución Médica así como el Estado uruguayo se encontraban en un estado embrionario, situación que no facilitó sus relaciones. Lo que nos interesa es determinar cuál fue el rol jugado por el Estado en la promoción y organización de la Institución Médica y esclarecer de qué manera aquel pudo contribuir a sentar las bases de la consolidación de la medicina en esta primera parte del siglo.

¿Hasta qué punto el Estado, haciendo de la conservación de la salud de la población una prioridad, fomentó desde temprano la medicalización de la sociedad? O, acaso por el contrario, ¿frágil e inestable, éste no pudo jugar un papel decisivo en el enraizamiento de la medicina nacional, todavía balbuceante? Por otra parte, ¿en que condición se encontraba entonces la medicina uruguaya? ¿Es que la presencia de médicos extranjeros, provenientes de diversas escuelas y tradiciones científicas fue un obstáculo o un motor para el progreso y el afianzamiento de la medicina local? Asimismo, ¿en qué medida el número, en constante crecimiento, de médicos europeos presentes en la región moldeó las relaciones entretenidas entre la esfera médica y el Estado?

FUENTES

Para responder a todos estos interrogantes ha sido consultado, particularmente, el fondo de archivos de la Junta de Higiene Publica, que se encuentra en el Archivo General de la Nacional del Uruguay. La utilización de este archivo es en extremo interesante, ya que se compone de un variado corpus documental formado esencialmente por la numerosa correspondencia personal mantenida por los miembros –nacionales y extranjeros- de la comunidad médica entre ellos; así como también del intercambio epistolar que sostuvieron con las diferentes

instancias gubernamentales (2). El análisis detallado de esta prolífica correspondencia muestra cuales fueron los actores más activos, tanto del mundo médico como del estatal, en la búsqueda del progreso de la medicina y de su consolidación institucional. De igual manera, pone en relieve los motivos de divergencia entre estos dos actores sociales, así como la relación de poder que fue instaurada entre ellos, y que tuvo una certera influencia en la evolución de la medicina nacional.

Igualmente han sido analizados los *Anales de la Sociedad de Medicina Montevideana* publicación de la Sociedad de Medicina Montevideana, cuya formación tuvo como fin "trabajar por los intereses y adelantos de la ciencia" (1, p.3). La corta existencia, de 1852 à 1855, de la Sociedad así como de si publicación, ofrecen una perspectiva panorámica de la situación en que se encontraba entonces la Institución Médica nacional. En efecto, centrada sobre la actualidad médica del momento, la publicación de la Sociedad de Medicina Montevideana se ocupa de temas diversos de la medicina que van desde la climatología de la ciudad hasta los últimos avances científicos que tienen lugar en la Europa de entonces., pasando también por inquietudes respecto a la legislación médica que rige en ese momento en el Estado Uruguayo. Así los debates y discusiones científicas publicadas en los Anales permiten determinar, no solamente la intensidad de la actividad intelectual de la élite médica o cual fue la dinámica de los intercambios internacionales y el impacto que éstos tuvieron sobre la estructuración de los saberes médicos locales; sino que también son una valiosa fuente de información sobre las decisiones tomadas por el Estado relativas a la medicina y sobre la acogida que la élite médica dio a tales decisiones.

RESULTADOS PRELIMINARES

El análisis detallado de las fuentes utilizadas deja en claro que sin la intervención estatal la Institución Médica hubiera conocido, en sus primeros años de existencia, aún mayores dificultades para arraigarse institucionalmente. A pesar de estar compuesta por un reducido número de médicos, la élite médica no consiguió por sí sola un enraizamiento que le permitiera actuar de manera autónoma por el bienestar de la población. Este periodo fue así caracterizado por numerosas fluctuaciones al interior mismo de la Institución médica. Según lo

indican las fuentes consultadas, las constantes comunicaciones mantenidas entre sus miembros, se referían sobre todo a problemas de orden práctico, y revelan sobre todo las discrepancias entre ellos, más que cualquier iniciativa asociativa o institucional. Es entonces en gran medida, gracias al apoyo gubernamental, y muchas veces a su intervención para atenuar las discordias entre los profesionales de la salud, que los miembros del cuerpo médico accedieron a cierta estabilidad Institucional. Ésta será, finalmente, adquirida en la segunda parte del siglo; pero es indudable que los tanteos de la primera parte fueron necesarios, tanto para la evolución del saber médico del país como para la vida independiente de la esfera médica en tanto que institución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anales de la Sociedad de Medicina Montevideana (1853 – 1855), Montevideo, El Orden.
2. Archivo General de la Nación, Fondo Ministerio de Gobierno, Subfondo Junta de Higiene Pública (1832 – 1857), cajas 1 a 23.
3. Barran, José Pedro (1992), Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental.
4. Brunel, Adolphe (1860), Mémoire sur la fièvre jaune qui, en 1857, a décimé la population de Montevideo, Paris, Rignoux.
5. Exposición del Consejo de Higiene Publica (1830), Montevideo, El Universal.

LA REPRESENTACIÓN FICCIONAL DEL MÉDICO EN LA LITERATURA CONTEMPORANEA NORTEAMERICANA

María Córdoba Gómez

Facultad de Filología. UCM. mc.es.roc@gmail.com

El objeto de esta comunicación es explorar cómo históricamente se ha representado la figura del médico en la literatura norteamericana de ficción como personaje principal. La representación ficcional del médico está íntimamente ligada a la percepción social hacia él de cada época, por lo que se tendrán en cuenta aspectos relevantes de la historia de la medicina y contexto social y cultural para determinar qué factores afectan a los cambios de tendencia en las representaciones ficcionales de los profesionales médicos.

La manifestaciones de la representación del médico antes del S.XIX han sido cómicas o satíricas como en la *commedia dell'arte*, o las comedias de Moliere en el S.XVII (1). Sin embargo los grandes avances en la medicina del S.XIX resultaron en un cambio de tendencia en la representación ficcional del médico. Novelas de ciencia ficción como *Frankenstein, El extraño caso del doctor Jekyll y el señor Hyde,* o *La Isla del Dr Moureau* crean ficciones que exploran los límites de la naturaleza y los límites morales de sus protagonistas y de la ciencia. Sin embargo a comienzos del S.XX, considerando ya la novela norteamericana, se avanza hacia una proyección del médico más idealista y aparecen protagonistas con personalidades más humanas y benévolas en novelas como *Middlemarch* o *Arrowsmith* (2, 3, 4).

A partir de 1970 se observa de nuevo una cambio de tendencia, desde la representación humana y benévola del profesional médico (aunque cometa errores en el contexto profesional) a la representación deshumanizadora. La novela de Samuel Shem, *The House of God* es la novela que considero que marca el cambio de tendencia (5). Roy Basch, el protagonista se convierte durante su primer año de interno en un hospital universitario en un ser indiferente, lo que Susan Sontag llama en *La Enfermedad y sus Metáforas*, el *antihéroe pasivo* (6, p.12). Según Sontag, este antihéroe domina la novela americana contemporánea y se caracteriza por: "ser de rutina metódica, no autodestructivo, prudente, no humorado, ni impetuoso, ni cruel: sencillamente indiferente". El vocabulario creado por Shem, asi como las llamadas *leyes de la casa*, el tono narrativo de crítica a la profesión y a su estudio serán influencia en posteriores obras literarias como *Becoming a Doctor* de Melvin Konner (7,8) o series de televisión como *Scrubs, House, Cardiac arrest* o *Dr Who*.

Esta comunicación explorará cuales han sido los causantes de contexto médico-social que han provocado cambios en la representación ficcional de médico (9). Los ámbitos a resaltar dentro de la Historia de la Medicina estarán relacionados con: la filosofía biológica del S.XX y los avances tecnológicos de la ciencia (10), la percepción social del médico (11), las condiciones laborales de los estudiantes de medicina (12, 13), y la contemporánea pérdida de credibilidad de las instituciones sociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hunter, Kathryn Montgomery (1983), The satiric image: healers in The House of God. Literature and Medicine, (Volume 2), 135-147
2. Posen, Solomon (2005), The Doctor in Literature. Satisfaction or resentment? Abingdon, Radcliffe.
3. McLellan, M. F. (1996), Images of physicians in literature from quacks to heroes. Lancet, 348, 458-60.
4. Jones, Ann Hudson (1996), Images of Physicians in Literature. Medical Bildungsroman. Lancet (348); 734-36.
5. Shem, Samuel (1985), The House of God, London, Black Swan.
6. Sontag, Susan (2003), La enfermedad y sus metáforas, Buenos Aires, Impresiones Sud América.
7. Konner, Melvin (1987), Becoming a Doctor: A Journey of Initiation in Medical School, New York, Viking Press.
8. Lewis, Daniel (2012), Humanism and the Art of Medicine. Scholarly Commons, Momentum, University of Pennsylvania, 1 (2). Disponble en: http://sites.sas.upenn.edu/momentum/files/lewis.pdf, consultado el 28-01-2014.
9. Kohn, Martin & Donley, Karol (2008), Return to The House of God. Medical resident education 1978-2008. Kent, Ohio, The Kent State University Press.
10. Noble, Denis (2008), The birth of The House of God. En: Kohn, Martin; Donley, Karol. Return to The House of God. Medical resident education 1978-2008. Kent, Ohio, The Kent State University Press.

11. Turow, Joseph (1989), Playing Doctor. Television, storytelling, and medical power, New York, Oxford University Press.
12. Friedman, R. C.; Bigger, J. T.; Kornfield, D. S. (1971), The intern and Sleep loss, New England Journal of Medicine, 285, 201-203.
13. Brown Clark, S.; Jain, N.; y Coppock, D. (2008), Writing the Medical Training experience from 1978 and 2006. En: Kohn, Martin; Donley, Karol. Kent. Return to The House of God. Medical resident education 1978-2008. Ohio, The Kent State University Press.

LAS TOPOGRAFÍAS MÉDICAS. DESIGUALDAD SOCIAL EN EL SIGLO XX EN ASTURIAS. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA GRIPE DE 1918 EN LA ZONA CENTRAL DE ASTURIAS FRENTE A LOS CONCEJOS OCCIDENTALES

Luis Vicente Sánchez Fernández[1] y Juan Carlos Cobo Barquín[2]

[1]Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo. sanchezvicente@uniovi.es

[2]Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo

Las Topografías Médicas representan un modo de estudio muy valioso de la realidad sociosanitaria de un lugar determinado. Su importancia estriba en el abordaje higiénico-sanitario bajo el prisma de la situación, clima, suelo, hidrografía, flora, fauna, así como las costumbres y condiciones de vida de los habitantes con inclusión de las enfermedades más representativas.

En la actualidad tenemos 41 Topografías Médicas de Asturias. Desde el Área de Historia de la medicina de la U. de Oviedo queremos exponer un estudio pormenorizado de las condiciones higiénicas de Asturias en el primer tercio del siglo XX y su influencia sobre la gripe de 1918 y lo comparamos con un concejo occidental en concreto Cangas del Narcea. Para ello comenzamos analizando las

condiciones higiénicas de las “las tres capitales”, Oviedo, Gijón y Avilés, que representan al 19% de la población asturiana del momento.

El material utilizado es el siguiente: González Valdés, F. (1911), Topografía médica del Concejo de Oviedo. Memoria premiada con uno de los Premios de la fundación Roel en el concurso de 1909. Inserta en los “Anales” de la Real Academia de Medicina. Est. Tip. de los hijos de Tello, Impresor de Cámara de S.M. Madrid; Portolá, F. (1918), Topografía médica del Concejo de Gijón. Premiada por la Real Academia Nacional de Medicina, año 1918. Premio García Roel. Establecimiento Tipográfico de “El Liberal”. Madrid; Villalaín, J. de (1913), Topografía Médica de Avilés. Premiada por la Real Academia de Medicina con uno de los de Röel en el concurso de 1912. Est. Tip de los hijos de Tello. C. San Francisco, 4. Madrid; Álvarez Pardo, E., Fernández López, A., González Taboada, F., Höfer, J. y Gómez Gómez, Pedro. (2008) Mortalidad en los Concejos de Oviedo, Gijón y Avilés durante la epidemia de gripe de 1918. Magister, Revista Miscelánea de Investigación. Laboratorio de Antropología Física, Departamento B.O.S. Universidad de Oviedo (Asturias); Díaz Morodo, G. (1918/19) Crónicas de la epidemia de gripe de 1918 en el concejo de Cangas del Narcea y lista de fallecidos. Asturias, La Habana; Echeverri Dávila, B. (1993) La gripe española. La pandemia de 1918-1919. Centro de Investigaciones Sociológicas. Siglo Veintiuno de España Editores. Madrid.

Estudiaremos la realidad territorial de Oviedo, Gijón y Avilés basándonos en las Topografías Médicas. En este resumen expondremos sólo lo ocurrido en Gijón, que escogemos como modelo por ser una ciudad especialmente industrial merced al dinero expatriado tras la pérdida de Cuba, lugar donde se estaban construyendo fábricas en Natahoyo, Humedal, Llano, La Calzada o Jove. A su vez, allí cerca se levantaban moradas para los obreros, que con las prisas se construían careciendo de lo más elemental, pues nos consta que eran húmedas, sombrías, escasas de ventilación. Así mismo, las calles resultaban estrechas, fangosas y malolientes (1). En los barrios extremos y en los suburbios las casas resultaban aún peor, pues eran de un solo piso con cuartos de baño compartidos portales o pasillos que acababan en pozos negros, las calles estaban sin urbanizar y la “higiene brilla por su ausencia”. Como ejemplo de lo dicho exponemos las condiciones de los retretes del barrio de Cimadevilla, que consistía en “un hueco abierto en la pared de la cocina, como a 25 centímetros del suelo, teniendo una altura equivalente a la mitad de una persona, y

asegurándose, cuando se carece de puerta, a una hornacina, y a una alacena, si cuenta con ella, siempre con grave daño de la Moral y de la Higiene" (1).

De las viviendas del labrador el Dr. Portolá nos cuenta que eran tan modestas que únicamente destacaba el lar con el pote, pues resultaban "inmundos refugios donde se amontonan las familias". Si esto fuera poco carecían de escusados y los establos estaban aún peor. También mencionaba que el estiércol de los animales lo depositaban para que fermentase al lado de la puerta de la casa. En los caminos y arroyos amontonaban basuras, buscando "fabricación de abonos", y animales muertos por lo que "todo es cloaca y letrinas" (1). El agua de bebida también ofrecía innumerables deficiencias. Todo lo dicho es una muestra de las condiciones de vida que como vemos eran muy defectuosas pero que eran lo mejor de Asturias. Puesto que diseñaron estrategias de ayuda a la población: ingresos hospitalarios ayuda domiciliaria, socorros a los más pobres, etc. Así cuando llegó la epidemia de gripe de 1918 en invadió toda la provincia en esta zona estudiada en concreto mató a 1900 personas, aspecto que representa el 13,71 por mil de los habitantes (2).

Para conocer lo ocurrido con la gripe en Cangas de Narcea tenemos un testimonio excepcional narrado por el periodista Gumersindo Díaz Morodo, *Borí*, titulado *Crónicas de la epidemia de gripe de 1918 en el concejo de Cangas del Narcea y lista de fallecidos* que fue publicado de manera quincenal en la revista *Asturias* de La Habana. Así sabemos que la pandemia se inició a últimos de agosto de 1918 y se extinguió a finales de enero de 1919. En total provocó 700 fallecidos y su tasa de mortalidad está en torno a 30,29 por mil (3). El mismo Borí expresaba muy acertadamente expresaba que dentro de Concejo se estaba desarrollando un proceso de miseria "… la miseria, del hambre, motivada por la creciente y continua carestía de las subsistencias, la mezquindad en los jornales y la falta de trabajo" (3). La forma de ayuda de las autoridades competentes como desarrollaremos en su momento fue inexistente. De manera que la mayoría de la población falleció por inanición.

Enfrentamos dos modelos de vivir, uno el de la zona central asturiana, Oviedo, Gijón y Avilés, reconocida como la franja rica de Asturias, pero que a la luz de lo expuesto también estaba cargada de muchas anomalías sanitarias. Donde murió el 13,71 por mil de sus habitantes a causa de la gripe. De otro lado, la zona más

pobre del Principado en aquel momento; Cangas del Narcea, que tuvo una mortalidad de 30,29 por mil habitantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Portolá, F. (1918) Topografía médica del Concejo de Gijón. Premiada por la Real Academia Nacional de Medicina, año 1918. Premio García Roel. Establecimiento Tipográfico de “El Liberal”. Madrid.
2. Álvarez Pardo, E.; Fernández López, A.; González Taboada, F.; Höfer, J. y Cómez Gómez, Pedro (2008), Mortalidad en los Concejos de Oviedo, Gijón y Avilés durante la epidemia de gripe de 1918, Magister, Revista Miscelánea de Investigación. Laboratorio de Antropología Física, Departamento B.O.S. Universidad de Oviedo (Asturias).
3. Díaz Morodo, Gumersindo (1918/19), Crónicas de la epidemia de gripe de 1918 en el concejo de Cangas del Narcea y lista de fallecidos. En: Asturias, La Habana 5. El censo del *Instituto Nacional de Estadística* se consultó en http://www.ine.es/inebaseweb el 27 de marzo de 2014.

LOS CONFLICTOS DE LA ENSEÑANZA CLÍNICA EN LOS INICIOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA (1866-1908)

Asunción Fernández Doctor

Universidad de Zaragoza. asfernan@uniza.es

El objetivo de este trabajo es describir y analizar las causas por las que la enseñanza clínica, en los 40 años iniciales de la nueva Facultad de Medicina de Zaragoza, sufrió importantes avatares. Las fuentes documentales utilizadas han sido las del Archivo Histórico de la Universidad de Zaragoza y las del Archivo de la Diputación Provincial de Zaragoza. Los resultados los presentamos diferenciando 3 periodos, según el juego de poder de cada momento que sin duda condicionaron la enseñanza clínica.

LA REAPERTURA DE LOS ESTUDIOS MÉDICOS EN ZARAGOZA (1866-1876)

Después de una historia de siglos, los estudios de Medicina en Zaragoza fueron suprimidos totalmente a mediados del siglo XIX. Primero, en 1843, el Plan Mata disminuyó la categoría de la institución docente, sustituyendo la Facultad de Medicina por un ‘Colegio de prácticos en el arte de curar’ (1, p. 657) que después desapareció también.

El inicio de la nueva etapa de la enseñanza de la medicina en Zaragoza comienza con el Decreto de 9-10-1866, que estableció una Escuela de Medicina de 2ª clase (2). Dos años después, la Diputación Provincial, aprovechando la Ley de Libertad de Enseñanza, organizó y sostuvo la ampliación de los estudios de medicina que se pusieron en marcha en el curso 1868-69 (3). En la solicitud alegaba, entre otras razones de índole geográfica y social, la existencia de un importante hospital, el de Ntra. Sra. de Gracia, y daba estos motivos: "… La medicina no puede aprenderse meramente en los libros; es preciso que se estudie a la cabecera del lecho de los enfermos, que si vivos ofrecen material para la observación, muertos proporcionan en la disección anatómica del cadáver una lección práctica, que es, o una confirmación de la bondad del método observado en el tratamiento, o un desengaño del error cometido en la adopción… "

Estaba en línea con lo que en 1843 el Plan de Instrucción de Pedro Mata había hecho: incorporar el modelo docente francés dando primacía a la enseñanza clínica sobre la teórica, concediendo especial importancia al contacto vivo del alumno con el paciente y su formación especial a través de las famosas lecciones clínicas (4). Así en Zaragoza, como en la mayoría de las Facultades de Medicina españolas, se utilizaron para la enseñanza clínica las salas de Beneficencia dependientes de la Diputación Provincial.

En el verano de 1869, la Diputación, a solicitud del rector, ordenó al Director del Hospital de Gracia que: 'los profesores, sin reserva alguna, puedan considerar como propio todo aquello que conduzca directamente a sus explicaciones y ejercicios prácticos, como son las aulas y el anfiteatro, los instrumentos y las salas de enfermos y parturientas y las sustancias que fueran necesarias y que el rector no pueda proveer".

Y además, por si resultara alguna incompatibilidad entre los facultativos del hospital y los profesores, aconsejaba se destinaran a estos salas o secciones especiales para que "sirvieran de materia de estudio y complemento necesario de las explicaciones" (5) En definitiva, periodo de provisionalidad de la facultad, pero de colaboración entre Universidad y Diputación Provincial.

CONVERSIÓN EN FACULTAD ESTATAL (1876-1893)

En 1876, la Facultad de Medicina de Zaragoza consiguió la oficialidad de sus estudios que tanto teóricos como prácticos continuaron impartiéndose en el Hospital de Gracia.

Hasta 1880 el apoyo y la paz parecían reinar entre Diputación y Facultad de Medicina pues la comisión de Beneficencia destinó una cantidad para la conclusión de las obras comenzadas para la facultad, se proyectó un nuevo pabellón y pidió al Ayuntamiento colaboración (5).

En 1883 en el hospital estaban destinadas para las Clínicas 7 salas bien acondicionadas y espaciosas, las mejores, provistas cada una de entre 18 y 20 camas. Hasta entonces la Diputación había pagado la manutención de los enfermos acogidos en ellas y había prestado todo el servicio de enfermeros, criadas, practicantes, Hermanas de la Caridad, botica, vendajes y útiles necesarios, sin diferencias con el resto del hospital. Además había construido con sus fondos los locales para las clases dentro del mismo.

Pero según el informe del decano, la parte negativa estaba en la 'disarmonía' y no cordialidad entre el cuerpo facultativo de la Beneficencia provincial y los profesores de la Facultad (2).

Dos años después, en Enero de 1885, se presentó el conflicto que se presentía. Las Clínicas habían ido aumentando de tamaño en detrimento del hospital y sus asilados. Las siete salas se habían convertido en nueve, incorporando dos más para operaciones. Así la Diputación, dada la gran afluencia de enfermos al Hospital Provincial, considerando que la Facultad tenía para la enseñanza un excesivo número de salas y probado que los enfermos de la Facultad tenían un régimen alimenticio y terapéutico mejor que los restantes enfermos de aquel hospital, aprobó un plan nuevo para las Clínicas que implicaba que la Facultad de Medicina redujera sus salas a dos juntando medicina y cirugía, y que en lo sucesivo los enfermos de la Facultad se atuvieran al recetario de este Hospital Provincial (5).

Este ataque a la enseñanza clínica de la Medicina no era exclusivo de Zaragoza, años antes lo habían sufrido otras universidades españolas.

La opinión del profesorado era que con este plan no se podrían dar las lecciones prácticas según estaban previstas por la ley. La Diputación quería albergar en una misma sala a los enfermos de Medicina y Cirugía, y el decano Casas decía que aparte del desconocimiento de la ciencia médica, esto suponía un desorden para la enseñanza, además de un perjuicio para unos y otros enfermos, los de la Beneficencia y los de las Clínicas.

Genaro Casas argumentaba que la Diputación estaba en su derecho de retirar el apoyo a la Facultad de Medicina pero que había que recordar los años en que las diferentes Diputaciones, formadas por políticos de muy distintas ideas, habían perseguido el establecimiento de la Facultad de Medicina en Zaragoza. Finalmente hubo que reducir el número de salas con el detrimento para la enseñanza clínica.

TRASLADO AL NUEVO EDIFICIO

En 1893 la Facultad de Medicina y el Hospital Clínico se trasladaron a un edificio de nueva planta construido según las peticiones de los catedráticos y costeado por el Estado, pero la Diputación no quería perder su ascendiente sobre la Facultad y se ofreció a seguir manteniendo las Clínicas que serían consideradas como una extensión del Hospital de Gracia. Pensó que si las Clínicas atendían a enfermos de la Beneficencia, no tendría por qué suponerle un mayor coste. Según el convenio de 1893 entre Diputación y Facultad de Medicina los enfermos ingresarían en las Clínicas o bien directamente con el pase del Comisario de entradas nombrado por la Diputación, o pasando del Hospital de Gracia, donde serían elegidos por los profesores de la Facultad.

Pero enseguida se planteó que el nuevo espacio de las Clínicas no cumplía las expectativas que se tenían (2). Toda esta situación se agravó más cuando el Ministerio ordenó poner al servicio de la enseñanza de la medicina todos los dispositivos asistenciales existentes (RD. 30-9 y 18-11 de 1902) al haber cambiado el plan de estudios de Medicina, introduciendo, como asignaturas, especialidades médicas como Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología con Sifilografía. Además, en Junio de 1904, se preparó la división de la Patología y Clínica Médica y Quirúrgica en tres cursos, materias que anteriormente habían estado divididas en solo dos asignaturas cada una (2), con lo cual la Facultad vio

la necesidad de abrir 6 clínicas mas: una para Clínica Quirúrgica, otra para Clínica Médica, una tercera para Ginecología que se había separado de la Obstetricia y tres más para las asignaturas de las especialidades antes citadas. La solución desde la Facultad se veía en abrir clínicas de estas especialidades en el Hospital Provincial (2). Esto, añadido al mismo tiempo, al alto presupuesto que la Universidad demandaba para la 'cura de Lister', hizo que en Noviembre de 1906 la Diputación intentara denunciar el convenio (5). Unilateralmente decidió nuevas reglas restrictivas para el ingreso de los enfermos, en el sentido de que estos tenían que justificar su pobreza y vecindad y si no tendrían que pagar su pensión. La Facultad protestó pero la Diputación se reafirmó en que las reglas señaladas no alteraban el convenio de 1893 (5).

Poco después, la comisión de Beneficencia acordó que el próximo curso académico de 1807-1908 la Diputación no mantuviera las Clínicas, de las cuales tendría que encargarse el Estad (5).

El 18 de octubre de 1907 el problema de la financiación de la Clínicas seguía sin resolverse y no había seguridad de que se pudieran abrir para el curso que comenzaba. La comisión de Beneficencia veía como única solución que estas se independizaran completamente del Hospital de Gracia, y que la Diputación Provincial solo financiara en aquellas a 130 enfermos pobres (5).

El 2º conflicto de las Clínicas terminó con un acuerdo forzado por el que el Estado llevaría la administración de las Clínicas desde 1908; solo ingresarían los enfermos pobres y vecinos de Zaragoza, de cuya supervisión se encargaría un patronato; y la Diputación anticiparía la pensión por estancia que podía hacerse en víveres, fármacos etc.

En definitiva, Facultad de Medicina y Diputación mantuvieron un duro pulso por el sostenimiento económico de la Clínicas. La Diputación había defendido que ella solo estaba obligada a tener abiertos a la enseñanza los servicios sanitarios de la Beneficencia que ella mantenía, por lo tanto si el Estado no mantenía las Clínicas, estas debían volver al Hospital de Gracia. La Facultad se oponía a ello por lo vetusto del edificio.

Concluyendo, la determinación del Estado de que fueran las Diputaciones las que sostuvieran las Clínicas, mantuvo en peligro constante la enseñanza clínica en este periodo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peset M. y Peset J. L. (1974), La universidad española (siglos XVIII y XIX), Madrid, Taurus.
2. Archivo Universidad Zaragoza.
3. De Gregorio Rocasolano, A. (1923), Desenvolvimiento de la cultura en Zaragoza, desde el último tercio del siglo XVIII hasta finales del XIX, Anales de la Universidad de Zaragoza; 5 (4), 49
4. Albarracín Teulón, Agustin (1990), Las clínicas de la Facultad en el Madrid decimonónico, Toko-Gin. Prat, 49(5), 295-298.
5. Archivo Diputación Provincial de Zaragoza.
6. La Clínica 1879 y 1885

LA LUCHA CONTRA LA VIRUELA EN EL OURENSE DEL SIGLO XIX Y PRIMEROS AÑOS DEL XX

David Simón Lorda[1] y María Luisa Rúa Domínguez[2]

[1]Complexo Hospitalario Universitario de Ourense. dsimlor@gmail.com

[2]Hospital de Verín (Ourense). EOXI Ourense. Servizo Galego de Saúde.

Objetivos científicos: En este trabajo se aportan datos acerca de las actuaciones en la lucha contra la viruela en el Ourense del siglo XIX y primeros años del siglo XX. Abordaremos algunos aspectos organizativos y administrativos de las iniciativas de carácter público y privado que se desarrollaron en el período analizado antes las epidemias de viruela. El trabajo puede verse algo limitado al no disponer a día de hoy datos de naturaleza demográfico-sanitaria que nos informen adecuadamente, de la incidencia de la real de la viruela en la población ourensana en el período analizado así como de los efectos que sobre la incidencia de esta enfermedad pudieron tener las vacunaciones y revacunaciones practicadas.

Fuentes: Para el trabajo hemos utilizado fuentes de archivos en el Archivo Municipal de Ourense (Cajas de Beneficencia y Sanidad. 1804-1937) , Archivo Histórico Provincial de Ourense AHPOU (Fondo Beneficencia), así como fuentes hemerográficas, ya que la prensa local dio noticia y testimonio de las iniciativas públicas en la lucha antivariólica en Ourense (Álbum Literario, El Eco de Orense y Boletín Oficial de la provincia en los años de finales del siglo XIX.. consultados en Arquivo Municipal de Ourense, Biblioteca Diputación Provincial Ourense) .Toda la

información obtenida de las fuentes citadas hemos tratado de completarla y contextualizarla con bibliografía acerca de la lucha antivariólica e historia de las vacunas en Galicia (1, 2) y en España (3-7).

Resultados: Los inicios de la lucha antivariólica en Ourense podemos datarlos en el contexto de la Real Cédula de 1805 que obligaba a todos los hospitales a tener una sala de vacunación para conservar el fluido vacuno. Esta disposición legislativa fue la primera legislación estatal fue la primera que trató de favorecer y fomentar la práctica de la vacunación en la península, pero tuvo un cumplimiento muy irregular (3, 5).

En Ourense, a finales de mayo de 1805, se dispone la apertura de dicha sala de vacunación en la Inclusa situada en el Hospital de San Roque, perteneciente al Obispado de Ourense. Los doctores Benito Sanjurjo y José Andión fueron designados como los médicos encargados de conservar y administrar el fluido vacunal. El original de la Real Cédula está en el Archivo Municipal de Ourense.

Apenas hemos encontrado hasta el momento datos concretos que nos evidencien que hubo prácticas vacunales en la ciudad o provincia desde ese año de 1805 hasta ya finales del siglo XIX. En agosto de 1806 la Junta de Reino de Galicia diseña un plan de vacunación para la población gallega que adoptaba lo publicado por Posse Roybanes (1). Sin embargo no se extendió ni se aplicó dicho plan a la población de Galicia.

En 1885 comienzan a funcionar en la ciudad una serie de Institutos de Vacunación, y que supusieron una importante innovación asistencial en el terreno de las vacunaciones contra la viruela. El primero fue la apertura en 1885 del Instituto de Vacunación del Colegio Médico-Farmacéutico, liderado por el doctor Ramón Quesada Borrajo, el cual permanecerá abierto hasta 1888. El Dr. Quesada dirigirá también el Instituto de Vacunación Quesada Rivera tras cesar en su actividad el primer instituto citado. Realizaban tanto vacunación directa de ternera como vacunación ordinaria, habiendo vacunado en ese tiempo a más de 12.000 niños desde 1885. Ambos centros fueron apoyados con subvenciones del ayuntamiento y de la Diputación provincial aunque no de forma continuada ya que, pese a la intensa actividad desarrollada y el éxito de sus intervenciones, progresivamente comienzan a encargarse de las vacunaciones los médicos titulares municipales. Estos centros de vacunación fueron muy bien recibidos por la prensa del momento, especialmente por el semanario Álbum Literario.

En 1894, la Memoria para la Junta Municipal de Sanidad de Orense, elaborada conforme a una Real Orden de 20 de Marzo de 1894, señalaba que la viruela, hacía “estragos en determinadas épocas por la incuria y falta de aislamiento en los atacados y por el abandono de la vacunación y revacunación”. En dicha Memoria se solicitaba que la vacunación antivariólica fuese gratuita y obligatoria.

Ya en los primeros años del siglo XIX más tarde, se produce un salto cualitativo en la lucha antivariólica a través de las campañas de vacunación que va realizando el Ayuntamiento de la ciudad a través de los médicos municipales y, a partir de 1911, apoyándose también en el recién creado Laboratorio Municipal de Ourense (dirigido por el farmacéutico José Fernández Martínez) (8). Además de estas iniciativas, otros sanatorios privados como el de los doctores Porto y Rionegro, en torno a esos años, en 1917 también realizan vacunaciones que son concertadas o sufragadas por los fondos municipales.

En los primeros años del siglo XX, va adquiriendo e protagonismo la Inspección provincial de Sanidad, liderada en aquellos años por el Dr. Francisco Becarés. Las campañas de vacunación formaban parte de su actividad central y se intervenía en cuanto se detectaba alguna epidemia en la provincia o en lugares limítrofes. Así, ante la aparición de casos en A Coruña y Pontevedra, instaba al Ayuntamiento de Ourense en enero de 1918 a realizar campañas de vacunación y revacunación en todos los que estuviesen incluidos en la beneficencia municipal y en todos los centros dependientes del Ayuntamiento.

La sociedad y la sanidad ourensana toma la iniciativa de abrir pequeños hospitalillos para enfermos epidémicos (viruela, cólera…) desde finales de siglo XIX (1888) y hasta al menos 1920 cuando se abre el Hospitalillo de Infecciosos de Mariñamansa en 1920 tras la epidemia gripal de 1918-1919. En la prensa local de la época ya en 1888 se solicitaba que se abriese un hospitalillo a causa de aparición de casos de viruela. Estos hospitalillos se instalaron a instancias de la sanidad municipal en barrios de la ciudad (en la “Casa de Calabozo” situada en el entorno del actual Cementerio de San Francisco o en el barrio de A Rabaza), y fueron centros de carácter provisional y de funcionamiento muy limitado a períodos de epidemias. A veces daba lugar a disputas entre la Administración municipal y Provincial (en 1888) acerca de los gastos que suponían la asistencia a estos hospitalillos y qué y cómo se financiaban dichos gastos (asistencia de facultativo, practicantes, raciones de comida…). Hubo también conflictos con la

población y la opinión pública generados por en torno a la apertura y funcionamiento de estos centros. Así en 1914, hay protestas vecinales motivadas por la actividad en el Hospitalillo del barrio de A Rabaza, el cual que venía funcionando de forma intermitente desde 1909 (se abre en una casa alquilada en esa zona en el verano de 1909, tenía 4 camas y era atendido por las Siervas de María).

Un par de décadas más tarde, en un informe de 12 de agosto de 1929 sobre la situación sanitaria del Municipio de Orense y datos demográficos", realizado por el director y jefe de la Oficina Municipal de Sanidad, el Dr. Francisco José Rionegro Díaz (9), se señala que la viruela casi no se conoce, y lo achaca a las campañas obligatorias de vacunación contra la viruela llevadas a cabo en la población infantil y todo ello gracias a la iniciativa municipal y a la labor de los médicos titulares y del Laboratorio Municipal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Fernández, Carlos M. (2012), Antonio Posse Roybanes, la lucha contra la viruela y el primer plan de vacunación de Galicia (1806), Anuario Brigantino, 35, 209-224.
2. Simón Lorda, David; Rúa Domínguez, María Luisa (2006), El cólera de 1885 en Ourense, Minius, XIV, 243-256.
3. Betancor Gómez, MF; Marset Campos, Pedro (2004), El papel del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria en la lucha contra la viruela durante el periodo isabelino. En: Martínez Pérez José et al. (coord), La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica, Cuenca, Ed. de la Universidad de Castilla La Mancha, pp.425-442.
4. Campos Marín, Ricardo (2001), La vacunación antivariólica en Madrid en el último tercio del siglo XIX. Entre el especialismo médico y el mercantilismo. Medicina e Historia, 4, 1-15.
5. Santamaría, Encarnación (1990), Las salas de vacunación en los hospitales peninsulares a principios del siglo XIX, Dynamis, 10, 303-311.
6. Perdiguero Gil, Enrique; Bernabeu Mestre, Josep (1996), Prevención de la Enfermedad y Sociedad: la Vacunación Antivariólica en el Alicante del siglo XIX. En: Nash, Mary; Ballester, Rosa (coord.) (1996), Mulheres, trabalho e reproduçao. Atitudes sociais e políticas de protecçao à vida. Actas do III Congresso da ADEH (Associaçao Ibérica de Demografia Histórica), Vol.2, Portugal, Ediçoes Afrontamento, pp. 257-284.
7. Perdiguero Gil, Enrique; Vidal Hernández Josep M (Coords.) (2008), Las vacunas: historia y actualidad, Menorca, Institut Menorquí dÉstudis.
8. Simón Lorda, David; Rúa Domínguez, María Luisa (2007), EL Laboratorio Municipal de Ourense (1910-1930): Antecedentes y breves apuntes históricos. En: Campos, Ricardo; Montiel, Luis; Huertas, Rafael (coord.), Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI), Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, pp. 569-578.
9. Rionegro Díaz, Francisco José (1929), Informe de 12 de agosto de 1929 sobre "Situación Sanitaria del Municipio de Orense y datos demográficos", realizado por el director y jefe de la Oficina Municipal de Sanidad, el Dr. Francisco José Rionegro Díaz. Ayuntamiento de Orense, Archivo Municipal de Ourense, Cajas de Beneficencia y Sanidad, 1804-1937, Caja 48.

LA PANDEMIA DE GRIPE DE 1889-90 A TRAVÉS DE LA PRENSA MADRILEÑA Y LOS REGISTROS DE DEFUNCION DE LA CIUDAD DE MADRID.

Sara García Ferrero

Centro de Ciencias Humanas y Sociales. CCHS-CSIC. sara.garcia@cchs.csic.es

El objetivo científico de este trabajo es analizar el tratamiento y la difusión que la prensa madrileña dio a la epidemia de gripe de 1889-90 en Madrid. Ver en qué medida las noticias que llegaban a Madrid sobre la evolución de la gripe en otros países, ayudaron a conocer la existencia de la epidemia y prevenir su impacto en Madrid y conocer las medidas adoptadas por las autoridades en materia de prevención. Los periódicos analizados han sido cinco: Correspondencia de España, El imparcial, El Liberal, Época e Iberia representativos de la prensa madrileña de la época. Las fuentes utilizadas en el análisis de la mortalidad fueron la Gaceta de Madrid (1888-1901) y los partes de defunción del Registro Civil (Diciembre de 1889 a Enero de 1890).

La gripe de 1889-90 ha sido una de las pandemias más importantes del siglo XIX, y no por ello ha sido la más estudiada. Apenas encontramos estudios socio-demográficos sobre esta pandemia y su impacto a nivel mundial y local. Pudiera ser que no fuera tan letal como la Gripe Española de 1918-1920, pero su extensión fue verdaderamente asombrosa en todo el mundo.

A pesar del desconocimiento sobre su origen, algunas hipótesis apuntan a que tuvo lugar en Siberia en Mayo de 1889, y de ahí se propagó durante los meses de verano al Norte de Canadá y Groenlandia. Otros autores, sin embargo, opinan que pudo ser en Bokhara (Turquía) (1) desde donde se extendió a Rusia y Finlandia durante Octubre de 1889. A pesar de las discrepancias sobre el origen de la pandemia, todos confirman la hipótesis de que la primera ruta de difusión fue vía Rusia. El virus apareció en la ciudad de Tomsk (Siberia) a comienzos de Octubre, y a finales de este, San Petersburgo comenzó a informar de los primeros casos de gripe.

Desde Rusia, la gripe se propagó por toda Europa, alcanzando París a comienzos de Noviembre de 1889, y a finales de este, Berlín y Viena. Un mes después la epidemia toma la ciudad de Londres (2) y Madrid. En pocos meses se difundió por toda Europa, dirigiéndose a Norte América y el resto del mundo, San Francisco, México, Guatemala registran los primeros casos en Enero de 1890, Egipto, Palestina, Persia y algunos países de América del Sur lo hacen entre los meses de Febrero y Abril de 1890, Australia y Nueva Zelanda entre los meses de Marzo y Mayo de 1890 (2).

Su rápida propagación se debió y estuvo determinada por la mayor presencia de vías de comunicación, el ferrocarril y el barco. La velocidad media de propagación ha sido estimada en 394 km/semana para el continente Europeo y 1.015 km/semana para los Estados Unidos, el nivel de transmisibilidad fue estimado en R_0=2,1. La difusión de esta pandemia fue extraordinariamente rápida, pues en solo cuatro meses se había presentado en gran parte del mundo caracterizándose por una elevadísima morbilidad y bajos niveles de mortalidad.

En Madrid, la epidemia de gripe de 1889-1890 tuvo su aparición durante los meses de diciembre (1889) y enero (1890), y aunque se presentó en una única ola epidémica, esta ocasionó en tan solo dos meses el 38% de las defunciones anuales (6.180 defunciones), de las que el 65% fueron por causas epidémicas (gripe, neumonías, bronquitis etc.). En un principio, provocó un gran número de invasiones que dada su benignidad no causaron preocupación alguna, pero en un intervalo de pocos días se extendió por toda la ciudad mostrando su lado más cruel.

La rápida difusión de la enfermedad, unido a la incertidumbre generada por el desconocimiento existente del patógeno causante, a las características propias de

la enfermedad y las cifras de morbilidad y mortalidad que ofrecían las estadísticas oficiales, originó una situación de alarma entre los profesionales médicos, sanitarios y políticos, y en la sociedad en general. Quienes viéndose apresurados por la inminente llegada y desarrollo de la gripe en la ciudad tomaron medidas de carácter preventivo. Algunas de las medidas más importantes quedaron plasmadas a través de la prensa escrita, quien haciéndose eco tanto de las noticias llegadas del extranjero como de la situación epidémica que padecía Madrid, supo plasmar el desconcierto existente durante el período epidémico de 1889-1890.

En este sentido, el registro diario de las noticias de la prensa nacional y local, y el tratamiento que esta dio al fenómeno epidémico en Madrid, resulta de gran valor para disciplinas como la epidemiología histórica, particularmente, en el estudio del impacto que a nivel social tuvo la gripe de 1889-90 en Madrid.

En este sentido, los periodices, en tanto que fuente canalizadora de información y de opinión de diversos actores sociales sobre el impacto epidémico de la gripe en la ciudad, constituyen la mejor, y para determinados colectivos no analfabetos, la única fuente de información sobre el fenómeno epidémico. La prensa transmite al público una realidad, que aun pudiendo estar sesgada, permite al lector construir y modificar una determinada imagen de la epidemia. Las diversas representaciones generadas en torno al proceso epidémico de 1889-1890, siendo reales o imaginarias, fomentaron la percepción del riesgo. Dicha percepción conduce al aumento del nivel de inseguridad subjetiva de la población (3), generándose como respuesta el aumento de las medidas de control y protección frente a la enfermedad, como fueron el cierre de los colegios y teatros, apertura de hospitales de campaña, servicios médico-asistenciales domiciliarios, aumento de caridad, etc.

El tratamiento que sobre la gripe se hizo a través de la prensa escrita madrileña se centró en las características y síntomas de la enfermedad, el desarrollo de la epidemia en el exterior, la llegada de la gripe a la ciudad, los tratamientos contra la enfermedad, y las políticas o medidas adoptadas por las instituciones competentes en materia sanitaria y por el propio Ayuntamiento. Todo ello, dentro del contexto de incertidumbre que generaba la propia enfermedad gripal, nos permitirá analizar el impacto social de la epidemia en Madrid (4, 5, 6, 7).

BIBLIOGRAFÍA

1. Echeverri Dávila, B. (1993), La Gripe Española. La pandemia 1918-1919. CIS-siglo XIX.
2. Le Goff, J.-M. (2011). Diffusion of Influenza the winter of 1889-1890 in Switzerland. Genus. Journal of Population Sciences, LXVII (2), 77-99.
3. Esteban Tissera, L.; Angelini, L. (2011), La Gripe Española, tratamiento periodístico y respresentaciones de la población. Hullas de la Historia, 26, año 3, 15.
4. Valleron, A. J.; Cori, A.; Valtat, S.; Meurisse, S.; Carrat F.; Boëlle, P.-Y. (2010), Transmissibilty and Geographical Spread of the 1889 Influenza Pandemic, INSERM, U 707, Paris, France, Université Pierre-et-Marie-Curie–Paris 6, UMR–S 707.
5. Méndez, L. S.; Ontañón, S. D.; Cámara, A. L.; Jorge, S. J.: Rafart, J. V.; y Hoyos, S. P. (2011), Transmisibilidad y gravedad de la pandemia de gripe A (H1N1) 2009 en España, Gac. Sanit., 25 (4), 296-302.
6. Mills, C., Robins, J.; y Lipsitch, M. (2004), Transmissibility of 1918 pandemic influenza. Nature, 432.
7. Porras Gallo, M. (2002), Un acercamiento a la situación higiénico-sanitaria de los distritos de Madrid en el tránsito del siglo XIX al XX, Asclepio, LIV.

INTERNAS DE LOS HOSPITALES DE PARÍS (1882-1910): IDENTIDADES COLECTIVAS Y ESTRATEGIAS DISCURSIVAS

María José Ruiz Somavilla

Historia de la Medicina. Facultad de Medicina de Málaga. rsomavilla@uma.es

El objetivo de este trabajo es estudiar el grupo de mujeres que accedió a la formación que proporcionaba la estancia en el Internado de los Hospitales de París. Durante la primera década del siglo XX el proceso de admisión fue lento y algunas sintieron la necesidad de asociarse para conquistar y afianzar derechos de los que pudieran beneficiarse otras mujeres que trataban de abrirse camino en la profesión médica. Un proceso que se aborda analizando el papel de las internas en la reivindicación de derechos para las mujeres, vinculado a las asociaciones que lucharon por el desarrollo de su actividad profesional en el contexto de la Tercera República francesa. Para ello se han consultado publicaciones de carácter profesional y literario de estas médicas, y documentos generados en el proceso de admisión de mujeres al Internado y a diferentes campos profesionales.

En el siglo XIX, los estudiantes de medicina en Francia podían obtener una formación clínica adicional como alumnos voluntarios en un servicio hospitalario, que podrían ampliar si superaban las pruebas de acceso al externado. Finalmente, con la admisión en el internado podrían recibir el nivel más elevado de formación clínica. Sin embargo, las alumnas de las facultades de medicina no

accedieron a esta institución de igual manera que sus compañeros, para ellas el proceso de admisión fue extremadamente lento y costoso. En 1882 se aprobó el ingreso de mujeres al examen del externado y en 1885 la posibilidad de que las alumnas externas pudieran acceder al concurso del internado. Sin embargo, una vez eliminadas las barreras de acceso, se mantuvieron unos mecanismos de exclusión implícitos que obstaculizaron la incorporación a esta formación clínica, por lo que solo un reducido número de alumnas pudo adquirirla en la última década del siglo XIX y primera del XX. Las primeras mujeres que tras pasar su estancia como externas superaron las pruebas en el concurso del internado de 1886 fueron Augusta Klumpke (1859-1927) y Blanche Edward (1858-1941). Dos años después Marie Willbouchewitch comenzó su estancia en la institución parisina tras superar el examen. En la primera década del siglo XX, accedió un grupo de mujeres que fueron rotando por diferentes hospitales parisinos, entre las que cabe destacar por su activismo feminista junto a Blanche Edward, a Madeline Pelletier, Anne Mouroux, Marie Landry y Lasthénie Landry. Algunas de estas jóvenes, que habían tenido que asumir el rechazo de compañeros y profesores en la Facultad, que se habían enfrentado a la oposición de parte de los miembros de los tribunales examinadores de las pruebas de acceso al externado e internado y que ya sabían de la hostilidad de algunos médicos de los hospitales hacia su formación hospitalaria, dirigieron parte de su actividad a luchar contra la subordinación de las mujeres y se involucraron en actividades para conquistar derechos de los que pudieran beneficiarse otras mujeres. En general, se movieron entre el feminismo reformista y el feminismo socialista, fundando o formando parte activa de asociaciones como el *Conseil National des Femmes Françaises*, la *Ligue des Droit des Femmes*, la *Solidarité des Femmes*, la *Ligue des Mères de Famille* o la *Association Française des Femmes Médecins*. La aparición de esta última asociación se debe relacionar con las políticas discriminatorias de género puestas en marcha por las organizaciones profesionales que excluyeron a las mujeres de los puestos directivos y de representación. Las asociaciones profesionales segregadas, primero de carácter general como la que nos ocupa, y después de carácter especializado, ofrecieron espacios de poder y la posibilidad de desarrollar distintos tipos de actuaciones.

Podríamos situar en las ideas igualitarias del feminismo reformista y su exigencia de igualdad entre hombres y mujeres, a la mayor parte de las jóvenes que adoptaron una posición militante. Desde esta perspectiva las reformas sociales ofrecerían respuesta a la discriminación socio-política causada por una

socialización diferenciada que se manifestaba en todos los sectores de la sociedad (educativo, político, económico, social, etc.). Por ello, contribuir a cambios legislativos como la supresión de las leyes discriminatorias, y procurar una educación que eliminara los prejuicios y los estereotipos y promoviera la igualdad de sexos eran los objetivos de un programa al que se acogieron las estudiantes y médicas que trataban de modificar la educación y mejorar el estado de salud de las mujeres. Asociaciones como la *Ligue des mères de famille*, fundada por Blanche Edwards en 1901, perseguía ofrecer ayuda, asistencia y educación a madres de familia con escasos recursos económicos. Entre sus objetivos, la lucha contra el corset, en la que trabajó Blanche Edwards, perseguía evitar sus negativas consecuencias sobre la salud, y reformar el vestido femenino al considerarlo un símbolo de sumisión. También el interés por la salud de las mujeres llevó a Anne Moureaux (1878-1963) a involucrarse en el movimiento deportivo femenino, y la necesidad de promover la profesión médica femenina hizo que participara en la fundación de la *Association Française des Femmes Medecins* en 1923, de la que fue dos veces vicepresidenta. Una asociación a la que estaban también vinculadas las hermanas Landry, y de la que Lasthénie (1879-1962) fue presidenta en 1924. La vinculación entre el feminismo reformista y la filantropía femenina se hizo patente con la formación del *Conseil National des Femmes Françaises* (CNFF), que reunió objetivos educativos y filantrópicos y la reclamación de derechos civiles y políticos sobre todo de la Ligue *Française pour le droit des femmes*, de la que participó Marie Landry (1877-1969) en 1901, y de la que Lasthenie Landry sería presidenta de la Sección de Asistencia e Higiene en 1924.

Por otra parte, algunas de estas médicas militaron en el anarquismo, en el partido socialista y el comunista, y reclamaron, igual que las feministas liberales reformadoras, el derecho a la asistencia social, a la igualdad de oportunidades, de empleo, educación, etc., con la diferencia de que el objetivo final era revertir el orden económico. Entre las mujeres que asumieron el feminismo socialista cabe destacar a Blanche Edwards militante del partido socialista y a Madeleine Pelletier (1874-1939), perteneciente al grupo *Solidarité des Femmes* y miembro del partido socialista y posteriormente del comunista, que contribuyó a la formulación de la teoría de la construcción social de la identidad sexual, elaborando aspectos teóricos de la emancipación del proletariado y de las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fette, Julie (2012), Exclusions. Practising Prejudice in French Law and Medicina, 1920-1945, Ithaca, NY, Cornell University Press.
2. Klejman, Lawrence; Rochefort, Florence (1989), L'Égalité en marche. Le féminisme sous le Troisième République, París, Presses de la Foundation nacionales des sciences politiques.
3. Lécuyer, Carole (1996), Une nouvelle figure de la jeune fille sous la III République l'étudiante, Clio. Histoire, femmes et sociétés, 4. Disponible en: http://clio.revues.org/437 (consultado el 2 de juio de 2012).
4. Moulinier, Pierre (2006), Les premiéres doctoresses de la Faculté de médecine de Paris (1870-1900), des etrangères à plus d'un titre, Communication au colloque Histoire/genre/migration, París, ENS.
5. Ortiz, Teresa (2001), El género, organizador de las profesiones sanitarias. En: Miqueo, Consuelo; Tomás, Concepción; Tejero, Cruz et al. (eds.), Perspectivas de género en salud, Madrid, Minerva, pp. 53-75.
6. Rennes, Juliette (2007), Le mérite et la nature. Une controverse républicaine: l'accés des femmes aux professions de prestige, 1880-1940, París, Fayard.

LA PLASMACIÓN DE LA LEGISLACIÓN BENÉFICA EN LOS CENTROS ASISTENCIALES PROVINCIALES. EL CASO DE LA CASA DE MATERNIDAD Y LA INCLUSA DE TOLEDO (1850-1930)

Noelia M. Martín Espinosa[1] y Rafael Villena Espinosa[2]

[1]EU Enfermería y Fisioterapia de Toledo. UCLM. Noelia.Martin@uclm.es

[2]Facultad de Humanidades de Toledo. UCLM. Rafael.VEspinosa@uclm.es

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta comunicación es contrastar si las principales iniciativas legislativas españolas relacionadas con la beneficencia, la infancia abandonada y la maternidad desde la época de la Restauración hasta el primer cuarto del siglo XX, tuvieron una plasmación real en el funcionamiento de algunos organismos provinciales (inclusas y casas de maternidad) o quedaron en meros intentos de transformación de un sistema benéfico obsoleto, escasamente cualificado científicamente y sin medios económicos suficientes para hacer frente a una demanda asistencial creciente.

Los límites cronológicos se han establecido desde la segunda mitad del siglo XIX, cuando el régimen liberal inició la implementación de diversas regulaciones

legales que promovieron una progresiva “estatalización” de la ayuda prestada hasta los años treinta del siglo XX, ya que en ese período se puede observar si la legislación decretada se materializó realmente en la actividad de los centros, pues fue una etapa de relativa continuidad en las propuestas relacionadas con la atención sanitaria y social a los colectivos más vulnerables.

MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo analiza textos legislativos generales sobre el sistema benéfico y otros más específicos vinculados a la lactancia asalariada y la protección a la infancia, elementos estrechamente conectados con las instituciones examinadas. Se ha tomado como referencia la casa de maternidad y la casa-cuna de Toledo, aunque se trata de seguir el fenómeno en otros establecimientos similares repartidos por la geografía española a través del análisis bibliográfico de estudios publicados sobre este tema.

Como fuentes primarias se han utilizado las leyes y decretos sobre beneficencia, atención a la maternidad y a la infancia promulgadas en la época que abarca esta investigación y otras vinculadas al funcionamiento de las entidades mencionadas en la ciudad de Toledo: su reglamento de régimen interior, cartas, documentos oficiales y solicitudes de lactancia. Igualmente, la prensa local se ha empleado para tomar el pulso a la percepción burguesa de estos fenómenos. La documentación referente a la legislación se ha consultado utilizando la página web del Boletín oficial del Estado (Boe.es), a través de su archivo histórico (Gazeta). Toda la documentación referida a la casa de Maternidad y la inclusa de Toledo se ha obtenido del archivo de la Diputación provincial de Toledo, sección Beneficencia.

RESULTADOS

La regulación jurídica de la beneficencia por el régimen liberal tuvo lugar en la segunda mitad del siglo XIX, aunque el espíritu de estas leyes ya estaba recogido en la legislación de Cádiz y del Trienio Liberal. Un nuevo repertorio jurídico apoyó la "estatalización" de la beneficencia, que pasó a dividirse en dos ámbitos: el

provincial y el municipal. Ello supuso la quiebra definitiva del antiguo modelo caritativo y filantrópico gestionado por la Iglesia (1).

El primer cambio legislativo se plasmó en la *Ley del 15 de enero de 1845* pues el Estado delegaba en la provincia la responsabilidad sobre los establecimientos benéficos, incluida su financiación. En 1849 se aprobó la *Ley de Beneficencia* y su *Reglamento* en 1852. Se establecía que los establecimientos de beneficencia tenían carácter público y debían ser supervisados. La gestión real de la asistencia pasó a la administración provincial y municipal, y la primera quedó encargada de gestionar instituciones cerradas como hospitales, asilos e inclusas. El *Reglamento* en 1852 marcaba que en cada capital de provincia debía haber al menos un hospital, una casa de misericordia o asilo, una de huérfanos y desamparados, y otra de maternidad y expósitos. La *Ley de Sanidad de 1855* representa la culminación de los procesos legislativos anteriores y constituye la primera ley de sanidad en la historia española. Trataba de regular la actividad de los organismos encargados de la política sanitaria y hacía especial hincapié en la higiene pública.

En 1904 se aprobó una *Instrucción General de Sanidad* que tenía como objetivo reorientar la política sanitaria, aunque mantenía en vigor gran parte del articulado de la Ley de Sanidad de 1855. En cuanto a las prestaciones sanitarias de la beneficencia municipal, mantuvo la obligación de prestar asistencia médico-farmacéutica a las familias pobres y vigilar la higiene pública, además de mantener la atención médica domiciliaria.

En el año 1919 se publicó un Real Decreto que sirvió para reorganizar la gestión de las instituciones benéficas públicas y particulares, y se insistía especialmente en la vigilancia higiénica de los establecimientos benéficos, proponiendo medidas para corregir las deficiencias.

En 1925 entró en vigor un nuevo *Reglamento* de sanidad provincial que hacía hincapié en la vigilancia de las medidas higiénicas en los establecimientos provinciales, el cumplimiento de las disposiciones sanitarias y de protección a la infancia, incidiendo en el control de la mujer embarazada, de la lactancia de los niños expósitos y en la declaración de epidemias de enfermedades infecciosas. Encargaba a los inspectores de sanidad la vigilancia y control de la lactancia mercenaria, sobre todo la de las nodrizas de las maternidades y hospicios, lo que sugiere que el problema de la mortalidad infantil en estas instituciones seguía alarmando a los poderes públicos.

La preocupación por la situación de la infancia, especialmente los niños de las clases populares, hizo que los dirigentes estableciesen una serie de textos legislativos con el fin de garantizar unos derechos universales para ellos. Los hijos de los pobres eran los más desprotegidos (2) y los que más complicada tenían la supervivencia debido a una alimentación deficiente, la falta de condiciones higiénicas en las viviendas y una total ignorancia para prestarles los cuidados necesarios para su desarrollo (3), lo que hacía que fuesen las causas sociales, entre las que se incluía el nulo apoyo institucional hacia los más vulnerables, las responsables de la alta mortalidad y del escaso desarrollo de la infancia en este grupo social.

El primer texto legislativo que se ocupó de estos aspectos fue la *Ley de 24 de julio de 1873* que trataba de regular algunas cuestiones fundamentales como el trabajo infantil. La segunda ley básica es la de *26 de julio de 1878* que castigaba usar a menores en trabajos circenses. La del *13 de marzo de 1900* nuevamente establecía como objetivo principal la regulación de las condiciones laborales de los niños. La del *23 de julio de 1903* perseguía la mendicidad infantil, poniendo obstáculos a la explotación de la infancia en la industria mendicante, para lo que arbitró medidas punitivas para cualquier adulto que utilizase a los niños para esta actividad.

La realidad respecto a la situación desesperada de la infancia a principios del siglo XX hizo que se promulgase la *Ley del 12 de agosto de 1904,* texto conocido como Ley Sánchez Guerra o Ley Tolosa Latour. Trataba de aportar dos acciones fundamentales para proteger a la infancia: por un lado, recogía aspectos sanitarios y preventivos para luchar contra la mortalidad infantil, centrados fundamentalmente en la esfera física del menor mientras que por otro insistía en la acción tutelar, protectora y educativa, reforzando cuestiones que tenían que ver con la moral y la formación. Uno de los aspectos en los que más incidía era en el control de la lactancia asalariada, pues era una práctica ampliamente extendida en todas las capas sociales, a la que se atribuía la muerte de muchos menores.

Aunque no podemos dudar de que la pretensión de este repertorio legislativo fueron la mejora de la asistencia sanitaria del país y el control de la situación de la infancia, lo cierto es que estas leyes tuvieron una escasa implementación en la práctica.

Es verdad que el control de la asistencia benéfica pasó a depender de instituciones públicas, como las diputaciones, pero no se puede obviar que la administración de estos centros no siempre se hizo adecuadamente debido a la presencia del caciquismo, al menos así lo refleja la prensa local del momento respecto a la beneficencia en la ciudad de Toledo, pues destacan graves irregularidades en su administración por parte de los políticos responsables en el despido de personal, la autorización de compras (4) o el ingreso de los acogidos (5). Esta situación fue habitual en todas las capitales españolas aunque tuvo especial repercusión en Madrid, porque allí se publicó un folleto titulado *Algo huele a podrido* en el que se explicaban detalladamente las irregularidades cometidas en los establecimientos benéficos de la capital (6).

El Reglamento de los Establecimientos Reunidos de Toledo determinaba que para ser nodriza de la institución la leche no podía tener más de seis meses y un facultativo debía valorar la cantidad y calidad de esta. Ninguno de estos criterios se tuvieron en cuenta de forma sistemática pues en numerosas ocasiones aparecen registrados expósitos entregados a nodrizas que tenían en su informe médico que la calidad de la leche era regular y muchas acudían a la institución cuando ya habían lactado a algún convecino o a su propio hijo, por lo que el tiempo de la leche superaba los seis meses. Aunque la inclusa podía vigilar el cuidado del menor y requerir su entrega en cualquier momento, la correspondencia archivada evidencia que apenas existía control sobre los expósitos alojados con familias de acogida, pues el único dato registrado era especificar si vivían, requisito indispensable para proceder al pago estipulado o se les reclamaba si llegaban quejas a la institución de alguna persona de ese pueblo, que argumentara que el niño estaba siendo maltratado o indebidamente cuidado.

BIBLIOGRAFIA

1. Carasa Soto, Pedro (1989), Beneficencia y control social en la España contemporánea. En: Bergalli, R.; Mari, E., Historia ideológica del control social (España-Argentina, siglos XIX-XX), Barcelona, PPV, pp. 175 - 220.
2. Palacio Lis, Irene y Ruiz Rodrigo, Cándido (2002), Redimir la inocencia. Historia, marginación infantil y educación protectora, Valencia, Universidad de Valencia.
3. Ruiz Rodrigo, Cándido (2004), Protección a la infancia en España: reforma social y educación, Valencia, Universidad de Valencia.
4. La Idea, 16/07/1904, num.257, p.3.
5. La Idea, 1/09/1900, num.60, p.3.
6. La Campana Gorda, 7/02/1899, num.121, p.1

DE LOS HOSPICIOS DE LA CARIDAD A LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: UN SIGLO Y MEDIO DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA ENFERMOS DE CÁNCER (1842-1990)

Fanny H. Brotons

Instituto de Filosofía – CSIC. fanny.hernandez@cchs.csic.es

En 1984, la Sección de Oncología Médica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander) incorporaba, por primera vez en España, servicios de Medicina Paliativa (1). Esta innovación formaba parte de una tendencia internacional que fue sancionada seis años después por la Organización Mundial de la Salud (2, 3). En el informe titulado *Cancer Pain Relief and Palliative Care,* la OMS afirmaba que la nueva especialidad médica tenía su origen en el movimiento *hospice* (3), una iniciativa de reforma de la atención institucional a enfermos terminales de cáncer surgida en el Reino Unido en la década de 1960 a partir de los trabajos de la Dra. Cicely Saunders. Con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los enfermos, este modelo de cuidado incidía en el tratamiento de su "dolor total": físico, pero también mental, emocional, espiritual y social (4, 5).

Las ideas promovidas por el movimiento *hospice*, sin embargo, no eran completamente originales. A partir de la década de 1950, otros profesionales de la medicina habían advertido como el enfermo terminal de cáncer quedaba habitualmente abandonado en una cama de hospital como un "caso perdido"; más

aún, habían pedido la dignificación de estos enfermos mediante un modelo de cuidado que no se restringiera al tratamiento del cuerpo (6). Por otro lado, las ideas difundidas por el movimiento *hospice* tampoco eran enteramente específicas de su contexto histórico. La propia Saunders subrayaba la herencia recibida de las *Home for the Dying* surgidas en las últimas décadas de la era victoriana (7), así como de los hospicios creados en Francia a partir de 1842 por la Asociación de Damas del Calvario (8).

A pesar de que la literatura académica ha resaltado con regularidad estas conexiones, el análisis de las continuidades y discontinuidades entre el modelo de cuidado instaurado en los *hogares* ingleses y franceses en la segunda mitad del siglo XIX y el que, a partir de la década de 1960, promovió el movimiento *hospice,* ha sido objeto de escasos estudios (9, 10, 11). Además, ninguno de ellos se ha centrado en los enfermos de cáncer, aun cuando esta patología fuera la segunda en orden de importancia, tras la tuberculosis pulmonar, en los inicios de los *hogares* británicos (12, 13, 14), y los hospicios de la Obra del Calvario admitieran en exclusiva a enfermas que, a su juicio, padecían de cáncer externo en estado avanzado (15).

Este nuevo estudio atiende a los distintos aspectos del dolor que fueron identificados en ambos contextos, a los cuidados suministrados para paliarlos, y a las reacciones de los enfermos de cáncer ante ellos. El análisis, realizado a partir de una selección de escritos de la Dra. Saunders, de reportajes de prensa sobre los primeros años de existencia de los hospicios de las Damas del Calvario en Lyon (1843) y París (1874), así como de memorias anuales de las tres primeras *Home for the Dying* abiertas en Londres: el Friedenheim Hospital (1885), el Hostel of God (1891), y St. Luke's Home for the Dying Poor (1893), tiene por objetivo redimensionar la importancia del movimiento *hospice* en la creación de la especialidad médica de los Cuidados Paliativos, y sugerir nuevas vías de aproximación a esta cuestión.

Cada uno de los aspectos del dolor identificados por Saunders fueron contemplados y atendidos, en mayor o menor medida, en los hospicios de la caridad del siglo XIX. En el plano físico, estos contaban con equipos de enfermeras y médicos que podían realizar intervenciones de cirugía paliativa destinadas a remediar dificultades respiratorias o alteraciones del aparato digestivo producidas por un tumor canceroso. Además, la provisión de fármacos

incluía antisépticos y opiáceos administrados por vía oral o intravenosa a los pacientes con los dolores más intensos (13, 14, 15, 16). La variedad de los medios analgésicos era, no obstante, reducida en comparación con los hospicios modernos, y el procedimiento para administrar los fármacos era, a su vez, menos eficaz, al no procurar el alivio del dolor físico desde sus inicios (7, 17).

El cuidado mental, o emocional, de los enfermos, incluía en ambos escenarios una preocupación por su intimidad, por su individualidad, porque mantuvieran vivas sus esperanzas de curación, y por hacer su día a día llevadero mediante un conjunto de atenciones y entretenimientos tales como disponer de habitaciones con vistas a una parcela ajardinada, la existencia de una biblioteca, o espectáculos y celebraciones con familiares y amigos. De forma más particular, la dimensión espiritual del cuidado, o de preparación a enfrentar la idea de la muerte a través de la fe, estaba tan presente en ambos contextos como abierta a las distintas confesiones de los pacientes, o incluso al rechazo de cualquier intermediación religiosa (4, 12, 13, 14, 15). En cuanto a la atención al dolor social, vinculado al sufrimiento del enfermo por su familia en el plano afectivo o financiero, pero también a la inversa, como dolor de la familia por su ser querido, era menos relevante en los primeros hospicios, aunque no inexistente (14, 16).

Los relatos de experiencias de enfermos de los *hogares* del siglo XIX y de los hospicios modernos coincidían en destacar el paso de una situación de desamparo, previa entrada en el establecimiento, a unas últimas semanas o meses en un entorno cálido, reconfortante, menos doloroso (12, 18). Las diferencias más significativas entre ambos contextos fueron aquellas dependientes de las innovaciones en la analgesia y en sus modos de administración, así como en el grado de atención a las familias de los enfermos. En sí mismas, estas aportaciones no podrían haber respondido de la institucionalización de la Medicina Paliativa en la década de 1980. Más allá de ellas, el movimiento *hospice* tuvo la virtud de difundir unas formas de cuidado heredadas a través de una fórmula sencilla acuñada por Saunders: el cuidado del "dolor total". Para que esta idea triunfara, no obstante, aún hacía falta un entorno cultural propicio.

Para comprender el surgimiento de la nueva especialidad de los Cuidados Paliativos, habría que considerar con mayor atención la experiencia reiterada de los enfermos de cáncer de las décadas anteriores (19), así como la de sus

"cuidadores no profesionales", es decir, su familia y amistades (20). Además, habría que incidir en la extrema sensibilidad del mundo occidental hacia esta enfermedad, debida a la percepción del aumento incesante de su incidencia y mortalidad, a la agresividad de las opciones terapéuticas, y también, quizá, a la herencia del estigma de la lepra, que, apenas un siglo atrás, aún inspiraba a las Damas del Calvario a denominar como "cancerosas" a todas las mujeres que presentaran el cuerpo cubierto de llagas (21). Por último, habría que tener en cuenta que, frente a la arbitrariedad de criterios de admisión en los *hogares* de la caridad del siglo XIX (mujeres llagadas, pero también, en el Friedenheim y St. Luke's, personas de clase media o alta), la institucionalización de la Medicina Paliativa se produjo en un contexto de reconocimiento universal de derechos sociales en materia de salud y bienestar (22, 23) y, por ende, de responsabilidad estatal en la promoción de las condiciones adecuadas para su materialización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz Ortiz, Jaime (1999), Historia de los cuidados paliativos, Medicina Paliativa, 6(2), 82-89.
2. Clark, David (2007), From margins to centre: a review of the history of palliative care in cancer, Lancet Oncology, 8, 430-438.
3. Comité de expertos de la OMS (1990), *Cancer Pain Relief and Palliative Care,* Ginebra, OMS.
4. Saunders, Cicely (2006) [1964], The Need for Institutional Care for the Patient with Advanced Cancer. En: Saunders, Cicely. Selected Writings 1958-2004 (with an introduction by David Clark), Oxford y Nueva York, Oxford University Press, pp.71-77.
5. Saunders, Cicely (2006) [1967], The management of terminal illness. En: Saunders, Selected Writings, pp.91-114.
6. Clark, David; Small, Neil; Wright, Michael; Winslow, Michael; y Hughes, Nic (2005), A bit of heaven for the few? A history of the modern hospice movement in the United Kingdom, Lancaster, Observatory Publications.
7. Saunders, Cicely (1960), The Management of Patients in the Terminal Stage. En: Raven, Ronald, ed., Cancer, Vol.6. Londres, Butterworth & Company, pp. 403-17.
8. Saunders, Cicely (1993) Foreword. En: Doyle, Derek; Hanks, Geoffrey W. C.; y MacDonald, Neil, eds., Oxford textbook of palliative medicine, Oxford y Nueva York, Oxford University Press, pp.v-viii.
9. Goldin, Grace (1981), A Proto-Hospice at the Turn of the Century: St. Luke's House, London, from 1893 to 1921, Journal of History of Medicine and Allied Sciences, 36(4), 383-415.
10. Humphreys, Clare (2001), Waiting for the last summons: The establishment of the first hospices in England 1878-1914. En: Mortality: Promoting the interdisciplinary study of death and dying, 6(2), 146-166.
11. Broome, Helen Isobel (2011) 'Neither curable not incurable but actually dying': the history of care at the Friedenheim/St. Columba's Hospital, Home of Peace for the Dying (1885-1981), Universidad de Southampton, Ciencias Sociales, Tesis doctoral, 394 p.
12. --- (1903), The Seventeenth Annual Report of Friedenheim Hospital.
13. --- (1904), The Free Home for the Dying (The Hostel of God), 29, North Side, Clapham Common, S.W. (Under the care of the Sisters of S. Margaret's, East Grinsted). Annual Report for 1903.

14. --- (1905), St. Luke's Home for the Dying Poor. The Twelfth Annual Report For the Year ending December 31st.
15. Camp, Maxime du (1885), Les Dames du Calvaire. En: *La charité privée à Paris.* Paris, Librairie Hachette et Cie., pp. 213-271.
16. --- (1904), The Eighteenth Annual Report of Friedenheim Hospital.
17. Saunders, Cicely (2006) [1963], The Treatment of Intractable Pain in Terminal Cancer. En: Saunders, Selected Writings, pp.61-64.
18. --- (1906), St. Luke's Home for the Dying Poor. The Thirteenth Annual Report For The Year Ending December 31st.
19. Moscoso, Javier (2011), Historia cultural del dolor, Madrid, Taurus.
20. Zaragoza, Juan Manuel (2013-2015), Material Cultures of Care and Emotion in Britain and Spain, 1890-1940, Proyecto post-doctoral Marie-Curie Intra-European Senior Fellowship, QMUL.
21. Pinell, Patrice (1992), Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France. (1890-1940), Paris, Métailié.
22. ONU (1948), *Declaración Universal de Derechos Humanos,* Art.25.
23. ONU (1966), *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, Art. 12.

POLÍTICAS Y CONTRA-POLÍTICAS DEL HAMBRE. ¿PERVERSIÓN DEL CUIDADO? ALIMENTACIÓN FORZADA DE LAS SUFRAGISTAS EN EL REINO UNIDO DURANTE EL PERIODO 1909 – 1914

Juan Manuel Zaragoza

Marie Curie Research Fellow. Centre for the History of the Emotions – School of History.Queen Mary University of London. j.m.zaragoza@qmul.ac.uk

Este trabajo ha sido realizado gracias a la financiación del Ministerio de Ciencia e Innovación a través del proyecto “Epistemología histórica: estilos emocionales en los siglos XIX y XX”, FFI2010-20876

El presente texto versa sobre la alimentación forzada de sufragistas en las cárceles británicas entre 1909 y 1914. No se trata, desde luego, de un capítulo de la historia desconocido. Al contrario, ha sido ampliamente tratado como parte de la historia de los movimientos a favor de los derechos de la mujer (1), pero también de los movimientos sociales tratados desde un punto de vista más amplio (2). La historia de la medicina, sin embargo, no se ha sentido especialmente atraída por este capítulo de su historia. O al menos, no tan atraída como podríamos esperar. Podemos clasificar los escritos sobre el tema en tres grandes apartados: 1) artículos que tratan directamente el tema (3); 2) menciones en artículos de bioética sobre la problemática de las huelgas de hambre y de cómo actuar clínicamente (4, 5); 3) estudios que insertan los hechos en aproximaciones

historiográficas más amplias, como podría ser la historia de las enfermedades gástricas (6). En todo caso, y sea cual sea el tipo de aproximación escogido, la mayor parte de los trabajos coinciden en la condena, explícita o no, del papel desempeñado por la profesión médica, como resulta evidente en títulos como el siguiente: “Culpable Complicity: the medical profession and the forcible feeding of suffragettes, 1909–1914” (7). Una crítica a la profesión médica y al papel desempeñado en este asunto que es una constante ya desde 1914, cuando en un famoso texto el doctor y simpatizante del movimiento sufragista, Frank Moxon, calificase la alimentación forzada de sufragistas como “la prostitución de la profesión” (8). Ha habido intentos, qué duda cabe, de hacer una historia que no culpabilice a aquellos médicos que se opusieron a la alimentación forzada de las sufragistas. Ha sido el caso de Ian Miller, en un artículo reciente de 2013 (9). También se ha intentado situar esta práctica en un contexto cultural y científico más amplio, como el de las campañas anti-viviseccionistas (6) y el de la violencia ejercida contra animales o el de las prácticas de alimentación forzada en los asilos (3). No obstante, dicha percepción negativa del papel de la profesión ha continuado presente en la historiografía y en la percepción popular de lo acaecido, algo que es posible achacar a su uso históricamente descontextualizado en la literatura bioética que mencionaba más arriba (9).

Este texto busca contribuir a esta relectura mediante la ampliación del contexto cultural que hizo posible, por un lado, que la alimentación forzada de las sufragistas fuera posible y, por otro, que fuera un escándalo público con unas consecuencias éticas que, a día de hoy, todavía siguen preocupando a la sociedad en general y a la profesión médica en particular (4, 5, 10, 11). En nuestro caso, ese contexto será, principalmente, el de las prácticas del cuidado en la cultura burguesa del siglo XIX, y más concretamente en la Inglaterra victoriana y eduardiana. Para ello, se utilizaremos el siguiente esquema:

1. Situaré, en primer lugar, el problema de la alimentación forzada de las mujeres en su contexto más evidente: la alimentación forzada de otros reclusos, sean estos asesinos, enfermos mentales o niño.

2. Propondré una interpretación de dichas prácticas desde una concepción del cuidado que participa de una especial relación con la cultura material (12).

3. Concluiré con un breve análisis de los debates alrededor de los casos concretos de las sufragistas, y defenderé que aquellos a favor de la alimentación forzosa no lo estaban, únicamente, por motivos políticos o por cuestiones de género, sino amparados por una definición del cuidado común a la época.

Definición que, obviamente, incluiría esos elementos políticos y de género, y que, por tanto, el movimiento sufragista también ponía en cuestión, siquiera indirectamente.

La tesis que subyace a mi aproximación es que la utilización de la alimentación forzosa en delincuentes, enfermos mentales y niños asilados se sustentaba sobre una comprensión del "cuidado" consustancial a la cultura burguesa del XIX y principios del XX (13). Cultura que se verá contestada por movimientos como el sufragista en el Reino Unido, pero también por el Regeneracionismo español o la *progressive era* norteamericana. Una cultura que no soportaría el golpe mortal que significó la I Guerra Mundial, y que se iría extinguiendo hasta desaparecer alrededor de la II Guerra Mundial, y con ella una concepción del cuidado que es, precisamente, la que el caso de las sufragistas puso en cuestión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mayhall, Laura E. N. (1995), Creating the "suffragette spirit": British feminism and the historical imagination, Womens Hist Rev, 4(3), 319–344.
2. Keck, Margaret; Sikkink, Kathrin (2000), Historical Precursors to Modern Transnational Social Movements and Networks. En: Zald, Mayer N.; Guidry, John A.; Kennedy, Michael, eds. Globalizations and Social Movements: Culture, Power, and the Transnational Public Sphere. Michigan, University of Michigan Press, pp. 35–53.
3. Williams, Elizabeth A. (2008), Gags, funnels and tubes: forced feeding of the insane and of suffragettes, Endeavour, 32(4), 134–140.
4. Fessler, Daniel M. T. (2003), The implications of starvation induced psychological changes for the ethical treatment of hunger strikers, J Med Ethics, 29(4), 243–247.
5. The Lancet (2008), Clinical care of hunger strikers, The Lancet, 372(9641), 777.
6. Miller Ian (2011), A modern history of the stomach: gastric illness, medicine and British society, 1800-1950, London, Pickering & Chatto.
7. Geddes, Jennian F. (2008), Culpable Complicity: the medical profession and the forcible feeding of suffragettes, 1909–1914, Womens Hist Rev.,17(1), 79–94.
8. Moxon, Frank (1914), What Forcible Feeding Means, London, The Woman's Press.
9. Miller, Ian (2013), "A Prostitution of the Profession"? Forcible Feeding, Prison Doctors, Suffrage and the British State, 1909–1914, Soc Hist Med., 26(2), 225–245.
10. Lewey, Lila (1977), Force-feeding-a clinical or administrative decision?, Can Med Assoc J., 116(4), 416–419.
11. Dolan, Bridget (1998), Food refusal, forced feeding and the law of England and Wales. En: Vandereycken, Walter; Beumont, Pierre J.V., eds. Treating Eating

Disorders: Ethical, Legal and Personal Issues. London, The Athlone Press, pp. 151–178.
12. Mol, Annemarie (2008), The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice, London & New York, Routledge.
13. Moretti, Franco (2013), The Bourgeois: Between History and Literature, London & New York, Verso Books.

POLÍTICA Y MEDICINA ANTES DE LA GRAN GUERRA: LA PARTICIPACIÓN ESPAÑOLA EN LA CONFERENCIA SANITARIA INTERNACIONAL DE PARÍS DE 1911-1912

María José Betancor Gómez

Universidad de las Palmas de Gran Canaria. Facultad de Ciencias de la Salud.
mariajose.betancor@ulpgc.es

Las Conferencias Sanitarias Internacionales se constituyeron en el principal foro de debate sobre las regulaciones referentes a la sanidad internacional en el periodo anterior a la creación de la OMS. La presente comunicación pretende avanzar en un terreno tratado todavía de manera incipiente por la historiografía, analizando algunos aspectos de la participación de la delegación médica española en la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en París en 1911-1912 (1), tomando como punto de partida el estudio de sus actas, así como fuentes hemerográficas españolas contemporáneas. La delegación española estuvo formada por Ángel Pulido Fernández, antiguo Director General de Sanidad y Senador Real vitalicio, Alberto Bandelac de Pariente, médico de la Embajada de España en París (1, pp.3-4) y Federico Montaldo, médico de la Armada. También formaba parte de la delegación española Francisco de Reynoso, quien desde 1910 era ministro consejero de la Embajada de España en París (2). Como era habitual, su convocatoria estuvo asociada al miedo a la extensión en el territorio europeo y estadounidense de determinadas epidemias. En febrero de 1911 la

prensa española se hizo eco de la preocupación existente en París por la peste en la India (3). Esas amenazas, materia de debate parlamentario en Francia, acabarían por impulsar al gobierno galo a convocar la Conferencia, inaugurada finalmente el 7 de noviembre de 1911 (1).

No hubo grandes novedades en cuanto al núcleo duro de las discusiones. Como en anteriores Conferencias, los debates reflejaron la tensión existente entre la pretensión de que las medidas cuarentenarias afectaran lo menos posible al comercio de Europa y Estados Unidos, y la promulgación de medidas efectivas a la hora de contener los brotes epidémicos, evitando su extensión a los países *civilizados*. Delicado equilibrio diplomático/médico que asumió el delegado español, Francisco de Reynoso, en su intervención en la tercera sesión plenaria del 9 de noviembre (1, pp.55-56). Por un lado, hacía votos de fe liberal, declarándose convencido de que la Conferencia trabajaría para ensanchar la libertad comercial, disminuyendo las medidas restrictivas. Pero se mostraba cauto: los diferentes países no tenían los mismos medios para luchar contra la llegada de epidemias, haciendo imposible decretar la libertad comercial total y la libre circulación de viajeros. Esta tensión entre el ideario liberal, y la promulgación de medidas *defensivas* adecuadas, se hacía más palpable cuando lo que estaba en cuestión eran los derechos individuales de los portadores de gérmenes.

Difícil era también equilibrar la construcción de una legislación y unos organismos internacionales efectivos contra las epidemias, y la tozuda realidad de unas naciones que difícilmente querían ceder soberanía. Reynoso se mostraba escéptico sobre las disposiciones del Convenio aprobado en la Conferencia Sanitaria Internacional de 1903 referentes a la obligación de los gobiernos de declarar los brotes de peste y cólera: la experiencia demostraba que, en muchos casos, no lo hacían. Dado que los gobiernos se encontraban, según él, ante la imposibilidad de activar las medidas defensivas necesarias, el diplomático sugería eximir a los gobiernos de la obligación de declarar los casos de peste y cólera, cosa que debiera encargase a una organización superior internacional, preferentemente la Oficina Internacional de Higiene; o cualquier otra, si se creía que aquella no podía o debía hacerlo. Aquí también era cauteloso: se trataría de un organismo *tutelar* que reducía su misión a asegurar que la divulgación de informaciones concernientes a la higiene internacional tuviera efecto. Su actuación no debería interferir con la libertad de los gobiernos nacionales. Se trataría de proveerles de información para que fueran ellos los que tomaran

soberanamente las medidas oportunas. Todo ello en línea con los estatutos fundacionales de la propia Oficina Internacional de Higiene Pública que afirmaban taxativamente que esta "Oficina no se podía inmiscuir de ninguna manera en la administración de los diferentes Estados" (4, p. 4).

Además, Reynoso enunció las preocupaciones esenciales de la delegación española: la conveniencia de combinar las técnicas de laboratorio bacteriológicas con las más tradicionales observaciones clínicas y anatomo-patológicas, la importancia de establecer firmemente la definición de foco y circunscripción infectada, la necesidad de clasificar el estado sanitario de los navíos, el interés de España en establecer bajo bases indiscutibles la profilaxis de la fiebre amarilla (1, pp. 55-56). Obviamente fueron los delegados médicos los que desarrollaron todas estas cuestiones de manera extensa. O, mejor dicho, fue Ángel Pulido el que monopolizó las intervenciones, siendo designado, además, miembro en varias comisiones, algunas de especial interés para España como la Subcomisión de la Fiebre Amarilla, o la Comisión de Redacción y Codificación (1, pp. 90 y 260). Las aportaciones de Montaldo y Bandelac fueron pocas. Ello reflejaba un peso político-médico sustancialmente menor.

Así pues, fue Pulido el que cogió el toro por los cuernos en los temas esenciales en este tipo de Conferencias: los acuerdos entre diferentes estados en lo referente al comercio y las prácticas sanitarias marítimas, y el papel de las organizaciones internacionales ante las epidemias. Con respecto a lo primero, asumió la ortodoxia liberal. Así, durante la sesión del 2 de diciembre (1, pp. 359-361), en la que se trataba la actualización del artículo 29 del Convenio de 1903 referente a los barcos procedentes de puertos contaminados, fue claro: un régimen sanitario *liberal* era indispensable en las condiciones actuales de la civilización moderna, declarándose contrario a imponer al comercio medidas restrictivas que pudieran repercutir sobre la economía de todo un país. Ello se traducía en que la acción sanitaria ya no se centrara en los puertos, sino en los navíos *en ruta*. Los barcos, representados como pequeñas ciudades flotantes, deberían de crear y desarrollar su propia organización profiláctica ¿Estaba sugiriendo Pulido que se llevara a cabo una privatización *de facto* de aspectos esenciales de la sanidad internacional? Obviamente sería importante saber hasta dónde se quería llegar, si la delegación española actuaba en solitario o, por el contrario, se trataba de una corriente de fondo compartida sobre sanidad internacional, si aquí hablaba más el político que el médico, etc. Todas ellas son

cuestiones que debieran ser materia de una discusión imposible de detallar en pocas páginas.

En cuanto a la cuestión de qué medios habría que adoptar para hacer cada vez más rápidas y efectivas las notificaciones de nuevos casos de cólera y peste, discutida el 4 de diciembre de 1911, fue claro: los gobiernos y las autoridades siempre se habían inclinado a negar los nuevos casos, a desnaturalizar los diagnósticos, a retardar las notificaciones, lo cual producía serias complicaciones diplomáticas. Según él, había que librar a los gobiernos de un deber que no podían cumplir. Se hacía necesario crear un servicio de información independiente que llevara a cabo notificaciones más completas y rápidas, constituyendo un tribunal autorizado compuesto de expertos delegados por los distintos países: una suerte de Consejo Superior puesto al servicio de la salud pública internacional. Aquí Pulido se decantó claramente: este organismo existía y se llamaba Oficina Internacional de Higiene (1, pp. 735-739) ¿Tenía en mente la defensa de intereses personales? En 1915 la prensa se hacía eco de que Pulido era en ese momento "Delegado de España en el *Office International de d´Hygiéne*, figurando como uno de sus más activos miembros." (5, pp. 86 y 87).

No menos relevantes fueron los movimientos detrás de las bambalinas de la Conferencia en un contexto internacional prebélico. En ellos participaron los delegados españoles, especialmente en aquellos relacionados con la gestación de la UMFIA (Unión Médica-Franco-Ibero-Americana), organización creada por el médico francés Louis Dartigues, y de la que llegaría a ser vicepresidente Alberto Bandelac de Pariente (6, pp. 849-850). La UMFIA, fundada en 1912, tenía como propósito crear un contrapeso a Alemania (7, pp. 81 y 82), una suerte, según Isabelle Renaudet, de *alianza espiritual* entre médicos, que movilizara a la *latinidad* (entendida como el conjunto de pueblos de lengua y cultura latinas) contra la expansión germana, cosa ya patente en la creciente influencia de la ciencia y medicina alemanas entre los facultativos españoles y latinoamericanos (8, p. 475). Para ello era imprescindible atraer a los primeros espadas. Así, por ejemplo, el 21 de diciembre de 1911 se agasajaba al Dr. Pulido y a la Delegación española en un banquete organizado por la Unión Latina. A él asistieron el embajador español, así como varios diplomáticos latinoamericanos, haciéndose votos por el fortalecimiento de las relaciones hispano-francesas (9). Hubo cierto éxito. Pulido estuvo presente en la reunión en la que se creó la UMFIA, poniendo en contacto a Dartigues y Bandelac con las altas esferas españolas (10, p. 55).

Hasta qué punto la creación de ese espacio médico-político tuvo –o no- influencia en el debate entre germanófilos y francófilos tras el estallido de la Gran Guerra, es algo que debiera estudiarse detenidamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conférence sanitarie internationale de Paris, 7 novembre 1911 – 17 janvier 1894. Procès-verbaux, Paris, Imprimerie nationale, 1912.
2. La Correspondencia de España, 13 de diciembre de 1910, nº 19.298.
3. La Época, 23 de febrero de 1911, nº 21665.
4. Vingt-cinq ans d'Activité de l'Oflice International d'Hygiene Publique (1909-1933), Paris, OHIP.
5. Mondariz, 20 de septiembre de 1915, 4.
6. Dartigues, Louis (1913), Los Médicos y la Corriente de Amistad Franco-Ibero-Americana, Mundial magazine, 1, 849-850.
7. Dartigues Louis (1926), Livre d'or et annuaire de l'Union médicale franco-ibéro-américaine (UMFIA), Paris, A. Ribot.
8. Renaudet, Isabelle (2005), Des médecins marseillais au service de l'Union latine : la section de Provence de l'UMFIA (Union médicale franco-ibéro-américaine), Provence Historique, 222, 475-487.
9. El Imparcial, 22 de diciembre de 1911, nº 16096.
10. Renaudet, Isabelle (2011), Diffusion des pratiques médicales et stratégies de promotion professionnelle à travers l'exemple de la Revue de l'Union médicale franco-ibéro-américaine (1912-1940), El Argonauta español, 8, 1-73. Artículo en línea desde el 15 de enero 2011, consultado el 15 de abril de 2014. URL: http://argonauta.revues.org/169

LOS DAINOW DICKER: “STORIES” DE UNA FAMILIA DE DENTISTAS RUSO-JUDÍOS EN EL OURENSE Y LA EUROPA DE LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX

David Simón Lorda

Complexo Hospitalario Universitario de Ourense. Servizo Galego de Saúde.
dsimlor@gmail.com

OBJETIVOS, FUENTES Y METODOLOGÍA

El trabajo tiene como objetivo la reconstrucción de la historia y avatares de una familia de dentistas ruso-judíos, los Dainow Dicker, que, residentes en Ourense desde 1909, sufrieron represión, persecución y exilios por parte del bando franquista en la Guerra Civil y luego por el nazismo en la Francia ocupada durante la Segunda Guerra Mundial.

Para el trabajo hemos utilizado fuentes orales-epistolares de familiares de los Dainow Dicker, ninguno de ellos ya residente en Galicia (actualmente en Cádiz, Ginebra…) así como fuentes de archivos (Archivo Colegio Médicos de Ourense (Cajas de Expedientes personales colegiados dados de Baja o Fallecidos), Archivo Histórico Provincial de Ourense AHPOU (Expedientes Responsabilidades Políticas. 1936-1942), Archivo Intermedio Militar del Noroeste. Ferrol (Expedientes de Incautación de Bienes. 1936-1939), y también material de archivos familiares (Dr. Zilbermann (Cádiz), Sylviane Dupuis y Manuel Dami (Ginebra). Las fuentes hemerográficas han sido también claves para testimoniar la presencia y actividad

de los Dainow Dicker en Ourense (diarios locales de Ourense: La Región, El Miño, El Eco del Támega… (consultados en el Arquivo Municipal de Ourense, en AHPOU, y en la Biblioteca de la Diputación provincial de Ourense). El trabajo se ha completado usando referencias bibliográficas claves en la génesis (1-3) y en el posterior desarrollo de la investigación (4-6).

RESULTADOS

Esta familia de dentistas, compuesta nuclearmente por el matrimonio de Volodia Dainow Wilensky (1879-¿?) y por Marie "Moussia" Dicker Gorodisky (1877-1943), se establece en Ourense en torno a 1909-1910. Él era mecánico dentista y ella dentista, ambos venían de Ginebra, adonde a su vez habían llegado unos años antes por motivos político-económicos provenientes desde su Ucrania natal. Hubo otros familiares del matrimonio Dainow-Dicker que también se establecen en Ourense y ayudan o contribuyen al negocio familiar de la odontología. No está claro el motivo de su traslado a Ourense ni si fueron los primeros en establecerse de toda una serie de familias de dentistas ruso-judíos que entre 1909-1930 ejercieron en Galicia, y que mantuvieron estrechos vínculos de amistad y de relaciones familiares ente ellos. Desde Ourense se relacionaron estrechamente con otras familias de dentistas rusos judíos establecidos en Galicia en otras provincias gallegas en esos años (y todos ellos de ideología o militancia progresista): los Zbarsky, los Kuper, los Kuperstein, los Rozenthal. los Selbmann (éstos de origen alemán)… Todos ellos sufrirán incautación de sus bienes y clínicas, persecución y represión por parte de los sublevados franquistas...y algunos fueron asesinados (en la provincia de Pontevedra), otros encarcelados y todos marcharon al exilio (2-3, 7-9).

Nuestra familia objeto de estudio residió y trabajó durante 25 años en Ourense, abriendo gabinetes odontológicos tanto en la capital de la provincia como en varias villas ourensanas (Verín, Ribadavia, Celanova, O Carballiño) hasta el inicio de la Guerra Civil. A través de los anuncios de sus clínicas en la prensa local es posible reconstruir su actividad, que compitió activamente con otros profesionales de la odontología establecidos en la provincia, e incluso dio lugar a denuncias en el Colegio Profesional de Odontólogos (10). Todo ello motiva que miembros de esta familia (Marcos Zilbermann Dicker) emigrasen a Cádiz en busca de mejores oportunidades profesionales.

Una de las hermanas de Volodia Dainow, Eva, contrae matrimonio con un médico ourensano, Roberto Tizón Aguiar, que también se dedicará a la odontología en la villa de O Carballiño. Acusados por la Falange local de que su casa era un lugar de reunión de marxistas extremistas y comunistas, ambos sufrirán represión política, incautación de bienes y exilio a Francia tras el inicio de la guerra, y ya nunca volvieron a Ourense.

Durante su estancia en la ciudad mantuvieron clínica y domicilio en la "Casa de Fermín García", uno de los edificios más llamativos e importantes de la Plaza Mayor de Ourense, y que pertenecía a un comerciante de tejidos vinculado a la masonería local. Este edificio fue luego incautado ya durante la Guerra y en él desarrolló su actividad la Sección Femenina de Falange hasta la posguerra. Los Dainow Dicker mantuvieron relaciones con la intelectualidad de la ciudad vinculada al grupo Nós (Vicente Risco y Otero Pedrayo). Volodia Dainow financia en 1917 la publicación de libros de poetas locales (Xabier Bóveda) que tuvieron una cierta fama posteriormente en Argentina. Asimismo su hogar fue lugar de acogida de otros personajes de origen ruso o judío que recalaron en la ciudad antes de 1936, y ello vincula a nuestros dentistas con el redescubrimiento en Portugal del mundo de los sefardíes y de los "marranos, con la traducción de obras rusas al castellano o con la industria minera extranjera en Galicia.

Tras el inicio de la guerra sufrirán represión política (incautación de bienes, exilio a Francia…) por el bando sublevado franquista a causa de su ideología y sus orígenes. No eran judíos practicantes, y sí eran gente cosmopolita e ideología progresista. Tampoco conocemos militancias activas en partidos de la izquierda política, algo que sin embargo sí que sucedía con sus colegas dentistas de la provincia de Pontevedra. Los Dainow Dicker tenían familiares cercanos (algunos de ellos médicos, como la ginecóloga Nina Dicker y hermana de Marie Dicker) en Ginebra vinculados a organizaciones socialistas y anarquistas en los años 20-30. Esta ginecóloga de Ginebra se casa en segundas nupcias con el médico ruso-judío-ginebrino Boris Boris Tschlenoff, uno de los más importantes activistas de la organización OSE (organización sanitaria judía de ayuda a la infancia), que tuvo un papel crucial de ayuda a los refugiados y perseguidos en la Francia ocupada por los nazis.

A los Dainow Dicker el exilio de 1936 los lleva a París, de donde tenemos pocos datos de su actividad en la capital francesa. Pocos años después, ya en la II

Guerra Mundial y a raíz de la invasión de Francia por el ejército nazi son internados (el matrimonio y la hermana de Volodia, Eva Dainow de Tizón) en el campo de concentración de Drancy en las famosas redadas de verano de 1942. En ese confuso, ambiguo y tenebroso mundo del París ocupado por los nazis, y con la ayuda del cónsul de España en Francia, Bernardo Rolland, y de las organizaciones internacionales judías (probablemente a través de la OSE y de la American Jewish Joint Distribution Committee) consiguen salir de Drancy en un convoy de refugiados de origen sefardita que regresa a España a través de Irún. La dentista Marie Dicker, fallece en la estación de Irún con fecha 14 de agosto de 1943 (11-12). Tras una breve estancia de paso intermedio a través de España, Volodia y su hermana Eva Dainow, aún sufrirán un nuevo destierro en campos de concentración debido a las actitudes y acciones del gobierno de Franco en relación con los judíos exilados desde la Europa invadida por los nazis en ese año 1943 y que evitaba que se estableciesen en territorio nacional (13-14). Estuvieron en el campo de refugiados Camp Fadhala (Marruecos) desde 22-6-1943 a noviembre de 1943. Era un campo de la UNRRA (organismo similar a las Naciones Unidas) sufragado por la Joint Distribution Committee, y aún no hay datos ciertos, pero es posible que luego fuesen luego transferidos a Philippeville (Argelia). Tras este periplo, consiguen regresar a Cádiz, en donde son acogidos por sus familiares (Zilbermann Dicker), desde donde unos años más tarde regresan a París, de donde ya no tenemos datos de su paradero y actividades posteriores. El hijo del matrimonio Dainow Dicker, Miguel, regresó a Ourense a mediados de los años 50 para continuar con la tradición de dentista hasta su fallecimiento.

La historia de la familia Dainow Dicker es un ejemplo paradigmático de profesionales sanitarios liberales que sufrieron persecución y exilio a causa de sus ideas políticas, su religión, su raza y su nacionalidad en diversos momentos de la Historia de la Europa de la primera mitad del siglo XX. (los progromos en Rusia, el fascismo de la Guerra Civil española y de la Europa nazi de la Segunda Guerra Mundial). No había casi memoria de esta familia de dentistas ruso-judíos-"ourensanos" del Ourense de antes de la Guerra Civil. Con este trabajo hemos pretendido hacer un poco menos borrosas sus trayectorias vitales y profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Simón Lorda, David (2010), Médicos ourensanos represaliados en la Guerra Civil y posguerra, Santiago, Fundación Dez de Marzo.

2. Marco Igual, Miguel (2009), Los médicos republicanos españoles exiliados en la Unión Soviética, Medicina e Historia, 2009, 1.
3. Marco Igual, Miguel (2010), Los médicos republicanos españoles en la Unión Soviética, Barcelona, Flor del Viento ediciones, pp.197-213.
4. Álvarez Vidal, José Manuel (1997), El colectivo ruso en la historia de nuestro Colegio, Punto de Encuentro, Revista Oficial del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la XI Región, 3, 28-33.
5. Dupuis, Sylviane (2005), Biographie de Nina Daïnow, née Dicker (Levintzi, Ukraine, 1876 – Genève 1970). En: Deuber Ziegler, Erica; Tikhonov, Natalia, dir. (2005), Les Femmes dans la mémoire de Genève. Du XVe au XXe siècles, Genève, Ed. Suzanne Hurter.
6. Méndez Ferrín, Xosé Luis (2011), Os dentistas odiados, La Opinión (A Coruña), 4 de septiembre de 2011.
7. Méndez Ferrín, Xosé Luis (2008), Lydia Kuper, La Opinión (A Coruña), 12 de Mayo de 2008.
8. Méndez Ferrín, Xosé Luis (2011), Vida e traballos de Lydia Kuper, La Opinión (A Coruña), 4 de febrero de 2011.
9. Méndez Ferrín, Xosé Luis (2011), O tesouriño da familia Kuper, La Opinión (A Coruña), 26 de marzo de 2011.
10. Expediente instruido por el Colegio Oficial Odontológico de la XI.ª Región a la súbdita rusa D.ª Clara Haia Dicker, por intrusión de la profesión odontológica en Ribadavia, Boletín Oficial del Colegio Odontológico de la XI Región Pontevedra-Orense, 1932, 81, 1-2.
11. F. E (2003), Les 79 rapatriés du 10 août 1943, La Lettre Sépharade, 47, 12-14.
12. F.E. (2003), Les “Confinados” de l'automne 1943, La Lettre Sépharade, 48, 14-15.
13. Rother, Bernd (2005), Franco y el Holocausto, Madrid, Marcial Pons, pp.292-298.
14. Rozenberg, Danielle (2010), La España Contemporánea y la cuestión judía, Madrid, Marcial Pons, pp. 231-244.

LA CONSTRUCCIÓN DE UNA ESPECIALIDAD MUSEOLÓGICA: LA ANATOMÍA PATOLÓGICA EN BARCELONA, 1923-1936.

Alfons Zarzoso

Museu d'Història de la Medicina de Catalunya. www.museudelamedicina.cat
azarzoso@museudelamedicina.cat

INTRODUCCIÓN

Las ciencias morfológicas conocieron un momento de esplendor en los años 1880 durante la corta estancia de Santiago Ramón y Cajal al frente de la cátedra de Histología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona. Los dos catedráticos que le sucedieron mantuvieron un perfil bajo, sin innovación docente ni apenas investigación. La llegada de Ángel Ferrer Cagigal a Barcelona en 1923 coincidió con el despegue definitivo de la fisiología experimental y la consolidación de la escuela impulsada por August Pi Sunyer. Entre la alargada sombra cajaliana y la proyección internacional de la escuela biológica, Ferrer Cagigal organizó una disciplina –la anatomía patológica- a partir de una concepción museológica de la misma y mediante el afianzamiento de una sólida relación con la clínica médica. El desarrollo de esta estrategia, con claras referencias de las prácticas de trabajo de la fisiología liderada por Pi Sunyer, se tradujo en la constitución de una escuela de investigación.

En este sentido, Ferrer Cagigal formó un equipo de trabajo alrededor de los espacios de construcción de conocimiento de los servicios de anatomía patológica, histología, patología clínica y necropsias. En el equipo participaron otros profesores universitarios y médicos investigadores y, junto a éstos, los médicos que desempeñaron funciones específicas en la dirección del museo y en la preparación y conservación de piezas o especímenes patológicos. Como parte del trabajo de constitución de la disciplina como verdadera especialidad médica, los miembros de esta escuela desarrollaron una particular actividad editorial que se concretó en el impulso de nuevas revistas especializadas, en la ejecución de libros de texto y obras de carácter formativo básico en técnicas específicas de laboratorio y en la traducción de obra canónica extranjera. Otras características destacadas en su labor de delimitación de la especialidad fueron la participación y comunicación de resultados en congresos médicos internacionales y nacionales o también el desarrollo de estudios históricos sobre la legitimidad de campos de trabajo como la anatomía patológica, la histología y las prácticas disectivas.

El análisis comparativo con lo sucedido en otras latitudes europeas en el desarrollo de la anatomía patológica como ciencia museológica viene a mostrar el acceso tardío a una determinada forma de entender la enfermedad. Las colecciones patológicas arrancaron de manera significativa en Paris y Londres desde principios del siglo XIX, pero no alcanzaron un prestigio profesional hasta finales del siglo XIX y, de manera significativa, en el mundo germánico. La concreción de escuelas médicas ligadas a colecciones patológicas tuvo lugar entre finales de ese siglo y principios del siglo XX. Esto mismo se observa en otras ciudades españoles. La inexistencia de museos docentes basados en colecciones patológicas no debería ocultar la práctica de coleccionar y preservar órganos y tejidos por parte de médicos y profesores en dicho período. Si bien ya era conocida la práctica de coleccionar “casos interesantes”, cabe señalar que la colección del museo de anatomía patológica de Barcelona se inició a partir de la cesión de las colecciones particulares de diversos profesores de los servicios clínicos y quirúrgicos de la facultad y de su hospital universitario, así como de “médicos en ejercicio libre” también conocedores de estas prácticas de conservación de piezas anatómicas.

Los resultados conseguidos en aquella década de trabajo fueron notables. La visibilidad pública de aquel trabajo produjo interacciones significativas con algunas de las fuerzas de cambio en un contexto histórico crítico. Ferrer Cagigal y

su escuela disfrutaron de una acogida y de un apoyo social y político de las autoridades que representaban la dictadura de Primo de Rivera. El catedrático desempeñó en una coyuntura política compleja el cargo de decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona hasta poco después del advenimiento de la República. Además, la práctica médica desarrollada le permitió avalar determinadas acciones en materia de política social contra el consumo de substancias estupefacientes. Un paso más en la obtención de visibilidad y prestigio público se produjo en el contexto festivo de las inauguraciones que tuvieron lugar durante el período la Exposición Internacional de Barcelona de 1929, cuando se acordó denominar con el nombre de Ferrer Cagigal al Museo de anatomía patológica universitario en el marco de una nueva inauguración de los espacios ocupados por aquella institución. Es significativo que en dicho contexto, y más allá del posible reconocimiento de la escuela de fisiología de August Pi Sunyer respecto al trabajo desplegado por Ferrer Cagigal, los representantes del catalanismo médico se acercasen a un personaje tan distante de ellos desde un punto de vista político como Ferrer Cagigal y le condecorasen con su compañía en los congresos internacionales de fisiología, como el de Boston en 1929, o con el doctorado honoris causa por la Universidad de Montpellier en 1932.

El recorrido de esta metodología de adquisición y transmisión de conocimiento se cerró en el año 1936. El inicio de la guerra supuso el fin de esta iniciativa. Por una parte, Ferrer Cagigal partió de Barcelona hacia Burgos en 1936, donde halló una muerte prematura por enfermedad. El devenir universitario durante los años de guerra y el resultado final de la misma condicionaron aquella forma de pensar la anatomía patológica. Si bien algunos de los discípulos de Ferrer Cagigal consolidaron una posición académica ligada a la especialidad, los espacios y los materiales de aquella museología fueron transformados y eliminados a finales de los años 1940. Una parte del material sobrevivió en las entrañas de la facultad universitaria y en los años 1980 entró a formar parte de la colección del Museu d'Història de la Medicina de Catalunya.

FUENTES DOCUMENTALES Y MUSEOLÓGICAS

En este trabajo se toman como objeto de estudio los espacios de trabajo de la histología y de la anatomía patológica en la facultad de medicina y en el Hospital

Clínico de Barcelona durante poco más de una década. Los espacios de una disciplina que determina su interrelación: la sala del hospital, la sala de disección, el laboratorio de histopatología, el aula y el museo. La arquitectura de las ciencias morfológicas diseñada por Ferrer Cagigal permite conocer el sentido museológico de la disciplina: las prácticas de trabajo, la preparación de objetos, la clasificación de materiales y su uso en diferentes medios de comunicación, desde la historia clínica a los apuntes de clase, los artículos de investigación –publicados también en las revistas creadas desde el propio departamento- o las monografías y traducciones. Interesan aquí el estudio de los objetos y las formas de representación visual que constituyen la cultura material de la anatomía patológica. En este sentido, los resultados de las prácticas de disección y necropsia fueron incorporados de manera significativa tanto al museo, donde jugaban un papel fundamental en términos docentes y didácticos como especímenes objetivos y representativos de determinadas enfermedades, como a las publicaciones académicas en los que aquellos materiales fueron incorporados. En el proceso de conversión de los restos humanos en cultura material de la anatomía patológica, los miembros de esta escuela los incorporaron a sus publicaciones mediante diferentes formas de representación visual: fotografías, microfotografías, dibujos, ilustraciones, etc. El análisis de esta documentación muestra que la inclusión de representaciones visuales no era anecdótica ni tenía un papel meramente ilustrativo. La consideración de fuente, plenamente cargada de conocimiento, estaba además ligada a la autoría misma de los médicos investigadores en el proceso de ejecución de tales representaciones visuales.

Los materiales mencionados forman parte del fondo histórico que ha sido conservado en el Museu d'Història de la Medicina de Catalunya y que recoge una ínfima parte de los objetos que se generaron en la cátedra de Anatomía Patológica de Ferrer Cagigal, entre los años 1923 y 1936. No ha quedado rastro de las preparaciones anatómicas naturales, a diferencia de lo que se puede hallar en las grandes colecciones europeas. A pesar del escaso número de piezas, el fondo existente permite comprobar determinados procesos de trabajo, tales como la recogida de materiales, el registre fotográfico de patología observada, la redacción de protocolos de autopsia específicamente diseñados e impresos para esta finalidad y la producción de preparaciones anatómicas. La identificación de la colección fotográfica, en blanco y negro, que registraba las patologías observadas, constituye un verdadero reto en la actualidad. El fondo del museo también preserva una destacada colección de más de treinta acuarelas, firmadas

por el profesor Ferrer Cagigal y sus colaboradores en la cátedra y museo, que representan procesos patológicos macroscópicos y microscópicos. Más allá del uso museológico de estas representaciones pictóricas, las acuarelas muestran la coexistencia de dos técnicas de registro *objetivo* de la realidad: el dibujo y la fotografía. Si bien los dibujos fueron criticados desde finales del siglo XIX como instrumentos que no recogían la verdad de la naturaleza observada, las deficiencias técnicas de la fotografía en color –no superadas hasta la mitad del siglo XX- mantuvieron la confianza en el dibujo y en el trabajo cooperativo entre médicos e ilustradores médicos, tal y como se puede observar en la mayoría de los atlas médicos de imágenes microscópicas publicados en dicho período.

MARCO CONCEPTUAL E HISTORIOGRÁFICO

El museo de anatomía patológica de la facultad de medicina de Barcelona fue analizado en la década de 1980 por los conservadores del Museu d'Història de la Medicina de Catalunya. Desde la perspectiva de la constitución del fenómeno de las especialidades médicas, el estudio que presentamos se articula a partir de las investigaciones realizadas por John Pickstone sobre las ciencias museológicas del siglo XIX y sobre las formas de adquisición de conocimiento científico en época contemporánea. Este ámbito de trabajo ha experimentado una importante revisión desde los estudios pioneros de George Rosen a los trabajos sobre clasificación, imagen y visibilidad de los médicos especialistas realizada por George Weisz. En este trabajo se toma como punto de referencia la investigación realizada por Andrew Cunningham, así como los trabajos de Timothy Lenoir, en cuanto al fenómeno de construcción de la medicina de laboratorio. Para el estudio de la arquitectura médica y de los espacios de ciencia nos hemos basado en las publicaciones realizadas por Peter Galison y, sobretodo, por Thomas Markus, Sophie Forgan y Annmarie Adams. Sobre la construcción del discurso profesional y el uso de un lenguaje específico se han utilizado los trabajos de Britt-Louise Gunnarsson. También nos interesa el acercamiento al experto como testigo que ha realizado Tal Golan. Por otra parte, el estudio de las especialidades médicas en España cuenta con algunos excelentes trabajos que constituyen aquí una referencia ineludible. Cabe mencionar los acercamientos de Rafael Huertas y Josep Maria Comelles a la psiquiatría, de Ramón Castejón a la dermatología, de Enrique Perdiguero y Rosa Ballester a la pediatría, de Maribel Porras y José

Martínez Pérez a la traumatología ortopédica, de Rosa Medina a la radiología, de José Ramón Bertomeu y Marc Cuenca a la toxicología o de Josep Lluís Barona y Ximo Guillem a los laboratorios de control de la cadena alimentaria.

CAMBIO POLÍTICO Y OCASO DE LAS SOCIEDADES DE SOCORROS MUTUOS (1939-1963)

Pilar León Sanz

Universidad de Navarra. mpleon@unav.es

La influencia del poder político en la desaparición del mutualismo en la segunda mitad del siglo XX ha sido descrita en diversos países como el Reino Unido (5) o Francia (4). En la Comunicación, a través de la Sociedad de Socorros Mutuos *La Conciliación* (Pamplona, 1902-1984), estudiamos los efectos del cambio político en las Sociedades de Socorros Mutuos y otras mutualidades tras la Guerra Civil española (1936-1939). *La Conciliación* fue, inicialmente, una sociedad mixta, formada por obreros, patronos y protectores y reunió las características de las asociaciones promovidas por el catolicismo social del inicio del siglo XX. A lo largo del tiempo, aunque mantuvo un sentido de identidad, dejó de ser una asociación mixta y desapareció el carácter confesional (1932), para convertirse en una mutualidad unida a una veintena de sociedades obreras de diversos oficios. Además del subsidio y asistencia médica, hasta 1936, tuvo una importante acción de mediación laboral (6). El estudio está basado en los documentos del archivo de la Sociedad.

Las políticas de previsión social del primer franquismo estuvieron en conexión con las elaboradas durante la Segunda República, aunque se tratara de regímenes políticos tan diferentes. En ese momento, en Pamplona, una pequeña capital de provincia, las actuaciones de *La Conciliación*, que contaba con más de un millar de socios, tuvieron cierta repercusión política. En las actas de las reuniones de *La*

Conciliación aparecen continuas referencias al proyecto de la "Ley de seguro de enfermedad obligatorio", pues desde la institución aspiraron a participar en el diseño del seguro.

Finalmente, el sistema de previsión social aprobado en 1942, a propuesta del falangista José Antonio Girón, no incluyó la unificación de seguros sociales ni incorporó otras innovaciones internacionales en materia seguridad social (1). Como veremos, la nueva legislación condicionó los fines y el desarrollo de las mutuas.

EL RECHAZO DE *LA CONCILIACIÓN* A LA REFORMA

Se puede afirmar que antes de que acabara la Guerra Civil, en 1938, el nuevo gobierno sentenció a instituciones como *La Conciliación* puesto que disolvió las sociedades de obreros que la integraban, de igual manera que fueron suprimidas otras entidades obreras de aseguramiento vinculadas a movimientos católicos, políticos o sindicales, aunque algunas de ellas buscaron alternativas para la continuidad de sus fines (2).

La aplicación de esta medida supuso que *La Conciliación* perdiera su objetivo principal originario: la participación en el orden laboral y en la resolución de los conflictos profesionales (6). Posteriormente, *La Conciliación* se mostró reacia a colaborar con el sistema, por lo que decidieron no constituirse en entidad colaboradora de la recién creada Seguridad Social: "Ante la nueva Ley del Estado de Seguro de enfermedad obligatorio, nuestra actitud es un tanto pasiva, aguardando se aclaren muchas dudas que están surgiendo unos a otros. La colaboración desde luego, tal y como está reglamentada no nos interesa" (3, caja M, 2 agosto 1944). Mantenerse al margen del Seguro Obligatorio obligó a *La Conciliación* a tener que justificar su estatus mutual una y otra vez.

EL INTERVENCIONISMO DE LA LEY DE MUTUALIDADES Y MONTEPÍOS (1941)

La ordenación de las mutuas se hizo a través de la Ley de 6 de diciembre de 1941 que, junto con el Reglamento de aplicación (Decreto de 23 de mayo de

1943), reguló el funcionamiento de las Mutualidades y Montepíos de Previsión Social. Esta ley distinguía las instituciones que carecieran de ánimo de lucro y que se financiaban a través de aportaciones de los socios o de personas protectoras, de las compañías de seguros y de las mutuas o compañías de seguros que cubrían los accidentes de trabajo (8).

La nueva regulación supuso la redefinición de estas instituciones. El acta de la Junta general de *La Conciliación*, de 22 de octubre de 1941 explica que el nuevo Reglamento ha hecho "desaparecer diversos extremos de su Articulado que hoy no tienen razón de existir y que hacen referencia a los Sindicatos O. Profesionales". En concreto, "ha quedado eliminado todo lo que en el anterior hacia referencia a posible celebración de contratos con los patronos para sustituir estos en las obligaciones diamantes de la Ley de Accidentes de Trabajo". También "todo lo relacionado con el seguro de accidentes" (3, Libro de Actas (LA) 15 (1941), 57v; caja M, "Reforma"). *La Conciliación* se propuso proporcionar servicio médico y subsidio económico por enfermedad de forma complementaria al que concedía la Seguridad Social, si el obrero estaba afiliado, y otorgarlo a quienes no lo percibían. Mantuvo, además, el subsidio *postmortem*. En la solicitud de inscripción en el registro de Mutualidades, *La Conciliación* volvió a reivindicar que era una entidad "constituida legalmente hace 38 años y que ya se hallaba registrada al crearse recientemente en el Ministerio de Trabajo la sección de montepíos y mutualidades" (3, caja M, Oficio, diciembre 1942).

También está documentado un mayor intervencionismo por parte de la Administración. Los directivos de *La Conciliación* se quejan de que "el servicio médico ha de ser impuesto y controlado por la 'Obra del 18 de julio'", del Ministerio de Trabajo (3, caja M). La Ley de Unidad Sindical permitió a la Delegación Provincial de Navarra de la Central Nacional Sindicalista introducir un representante en el comité de dirección de *La Conciliación.* El designado tenía que asistir "a las sesiones y a las asambleas que la directiva de esa entidad celebre con la misión de procurar la escrupulosa observancia de los estatutos de la misma y con facultad de veto suspensivo". La Delegación Sindical Provincial de Navarra también solicitaba "copia de las sesiones celebradas" (3, caja M).

En abril de 1944 *La Conciliación* contaba con 1.060 mutualistas, es decir, unas cifras de afiliación similares a las de antes del inicio de la Guerra Civil. También mantenía el número de médicos (6).

NUEVOS CAMBIOS TRAS LA APROBACIÓN DEL SOE

El 16 de febrero de 1945, *La Conciliación* aprobó una Reforma con el fin de "adecuar el Reglamento de *La Conciliación* al Reglamento de mutualidades y montepíos y a la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad". Así lo explica el Presidente de la Mutualidad: "Supuesto el reconocimiento que la ley hace de la existencia de las mutualidades y no interesando a la nuestra la colaboración, el propósito de la Junta es ir a garantizar al obrero el cobro del 90% del jornal para todos aquellos que estén en posesión de la cartilla del seguro, fijándose mas adelante las cuotas y el socorro para los asociados que por su estado físico estén impedidos para el trabajo, así como para los funcionarios que queden aceptados del seguro del Estado" (3, LA 16 (1945) 66v-8v). Fue el paso que iba a ratificar la independencia de *La Conciliación* respecto al Seguro Obligatorio de Enfermedad, aunque la postura de no colaboración supuso a la larga la liquidación de *La Conciliación*.

Un problema añadido fue que, por imperativo legal, los fondos sociales se dedicaron a "adquirir obligaciones hipotecarias que hayan sido reconocidas en Dirección General de Seguros" o bien "obligaciones del Estado, provincia y municipio" (Ley de 6 diciembre 1941, Art. 67). Se trataba de inversiones obligadas de bajo rendimiento que perjudicaron seriamente a estas instituciones (7).

A partir de 1946, se produjo en España el movimiento de concentración de las mutualidades, previsto en la Ley de 6 diciembre 1941. *La Conciliación* pasó así a formar parte de la *Federación Mutualista del Norte* que agrupaba a las mutualidades y montepíos de Vizcaya, Guipúzcoa, Álava, Navarra y Santander (6).

El Reglamento de *La Conciliación* se volvió a actualizar en junio de 1949 (3, caja M, "Modificaciones"). El cambio redujo las categorías de socios a dos, más la especial. También actualizaron las cuotas y los subsidios (3, LA 17 (1949) 75-6). Sin embargo, este Reglamento tardó años en recibir la conformidad de las autoridades, lo que produjo un serio perjuicio para *La Conciliación*.

CONCLUSIONES

Tras la Guerra Civil española (1936-1939), en España, como en otros países, el poder político no apoyó la continuidad de las mutuas, herederas de las Sociedades de Socorros Mutuos, cuestión pendiente de un mayor estudio.

En un primer momento, *La Conciliación* y otras mutualidades perdieron uno de sus objetivos principales: la participación en las cuestiones laborales. Algunas de estas instituciones, como *La Conciliación,* continuaron prestando asistencia médica y diversos subsidios. Lo cual tuvo sentido durante los años cuarenta y cincuenta. Sin embargo, la lenta, pero paulatina introducción de los seguros sociales, el desarrollo de las mutualidades laborales y de las compañías de seguros dejó sin sentido a unas entidades, de carácter local, que no podían ofrecer ventajas económicas o asistenciales suficientes. En muchos casos, estas instituciones tampoco pudieron hacer frente a los requerimientos económicos previstos por la legislación.

En el caso de *La Conciliación* el desarrollo de la ley de Seguridad Social (1963) desencadenó la crisis de la institución, que, sin embargo, continuó prestando subsidios por enfermedad hasta entrada la década de los años 80 del siglo XX (6).

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Rosete, Arturo (2009), Elaborados con calma, ejecutados con prisa. El avance de los Seguros Sociales y la evolución del INP. En: Castillo, Santiago; Ruzafa, Rafael, (coords.), La previsión social en la historia, Madrid, Siglo XXI, pp. 235-263.
2. Andrés-Gállego, José A. (2003), Navarra, cien años de Historia, Pamplona, Diario de Navarra.
3. Archivo General de la Universidad de Navarra, Archivo *La Conciliación*, 1902-1984.
4. Dutton, Paul V. (2002), Origins of the French welfare state: the struggle for social reform in France, 1914-1947, Cambridge, Cambridge University Press.
5. Gorsky, Martin; Mohan, John; Willis, Tim (2006), Mutualism and Health Care: British hospital contributory schemes in the twentieth century, Manchester, Manchester University Press.
6. León-Sanz, Pilar (2012), Medical Assistance Provided by *La Conciliación*, a Pamplona Mutual Assistance Association (1902-84). En: Harris, Bernard, ed*.,* Welfare and Old Age in Europe and North America: The Development of Social Insurance. London, Pickering & Chatto, pp. 137-66.
7. Redecillas López de Sabando, Antonio (2001), El mutualismo laboral como medio de protección social: un estudio económico-financiero, Madrid, Consejo Económico y Social.
8. Vilar-Rodríguez, Margarita; Pons-Pons, Jerònia (2013), The Introduction of Sickness Insurance in Spain in the First Decades of the Franco Dictatorship (1939-1962), Social History of Medicine, 26, 2, 267-87.

EDUARDO GALLARDO MARTÍNEZ (1879-1964) Y LOS INICIOS DE LA VIROLOGÍA CIENTÍFICA EN ESPAÑA

Esteban Rodríguez Ocaña

Universidad de Granada. erodrig@ugr.es

El momento crucial para el desarrollo de la Virología en España se ha situado en torno a la vacunación contra la poliomielitis durante el mandato de García Orcoyen como DGS, quien presidió la fundación del Centro Nacional del Virus en 1963, más tarde Centro Nacional de Microbiología, Virología e Inmunología Sanitarias. Florencio Pérez Gallardo (1918-2006) es reconocido como el protagonista científico (1). En mi comunicación pretendo recuperar en nuestra genealogía sanitaria al iniciador de los cultivos de virus en España, Eduardo Gallardo Martínez (1879-1964).

El Dr. Gallardo accedió a la plantilla del Instituto Nacional de Higiene en 1921, a través de la sección de vacuna, donde desarrolló su capacitación en patología experimental, bacteriología y cultivo celular. Su carrera profesional fue exitosa, aunque desprovista de brillantez social y académica, como jefe de la sección de Vacunación (luego, Virus) desde 1932 del INS, donde continuó tras la guerra como jefe de servicio, profesor de enfermedades víricas en la ENS en 1944, adjunto del Instituto Ramón y Cajal (CSIC) y premio homónimo de Ciencias en 1945, jubilándose en 1949.

Su jefe en la sección de vacuna fue Rodríguez Illera (2). Recordemos que el procedimiento clásico para asegurar la existencia de (dermo)vacuna era mantener

una línea de terneras sucesivamente infectadas por viruela, pues el material inoculador se tomaba de la dermis pustulosa de los animales; luego de comprobada la ausencia de infección bacteriana, se hacía uso de la linfa en fresco o se procesaba para secado. No obstante, los sucesivos pases terminaban por mermar la vitalidad del virus, lo que obligaba a "refrescar" la estirpe. Con ese objetivo Illera usó virus testicular lapino, como había propuesto Noguchi (3).

Partiendo de la línea establecida por Illera, Gallardo preparó una neurovacuna, en 1923, al estilo de Levaditi, infectando el cerebro de conejos con material procedente de la orquitis variolosa para, a continuación, realizar sucesivos pases intercerebrales hasta conseguir un producto inmunológicamente aceptable. La linfa vacunal se obtenía por emulsión salina de un centrifugado de cerebros conejiles de la serie infectada, siendo eficaz en humanos desde el primero de la serie y de la misma calidad que la mejor dermovacuna de ternera a partir del vigésimo pase (4, 5) Este nuevo procedimiento, por simplicidad y bajo coste, quedaba al alcance de cualquier laboratorio provincial. En los primeros cuatro años de su empleo, se practicaron más de 16.000 vacunas en el propio Instituto y se envió cerca de millón y medio a provincias. En el curso de este trabajo forjó relaciones directas con el grupo correspondiente del Instituto Pasteur de París (4).

La segunda década de trabajo de Gallardo contó con el apoyo decidido de la *International Health Division*, que le proporcionó una estancia de unos seis meses en el Rockefeller Institute for Medical Research (N.York), apoyo económico para infraestructura material y humana en Madrid, así como publicidad internacional. Durante esta estancia Gallardo entró en contacto directo con el núcleo avanzado norteamericano de investigación virológica, por el que había comenzado a interesarse desde 1931, cuando incorporó el método de Rivers, del IMR, en su búsqueda de un virus vacunal menos agresivo.

El laboratorio de Eduardo Gallardo en el Instituto Nacional de Sanidad atrajo la atención preferente de Rolla Hill y del presidente de la IHD, desde 1935, Wilbur Sawyer, otra personalidad corresponsable en el despegue de la virología en la RF. Es significativo que las intervenciones del delegado para España en las reuniones europeas de la IHD celebradas en estos años versaran bien sobre los trabajos de Gallardo o bien sobre la experiencia con larvicidas dirigida por el mismo Hill.

Acometió la puesta en marcha de la técnica de Rivers para conseguir cultivos del virus vacunal *in vitro* (así llamado porque no empleaba como sustrato animales completos, como se acostumbraba) contando con un ayudante, Julián Sanz Ibáñez, futuro catedrático de Anatomía Patológica de la Complutense. Presentaron al Congreso nacional de Sanidad (1934) un trabajo sobre "Producción de virus vacuna y técnica de inmunización" con una experiencia de 6.000 casos de inmunización con neurovacuna inyectada vía subcutánea sin complicaciones graves. El mismo trabajo se publicó en el Boletín mensual de la *Office International D'Hygiène Publique*, en dos entregas (1934 y 1935; no consultados, se conocen por autocita).

Entre 1934 y 1935 su laboratorio quedó convenientemente dotado por la IHD-FR (6: 125-128). A la vuelta de su estancia, en octubre de 1934, Gallardo incorporó nuevas técnicas, como el método de Woodruff y Goodpasture para cultivo del virus en membrana alantoidea de embrión de pollo y la desecación por refrigeración en vacío (7). Empleó la estirpe de neurovacuna generada por él, que llamó "Madrid", y otra procedente del laboratorio de Rivers, que denominó "Nueva York".

Cuando Strode, entonces responsable para Europa de la IHD, visitó Madrid el 6 de abril de 1936, dedicó la tarde a visitar sus locales y hablar con Gallardo (8). En sus notas subrayó que aquel era el único laboratorio en que se trabajaba a tiempo completo, mañana y tarde, en todo el edificio. La buena consideración por la trayectoria de Gallardo hizo que lo emplearan para potenciar labores similares en Austria y en Portugal, si bien sólo cuajó la conexión centroeuropea (6:127, 9, 10).

Al llegar la guerra, la solicitud de Gallardo para continuar recibiendo ayuda, por ese u otro proyecto que se le encomendara, fue rechazada, aunque no sin remordimientos personales por parte de Strode, para quien "era digno de lástima el destino de estos buenos investigadores españoles" (11, 12). Barona y Bernabeu (6) han encontrado prueba de un convenio específico de colaboración sobre vacuna antivariólica 1940-1943, con una aportación de 10.000 dólares.

En la posguerra inmediata apareció el tifus epidémico, en torno al cual se organizó una interesante movilización de recursos investigadores, en tanto que amenaza directa para la Dictadura recién iniciada. Para el Director General de Sanidad contar con Eduardo Gallardo resultó "una rara previsión" (13: 11): Gallardo y Sanz fueron autores de uno de los primeros trabajos de síntesis sobre

la biología del tifus (14), acerca del que estaba en discusión la adscripción bacteriana o vírica de las rickettsias debido a la dificultad para cultivar dichos organismos en medios artificiales. Tener una persona capacitada en el estudio experimental del virus vacuna permitió que, pese a la escasez de medios materiales, Gallardo mantuviera "varias cepas de virus [rickettsias] y ensaya[ra] ciertas vacunas profilácticas" (13: 11), lo que constituyó el punto de partida de los trabajos posteriores del INS. Se envió a sanitarios de confianza (Pérez Gallardo, Nájera, Sanz y Gracián) al extranjero para familiarizarse con las técnicas de algunos de los principales productores de vacuna antitífica europeos como Weigl, Mooser, Blanc y otros. Era lógico que Gallardo fuera el contacto con los norteamericanos, en particular John C. Snyder, enviado a Madrid entre marzo y julio de 1941 para realizar estudios de inmunidad cruzada y ensayos con la vacuna tipo Cox, de fabricación norteamericana, tanto en animales como en seres humanos, en hospitales y en prisiones de distintas ciudades, contrayendo la infección él mismo (15). También actuó como interlocutor privilegiado de Janney, el nuevo delegado para España de la IHD (16). A primeros de febrero de 1941, desde la dirección de la IHD se ordena la remisión a Gallardo de la bibliografía reciente sobre rickettsias y virus (17). Una reunión entre Janney, Snyder, Clavero y Gallardo fue la que discutió el frustrado proyecto de ensayo clínico de comparación de dos vacunas antitíficas en una prisión, rechazado por la administración local sanitaria al prever el mantenimiento de un tercio de los reclusos sin protección de ningún tipo como grupo testigo (18). Gallardo fue responsable de la producción local de vacuna Laigret (19: 505), que exigía la manipulación de cerebros murinos infectados. El trabajo mas detallado sobre técnicas de laboratorio en relación con el tifus exantemático fue publicado por Clavero y Pérez Gallardo en 1943 (13), sin citas a Gallardo. Este si aparece como primer firmante, con Sanz y Pérez Gallardo, en un artículo conciso que resume los datos cuantitativos del cultivo de rickettsias al estilo Cox realizado en la unidad creada por el INS (20). El trabajo comienza reconociendo el magisterio directo de Snyder, pero no hay que pasar por alto que esta modalidad de cultivo se hacía con embriones de pollo, por lo que el entrenamiento de Gallardo desde 1934 con el cercano método W-G para la vacuna de la viruela debió resultar muy conveniente. Una vez que se marcharon los norteamericanos, continuó con la producción de vacunas antitíficas hasta 1944 (21).

Esta experiencia en el cultivo de rickettsias le animó a extender el método Cox a la viruela vacuna (22), en la confianza de que transitaba un camino útil para el

estudio de otros virus (22: 7). Luego del episodio del tifus, Gallardo volvió a publicar en solitario sobre vacuna (p.e, 2), a la vez que se abría, como acabamos de indicar, hacia la virología general (23). En 1947 consiguió una beca de la Junta de Relaciones Culturales del Ministerio de Asuntos Exteriores para viajar de nuevo al IMR de la Fundación Rockefeller, viaje del que no conocemos más detalles.

BIBLIOGRAFIA

1. Nájera, Rafael (2006), Florencio Pérez Gallardo 1917-2006, Rev. Esp. Salud Publica, 80 (5), 605-608.
2. Gallardo, Eduardo (1952), Técnica para la obtención de linfas antivariólicas puras. Rev. San. Hig. Púb., 26, 357-370.
3. Rodríguez Illera, Luis; Gallardo, Eduardo (1922). Del empleo del virus testicular de Noguchi como semilla para la vacunación de la ternera. Arch Ins Nac Hig Alfonso XIII, 1, 179-188.
4. Gallardo, Eduardo (1924), Valor práctico de la neurovacuna, Arch Ins Nac Hig Alfonso XIII, 3, 112-124.
5. 5Gallardo, Eduardo (1926), Aportaciones al estudio de la neurovacuna, Arch Ins Nac Hig Alfonso XIII, 5: 19-27.
6. Barona, Josep; Bernabeu-Mestre, Josep (2008), La salud y el estado. València, PUV.
7. Gallardo, E.; Sanz, J. (1937), Subcutaneous Smallpox vaccination with bacteria-free vaccine, *Amer J Hyg,* 25, 354-361.
8. Diario de Strode, 6/04/1936. Rockefeller Archive Center, Rockefeller Foundation Archives, record group 6.1, series 1.1, box 34, folder 426.
9. Kaiser a Sawyer, 24/01/1939, RFA, 6.1, 1.1, 34, 424.
10. Diario de Strode, 7/08/1934, RFA, 6.1, 1.1, 34, 424
11. Gallardo a Strode, 21/01/1937, RFA, 6.1, 1.1, 34, 426.
12. Diario de Strode, 28/01/1937, RFA, 6.1, 1.1, 34, 422.
13. Clavero del Campo, G.; Pérez Gallardo, F. (1943), Técnicas de laboratorio en el tifus exantemático; prólogo de J. A. Palanca. Madrid, Dirección General de Sanidad.
14. Gallardo, Eduardo; Sanz Ibáñez, Julián (1940), Estudio biológico del tifus exantemático murino e histórico. Madrid, Tipografía Artística [separata de Anales Acad Med-Quir ?]
15. Sawyer a Janney, 24/06/1941. RFA, 1.1, 700, 14, 101.
16. Diario de Janney, 2-8/02 y 8/03/1941. RFA, RG 12.1, Diaries.
17. Sawyer a Warren, 8/02/1941. RAC, RF, 1.1, 700, 14, 101.
18. Diario de Janney, 19/03/1941. RFA, RG 12.1, Diaries.
19. Castillón Mora, Luis (1943), Revisiones de conjunto. La vacunación en el tifus exantemático. Nuestra experiencia en España, Rev San Hig Pub, 17, 479-519.
20. Gallardo, E.; Sanz, J.; Pérez Gallardo, F. (1944), Datos experimentales sobre el cultivo de Rickettsias Prowazeki en la membrana vitelina del embrión de pollo. Rev San Hig Púb, 18, 269-273.
21. Gallardo, Eduardo (1945), Vacuna y vacunación antivariólica, Rev San Hig Púb, 19, 209-218.
22. Gallardo, Eduardo (1949), Nuevas aportaciones al conocimiento del virus vacunal, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
23. Gallardo, Eduardo (1947), Concepto, caracteres generales e identificación de los virus, Rev San Hig Púb, 21, 557-593.

POR RAZÓN DE CIENCIA. LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER EN ESPAÑA, 1930-1941

Esteban Rodríguez Ocaña

Universidad de Granada. erodrig@ugr.es

Los acuerdos con la Fundación Rockefeller firmados en 1922 resultaron decisivos en la configuración madura de la Salud Pública española, como es conocido (27, 28). Sobre lo ocurrido durante la República y después, el libro de Barona y Bernabeu (25) trasmite, en mi opinión, una imagen apresurada y poco ajustada para los años finales, complementada en parte con los trabajos de del Cura y Huertas sobre la España del hambre (23, 24). Esta comunicación pretende completar el abordaje de esta época, con el apoyo de la rica documentación conservada en el Archivo de la Fundación.

REPÚBLICA

El programa de trabajo con que Rolla Hill sustituyó a Charles Bailey en el otoño de 1930 (1) consistía en un proyecto de intervención antilarvaria contra el paludismo, becas para formación en lucha antipalúdica e impulsar la extensión del modelo Cáceres a otras provincias, esto último vinculado a la puesta en marcha de la Escuela de Enfermería en salud pública (objetivo fallido) y la apertura de un Centro de Higiene modelo, que llegó a inaugurarse en Vallecas en 1936. La principal aportación económica se dedicó al proyecto antilarvario, realizado bajo la dirección directa de Hill en Campo Lugar y Madrigalejo y enfocada hacia la disminución del consumo de quinina (2).

Tales fueron las directrices seguidas, a las que se sumó, a partir de 1934, el apoyo a la sección de vacuna del INH, de lo que trato en otra comunicación.

Inicialmente, la IHD se alegró con el trabajo de Pascua en la DGS y con el funcionamiento de los planes conjuntos (3, 4), pero se mostró cicatera en relación con las solicitudes de la DGS (5), hasta el punto de que Pascua, en noviembre de 1932, se quejó a Hill de que su negativa a conceder ninguna ayuda económica importante podía interpretarse como un boicot a su gestión (6).

La razón no era otra sino la reticencia desde las instancias superiores de la FR a tener tratos con sanitarios tan politizados como los españoles, puesto que Pascua y Pittaluga entre otros, eran diputados; la doble identidad los alejaba del ideal de técnicos que, aparentemente, favorecerían desde la IHD-FR. Es más, la apuesta del gobierno republicano-socialista por un cambio de régimen y una simultánea reforma sanitaria les parecía contraproducente (7).

Durante el siguiente bienio Hill se desanimó del todo ante el despliegue de incompetencia, corrupción y amiguismo desplegado, en su opinión, por los sucesivos responsables sanitarios de la derecha, hasta el punto de que pidió y consiguió residir en Portugal. “Creo que puede decirse que las condiciones actuales son peores que durante la Monarquía, al menos en los Servicios Centrales [de la DGS]”, escribió en noviembre de 1934 (8).

GUERRA

La guerra desorganizó el negocio bancario, lo que dejó sin fondos a los programas activos en 1936, y la IHD decidió inhibirse del todo ante la contienda sin admitir siquiera conceder ayuda humanitaria (9, 10). Ello no obstante, Hill comenzó a preparar la reanudación de acuerdos con España desde primeros de 1938, a través de un intercambio epistolar con Palanca (11), convencido de que Franco sería el ganador a costa de una destrucción terrible e implantaría una dictadura. Pensó que el nuevo escenario permitiría a la IHD ejercer una influencia decisiva sobre la dirección de los asuntos sanitarios.

POSGUERRA

Con tales propósitos viajó a España en la primera semana de agosto de 1939. Hill observó una situación política compleja, con multitud de fracciones enfrentadas, que colocaban al Gobierno en una posición “centrista”, si bien rechazaba la estrategia de enfocar la paz bajo el prisma de la venganza y el exterminio. Consideraba que Palanca era el mejor DGS posible, la persona seria y sincera capaz de llevar adelante la reorganización sanitaria (12) -- de quien en 1934 opinaba que “bajo ninguna circunstancia consideraría ayudar nada que dirigiera Palanca, porque sería tirar el dinero” (5). También advertía de que la FR iba incluida entre masones, demócratas y anticatólicos que no habían ayudado a la victoria e incluso su propio nombre podría estar “en la lista de los enemigos de España” a cuenta de su trato con personalidades republicanas (12, p. 7).

Hill fue relevado, tras dos nuevas visitas (octubre 1939 y mayo 1940), por John Janney Jr, posiblemente por esa condición contaminante. Este gestionó de inmediato ayudas, para gastar en tres años, de 20.000 $ para la Escuela de Enfermeras de salud pública y de 10.000 $ para equipamiento y reposición bibliográfica del INS/ENS (excluyendo publicaciones alemanas), así como un viaje a Budapest de Palanca y Clavero (13, 14). Recorrió España durante 18 días en octubre de 1940, detectando los mismos rasgos negativos que encontró Bailey en 1925, en particular el generalizado trabajo a tiempo parcial y la reducción de la epidemiología a “laboratorios de bacteriología” (15), así como acompañó al director general de la IHD, Wilbur Sawyer, en la inauguración de una oficina en Madrid en marzo de 1941.

Durante 1941 se hicieron realidad dos acuerdos de colaboración entre el gobierno español y la IHD, sobre el tifus exantemático y sobre nutrición, en cuyo respectivo marco vinieron a España John Snyder (marzo-julio) y William Robinson (mayo-diciembre). Ambas propuestas nacían de la perspectiva americana de buscar un “laboratorio social” en el que experimentar las medidas mas oportunas de defensa frente a los riesgos parabélicos, toda vez que consideraban que en España se daban unas condiciones similares a las que se vivirían en muchas partes de Europa y del mundo al acabar la IIGM (16).

El tifus exantemático, extendido de manera epidémica como consecuencia de las graves carencias de posguerra resultaba la primera de las alarmas en opinión de los responsables sanitarios españoles, porque afectaba Madrid y ponía en solfa

los beneficios del nuevo Régimen (26). Snyder vino a realizar estudios de inmunidad cruzada y comparación de efectividad entre las distintas vacunas existentes a partir de gérmenes muertos (Cox) y otras con rickettsias vivas, así como a la observación de casos en hospitales y prisiones (17). Uno de los ensayos propuestos para realizar en una cárcel no cuajó por la oposición de Primitivo de la Quintana, JPS de Madrid, a emplear como grupo testigo a una tercera parte de los reclusos, que no recibirían protección de ningún tipo, mientras que los otros dos tercios serían vacunados con vacuna viva y muerta respectivamente (18). La FR suministró unas 20.000 dosis de vacuna Cox a lo largo de 1941, además de 3.000 dosis de vacuna Castañeda (19). Janney observó que las primeras vacunas recibidas se habían repartido "entre los amigos" del Director general de Sanidad (20).

La salida de los norteamericanos de Europa continental en diciembre de 1941 no agotó, sin embargo, la estrategia de la FR, que siguió persiguiendo el establecimiento de acuerdos con la España de Franco. En 1946 se produjo una visita a España de Charles Leach (21), que no fructificó por consejo del Departamento de Estado norteamericano (22), se invitó a Clavero a acudir a la reunión internacional sobre paludismo de Washington (1948) y se financió la estancia de trabajo de Florencio Pérez Gallardo en Nueva York alrededor de las mismas fechas.

Parece pues clara la existencia de acuerdos entre ambas partes durante los primeros años del Régimen franquista, frente a la suposición contraria de Barona y Bernabeu (25, p.142), acuerdos justificados *por razón de ciencia* y no poca simpatía por políticas dictatoriales de derecha.

BIBLIOGRAFÍA

1. Diario de Strode, 27/10/1930, Paris. Rockefeller Archive Center, Rockefeller Foundation Archives, record group 1.1, series 795, box 2, folder 16.
2. G. K. Strode a W. A. Sawyer, 6/6/1936, RFA, 1.1, 795, 2, 16.
3. R.B. Hill, Memorandum 7/7/ 1931, RFA, 6.1, 1.1, 34, 422.
4. Strode a F. F. Russell, 4/8/1932, RFA, 1.1, 795, 2, 20.
5. [RB Hill] Memo Dr. Pascua, 26/10/1934, RFA, 6.1, 1.1, 34, 422.
6. Hill a Strode, memo nº 164, 28/11/ 1932, RFA, 6.1, 1.1., 34, 422.
7. Strode a Hill, 17/7/1931, RFA, 6.1, 1.1, 34, 422.
8. Hill a Strode, 21/11/1934, RFA, 2-1935, 700, 947.
9. Diarios de Strode, 28/1/ 1937, RFA, 6.1, 1.1, 34, 422.
10. Petición 10/2/1937, respuesta negativa 18/2/1937, RFA, 1.1, 795, 2, 16.
11. Hill a Strode, memo n.º 7, 19/1/1938, RFA, 6.1, 1.1, 34, 421.
12. Report on present conditions in Spain, 20 de agosto de 1939, RFA, 1.1, 795, 1, 3.
13. IHD Newsletter, October 1940. RFA, 1.1, 795, 3, 26.
14. Diario de Janney, 28/11/1940. RFA, 1.1, 700, 14, 101.

15. J.H. Janney a A. J. Warren, memo nº 68, 11/11/1940, RFA, 1.1, 795, 1, 3.
16. Declaraciones de John C. Snyder, The New York Times, 15/07/1941.
17. Snyder a W. A. Sawyer, 26/03 y 3/05/1941, RFA, 1.1, 700, 14, 101.
18. Diario de Janney, 19, 20 y 21/3/1941, RFA, 1.1, 700, 14, 101.
19. Memorandum, October 3, 1941, RFA 1.1, 700, 14, 101.
20. Diario de Janney, 15/4/1941, RFA, 1.1, 700, 14, 101.
21. Diario de Charles N. Leach, 1944-1948, RFA, 2-1942, 100, 277, 1576.
22. Strode a Leach, 22/4/1946, RFA, 1.1, 795-Spain, 1, 3.
23. Del Cura, Isabel; Huertas, Rafael (2007), Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre. España, 1937-1947, Madrid, CSIC.
24. Del Cura, Isabel; Huertas, Rafael (2009), Public Health and Nutrition After the Spanish Civil War. An Intervention by the Rockefeller Foundation. Am J Public Health, 99(10), 1772–1779.
25. Barona, Josep L.; Bernabeu, Josep. (2008) La Fundación Rockefeller y la salud pública española. En: La salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945). Valencia, PUV, 2008, pp. 89-142.
26. Jiménez Lucena, Isabel (1994), El tifus exantemático en la postguerra española (1939-1943). El uso de una enfermedad colectiva en la legitimación del *Nuevo Estado*, Dynamis, 14, 185-198.
27. Rodríguez Ocaña, E.; Bernabeu Mestre, Josep; Barona, Josep L. (1998), La Fundación Rockefeller y España, 1914-1936. Un acuerdo para la modernización científica y sanitaria. En: García, J.L.; Moreno, J.M.; y Ruiz, G. (coords.) *Estudios de historia de las técnicas, la arqueología industrial y las ciencias…*, Salamanca, Consejería Cultura Junta Castilla y León, vol. 2, pp. 531-539.
28. Rodríguez Ocaña, E. (2000), Foreign expertise, political pragmatism and professional elite: The Rockefeller Foundation in Spain, 1919-39, *Studies in History and Philosophy of Biology and Biomedical Science,* 31 (3), 447-461.

HISTORIA DE LA FISIOTERAPIA A TRAVÉS DE LA REVISTA *MEDICINA Y CIRUGÍA AUXILIAR* (1957-1981). UN CUARTO DE SIGLO DE INCERTIDUMBRE, LUCHA Y PROGRESO

Vicenta Gómara Jiménez

Hospital Reina Sofía, Tudela (Navarra). Grupo de Investigación Aurora Mas.
Universidad de Zaragoza. vincegomara@hotmail.com

El binomio Fisioterapia-Practicante ha sido una constante a lo largo de la historia en España. La primera norma oficial que atribuyó el uso del masaje única y exclusivamente al practicante data de 1945, primer intento de especialización directamente relacionado con la Fisioterapia. De aquí en adelante, irán sucediendo diferentes hechos y normas que culminarán con la creación de la especialidad de Fisioterapia para el Ayudante Técnico Sanitario (en adelante ATS) en 1957, claro avance hacia la profesionalización. En este contexto, con el objetivo de elaborar un juicio crítico del pasado -imprescindible para comprender el presente y construir el futuro de la profesión- resulta interesante analizar la revista *Medicina y Cirugía Auxiliar*, revista profesional en la que quedaron recogidas las inquietudes, luchas y avances del colectivo de practicantes de la época, principal fuente documental de este estudio.

La comunicación estudia los hechos más relevantes para el proceso de profesionalización de la Fisioterapia, desde 1957 hasta su encuadramiento como

titulación autónoma en 1981. Para ello se han revisado todos los números de la revista publicados durante este periodo (siendo el uno de octubre de 1978 cuando se publique el último número), obteniéndose un total de 160 artículos que han sido analizados cualitativamente. Nos han interesado, además, dos cuestiones puntuales: cuáles son los problemas que vivió la profesión en aquella época y las connotaciones políticas y religiosas que aparecen en los textos como signo de poder.

Como afirma Josep Fontana, «la historia de un grupo humano es su memoria colectiva y cumple respecto a él la misma función que la memoria personal en un individuo: la de darle un sentido de identidad que lo hace ser él mismo y no otro», palabras que justifican la relevancia de este estudio ya que contribuye a la construcción histórica de la Fisioterapia, entendida como la comunidad de fisioterapeutas, ese colectivo de personas que comparte valores, conocimientos y técnicas, y un evidente cambio de su posición social en la segunda mitad del siglo XX.

A mediados de 1957 la Fisioterapia pasó a considerarse parte del ATS, concretamente fue la primera especialidad que se reconoció oficialmente (1). Detrás de ésta le seguirían Radiología y Electrología y Obstetricia y Ginecología. Dos años después se graduaron los primeros practicantes-fisioterapeutas de la también primera Escuela, fundada y dirigida por el Doctor Martín Lagos en la Facultad de Medicina de Madrid, promoción compuesta por dos mujeres y seis hombres, todos de Madrid exceptuando uno de Alicante. En años sucesivos se fue instaurando la especialidad progresivamente en las diferentes universidades de España; 1960 en la Escuela de ATS femeninos y en la Escuela de ATS masculinos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, 1963 en la Escuela de ATS Femeninos del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo en Barcelona, 1964 en la Escuela de ATS “Ramón y Cajal” de Barcelona, 1966 en la Escuela de ATS de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, 1973 en la Escuela de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en el centro de Rehabilitación y Cirugía “Santa Rosalía y Beato Juan Grande” de Jerez de la Frontera y así sucesivamente.

Consecuencia del reconocimiento oficial de la especialidad para el ATS, los practicantes -dedicados a la Fisioterapia desde tiempos inmemoriales- vieron afectada su práctica ya que la especialidad solo se reconocía a aquellos que

fueran menores de 36 años, lo que conllevó que muchos tuvieran que marchar al extranjero para poder acceder a los estudios. Finalmente, tras seis años de continuas reivindicaciones se consiguió eliminar el límite de edad primeramente impuesto. Otro problema no menos importante giró en torno a la concesión del «Diploma de Ayudante en Fisioterapia» que se otorgaba tras la finalización de la especialidad; no se comprendía como después de cinco años de formación -tres de ATS y dos de especialidad- se seguía reiterando la cualidad de ayudante quedando así en desventaja a nivel internacional. Habrá que esperar al año 1970 para que se solucione, cambiando el nombre por el de «Diploma de Fisioterapia».

La expansión internacional de los practicantes fue paralela a la de la Fisioterapia. El mismo año que se celebró el I Congreso Internacional Latinoamericano de Practicantes (1961) -que supuso el reconocimiento mundial de los servicios que éstos prestaban- acogió España, por primera vez, la reunión de la Federación Europea de Kinesiterapeutas (2) en la que habían ingresado cinco años antes, lo que demuestra la capacidad de organización y la revalorización profesional. La Federación Europea de Kinesiterapeutas integrada por 9 países (Alemania, Austria, Bélgica, España, Francia, Italia, Luxemburgo, Países Bajos y Suiza), fue responsable en gran medida del avance de la Fisioterapia a nivel internacional. En sus reuniones se trataron temas tan importantes como: definición de las funciones del fisioterapeuta, denominación profesional, derechos socioeconómicos, programa de formación universitaria, parcelación o no de la Fisioterapia, etc. A pesar de no pertenecer España al mercado común hasta 1986 no se la excluyó del movimiento internacional en Fisioterapia, siendo en 1970 cuando se estudió la posibilidad de que ingresara en la Confederación Mundial de Fisioterapeutas, entrando a formar parte por unanimidad cuatro años más tarde (3). Hasta entonces el principal inconveniente había sido la carencia de asociación libre, pero con la creación en 1969 de la Asociación Española de Fisioterapeutas ya no existía impedimento alguno.

Dentro de los actos científicos nacionales importantes, en 1962 tuvieron lugar las Primeras Jornadas Nacionales de Estudios Fisioterápicos (4) celebradas en Madrid durante los días 10, 11,12 y 13 de mayo, a las cuales acudieron más de un centenar de profesionales entre nacionales e internacionales. El tema principal del que se habló fue «el aspecto científico de la Fisioterapia», es decir, la necesidad de pasar de la técnica basada en la experiencia (empírico) al estudio dirigido (científico). La importancia de la formación continuada y el

perfeccionamiento fueron invadiendo las mentes españolas. Prueba de esto fueron las becas y bolsas de estudio que la Dirección General de Sanidad -a través de sus servicios de Rehabilitación de Inválidos- aprobó para el perfeccionamiento de la especialidad, siendo Madrid, Barcelona, Valencia y Santander en España y Francia e Inglaterra en el extranjero las ciudades elegidas para su desarrollo. Coincidiendo con el año en que se constituyó la Asociación Española de Fisioterapeutas tuvo lugar el I Congreso Nacional de Fisioterapia para Ayudantes Técnicos Sanitarios (5), celebrado los días 9, 10, 11 y 12 de junio en Barcelona, hecho histórico cuyo propósito final fue que la Fisioterapia española ocupase el nivel que realmente le correspondía. Se trataron los puntos más problemáticos de la profesión: actualización de la legislación, concretar las funciones de cada profesional, formación recibida insuficiente y mayoritariamente teórica, necesidad de regular la participación de los fisioterapeutas en la docencia, imposibilidad de promoción, etc. A nivel regional, se comenzaron también a organizar reuniones científicas; Granada 1977, Badajoz 1978, Galicia 1979.

Un elemento considerado freno para la Fisioterapia en España fue, la Ley General de Educación y Reforma Educativa de Villar Palasí (1970) en la que se cuestionó si el ATS debía formar parte de la universidad o por el contrario concordaba mejor con la formación profesional. Este interrogante sorprendió al colectivo ya que no se esperaban que Palasí -practicante de profesión- pusiera en duda el carácter universitario de la misma, además de mostrar un escaso interés. En 1976-7, tras el año de mayores movilizaciones que vivió España, las escuelas de ATS pasaron a ser Escuelas Universitarias de Enfermería. Momento en el que los fisioterapeutas se plantearon si su futuro debía ser independiente o no. Esto ya se había planteado antes, pero es en este nuevo contexto de libertad en el que se pudo expresar abiertamente el deseo y la propuesta argumentada de la independencia de la Enfermería. Por un lado se pensaba que permanecer junto a ésta reportaba mayor fuerza a la hora de hacer presión a las instituciones así como una mayor formación, mientras que por otro, se creía que la Fisioterapia cada vez estaba más desligada de las actuaciones enfermeras y que debía ser independiente. La Asociación Española de Fisioterapeutas tuvo aquí un papel importante pues luchó por la reestructuración de los estudios de Fisioterapia, elaborando el Proyecto de Modificación del Plan de Estudios, que finalmente se aceptó en la Universidad en 1981 creándose las Escuelas Universitarias de Fisioterapia, comenzando aquí su andadura como titulación independiente.

Propuesta favorecida por el joven y renovado Consejo General de Enfermería al apoyar el deseo mayoritario de los especialistas (6).

Acerca de los problemas que se presentaron en torno a la profesión puede indicarse: el intrusismo entre las profesiones sanitarias y fuera de éstas, la falta de unión profesional, la delimitación de funciones, la falta de reconocimiento de la labor docente del fisioterapeuta en las escuelas y la independencia o no de la Fisioterapia del ATS, como los más reivindicados en los textos de la revista.

Por otro lado, citar algunas de las alusiones políticas y religiosas que aparecieron en los textos -reflejo del poder que ambas instituciones tenían en la época de estudio-: «incondicional adhesión de todos los Practicantes españoles a nuestro invicto Caudillo», «Dios guarde a Vuestra Ilustrísima muchos años», «rogamos a Dios que nos ilumine en nuestro camino», «la mano de Dios, que ha sabido llevarnos por el mejor camino», alusiones similares a las de muchas revistas que en aquella época fueron publicadas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Campos Gómez, Luis (1961), Fisioterapia, Medicina y Cirugía Auxiliar, 1, 20.
2. Martínez Fernández, José (1960), Actividad y éxito de la Delegación Nacional de Fisioterapia, Medicina y Cirugía Auxiliar, 12, 5.
3. Consejo Nacional (1974), España ingresó en la Confederación mundial de Fisioterapia. Medicina y Cirugía Auxiliar, 8, 12.
4. Sierra Moran, Pedro (1962), Primeras Jornadas Nacionales de Estudios Fisioterápicos. Medicina y Cirugía Auxiliar, 6, 8-11.
5. Osete Robles, Ramón (1969), Primer Congreso Nacional de Fisioterapia. Medicina y Cirugía Auxiliar, 8, 19.
6. German Bes, Concha (2013), La Revolución de las Batas Blancas: La Enfermería Española de 1976 a 1978, Zaragoza, Prensas de la Universidad de Zaragoza-Fundación Index.

LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS DEL HOSPITAL GENERAL DE LA DEFENSA DE ZARAGOZA

Yolanda Martínez Santos[1] y Concha Germán Bes[2]

[1]Hospital General de la Defensa de Zaragoza. Universidad de Zaragoza.
yoalmarsa@gmail.com

[2]Universidad de Zaragoza.

En este trabajo se pretende analizar y describir cómo se desarrolló el aprendizaje en las Escuelas de Enfermeras que existieron en el Hospital Militar de Zaragoza, entre los años de 1958 a 1990. La Escuela de Damas Auxiliares de Sanidad Militar y la Escuela femenina de ATS del Ministerio del Ejército “Agustina Simón”.

Las fuentes en las que baso mi investigación son los archivos de ambas escuelas (*Actas*, *Memorias*, *Manuales* de formación de DASM y de ATS etc.), diversa documentación impresa de menor valor (prensa local, revistas de la época) y fuentes orales.

En la España franquista, el Ejército era no solo uno de los poderes ideológicos en los que se apoyó el Estado para el mantenimiento del Régimen, sino una organización gigante, cuya asistencia sanitaria importaba (1). La inauguración del nuevo Hospital Militar en la ciudad de Zaragoza, sede de la 5ª Región Militar de España, tuvo lugar el 19 de noviembre de 1958 y supuso un importante hecho social, al que acudió el Ministro del Ejército, Antonio Barroso y Sánchez (2) además de las principales autoridades locales. En este periodo histórico que

comprende el franquismo, tardofranquismo y transición democrática, existieron dos Escuelas de enfermeras que coincidieron unos años en el mismo centro hospitalario y que compartieron mucho más que el espacio de aprendizaje en un momento de realidad cambiante para la sociedad y la enfermería. La Escuela de Damas Auxiliares de Sanidad Militar, estuvo vigente desde la inauguración del hospital 1958 hasta el año 1990. La Escuela femenina de ATS del Ministerio del Ejército “Agustina Simón”, estuvo más ligada a la sanidad civil de la época. Quedó adscrita a la Universidad de Zaragoza que desempeñó su labor docente durante una única promoción, desde 1977 a 1979, ya que al producirse el cambio al plan de estudios universitarios de la Enfermería, decidieron que no continuase.

Merece mencionarse las relaciones de poder que se establecieron debido a la desigualdad vinculada al género (3, 4), y que en estas escuelas estaban claramente establecido en las dos maneras en que este puede ejercerse; de manera visible mediante distribución de recursos y la organización jerárquica y de manera invisible a través de normas, imágenes y estereotipos (5).

También es interesante resaltar la estrecha relación de la Sanidad Militar con la Iglesia, la cual alineada con el poder político contribuyó a ejercer su autoridad. A comienzos del siglo XX la asistencia a los heridos y enfermos en los hospitales militares era facilitada por practicantes y sanitarios, que resultaban insuficientes; siguiendo el ejemplo de la Sanidad Civil incorporaron convenios con órdenes religiosas para paliar la falta de enfermeras. La congregación de las Hermanas de San Vicente de Paul se instaló en Zaragoza en 1924. Las tareas y funciones encomendadas a las Hermanas eran administrativas, en los servicios generales; y sanitarias en las unidades clínicas, realizando tareas de supervisión.

DAMAS AUXILIARES DE SANIDAD MILITAR (DASM)

La enfermera de familia conservadora Mercedes Milá Nolla (6) fue nombrada Inspectora de todo el personal femenino de los hospitales militares el 24 de marzo de 1937 en Burgos, estuvo en la “División Azul” (7) y continuó con cargos directivos después de la guerra y fundó las DASM en 1941 (8), convirtiéndose en las primeras mujeres que entraron en el Ejército, pero al no ser propicia la militarización de la mujer, debieron conformarse con el título de Damas Auxiliares (9). El Cuerpo, presentaba un marcado corte militar, tanto en las formas como en

la organización. El mando recaía en una Inspectora General nombrada directamente por el Ministro del Ejército; aunque las enfermeras de cada hospital dependían de la superiora de las Hijas de la Caridad de centro en el que prestaban sus servicios (6).

La escuela de Damas del Hospital Militar de Zaragoza se puso en marcha el mismo año que el Hospital, estando de Director el Coronel Médico D. Andrés Arrugaeta y de Inspectora Regional de Damas Dña. Carmen Navascués. Los propósitos fundamentales eran la formación, la actualización y la especialización sanitaria, en el que sobresalían expresiones como *altruismo, cultura de la defensa* y *valores militares.*

Para acceder a la Escuela bastaba con tener el título de Graduado Escolar y superar un examen que consistía en unas pruebas psicotécnicas y de conocimientos. Los cursos empezaban en octubre y terminaban en junio. La formación teórico-práctica duraba dos años, estando a cargo de las Hermanas de la Caridad las clases prácticas y de los médicos militares las teóricas. El profesorado era nombrado oficialmente por la Dirección General de Sanidad a propuesta del director del Hospital.

Las Damas tenían un estricto reglamento en cuanto a uniformidad. Vestían uniforme militar diseñado por el modisto Balenciaga, uniforme de enfermeras y en maniobras traje de campaña (10).

En la primera promoción de la Escuela fueron admitidas 10 alumnas y el número de estas, fue incrementándose a lo largo de las 31 promociones, oscilando entre 10 y 26 alumnas.

Las DASM mantenían buenas relaciones con distintas organizaciones nacionales e internacionales. Participaron en varias Jornadas de Convivencia Militar Internacional celebradas en el Santuario de Lourdes y colaboraban estrechamente con otros organismos como el *Salus Infirmorum* y la Cruz Roja.

La Escuela de Damas del Hospital Militar de Zaragoza, formó cientos de enfermeras auxiliares. Muchas de estas alumnas pasaron a trabajar a otros hospitales militares o civiles; y algunas de ellas se convirtieron en instructoras de la Escuela de ATS de la Universidad de Zaragoza.

ESCUELA FEMENINA DE ATS DEL MINISTERIO DEL EJERCITO “AGUSTINA SIMÓN”

Tras la unificación de estudios sanitarios en ATS en 1953 y no siendo ajena la Sanidad Militar a esta cuestión, crearon escuelas de ATS en los hospitales militares de la geografía española (11).

El Hospital Militar de Zaragoza solicitó la creación de una escuela femenina de ATS (BOE de 8 de octubre de 1976) quedando adscrita a la Facultad de Medicina de esta ciudad. Los exámenes de ingreso se realizaron en septiembre de 1977; para el acceso debían superar tres pruebas: un test psicotécnico, una prueba de personalidad, y una prueba de conocimientos. Las alumnas admitidas debían comprometerse a prestar tres años de servicios consecutivos y retribuidos como ATS en hospitales militares, cinco años en caso de las Damas.

El uniforme de paseo era similar al de las Damas pero azul marino, el de enfermera blanco y el tocado se distinguía con una, dos o tres líneas azul marino, dependiendo del curso académico.

El Plan de Estudios seguía la Orden de 4 de julio de 1955, además de las asignaturas teóricas eran evaluables la conducta, el trabajo en clínicas, la puntualidad, el orden y el aseo. Los profesores fueron designados entre oficiales médicos del Hospital, como ocurría en la escuela de Damas Auxiliares.

En 1977 los ATS reivindicaron la integración de los estudios de Enfermería en la Universidad, pero la dirección de la Escuela manifestó sus deseos de no transformarse, por lo cual, el proyecto de la recién creada escuela acabó finalizada la primera promoción.

CONCLUSIONES

La escasa asistencia de enfermería, básicamente religiosa, en el Hospital Militar de Zaragoza favoreció la creación de la Escuela de DASM que supuso el poder contar con gran número de enfermeras seglares formadas bajo la supervisión y el modelo de la disciplina militar.

Este periodo abarcó casi treinta años de la segunda mitad del siglo XX, cuya formación fue exclusivamente femenina y con un marcado carácter castrense. Los

valores que imperaban en la formación eran el altruismo, la moral militar y la disciplina.

En la década de los 70, los hospitales militares quisieron fundar sus propias escuelas de ATS en las que preparar personal de enfermería titulado según la legislación vigente para atender sus necesidades asistenciales. En 1977 se inaugura la Escuela “Agustina Simón” cuya andadura se limitó a una sola promoción ya que el cambio en el plan de estudios de la enfermería hizo inviable adaptarse a las nuevas normas que regían las profesiones universitarias.

El Hospital Militar de Zaragoza ha contribuido a la sanidad civil y militar formando enfermeras mediante la creación de sus dos Escuelas, esta formación estuvo influenciada por los valores dominantes tales como: desigualdades de género, y relaciones de sumisión respecto a las Hermanas de la Caridad y los médicos militares, a la vez que destacaron por su gran calidad técnica y humana.

El Hospital Militar se ha ido adaptando a las exigencias de los tiempos, pasando de una asistencia prestada por las órdenes religiosas, en la primera mitad del siglo XX, a una asistencia seglar muy influenciada por la cultura militar, hasta concluir con una enfermería mayoritariamente civil, la cual ha ido ganando un mayor peso social, aumentado su estatus y autonomía profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Viñas, Ángel (2012), En el combate por la historia, 2ª ed., Barcelona, Pasado y Presente.
2. Arcarazo García, A.; Palacios Ruíz, F.; y Cortina Vilanova, J. M. (2008), Quincuagésimo aniversario del Hospital General de la Defensa "Orad y Gajías" en Zaragoza, Zaragoza, S. N. (no publicado).
3. Germán Bes, Concha (2007), Historia de la institución de la Enfermería Universitaria. un análisis con perspectiva de género. [Tesis Doctoral]. Zaragoza, Universidad de Zaragoza.
4. Celma Vicente, Matilde; Acuña Delgado, Ángel (2009), Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional, Revista Antropología Experimental, 9 (9), 119-136.
5. Germán Bes, Concha (2009), Apuntes para la historia de la Enfermería desde Mayo del 68 a la muerte de Franco. Los efectos de la Guerra Civil en la Enfermería en el Tardofranquismo, Temperamentvm 10, Disponible en: http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/temperamentvm/tn10/t709.php (consultado el 10 de abril de 2014).
6. Massons, Josep M. (1994), Historia de la Sanidad Militar, Tomo II, Madrid, Pomares-Corredor.
7. Ministerio de Defensa (1996), Gómez Ulla: Hospital Militar Central: 1896-1996, Madrid, Secretaria General Técnica de Defensa.
8. https://sites.google.com/site/damasdesanidadmilitar/un-poco-de-historia-1. (consultado el 10 de abril de 2014).
9. Ucar Lucas, José María (1987), Las Damas Auxiliares y la Sanidad Militar, Medicina Militar, 43(3), 228.

10. http://forodeculturadedefensa.blogspot.com.es/2013/04/las-damas-del-ejercito-sanidad-militar-i.html (consultado el 10 de abril de 2014).
11. Chamizo Vega Carmen (2009), El proceso de profesionalización de la enfermería en el Principado de Asturias [tesis doctoral], Alicante, Universidad de Alicante.

LA SANIDAD DE LA F.E.T Y DE LAS J.O.N.S: EL SANATORIO ANTITUBERCULOSO "ONÉSIMO REDONDO". VALLADOLID, 1938-1939

Álvaro de Castro Palomares[1] y David Simón Lorda[2]

[1]P.A.C de Celanova. Servicio Galego de Saúde.
alvaro.de.castro.palomares@sergas.es

[2]Estructura Organizativa Xestión Integrada Ourense. Servicio Galego de Saúde. Ourense. dsimlor@gmail.com

OBJETIVO

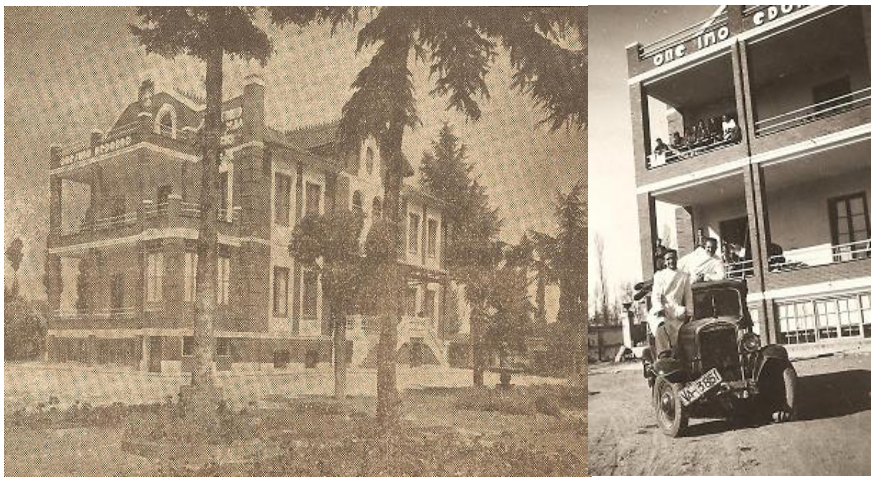
A través del análisis de la Memoria Anual del Sanatorio Antituberculoso "Onésimo Redondo" (de la Milicia de la F.E.T y de las J.O.N.S) que funcionó, al menos, durante el año 1939, los autores tratan de aportar alguna luz acerca del origen, organización y funcionalidad de este centro, así como de su encuadramiento en la organización sanitaria de la F.E.T y de las J.O.N.S, y de la lucha antituberculosa en los años de la Guerra Civil Española y de la postguerra. Aparte de la Memoria citada, cuyo autor fue el Dr. Luis de Castro, se han manejado algunas publicaciones y revistas sanitarias (SER: Revista Médico Social) que esta organización política comienza a publicar en 1942, o la Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra (en la que el autor de la Memoria del Sanatorio, presenta diversas publicaciones de la época).

RESULTADOS

A mitad de recorrido, desde que se tiene referencia del sanatorio antituberculoso de Brehmer, en Goersbersdorf (Alemania) año 1859, hasta nuestra actualidad, España atraviesa, de pleno, la época de la Guerra Civil. La tuberculosis representaba, en 1938, una mortalidad, en España, de 116 muertes por 100.000 habitantes (1).

En paralelo a la contienda española, la denominada Lucha Antituberculosa, se erigió, promocionada en diversas publicaciones, de manera épica-heroica hacia un enemigo común de los dos bandos enfrentados en la Guerra Civil: “La peste blanca”.

Ilustración 1. Fachadas del Sanatorio Onésimo Redondo



Fuente: archivo fotográfico personal del Dr. De Castro

En este escrito, damos a conocer el Sanatorio “Onésimo Redondo” (de la milicia de F.E.T de las J.O.N.S) (Ilustración 1), situado en las proximidades de Valladolid, de carácter militar, sobre obra civil en origen y, con un período de funcionamiento aproximado de 3 años (comprendidos, en base a nuestra investigación, entre los años 1938 a 1941). Partimos, como documento principal, de la memoria correspondiente al año 1938-1939, elaborada por el director del mismo: el Dr. Luis de Castro García (2). Este sanatorio aplicaba tratamientos modernos contra la tuberculosis y perseguía la recuperación de los enfermos, con el objetivo de que, de nuevo, fueran “útiles” a la Patria. Encuadrado en la Lucha Antituberculosa,

actuaba bajo la batuta del Patronato Nacional Antituberculoso, dirigido, por aquel entonces, por el General Severiano Martínez Anido (Ilustración 2), quién fue una de las figuras relevantes que asistieron a la inauguración del sanatorio a finales de Junio de 1938, entre otros, como el Jefe Provincial de Sanidad, D. Francisco Bécares.

Ilustración 2. Inauguración del sanatorio. Martínez Anido y Dr. De Castro entre otros

Fuente: archivo fotográfico personal del Dr. De Castro

El General Martínez Anido, falleció en Diciembre de 1938, seis meses, por tanto, después de la inauguración del Sanatorio “Onésimo Redondo”, que tuvo lugar el 29 de Junio de 1938. (2).

Nace el Sanatorio, fruto de una remodelación de un chalet particular, donado por Dña. Salustiana de Cuesta. El General Franco, en una entrevista que concedió al corresponsal de la prensa de Buenos Aires, el 19 de Abril de 1937, anunciaba la creación de 39 sanatorios para tuberculosos en menos de un año (3). Desconocemos si el Sanatorio “Onésimo Redondo” fue uno de ellos. Esos centros, en realidad eran salas acondicionadas en locales cedidos o confiscados tras la ocupación del territorio y que, al final de la guerra fueron, en su mayoría,

desmantelados o devueltos a sus propietarios (3). Es ésta una información que, consideramos, continuaría una línea de investigación, a propósito del sanatorio.

Dado el carácter militar del Sanatorio, su director, el Dr. De Castro, provenía del Hospital de Filipinos (Hospital Militar de Valladolid). Este médico formado en Tisiología, como militar médico de complemento, fue condecorado con dos Cruces Rojas, Medalla de Campaña y de Guerra. Hacemos referencia a una brillante actuación, como Teniente Médico, en la evacuación de heridos y enfermos de Aravaca y Pozuelo así como a la presencia de banderas y colgaduras de Falange en la inauguración del sanatorio. (Ilustración 3) (4).

Ilustración 3. Noticia del Diario Regional de Valladolid a propósito de la inauguración del sanatorio

DIARIO REGIONAL

Se inaugura un Sanatorio de la Milicia de Falange Española Tradicionalista y de las J.O.N-S.

Preside el acto inaugural y pronuncia un interesante discurso el general Martínez Anido

Concurren también las autoridades y jerarquías de la Falange

VARIOS DETALLES

Dirigirá este Sanatorio el doctor don Luis Castro, especializado en Alemania en enfermedades pulmonares y distinguido por su brillante actuación, como teniente médico, en la evacuación de heridos y enfermos de Aravaca y Pozuelo. A sus órdenes tendrá dos médicos y un practicante.

—Asimismo prestarán servicio en el Sanatorio las Hijas de la Madre Rafols, Hermanas de Santa Ana.

—Con motivo de la inauguración, las torretas "solárium" del Sanatorio aparecían adornadas con banderas y colgaduras de Falange.

Fuente (4).

Fiel reflejo de la importancia de este centro sanatorial, en lo que respecta a su vinculación a F.E.T y de las J.O.N.S, es la noticia de prensa nacional (5), con motivo de la visita de los representantes “Rexistas” de Bélgica a este centro. Recordamos que el rexismo era un movimiento homólogo belga al falangismo en España. El nombre de esta organización proviene del latín “Christus Rex”: “Cristo es el Rey”. Compartían, por tanto, ese componente católico-conservador, que también se podía constatar en el día a día del funcionamiento del sanatorio en cuanto al protagonismo técnico y laboral asistencial de su personal de enfermería y su capellán, D. José Manuel Hernández, quien reflejaba en una detallada estadística de elaboración propia, los diversos actos religiosos entre otras acciones de carácter religioso allí llevadas a cabo.

Se aportan datos climatológicos, en la memoria del centro, que se consideraban óptimos para conseguir la recuperación de los enfermos, inactivando las lesiones, aumentando peso, y reflejando la poca frecuencia de hemoptisis en los pacientes, probablemente en relación con la poca variación barométrica. Especial protagonismo cobraba, en el régimen sanatorial, el reposo en los “solarium”, que no eran sino terrazas habilitadas con abundantes hamacas, en la que los excombatientes descansaban.

La disciplina, al igual que en el mundo castrense, era otro de los pilares fundamentales en los que se apoyaba el régimen terapéutico allí proporcionado. Se enumeran abundantes deberes a cumplir por los internos, con horarios rígidos, en un reglamento presente en todas las dependencias del centro y en el que destacaba que quedaban terminantemente prohibidas las reclamaciones colectivas, que: “no han encontrado cabida nunca en nuestra Organización” (2).

Durante el primer año funcionamiento del Sanatorio “Onésimo Redondo”, comprendido entre 1938-1939, se calcula que fueron recuperados 46 de un total de 104 pacientes registrados como entradas al sanatorio, “suponiendo un ahorro de 1.150.000 pesetas a la Patria, en base al cálculo de que cada individuo recuperado supone un ahorro de capital de 25.000 pesetas” (2). Nos sorprende que en el cuadro sinóptico, aportado en la memoria del sanatorio, no hubiese defunciones ni expulsiones durante el período mencionado.

La tuberculosis pulmonar fue la forma clínica más predominante en los pacientes allí atendidos, dándose casos de enfermedad de Pott, artritis tuberculosa de rodilla o incluso un secuestro esternal que precisó cirugía. En el sanatorio disponían de laboratorio (Ilustración 4), quirófano o sala de rayos X.

Ilustración 4. Dr. Pablo de Castro en el microscopio. Dr. Luis de Castro al fondo, con personal de enfermería. Laboratorio del sanatorio

Fuente: archivo fotográfico personal del Dr. De Castro

Merced a publicaciones, del director del sanatorio, en la Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra, entre los años 1940-1941, deducimos que el centro dejó de funcionar a mediados de 1941. En la afiliación institucional del Dr. De Castro en Abril de 1941 figura como director del sanatorio, constando en Agosto de ese mismo año, como exdirector del mismo. Esta publicación, junto con la Revista Médico Social “Ser”, fundada en 1942, consideramos que son un medio propagandístico del Régimen, aparte de su innegable aportación en el campo médico-científico de esos años. Importantes figuras médicas del momento, formaban parte del elenco de autores en estas revistas de periodicidad mensual. Destacamos en Medicina y Cirugía de Guerra al Dr. Vallejo Nájera, Dr. Villacián, Dr. Royo-Vilanova, Dr. Caro-Patón, entre otros. Durante el año 1941, se llevaron a cabo, en esa revista, las llamadas sesiones científicas del dispensario de la

calle Muro (6), en las que participaban varios médicos de la ciudad del Pisuerga, actuando como director de las mismas el Dr. Suárez López y como secretario el director del dispensario, Dr. Luis de Castro. Respecto a la Revista Médico-Social "Ser", destacamos al Dr. Palanca, Dr. Jiménez-Díaz o su propio fundador, el Dr. De la Fuente Chaos, que tendría un destacado papel en la conformación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, ligado a la Obra Sindicalista del 18 de Julio. Dentro de la Organización F.E.T y de las J.O.N.S sorprende, pese a tratarse del denominado Partido Único, las diferentes facciones existentes en su seno, con las evidentes tensiones y dualismos al coexistir con el Patronato Nacional Antituberculoso, entre otras instituciones que abordaban lo social sanitario del momento (7).

CONCLUSIONES

Gracias a la memoria del Sanatorio "Onésimo Redondo" de Valladolid, así como a algunas publicaciones médico científicas, con marcado protagonismo ideológico, como fue la Revista Medicina y Cirugía de Guerra, editada en la misma ciudad, sabemos del carácter militar del sanatorio, perteneciente a la milicia de F.E.T y de las J.O.N.S, encuadrado en el funcionamiento del Patronato Nacional Antituberculoso y con operatividad entre los años 1938 a 1941, con notable dotación de medios (laboratorio, quirófano o rayos X). La figura del General Martínez Anido, presidente del P.N.A y Ministro de Orden Público en el Gobierno de Franco, estuvo presente en la inauguración del centro sanatorial. Aportamos fotografías y referencia de prensa con motivo de dicho acto. El contexto temporal, en el que funcionó el sanatorio, tuvo lugar mientras germinaba el futurible Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E), que empezó a operar, coexistiendo con el P.N.A, a partir de 1942.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benítez Franco, Bartolomé (1940), El problema social de la tuberculosis, Madrid, Publicaciones R.E.T.
2. De Castro García, Luis (1939), Memoria Anual del Sanatorio "Onésimo Redondo" de la Milicia de la F.E.T y de las J.O.N.S. Mimeografiado, Valladolid, Ed. Del Autor.
3. Molero Mesa, Jorge (1994), Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis), Dynamis, 14, 199-225.

4. Diario Regional (s.f), Se inaugura un Sanatorio de la Milicia de F.E.T y de las J.O.N.S, preside el acto inaugural y pronuncia un interesante discurso el General Martínez Anido.
5. ABC (1939), La estancia en España de los representantes rexistas belgas, Disponible en: http://hemeroteca.abc.es/nav/Nacigate.exe/hemeroteca/madrid/anc/1942/04/04/022.html (consultado el 5 de mayo de 2014).
6. Sesiones científicas del Dispensario Antituberculoso del P.N.A de Valladolid (1941), Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra, 34, 254-257.
7. Redondo Rincón, Mª Gloria (2012) El Seguro Obligatorio de Enfermedad en España: responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo. Tesis Doctoral. Madrid, Universidad Complutense.

POLÍTICA Y ARQUITECTURA SANITARIA: EL MODELO NACIONAL DE SANATORIO ANTITUBERCULOSO

Cecilia Ruiloba Quecedo

Escuela Técnica Superior de Arquitectura. Universidad de Valladolid.
cruiloba@arq.uva.es / ceciliaruiloba@outlook.com

El objetivo del estudio consiste en analizar la influencia de la política en la definición arquitectónica de los sanatorios antituberculosos en España, tratando además de plantear una reflexión sobre cómo ésta, aún hoy, sigue influyendo en la edificación de hospitales.

Para ello se plantea un recorrido histórico por la arquitectura de los sanatorios nacionales que desvela los motivos que llevaron al empleo de ciertos modelos en su construcción, como el "modelo en T" o "de planta de avión" que acabó imponiéndose en los sanatorios españoles.

Las principales fuentes documentales y archivísticas utilizadas en la investigación consisten en: memorias e Informes Técnicos del Patronato Nacional Antituberculoso, así como documentos gráficos inéditos (planos y fotografías) encontrados en los Archivos del Museo de Sanidad e Higiene Pública del Instituto de Salud Carlos III. También se han consultado revistas especializadas de Arquitectura y de Medicina de la primera mitad del siglo XX y documentos cinematográficos de esa misma época obtenidos en los Archivos de la Filmoteca Nacional.

Se ha acudido para esclarecer ciertas cuestiones a monografías de sanatorios y de hospitales de principios del siglo XX, principalmente nacionales, y a publicaciones y textos, en ocasiones inéditos, de expertos sobre la "Lucha Antituberculosa en España", así como a tesis doctorales relacionadas con el tema.

Hay que tener en cuenta que la construcción de sanatorios antituberculosos de carácter público en España se remonta a comienzos del siglo XX cuando en 1907, tras la muerte del rey Alfonso XII por tuberculosis, la reina Victoria Eugenia y su hijo Alfonso XIII crean el Real Patronato Central de Dispensarios e Instituciones Antituberculosas. Hasta entonces, sólo el Sanatorio de Porta-Coeli en Valencia, inaugurado en 1899, permitía el acceso a sus instalaciones a las clases sociales más desfavorecidas.

Estos primeros sanatorios antituberculosos españoles no siguieron un modelo arquitectónico definido, de hecho, el Sanatorio Porta-Coeli carecía en origen de las características galerías de cura. En general, estos primeros sanatorios se encontraban a medio camino entre los hoteles o balnearios de los aristócratas, edificios generalmente compactos desarrollados en altura, y los hospitales de infecciosos de los más desfavorecidos, que solían estar compuestos por pabellones aislados de poca altura.

De hecho, al igual que el primer sanatorio antituberculoso de la historia, el Sanatorio de Göbersdorf fundado por el Dr. Brehmer en 1859, había sido un hotel, el primer sanatorio de España, el Sanatorio de Busot en Alicante inaugurado en 1897, también había sido anteriormente un hotel: el Hotel Miramar, un lujoso balneario propiedad del Marqués de Bosch y Conde de Casas Rojas.

Sin embargo, el primer sanatorio público de nueva planta, el Real Sanatorio Popular Antituberculoso Victoria Eugenia, construido en 1917 en Valdelatas, Madrid, hoy conocido como Hospital de Cantoblanco, se aleja de la tipología hotelera y sigue el modelo propio de los hospitales de infecciosos, ya que consta de una serie de pabellones aislados, debidamente distanciados entre sí, dispuestos sobre una vasta extensión de terreno.

Los modelos más dispersos conviven con otras soluciones más compactas adoptadas en sanatorios de nueva planta, como el Sanatorio de la Fuenfría en Madrid o el Sanatorio infantil de Górliz en Vizcaya. Este último, de formas puras y

discreto ornamento, inspirado en las construcciones del secesionismo vienés, contrasta con los gustos costumbristas imperantes en la corte. Poniéndose en relieve el carácter político de cada sociedad en el estilo de su arquitectura sanitaria.

La situación cambia durante la dictadura del General Primo de Rivera, en este período se intentan unificar las características arquitectónicas de los sanatorios al reglarse las condiciones higiénicas y constructivas que éstos debían cumplir. Para lograrlo, en el Real Patronato las cuestiones técnicas de la institución se transfieren y se centralizan en la Dirección General de Sanidad, comenzando así un proceso de estatalización de la Lucha Antituberculosa, y se crea una serie de normas generales a cumplir.

Así en el año 1926, aparece la Real Orden que obligaba a reservar el 10% de las camas de los hospitales para enfermos de tuberculosis y a crear un dispensario cada 10.000 habitantes; y un año después, en 1927, se aprueba un reglamento en el que se define un programa común para todos ellos. Al reglamento de los dispensarios, le seguirán las directrices para la construcción de sanatorios de nueva planta o para la adaptación de otras edificaciones a tal uso, redactadas en 1928. En dichas directrices se considera indispensable para la aceptación de los proyectos de construcción o adaptación de los sanatorios que éstos se ubiquen fuera de las ciudades y lejos de las áreas industriales, en lugares saludables cuya topografía no impida la orientación Sur, Sureste o Suroeste, de las galerías de cura, que pasan a ser consideradas obligatorias. Además se establece, entre otras consideraciones, que exista una distancia mínima de 30 metros desde el sanatorio a cualquier otra edificación, que éste tenga un amplio parque propio y que sus habitaciones dispongan de al menos 20 m^3 por enfermo.

Estas normas, sin llegar a definir la forma o la imagen del edificio, sirven para garantizar la salubridad, la higiene y el buen funcionamiento de sanatorios y dispensarios así como para unificar sus programas.

Muchas de estas reglas higiénicas se mantuvieron en la Segunda República, momento en el que el Patronato pasa a depender completamente de la Dirección General de Sanidad. Durante este período se apuesta más por la profilaxis de la enfermedad que por el aislamiento del enfermo, lo que implica la edificación de un mayor número de dispensarios dentro de las ciudades. Algunos de ellos, como el Dispensario Central Antituberculoso de Barcelona, proyectado por los arquitectos

J. Ll. Sert, J. B. Subirana y J. Torres Clavé en 1933 y construido en 1937, son de un gran interés arquitectónico. Esta obra sintetiza a la perfección el espíritu progresista de este período histórico, ya que en ella se rompe con los convencionalismos establecidos en la mayoría de las construcciones sanitarias, y se apuesta por una nueva arquitectura más racional, higiénica y funcional, que mira a las vanguardias europeas.

Esto mismo sucede con ciertos sanatorios experimentales y modernos proyectados y construidos en éste período, como el Sanatorio de Iturralde en Carabanchel, Madrid, obra de la Dirección General de Sanidad; el proyecto de Hospital para Tuberculosos con 400 camas realizado por Sert y Torres Clavé, que no llegó a construirse; los proyectos de Rafael Bergamín para el Sanatorio de El Escorial y el de los Montalvos en Salamanca; o el Sanatorio de Leza de Pablo Zabalo. Estos cuatro innovadores arquitectos, al igual que muchos otros, verán truncada su carrera profesional por la Guerra Civil ya que la mayoría acabarán en el exilio o incluso muertos, como en el caso de Torres Clavé.

Por otro lado, en plena Guerra Civil, el General Francisco Franco crea en 1936 el PNA, el Patronato Nacional Antituberculoso, que pasará a encargarse de la creación y conservación de los sanatorios antituberculosos en España.

En aquel momento se contaba con un total de 2.450 camas públicas para enfermos de tuberculosis repartidas en 17 sanatorios, distribuidos en 11 provincias. La mayoría de ellos eran edificios compactos de planta rectangular siguiendo una configuración similar a los “sanatorio-tipo” proyectados en 1934 por Vasco Regaleira en Portugal para la ANT, la Asistencia Nacional a los Tuberculosos. Estos “sanatorios-tipo” eran bloques simétricos, de dos o tres plantas de altura, constituidos por un pasillo longitudinal que distribuía al Norte los servicios comunes y al Sur las habitaciones con sus galerías de cura.

En poco tiempo esta tipología se abandona. Tras finalizar la Guerra Civil, en el año 1940, el PNA pretende dotar de al menos un sanatorio por provincia y de un total de 30.000 camas, una por cada muerto a causa de la tuberculosis. Para lograrlo organiza el “Plan de Construcciones de Lucha Antituberculosa” en el que se estudia las necesidades de cada localidad y convoca, en 1942, el “Concurso de Anteproyectos de Sanatorios Antituberculosos”, en el que se solicitaba definir el tipo arquitectónico más adecuado para la construcción de los nuevos sanatorios.

Unos quince años antes de este concurso, en 1927, el gobierno de Mussolini, a través del Instituto Nacional Fascista de Prevención Social, ya había puesto en marcha un plan similar con el fin de dotar a Italia de 20.000 camas para enfermos de tuberculosis. El modelo arquitectónico seguido para la construcción de la mayoría de estos sanatorios consistía en edificios con planta en forma de T, muy similares a los sanatorios rectangulares, pero con un cuerpo con los servicios comunes añadido en el frente Norte.

Este mismo modelo será adoptado por el PNA para llevar a cabo su plan, un modelo que ya había sido empleado en el período republicano con una estética moderna, pero que ahora se impone siguiendo un estilo ecléctico y regionalista como el de Italia, que supone un retroceso en la evolución arquitectónica.

De este modo, dos naciones bajo un mismo régimen político acabaron adquiriendo una misma solución estética y constructiva en su arquitectura sanitaria, como se puede apreciar en la mayoría de los sanatorios del régimen. El último de todos ellos, inaugurado en 1952, fue curiosamente el más grande de España y uno de los más grandes de Europa: la Ciudad Sanatorial de Tarrasa, con capacidad para unos 1.500 enfermos.

Su inauguración se produce tan sólo dos años antes de que en la XIII Conferencia Internacional de la Tuberculosis, celebrada en Madrid en 1954, se tomara la decisión de que los sanatorios antituberculosos eran innecesarios, ya que, gracias a la estreptomicina, los escasos enfermos de tuberculosis que aún existían podían ser atendidos en un hospital general. En ese momento, España disponía de unas 18.000 camas para enfermos de tuberculosis repartidas entre unos 40 sanatorios y unos 86 dispensarios, que acabarán siendo en su inmensa mayoría abandonados.

Este recorrido histórico muestra cómo muchas de las decisiones tipológicas y estilísticas de la arquitectura sanitaria de los sanatorios antituberculosos en España fueron más políticas que sociales o médicas, y deja entrever la megalomanía encubierta tras ciertos planes sanitarios, un hecho que, paradójicamente, nos traslada a escenarios y vivencias vinculadas a la política y a la arquitectura hospitalaria de nuestros días.

BIBLIOGRAFÍA

1. AA. VV. (1933), La Sanidad en la República, dos años de gestión, Madrid, Ministerio de la Gobernación.
2. AA. VV. (1945), Informe Técnico al Proyecto de Organización Sanatorial, Madrid, Patronato Nacional Antituberculoso.
3. AA.VV. (1925), Lucha Oficial contra la Tuberculosis. Campaña de 1924 a 1925. Año Primero, Madrid, Real Patronato Antituberculoso de España.
4. AA.VV. (1926), Lucha Oficial contra la Tuberculosis. Campaña de 1925 a 1926. Año Segundo, Madrid, Real Patronato Antituberculoso de España.
5. AA.VV. (1927), Lucha Oficial contra la Tuberculosis. Campaña de 1926 a 1927. Año Tercero, Madrid, Real Patronato Antituberculoso de España.
6. AA.VV. (1934), Primer Congreso Nacional de Sanidad. Asociación de ingenieros y arquitectos sanitarios, Arquitectura, 4, 75-82.
7. AA.VV. (1943), Concurso de Anteproyectos de Sanatorios Antituberculosos de 200, 300 y 400 camas, Revista Nacional de Arquitectura, 15, 122-156.
8. Areilza, Enrique (1921), El Sanatorio de Górliz, Bilbao, Diputación de Vizcaya, Bilbao.
9. Benítez Franco, Bartolomé (1945), Información sobre la Lucha Antituberculosa en España y Memoria correspondiente al año 1944, Madrid, Patronato Nacional Antituberculoso.
10. Blanco Rodríguez, Francisco (1957), Patronato Nacional Antituberculoso y Enfermedades del Tórax. Memoria-bienio 1955-1956, Madrid, Patronato Nacional Antituberculoso y Enfermedades del Tórax.
11. Blanco Rodríguez, Francisco (1960), Patronato Nacional Antituberculoso y Enfermedades del Tórax. Memoria-bienio 1957-1958, Madrid, Patronato Nacional Antituberculoso y Enfermedades del Tórax.
12. Blanco Rodríguez, Francisco (1964), Patronato Nacional Antituberculoso y Enfermedades del Tórax. Memorias 1962-1963-1964, Madrid, Patronato Nacional Antituberculoso y Enfermedades del Tórax.
13. Botella, Aurelio (1944), Sanatorio de Valdelatas (Madrid). Obras de adaptación y terminación del pabellón quirúrgico, Revista Nacional de Arquitectura, 33, 329-336.
14. Juan Fonseca, José Luis (1986), Historia del Sanatorio de Leza (1935-1983). Salamanca, Tesis Doctoral inédita de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca, Salamanca.
15. Medina Alarcón, Antonio (1992), Historia del sanatorio de “Los Montalvos” (1935-1986), Salamanca, Tesis Doctoral inédita de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca.
16. Molero Mesa, Jorge (1987), Estudios médicosociales sobre la tuberculosis en la España de la Restauración, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
17. Molero Mesa, Jorge (1994), Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis, Dynamis, 14, 199-225.
18. Navarro García, Ramón (2001), Historia de las Instituciones Sanitarias Nacionales, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III.
19. Navarro García, Ramón (2002), Análisis de la Sanidad en España a lo largo del siglo XX, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto de Salud Carlos III.
20. Palanca, José A. (1946), Labor del Patronato Nacional Antituberculoso durante el último decenio, Madrid, Patronato Nacional Antituberculoso.
21. Palanca, José Alberto (1941), Ingenieros, Arquitectos y Sanidad, Revista Nacional de Arquitectura, 2, 1-2.
22. Pieltáin, Alberto (2007), Arquitectura para la Sanidad Pública en España 1942-1977, Madrid, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
23. Pizza, Antonio (1993), Dispensario antituberculoso de Barcelona, 1933-1937. J. Ll. Sert, J.B. Subirana y J. Torres Clavé, Almería, Colegio de Arquitectos de Almería.
24. Reig Gozalbes, Alberto (dir.) (1949), En estos años de paz, NODO. Archivos de la Filmoteca Nacional.

25. Ripollés Palacios, Ernesto (1944), Proyecto de Sanatorio Antituberculoso en Tarrasa (Barcelona), Revista Nacional de Arquitectura, 33, 337-342.
26. Tavares, André (2005), Arquitectura Antituberculose. Trocas e tráficos na construção terapéutica entre Portugal e Suiça, Porto, Faculdade de Arquitectura da Universidade do Porto.
27. Turégano, José F. (1953), Patronato Nacional Antituberculoso. Dos años de labor 1951-1952, Madrid, Patronato Nacional Antituberculoso.
28. Valenzuela, Francisco (1897), Estación médica de invierno y sanatorio permanente para el tratamiento climatológico de las enfermedades del pecho y para la curación de la tuberculosis por el régimen higiénico, Madrid, Balneario de Busot.

OPERACIÓN LIMPIEZA. LOS INICIOS DEL PROGRAMA PANAMERICANO DE ERRADICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS. EL EJEMPLO DE LA POLIOMIELITIS

Miguel Mosquera Gordillo[1], Natalia Barón Cano[2] y Rosa Ballester Añón[3]

[1]Universidad Miguel Hernández. mmosquera@umh.es

[2]Universidad Miguel Hernández.

[3]Universidad Miguel Hernández.

INTRODUCCIÓN: OBJETIVOS, FUNTES Y MÉTODOS

Nuestro objetivo ha sido reconstruir los inicios del programa panamericano de erradicación de la poliomielitis, a través de los documentos generados por la OPS entre 1985 y 1994. Para ello hemos llevado a cabo un estudio de tipo cualitativo histórico, realizándose revisión sistemática y narrativa. Las fuentes primarias fueron obtenidas a través de archivos existentes online de la OPS entre 1985 y 1994(Tabla1). Para las fuentes secundarias se realizó búsqueda sistemática en bases de datos de Historia de la Medicina y de la Ciencia, (MEDLINE-PUBMed: subset: History of Medicine y The Wellcome Library of the History of Medicine). Para la recuperación documental se emplearon los descriptores MesH (Medical

SubjectHeading) de la National Library of Medicine. Se utilizaron calificadores de materia (subheadings), y fue necesario el empleo de etiquetas (tags) para algunos de los documentos secundarios (Gráfica 1).

COMIENZO DEL FIN DE LA POLIO

"*Proponemos que se preste a los países miembros de la OPS todo el apoyo necesario para lograr la erradicación de la poliomielitis de las Américas en un esfuerzo conjunto masivo y final durante los próximos cinco años… La Región de las Américas fue la primera en eliminar la viruela, y podemos también ser los pioneros en eliminar la poliomielitis*". Estas fueron las palabras del Director de la OPS, Carlyle Guerra de Macedo el 14 de Mayo de 1985, al anunciar la iniciativa para erradicar la transmisión autóctona del poliovirus salvaje para 1990 en América (1), apoyado por varios organismos gubernamentales e internacionales.

ESTRATEGIAS PARA LA ERRADICACIÓN DE POLIOMIELITIS

Las principales estrategias adoptadas inicialmente fueron: 1) Movilización de recursos nacionales, 2) Coberturas de vacunación > 80%, 3) Vigilancia de casos sospechosos, investigación y medidas de control, 4) Laboratorios de apoyo a todos los países para estudiar los casos sospechosos, 5) Difusión de la información intra e internacionalmente, 6) Identificación de las necesidades de investigación y financiamiento, 7) Preparación de un protocolo de certificación para declarar la erradicación del poliovirus salvaje, y 8) Evaluación de las actividades del programa (1).

La OPS nombró un Grupo Técnico Asesor (GTA), precedido por D.A. Henderson (presidente). Sus tareas fueron asesorar en los objetivos del programa, determinar estrategias para lograr metas del PAI, vigilar el plan de acción para la lucha contra la polio y fomentar el apoyo de las metas en instituciones técnicas, programas bilaterales, multilaterales y privados, integrando a dirigentes políticos de países miembros.Se estableció un Comité de Coordinación Interagencial (CCI) a fin de coordinar los esfuerzos de organismos donantes nacionales e internacionales (1).

Pero el reto apenas empezaba, en 1985 la mayoría de los casos se presentaban en Brasil (53.2%), México (36.5%), Haití (22.2%), Perú (16.5%), Colombia (8.9%), Guatemala (7.2%) y El Salvador, Argentina, República Dominicana, Honduras, Paraguay y Venezuela (8.7%) (2), por lo cual se iniciaron jornadas nacionales de vacunación, de estas actividades se beneficiaron países de América Latina y el Caribe (1).

En América con la aceleración del PAI e implementación de jornadas de vacunación se alcanzó por primera vez el 80% de cobertura con VOP en 1986 (3,4). Además, con la Resolución WHA41.28/1988 la OMS inició la erradicación Global de la Poliomielitis para el Año 2000 (5).

La OPS declaró que todo caso de Parálisis Flácida Aguda (PFA) en menores de 15 años sería un caso de emergencia nacional, investigándose inmediatamente(6), priorizando el programa de erradicación en los niveles regional, nacional, provincial y local, creándose la "Operación Limpieza", como estrategia para alcanzar y mantener altas coberturas de inmunización, vigilancia intensiva e investigación activa y, control agresivo de brotes, consideradas necesarias en países endémicos; adicionalmente se ofrecieron recompensas para la persona que notificara el primer caso confirmado por laboratorio debido a poliovirus salvaje (7,8).

Estrategias adicionales fueron el reforzamiento de las regiones fronterizas endémicas para lograr identificar flujos migratorios, intercambiando y promoviendo la utilización de vacunas entre países, realizando búsquedas activas en aéreas selváticas (9).

REUNIONES INTERNACIONALES

Durante el proceso de erradicación del poliovirus salvaje en las Américas, se realizaron reuniones periódicas del GTA, generando recomendaciones como la designación en cada país de un coordinador del programa de erradicación y de una unidad notificadora en cada municipio; análisis periódico de coberturas en vacunación para abarcar sitios con cobertura <80%; mayor control en la vigilancia epidemiológica de casos; establecimiento de una red de laboratorios y

empleo de actividades de contención alrededor del caso probable para evitar la transmisión (10), ya que constituían los problemas más críticos.

Debido al ritmo acelerado de las actividades, el GTA recomendó reuniones periódicas regionales e interregionales, realizadas en Centroamérica, Cono Sur, Grupo de Asunción, Países Andinos, a las cuales se sumaron países fronterizos (11).

Los obstáculos que se presentaban eran aún más grandes en los países donde había disturbios políticos, desigualdad social e inequidades para el acceso al servicio de salud, sumándose la violencia asociada al conflicto armado en algunos países y los conflictos intrafronterizos. Frente a este panorama las estrategias planteadas tenían poca capacidad de respuesta, siendo necesario reforzar las actividades nacionales y el trabajo conjunto entre todos los países (8).

ÚLTIMOS DESAFIOS

En 1990 el GTA redefinió los criterios de notificación, incluyendo la poliomielitis asociada a la vacuna y evaluando las pérdidas de oportunidades en vacunación (34). La Comisión Internacional de Certificación de la Erradicación de la Poliomielitis (CICEP), convocada por la OPS, estableció los criterios provisionales para la certificación de erradicación (12): 1) Ausencia de casos de poliomielitis autóctona confirmada virológicamente durante, por lo menos, tres años en las Américas, 2) Ausencia en las comunidades de poliovirus salvaje detectables, 3) Evaluación in situ de los programas regionales y nacionales por los comités locales y por expertos externos conjuntamente designados por la OPS, y 4) Establecimiento de medidas adecuadas para tratar las importaciones; para ello cada país debía formar una comisión para vigilar y evaluar continuamente estos criterios.

En 1991, el GTA confirmó los altos niveles de cobertura vacunal en las Américas, no existía ningún país con una cobertura <70%. El asegurar que los programas se ajustaban a los requisitos mínimos deseados pasó a ser un objetivo primordial verificando la toma, procesamiento y envío de muestras de laboratorio; la notificación y seguimiento de los casos, realización de muestreo ambiental localizando áreas sensibles y susceptibles de padecer epidemias; planificando y

concertando las ayudas necesarias para lograr la certificación, soportado por una adecuada red de laboratorios (Figura 2) (9,13).

Colombia realizó la primera documentación sistemática de la transmisión inaparente del poliovirus realizada en las Américas, ayudando a formular políticas de vigilancia ambiental (14). En Perú continuaban las “Operaciones Limpieza” para vacunación y educación de medidas preventivas contra el cólera y la poliomielitis (15); finalizando con ello el ciclo de transmisión autóctona del poliovirus salvaje (Tabla 2) (9,16).

En septiembre de 1992 la OPS anunció el primer año desde que se notificó el último caso de poliomielitis en las Américas en Junín, Perú, atribuyendo el mérito histórico al arduo esfuerzo realizado por miles de trabajadores de salud y la gran movilización social en todos los países de las Américas (15).

PROCESO DE CERTIFICICACION

La CICEP requirió la evaluación de cinco indicadores: 1) Notificación semanal negativa de por lo menos 80% de los centros de notificación semanal, 2) Tasa PFA de por lo menos 1,0 por cada 100.00 menores de 15 años, 3) Investigación de por lo menos 80% de los casos de PFA notificados, por un epidemiólogo calificado, dentro de las 48 horas siguientes a la notificación del caso, 4) Toma de dos muestras de heces de por lo menos 80% de PFA, dentro de las dos semanas siguientes al inicio de la parálisis, y 5) En el 80% de los casos de PFA como mínimo, toma de muestras de heces de por lo menos cinco personas que hayan tenido contacto estrecho con el enfermo (17).

El 23 de agosto de 1994, la OPS anunció que habían pasado tres años desde la aparición del último caso de poliomielitis asociada al aislamiento del poliovirus salvaje en las Américas, se habían investigado detalladamente unos 6.000 casos de PFA y ninguno se confirmó como poliovirus salvaje (Tabla 3) (18–20).

El 29 de septiembre de 1994, Frederick Robbins, presidente de la CICEP, concluyó que la transmisión de poliovirus salvaje se había interrumpido en las Américas” (17,19). En diciembre de 1994 la CICEP confirmó la interrupción de la transmisión del poliovirus en los países angloparlantes del Caribe y Suriname(21). Todos los países debían mantener la vigilancia permanente de los casos de PFA

para garantizar que la Región de las Américas permaneciera libre de poliomielitis (22,23).

CONCLUSIONES

La iniciativa de la erradicación de Poliomielitis en la Región de las Américas brindó importantes enseñanzas como estrategia de salud pública para el control, eliminación y erradicación de enfermedades infecciosas, siendo un ejemplo para otras acciones sanitarias, lo que será esencial para alcanzar metas de salud mundial como las adoptadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Por ello, casi treinta años más tarde, tras la decisión de la erradicación de una de las enfermedades más devastadoras en la Región de las Américas liderada por la OPS/OMS, se lograron beneficios como: el control de una de las causas de discapacidad permanente, la integración de todo un continente y la implementación de estrategias de prevención y control. Este progreso es el fiel reflejo de una asociación extraordinaria entre gobiernos, organismos internacionales, organizaciones humanitarias, el sector privado y millones de personas voluntarias que se sumaron a la lucha contra la poliomielitis para conseguir uno de los mayores logros en la historia de la salud pública panamericana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pan American Health Organization(1985). Expanded Program on Immunization in the Américas. EPI Newsl Expand Program Immun Américas. 7(1-6).
2. Pan American Health Organization(1986). Expanded Program on Immunization, Polio Surveillance in the Américas. Wkly Bull. 3;(53/86):1–2.
3. Pan American Health Organization(1986). Expanded Program on Immunization in the Américas. EPI Newsl Expand Program Immun Américas. 8(1-6).
4. Robbins FC, de Quadros CA(1997). Certification of the eradication of indigenous transmission of wild poliovirus in the Américas. J Infect Dis. 175 Suppl 1:S281–285.
5. World Health Organization(1988). Global eradication of Poliomyelitis by the year 2000, Resolutions WHA 41.28. World Health Organization.
6. Organización Panamericana de la Salud(1988). Actas resumidas Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud 101a Reunión. Organización Panamericana de la Salud.
7. Pan American Health Organization(1988). Expanded Program on Immunization in the Américas. EPI Newsl Expand Program Immun Américas. 10(1-6).
8. Pan American Health Organization(1989). Expanded Program on Immunization in the Américas. EPI Newsl Expand Program Immun Américas. 11(1-6).
9. Pan American Health Organization(1991). Expanded Program on Immunization in the Américas. EPI Newsl Expand Program Immun Américas.13(1-6).

10. Pan American Health Organization(1987). Expanded Program on Immunization in the Américas. EPI Newsl Expand Program Immun Américas. 9(1-6).
11. Rosero-Bixby L(1988). Costa Rica saves infants' lives. World Health Forum. 9(3):439–43.
12. Pan American Health Organization(1990). Expanded Program on Immunization in the Américas. EPI Newsl Expand Program Immun Américas.12(1-6).
13. Pan American Health Organization(1994). Field guide Polio eradication. 2nd ed. Washington D.C.: Pan American Health Organization; 77 p.
14. Tambini G, Andrus JK, Marques E, Boshell J, Pallansch M, de Quadros CA, et al(1993). Direct detection of wild poliovirus circulation by stool surveys of healthy children and analysis of community wastewater. J Infect Dis. 168(6):1510–4.
15. Pan American Health Organization(1992). Expanded Program on Immunization in the Américas. EPI Newsl Expand Program Immun Américas. 14(1-6).
16. Smallman-Raynor M, Cliff AD(2006). Poliomyelitis: Emergence to Eradication. Oxford: Oxford University Press; 772 p.
17. Pan American Health Organization(1994). Expanded Program on Immunization in the Américas. EPI Newsl Expand Program Immun Américas. 16(1-6).
18. Pan American Health Organization(1994). Final Report: Eleventh PAHO Technical Advisory Group (TAG) Meeting on vaccine preventable diseases and The Third Meeting of the Internacional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication (ICCPE). Washington, DC: PAHO.
19. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)(1994). International Notes Certification of Poliomyelitis Eradication the Américas, 1994. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 43(39):720–2.
20. Robbins FC (1994). Poliomyelitis eradication: a continuing story. FASEB J Off Publ Fed Am Soc Exp Biol. 8(9):665–6.
21. World Health Organization(1995). Report of the 1st Meeting of the Gobal Commission for the Certitication of the Eradication of Poliomyelitis. Geneva, Switzerland: WHO/EPI/GEN/95.6; p. 31.
22. Aylward RB, Hull HF, Cochi SL, Sutter RW, Olivé JM, Melgaard B(2000). Disease eradication as a public health strategy: a case study of poliomyelitis eradication. Bull World Health Organ. 78(3):285–97.
23. Pan American Health Organization(1994). XXIV Pan American Sanitary Conference and XLVI Meeting of the Regional Committee of the World Health Organization for the Americas. Washington, DC: PAHO; Report No.: Official Document 264.

ANEXOS DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de fuentes primarias según documentos de la OPS, por tipo y año de publicación

Tipo de Documento /Artículo	Años			TOTAL
	<1985	1985 - 1994	>1994	
Artículos boletines PAI	2	174	14	190
Boletines Epidemiológicos	0	3	0	3
Boletines Semanales vigilancia	0	40	1	41
Reuniones internacionales	3	6	1	10
Resoluciones	0	10	0	10
Libros	1	4	1	6
TOTAL	6	237	17	**260**

Fuente: elaboración de los autores.

Tabla 2. Año del último caso confirmado de poliovirus salvaje, Región de las Américas, por región, subregión y país

AMERICA DEL NORTE	Subregión	Año	MESOAMERICA CONTINENTAL	Subregión	Año
Canadá	Norteamérica	1977	Panamá	Centroamérica	1972
Estados Unidos	Norteamérica	1979	Costa Rica	Centroamérica	1973
CARIBE	**Subregión**	**Año**	Belice	Centroamérica	1981
			Nicaragua	Centroamérica	1981
Islas Caimán	Caribe Inglés	1958	El Salvador	Centroamérica	1987
Cuba	Caribe Latino	1962	Honduras	Centroamérica	1989
Antigua y Barbuda	Caribe Inglés	1965	Guatemala	Centroamérica	1990
			México	México	1990
Bahamas	Caribe Inglés	1967	**SUDAMERICA TROPICAL**	**Subregión**	**Año**
Barbados	Caribe Inglés	1967	Guyana	Caribe Inglés	1962
			Surinam	Caribe Inglés	1982
San Cristóbal y Nieves	Caribe Inglés	1969	Paraguay	Cono Sur	1985
			Bolivia	Andino	1989
Santa Lucia	Caribe Inglés	1970	Venezuela	Andino	1989
Trinidad y Tobago	Caribe Inglés	1972	Brasil	Brasil	1989
			Ecuador	Andino	1990
San Vicente y Granadinas	Caribe Inglés	1977	Colombia	Andino	abr-91
			Perú	Andino	ago-91
Jamaica	Caribe Inglés	1982	**SUDAMERICA TEMPLADA**	**Subregión**	**Año**
República Dominicana	Caribe Latino	1985	Chile	Cono Sur	1975
			Uruguay	Cono Sur	1978
Haití	Caribe Latino	1989	Argentina	Cono Sur	1984

Fuente: elaboracion de los autores con base en las referencias(16,17)

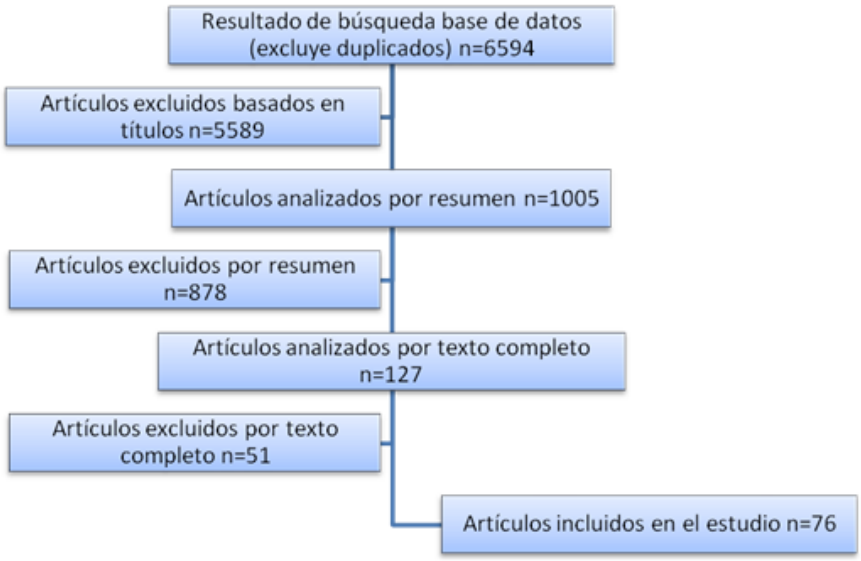
Tabla3. Clasificación de casos reportados de PFA, Región de las Américas, por año de inicio, 1985 a 1994

AÑO	No. Casos Probables	No. Casos Descartados	No. De Casos Compatibles	No. De Casos Asociados a la Vacuna	No. De casos confirmados de polio	TOTAL Casos PFA Reportados
1985	0	0	0	0	800	800
1986	0	409	0	0	1050	1459
1987	0	594	0	10	614	1218
1988	0	1634	0	9	315	1958
1989	0	1975	3	19	115	2112
1990	0	2050	62	13	18	2143
1991	0	2030	23	11	9	2073
1992	0	2089	27	9	0	2125
1993	0	2171	28	4	0	2203
1994	379	790	6	2	0	1177[a]
TOTAL	379	13742	149	77	2921	17268

[a]Casos reportados hasta 19 de agosto de 1994. Fuente OPS(18)

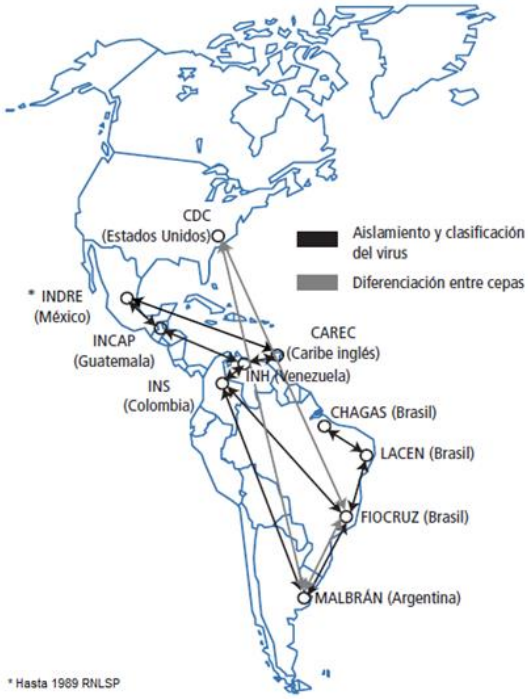
ANEXOS DE GRÁFICOS

Gráfica 1. Árbol de exclusión de fuentes secundarias, PubMed/MEDLINE y Wellcome Library



Fuente: Elaboración de los autores.

Gráfico 2. Red de laboratorios para el diagnóstico de poliomielitis, Región de las Américas, 1990



Fuente. Guía Erradicación Poliomielitis OPS(13)

LA POLIOMIELITIS EN TIEMPOS DE LA DICTADURA DE SALAZAR: EL LIBRO DE REGISTRO DEL NUEVO PABELLÓN QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL DE SANT' ANA (LISBOA, 1955-1971)

Maria Armanda Rodrigues[1], João Rui Pita[2] y Ana Leonor Pereira[3]

[1]Ceis20-Faculdade de Farmácia-Bolseira de Doutoramento FCT-Universidade de Coimbra. Portugal. armandarod@gmail.com

[2]Faculdade de Farmácia-Ceis20-Universidade de Coimbra. Portugal. jrpita@ci.uc.pt

[3]Faculdade de Letras-Ceis20-Universidade de Coimbra, Portugal. aleop@ci.uc.pt

Este trabajo forma parte de un estudio más amplio sobre la historia de la Fisioterapia y el proceso de profesionalización de los fisioterapeutas en Portugal que están realizando los autores "A fisioterapia em Portugal no século XX: ciência, técnica e profissão"; bolsa de doutoramento da FCT SFRH/BD/66282/2009, del CEIS20-Universidad de Coimbra, Portugal (Projeto nº FCOMP-01-0124-FEDER-022660; PEST-OE/HIS/UI0460/2014) y projecto HAR2012-39655-C04-03 (Ministério de Economia y Competitividad-España "Internacionalización y estrategias contra la enfermedad: profesionales, personas afectadas y activismo ante la erradicación de la polio y la aparición del SPP (1963-2010)".

El Sanatorio de Santa Ana, en Parede (Lisboa), fue inaugurado el 31 de julio de 1904 (aunque ya recibía enfermos desde 1901) y pasó a llamarse Hospital Ortopédico de Santa Ana (HOSA) en 1961 (11). Con este proyecto se relacionan importantes personalidades de la época como Claudina Chamiço y los médicos Sousa Martins, Arnaldo Rolo, Ângelo Vieira Araújo o el arquitecto Rozendo Carvalheira. A medida que disminuían los nuevos casos de tuberculosis ósea comenzaron a aumentar los de otra patología, la poliomielitis, una enfermedad que enviaba a las camas de este establecimiento a niños de todos los puntos del país. Pese a tratarse de un cuadro clínico bien identificado desde antiguo, su tratamiento era relegado frente a la emergencia impuesta por el de la tuberculosis y era planteado como "enfermedad ósea", siendo subsidiario de las técnicas de intervención que allí se ensayaban y mejoraban.

Es preciso recordar que la II Guerra Mundial (1939-1945) produjo miles de heridos (desde amputados a parapléjicos) a quienes era necesario dar la mayor autonomía posible. Fueron las necesidades de éstos, junto a las de los poliomielíticos, las que contribuyeron a que la rehabilitación alcanzase un gran relieve y, por ello, un enorme desarrollo en países como Alemania, Inglaterra y Estados Unidos. Este fenómeno tuvo una repercusión mundial, incluyendo, obviamente, a Portugal. De hecho, fue decisivo en los años 50 del siglo XX, un período en el que en Portugal aparecieron los médicos especialistas en Medicina Física y Rehabilitación. La terapia ocupacional, la ortopedia y la educación física son otras de estas profesiones vinculadas a una nueva era en el abordaje de la discapacidad: a finales de la década de los 50 se desarrollaron en Portugal "jogos para deficientes" (juegos para minusválidos) con fines rehabilitadores y de socialización. Algunas instituciones se mostraron interesadas en dinamizarlos, como la Santa Casa de Misericordia de Lisboa (a través del HOSA), la Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral (organizadora de los 1º Jogos Nacionais para Deficientes) y la Liga Portuguesa de Deficientes Motores (7).

Por otra parte, en el caso concreto de Portugal, la guerra colonial en África (1961-1974) supuso el regreso de muchos soldados discapacitados que fueron enviados para los hospitales militares. En este contexto se desarrolló la fisioterapia portuguesa, desde la década de los 50 hasta la revolución del 25 de abril de 1974.

En el año 1962, se llevó a cabo la instalación en el recinto del hospital HOSA de un pabellón militar, financiado por la Cruz Roja Portuguesa, teniendo como objetivo la rehabilitación de soldados procedentes de las colonias de ultramar. Estos militares también participaron en los juegos nacionales e internacionales para discapacitados, destacando la presencia de una primera selección nacional de baloncesto en silla de ruedas en Heidelberg (Alemania) en 1972. Se trataba de atletas con lesiones vertebrales de médula espinal o amputados del Centro de Medicina de Rehabilitación de Alcoitão, donde los militares fueron trasladados después del cierre del pabellón militar instalado previamente en HOSA.

El tratamiento de la poliomielitis fue uno de los factores destacados en esta etapa, siendo el HOSA un hospital de referencia. Este trabajo presenta un estudio de caso: el del libro de registro de las intervenciones quirúrgicas que fueron allí realizadas entre 1955-1971.

En 1955 fue inaugurado el nuevo pabellón quirúrgico en el HOSA donde iba a realizarse fundamentalmente cirugía ortopédica. En el libro de registro quedó constancia de todos los procedimientos llevados a cabo por los cirujanos que allí operaron.

De este modo hemos podido constatar que en el período que estudiamos se realizaron 4.961 intervenciones quirúrgicas, de las cuales 868 se efectuaron en usuarios con poliomielitis, lo que supone un 16,7% de las mismas. Este porcentaje se mantuvo por encima del 20% durante la década de los 50 y hasta mediados de la de los 60, alcanzando un máximo de un 33,33% el año 1958. A partir de 1968 la proporción fue disminuyendo para llegar a un 9,33% en 1971.

También hemos podido comprobar que en la mayoría de las intervenciones se llevaron a cabo varios procedimientos quirúrgicos, con una media de 1,5.

La principal limitación para el estudio es debida a que el libro de registro está incompleto, pues faltan algunas hojas. Por otra parte, durante los 16 años estudiados el número de cirugías no se mantiene uniforme, yendo desde 65 cirugías por año en 1956 y 1957 hasta 703 en 1969. Sin embargo, los datos estadísticos fueron tratados porcentualmente para minimizar este factor.

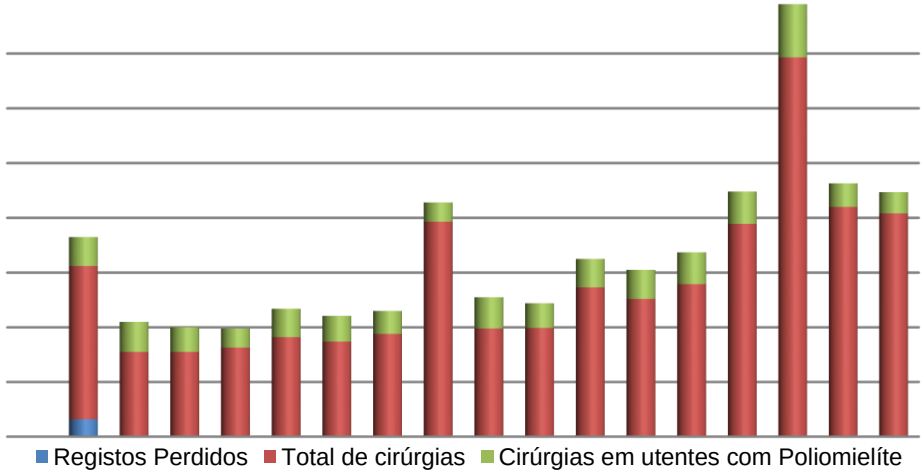


Gráfico 1 - Registro de intervenciones quirúrgicas (de 12 de enero de 1955 a 15 de octubre de 1971)

Es de destacar que en 1955 sólo había en Portugal médicos especializados en Medicina Física y Rehabilitación, pero sin formación académica específica. En Portugal no existía en ese momento la carrera de fisioterapia, que sólo se estableció en 1957 en la Santa Casa da Misericordia de Lisboa. El HOSA pertenecía a esa institución desde el 27 de mayo de 1918. Hasta los años 50 del siglo XX existían departamentos de fisioterapia y de medicina física y rehabilitación. Los médicos que trabajaban en estos lugares fueron apoyados por asistentes o masajistas. Algunos de ellos no tenían ninguna formación.

Los estudiantes de la titulación de "agentes técnicas de fisioterapia" fueron formados por el Dr. Carlos Santana (quien inició la especialidad en medicina física y rehabilitación en el año 1957 en el New York University Medical Center), por la Dra. Mª Luisa Conde Pereira y por Inés Stiwell y Anne Sepick (dos profesoras extranjeras). Los estudiantes hicieron la mayor parte de su formación en HOSA, donde estuvieron hasta la inauguración del Centro de Medicina Alcoitão en 1966. Este hospital ha estado a la vanguardia de la ortopedia y técnicas fisioterapéuticas.

CONCLUSIONES

Con el análisis de los libros de archivo del HOSA y el archivo de la Santa Casa da Misericordia de Lisboa podemos concluir que el HOSA tuvo una gran importancia en la recuperación de la polio en Portugal. Este estudio nos permite mostrar también la importancia que la poliomielitis tuvo a lo largo de este período en el desarrollo de la ortopedia y la medicina física y rehabilitación en Portugal.

BIBLIOGRAFIA

1. Hospital Central Ortopédico Sant'Ana (1955-1971), Registo de intervenções cirúrgicas, Livro I e II, Parede, no editado.
2. Arruda, Luísa (2004), Hospital de Sant'Ana: 1904-2004. 100 anos – Sanatório de Sant'Ana, Lisboa, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
3. Cardoso, Rogério Seabra (1995), Livro dos Provedores, Lisboa, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
4. Gomes, Ana (2010), Claudina de Freitas Guimarães Chamiço: Colecção Beneméritos da SCML, Lisboa, Europress.
5. Rodrigues, Maria Armanda; Lopes, António Manuel (2012), O contributo da Escola Superior de Saúde do Alcoitão na história da fisioterapia e da formação dos fisioterapeutas em Portugal (1956-2010). En: Atas do IX Congresso Luso-Brasileiro da História da Educação – parte 1, Lisboa, Instituto de Educação da Universidade de Lisboa, pp. 2889-2902.
6. Rodrigues, Mª Armanda; Pita, João Rui; Pereira Ana Leonor (2012), Poliomielite e pobreza: o livro do novo bloco operatório do Hospital de Santana (anos 50-60 do Século XX), in livro de resumos do 1º Congresso Internacional da História Interdisciplinar da Saúde, Coimbra, Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, pp. 45-46.
7. Rodrigues, Mª Armanda; Pita, João Rui; Pereira, Ana Leonor (2013), O deficiente e o Desporto – a primeira participação feminina portuguesa nos Jogos Anuais de Stoke Mandeville, in livro de resumos do Congresso desporto no Feminino – as mulheres e o desporto nos séculos XIX e XX, Lisboa Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade de Lisboa, pp. 46-48.
8. Sarmento, António, (2014), Poliomielite. En: Maltez, Fernando; Almeida, Ramalho. História das doenças infecciosas, Lisboa, Tipotejo Artes Gráficas, pp. 219-234.
9. Secretaria-geral centro de documentação e informação (2007), Catálogo bibliográfico – biblioteca do hospital ortopédico de Sant'Ana, Lisboa, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
10. Serrão, Joaquim Veríssimo (1998), A Misericórdia de Lisboa. Quinhentos anos de Historia, Lisboa, Livros Horizonte e Misericórdia de Lisboa.
11. Soares, Albino Máximo de Campos (1943), O Sanatório de Sant'Ana (Fundação Chamiço Biester), Lisboa, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

DE LAS EPIDEMIAS DE POLIO AL SÍNDROME POSTPOLIO A TRAVÉS DE LAS PUBLICACIONES PERIÓDICAS SOBRE REHABILITACIÓN EN ESPAÑA

Ana María Águila Maturana

Universidad Rey Juan Carlos. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.
ana.aguila@urjc.es

OBJETIVOS Y MATERIAL

El objetivo principal de este trabajo es analizar a través de las publicaciones científicas del ámbito de Rehabilitación, cuáles fueron los cuidados rehabilitadores en torno a la poliomielitis desde que comenzaron las campañas de vacunación en 1963 hasta el momento actual. Los objetivos secundarios son: 1) describir los cuidados rehabilitadores en las distintas fases de la poliomielitis. 2) detallar como gracias a las campañas de vacunación masiva de 1963-64, se disminuyó drásticamente el número de casos, para dar paso a los cuidados en fase de secuelas y cómo estos influyeron en el avance y consolidación de la Medicina de Rehabilitación en España. 3) mostrar cómo la aparición del síndrome postpolio, en los pacientes que tuvieron la poliomielitis aguda entre 20 y 30 años atrás, ha supuesto un nuevo campo de investigación en torno a las “secuelas tardías” de la poliomielitis.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica desde 1963 hasta la actualidad en PubMed, Web of Science, Scopus, Scielo-España, Dialnet plus, Teseo y Brain. Se

ha hecho una búsqueda manual (en los números disponibles en la Biblioteca Nacional) desde 1963 hasta el momento actual o cuando se dejó de editar la revista en: Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología, Acta fisioterápica Ibérica, Revista Española de Rehabilitación del Aparato Locomotor, Rehabilitación (Madr), Revista Iberoamericana de Rehabilitación Médica, Medicina de Rehabilitación, Fisioterapia, Avances en Traumatología, Cirugía, Rehabilitación, Medicina Preventiva y del Deporte, Revista Española de Subnormalidad, invalidez y epilepsia, Boletín de la Sociedad Valenciana de Rehabilitación y Medicina, Boletín de la Sociedad Española de Rehabilitación infantil, Boletín informativo de Rehabilitación laboral y Revista de Rehabilitación y Medicina Física Extremeña.

RESULTADOS

Durante las décadas de los años cincuenta y sesenta del siglo pasado, la poliomielitis atacó en España provocando que se llevase a cabo una actividad asistencial de carácter especializado en el ámbito de la Rehabilitación. Esto favoreció la delimitación de los contenidos científicos y el cuerpo de doctrina como nueva disciplina, reconociéndose oficialmente por el Ministerio de Educación y Ciencia como una nueva especialidad médica el 6 de junio de 1969 (1).

El binomio Rehabilitación-poliomielitis en España funcionó como un circuito de retroalimentación. La Rehabilitación benefició a los enfermos con poliomielitis, pero a su vez ésta propició una mayor consolidación de esta actividad especializada durante las décadas de los años cincuenta y sesenta (2).

Las epidemias de poliomielitis trajeron varias aportaciones al mundo de la Rehabilitación y Medicina Física (3, pp. 3-32). En torno a los cuidados de estos pacientes se desarrollaron al tiempo técnicas diagnósticas, terapéuticas y evaluadoras específicas de la Rehabilitación. Además surgió una nueva organización e institucionalización de los cuidados, una sistematización de la formación del personal especializado y la creación de una infraestructura tanto de recursos humanos como de instalaciones relacionadas con la especialidad de Rehabilitación. Se favoreció también que un colectivo de médicos se dedicara específicamente a los cuidados de reeducación y readaptación de los niños,

constituyendo el germen de la Rehabilitación infantil. De este modo la poliomielitis dinamizó el desarrollo científico de un grupo de profesionales como los pediatras, neurólogos, cirujanos ortopedas y médicos rehabilitadores, y personal paramédico constituido por terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, logopedas y enfermeras de rehabilitación.

Desde el punto de vista terapéutico la poliomielitis propulsó la puesta en marcha de investigaciones en torno a los remedios contra la enfermedad, desde una visión preventiva, curativa y de cuidados de las secuelas. Por otro lado, la poliomielitis era considerada en esta época por algunos autores como "una enfermedad escuela para todos los problemas que planteaba la Rehabilitación en general", por lo que el conocimiento de su tratamiento ayudaba en el plan terapéutico de otras enfermedades del aparato locomotor (4, p. 280). Para Enrique Bravo la Rehabilitación en la poliomielitis no era una técnica terapéutica más sino "un conjunto de métodos que permite reducir al mínimo las alteraciones de toda clase que sufren los enfermos motores y facilitar su integración o reintegración a la vida social "(5). Se pone así de manifiesto que la Rehabilitación era ya considerada un tratamiento integral, cuya finalidad era no sólo tratar al paciente en su problema físico, sino que su objetivo era la incorporación del inválido a la vida social.

En España, se inició la primera campaña piloto de vacunación con la vacuna inactivada tipo Sabin a finales de 1963, y en 1964 se inmunizó masivamente al 95% de los niños comprendidos entre 2 meses y siete años de edad (6). La facilidad de la vía de administración de la vacuna, su carácter gratuito y una adecuada concienciación de los padres, hizo posible la vacunación de la casi totalidad de la población infantil. Se decía que con la vacuna "se había de proclamar oficialmente que el país se hallaba en el camino de la erradicación de tan horrible mal" (7). Se consiguió así disminuir espectacularmente el número de casos nuevos, pero no erradicar la enfermedad hasta 1988, cuando se declaró el último caso de la enfermedad (8).

Igual que disminuyó espectacularmente el número de casos de polio, decreció el número de trabajos publicados en el ámbito de la Rehabilitación. Hay que destacar sin embargo una tesis leída en 1969 (9). Barnosell recoge su experiencia sobre la escoliosis en el seguimiento de 1136 casos de poliomielitis paralítica, como él señala "durante mi ejercicio profesional he vivido intensamente el gran

problema de la polio. Desde los primeros casos que vi hasta el último, siempre ha sido una enfermedad que me ha inquietado en el terreno científico y que me ha apesadumbrado en lo humano". Fue uno de los pioneros de la consolidación y cristalización de la Rehabilitación en España que vivió las epidemias de polio y sus secuelas.

Por otro lado, desde mediados de los años 80 se viene describiendo un conjunto de síntomas en los pacientes que padecieron la polio, entre 20 y 40 años antes que es lo que se conoce como síndrome postpolio (10, 11). Este síndrome clínico se caracteriza por fatiga, que es el síntoma más frecuente, nueva debilidad muscular, tanto de músculos afectados como sanos, mialgias, artralgias, intolerancia al frío, fasciculaciones y otros síntomas menos frecuentes como disfonía, disfagia, alteraciones en el sueño e insuficiencia respiratoria. Muchas personas reviven la fase aguda de la polio, al ser víctimas de esta nueva "secuela" de la enfermedad: el síndrome postpolio (12).

Sin embargo, en España las publicaciones médicas en torno al síndrome postpolio han sido muy escasas como reflejo de la polémica generada con estos síntomas. Dentro del colectivo médico ha existido reticencia a aceptarlos como un nuevo síndrome. Se han considerado como el agravamiento de las secuelas de la poliomielitis con el paso del tiempo, es decir consecuencia del envejecimiento de estas personas. La primera publicación española en el ámbito de Rehabilitación fue a propósito de un caso en 1992 (13) y desde entonces se han publicado pocos trabajos, no así en revistas europeas o americanas.

En el año 2009 en la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su versión 10 (ICD-10) se ha adjudicado un lugar específico al Síndrome Post- Polio (SPP) clasificándolo bajo el código "G14" y excluyéndolo del código B91 (Secuelas de poliomielitis), en el que se incluía previamente (14).

CONCLUSIONES

1) La Poliomielitis (1940-1964) atacó España provocando que se llevase a cabo una actividad asistencial de carácter especializado en el ámbito de la Rehabilitación.

2) Favoreció la delimitación de los contenidos científicos y el cuerpo de doctrina como nueva disciplina, reconociéndose oficialmente por el Ministerio de Educación y Ciencia como una nueva especialidad médica el 6 de junio de 1969.

3) La aparición del síndrome postpolio ha supuesto un nuevo campo de investigación en torno a sus cuidados.

Podemos concluir con el testimonio de Consuelo Ruiz, afectada de poliomielitis: "La polio es una enfermedad del pasado, sus secuelas, los efectos tardíos, y el síndrome postpolio forman parte del presente. 24 de octubre, Día de Lucha contra la Polio".

BIBLIOGRAFÍA

1. Decreto 6 junio 1969, núm. 1140/69 (Mº Educ. y Ciencia). Médicos. Reconoce Rehabilitación como especialidad. B. O. Estado 17 junio 1969 (núm. 144).1
2. Águila Maturana, Ana María. (2000), El debate médico en torno a la Rehabilitación en España (1949-1969). Tesis Doctoral. Universidad Complutense, Madrid.
3. Delisa, J. A.; Currie, D. M.; y Martin, G. M. (1998), Rehabilitation medicine: past, present and future, Philadelphia, Lippincott-Raven.
4. Olaizola Sarria, B. (1969), Tratamiento de los trastornos respiratorios en los enfermos paralíticos. En: González Más, R., ed., Tratado de Rehabilitación Médica. 2ª ed., Barcelona, Editorial Científico-Médica.
5. Bravo, E. (1958), Cuestiones médicas y sociales que plantea la organización de un Centro de Rehabilitación de niños afectos de enfermedad motriz, Madrid: Servicios de Protección Maternal e Infantil, Dirección General de Sanidad.
6. Belaustegui A, Arbelo A, (1965), La poliomielitis en España, enfermedad erradicada, Referata pediátrica, V, 11-19.
7. Arbelo Curbelo, A. (1966), Poliomielitis. En: Arbelo Curbelo, A. Pediatría Preventiva Antiinfecciosa en España. Madrid: Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión. Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social "La Paz". Clínica Infantil, 1966, 135-147.
8. Verdugo, M. A. (1995), Personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías. En: Verdugo Alonso, Miguel Ángel, dir., Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras. 1ª ed., Madrid, Siglo Veintiuno, pp. 1-35.
9. Barnosell Nicolau, Francisco (1969), Estudio clínico de la escoliosis en 1136 casos de poliomielits paratlítica, Barcelona, Universidad de Barcelona.
10. Halstead, L. S.; Rossi, C. D. (1985), New problems in old polio patients: results of a survey of 539 polio survivors, Orthopaedics, 8, 845-850.
11. Bouza, C.; Muñoz, A.; Amate, J. M. (2002), Síndrome post-polio: revisión de la literatura, situación en España y posibles líneas de actuación. Informe Técnico. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
12. Porras Gallo, Mª Isabel; Ayarzagüena Sanz, Mariano; de las Heras Salord Jaime, Báguena Cervellera, María José, coords. (2013), El drama de la polio: un problema social y familiar en la España franquista. Un problema social y familiar en la España franquista, Madrid, Los libros de la catarata.1
13. Vázquez Arce, M. I. (1992), Síndrome post-polio: revisión bibliográfica a propósito de un caso, Rehabilitación (Madr), 26, 401-405.
14. www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf (consultado en Enero 20149.

RECURSOS DE INVESTIGACIÓN EN EL FRANQUISMO. ANÁLISIS DEL MATERIAL REGISTRADO EN LOS ARTÍCULOS ORIGINALES PUBLICADOS EN *REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA*

Lira Ramos y Consuelo Miqueo,

Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina. Universidad de Zaragoza.
cmiqueo@unizar.es

La comunicación pretende dar a conocer algunos resultados de una investigación a término, que se ha diseñado como estudio piloto, sobre los recursos hemerográficos, materiales e iconográficos dispuestos en un determinado momento histórico, el año 1960. Permite poner de relieve una vez más (1, 2), con otros datos, el poder de la revista estrella de la medicina del franquismo y de su director, Carlos Jiménez Díaz, que lideró el proyecto de su publicación como una gran empresa científica desde sus inicios en 1940 y continúa todavía con un alto factor de impacto en su área, medicina interna (2,008). Interesa, por último, discutir la potencialidad de este modelo de análisis, y de esta fuente, para inventariar los centros, grandes y pequeños aparatos, equipos humanos, recursos bibliográficos y fotográficos realmente utilizados para la investigación biomédica durante las distintas etapas del franquismo, y analizar el efecto de la evolución económica, relaciones internacionales y política científica de esta larga época de nuestra historia reciente.

Las revistas médicas españolas han sido objeto de numerosos estudios bibliométricos con objeto de conocer, desde la perspectiva de la política científica, la producción de una institución, una comunidad, una especialidad médica o área de conocimiento (3, 1, 2). Pero no se han utilizado como fuente para inventariar los instrumentos y otros materiales animales y humanos utilizados realmente en la investigación, ni los recursos iconográficos -fotografías, tablas y graficas o dibujos- inventados para ordenar, resumir y comunicar los hallazgos en las revistas científicas. La historia de la retórica científica y de la normalización formal del informe de investigación en el formato del 'artículo original' de una revista, a la que estos análisis contribuyen, ha constituido uno de los objetivos de la sociología del conocimiento científico (4).

Por otra parte, la literatura de los últimos años muestra un interés por los estudios históricos sobre materiales de imagen, material biológico y procedimientos diversos como suturas y técnicas diagnósticas o quirúrgicas. (5) Entre los públicos beneficiarios del estudio y recuperación del material científico se cuentan no sólo los historiadores y el personal investigador, sino también las nuevas generaciones escolares. (6) No obstante este interés cultural, es reiterada la queja de los autores sobre la escasa bibliografía existente en relación a los materiales de investigación (5,6), así como el interés por la iconografía científica a la luz de los *visual studies* (7), revalorizada en el contexto de promoción (también en España) de la comunicación audiovisual y la producción de documentales científicos (8).

Por último, la historia centrada en el flujo de recursos gubernamentales o empresariales hacia los laboratorios o centros de investigación, o viceversa, empieza a completar los análisis más convencionales centrados en los cambios de teorías científicas, grandes figuras e instituciones. Y en este sentido el contexto político del momento es determinante. La visión y recuento de los instrumentos del instituto Torres Quevedo, creado en 1911 para unificar las gestiones de compra de material, ha desvelado la miseria de posguerra y la dependencia alemana (9). Los años 60 muestran un panorama distinto en ciencias de la vida, un desempeño más adaptado y con mejores recursos porque el final del aislamiento, y de la cartilla de racionamiento, tras la firma del acuerdo con Estados Unidos en 1953 permitió participar en proyectos de UNESCO y OCDE de promoción de organismos internacionales para la cooperación científica. Sin embargo, la recuperación económica y el desarrollismo de los 60 no implicaron una política científica ni presupuestos para financiarla, al menos no de

manera comparable al esfuerzo emprendido por los aliados de la segunda guerra mundial (10).

En este contexto, un año cualquiera para nuestro estudio, como por ejemplo 1960, parecía suficiente, siempre que fuera anterior a la catalogación de *Revista Clínica Española* en *Index Medicus,* luego *Medline*. Consideramos que se trata de una muestra válida para evaluar el diseño del trabajo y su aplicabilidad, y aportar en cualquier caso un inventario completo de los recursos utilizados (declarados) en la investigación biomédica en los años anteriores a 1960 con que comparar los datos de otros años de la misma *Revista Clínica Española*, de otras ciencias del mismo año, o de otras revistas de medicina.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio se ha desarrollado en dos fases. 1) Observar y cuantificar la estructura y función de la revista durante el periodo 1940-1970, en muestras trimestrales y por quinquenios (1940, 1945, 1950, 1955, etc.). Se obtuvo el valor ponderal de los artículos originales en ese largo recorrido y la nómina de todas las revistas reseñadas en cada muestra, observando sus variaciones en el tiempo, según países, idiomas y áreas científicas. 2) Analizar los artículos originales del año elegido (1960, 135 casos); identificar y clasificar todos los recursos materiales nombrados en el apartado de «material y métodos» de cada artículo o, en su defecto o imprecisión, en los demás (introducción, resultados o discusión); identificar y clasificar todos los recursos iconográficos empleados en la publicación de cada artículo original.

Hemos analizado varios centenares de recursos materiales analizando la frecuencia de uso, es decir, el número de artículos que utilizan alguno de los materiales consignados y el valor ponderal de cada uno de ellos. Finalmente, el conjunto de los 702 materiales registrados ha sido catalogado en nueve categorías de material científico: 1. Procedimientos 2. Pruebas de laboratorio 3. Equipos 4. Material de utillaje 5. Sustancias químicas 6. Animales 7. Personas 8. Otros materiales 9. Material iconográfico.

Para el registro y procesado de los datos hemos utilizado el programa base de datos File Maker y Excel, y los principales resultados (datos de tipo cuantitativo) se han reflejado en 23 tablas y 35 gráficas o figuras (11).

RESULTADOS

En 1940 las revistas reseñadas eran en su mayoría españolas y portuguesas, mientras que en 1945 se incluyeron más revistas europeas, observándose a partir de 1950 un predominio de revistas de habla inglesa, principalmente estadounidenses; en 1960 eran extranjeras en su totalidad, siendo Medicina Interna el área mejor representada (35%), seguida de las ciencias básicas o de laboratorio (20%), Cirugía (5%) y Farmacología (2%), Salud pública (1%). Las revistas reseñadas con mayor asiduidad, en el 45% de los fascículos, probablemente el núcleo del consumo hemerográfico español, fueron *JAMA*, *Annals of Internal Medicine* y *The Lancet*, y de las españolas, *Medicina clínica*, *Medicina*, *Revista española de tuberculosis*

Las instituciones productoras de investigación eran los institutos (64,70%), en especial el dirigido por el propio Jiménez Díaz, las facultades de medicina (15,63%) y diversos hospitales y clínicas (19,67%), destacando los procedentes de Madrid y hospitales provinciales de Sevilla, Valencia y Bilbao, siendo escasas las procedente de Barcelona (3 artículos).

En el conjunto de los recursos materiales utilizados en esas investigaciones, los más frecuentes fueron las pruebas de laboratorio consignados en la mitad los casos (52%); entre los humanos, aparecen las personas normales en 27 artículos y las enfermas en 41, utilizando estudiantes en 7 investigaciones. De los animales, destaca el uso de perros y ratas pero la frecuencia es baja, en 9 y 7 casos, a pesar de que tenían más libertad para utilizar animales de investigación que en otros países. Entre las sustancias químicas destacan los fármacos en 35 casos (29%), seguido de reactivos y sustancias endógenas en 17 y 15 casos. Las pruebas de laboratorio más utilizadas fueron las químicas, radiográficas e histológicas, y los registros gráficos e imagen (ECG, EEG, endoscopias) en 18 casos. Entre los procedimientos, utilizaron cateterismos en 5 casos y encuestas en otros cinco, siendo los quirúrgicos y las pruebas fisiológicas los más recurrentes, consignados en el 20,74% y 15,56% de los artículos originales. Los

equipos más utilizados fueron los autorregistradores y los cuantificadores, mientras que las cánulas, hilos y sondas, fueron los más utilizados del utillaje.

Los recursos iconográficos más frecuentes fueron las tablas (54%) y la fotografía (47,41%). Un porcentaje alto de artículos (11,85%) no utilizaban ninguna imagen, lo que resulta llamativo si tenemos en cuenta que sólo uno de los 135 artículos originales publicados *Revista Clínica Española* pertenece a un área cualitativa (psicología). Los dibujos y tablas frecuentemente eran realizados a mano alzada y plumilla con tinta china o con máquina de escribir. En España la implantación de los ordenadores fue lenta, los primeros disponibles fueron las *tabuladoras,* maquinas contables adquiridas por bancos y empresas importantes desde 1925. En 1967 la Universidad Complutense de Madrid recibió la donación de un IBM7 094 (segunda generación) para uso científico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pinto Madroñero, Carlos (1996), El periodismo médico español contemporáneo a través de la Revista Clínica Española (1940-1968). Las noticias de cirugía cardíaca en la Revista Clínica Española, tesis doctoral, Universidad de Alicante.
2. Mora Ripoll R.;, Ascaso, I.; Terrén, C.; Sentís, I.; Vilalta, J. (1995), Utilización del análisis estadístico en los artículos originales publicados en la Revista Clínica Española (1992-1993), Rev Clin Esp, 5, 298-301.
3. López Piñero, José María; Terrada, Mari Luz (1992), Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico-científica, Med Clin (Barc) 98, 64-9; 101-6, 142-8, 384-8.
4. Latour, Bruno; Woolgar, Steve (1995), La vida en el laboratorio. La construcción de los hechos científicos, Madrid, Alianza.
5. Bartomeu Sánchez, J.R.; García Blemar, A. (2002), Abriendo las cajas negras. Instrumentos científicos de la Universidad de Valencia, Valencia, Comunicación gráfica.
6. Zarzoso, A. (2005), Instrumentos científicos: patrimonio recuperado y didáctica de la ciencia. Dynamis, 25, 523-537.
7. Fajula Colom, Sara (2013), Las ilustraciones del cuerpo femenino en el tratado de Ginecología de Miquel A. Fargas Roca (1910), Dynamis, 33, 139-168.
8. FECYT. Convocatoria de ayudas para el fomento de la cultura científica y la innovación. http://www.convocatoria.fecyt.es/publico/Bases/Bases.aspx
9. Romero de Pablos, Ana (2008), Políticas para la enseñanza y la industria. En: Romero de Pablos, Ana; Santesmases, Mª Jesús. Cien años de Política Científica en España. Bilbao, Fundación BBVA.
10. Santesmases, Mª Jesús (2001), Entre Cajal y Ochoa: Ciencias Biomédicas en la España de Franco, 1939-1975, Madrid, Puntographic.
11. Lira Ramos, Gladys (2013). Recursos de investigación en el franquismo: Revista Clínica Española (1940-1970). Tesis MA, Universidad de Zaragoza, inédita. Resumen académico en: http://zaguan.unizar.es/record/11177?ln=es

DOLORES BIEN PATRIÓTICOS: LA ADOPCIÓN DEL MÉTODO PSICOPROFILÁCTICO EN LA POSGUERRA ESPAÑOLA (1940-1970)

Amaya García Arregui

CEHIC. Universidad Autónoma de Barcelona e Instituto de Filosofía. CSIC-CCHS. Madrid. amaya.garciaa@e-campus.uab.cat

El método psicoprofiláctico, también llamado “Parto Sin Dolor”, fue un fenómeno de gran resonancia internacional en el panorama obstétrico. Su aportación principal consistió en reformular el problema del dolor del parto apuntando hacia la ignorancia, la sugestión y el miedo como causas principales del sufrimiento de las mujeres durante el nacimiento. Aunque ésta era la idea de base de la psicoprofilaxis obstétrica, el método arrastraba consigo una serie de posicionamientos políticos y morales que cada nación desarrolló según sus características internas. Así, mientras que el “parto sin miedo” o “parto natural” del doctor inglés Grantly Dick-Read venía acompañado de un discurso conservador y beato (24, p. 1051-1052; 17, p. 46), los teóricos rusos del parto sin dolor –Vel’vovoskii y Nikolaiev, principalmente– fundamentaron su método con el materialismo pavloviano presente en la teoría de los reflejos condicionados y acusaron a la religión cristiana de haber dilapidado durante siglos la autoconfianza de las mujeres en el parto (23, 24). En la misma línea, la instauración del método en Francia, país que lo aprendió de los maestros

soviéticos, conllevó campañas de propaganda que exponían el parto sin dolor como signo indefectible del triunfo y progreso de la ciencia comunista (26).

El objetivo de nuestra comunicación es reconstruir la historia del método psicoprofiláctico en España y situarla dentro de este marco geopolítico global. Para ello, es necesario tener en cuenta tres factores que condicionaron el modo en que se acogió el parto sin dolor en la España de la posguerra: el concepto de medicina católica, el pensamiento eugenésico de principios de siglo y el auge de la maternología y la puericultura como nuevas disciplinas estrella del Estado franquista (22).

Para analizar el primer factor nos apoyamos en el código de deontología médica de Luis Alonso Muñoyerro, publicado por primera vez en 1934 y reeditado en 1942, 1950 y 1956. Este texto, además de marcar las directrices morales para el ejercicio de la medicina española de posguerra, definía el cuerpo del paciente como una entidad inseparable del alma y cuya regulación final dependía siempre del criterio divino (13, p.28). En consonancia con este postulado, Antonio Vallejo-Nágera concebía el cuerpo humano como un ensamblaje de funciones, fisiológicas y espirituales, cuyo estricto cumplimiento preservaba al sujeto, y con él también su descendencia, de caer en el camino sin retorno de la degeneración (19, p. 37). En algunos escritos del célebre psiquiatra la maternidad es presentada como la misión fundamental de la mujer en la Tierra, de donde se deriva la necesidad de una gestión colectiva de las funciones reproductivas femeninas con el fin de regenerar la raza, higienizarla y mantenerla siempre fiel a los mandatos divinos (18, p. 71; 19, p. 40).

Por otro lado, varias publicaciones médicas relativas a la “Maternología” nos permiten interpretar cuáles eran las preocupaciones biopolíticas inmediatas de la medicina al servicio del régimen en los años previos a la llegada de la psicoprofilaxis obstétrica al país. Con el objetivo de reducir las tasas nacionales de mortalidad materno-infantil, los maternólogos del Estado elaboraron un programa de educación femenina que se iniciaría desde los primeros meses de la gestación o a veces incluso antes de la concepción, incorporando algunos preceptos eugenésicos a través del consejo médico prenupcial (6). Asimismo, la maternología española de principios de los años cincuenta adelantaba una preocupación característica del posterior pensamiento psicoprofiláctico: el recurso a la anestesia o los procedimientos quirúrgicos en medicina obstétrica no está

justificado por sí mismo, y su uso debía supeditarse a un principio general de conservación de las capacidades reproductivas de la mujer (5, 6, 7). El secreto de una buena asistencia obstétrica residía, en la medida de lo posible, en dejar obrar a la naturaleza por sí sola. Por último, la noción de "distocia social" (3, 4, 6), acuñada por los maternólogos para referirse a los casos en los que las condiciones económicas e higiénicas del entorno de la embarazada impedían que el parto y el puerperio se desarrollasen normalmente, facilitaría la posterior asimilación de la teoría psicoprofiláctica, en la que los factores psicosociales adquirirían preponderancia sobre los fisiológicos con respecto a la buena marcha del parto.

La segunda parte de la ponencia se dirige a analizar el proceso de adopción del método psicoprofiláctico en la Península y las posteriores derivas de éste en el transcurso de los años.

Si bien tanto la comadrona Consuelo Ruiz Vélez-Frías como el doctor Álvaro Aguirre de Cárcer importaron el método desde Francia en el año 55, ambos ejercieron su labor divulgadora de forma marginal hasta que el Papa Pío XII pronunció un discurso aprobando el parto sin dolor en 1956, fecha tras la cual las enseñanzas del Dr. Aguirre de Cárcer ganaron en popularidad y surgieron múltiples exponentes de la psicoprofilaxis en España.

El examen del alegato papal a favor de la psicoprofilaxis obstétrica, así como el estudio de varios manuales para embarazada de finales de los cincuenta y principios de los sesenta nos permiten conectar el discurso psicoprofiláctico propiamente español con los antecedentes descritos previamente: la preparación de la mujer al nacimiento se plegó ante las exigencias de una medicina al servicio de la dictadura que establecía como prioridad el estímulo de la natalidad, el encauzamiento de las clases bajas y la decencia de la mujer española. Incluso algunas voces partidarias de la analgesia obstétrica o detractoras frontales del método psicoprofiláctico coincidían con éste, durante los primeros años de la posguerra, en que la maternidad conlleva sufrimientos que trascienden el mero trabajo de parto y de los que éste no es más que una metáfora inscrita en la carne; de ahí que la presencia consciente de la mujer durante el parto fuese para todos la pieza clave para la conformación de la identidad maternal (10, 11).

La ponencia se cierra planteando la cuestión de la evolución de la psicoprofilaxis obstétrica en España hasta el inicio de la década de los setenta. Como lo

demuestran varios escritos de reputados ginecólogos españoles, la praxis obstétrica experimentó en este periodo profundos cambios debido a la hospitalización masiva de los partos (16) y la institucionalización del parto dirigido (12) como técnica rutinaria en algunas maternidades. El testimonio de una mujer preparada en psicoprofilaxis por el Dr. Aguirre de Cárcer durante los años sesenta nos sirve de apoyo para sostener la tesis final: a saber, que independientemente de la eficacia del método como paliativo del dolor, el legado del parto sin dolor consistió en convertir la preparación prenatal en una útil técnica de control del comportamiento de la parturienta en el complejo hospitalario (25, p. 92). Además, la formación propiciada en los cursos preparatorios modificó irreversiblemente, medicalizándola, la forma en que las embarazadas experimentarían su entrada en la maternidad.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes:

1. Aguirre de Cárcer, Álvaro (1959), Preparación al parto, Madrid, Tipografía Flórez.
2. Aparicio, Octavio (1964), La madre y el niño, Madrid, Comercial Española de Ediciones.
3. Bosch Marín, Juan, de la Cámara, Juan-Pedro; y Sáenz de Tejada, Venancio (1950), 270.000 partos, sus enseñanzas sanitarias. Observaciones sobre la asistencia tocológica prestada en el Seguro Obligatorio de Enfermedad durante los años 1947 a 1949, Publicaciones “Al Servicio del España y del Niño español”, 152, 1-28.
4. Bosch Marín, Juan (1951), El hospital infantil y maternal en España, Publicaciones “Al Servicio del España y del Niño español”, 158, 1-60.
5. Box, María; de Cospedal, Antonio (1953), ¿Desea criar niños sanos?, Maternología y puericultura, Madrid Instituto Editorial Reus.
6. Cañellas Domènech, Francisco (1950), Realidad y perspectiva de la maternología, Publicaciones “Al Servicio del España y del Niño español”, 145, 1-34.
7. Cañellas Domènech, Francisco (1951), Significado sanitario-social del dispensario de maternología, Publicaciones “Al Servicio del España y del Niño español”, 156, 1-14.
8. Gil Turner, Guillermo (1973), Reflexiones sobre el acaecer y el devenir de la Ginecología, Bilbao, Real Academia de Medicina de Bilbao.
9. Gómez Estrada, Teresa (1965), Mi experiencia del parto sin dolor, prólogo del Dr. Álvaro Aguirre de Cárcer, Madrid, Ediciones Iberoamericanas.
10. Luque Beltrán, Francisco (1951), Deontología del parto sin dolor, Publicaciones “Al Servicio del España y del Niño español”, 162, 1-15.
11. Martí Álvarez-Ossorio, Ignacio (1960), Realidad y significación del dolor de parto, Valencia, Real Academia de Medicina de Valencia.
12. Meseguer Casalíns, Emilio (1970), Historia de la asistencia al parto, Murcia, Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.
13. Muñoyerro, Luis Alonso (1956), Código de deontología médica, Madrid, Ediciones Fax.
14. Raposo Picón, Juan (1962), Lo que debe saber toda futura madre, Orense, Gráficas Tanco.
15. Ruiz, Consuelo (2012), Parir Sin Miedo, el legado de Consuelo Ruiz, Tenerife, Editorial Obstare.
16. Usandizaga Beguiristain, José Antonio (1970), La Maternidad en el hospital moderno. En: VVAA, Homenaje al Profesor Dr. Don Manuel Usandizaga Soraluce,

en el 50 aniversario de su labor médica, docente y hospitalaria, Serie "Monografías Médicas de la Seguridad Social", Madrid, Ministerio de Trabajo, pp. 327-350.
17. Usandizaga Soraluce, Manuel (1960), La ataraxia en el parto, Madrid, Instituto Ibys.
18. Vallejo-Nágera, Antonio (1937), Eugenesia de la Hispanidad y Regeneración de la Raza, Burgos, Editorial Española.
19. Vallejo-Nágera, Antonio (1944), Psicología de los sexos, Conferencia pronunciada en el Círculo « Medina » de Madrid.
20. Vander, Adrian (1959), Parto sin dolor, Barcelona, Ediciones Dr. Vander.
21. Vila Coro, Ave María (1960), Higiene prenatal, Madrid, Rialp.

Literatura secundaria:

22. Bernabeu Mestre, Josep, Perdiguero-Gil, Enrique (2001), At the service of Spain and Spanish children: Mother-and-child healthcare in Spain during the first two decades of Franco´s Regime (1939-1963). En: Löwy, Ilana, Kriege, John, eds., Images of disease. Science, public policy and health in post-war Europe. Luxembourg, European Communities, pp. 167-186.
23. Michaels, Paula (2007), Childbirth Pain Relief and the Soviet Origins of the Lamaze Method, Nceeer Working Paper, pp. 1-31.
24. Michaels, Paula (2010), Comrades in the Labor Room: The Lamaze Method of Childbirth Preparation and France's Cold War Front, 1951-1957, American Historical Review, 115(4), pp. 1031-1060.
25. Vuille, Marilène (1998), Accouchement et douleur. Une étude sociologique, Lausanne, Éditions Antipodes.
26. Vuille, Marilène (2005), Le militantisme en faveur de l'accouchement sans douleur, Nouvelles questions féministes, 24(3), pp. 50-67.

LA ESCUELA ANATÓMICA DE JOSÉ ESCOLAR Y LA RFA: LA INTRODUCCIÓN EN ESPAÑA DE LA ANATOMÍA FUNCIONAL DEL SISTEMA NEUROENDOCRINO (1950-1960)

Raúl Velasco Morgado

Área de Historia de la Ciencia. Universidad de Valladolid.
raulvmorgado@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las relaciones internacionales del CSIC como organismo oficial de ciencia del régimen franquista han sido objeto de estudio de varios trabajos hasta el momento. Sin embargo, dado el carácter personal de las relaciones científicas, un acercamiento minucioso al proceso obliga a realizar estudios específicos de los círculos científicos de cada uno de los institutos de investigación del período; sólo así se podrá comprender la idiosincrasia local que dibujó la transmisión internacional de la ciencia en aquel contexto sociopolítico.

Para estudiar el caso de la anatomía española es indispensable el estudio de las dos escuelas que se convirtieron en hegemónicas durante este periodo, la de Francisco Orts Llorca y la de José Escolar. En la presente comunicación estudiaremos una de las líneas de investigación más fructíferas de la escuela de Escolar: la morfología de la neurosecreción. Analizaremos la producción científica

del grupo sobre el tema y el papel que jugaron sus relaciones con la escuela alemana en el proceso de asimilación y desarrollo de esta nueva área de conocimiento.

Para ello, además de sus publicaciones, contamos con varias fuentes interesantes, como los expedientes conservados en el archivo de la Fundación Juan March –que se erigió como el principal mecenas privado del grupo- o los relatos conservados en los *libri amicorum* dedicados a varios escolarianos.

EL PROCESO DE SUPERESPECIALIZACIÓN DE LOS ESCOLARIANOS

"Excombatiente de primera línea durante 30 meses. Cruz de Campaña, dos Cruces Rojas y una Cruz de Guerra". Este vínculo militar durante la Guerra, unido a un catolicismo manifiesto, dibujaban en Escolar la perfecta silueta del científico que buscaba el nuevo régimen para sus organismos oficiales. El anatomista supo aprovechar de una manera más que inteligente esta condición y, una vez conseguida la cátedra de anatomía de Granada en 1944, comenzó un programa intensivo de estancias científicas en el extranjero financiadas por estructuras gubernamentales.

Su primer valedor fue el propio Ministerio de Asuntos Exteriores de Martín-Artajo, que por aquellos años estaba intentando romper las fronteras diplomáticas con varios países, entre los que se encontraban los EEUU. En este contexto, el Ministerio concedió a Escolar una beca en 1947, gracias a la cual pudo conocer el laboratorio de Horace Magoun en Chicago. Las bases metodológicas y técnicas que allí adquirió sobre degeneración neuronal y técnicas estereotáxicas revolucionaron realmente su anatomía.

Y es que Escolar fue, ante todo, un científico viajero. Una vez establecido en el CSIC (su laboratorio se convirtió en 1949 en la "Sección de Anatomía" del Consejo), aprovechó las subvenciones que le ofrecía la superestructura oficial para seguir conociendo laboratorios extranjeros. Arrastrado por la germanofilia de la institución, en 1951 recibió una de las pensiones que ofrecía y se desplazó hasta Gottingen para trabajar en actividad bioeléctrica encefálica en el *Neurophysiologische Abteilung* del Max-Planck–Institut (MPI). Pensionado de nuevo al año siguiente, regresó a la RFA y visitó por primera vez el

Neuroanatomische Abteilung del MPI, en Giessen, donde conoció a Hugo Spatz, con el que estrechó unos férreos vínculos durante el resto de la década.

El análisis de las instituciones que financiaron los continuos viajes de Escolar y sus discípulos a Alemania en las siguientes dos décadas deja a la vista no sólo el gran apoyo estatal a la hora de establecer estos vínculos, sino un interés recíproco por parte de la RFA. Además de las pensiones del CSIC –que nunca se otorgaron al grupo de Orts- los escolarianos contaron con el apoyo de instituciones y organismos alemanes como la MPI o la *Deutsches Akademisches Austauschdienst*.

Como hicimos notar en un trabajo previo (3), las múltiples líneas de investigación de los laboratorios a los que los discípulos de Escolar iban siendo enviados les fueron atrayendo en diferente medida, lo que desencadenó un proceso de superespecialización. Mientras unos se centraron en el desarrollo ontofilogenético del cerebro, otros se dedicaron a la aplicación de la degeneración walleriana y la estereotaxia, otros, a la anatomía funcional del sistema neuroendocrino y un pequeño grupo, extendió su área a la clínica, implicándose en labores investigadoras y asistenciales neuroquirúrgicas. Sin embargo, y como veremos, estos límites disciplinares no siempre tuvieron unas fronteras tan bien definidas.

LA NEUROSECRECIÓN COMO PROBLEMA MORFOLÓGICO FUNCIONAL

Tras un breve paso por un instituto provisional, Spatz y su equipo fueron recolocados en el antiguo pabellón de fisiología de la Universidad de Giessen, donde prosiguieron con los estudios sobre el sistema hipotálamo-hipofisario que habían comenzado tras la Guerra (2, pp. 334-335). Cuando los escolarianos llegaron al laboratorio alemán, el grupo de Spatz tenía ya establecida una línea de investigación clara alrededor del estudio de este sistema desde el punto de vista filogenético, embriológico y experimental.

Víctor Smith Agreda viajó por primera vez a Alemania en 1952. Encauzada ya su carrera académica y siendo ya profesor adjunto, desde 1956 hasta 1961, siguió viajando anualmente a la RFA gracias al apoyo económico del MPI y de la fundación Juan March. Estos continuos viajes de los escolarianos a Alemania fueron claves para su ingente producción científica, imposible por las dificultades

para conseguir material en Granada. Cuando Spatz visitó España se sorprendió de la discordancia entre la capacidad del equipo y la escasez de medios. La pobreza económica era tal, que algunos de ellos dormían en el mismo laboratorio.

Los estudios sobre la hipófisis que llevó a cabo Smith durante las décadas de los 50 y de los 60 resultaron de una gran relevancia internacional. En Giessen, comenzó a trabajar junto al holandés Rudolf Diepen y, junto a él, publicó un trabajo sobre la evolución ontofilogenética del sistema neurosecretor hipotálamo-hipofisario que acababa de describir Bargmann. El artículo será citado numerosas veces en las publicaciones especializadas posteriores.

Posteriormente, siguiendo la metodología de ejes cartesianos desarrollada por Escolar, describió el sistema en el gato, lo que permitió al catedrático comenzar el estudio experimental de la zona junto al hermano de Víctor, José María, que había comenzado a colaborar con el equipo. Sus trabajos con diatermocoagulación describieron una disposición topográfica especial que, como el resto de sistemas funcionales de Escolar, merecían un estudio vascular exhaustivo. Aquí se desarrolló la gran aportación de Víctor Smith; gracias a la inyección de gelatina y tinta china, describió un nuevo sistema portal hipofisario "de asas largas", al que llamó "profundo" para diferenciarlo del clásico de Popa.

El descubrimiento fue puesto en valor por el propio Barcia Goyanes –el "decano" de los neuroanatomistas españoles de la época- en la recepción de Smith como académico en la Real Academia de Medicina de Valencia, e incluso propuso utilizar el epónimo de "sistema portal hipofisario de Smith Agreda" (3, p. 72). La aceptación del epónimo, sin embargo, no fue la deseada.

Mientras tanto, las investigaciones de Escolar ampliaban la visión del eje hasta las gónadas y consiguió describir cómo la regeneración adenohipofisaria sólo aparecía en ausencia de la influencia gonadal y que no la observaba en los animales a los que no procedía a la castración. Aquellos trabajos abrieron el campo de interés del equipo a todo el sistema neuroendocrino, una línea de trabajo a la que se incorporó Pedro Amat Muñoz como nuevo miembro del grupo en 1954.

Sus primeros trabajos giraron en torno a la morfología dinámica del eje hipotálamo-hipofisario en la rata grávida y, a diferencia de sus colegas, se dirigió hasta el laboratorio de Dietrich Starck en Frankfurt. Aunque sabemos que el

laboratorio tenía relaciones con el de Spatz (1) y que cedieron una habitación para que pudiera pasar las primeras noches en el propio laboratorio, la estancia de Amat fue descrita por él mismo como “bastante precaria”. Allí llevo a cabo una investigación llevando a cabo lesiones experimentales en la neurohipófisis de mono Rhesus para así observar la funcionalidad de la adenohipófisis y del resto del sistema neuroendocrino sin ella. Las técnicas estereotáxicas de su escuela le permitían hacer lesiones muy precisas que hasta el momento no habían sido posibles. El Rhesus, no obstante, no era accesible en España, por lo que en Alemania se dedicaba a realizar preparaciones y las enviaba a España para analizarlas, con las consiguientes dificultades de paso de material por la frontera.

Sus siguientes investigaciones, ya en los años 60, se llevaron a cabo en el gato, en la rata y en la cobaya para estudiar el “síndrome general de adaptación” que había descrito recientemente Seye y en el que Tonutti había descrito en el laboratorio de Spatz los estados de cambios progresivos y regresivos.

Amat sometió a los animales a lesiones hipofisarias y/o a estresores endocrinos y vio las repercusiones morfológicas en el resto de glándulas. Estas investigaciones le llevaron a buscar el apoyo de sus compañeros de escuela, pues cada uno había realizado previamente el estudio estereométrico de cada animal de investigación. Incluso llegó a desplazarse a Pamplona para trabajar con Luis María Gonzalo Sanz los cerebros de cobaya. No sólo había hecho el mapa de esta especie sino que, precisamente, había trabajado con Tonutti en 1955. Los escolarianos seguían trabajando como una gran familia a pesar de la distancia geográfica que les separaban las cátedras en las que se iban asentando. Aquellas “sabatinas” primigenias en las que todos se reunían con el maestro una vez a la semana se convirtieron en una especie de congresos a los que sólo estaban invitados los miembros del grupo (4, p. 27) y en los que se seguía “haciendo escuela”.

Aún en estos años se siguieron incorporando nuevos investigadores a la cátedra, ahora localizada en Zaragoza. Entre ellos, destacaremos aquí a René Sarrat, que visitó a Bargmann en Kiel y trajo una visión diferente de la neurosecreción (4, pp. 25-26) que enriqueció la escuela con la variedad que ofrece la discrepancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Velasco Morgado, Raúl (en prensa), Embriología y «ciencia oficial»: La aportación de la escuela anatómica de José Escolar a la embriología durante el Primer Franquismo (1939-1959), Dynamis.
2. Hallevorden, Julius (1964), "Homenaje al Profesor Hugo Spatz al cumplir los 75 años", *Anales de Anatomía,* 13(29), 325-339.
3. Barcia Goyanes, Juan José (1967), Discursos leídos ante la RAM de Valencia en la recepción de […] Valencia, Papelería Vila.
4. Smith, Víctor (2009), Jubilación del Profesor René Sarrat Torreguitart. En: Vera, Arturo, Nieto Amada, José Luis y Obón Jesús (coord.), Amicorum liber doctori René Sarrat. Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza, pp. 23-28.