



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**  
CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA  
ÁREA DE ESTOMATOLOGÍA**

**UNIVERSIDAD DE SALAMANCA**



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA**

**“EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ODONTOLOGÍA SOCIAL EN  
ESPAÑA A LO LARGO DEL SIGLO XX”**

**TESIS DOCTORAL**

**Dña. Paloma Villalva Hernández-Franch**

**Director:**

**Pr. Dr. Javier Flores Fraile**

**Junio 2020**



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA  
ÁREA DE ESTOMATOLOGÍA**



**DECLARACIÓN:**

PROF. **DR. JAVIER FLORES FRAILE**, PROFESOR ASOCIADO DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA, ÁREA DE ESTOMATOLOGÍA Y GERENTE DE LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

**CERTIFICA ,**

Que la Tesis Doctoral que presenta al superior juicio del Tribunal, que designe la Universidad de Salamanca, Dña. **PALOMA VILLALVA HERNÁNDEZ-FRANCH** titulada **“EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ODONTOLOGÍA SOCIAL EN ESPAÑA A LO LARGO DEL SIGLO XX”**, ha sido realizada bajo nuestra supervisión, siendo expresión de la capacidad científica de su autor, que lo hacen acreedor del título de Doctor, siempre que así lo considere el citado Tribunal.

Fdo: Pr. Dr. Javier Flores Fraile

Salamanca, a 15 de Junio de 2020.



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA  
ÁREA DE ESTOMATOLOGÍA**



PROFESOR D. FRANCISCO LOZANO SÁNCHEZ, DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

CERTIFICA:

Que la presente Memoria de Tesis Doctoral, elaborada por Doña **PALOMA VILLALVA HERNÁNDEZ-FRANCH**, para optar al Título de Doctor por la Universidad de Salamanca, con el título **“EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ODONTOLOGÍA SOCIAL EN ESPAÑA A LO LARGO DEL SIGLO XX”**, realizada bajo la dirección del profesor Dr. Javier Flores Fraile, reúne los requisitos necesarios para su presentación y defensa ante el Tribunal Calificador para poder optar al Título de Doctor por la Universidad de Salamanca.

Y para que conste, expide y firma la presente certificación.

Fdo. Pr. Dr. Francisco Lozano Sánchez

Salamanca, a        de        de 2020.



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA  
ÁREA DE ESTOMATOLOGÍA**



***“Vive como si fueras a morir mañana  
y aprende como si fueras a vivir para siempre”***

*Gandhi*



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA  
ÁREA DE ESTOMATOLOGÍA**



## AGRADECIMIENTOS

Como muchos podrán imaginarse, sacar adelante un proyecto como el que tenéis en vuestras manos no está exento de dificultades: el comienzo es duro, sobrellevar los problemas que van apareciendo durante su desarrollo se convierte en ardua tarea y ser capaz de ponerle un punto y final, apagando esas ansias de perfeccionarlo, también lo es.

Pero este camino no ha sido recorrido en solitario, me han acompañado por él personas importantes que han estado allí para animarme a seguir adelante, ayudándome a ser capaz de levantar la vista y retomar la perspectiva que sentía perdida, haciendo acopio de voluntad que sólo ellos eran capaces de sacar a la luz cuando todo parecía sumido en la oscuridad.

En primer lugar, me gustaría darle las gracias a mi director, Pr. Javier Flores Fraile, al cual debo la organización de este estudio, y mi reencuentro con la vocación a pie de hospital, sin los cuales esta aventura no habría tenido lugar.

A mi padre, por inculcarme el espíritu de lucha y tenderme el brazo cuando las fuerzas flaqueaban; a mi madre, por ser todo amor y corazón, cuidándome cuando me sentía enferma, ayudándome en mi reciente maternidad y regalándome preciados momentos de tranquilidad para poder continuar esta investigación; a mi hermana y cuñado que tomaron las riendas de la empresa con una sonrisa serena y haciéndome ver que todo saldría bien; y a mi hermano que, como buen mellizo, ha velado en todo momento de nuestra vida por mí, siendo todo cariño y nobleza.

Por último, y no menos importante, a mi marido Antonio y a mi pequeña Lourdes, los grandes pilares de la casa, por los cuales el gran esfuerzo que ha supuesto la realización de este trabajo cobra sentido, para un futuro mejor junto a ellos.

A todos vosotros y a muchos a los que no os nombro pero sabéis quiénes sois: gracias.

Paloma Villalva Hernández-Franch



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA  
ÁREA DE ESTOMATOLOGÍA**



## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 LA ODONTOLOGÍA SOCIAL EN EL SIGLO XX. CONCEPTUALIZACIÓN .....	1
1.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO DEL SIGLO XX.....	2
1.2.1 REINADO DE ALFONSO XIII.....	4
1.2.2 LA II REPÚBLICA.....	20
1.2.3. LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA.....	26
1.2.4 EL GOBIERNO FRANQUISTA .....	28
1.2.5 LA MONARQUÍA DE JUAN CARLOS I DE ESPAÑA .....	34
1.3 SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA EN EL SIGLO XX.....	42
1.3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS .....	42
1.3.2 ANTECEDENTES LEGISLATIVOS .....	43
1.3.3 LEGISLACIÓN SALUD PÚBLICA EN EL SIGLO XX.....	46
2. OBJETIVOS .....	57
3. MATERIAL Y MÉTODO .....	58
3.1 MATERIAL .....	58
3.2 MÉTODO.....	60
4. RESULTADOS .....	61
4.1 LA ODONTOLOGÍA SOCIAL EN ESPAÑA EN EL SIGLO XX .....	61
4.1.1 EL TÍTULO DE ODONTOLOGÍA .....	61
4.1.2 EVOLUCIÓN DE LA ODONTOLOGÍA SOCIAL EN ESPAÑA .....	63
4.2 ANDALUCÍA .....	75
4.2.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	75
4.2.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO .....	76
4.2.3 CONTEXTO SANITARIO .....	83
4.3 ARAGÓN .....	93
4.3.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	93



4.3.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO .....	96
4.3.3 CONTEXTO SANITARIO .....	100
4.4 ASTURIAS.....	108
4.4.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	108
4.4.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO .....	112
4.4.3 CONTEXTO SANITARIO .....	115
4.5 CANTABRIA.....	122
4.5.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	122
4.5.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO .....	124
4.5.3 CONTEXTO SANITARIO .....	128
4.6 CASTILLA LA MANCHA.....	140
4.6.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	140
4.6.2 CONTEXTO SOCIO POLÍTICO .....	143
4.6.3 CONTEXTO SANITARIO .....	147
4.7 CASTILLA Y LEÓN .....	154
4.7.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	154
4.7.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO .....	157
4.7.3 CONTEXTO SANITARIO .....	164
4.8 CATALUÑA.....	177
4.8.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	177
4.8.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO .....	179
4.8.3 CONTEXTO SANITARIO .....	182
4.9 EXTREMADURA .....	194
4.9.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	194
4.9.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO .....	195
4.9.3 CONTEXTO SANITARIO .....	195
4.10 GALICIA.....	204
4.10.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	204



4.10.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO .....	208
4.10.3 CONTEXTO SANITARIO .....	210
4.11 ISLAS BALEARES.....	217
4.11.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	217
4.11.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO .....	219
4.11.3 CONTEXTO SANITARIO .....	222
4.12 ISLAS CANARIAS .....	233
4.12.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	233
4.12.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO .....	235
4.12.3 CONTEXTO SANITARIO .....	241
4.13 MADRID .....	247
4.13.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	247
4.13.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO .....	248
4.13.3 CONTEXTO SANITARIO .....	251
4.14 MURCIA .....	270
4.14.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	270
4.14.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO .....	275
4.14.3 CONTEXTO SANITARIO .....	279
4.15 NAVARRA.....	288
4.15.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	288
4.15.2 CONTEXTO SOCIO- POLÍTICO .....	294
4.15.3 CONTEXTO SANITARIO .....	302
4.16.1 PAÍS VASCO .....	312
4.16.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	312
4.16.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO .....	314
4.16.3 CONTEXTO SANITARIO .....	321
4.17 LA RIOJA .....	333
4.17.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	333



4.17.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO .....	334
4.17.3 CONTEXTO SANITARIO .....	339
4.18 VALENCIA .....	354
4.18.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	354
4.18.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO .....	356
4.18.3 CONTEXTO SANITARIO .....	362
4.19 CEUTA.....	374
4.19.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	374
4.19.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO .....	376
4.19.3 CONTEXTO SANITARIO .....	379
4.20 MELILLA.....	384
4.20.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.....	384
4.20.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO .....	386
4.20.3 CONTEXTO SANITARIO .....	389
4.21 GUINEA ECUATORIAL .....	398
4.22 IFNI .....	401
4.23 EL SÁHARA ESPAÑOL.....	405
5. DISCUSIÓN.....	408
6. CONCLUSIONES .....	425
7. BIBLIOGRAFÍA.....	426
8. ANEXOS .....	457
8.1 LISTADO DE FIGURAS .....	457
8.2 LISTADO DE TABLAS .....	461
8.3 ACONTECIMIENTOS RELEVANTES DE LA SALUD PÚBLICA ORAL DURANTE EL SIGLO XX	462
8.4 ABREVIATURAS.....	468



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA  
ÁREA DE ESTOMATOLOGÍA**



# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1 LA ODONTOLOGÍA SOCIAL EN EL SIGLO XX. CONCEPTUALIZACIÓN

La Odontología Social o Comunitaria es responsable de la salud oral de las distintas comunidades; es la disciplina encargada de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la patología oral. Utiliza distintas estrategias y métodos para la promoción de la salud oral y la prevención de las enfermedades buco-dentales. Prioriza su acción en los colectivos desfavorecidos y/o vulnerables, en los cuales las carencias y necesidades asistenciales siempre son más necesarias (1,2).

Castaño A., en “la Odontología Social” del año 2017, determina que *“los responsables de la asistencia odontológica han llevado a cabo una labor social a lo largo de la historia. Esta implicación social se ha desarrollado de forma individual en la mayoría de los casos, obedeciendo más a impulsos solidarios que a actividades colectivas organizadas de la profesión dental”* (3-5).

Esta disciplina adquiere rango universitario a finales del siglo XIX y principios del siglo XX (6) y sus estudios no conllevan necesariamente un compromiso social de los nuevos licenciados y es de carácter limitado, ante la escasa formación e implicación de autoridades políticas docentes y profesionales en relación a las medidas de prevención en salud oral y en concienciación respecto a la bondad de aplicación de estrategias comunitarias (7, 8).

Es, a finales del siglo XX, con la Conferencia Internacional de Alma-Atá (9) y la Declaración de Berlín (10), cuando aparece un punto de inflexión en cuanto al desarrollo de la Atención Primaria de Salud, la Salud Pública y la participación activa de la comunidad. Por ende, es el momento de transformación de la Salud Pública Oral y Odontología Social.





## 1.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO DEL SIGLO XX

La historia de España del siglo XX comienza tras la derrota militar del 1898 a manos de EE.UU que supone la pérdida de Cuba, Puerto Rico y Filipinas (11). La crisis de identidad que sigue a la derrota inicia un conflicto que durará la mayor parte del siglo XX, entre los que pretenden recuperar la ideología del pasado de España como imperio y los que pretenden construir una conciencia nacional desde una perspectiva más moderna y liberal similar a las demás naciones europeas.

Toda esta situación se traduce en distintas formas de gobierno que contrastan enormemente entre sí:

- **La monarquía de Alfonso XIII.** Durante su reinado se diferencian distintos periodos:
  - La regencia de María Cristina de Habsburgo (1886-1902)
  - Periodo Constitucional (1902-1923)
  - La dictadura de Primo de Rivera (1923-1930)
  - La “dictablanda” de Dámaso Berenguer (1930-1931)
- **La II República**
  - Gobierno provisional de Niceto Alcalá Zamora
  - Bienio reformista
  - Bienio radical- cedista
  - Elecciones de 1936 y el Frente popular
- **La Guerra civil española**
- **El Gobierno franquista**
- **La monarquía de Juan Carlos I sustentada por un sistema democrático parlamentario**
  - Gobierno de Carlos Arias Navarro
  - Gobierno de Adolfo Suárez
  - Gobierno Leopoldo Calvo Sotelo
  - Gobierno Felipe González

Los cambios políticos españoles de esta época se corresponden con grandes transformaciones en todas las demás esferas de la vida pública. En lo social y económico se caracteriza por el crecimiento tanto demográfico como del nivel adquisitivo.

A principios del siglo, las grandes ciudades, como son Madrid y Barcelona, se convierten en grandes urbes a las que emigra gran parte de la población campesina en busca de trabajo dentro de un incipiente sector industrial. Estas clases proletarias son precisamente las que impulsan la modernización del país, frente a la población rural y los estamentos dominantes. Las causas y características de este crecimiento industrial fueron:

- El auge de la minería del carbón: por el encarecimiento del carbón extranjero durante la Primera Guerra Mundial, que llevó a bastantes países a sustituirlo por el español.
- El aumento de la inversión nacional procedente de los beneficios de las exportaciones a Europa durante la Primera Guerra Mundial.
- El impulso de las obras públicas durante la dictadura de Primo de Rivera, que favoreció el desarrollo de numerosos sectores industriales como el del cemento y el hierro.
- La incorporación de la electricidad.
- La no existente competencia exterior gracias al proteccionismo industrial.

Este desarrollo industrial destacó en ciudades como País Vasco, Asturias, Valencia y Madrid. El sector de la siderúrgica se extendió especialmente por la franja cantábrica y del Mediterráneo. En el foco andaluz se agudizó su decadencia y las industrias tradicionales del interior no fueron competencia con las de la periferia. Destacó el desarrollo de la industria de consumo (industria textil catalana especialmente se vio favorecida) como resultado de la mejora del nivel de vida.

En lo cultural, los continuos cambios políticos y sociales propician una gran diversidad de tendencias estéticas aunque no todas de igual calidad. Este gran número de grandes escritores y artistas surgidos en estos primeros años del siglo, a pesar del analfabetismo imperante del país, ha hecho que esta época se conozca con el nombre de La Edad de Plata de la cultura española (12,13), que surge en el primer tercio del siglo XX hasta 1936. Estos grupos de intelectuales se clasificaron en generaciones: la del 1898, la de 1914 y la de 1927.

### 1.2.1 REINADO DE ALFONSO XIII

Durante su minoría de edad, la jefatura del Estado fue desempeñada por su madre María Cristina de Habsburgo en calidad de regente concretamente desde el nacimiento en Mayo de 1886 hasta que cumplierse los dieciséis años de edad en 1902 y juró la Constitución de 1876, momento en que inició su reinado personal que se prolongó hasta 14 de abril de 1931 fecha en la que fue mandado al exilio al proclamarse en España la Segunda República . El reinado se suele dividir en varias etapas:



Figura 1. Imagen del Monarca Alfonso XIII (14).

#### 1.2.1.1 ETAPA I: Regencia de María Cristina de Habsburgo (1886-1902)

La regencia de María Cristina de Habsburgo (1886-1902) fue un período muy significativo en la Historia de España, pues en esos años el sistema conoció su estabilización y el desarrollo de políticas liberales, pero por otra parte existieron también grandes fisuras:

- En el sistema internacional con la guerra colonial, primero, y con EE.UU posteriormente, que provocaron la derrota militar y diplomática que llevó a la pérdida de las colonias tras el Tratado de París de 1898(15).
- En el terreno interior la sociedad española conoció una mutación considerable: aparecieron realidades políticas tan significativas como la emergencia de los regionalismos y nacionalismos periféricos, el fortalecimiento de un movimiento obrero de doble filiación, socialista y anarquista, y la persistencia, ya decreciente pero que aún se sostenía, de las oposiciones republicana y carlista.



### 1.2.1.2 ETAPA II: Periodo Constitucional del Reinado de Alfonso XIII (1902-1923)

El período constitucional (1902-1923) constituye el período de su reinado personal e intervino activamente en la vida política, especialmente en los temas militares, gracias a los amplios poderes de los que gozaba la corona. La intervención del Rey supuso por tanto un obstáculo para el cambio del Régimen político de la Restauración en una monarquía parlamentaria, tomando más protagonismo en los momentos en los que los partidos existentes de la época no mostraban cohesión interna y la opinión no se decantaba por un líder claro. En estos casos era el monarca el encargado de entregar el poder a uno u otro líder político (16).

Se denomina constitucional porque durante este periodo el mismo rey Alfonso XIII se atuvo al papel que le confería la Constitución de 1876 que rigió durante la Restauración Borbónica en España, durante el cual el régimen político no fue capaz de transformarse en una monarquía parlamentaria verdadera, principalmente porque el rey no ejerció un papel simbólico sino todo lo contrario, participó activamente en la política, especialmente en los temas militares.

Por otro lado, en los años en los que estuvo al frente, se pudo observar un notable cambio en la sociedad española: la consolidación de un movimiento obrero autónomo, la afirmación de los regionalismos y nacionalismos periféricos, la formación de un sistema económico con rasgos proteccionistas acentuados y varios intentos –frustrados- de modernizar el sistema político (17).

El periodo constitucional fue el más largo del reinado del monarca Alfonso XIII y a lo largo de estos años se diferenciaron claramente distintas etapas, caracterizadas por el protagonismo del Rey y el partido que ocupaba el gobierno:

#### Primeros años 1902 – 1907

A los dieciséis años comienza su reinado y jura la Constitución de 1876 (que fue la que rigió durante la Restauración borbónica en España). Existían en ese momento dos partidos políticos claramente diferenciados:

- El partido liberal, presidido por Práxedes Mateo Sagasta

- El partido conservador, presidido inicialmente por Francisco Silvela y por Antonio Maura justo después, desde noviembre de 1903 a diciembre de 1904.

Existían muchas tensiones tanto dentro del partido liberal con numerosos aspirantes a suceder a Sagasta, como dentro del partido conservador, dentro del cual destacó en estos años la lucha entre Antonio Maura y Raimundo Fernández Villaverde a la hora de sustituir a Francisco Silvela. Este periodo se rigió por el “sistema de turnos”: primero gobernó el partido conservador entre 1903 a 1905 y posteriormente el partido liberal entre 1905 a 1907. Fueron años de alta inestabilidad con numerosos ministros, diferentes presidentes y gobiernos, que abocaron a su fracaso y quiebra, la cual comenzaría en Cataluña y fue posible porque los partidos dinásticos fueron desplazados por dos fuerzas políticas de fuera del “sistema”: los catalanistas de la Lliga y los republicanos de Alejandro Lerroux.



**Figura 2. Viñeta aparecida en la revista satírica ¡Cut-Cut! que provocó la ira de los militares (18).**

### El “gobierno largo” de Antonio Maura (1907-1909)

La aprobación de la “Ley de Jurisdicciones” y el asalto en Barcelona de la redacción del semanario satírico catalanista “¡Cut-Cut!” por la publicación de una viñeta en la que se ironizaba sobre las derrotas del ejército fueron los dos hechos que marcaron los acontecimientos de esta etapa.

La Ley de Jurisdicciones de 1906 (19) era la Ley para la Represión de los Delitos contra la Patria y el Ejército -en la que se defendía que las competencias para juzgarlos pasarían a la jurisdicción militar- abrió una crisis en el seno del partido liberal que se zanjó con la dimisión



del entonces líder del partido Segismundo Moret, en Julio de 1906 y , aunque le siguieron varios intentos fallidos de gobierno liberal, finalmente el rey llamó a gobernar en enero de 1907 al líder del partido conservador Antonio Maura.

En respuesta a la impunidad en que quedaron los hechos del Cut-Cut y de la Ley de Jurisdicciones se formó en Cataluña una gran coalición en 1906, en la que se integraron los republicanos -excepto los del partido de Lerroux-, los catalanistas de la Lliga Regionalista, la Unió Catalanista, el Centre Nacional Republicà y hasta los carlistas catalanes. Esto supondría un antes y un después en la vida política catalana, y tanto la corona como los gobiernos de Madrid tuvieron que asumir el hecho de que “la cuestión catalana” se convertiría en uno de los problemas más preocupantes de la vida política española.

Durante esta etapa Maura puso en marcha la “revolución desde arriba” del régimen de la Restauración, cuyo objetivo principal era conseguir el apoyo popular a la monarquía de Alfonso XIII poniendo fin al instaurado “sistema caciquil”. Sin embargo, Maura comenzó esta tarea de manera incongruente, pues en un principio se valió de la ayuda precisamente de este sistema caciquil para alcanzar una mayoría en las Cortes y con ello intentar aprobar una nueva ley electoral. Pero esta nueva ley, la que Maura intentó maquillar de “sincera”, fue un fraude electoral que tuvo como resultado la dificultad de la competencia electoral y apertura hacia nuevas fuerzas políticas y sociales. Lo que sí consiguió, a pesar de los obstáculos desarrollar una política nacionalista española, fue el compromiso de izar la bandera en fiestas oficiales, la protección y el fomento de la industria nacional, la aprobación de una programa de reconstrucción de la escuadra de guerra -papel encomendado a los astilleros españoles- y, en relación a lo social, puso en marcha una serie de iniciativas legislativas relativas al descanso dominical y el arbitraje de las relaciones laborales en la industria, culminando todo ello con la creación del Instituto Nacional de Previsión.

En 1906 España llega a un acuerdo para la explotación de las Minas del Rif y se inició en 1908 la construcción de un ferrocarril minero desde Melilla (20). El 9 de Julio de 1909 los trabajadores que construían este ferrocarril fueron atacados por cabilas rifeñas rebeldes y ello llevó a la muerte de cuatro obreros españoles.

Como las tropas enviadas desde Melilla para sofocar este asunto no fueron suficientes y encontraron gran resistencia, se decidió enviar refuerzos desde la Península, motivo por el



cual apareció una ola de protestas en contra de la Guerra de Marruecos que terminaría, debido al embarco de tropas desde Barcelona, con los sucesos conocidos como “Semana Trágica” (21), momento crítico de la Historia de la Restauración. El lunes 26 de Julio de 1909 estallaba la Huelga general en Barcelona que se extendió rápidamente por el resto de las ciudades catalanas. Los huelguistas produjeron incidentes violentos, atacando a tranvías y sobre todo con el “motín anticlerical”, protagonizado por anarquistas y jóvenes republicanos del Partido Republicano de Alejandro Lerroux. En Sabadell incluso se llegó a proclamar la República. Esta rebelión no se llegó a extender al resto de España gracias a la habilidad del entonces ministro de gobierno Juan de la Cierva al presentar la rebelión como un movimiento separatista. En una semana de disturbios hubo numerosos civiles, guardias y militares muertos, múltiples heridos y se quemaron veintiuna iglesias y treinta conventos.

La represión posterior fue dura y hubo detenidos y personas encarceladas, incluso condenas de muerte. Destacó la ejecución del pedagogo y activista anarquista Francisco Ferrer Guardia (22), que causó numerosas oleadas de indignación en toda Europa; esta situación fue aprovechada por el partido liberal para proponer, junto con los republicanos, una campaña contra el gobierno de Maura, quien el 22 de Octubre de 1909 presentó su dimisión al rey y éste nombraría en su lugar al liberal Segismundo Moret como nuevo líder del Gobierno.

### *Los liberales en el poder (1909 -1913)*

El gobierno de Moret duró pocos meses. Su aproximación a los republicanos abrió una crisis dentro de su mismo partido que fue aprovechada por el rey para nombrar, en febrero de 1910, al también liberal José Canalejas como nuevo presidente del Gobierno. En el proyecto político de Canalejas destacan dos hechos: la regeneración democrática y la Ley del Candado.

La “regeneración democrática” de Canalejas se asentaba sobre la nacionalización completa de la monarquía; concebía al Estado como el principal agente modernizador del país. Así abordó todos los problemas del momento, entre los que la cuestión religiosa constituyó una de sus prioridades.

Su objetivo final era conseguir una “separación amistosa” entre Iglesia y Estado a través de negociaciones llevadas a cabo de la manera más discreta posible. Se encontró sin embargo con el obstáculo del Vaticano, que no estaba dispuesto a perder su posición privilegiada que tenía la Iglesia Católica en España. Canalejas se propuso reducir el peso de las

órdenes religiosas mediante una ley que las tratara como asociaciones. Mientras que las Cortes rebatían dicha ley, se aprobó en diciembre de 1910 una ley temporal conocida como “Ley del Candado”, según la cual no se podría establecer nuevas órdenes religiosas en España durante los dos años siguientes. Esta ley se vio sometida a varias restricciones de manera que nunca vio la luz y el número de religiosos siguió creciendo. El rey como respuesta a estos hechos se presentó en varias celebraciones religiosas de manera sorpresiva, causando alto revuelo dentro del Partido Liberal ya que suponía una prueba de conciliación del Gobierno con Roma, desacreditando las acciones de Canalejas (23).



**Figura 3. José Canalejas, presidente del Gobierno (27).**

Mayor éxito tuvo Canalejas con las reformas en la cuestión social. Favoreció el desarrollo del ya creado Instituto de Reformas Sociales (creado en 1903 por Francisco Silvela), convencido de que el éxito para solucionar los conflictos laborales era la negociación entre patronos y obreros (24). Por un lado creó medidas para mejorar las condiciones de vida y de trabajo de la clase obrera, aunque no consiguió que se aprobara su proyecto estrella social que era la Ley de Contratos Colectivos de Trabajo. Se produjeron numerosas huelgas debido al fortalecimiento de las organizaciones obreras. Se dio un crecimiento del antes aislado socialismo, gracias a su conjunción repúblico-socialista, se estimuló la expansión del PSOE y sobre todo del sindicato UGT; mientras tanto la clase obrera mayoritaria anarcosindicalista se consolidaría gracias al nacimiento de la Confederación Nacional del Trabajo en 1910 (25). La respuesta del Gobierno fue frenar estas corrientes a través de la represión, tal y como ocurrió con la disolución de la CNT y el procesamiento de dirigentes de la UGT tras la huelga revolucionaria de 1911. Por otro lado, también se ocupó de las reivindicaciones de las clases populares, primero eliminando los impuestos indirectos conocido como “los consumos” -los cuales se concebían como una expoliación del proletariado- para después erradicar las desigualdades a la hora de realizar el servicio militar (26). En 1912 se estableció, aunque sólo en tiempos de guerra, el servicio militar obligatorio, poniendo así fin a la “redención en



metálico” que permitía a las familias adineradas liberar a sus hijos de la milicia pagando cierta cantidad de dinero. Esto supuso un problema a la hora de financiar el ejército por lo que surgieron los denominados “soldados de cuota”: reclutas que hacían un servicio militar de más o menos meses en función del dinero abonado. La ley también estableció que los hijos únicos de las familias pobres podían también quedar exentos del servicio militar.

Canalejas al principio partidario del gobierno centralista cambió de opinión a lo largo de su gobierno, con el fin de buscar el apoyo fundamentalmente de la Lliga catalanista Regionalista mediante la creación de la Mancomunidad de Cataluña (28), que integrara a las cuatro diputaciones catalanas y que estaba encabezada por Enric Prat de la Riba (29). A pesar de generar numerosos opositores, el proyecto fue aprobado el 5 de junio de 1912 por el Congreso de los Diputados, aunque no fue hasta diciembre de 1913, tras la muerte de Canalejas, cuando fuese ratificada por el Senado y constituida en marzo de 1914.



Figura 4. Prat de la Riba (29).

Canalejas tuvo éxito también negociando con Francia (contando con el apoyo de Gran Bretaña), en el establecimiento definitivo del protectorado español de Marruecos. La firma del Tratado de Marruecos (30) no pudo ser sin embargo firmada por Canalejas que fue asesinado poco tiempo antes por un anarquista en Noviembre de 1912 en la Puerta del Sol. La desaparición de Canalejas dejó sin líder al partido liberal, que no conseguiría reconstruirse del todo durante el resto del reinado de Alfonso XIII, lo que contribuyó en gran medida a la crisis del régimen de la Restauración.



### La vuelta de los conservadores al poder (1913-1915)

Tras la muerte de Canalejas inesperada, se hizo cargo provisionalmente el liberal Manuel García Prieto (31). Pasado el funeral, el rey nombró como jefe del gobierno al también liberal Conde de Romanones (32). Esta decisión terminó dividiendo al partido liberal: por un lado el Conde de Romanones reivindicaba su liderazgo -especialmente tras la muerte del viejo dirigente Segismundo Moret- y por otro lado Manuel García Prieto se opuso llegando incluso a formar el ala liberal- democrático, el cual genera una gran crisis dentro del partido liberal que deriva en el nombramiento, por parte del rey, al conservador Eduardo Dato como nuevo presidente.

Este partido, sin embargo, estaba tan fracturado como el liberal a causa de las quejas de su antiguo líder Antonio Maura, que consideraba que tras la muerte de Canalejas no se había respetado el “sistema de turno” sino que se había proclamado un gobierno liberal cuando correspondía a un periodo de gobierno conservador. Estas quejas de Maura –llegando a ser incluso radicalizadas- provocaron gran disgusto del rey y esta contrariedad de Alfonso XIII desencadenó que el partido conservador también se fraccionara apareciendo una parte del partido aglutinada en torno a Eduardo Dato y otra apoyando la postura de Maura (33). Dato consiguió permanecer en el poder hasta el 1915, aunque era un gobierno con gran amenaza de tambalearse y caer (34).

Durante estos dos años empezaría a vislumbrarse un gesto de apertura del nuevo “Partido Reformista” (35): tres intelectuales veteranos concretamente Gumersindo Azcárate -presidente del Instituto de Reformas Sociales-, Manuel Bartolomé Cossío -director del Museo Pedagógico Nacional- y Santiago Ramón y Cajal -presidente de la Junta de Ampliación de Estudios- fueron recibidos por el rey.

Posteriormente fue visitado por José Ortega y Gasset, miembro más joven de los intelectuales, que lanzó la consigna de *“hacer la experiencia monárquica”*, con lo que apoyaba la postura de los reformistas, antiguos republicanos que ahora consideraban la *“forma del gobierno, ya fuese monarquía o república, algo accidental pues lo sustancial era la democracia”* (36). El Partido Reformista, lanzado en abril de 1912 por Melquiades Álvarez (37), estaba integrado por republicanos que habían abandonado la conjunción republicano-socialista y estaban dispuestos a aceptar la monarquía, siempre que ésta se transformara en una monarquía democrática. La generación más joven de intelectuales se sumó a esta

iniciativa y pusieron en marcha “la Liga de Educación Política” (38) que fue firmada por José Ortega y Gasset, Manuel Azaña, Gabriel Gancedo, Fernando de los Ríos, el Marqués de Palomares del Duero, Leopoldo Palacios, Manuel García Morente, Conancio Bernardo de Quirós y Agustín Viñuales.

### La crisis de la Restauración (1914- 1923)

Cuando se inició la Primera Guerra Mundial en Agosto de 1914 el gobierno conservador de Eduardo Dato, apoyado por el rey Alfonso XIII, decidió mantener a España neutral, ya que carecía de recursos para entrar en el conflicto. Esta neutralidad supuso un importante impulso y desarrollo para la Economía y Cuestión Social del país, fomentando enormemente el proceso de modernización con la apertura de mercados al exterior y el aumento de la producción industrial española. Sin embargo, la inflación se disparó pero los salarios no crecieron al mismo ritmo, produciéndose carencias de los productos de primera necesidad que darían lugar a motines de subsistencia en las principales ciudades y el aumento de conflictos laborales, especialmente por parte de los sindicatos -CNT y UGT-.



**Figura 5. El conde de Romanones (39).**

Siguiendo los usos del “turno”, en diciembre de 1915, el liberal Conde de Romanones sustituyó al conservador Eduardo Dato al frente del gobierno. Este gobierno tuvo que hacer frente a la creciente conflictividad social protagonizada por los sindicatos. La UGT y CNT acordaron pactar entre sí para realizar acciones conjuntas y el resultado fue la firma en Julio de 1916 del “Pacto de Zaragoza”. El gobierno de Romanones (39) respondió mandando a detener a los firmantes de este pacto, pero esto no impidió que CNT y UGT acordaran realizar una huelga general en toda España el 18 de Diciembre de 1916, en protesta por el aumento de los precios y el debastecimiento.



En abril de 1917, el gobierno liberal de Romanones cayó debido a su postura beligerante respecto al hundimiento de barcos mercantes españoles por submarinos alemanes. A Romanones lo sustituyó el también liberal Manuel García Prieto, considerado más cercano a los Imperios Centrales, pero su gobierno duraría tan sólo tres meses a causa de la oposición de las recién creadas Juntas de Defensas (40). Esta “Juntas de Defensa” eran unas organizaciones corporativas de los militares con destino en la península que reclamaban el aumento de sus salarios comparado con los rápidos ascensos por méritos de guerra y aumentos de ingresos que obtenían sus compañeros destinados en Marruecos. Las juntas exigían su reconocimiento legal a lo que se oponía el gobierno. La tensión entre las juntas y el gobierno llegó a su clímax en las últimas semanas de mayo, obligando al rey a posicionarse del lado de las juntas aunque para ello tuviera que cambiar el gobierno liberal por uno conservador presidido por Eduardo Dato.

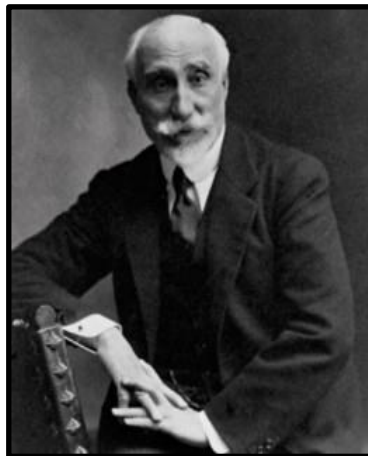
En este contexto de crisis política, la iniciativa la tomó el líder de la Lliga Regionalista Francesc Cambó (41). El 30 de octubre se reunió la Asamblea de Parlamentarios presidida por Cambó que presionó para que se pusiera fin al “turno”. Ese mismo día fue llamado a Palacio para entrevistarse con el rey quien propuso a Cambó un gobierno de amplia representación que garantizara la celebración de unas elecciones limpias. Se formó un “gobierno de concentración” de conservadores, liberales y de la Lliga presidido por el liberal Manuel García Prieto que conseguiría convocar las elecciones de febrero de 1918 pero que, debido fundamentalmente a la falta de acuerdo en los presupuestos del Estado -ya que no se consiguió mayoría absoluta en ninguno de los bandos-, duraría pocos meses. Una huelga de funcionarios que formaron sus propias juntas fue la que acabó con el gobierno. El rey encargó al Conde de Romanones, bajo la amenaza de abdicar si no se realizaba, la formación de un “gobierno de concentración” donde estuvieran todos ellos presididos por Antonio Maura: así fue como nació el llamado “Gobierno Nacional” de Antonio Maura (42). Este gobierno incluyó todas las fracciones dinásticas –Romanones, Alba, García Prieto entre los liberales, Dato, Cierva, junto con el propio Maura entre los conservadores además del líder del catalanismo, Francesc Cambó-.

Este gobierno concedió la amnistía a líderes socialistas encarcelados, aprobó la Ley de Bases sobre la inamovilidad de los funcionarios y criterios de promoción de los mismos que darían lugar a la figura del cesante.

Sin embargo, encalló cuando intentó aprobar los presupuestos del Estado, lo que provocó la dimisión ante el rey de Antonio Maura en noviembre 1918.

Tras los fracasos de los “gobiernos de concentración”, se volvió al “sistema del turno” entre conservadores y liberales, pero en los dos años y medio siguientes tampoco se conseguiría una estabilidad política llegándose a suceder hasta siete gobiernos distintos -entre liberales y conservadores-.

La inestabilidad política unida al creciente problema de la lucha por la autonomía para Cataluña -a la que luego se uniría el País Vasco- y el Desastre de Annual y el Expediente Picasso desembocó el día 13 de septiembre de 1923 en el golpe de estado liderado por el militar Miguel Primo de Rivera, apoyado por Alfonso XIII.



**Figura 6. Antonio Maura (42).**

El desastre de Annual o batalla de Annual (43) fue una gravísima derrota militar española ante los rifeños (Guerra del Rif) comandados por Abd el- Krim. Se produjo el 22 de julio de 1921 cerca de la localidad marroquí de Annual. Condujo a una rendición política colonial de España y a una de las más importantes crisis políticas que socavaron los cimientos de la política liberal de Alfonso XIII y que fueron la causa directa del Golpe de Estado y dictadura de Primo de Rivera.

El Expediente Picasso (44) fue el informe redactado por el general de división Juan Picasso en relación a los hechos acontecidos en la Comandancia General de Melilla entre julio y agosto de 1921, el llamado “Desastre de Annual” y abandono de las posiciones. Tras el derrumbamiento militar, el Alto Comisario Dámaso Berenguer solicitó al ministro de guerra Vizconde de Eza que nombrase a un oficial general para investigar los hechos acontecidos en Annual y depurase las responsabilidades. Se nombró para ello como oficial a Juan Picasso que



elaboró un extenso expediente conocido como “Expediente de Picasso”. Sin embargo, fue tal la envergadura del desastre que el presidente del gobierno -por aquel entonces Allendesalazar- se vio obligado a dimitir y en agosto de 1921 Alfonso XIII nombraría a Antonio Maura como nuevo presidente. Con este expediente se procesaron a treinta y nueve militares y se imputaron a treinta y siete oficiales, incluido el oficial Dámaso Berenguer. Debido a la insistencia de algunos diputados, especialmente el socialista Indalecio Prieto, se decidió pasar el Expediente a las Cortes en el cual se generaron debates parlamentarios de carácter encendidos destacando la figura de Indalecio Prieto, quien responsabilizó directamente al rey Alfonso XIII. Ante el cariz que estaban tomando los acontecimientos y la falta de acuerdo se acordó convocar el Pleno de la Cámara para el 2 de octubre de 1923, acontecimiento que nunca tuvo lugar dado a que, el 13 de septiembre de 1923, Miguel Primo de Rivera se pronunciaría militarmente disolviendo la Cámara y proclamando la dictadura, todo ello con el visto bueno del rey, finalizando así este proceso de depuración de responsabilidades (45).

### *La dictadura de Primo de Rivera (1923-1930)*

Transcurrió durante el segundo período de reinado personal de Alfonso XIII. El rey, dado su insistencia en consolidar la afirmación de su persona como Jefe Supremo del Ejército e intentando terminar con el proceso de depuración de responsabilidades del Desastre de Annual, no se opuso al golpe de Estado de Primo de Rivera, que acabó con el régimen liberal pero cuyo fracaso de régimen autoritario y posterior dimisión en 1930, terminaría desplazando también a la monarquía.

El entonces capitán general de Cataluña, Miguel Primo de Rivera, apoyado por un grupo de generales conocido como el Cuadrilátero (46) -en el cual destacarían Juan O`Donnell, Diego Muñoz Cobos y Sanjurjo-, proclamó en la medianoche del 12 al 13 de septiembre de 1923 en Barcelona el Estado de Guerra y sacó a los militares a la calle, los cuales ocuparían los principales edificios clave de la ciudad. Lo mismo pasó en las demás ciudades de España, consiguiendo además que otros generales se abstuvieran de intervenir por lo que durante las primeras horas el pronunciamiento no encontró oposición. A lo largo del día 13, Primo de Rivera dio la consigna a sus subordinados de “esperar y resistir” y se dedicó a realizar diversas declaraciones tranquilizadoras a la prensa. Aunque el ejército no había secundado el golpe, tampoco se posicionó a favor de defender el régimen constitucional. El gobierno, por su parte, se mostró dividido: sólo dos ministros manifestaron su oposición frontal al golpe -Portadela Valladares y el almirante Aznar- (47) mientras que el resto mantuvo una actitud titubeante.

El 14 de septiembre de 1923, el rey Alfonso XIII se reuniría con el Jefe de Gobierno García Prieto negándose a la propuesta de éste de convocar a las Cortes y destituir a los mandos militares rebeldes, con la consiguiente dimisión de García Prieto. Tras realizar diversas gestiones Alfonso XIII otorgó el poder a Primo de Rivera, proclamándose la Dictadura.

El primer periodo de la Dictadura de Primo de Rivera consistió en **un directorio militar**. Este directorio militar suspendió las garantías constitucionales, declaró el estado de guerra y procedió a destituir en el acto a todos los gobernadores civiles en las provincias, sustituyéndolos por gobernadores militares. El directorio militar buscó la anulación de la anarquista Confederación Nacional del Trabajo aumentando medidas represivas sobre ella. Poco después del golpe de 1923, Primo de Rivera consiguió atraer al Partido Socialista Obrero Español y a la Unión General de Trabajadores para colaborar con la dictadura. Por el Real Decreto de enero de 1924 (48), procedió a disolver las diputaciones provinciales, con excepción de las de Álava, Guipúzcoa, Vizcaya y Navarra.



**Figura 7. El general primo de Rivera y el ministro de Fomento, Conde de Guadalhorce, en la inauguración de las Obras del ferrocarril Jerez-Almargen en Arcos de la frontera (50).**

Tras la dimisión presentada por el alto comisario de Marruecos, Luis Aizpuru, Primo de Rivera se nombró a sí mismo Alto Comisario. En noviembre de 1924, se produjo la retirada de Xauen (49), efectuada tras la caída de la ciudad y el sufrimiento de gran número de bajas el día 17 de noviembre. El ataque rifeño al protectorado francés abrió la posibilidad de una cooperación franco-española.

Sin embargo, quedaron patentes las diferencias entre las ideas del mariscal francés Philippe Pétain con un plan integral de ocupación del Rif para pacificar la zona y las de Primo de Rivera, que pensaba que con un desembarco en Alhucemas se conseguiría pacificar la zona, sin necesidad de continuar con la campaña alejándose de las zonas costeras.

Tras la operación exitosa del desembarco en septiembre de 1925 se cesó a sí mismo como Alto Comisario, reemplazándose por José Sanjurjo. Tras dos años más de campaña militar, el protectorado sería pacificado totalmente en la primavera de 1927.

Durante este periodo de directorio militar destacaron además las políticas anticatalanistas de Primo de Rivera. Éste, que en principio se había apoyado en su pronunciamiento en los regionalistas catalanes de la Lliga, no tardó en dar un giro y adoptar estas políticas: prohibió el uso de símbolos catalanes en actos públicos, clausuró asociaciones regionalistas catalanas y la celebración del 11 de septiembre, y tomó medidas encaminadas a imponer el idioma castellano en diferentes ámbitos como el educativo. El 12 de marzo de 1925 Primo de Rivera procedió a abolir la Mancomunidad de Cataluña. En diciembre de 1925 sustituyó el Directorio Militar por un Directorio Civil (51,52).

En 1925 se reestableció el Consejo de Ministros. Este nuevo gobierno fue conocido como **Directorio Civil**, debido a la entrada de políticos civiles como José Calvo Sotelo -ministro de Hacienda-, el conde de Guadalhorce -ministro de Fomento- y Eduardo Aunós -ministro de Trabajo-.

- José Calvo Sotelo desarrolló una política de nacionalismo económico en un contexto internacional favorable conocido como "*los felices veinte*". Creó el monopolio de petróleos –Camps- y la Telefónica. Intentó introducir un impuesto global sobre la renta, que tuvo altas resistencias (53).
- El Conde de Guadalhorce puso en marcha ambiciosas obras hidráulicas, amplió red de ferrocarriles y modernizó carreteras (54).
- Eduardo Aunós, como Ministro de Trabajo, llevó a cabo una política laboral, en la que creó los llamados "comités paritarios" para resolver conflictos entre obreros y patronos. Contó con el apoyo de los socialistas. Estas medidas combinadas con la represión redujeron en gran medida la conflictividad social (55).





Durante el segundo periodo del Directorio Civil (1925-1930) se creó una Asamblea Nacional Consultiva. Tuvo lugar un golpe fallido contra la dictadura conocido como la Sanjuanada (56), liderada por comandante Sanjurjo en junio de 1926, y que se desarrolló simultáneamente a la llamada “*cuestión artillera*” (57). La cuestión artillera se originó por la anulación de Primo de Rivera de la escala militar en la que los oficiales de artillería sólo se promocionaban por escalafón y antigüedad.

A parte de la Sanjuanada, la oposición constitucionalista a la dictadura pasó de ser liderada por el Conde de Romanones y Melquiades Álvarez a posicionarse como líder Rafael Sánchez Guerra. Se señaló también por parte de Primo de Rivera a Gregorio Marañón como conspirador del golpe, lo que contribuyó al deterioro de las relaciones entre Primo y los intelectuales, las cuales hasta ahora no habían mostrado particular encono exceptuando figuras desterradas como Miguel de Unamuno y Manuel Azaña, e igualmente se tomaría acción contra Luis Jiménez de Asúa y Fernando de los Ríos.

Durante este periodo de la Dictadura destacaremos la celebración de la Exposición Iberoamericana en Sevilla, celebrada para dar muestra de un hermanamiento entre España y Portugal con Estados Unidos, Brasil y Hispanoamérica, símbolo de una nueva etapa en la que la protagonista fue la exaltación del glorioso pasado de Indias, sevillano y nacional. La Exposición Internacional de Barcelona se organizó de forma simultánea, participando numerosos países europeos como Alemania, Bélgica, Dinamarca, Francia, Italia, Noruega, Rumanía, Hungría y Suiza, así como expositores privados japoneses y estadounidenses. Esta exposición supuso un gran desarrollo urbanístico para la ciudad de Barcelona principalmente así como un banco de pruebas para los nuevos estilos arquitectónicos nacidos a principios de este siglo XX.

El cambio de la peseta, que durante los primeros años de Calvo Sotelo había experimentado una tendencia al alza cambió esta forma en 1928, se devaluó hasta triplicar la libra esterlina su valor, haciendo que la mejora económica se esfumara; esta situación económica fue uno de los factores que aceleraron la dimisión de Calvo Sotelo. Esto, unido a un nuevo intento de golpe fallido contra la dictadura liderado por José Sánchez Guerra, el cual fue juzgado por un tribunal militar y absuelto de esta causa, supusieron simbólicamente una condena de muerte a la dictadura de Primo de Rivera Miguel Primo de Rivera, perdiendo gran parte del apoyo brindado por el Monarca Alfonso XIII y por el grueso de los mandos militares.



Primo de Rivera terminó exiliándose en París en enero de 1930, aquejado además de una diabetes que deterioraría su estado de salud.

### La “dictablanda” de Dámaso Berenguer (1930-1931)

El monarca otorgó el poder del gobierno al general Dámaso Berenguer, iniciando el llamado periodo “Dictablanda”, con el que se pretendía volver gradualmente a la normalidad constitucional que existía antes de 1923.

Estas esperanzas de vuelta a la normalidad constitucional se desmoronan en los partidarios de la república e incluso en los grupos monárquicos que fueron marginados por la dictadura, que pretendían una revisión de la legislación así como una restitución en sus cargos de diputados, concejales y catedráticos cesados por la dictadura.

Con el fin de calmar las tiranteces, el general Berenguer promete una convocatoria de elecciones generales, a lo que por otro lado se oponen los partidos tradicionales. Las protestas del movimiento obrero y los desórdenes públicos aumentan (58).

El 17 de Agosto de 1930 tiene lugar en San Sebastián una reunión promovida por parte de la Alianza Republicana, conocida con el nombre del “*Pacto de San Sebastián*” (59), a la cual asistieron representantes de prácticamente todos los partidos republicanos, al que meses después se unieron también las dos organizaciones socialistas, el PSOE y la UGT, y que pretendía poner fin a la monarquía de Alfonso XIII. En Diciembre de este mismo año, un levantamiento militar intenta establecer la República en Jaca; estos hechos se conocen como Subelevación de Jaca (60) y los dos capitanes insurrectos, Galán y García Hernández, fueron fusilados inmediatamente tras la intentona.

El Pacto de San Sebastián fue el principio del fin de la monarquía de Alfonso XIII. Nada podía frenar ya el deseo de la sociedad de aquel momento de cambiar las estructuras socio-políticas ni de alcanzar una nueva etapa de progreso, justicia social y libertades dentro de la sociedad española. Este pacto fue, por tanto, el máximo reflejo de la famosa frase instaurada por José Ortega y Gasset que ha hecho historia “*delenda est monarchia*”.

A la vista de tantas dificultades Berenguer convoca elecciones generales para el mes de marzo de 1931, pero los representantes políticos se negaron a participar y pedían la dimisión tanto de Berenguer como de Alfonso XIII.

Esta situación llevó a Berenguer y su gobierno a dimitir el 14 de febrero de 1931. El Monarca Alfonso XIII no encontró apoyos, ni siquiera en sus incondicionales y, en última instancia, Berenguer fue sustituido por el almirante Aznar -que sería el único en no declinar la oferta del rey-. Éste convocaría elecciones municipales como senda gradual posible para volver a la “normalidad constitucional”, pero estas elecciones condujeron a la Proclamación de la Segunda República Española el 14 de abril de 1931, destacando Miguel Maura en el proceso (61). El rey Alfonso XIII es obligado a marchar al exilio mientras que Berenguer sería encarcelado.

## 1.2.2 LA II REPÚBLICA

Fue el régimen democrático que existió en España entre abril 1931 y el 1 de abril 1939, fecha del final de la guerra civil, que dio paso a la dictadura franquista. La II República Española se proclamó tras las elecciones municipales de abril de 1931. Nació entre vítores de un pueblo que ansiaba una mejora de las condiciones de vida. Las elecciones municipales se enfocaron como un acuerdo entre los partidos firmantes del Pacto de San Sebastián (republicanos) y los partidos monárquicos, y, demostraron el abrumante apoyo popular a favor de los republicanos en las principales ciudades del país.

La historia de la Segunda República española podemos dividirla en varios períodos:

- Gobierno Provisional de Niceto Alcalá Zamora (62).
- Bienio Reformista (1931- 1933) (63)
- Bienio Radical–Cedista (1934-1936) (64)
- Elecciones de 1936 y el Frente Popular (65)

### El Gobierno Provisional

Estuvo presidido por Niceto Alcalá Zamora y duró desde abril a diciembre del 1931 durante el que se aprobó la Constitución del 1931 y se iniciaron las primeras reformas. Este gobierno convocó inmediatamente unas elecciones generales para elaborar una nueva Constitución. Estaba presidido por Niceto Alcalá Zamora -republicano conservador y católico-

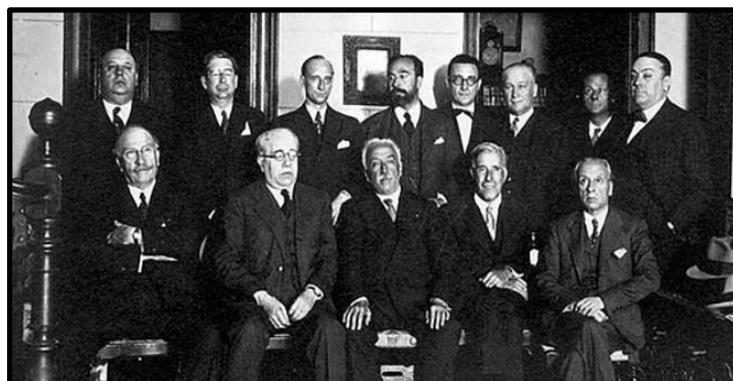


Figura 8. Manuel Azaña y su equipo de gobierno, (66).



Este gobierno preparó las elecciones a Cortes constituyentes el 28 de Junio de 1931 y además adoptó ciertas medidas de urgencia como fueron: amnistía a los presos políticos, libertades políticas y sindicales y nombramiento de altos cargos. Fue durante este periodo cuando se proyectaron tareas también urgentes: reforma del ejército, negociación con catalanes y vascos para pactar la autonomía y medidas ante la crisis y de protección a los campesinos.

### *Un primer bienio o Bienio Reformista (1931-1933)*

Durante este gobierno, presidido por Manuel Azaña, y, basado en una coalición republicano- socialista se llevaron a cabo diversas reformas que pretendían modernizar el país. El 28 de Junio de 1931 se celebraron las elecciones generales con victoria de la coalición republicano –de centro izquierdas- y los socialistas (PSOE), que sumaron una mayoría suficiente para elaborar la Constitución de 1931, una constitución muy progresista -de la cual aún hoy en día conservamos ideas- algunas de las novedades que introdujo fueron:

- Define a España como “una República de trabajadores de todas clases”
- El poder emana del pueblo, es decir, soberanía popular
- Estableció un modelo de “Estado flexible”: Estado integral pero que respeta las diferencias entre regiones, es decir, permitía la posibilidad de establecer autonomías
- El poder legislativo recae en las Cortes, formadas por una sola Cámara
- El poder judicial, los jueces serán independientes
- El poder ejecutivo: el Gobierno estará formado por: Presidente de la República que es el Jefe del Estado, Jefe del Gobierno o primer ministro y el Consejo de ministros.
- La propiedad privada se consideraba un derecho de todo ciudadano, aunque concebía al Gobierno la posibilidad de expropiar en caso de considerar la causa un bien público.
- Sufragio universal masculino y por primera vez femenino a partir de los 23 años.
- Estado laico: la religión católica dejaba de ser oficial en España y pasaba a contar con el mismo trato que el resto de las religiones y además se empezaría a reconocer el matrimonio civil y el divorcio.

Se produjo un amplio y ambicioso programa de reformas, por ello que se conociera a este periodo como Bienio Reformista, entre las que destacaremos la Ley de Reforma Agraria( 67), Ley de Reforma Religiosa (68) y Ley de Retiro de Oficialidad (69).



Fueron estas reformas las que provocaron el rechazo directo de grandes terratenientes y empresarios, de la Iglesia católica y del ejército además de las derechas políticas, lo que hizo gran daño dentro del Gobierno de Manuel Azaña.

### *Bienio Radical – Cedista (1934-1936)*

Los sucesos de Casas Viejas a finales del año de 1933 (70) simbolizaron la división de las izquierdas y la falta de apoyo de los obreros al Gobierno de Azaña, lo que provocó que Alcalá Zamora disolviera las Cortes y convocaran nuevas elecciones (71). Estas elecciones convocadas en noviembre de 1933 fueron ganadas por una coalición de centro- derecha, formada por el Partido Radical -presidido por Alejandro Lerroux- y la CEDA -partido de derecha de José María Gil Robles surgido por el descontento de ciertos sectores conservadores de la sociedad ante el maltrato a la Iglesia católica por parte del gobierno anterior-.

Un segundo bienio (1934-1936), llamado “*bienio negro*”, durante el cual gobernó el Partido Republicano Radical de Alejandro Lerroux, apoyado desde el parlamento por la derecha católica de la Confederación Española de Derechas Autónomas (CEDA), se centró en intentar rectificar las reformas del bienio anterior. Por tanto los partidos de centro y derechas tuvieron que gobernar en coalición y este periodo se caracterizó por bastante inestabilidad política debido a los enfrentamientos internos y los continuos cambios ministeriales. Siempre estuvo gobernado por líderes del Partido Radical -primero Alejandro Lerroux hasta octubre de 1934 y luego por Diego Martínez Barrio hasta finales de este Bienio-. Buscaba abolir las reformas del Bienio anterior; esto unido a la victoria y progresión en Europa del fascismo de Mussolini en Italia y la llegada del nazi Hitler en Alemania, provocó la movilización de organizaciones obreras y de los partidos socialistas -PSOE con Largo Caballero- y UGT a optar por la vía revolucionaria en Octubre de 1934 y en Cataluña la Izquierda Republicana proclamó la independencia. Como consecuencia de ello el gobierno suspendió la Autonomía de Cataluña y encarceló a la Generalitat, lo que provocó gran revuelo en Cataluña (72).

Durante este período se produjo el acontecimiento más destacable de la Segunda República: la insurrección anarquista y socialista, conocida como Revolución de 1934, que destacó en Asturias por convertirse en una auténtica revolución social. Tuvo que intervenir el ejército finalmente para ser sofocada (73). La situación política vivida en aquellos momentos - con el triunfo del fascismo italiano, la situación victoriosa de Hitler en esos momentos y la derrota del socialismo austríaco por parte de Dollfuss- unida al sistema precario en el que

vivían los obreros de Asturias da comienzo a una huelga general, tras un acuerdo entre comunistas, socialistas y anarquistas.

El 5 de Octubre de 1934 los mineros asturianos se hicieron con el control de las principales minas de la región, a la vez que iniciaron ciertas actividades paramilitares con el fin de rendir los cuarteles de la guardia civil; los ayuntamientos también fueron sustituidos por comités revolucionarios y organizaron la colectivización del transporte y el agua.



**Figura 9. Prisioneros en la Revolución de Asturias (74).**

Para el día 10 de Octubre casi todo Asturias se había levantado en armas contra el gobierno central, creando un gran ejército de mineros y obreros. El gobierno catalogó los hechos como una guerra civil, por lo que rápidamente empezaría una reagrupación de las tropas regulares y de la legión -lideradas y coordinadas por el general Francisco Franco- además de mandar el acorazado Jaime I y el crucero Almirante Cervera para bombardear algunas zonas costeras. El enfrentamiento se organizó por frentes: Mieres con el general Bosch al frente, Gijón donde desembarcó la legión de África con el coronel Yagüe al mando, Galicia mediante las tropas de López Ochoa y Santander a través del coronel Solchaga -todos ellos a su vez comandados por Francisco Franco -.El 11 de Octubre la guerra llegaba al núcleo central de Oviedo con un comité revolucionario tremendamente dañado ya; el día 13 los obreros se retiraban a las cuencas mineras donde se conformaría el último comité revolucionario que caería el 18 de Octubre. A partir de ese momento comenzaría una dura represión sobre los huelguistas y, por otro lado, una campaña internacional de solidaridad con las víctimas.

En todos estos movimientos debemos destacar la figura de Indalecio Prieto, socialdemócrata moderado que se radicalizó bajo la dirección del socialista Largo Caballero.



Prieto no estaba totalmente de acuerdo con la idea de una huelga general, pero por otra parte era un hombre tremendamente obediente a su partido, por lo que terminaría apoyando tal levantamiento obrero como recomendaba su líder -colaboró con el denominado “turquesa”, barco cargado de armas a San Esteban de Pravia-. Se vio muy apoyado por el sindicato minero de Belarmino Tomás, aunque como mandos destacables en tal insurrección no puede faltar nombrar el de Teodoro Menéndez o Graciano Antuña que consiguieron resistir hasta a 25.000 hombres mandados por el gobierno.

Tras el fracaso de la Revuelta, Prieto y Largo Caballero permanecen escondidos hasta que finalmente Largo Caballero fue detenido y encarcelado, mientras que Prieto conseguiría huir a Francia gracias al apoyo de Hidalgo de Cisneros. Desde allí movilizaría a sindicatos internacionales contra las penas de muerte dictadas evitando que fuesen ejecutados (73).

A partir de esta fecha la situación política en España se polarizó de manera extrema hacia la derecha o izquierda, la reconciliación política parecía imposible. La caída definitiva de este gobierno se produjo debido -sumado a toda esta situación- principalmente a que el Partido Radical se vio involucrado en el escándalo de corrupción: el estraperlo (75). Esto llevó finalmente a la disolución de las Cortes y la convocatoria de unas elecciones en febrero de 1936.

### *Elecciones de 1936 y el Frente Popular*

Durante la tercera etapa destacó el triunfo de la coalición de izquierdas (republicanos, socialistas y comunistas). Conocida con el nombre de Frente Popular que acudió como candidatura única a las elecciones de 1936. Se mantuvo por otro lado la coalición de derechas conocida como CEDA pero desaparecería el Partido Radical que había representado el centro hasta entonces. Esto supuso una radicalización de la política hacia derecha o izquierda. El Frente Popular ganaría las elecciones por un estrecho margen y en el gobierno sólo participarían los partidos de izquierdas y no las formaciones obreras. Alcalá Zamora fue sustituido por Azaña en la presidencia del gobierno (76).

Este nuevo gobierno trató de reorganizar la República y adoptó medidas como la amnistía de los presos políticos, readmisión de obreros despedidos durante las huelgas del 1934 y restablecimiento del Estatuto de Cataluña e inicio de negociación de nuevo con el País Vasco y Galicia. Provocó la movilización de partidos de izquierdas anarquistas y socialistas de Largo Caballero y de los sindicatos en ciudades de Andalucía y Extremadura -que se sintieron



marginadas-. A esta situación se sumaría el rechazo absoluto por parte de los partidos de derecha, la oposición de propietarios agrarios, campañas contra la República promovidas por la Iglesia católica y alto protagonismo de la Falange española que fomentó un enfrentamiento civil conocido como *“la dialéctica de los puños y las pistolas”* (77). Dentro de todo este contexto fue el asesinato de Calvo Sotelo por parte de un anarquista el 14 de Julio de 1936 (78) lo que aceleraría que un sector del ejército liderado por el general Mola, y, con gran protagonismo del ejército de África liderado por Francisco Franco, preparasen un golpe de Estado contra la República, que comenzaría el 17 de Julio con una sublevación en Marruecos y se extendería el 18 de Julio a la Península dando comienzo a la Guerra civil española.

Durante estas dos etapas de gobierno, tanto con Alfonso XIII como durante la Segunda República, existe un gran florecimiento cultural español que pasó a conocerse como La Edad de Plata, por la calidad y el protagonismo de los intelectuales, literatos y artistas del período (79). Surgen numerosos autores y grupos de intelectuales que han sido tradicionalmente clasificados en generaciones, conocidas como:

- La generación de 1898, en la que destacaron figuras como Baroja, Azorín, Unamuno, Machado, Valle-Inclán o Maetzu.
- La generación de 1914, con intelectuales como Juan Ramón Jiménez, Ortega y Gasset, Pérez de Ayala, Gregorio Marañón o Gómez de la Serna.
- La generación del 1927, en la cual los intelectuales también tuvieron un protagonismo especial en la vida política de la Segunda República; Muchos de los dirigentes republicanos y socialistas como Manuel Azaña, Fernando de los Ríos o Julián Besteiro pertenecían al mundo de la cultura, y otros, como Ortega y Gasset, Antonio Machado o Gregorio Marañón apoyaron activamente al nuevo régimen agrupándose en la Agrupación al Servicio de la República (80).

En esta etapa también debemos destacar el gran desarrollo de la pintura y escultura con figuras de grandes artistas como Pablo Picasso o Salvador Dalí. Dentro de este periodo conocido como la Edad de Plata queremos hacer mención especial a la figura de José Ortega y Gasset, a su Informe de Sanidad sobre la Fundación de Rockefeller. José Ortega y Gasset tuvo una gran labor política en las Cortes constituyentes elegidas en 1931. Los líderes políticos, además del apoyo de la presión antimonárquica de los socialistas y de los partidos republicanos de dicho momento, se nutrieron de las ideas liberales de intelectuales.





Desde su incorporación al partido reformista, Melquiades Álvarez en 1912 insistió enormemente en la necesidad de que los intelectuales debían ser constructores de la nueva política y habían de apostar por la construcción de una nación más moderna y europea. Esta idea fraguó con la creación de la Agrupación al Servicio de la República -podemos anidar los postulados regeneracionistas reunidos en la Institución Libre de Enseñanza-que constituyó un grupo heterogéneo de universitarios e intelectuales donde se encuadra al filósofo Ortega y Gasset, Gregorio Marañón o Pérez de Ayala como cabezas visibles.

Unas palabras resumidas y destacables de José Ortega y Gasset en las cuales se pueden apreciar las ansias de dicho cambio sobre el Informe de la Sanidad española de 1926: *“El informe una visión catastrófica de la sanidad española...”*. El Informe sobre la sanidad española de 1926 elaborado por Charles A. Balley, enviado estadounidense procedente de la Fundación Rockefeller: como consecuencia de un acuerdo llegado entre dicha fundación y el gobierno español en 1922, un médico estadounidense experto en salud pública (Charles A. Balley) fue enviado a España para realizar, fundamentalmente, una doble tarea:

- Estudiar la manera de acabar con la anquilostomiasis de las minas españolas
- Analizar la situación sanitaria en España para desvelar futuras posibles áreas de colaboración.

Este Informe se plasmó en el denominado *“Report on Public Health in Spain”* de abril de 1926, donde se pone de manifiesto la distancia que existía entre los estándares norteamericanos y los existentes en la administración española, apreciando también la cercanía existente entre los planteamientos de la Fundación sobre *“ética administrativa”* con las críticas recibidas por parte de la izquierda liberal burguesa a la administración pública española (81).

### **1.2.3. LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA**

Con el estallido de la Guerra Civil, la riqueza cultural de la época se desvanece y se establecen corrientes tradicionalistas que volvieron a imponer un ambiente sórdido a la cultura española.

Este periodo comprende desde el año 1936 - 1939, en el cual numerosos españoles se exiliaron, entre ellos la intelectualidad más valiosa del país. Fue un conflicto de fuerzas políticas por la lucha de poder en España: mantuvo, por un lado un Frente popular de los sectores democráticos y de izquierda unidos, que luchaban por la sustentación de las reformas sociales y políticas, y por otro estaban las fuerzas de derechas, sustentadas por la Falange



Española Tradicionalista, que conspiraban para intentar derrocar al gobierno republicano. Durante esta guerra destacaremos el Comité de no Intervención, también conocido como Comité de Londres, que fue una organización creada en 1936 bajo la propuesta inicial de Francia y apoyada por Reino Unido, con el objetivo de que se cumpliese el Pacto de no Intervención. Este pacto intentaba evitar la intervención extranjera en la Guerra civil española, para intentar con ello igualmente evitar la internacionalización del conflicto en un momento de la Historia en el que existía una tensión enorme entre democracias y dictaduras. A pesar del compromiso adquirido por muchos países en este Tratado, no fue respetado ni por la "Alemania de Hitler, ni por la Italia fascista ni por la Portugal salazarista" que apoyaron al bando sublevado por un lado, ni por la Unión Soviética por otro lado que apoyaría al bando republicano español (82).

Desde principios del siglo XX España estaba inmersa en sucesivas crisis políticas y sociales. El gobierno monárquico -en un principio- era incapaz de resolver las dificultades generadas por la crisis económica y su estrategia se centraba siempre en duras represiones contra los movimientos populares de los sindicatos y partidos de izquierda. La dictadura de Primo de Rivera inicial y la conocida como "dictablanda" de Dámaso Berenguer posteriormente - ambas preservaron la monarquía- no consiguieron sobrevivir a la presión popular y los continuos movimientos revolucionarios populares así como las agitaciones políticas y sociales acabarían derribando a la monarquía darían como resultado la proclamación de la Segunda República.

Después de la proclamación de esta República los problemas y conflictos entre las derechas e izquierdas del país se agudizaron y ciertas políticas de reformas llevadas a cabo supusieron la mayor controversia entre dichas fuerzas políticas y el detonante de esta guerra civil española.

El asesinato de líder de derecha José Calvo Sotelo por parte de anarquistas supuso el inicio de la guerra civil el 13 de Julio de 1936. El general Francisco Franco intentó en un primer momento comandar al ejército español en un golpe de estado contra el gobierno democrático el día 18 de Julio de 1936, pero este golpe no fue exitoso, quedando el país dividido entre falangistas y republicanos y esto llevó a que España se sumergiera en una larga y trágica guerra civil (83).



Uno de los hechos más crueles acontecidos durante esta guerra fue el bombardeo de la ciudad de Guernica el 26 de abril de 1937 llevado a cabo por aviones de guerra de Alemania e Italia y que mató a 125 civiles españoles (84).

La guerra termina con un enorme número de muertos de ambos bandos, innumerables exiliados, una dictadura nacional-católica y una profunda crisis social y económica. Francisco Franco asumió el poder en abril de 1939 implantando un régimen dictatorial de derecha en España y que duraría hasta su muerte en 1975.

### 1.2.4 EL GOBIERNO FRANQUISTA

Se extiende por un período de treinta y seis años (1939-1975). Los apoyos con los que contó así como la dura represión que se llevó a cabo explican su larga duración. Obviamente dado este largo periodo de tiempo, el franquismo pasaría por varios modos de evolución aunque las bases del régimen permanecieron intactas.

Acabada la guerra el general instauró una dictadura “fascitizada” e incorporó una influencia clara del totalitarismo alemán e italiano en campos como las relaciones laborales, la política económica autárquica, la estética, el uso de símbolos o el unipartidismo. A la privación de libertades se une la profunda crisis de bienes para el consumo. (85).

Franco estableció una dictadura personal de liderazgo, concentrando en su propia persona todos los poderes. Instauró la Ley de Principios del movimiento nacional por la cual se adjudicaba el puesto de Jefe de Estado, y en él se concentraba tanto el Poder Ejecutivo como el Legislativo y Judicial. Era conocido como Caudillo de España y Generalísimo de los Ejércitos.

Aunque existían las Cortes -creadas en 1942-, éstas se limitaban a aprobar las leyes que presentaba el gobierno (86, 87). Se promulgó una ley de prensa que establecía la censura, la radio y el cine eran medios fundamentales a través de los que se difundía la propaganda franquista; destaca en esa etapa el famoso noticiario conocido como NODO que eran noticias con cierta carga propagandista. Se acabó con los sindicatos. Se prohibieron todas las manifestaciones nacionalistas, por lo que se abolieron los estatutos de Cataluña y País Vasco, de hecho uno de los principales aspectos de la ideología franquista era que “*la unidad de España era sagrada*” (88, 89).



La victoria de Franco conllevó a la mejora por parte del gobierno de los sublevados durante la guerra, mejorando la situación de éstos y proporcionándoles gran poder e influencia:

- Al ejército les concedería importantes cargos en el gobierno y en las empresas estatales.
- La Iglesia católica se benefició de la vuelta a un estado confesional, el “nacional-catolicismo” y recibió también numerosos privilegios como la recuperación de la enseñanza católica en los colegios o la supresión del matrimonio civil, se acabó la libertad religiosa de la República (90)
- Los terratenientes se beneficiaron de la supresión de la reforma agraria y los grandes empresarios o burguesía industrial de la abolición de los sindicatos.

A pesar de la posible incertidumbre, el gobierno contó también con el apoyo de mucha gente humilde que sólo quería paz y tranquilidad. (91).

La Dictadura franquista fue larguísima es por ello que a lo largo de tantos años podemos destacar distintas etapas:

### *1ª Los años de aislamiento internacional: (1939 – 1955)*

Los primeros años del franquismo fueron durísimos en todos los aspectos:

- La economía estaba deshecha tras una guerra y escaseaban los productos básicos para subsistir.
- Los actos de represión contra los republicanos fueron numerosos.
- Existía mano dura también por parte de la Iglesia católica que tras años reprimida ahora imponía su moral de manera drástica.

En el terreno internacional Franco sólo contaba con el apoyo del nazismo alemán y la Italia de Mussolini, ambas inmersas en una Guerra Mundial y por tanto sin poder aportar a nuestro país ningún tipo de ayuda económica. Aunque España en este momento no tenía recursos para apoyar a Alemania, sí mandó tropas militares de voluntarios conocidos como la División Azul de apoyo enviadas a Rusia (92). Este Estado totalitario de Franco asumió el control de toda la economía con el fin de intentar racionalizar los escasos recursos con los que contaban de manera lo más eficaz posible. Se creó el Instituto Nacional de Industria, que organizó una red estatal que intentaba potenciar la producción industrial del Estado (93).



El hambre y el aislamiento internacional predominaron en esta época que se conoció como “periodo de autarquía” (94).

En el terreno social se intentó encuadrar a toda la población en organizaciones dependientes todas del único partido político existente y legal entonces, La Falange Española Tradicionalista y de la JONS (juntas de ofensiva nacional-sindicalistas (95). En un principio Franco apoyó a la “Alemania de Hitler” y a la “Italia fascista” con la esperanza de que éstas iban a salir victoriosas de la guerra que se estaba lidiando y colocarían a España en un lugar privilegiado como compensación de dicho apoyo. Sin embargo, a medida que transcurrían los hechos bélicos se empezó a vislumbrar la victoria más probable del bando aliado, lo que provocó un cambio de actitud de Franco que intentó distanciarse de los nacionalistas Hitler y Mussolini y “disfrazar” su dictadura con una imagen democrática a la que denominó “democracia orgánica”(96). Dos claros ejemplos de las medidas adoptadas para enmascarar este periodo fueron la creación de las Cortes en 1942 -eran representativas pero se centraban en aceptar las leyes, reformas o decretos que Franco proponía- y la creación en 1945 del Fuero del Trabajo (97- 99).

Esta “falsa democracia” sin embargo no sería aceptada en los años 40 por las potencias democráticas internacionales, que seguían viendo el gobierno de Franco con desconfianza, lo que supuso el aislamiento internacional de nuestro país así como la negativa al ingreso de España como miembro de la Organización Mundial de las Naciones Unidas ( ONU ). Debemos destacar que este aislamiento tenía cierto interés bilateral, puesto que a Franco no le interesaba del todo que España se relacionara muy directamente con estos países democráticos por el miedo a que sus influencias, valores e ideales pudiesen contaminar a nuestra entonces reprimida población.

Es, a final de este periodo del franquismo, cuando se empieza ya a vislumbrar la exacerbación del nacionalismo vasco -que supondría la base del nacimiento años después del grupo radical nacional terrorista conocido como ETA-. El nacionalismo vasco es una ideología política con aspectos sociales culturales lingüísticos e históricos. Durante sus más de cien años de historia se ha dividido en distintas corrientes ideológicas: alguna simplemente cultural, otra con planteamientos políticos moderados y otras que abogaban por el independentismo. A menudo el elemento religioso moldeó el contenido y la práctica dentro de todos sus planteamientos. Esta estrecha relación entre religión y nacionalismo vasco sin embargo se irá



transformando a lo largo de estos años de la segunda mitad del siglo XX, diferenciándose dos etapas claramente distintas: el nacionalismo puramente religioso hasta finales de los años 50 y el nacionalismo radical nucleado en torno a ETA que surgió a partir de la primera década de los 60.

**El nacionalismo religioso** se caracteriza por el significado religioso del Estado-nación; toma a la figura divina como referencia central. Plasma sus ideales en cuatro pilares fundamentales:

- Afirmación de una identidad religiosa de la nación.
- La concepción de la nación como instrumento de salvación religiosa: “Todo para el pueblo y el pueblo para Dios”
- La organización del futuro Estado en base a fuentes divinas.
- Una preocupación por la regulación nacional de cuestiones como la familia, la moralidad, el cuerpo o la sexualidad.

Este nacionalismo vasco religioso considera a Sabino Arana Goiri y a su hermano Luis como “padres del nacionalismo vasco”. Familia profundamente católica y de orientación carlista reclamaban el reconocimiento del País Vasco como nación soberana que además dada la supervivencia de su lengua, el euskera, ello implicaba que el pueblo vasco nunca había sido sometido del todo. Consideraban a los hijos legítimos de la tierra vasca como míticos antecesores considerando al resto de españoles como forasteros (100, 101).

**El nacionalismo radical** vasco comienza a convertirse en una creencia o religión sustitutoria de la católica en los años 60 del siglo XX y tiene gran influencia de los ideales del alemán Frederic Krutwig y su obra “Vasconia”. Apuesta por la liberación de una Euskadi oprimida por España haciendo uso de una lucha armada a la que sublimiza como una cruzada (102).

En los años sesenta tiene lugar el nacimiento en Bilbao, a partir de un grupo de estudiantes radicales, de “*una organización clandestina revolucionaria*” que defiende la lucha armada como el medio de conseguir la independencia de Euskadi y que se conocerá con el nombre de ETA. Este grupo rechaza cualquier colaboración con partidos no nacionalistas vascos y apuesta por una fuerte campaña proelitista con cuatro pilares fundamentales: la defensa del euskara, el etnicismo (como fase superadora del racismo), el antiespañolismo y la independencia de los territorios que ellos reivindican como pertenecientes a Euskadi (103).

## 2ª La aceptación internacional y desarrollo económico español (1955 – 1969)

A finales de los años cincuenta, la posición geográfica de España y su dictadura militar se acabaron convirtiendo en puntos estratégicos para EE.UU y sus aliados europeos frente a la Unión Soviética debido al contexto de la Guerra Fría. Esto provocó una alianza entre los Estados Unidos y nuestro país que favoreció una paulatina apertura de la economía nacional. Los llamados “tecnócratas”, que era una nueva clase de políticos que sustituirá a la guardia falangista, establecieron, siempre con la aprobación de Franco, nuevas políticas para impulsar el desarrollo económico español, bajo la anuencia del Fondo Monetario Internacional. España se unió a los países industrializados, dejando atrás el subdesarrollo funcional y disfrutó de la segunda mayor tasa de crecimiento económico en el mundo, detrás de Japón, y se convirtió en la novena economía más grande del Mundo (104).

A los Estados Unidos le convenía un aliado estratégico al sur de Europa como era España. Esto llevó a firmar un tratado de amistad entre el gobierno estadounidense y el español, lo que abriría las puertas a la incorporación de nuestro país a la ONU en el año 1955 (105).

Esto permitiría la llegada de ayuda económica a España por parte de los Estados Unidos. Además Franco adoptó una política económica más liberal, aunque siempre con un control estricto mantenido de los sectores básicos a través de empresas estatales como eran Telefónica, Campsa Renfe Iberia etc...Esto supuso el inicio del denominado periodo “*los felices sesenta*” en el cual la economía española experimentó un enorme crecimiento que supuso una gran mejora de la calidad de vida de los españoles (106). Sin embargo, esta modernización trajo consigo como principal consecuencia la diferenciación territorial: mientras territorios como Cataluña, Madrid o el País Vasco se desarrollaban industrialmente muchísimo, otras regiones como Andalucía o Extremadura, que aún se basaban en la agricultura, fueron enormemente marginadas. Debido a la producción además de maquinaria agrícola moderna la demanda de mano de obra en el campo se vio enormemente disminuida. Esto obligó a las poblaciones de estas zonas a la emigración hacia las grandes ciudades españolas del momento e incluso en última instancia a emigrar a otros países europeos (107).



Lo que destacó enormemente en esta etapa fue el desarrollo del sector turístico, que supuso una rica fuente de ingresos en nuestra economía. El turista encontró en España un país con un clima excepcional, precios baratos y costumbres llamativas como el flamenco el toreo etc... (108). Este desarrollo turístico así como la emigración de españoles a otros países complicó en cierto modo la labor de Franco, que se perdió el control a la hora de difusión de ciertas ideologías democráticas europeas e internacionales .Aunque el gobierno español se resistía a abandonar el totalitarismo como forma de gobierno, todo hacía indicar en estos momentos que la sociedad ansiaba ya la vuelta a la democracia.

En 1969, Juan Carlos de Borbón nieto de Alfonso XIII fue designado a través de una ley sometido a referéndum como sucesor de Franco (109).

### *3ª La agonía del régimen franquista (1970 – 1975)*

Los últimos años del franquismo fueron muy complicados. Los propios partidarios de Franco se dividieron entre “los aperturistas” que apoyaban la democratización política y los considerados “ultras” partidarios del régimen dictatorial. Los últimos gobiernos en fueron encomendados por Franco a figuras pertenecientes al sector político más duro: el almirante Carrero Blanco -asesinado por ETA-primero y posteriormente a Carlos Arias Navarro (110).

Desde 1970 además se fueron activando organizaciones clandestinas socialistas que se encontraban en el exilio. Estaban formados por una “segunda generación”, tanto los hijos de los refugiados de 1939 de la posguerra, como por los emigrantes de los años cincuenta que huyeron debido a la crisis económica. Desde Octubre de 1972, exceptuando Felipe González, los dirigentes socialistas como Alfonso Guerra, Nicolás Redondo, Enrique Múgica, Pablo Castellano o Manuel Simón pertenecían a esta segunda generación del exilio. Además fue muy significativo el ascenso a los puestos dirigentes principales de militantes con experiencia en la primera clandestinidad acaecida tras la guerra como fueron Antonio García Duarte, Juan Iglesias, José Mata o Máximo Rodríguez. Estos refugiados socialistas intentaron preservar dentro de sus ideales políticos, los valores morales y políticos tradicionales del socialismo anterior a la guerra, valores del obrerismo español como eran la rectitud, la solidaridad, la lealtad y el respeto y la ausencia de ambiciones políticas. Sin embargo, las nuevas generaciones socialistas -vinculadas de forma más directa con la lucha obrera- empezaron a pensar no sólo en cómo acabar con el franquismo sino también en cómo hacer resurgir al socialismo .Una de las innovaciones ideológicas principales fue el federalismo, que influyó sin





duda en la creación del Estado de las autonomías (111, 112).

La situación se complicó mucho más a partir de 1973 con la llegada de la crisis económica mundial. Esta crisis se debió fundamentalmente a la subida brutal del precio del petróleo que obligó a España y a muchos países que carecen de tal recurso energético a cerrar empresas y subir precios. Se multiplicó el paro y se congelaron los salarios. La emigración a los países vecinos tampoco era la solución ya que la crisis era mundial. El descontento creció entre la población lo que llevó a numerosas manifestaciones obreras y estudiantiles y como consecuencia intentos de represión del gobierno como contrataque (113).

El problema creciente del terrorismo español por parte de ETA y la organización de la GRAPO (114) también exacerbaron la problemática de momento. En el extranjero se empezaron a agrupar organizaciones de partidos políticos democráticos de diferentes ideologías pero dispuestos a dejar de lado sus diferencias para colaborar y conseguir devolver la democracia a España. Finalmente Franco murió el 20 de Noviembre de 1975 cumpliendo su deseo y dejando como sucesor a don Juan Carlos de Borbón como Jefe de Estado (115).

### 1.2.5 LA MONARQUÍA DE JUAN CARLOS I DE ESPAÑA

Juan Carlos de Borbón fue proclamado por las Cortes españolas como rey de España el día 22 de Noviembre de 1975 como Juan Carlos I de España.

En los primeros años de su reinado tuvo lugar la transición a la democracia, dejando España de ser la única dictadura no comunista que resistiese en Europa. Esta transición española se inscribe en la llamada “tercera ola democratizadora” del siglo XX que comenzaría en Portugal con la revolución de los claveles en 1974 y finalizaría en Alemania con la caída del muro de Berlín en 1989. Don Juan Carlos comenzó a gobernar basándose en un primer objetivo que era introducir poco a poco leyes fundamentales para la aceptación de la nueva España en Europa. Este proyecto fue el que intentó poner en marcha su primer presidente del ***gobierno que fue Carlos Arias Navarro*** (116).

#### ***Gobierno de Carlos Arias***

Carlos Arias ya había comenzado su gobierno durante los últimos años de la dictadura franquista y continuó al llegar Juan Carlos de Borbón al trono. Su gobierno estaba integrado en su mayoría por políticos vinculados a la dictadura franquista, aunque ya también incluyó a



algunos reformistas con la idea de ir poco a poco dándole forma al cambio que exigía Europa para España. Arias Navarro carecía de un plan de reforma claro e incluso llegó a confesar que en realidad su propósito de gobierno era continuar con el franquismo pero a través de una “democracia” en la que los cambios fueran limitados.

Adoptó un programa presentado por el político Fraga Iribarne, reforma Arias- Fraga que consistía en alcanzar una supuesta “democracia liberal” en la que se cambiaran de forma, siempre controlada por el poder, alguna de las leyes fundamentales del franquismo con el fin de hacerlas compatibles con las ideologías de Europa. Este programa fue conocido por ello como “reforma en la continuidad” y su base de apoyo es lo que entonces se llamó el “franquismo sociológico” (117).

La falta de sintonía personal entre el rey Don Juan Carlos y el presidente del gobierno , así como el estancamiento político en el que se sumergió el país fueron los detonantes para la dimisión de Carlos Arias el 1 de Julio de 1976 a petición del rey .

Cabe destacar como éxito de la oposición política la creación en Octubre de 1976 de la Plataforma de los Organismos Democráticos.

### *Gobierno de Adolfo Suárez*

Fue una de las figuras claves del periodo de transición español, 1976-1981, hacia la democracia parlamentaria, gracias a la cual se dejaría atrás la dictadura franquista y se constituiría un Estado social y democrático de derecho. Se conoció a su gobierno despectivamente como “*gobierno de PNNs o gobierno de penenes*”, debido a que alguno de los miembros de su gobierno eran profesores no numerarios de la Universidad y con menor personalidad política frente a figuras más antiguas como Areilza y los Fraga.

Llevó a cabo un gobierno reformista poniendo en marcha las primeras medidas que permitieron pasar de la dictadura a la democracia. Entre las medidas más importantes del gobierno de Suárez cabe destacar:

**1. Ley de Reforma política:** fue el primer paso firme para el desmantelamiento de las instituciones franquistas. Como resumen final de esta reforma diremos que ésta obligaba al gobierno a impulsar las primeras elecciones a las Cortes para poder elegir un Congreso y un Senado y ya hablaba de una reforma constitucional: “la Democracia en el Estado español se



basa en la supremacía de la ley, expresión de la voluntad soberana del pueblo”.

**2. Legalización del Partido Comunista Español:** tras esta reforma política, la oposición exigía la legalización de todos los partidos políticos incluido el PCE. Esta legalización fue uno de los momentos de mayor riesgo para el proceso de transición y obligaba a que el PCE reconociera a la monarquía y a nuestra bandera. El 11 de marzo de 1977 se decretó la amnistía política, en abril se legalizó el Partido Comunista y muy pocos días después se legalizaron los sindicatos (117).

**3. Pactos de la Moncloa:** estos pactos firmados por el Gobierno y la oposición, pretendían solucionar y corregir la falta de reformas económicas que tuvo lugar en los primeros años de la transición. El objetivo de estos acuerdos era equilibrar la economía, controlar la inflación desbocada (se llevó a cabo el control de la subida de los salarios que se hacían en función de la inflación prevista y no de la registrada como se haría anteriormente) y poner en marcha la creación del Impuesto de la Renta de las Personas Físicas (IRPF) (118).

**4. Constitución de 1978:** Adolfo Suárez quiso contar con todos los grupos políticos representados en el Congreso (independientemente del número de escaños de cada uno de ellos) con el fin de priorizar los acuerdos para que se consolidara una democracia que tuviera la máxima representación y legitimidad posible. Una vez aprobada la Constitución en un referéndum convocado el día 6 de Diciembre de 1978 (119,120), Suárez convocaría unas elecciones generales para el día 1 de marzo de 1979, donde volvería a vencer el partido político de Adolfo Suárez UCD. Sin embargo durante esta última legislatura el presidente del Gobierno se tendría que enfrentar a problemas como una moción de censura presentada por el PSOE, a ataques de opositores pertenecientes a su mismo partido político contra su figura, a la amenaza de los militares de realizar un golpe de estado y además a los peores años de terrorismo por parte de ETA en nuestro país. Todo esto llevaría a Adolfo Suárez a dimitir el día 29 de enero de 1981(121).

Dentro de los años de gobierno de Adolfo Suárez no podemos de dejar de hablar sobre el papel que tuvo dicho presidente en la Atención primaria en España. El sistema de salud español estaba basado hasta entonces en sistemas de beneficencia que se hacían cargo de los pobres, y, aunque durante el franquismo se construyeron hospitales modernos, la población no terminaba de aceptar la atención ambulatoria a la cual sólo recurría en casos de extrema gravedad.



España, durante el Gobierno de Adolfo Suárez, mandaría delegados a la Conferencia de Alma-Atá sobre Atención Primaria de Salud de 1978, de la cual volverían con numerosas ideas pero sin saber exactamente cómo llevarlas a cabo. Suárez vio una oportunidad dentro de la atención primaria para que, los miles de médicos españoles mal formados que centraban su labor en una asistencia deficitaria en zonas rurales y en la asistencia en hogares, se reformasen y actualizasen. Se estableció como norma que no podrían ejercer la profesión de médico sin haber realizado previamente una residencia, un examen riguroso de ingreso a estas residencias garantizaba una formación académica razonable. Se abrieron muchas residencias de medicina de familia y se construyeron numerosos centros de salud por toda España. La población poco a poco fue concienciándose y empezó a acudir cada vez más asiduamente a estos centros para consultas menores.

Desde el 4 de Julio de 1977 Enrique Sánchez de León Pérez fue el ministro de Sanidad y Seguridad Social, modernizó el Instituto Nacional de Salud (INSALUD). En 1979 cedió el testigo a Juan Rovira Tarazona, que fue nombrado ministro de Sanidad y Seguridad Social por Adolfo Suárez tras la aprobación de la Constitución española de 1978 (122).

### *Gobierno de Don Leopoldo Calvo Sotelo*

Tras la dimisión de Adolfo Suárez en enero de 1981, su sucesor y nuevo líder del partido Unión Centro Democrático (UCD), ***Don Leopoldo Calvo Sotelo***, sería investido como presidente del gobierno (123).

Tras haber superado a los mandos militares que perpetraron el fallido golpe de Estado el día 23 de febrero de 1981, durante el momento precisamente de la votación a la investidura de Calvo Sotelo (124). Los episodios centrales de este golpe consistieron en el asalto de las Cortes por un grupo de guardias civiles que se encontraban bajo el mando del teniente-coronel Antonio Tejero. Las principales figuras políticas -Diputados y senadores del gobierno- fueron secuestradas y retenidas durante dieciocho horas en el interior del Palacio de las Cortes.

Mientras tanto se perpetraba la ocupación de la ciudad de Valencia por un mando militar dirigido por el teniente general Jaime Milans del Bosch (125).



**Figura 10. Golpe de Estado de Tejero (124).**

Este golpe de Estado sería solventado y los principales precursores juzgados y condenados y pocos días después, Leopoldo Calvo Sotelo sería nombrado presidente del Gobierno de nuestro país. Su gobierno no duraría mucho sólo de febrero de 1981 a Diciembre de 1982, pues su mandato ya comenzaría desde una situación complicada -con un creciente protagonismo del PSOE- y además se vería agravada por una nueva subida de los precios del petróleo y a la existencia de numerosos problemas internos dentro de la unidad de su propio partido. Esto llevaría a la convocatoria de elecciones con el consecuente fracaso electoral del partido de Calvo Sotelo en 1982 (126).

Dentro de la política de Calvo Sotelo destacaremos como iniciativas del Gobierno: el mérito que tuvo el Gobierno a la hora del difícil juicio de los líderes del Golpe de Estado del 23F. A través de la Ley de Defensa de la Constitución se pudo crear un marco legal adecuado para la represión y para cualquier posible nuevo intento de golpe: los argumentos de la defensa estaban basados en el honor militar y la obediencia al mando que en un primer momento fueron considerados a su favor por un tribunal militar, pero tanto la opinión pública como el presidente del Gobierno coincidieron en la insuficiencia de la pena por lo que se trasladaría la causa al Tribunal Supremo, el cual se encargaría de aplicar penas y un castigo más acorde a los actos juzgados. Esta postura por parte del jefe de Gobierno fue bastante elogiada por parte de los ciudadanos españoles.

Otro aspecto destacable en la gestión de Calvo Sotelo fue la aprobación de la LOAPA (Ley Orgánica de Armonización del Proceso Autonómico), contando en este proyecto con el apoyo tanto de su propio partido como del PSOE -partidos mayoritarios -. Aunque esta nueva ley fue declarada inconstitucional durante este Gobierno, supuso una base importante y válida para la ordenación política autonómica que tendría lugar definitivamente bajo el próximo gobierno (127).



La incorporación de nuestro país en la OTAN fue otro de los aspectos destacables. En diciembre de 1981, España comunicaría a la Alianza Atlántica su intención de adherirse al Tratado de Washington, hecho que se haría vigente el 30 de mayo de 1982, convirtiéndose nuestro país en el miembro número dieciséis de la Organización del Tratado del Atlántico Norte (128). Sin embargo estas conversaciones se verían interrumpidas tras las elecciones del 28 de Octubre de 1982 y la victoria del partido socialista español, pues uno de los puntos principales de su proyecto político era la NO integración militar española en la OTAN (129).

### Gobierno de Felipe González

Tras obtener el PSOE mayoría absoluta en las elecciones generales de 1982, **Felipe González fue investido presidente del Gobierno** (130). Su mandato dura trece años y medio y el período más largo de un jefe de gobierno de la democracia española. Durante su mandato podemos destacar ciertos acontecimientos y reformas todas ellas destinadas principalmente a asentar la democracia y consolidar lo que denominaron un “Estado de Bienestar” (131). Las más destacables de ellas fueron:

- El cierre en 1984, con la culminación de la subasta de los Medios de Comunicación Social del Estado, de ciertos diarios no rentables y otros fueron privatizados y adquiridos por empresarios destacados de la época.
- Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo de 1990 (LOGSE), por la que se extendía la enseñanza pública obligatoria en España hasta los dieciséis años (132).
- Ley General de Sanidad de 1986 en la que se reformuló el sistema sanitario con el fin de conseguir que todos sus contribuyentes recibieran un servicio equitativo (133).

El año 1986 fue un año decisivo en su gobierno, no sólo por esta nueva Ley de Sanidad sino porque España entró a formar parte de la Comunidad Económica Europea (CEE) (134) y la celebración de un referéndum sobre la permanencia de España en la OTAN: Felipe González y su gobierno defenderían la permanencia de España en la OTAN pero siempre teniendo en cuenta tres condiciones:

- La no incorporación a la estructura militar
- La prohibición de almacenamiento de armas nucleares en nuestro país.
- La reducción del número de bases militares norteamericanas en España.



El Sí acabaría imponiéndose bajo un estrecho margen frente al No, y este resultado (este referéndum había sido una dura prueba en su mandato) reforzaría el Gobierno y liderazgo de Felipe González que se mantendría como jefe del Gobierno hasta 1996 (135).

El declive del mandato de Felipe González fue debido principalmente a enfrentamientos internos, descontento de la población por la crisis económica y sobre todo debido a casos de corrupción e informaciones que empezaron a difundirse sobre la “guerra sucia” de los llamados “grupos Antiterroristas de Liberación” (GAL) contra la banda terrorista ETA (136) .

Como otros ejemplos de tal declive podemos mencionar: en 1988 tuvo lugar un gran golpe político para Felipe González, a raíz de la introducción de una importante reforma en el mercado laboral: el Plan de Empleo Juvenil. Esta reforma abarataba el despido e introducía los contratos temporales para los jóvenes trabajadores y ello convocó una huelga general por parte de las centrales sindicales de Comisiones Obreras (CC.OO) y Unión General de Trabajadores (UGT).El país fue paralizado durante 24 horas, obligando al presidente a retirar la reforma propuesta y a incrementar el gasto social (137).

En 1991 tuvo lugar la dimisión del entonces vicepresidente Alfonso Guerra debido al “Caso Juan Guerra” o “hermanísimo”. Su hermano Juan Guerra fue acusado y juzgado por los delitos de cohecho, fraude fiscal y prevaricación entre otros y todo ello finalizó con la dimisión de su hermano el vicepresidente Alfonso Guerra (138).

En el año 1993 tuvo lugar el “Caso Roldán”. Luis Roldán, director general de la Guardia Civil y persona al frente de la benemérita durante gran parte del mandato de Felipe González, fue condenado por los delitos de malversación de fondos públicos, cohecho, estafa y fraude fiscal. Aunque la sentencia rechazaba que el dinero que guardaba Roldán en sus cuentas suizas fuese dinero destinado a fondos del PSOE (139).

También hemos de destacar hechos memorables y de auge de nuestro país durante la última etapa de mandato de Felipe González: El año 1992 fue para España el año de las grandes celebraciones: los Juegos Olímpicos en Barcelona, la Exposición Universal de Sevilla y el quinto centenario del descubrimiento de América. Estos acontecimientos supusieron un éxito indiscutible, situando a España dentro de un círculo reducido de naciones con reputación de solidez y modernidad (140-142).



Además en marzo de ese mismo año se produjo el mayor éxito en la lucha antiterrorista hasta entonces, al ser detenida la cúpula de ETA en la ciudad francesa de Bidart, gracias a la colaboración conjunta de la policía francesa y la Guardia Civil española.

Ante toda esta situación en el año 1996 tienen lugar las elecciones generales y con ellas el final de su presidencia. Felipe González perdió las elecciones generales por un estrecho margen en favor del Partido Popular de José María Aznar.

El conservador José María Aznar es elegido presidente en 1996, bajo su mandato España se integra totalmente en Europa adoptando en 2002 el Euro como moneda oficial del país. Su gobierno durará hasta el 2004 cuando José Luis Zapatero es proclamado presidente (143).





## 1.3 SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA EN EL SIGLO XX

### 1.3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Para poder entender las bases de la sanidad pública en España, es necesario hacer una ligera reflexión sobre la figura del “médico” en el tiempo y además retroceder hasta principios del siglo XIX, momento en que podemos apreciar los primeros indicios de actuaciones gubernamentales, destinadas casi exclusivamente a prevenir los problemas epidémicos dejando al margen la protección individual.

A lo largo de la historia el ser humano siempre ha sido acompañado por la figura poliédrica del “sanador, chamán, médico de la corte, médico de la unidad militar o del pueblo...”. Siempre esa figura que en función de sus conocimientos o experiencia realizaba una prácticas u otras para intentar sanar. Esta “figura histórica” puede ser considerada el fundamento de nuestro médico titular, médico de cabecera o médico de familia actual:

En la Grecia clásica, con Hipócrates y otros, comenzaría la tecnificación de la medicina y se produjo la separación de la medicina y la religión, comenzando así la concepción de la figura del hombre como una unión entre cuerpo y mente o alma (physis y psiquis). Muchos de los cristianos del Imperio romano fueron precisamente perseguidos por considerarles herejes por separar la naturaleza humana de la naturaleza divina de Cristo, conocidos por ello como nestorianos. Estos nestorianos fueron perseguidos y obligados a refugiarse en los actuales territorios de Oriente Medio, bajo la protección de cultos árabes. Dinastías enteras de médicos nestorianos participaron en la construcción de hospitales y en la confección de traducciones que posteriormente, con el avance de los árabes hacia Occidente, llegarían a nuestros territorios como textos médicos. Médicos eminentes de este periodo fueron figuras muy conocidas como Averroes -y su obra Colliget -o Avicena -y su obra cumbre el Canon-.

La primera figura reglada de médico en nuestra historia vino de la mano del gran Alfonso X “el sabio” en el siglo XIII. Los médicos de aquella época eran conocidos como “físicos” y eran figuras que debían ser admitidos y recibir un título como tal (de ahí el nombre de titular) por parte de las autoridades locales y de los que ya estuviesen establecidos en un lugar determinado donde pretendiesen ejercer. El primer indicio de seguro médico surge precisamente de aquella época, debido a la contratación de médicos por los gremios. Estos gremios contrataban a los médicos para la asistencia de sus miembros y familiares, estableciéndose un pago per cápita.



Se pagaban cantidades fijas por un periodo de tiempo para todos sus miembros, independientemente de si necesitasen su asistencia o no, por cuotas de igual cuantía, “iguales” -denominación que ha llegado a la actualidad-. Fue precisamente Alfonso X el Sabio gracias a la obtención de una bula papal del Papa Alejandro IV quien construyó una Academia de Medicina en la que la enseñanza se basaba fundamentalmente en el Canon de Avicena y el Colliget de Averroes. Continuando con los antecedentes en España en 1453 se publica la obra clave de la anatomía moderna: *“De humani corporis fabrica”*. Fue publicada por Andrés Versalio que fue catedrático de anatomía en Padua y posteriormente médico de cámara de Carlos V y Felipe II. Fue en esta época cuando se empieza a organizar en España de una manera más seria la enseñanza y práctica de la medicina. Como antecesores del proceso de regulación de la profesión cabe destacar dos figuras que en vez de profesionales fueron curiosamente enfermos, Enrique II de Castilla “el Doliente” y su hijo Juan II. Fue este último quien precisamente por decreto en 1422 creó un tribunal de examinadores especiales, que supieran valorar la profesión, conocido y vigente hasta el siglo XIX como Tribunal del Protomedicato. El siglo XVI y XVII son periodos de escasa calidad científica de la medicina española. El siglo XVIII supuso el resurgir de la España pródiga en actividades científicas, entre las que destacamos: la expedición botánica del gran médico y sacerdote José Celestino Mutis o la creación de los Reales Colegios de Cirugía con figuras como Pere Virgili y Antoni Gimbernat (144).

El siglo XIX comenzaría con un hito histórico desde el punto de vista sanitario. Carlos IV y los médicos militares Balmis y Salvany llevaron a cabo la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna que duró desde 1803- 1810, el gobierno español fleta una auténtica vuelta al mundo para vacunar a sus ciudadanos coloniales.

### **1.3.2 ANTECEDENTES LEGISLATIVOS**

Durante el primer cuarto del siglo XIX la medicina española sufre un importante cambio, el Protomedicato sería suprimido en 1822 y la regulación sanitaria quedaría regulada por las Juntas de Medicina, Cirugía y Farmacia. La necesidad de una normativa sanitaria ya se había expresado a través de las Cortes de Cádiz de 1812 pero al fallecer Fernando VII, este asunto quedó en manos de médicos como Mateo Seoane Sobral -que debido a avatares políticos se vería obligado al exilio- o como Pedro Castelló que asumió a través de las academias profesionales las funciones que antes tenía el Protomedicato. La ampliación de las funciones se le concedería a los Reales Colegios de Medicina y Cirugía (145).



**Durante el último tercio del siglo XIX** se apreciaban dos corrientes de pensamiento claramente diferenciadas:

- Los intelectuales del regeneracionismo y la corriente Krausopositivista -organismo antropológico que identificaba al hombre como ser-, que resaltaban la importancia de la cultura sanitaria para la salvación ,y engrandecimiento de la patria mediante la resolución de los problemas sanitarios y de higiene a través de la ciencia.
- Los higienistas defendían que en las desigualdades sociales estaba el origen de la enfermedad.

Figuras como Méndez Álvaro -Doctor en Cirugía ,Medicina, periodista y político-o Mateo Seoane -filósofo, médico, y político -, hicieron lo más parecido a un primer intento de establecer mecanismos de atención primaria, vigilancia de epidemias y prevención; promovieron la creación de la Sociedad Española de Higiene y la introducción del código sanitario de **1822**, elaborado por Francisco Fabra, en colaboración con la Real Academia Matritense y fundamentado en las bases de la Constitución de Cádiz de 1812 (146).

Méndez Álvaro también intervino en la elaboración de la Ley de Sanidad de 1855 (147), que pretendía dos objetivos principales:

- .El *primero*, la coordinación las actuaciones para solucionar los problemas de salud
- .El *segundo*, desarrollar una labor de protección sanitaria frente a infecciones individuales.

Esta Ley determinaba principalmente la colegiación obligatoria y el establecimiento de colegios médicos en toda España y en determinados decretos entre los que destacaba el Decreto de 1854, en el cual se organizaban los partidos médicos, se planificaba la asistencia gratuita a los pobres, se regularizaba el servicio de Higiene Pública y Medicina legal y se establecía la vigilancia al ejercicio de la profesión.

En **1847** se crean un Real Consejo de Sanidad y la Dirección General de Beneficencia y Sanidad: esto implica la separación del gobierno de las actividades profesionales, que es debido por un lado a la necesidad de dotar a todas las poblaciones de médicos y regular los deberes y derechos de estos profesionales y por otro lado debido a la gran preocupación que existía en ese momento por las grandes epidemias surgidas como la viruela, la peste y el cólera (148).



En **1855** se aprueba la primera Ley de sanidad de España: esta ley regulará la política de prevención sanitaria en España y las actuaciones asistenciales del profesional. Es en esta Ley donde se encuentra el origen del médico titular ya que esta ley obliga a los municipios a la creación de la beneficencia municipal. Las funciones de los médicos titulares eran compartidas parcialmente con el farmacéutico y el veterinario titular y estaban recogidas en varios artículos de esta ley de sanidad de 1855:

-**Artículo 60:** en cada partido judicial habrá tres subdelegados de sanidad: uno de medicina y cirugía, un farmacéutico y un veterinario.

-**Artículo 64:** *...”encargados de la asistencia de familias pobres y de auxiliar sus consejos científicos a los municipios...”*

-**Artículo 99:** *“.....estrecha obligación de cuidar sean vacunados oportuna y debidamente todos los niños”.*

En **1882** se crea la Fundación de la Sociedad Española de Higiene, cuyos objetivos eran propagar los conocimientos higiénicos, creando institutos de higiene, y fomentar esta disciplina desde la docencia, la investigación y confeccionando una estadística demográfico-sanitaria (149).

En **1883** la Comisión de Reformas Sociales se encargó de estudiar cuestiones para mejorar el bienestar de la clase obrera.

Según Rodríguez Ocaña -catedrático de la Universidad de Historia de la Ciencia de Granada- (150) no fue hasta **1899** cuando aparecen los primeros intentos gubernamentales de consolidar un sistema de registro sanitario fiable. Pero estos intentos fracasan al intentar que fuesen los médicos titulares los promotores del registro.

Esta estructura iría evolucionando hasta la creación de los equipos de atención primaria actuales. En cuanto a la figura y ejercicio del profesional, iría evolucionando desde un generalismo absoluto hasta la aparición de numerosas profesiones sanitarias con actividad reconocida como por ejemplo “los sangradores o flebotomianos, cirujanos romancistas, licenciados o cirujanos de primera clase....ocupando los más bajos escalafones dentro de esta familia de sanitarios los ministrantes, dentistas y comadronas o parteras. Este sistema como es natural facilitaba todo tipo de intrusismos. Este problema surgió principalmente por la necesidad de atender las carencias sanitarias de todos los ciudadanos de las zonas y pueblos rurales en una España con malas comunicaciones y gran crisis económica que salía de una guerra.

Esta primera **Ley de sanidad de 1855** va pasando por diversas circunstancias hasta llegar como reforma la **Instrucción General de Sanidad de 1904**.

### 1.3.3 LEGISLACIÓN SALUD PÚBLICA EN EL SIGLO XX

A **finales del siglo XIX y principios del siglo XX** tienen lugar ciertos acontecimientos políticos que provocan una alarma sanitaria en la sociedad española: las epidemias de cólera que sufre nuestro país y la insalubridad en general de las poblaciones coloniales de Cuba y Filipinas como causa principal de nuestras derrotas militares. Además de la pandemia gripal mundial de 1918.

Esta fuerte influencia política hace que podamos distinguir distintas etapas en la Historia de la Salud Pública española a lo largo del siglo XX:

- **Primera etapa hasta los años 30:** con gobiernos de Alfonso XIII y especialmente durante la etapa de la dictadura de Primo de Rivera (1923-1930) se produce un gran aumento de la actividad sanitaria y de la normativa a través de la creación de numerosas instituciones.
- **Durante la Segunda República española:** la política sanitaria se basó en mantener la ya estructurada durante la dictadura de Primo de Rivera; lo único que destacó como novedoso fue el reconocimiento del derecho al amparo frente a la enfermedad proclamado en la Constitución de 1931.
- **Etapa correspondiente al franquismo:** etapa de claro retroceso teórico, pero con el importante fenómeno de desarrollo industrial y la creación destacadísima del Seguro Obligatorio de Enfermedad.
- **La etapa actual de la democracia:** caracterizada por el intento de adaptar los presupuestos del Estado de bienestar y las recomendaciones de la OMS (Alma-Atá 1978) en un contexto de libertades políticas pero con problemas derivados de la persistencia de la crisis estructural de la economía mundial y española.

### PRIMERA ETAPA HASTA LOS AÑOS 30:

- El Real Decreto del 12 de enero de **1904**, que fue aprobado por la Instrucción General de Sanidad, no modificó el esquema de **1855** sólo modificó el nombre de Dirección General de Salud por el de Instrucción General de Sanidad. Se inicia así formalmente una reorganización de los servicios sanitarios (151).
- **En 1908** Antonio Maura (promulgado por el rey Alfonso XIII) crea el Instituto Nacional de Previsión (INP) (152, 153). Fue considerado la primera institución oficial encargada de la Seguridad Social y de la asistencia sanitaria en España. Continuó existiendo hasta 1978, año en el que se reorganizó su estructura. El instituto tenía los siguientes fines:
  - Difundir e inculcar la previsión popular, especialmente la realizada en forma de pensiones de retiro.
  - Administrar la mutualidad de asociados que al efecto y voluntariamente se constituya bajo este patronato, en las condiciones más benéficas para ellos.
  - Estimular y favorecer dicha práctica de pensiones de retiro, procurando su bonificación con carácter general o especial, por entidades oficiales o particulares.
- **En 1909** se creó la Brigada Sanitaria Central y el Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología que se reorganizó y fue conocido en 1914 como Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII.
- En definitiva **en 1910**, los seguros sociales se iniciaron en España con cobertura sobre la vejez y la invalidez mediante pensiones de retiro con prioridad sobre otro tipo de seguros como podía ser el de enfermedad o paro.
- **En 1919** se establece la preparación de un plan de seguros sociales directamente atribuidos al Instituto Nacional de Previsión y al mismo tiempo se crea el Seguro de Retiro Obligatorio Obrero (en resumen el seguro de vejez voluntario se convirtió en obligatorio) (154).



- En **1922** se creó la Dirección General de Sanidad cuya labor sanitaria se basaba en tres objetivos fundamentales (155):
  - Acoplar la organización médica tradicional a la organización “societaria”.
  - Promocionar tanto la higiene rural como la urbana.
  - Continuar con la lucha contra las enfermedades infecciosas desde una concepción defensiva de la acción sanitaria: declaración de la infección, aislamiento y desinfección.

Continúan naciendo seguros como:

- **1923** Subsidio de maternidad para tener derecho a este subsidio era preciso ser obrera o empleada, dar a luz y estar inscrita en el Régimen obligatorio de Retiro obrero.
- **1929** Seguro obligatorio de maternidad entre los beneficios que incorporaba este seguro se encontraban: asistencia de la comadrona o médico en el parto, los servicios facultativos que se precisen durante el periodo de gestación y puerperio y las obreras tenían así mismo derecho a los productos farmacéuticos que fuesen necesarios y a una indemnización durante el periodo de descanso de 6 semanas posterior al parto. De la administración de este seguro se encargaba el Instituto Nacional de Previsión.

### ETAPA CORRESPONDIENTE A LA SEGUNDA REPÚBLICA, GUERRA CIVIL Y EL FRANQUISMO:

- Esta etapa comienza con la **proclamación de la Constitución de 1931**, que reconoció un amplio abanico de derechos sociales (156):
- En el Artículo 43 se defendía: “El Estado prestará asistencia a los enfermos y ancianos y protección a la maternidad y a la infancia”.
- En el Artículo 46: “La República asegurará a todo trabajador las condiciones necesarias de una existencia digna. Su legislación social regulará los casos de seguro de enfermedad, accidente, paro forzoso, vejez, invalidez y muerte; el trabajo de las mujeres y de los jóvenes y especialmente la protección de la maternidad...”.
- Estos dos artículos son claves en la Historia del constitucionalismo español porque reconocían los derechos sociales en España por primera vez, obligando al Estado a que interviniese para su cumplimiento y garantía.



- **Entre 1936-1939** la guerra civil española rompió el proceso de construcción del proceso de salud pública.
- **Entre 1936-1945** los problemas derivados de la guerra y la posguerra produjeron un periodo de alta mortalidad. En el transcurso de la guerra y posguerra se convierte en prioritario la necesidad de sueros y vacunas, la lucha contra las enfermedades venéreas y la lucha antipalúdica; En la posguerra además surgen tres grandes epidemias, en los que se centran todos los esfuerzos de los sanitarios del régimen franquista: la viruela, el tifus exantemático y la difteria. Esto se une a la preocupación por la tuberculosis, la alta tasa de mortalidad infantil y el paludismo. Todos estos problemas se focalizaban casi en su totalidad en las zonas rurales o clases sociales más necesitadas (157).
- Es por ello que se puede afirmar que en la Dictadura la política sanitaria se centró en los problemas rurales y se redujo a asuntos administrativos, limitándose a dar continuidad al Consejo de Sanidad de los años 30; si bien sí se redactaron dos proyectos de Ley (158,159):
- **La Ley de Bases de Régimen Sanitario de 1934** con la que se perseguía una mejor organización de los servicios sanitarios encomendados a municipios y diputaciones a través de la creación en cada provincia de un organismo administrativo que se denominará Mancomunidad de Municipios de la provincia. Las funciones de estos organismos estarán delegadas por el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.
- **Ley Constitutiva del Patronato Nacional Antituberculosa 1934** se basaba en medidas de carácter social pero complementadas con una asistencia médica que permitiese simultáneamente aislar a los enfermos en periodo de contagio y además evitar nuevas invasiones de la enfermedad con la mayor precocidad posible.
- **En 1938** aparece el **Fuero del Trabajo** que textualmente dice: “La previsión proporcionará al trabajador la seguridad del amparo ante el infortunio “.”Se incrementarán los seguros sociales de vejez, invalidez, maternidad, accidente de trabajo, enfermedad profesional, tuberculosis y paro forzoso, tendiéndose a la implantación de un seguro total” y “de modo primordial se tenderá a dotar a los trabajadores ancianos de un retiro suficiente “(160).



- **En 1942** se aprueba el **Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)**, implantado definitivamente en 1944. Éste respondía al modelo bismarckiano desarrollado en Alemania (sistema sanitario de Bismarck era un sistema con aportaciones por parte de la empresa, donde el usuario o la empresa eligen el fondo de salud privada) (161).
- Esta Ley de Seguro Obligatorio (SOE), era financiado por trabajadores y empresarios en función a un sistema productivo responsable de la producción de bienes y servicios.
- **En 1943** se creó el **Consejo Nacional de Sanidad** que recogió en 1944 la mayor parte de los contenidos de la sanidad de los años 20 y 30. Tenía carácter consultivo y asesor de los problemas sanitarios de la sociedad (162).
- **En 1962 Ley de Coordinación Hospitalaria** los hospitales deben ser considerados como centros de asistencia con distintas clases de medicina, formación del personal e investigación científica. Abiertos a todo tipo de población sin ningún tipo de prioridad según condición social o económica. Esta ley era aplicable a los organismos pertenecientes al Estado, mientras que en hospitales pertenecientes a la Iglesia así como en los privados esta ley sería aplicable según catalogación y tras inspecciones sanitarias previas (163).
- **En los años sesenta** se dio el proceso de transformación de los distintos seguros sociales dentro de un Sistema integrado de Seguridad Social: en 1963 entró en vigor la Ley de Bases de la Seguridad Social, cuyo objetivo principal era la implantación de un modelo unitario e integrado de protección social, con una base financiera de reparto, gestión pública y participación del Estado en la financiación (164).
- **En 1971** se crea el **Estatuto del personal No sanitario** al servicio de las instituciones sanitarias de la Seguridad Social intentando atemperar y lograr el mayor paralelismo posible con las normas contenidas en el Estatuto de Funcionarios del Instituto Nacional de Previsión (165).



- **La Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora de 1972** intentó corregir los problemas financieros existentes, si bien, agravó los mismos al incrementar la acción protectora, sin establecer previamente los recursos necesarios que le dieran cobertura.

A partir de la aprobación **de la Ley General de la Seguridad Social en 1974** se empezó a vincular la asistencia sanitaria gratuita a la contribución de cotizaciones por parte de las empresas y trabajadores cubriendo también a los descendientes y personas de pendientes de los afiliados. Esto provocó sin embargo que existieran numerosos grupos de personas que quedasen sin cobertura sanitaria como por ejemplo los casos de desempleo prolongado, falta de incorporación al mercado laboral o cumplir una edad límite sin haberse emancipado aún del lecho familiar (166).

### TERCERA ETAPA O ETAPA DEMOCRÁTICA:

No será hasta la implantación de la Democracia en España y la aprobación de la Constitución de 1978, cuando se produzcan una serie de reformas en los distintos campos que actualmente configuran el sistema de la Seguridad Social (167):

- **En 1977** la Seguridad Social pasa a depender del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
- **En 1978 se promulga la Constitución Española de 1978.** En dicho año se celebrará también una conferencia sobre Atención primaria de Salud en la ciudad de Alma-Atá. La Conferencia de Alma-Ata (168, 169) de 1978 fue convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en ella se define la Atención Primaria de Salud como:  
*“Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad”.*
- Esta Conferencia Internacional sobre la Atención primaria de Salud de Alma-Atá se realizó en Kazajistán en Septiembre de 1978 y fue organizada por la OMS, OPS y Unicef



y la síntesis de sus intenciones se expresa en la Declaración de Alma- Atá subrayando la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue “Salud para todos en el año 2000”. Sin embargo no se consiguió dicha meta de “Salud para todos”, según los críticos debido a la falta de voluntad médica, política e ideológica, generándose en ese plazo una brecha sanitaria aún mayor de la existente ya en 1978 y creándose como consecuencia sistemas de salud mixtos, para las clases bajas el subsidio estatal, en la mayoría de los casos, deficiente, y para las clases beneficiadas económicamente, la alternativa privada.

- **En 1978** en España además el INP que se encargaba de la gestión de las prestaciones económicas, sanitarias y sociales de los seguros de enfermedad desaparece, dando lugar a tres nuevos organismos (170):
  1. Instituto nacional de la Seguridad Social, que gestiona y administra las prestaciones de índole económica de la Seguridad Social.
  2. Instituto nacional de los Servicios Sociales, que dirige los servicios sociales de tipo
  3. complementario y gestiona las pensiones de invalidez y jubilación no contributivas.
  4. Instituto nacional de Salud, conocido como **INSALUD** se encarga de gestionar y administrar los servicios sanitarios de la Seguridad Social (171).

La aprobación de la Constitución además introdujo dos artículos relevantes:

**.Artículo 43** (172): reconoce el derecho a la protección de la salud y las competencias públicas que se atribuyen a dicha protección.

**.Artículo 41** (173): textualmente: *“los poderes públicos mantendrán un régimen público de seguridad social para todos los ciudadanos que garanticen la existencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidades sobre todo en caso de desempleo”*

Estos dos artículos suponen un inicio de la Universalización de la asistencia sanitaria.

- **En 1986** se aprueba la **Ley General de Sanidad**, la cual aún sigue vigente en la actualidad. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (174).



- Como consecuencia de esta Ley aparece el **Órgano de Coordinación Nacional de Salud**, que se trata de un Consejo Interterritorial cuyas funciones son la información y comunicación entre todas las administraciones y la coordinación de los aspectos fundamentales de la Sanidad.
- **En 1989 se universaliza** el derecho a la asistencia sanitaria pública. Con el Real Decreto- Ley 12/2012 se garantiza la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y se mejora la calidad y seguridad de sus prestaciones, se excluyeron a los inmigrantes irregulares del acceso al servicio público de la salud, excepto casos de urgencia, maternidad y jóvenes menores de edad (175).
- En el año 1994 existió una quiebra técnica de la Seguridad Social, provocada principalmente por el gasto sanitario, los insuficientes recursos materiales y las carencias de las infraestructuras sanitarias. Todo esto llevó en el **año 1995 a firmar el Pacto de Toledo** (176), donde todas las fuerzas políticas y sociales mostraban su apoyo y definitivamente se consagró la financiación de la Sanidad a cargo de los impuestos, en un modelo (que imitaba al inglés) en el que se planteaba la Universalización de las prestaciones en un ámbito de equidad.
- En este Pacto de Toledo se eliminó además el vínculo hasta entonces existente entre la Seguridad Social y el Sistema Público de Salud .Es por ello que actualmente la Sanidad Pública no depende ni jurídicamente ni económicamente de la Seguridad Social.
- **En el año 2000** la estructura del Ministerio de Sanidad y Consumo se modificó y pasó a llamarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria considera imprescindible la adaptación del Instituto Nacional de Salud (INSALUD) en una entidad de menor dimensión culminando la transferencias sanitarias a las comunidades autónomas aunque conservando la misma personalidad jurídica, económica, presupuestaria y patrimonial (177).



	<u>FECHA</u>	<u>REFORMA SANITARIA</u>	<u>ACTUACIONES SANITARIAS</u>
<b>ANTECEDENTES HISTÓRICOS</b>	1822	CÓDIGO SANITARIO	PRIMER INTENTO DE ESTABLECER MECANISMOS DE ATENCIÓN PRIMARIA PREVENCIÓN Y CONTROL DE EPIDEMIAS
	1847	REAL CONSEJO DE SANIDAD Y DIRECCIÓN GENERAL DE BENEFICENCIA Y SANIDAD	Separación del gobierno de las actividades profesionales. Dotar a todas las poblaciones españolas de profesionales sanitarios regulados con derechos y sus deberes. Principal preocupación las epidemias de cólera peste y viruela
	1855	LEY DE SANIDAD	Regulación de la política de prevención sanitaria en España y de las actuaciones de los profesionales. Origen de la figura del médico titular
	1882	FUNDACIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE	Propagar conocimientos de higiene, se crean institutos de higiene, se formaron profesionales y se confeccionó una estadística demográfico- sanitaria
	1883	COMISIÓN DE REFORMAS SOCIALES	Reformas para el bienestar de la clase obrera
<b>REINADO ALFONSO XIII</b>	1904	REAL DECRETO DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD	Modificó el nombre de Dirección General de Salud por el de Instrucción General de Sanidad
	1908	INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN	Considerada primera Institución oficial encargada de la Seguridad Social. Entre sus funciones: gestionaba las pensiones de retiro y administra la mutualidad de los asociados
	1909	CREACIÓN DE LA BRIGADA SANITARIA CENTRAL E INSTITUTO DE VACUNACIÓN SUEROTERAPIA Y BACTERIOLOGÍA	Este último pasaría a llamarse en 1914 Instituto Nacional de higiene de Alfonso XIII
	1910	CREACIÓN DE LOS SEGUROS SOCIALES POPULARES	Seguros con cobertura principalmente sobre la vejez y la invalidez
	1919	SEGURO RETIRO OBLIGATORIO OBRERO	En resumen es equivalente a un seguro de vejez obligatorio
	1922	DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD	Organización servicios sanitarios promoción higiene rural y urbana y lucha contra enfermedades contagiosas



	1923	SUBSIDIO DE MATERNIDAD	Ser obrera, dar a luz y estar inscrita al Régimen Obligatorio Obrero
	1929	SEGURO OBLIGATORIO DE MATERNIDAD	Derecho a asistencia médica en el parto, productos farmacéuticos e indemnización económica correspondiente
<b>ETAPA SEGUNDA REPÚBLICA GUERRA CIVIL Y FRANQUISMO</b>	1931	CONSTITUCIÓN 1931	Proclamación de la Constitución de 1931 destacables art. 43 y 46
	1934	LEY DE BASES DEL RÉGIMEN SANITARIO	La sanidad pasaba a ser una función pública bajo la dirección técnica y administrativa del estado
		LEY ANTITUBERCULOSA	Aislar a los enfermos en periodo contagio y evitar nuevas invasiones
	1938	FUERO DEL TRABAJO	Introducían los subsidios familiares
	1942	SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD	Financiado por trabajadores y empresarios
	1943	CONSEJO NACIONAL DE SANIDAD	Creación de tal Consejo para consulta de la población de problemas sanitarios
	1944	LEY DE BASES DE LA SANIDAD NACIONAL	Recoge contenidos de sanidad de los años 20 y 30
	1962	LEY DE COORDINACIÓN HOSPITALARIA	Hospitales como centros asistenciales pertenecientes al Estado y abiertos a todo tipo de población
	1963	LEY DE BASES DE LA SEGURIDAD SOCIAL	Modelo unitario de protección social el Estado participa en su financiación
	1971	ESTATUTO DEL PERSONAL NO SANITARIO	Intentar equilibrar con el Estatuto de los funcionarios del INP
	1972	LEY DE FINANCIACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO	Intenta solucionar los problemas financieros de la Sanidad Pública
	1974	LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL	Vincular la asistencia sanitaria con la base de cotización de trabajadores y empresas
<b>ETAPA DEMOCRÁTICA</b>	1978	CAMBIO EN LA SEGURIDAD SOCIAL	La SS se independiza del Ministerio de Trabajo y aparece: Instituto Nacional de la SS, Instituto Nacional de los Servicios Sociales e Instituto Nacional de Sanidad (INSALUD)
	1986	LEY GENERAL DE SANIDAD Y ÓRGANO DE COORDINACIÓN NACIONAL DE SALUD	Consejo interterritorial y comunicación entre las distintas administraciones
	1989	UNIVERSALIZACIÓN ASISTENCIA SANITARIA	Universalización de la sanidad y mejora de sus prestaciones



1995	PACTO DE TOLEDO	Financiación de la sanidad a través de los impuestos
2000	INSTITUTO NACIONAL DE GESTIÓN SANITARIA	Culminación proceso de transferencias sanitarias a las comunidades autónomas Sustituye al INSALUD que desaparece

**Tabla 1. Resumen propio de la Legislación vigente durante finales del siglo XIX y siglo XX (145-177)**

## 2. OBJETIVOS

La odontología social en España ha sido mínimamente estudiada, así como su evolución e instauración en la sociedad científica actual. Es por este hecho, que nos proponemos realizar una revisión de la odontología social española durante el siglo XX, estableciendo los siguientes objetivos a estudiar:

1. Observar el desarrollo de la odontología social durante el siglo XX.
2. Determinar el impacto de las estrategias odontológicas sociales, preventivas y comunitarias realizadas en la población española.
3. Evaluar los condicionantes que afectaron a la Odontología social española del siglo XX.
4. Analizar los programas comunitarios más sólidos llevados a cabo en las distintas Comunidades autónomas de España.



## 3. MATERIAL Y MÉTODO

### 3.1 MATERIAL

Para el desarrollo y elaboración del presente estudio histórico, se ha llevado a cabo la consulta de los fondos y bases de datos de las siguientes fuentes de información bibliográficas:

- Biblioteca Digital Hispánica. Biblioteca Nacional de España
- Biblioteca de la Universidad Complutense de Madrid
- Biblioteca Florestán Aguilar de Madrid.
- Biblioteca Virtual de Andalucía.
- Biblioteca Virtual de Sevilla, la Rioja, Castilla la Mancha, Madrid, del Principado de Asturias.
- Biblioteca Digital de Catalunya (BDC)
- Hemeroteca del Colegio Oficial de Dentistas y Estomatólogos de Sevilla
- Hemeroteca del Departamento de Odontología Familiar y Comunitaria de la Universidad de Sevilla.
- Hemeroteca del Colegio Oficial de Dentistas de Cádiz
- Red de Bibliotecas del Consejo Superior de Investigaciones Científicas
- Sede Electrónica del Instituto Nacional de Estadística.
- Boletín Informativo de los Ilustres Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de las IV y V Regiones.
- Revista Andaluza de Odontología y Estomatología.

Se han realizado continuas búsquedas en las bases de datos de Medline a través del buscador Pubmed, empleando las siguientes palabras clave: "Social Odontology", "Spain Odontology", "Social Spain Odontology".

Se han consultado libros y manuscritos especializados en investigación sobre memoria histórica, que tras la depuración y análisis de la información recopilada, concretamente de dos de destacable interés "*Métodos de Investigación Histórica*" de Francisco Alía Miranda (2016) y "*la Investí Histórica: teoría y método*" de Julio Aróstegui (2013), seleccionamos los artículos de mayor impacto. Este trabajo resultaría bastante fructífero a la hora de determinar las bases de datos más exactas para este tipo de estudio.



Hemos empleado tres bases de datos primarias que nos ofrecen la descripción de la mayor parte de materiales bibliográficos: la primera el catálogo de la Biblioteca Nacional; las bases de datos del CSIC (especialmente ISOC) para artículos de revistas especializadas (revistas sociales y de humanidades especialmente); y la tercera y última, Teseo ( para tesis doctorales leídas en las Universidades).

Además, hemos considerado otras fuentes que nos permitieron ampliar nuestra búsqueda: en primer lugar *Dialnet* (tal y como se aprecia en nuestras referencias bibliográficas, que es una base de datos especializada en ciencias sociales y humanidades), *Rebiun* (línea de Red de Bibliotecas Universitarias Españolas) e *ISBN* (base de datos de libros editados en España).

También se ha estimado metodológicamente importante, algunas bases de carácter internacional como *Worldcat*, *Google Books*, *Periodicals Archive Online*, *Scopus*, *Web of Science*.



## 3.2 MÉTODO

En el desarrollo de esta Tesis Doctoral, hemos empleado el método historiográfico (conjunto de escritos y documentos acerca de un tema o periodo histórico concreto), tal y como vamos a detallar a continuación:

**Búsqueda de fuentes:** Con el objetivo de llevar a cabo una recopilación fidedigna, y con valor histórico en primer lugar se realizó una búsqueda exhaustiva de toda la documentación existente en los repositorios históricos nacionales.

**Estudio previo de las fuentes seleccionadas:** Se procedió al análisis de cada fuente de información acotando la información según el objetivo temporal y temático de este trabajo.

**Confección de fichas, según cronología y geografía:** Una vez recopilada dicha información, fue clasificada atendiendo a la fecha o acontecimiento histórico relevante y por ubicación geográfica. Se elaboró un fichero bibliográfico.

**Análisis del material investigado:** Con la información extraída de los diferentes documentos y manuscritos, se ha procedido a la elaboración de una memoria histórica por comunidades de la evolución de la odontología social en España durante el siglo XX.

**Conclusiones:** De la información y documentación revisada, se establecen una serie de conclusiones acerca de la evolución de la odontología social española en el periodo de tiempo estudiado.



## 4. RESULTADOS

### 4.1 LA ODONTOLOGÍA SOCIAL EN ESPAÑA EN EL SIGLO XX

#### 4.1.1 EL TÍTULO DE ODONTOLOGÍA

España, al igual que ocurrió en muchos otros países no tuvo una profesión reglada hasta bien avanzado el siglo XIX. De los antiguos sacamuelas se pasaría a los sangradores, a los ministrantes, posteriormente a los practicantes y todo tipo de titulaciones consideradas más inferiores dentro del gremio sanitario. No fue hasta la aparición del real decreto de **1875** firmado por el rey Alfonso XII cuando se estableció la profesión de cirujano- dentista.

El primer título de odontólogo fue otorgado por la Reina Regente M<sup>a</sup> Cristina de Habsburgo por Real Orden del 1 de marzo de **1901**. Consistía en una licenciatura que era impartida dentro de la facultad de Medicina y exigía antes haber superado los dos primeros años de la licenciatura de Medicina y un curso específico en el que se realizaban materias específicas odontológicas que consistían fundamentalmente en prótesis. Este logro se debió fundamentalmente a la insistencia de los grandes de la profesión de aquellos años que se agrupaban en las juntas directivas de la Sociedad Odontológica Española y del Círculo Odontológico de Cataluña y a la gran confianza depositada por parte de la Reina Regente en uno de los cirujanos- dentistas pertenecientes a la cámara de la Casa Real; el entonces jovencísimo Florestán Aguilar considerado hoy en día como el verdadero padre de la Odontología española (178-180).

En **1910** se reforma el título de odontólogo y se añade un año de estudio de materia de la Odontología más el programa anterior. Se crea además una escuela propia de Odontología adscrita a la Facultad de Medicina (181, 182).

Debido a que las primeras promociones de licenciatura de Odontología se caracterizaban por un número muy reducido de alumnos, la Odontología en España seguiría en manos de profesionales de poca formación y conocimiento académico como era el caso de los cirujanos-dentistas, practicantes e incluso aún bastantes casos de sacamuelas.



Esta situación encuentra cierta solución al promulgar en **1944** una nueva ley de especialidades médicas y regulación de las distintas especialidades de la Medicina. Se volvería a modificar el título de licenciado en Odontología. Este título se incluiría como especialidad de Estomatología dentro de la Medicina y para ello se crearon los institutos y escuelas de Estomatología para formar a sus (todavía entonces) escasos profesionales (183). La primera escuela de Estomatología se inauguraba oficialmente en el año **1945** en la Universidad Complutense de Madrid.

En **1948** se reguló el título de médico-estomatólogo, para el cual además de los tres años de Medicina se debían cursar dos años más en las escuelas de estomatología (184), estos dos años consistían en :

- Primer año contaba con tres asignaturas: Odontología, Prótesis y Estomatología quirúrgica.
- Segundo año se realizaban las asignaturas de Prótesis fija, Profilaxis, Estomatología, Ortodoncia y Estomatología médica.

En **1957** como consecuencia del nacimiento de la C.E.E empezaron a divisarse en Europa los primeros intentos para establecer unas bases que permitieran un mercado común y la libre circulación de profesionales en Europa (185). Se trataría de una tarea compleja ya que requería homologar los distintos títulos profesionales. Para ello se crearon comités de enlace y se crearon unas directivas de formación de obligado cumplimiento para todos los países que quisieran formar parte de este libre mercado. En muchos países europeos se adoptaron tales directrices sanitarias en el año **1978** y se definieron los criterios de formación para obtener la Licenciatura de Odontología como una formación universitaria independiente de la Licenciatura de Medicina y que tendría una duración de cinco años.

España comenzó simultáneamente la creación del protocolo para la elaboración de la Licenciatura de Odontología al iniciar sus negociaciones para entrar a formar parte de la C.E.E. En **1984** España se convierte ya en un miembro de pleno derecho de la C.E.E y con ello empieza a regularse las profesiones según las directivas sanitarias antes mencionadas. A partir de **1987** empieza de nuevo la formación de odontólogos en nuestro país con un plan de estudios de cinco años de duración e independiente de Medicina con el que se obtiene el título de Licenciado en Odontología. Se crean para ello las facultades de odontología dentro de las universidades.

Cada Universidad podrá establecer sus planes de estudios de modo independiente en los que además de sus asignaturas troncales podrá establecer otras como obligatorias.

Todo ello queda regulado a través de la **Ley 10/1986** sobre Odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental. Se regularán en este mismo Real Decreto las profesiones de Protésico dental e Higienista (186). Uno de los principales problemas a la hora de promulgar esta Ley era el déficit de profesionales existentes para poder llevar a cabo una buena asistencia en materia de salud dental. Por ello se crea esta ley con el principal objetivo de crear y estructurar las profesiones de Odontólogos, Protésicos e Higienistas dentales para así poder hacer más efectiva tal atención.

En **1990** se promulgan las directrices se promulgaron las directrices generales para todas las Universidades para la obtención del Título Oficial de Odontología en España. Se definen 11 asignaturas troncales en el primer ciclo y 11 asignaturas troncales en el segundo ciclo.

#### **4.1.2 EVOLUCIÓN DE LA ODONTOLOGÍA SOCIAL EN ESPAÑA**

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX tiene lugar en España un gran desarrollo industrial gracias al flujo de inversiones extranjeras, a la política de fomento de la producción nacional y al proteccionismo al elevar los aranceles aduaneros. Todo este proceso conlleva una gran emigración de la población a las ciudades (al aumentar la demanda de la mano de obra), al nacimiento de la clase obrera y una mayor consideración del papel de la mujer. Como consecuencia de todo ello aumenta el hacinamiento en las viviendas y la mendicidad y pobreza; niños solos deambulando por las calles debido al ausentismo de los padres que tenían largas jornadas laborales o varios empleos; eran niños sin escolarizar que caían o bien en la mendicidad sino en la explotación obrera. Todas estas situaciones provocaron un aumento de la mortalidad y morbilidad, especialmente infantil (187).

Como respuesta a esto se desarrolla en nuestro país un gran movimiento social enfocado al desarrollo de la atención sanitaria de la infancia. Este movimiento anidó dentro de las profesiones sanitarias que intentaban proteger a los más desfavorecidos. Se crearon políticas de salud y se promulgaron Reales Órdenes y Decretos.



El 8 de febrero de **1876** se promulgó una Real Orden en la cual se marcan las líneas generales de funcionamiento de la Beneficencia general y particular y legisla la existencia de los enfermos en Hospitales del Estado (188). A raíz de este movimiento encontramos las primeras referencias de participación de odontólogos en labores sociales ya que esta Real Orden autoriza a **D. Cayetano Triviño** a asistir de manera gratuita en los Hospitales de Beneficencia, Hospitales Civiles y Militares. D. Cayetano Triviño, cirujano- dentista, se une al movimiento higiénico-sanitario y defiende la gran importancia de la prevención, insistiendo en evitar la aparición de las enfermedades bucales sin tener que llegar a una acción intervencionista o tratamiento de las mismas. Destacar la publicación de su libro *Higiene Dentaria* en 1877, donde manifiesta la importancia de tal prevención y la responsabilidad que deberían tener los padres en el cuidado de la boca de los más pequeños (189, 190).

El comienzo de la Odontología social en España podemos decir que tiene su origen en el *IX Congreso de Higiene y Demografía de 1898* que tiene lugar en Madrid y por primera vez son invitados los dentistas españoles. En este congreso mejoraría muchísimo la relación con los médicos y se crearía un vínculo entre odontólogos y un compromiso que culminaría con éxito en la celebración de *la Asamblea Dental Internacional de 1899* en Barcelona (191). En esta asamblea destacaron figuras como **Juan Xifrá** con su obra *Profilaxis de la caries dental* y **Tirso Pérez** considerado desde su participación anterior en la Conferencia de 1898 patriarca de la higiene bucal y la prevención social (192, 193).

En los primeros años del siglo **XX** destacó sobremanera la figura de **Vicente Pérez**, hijo de Tirso Pérez y sucesor de su obra y acción continuando con la labor de su padre y llevó a cabo charlas sobre higiene bucodentaria en escuelas, hospitales, cuarteles militares y casas de los pueblos (194).

Cataluña destacaría en el desarrollo de la Odontología preventiva y comunitaria y el Círculo Odontológico de Cataluña se convertiría en una de las sociedades científicas más importantes de aquellos años.

En **1906** se crearon diez plazas de dentistas municipales al Ayuntamiento de Barcelona. A estos dentistas se les asignó un sueldo de quinientas pesetas al mes. Una de sus principales funciones era la revisión de las bocas a los niños en las escuelas.



En **1912** el Dr Joan Carol i Monfort se integró también dentro de cuadro de médicos del Distrito IV de Barcelona. Desempeñó un importante papel dentro de la Odontología social al desempeñar una odontología gratuita en niños. El mes de enero de 1914 del Hospital de la Santa Cruz inauguró el primer dispensario gratuito en Barcelona, dedicado exclusivamente a "Enfermedades de la boca y los dientes" y dirigido por el Dr. Joan Carol y Monfort. Su actividad fue enorme, tal como lo demuestran las estadísticas publicadas en los Anales del Hospital (195).

El **20 de Septiembre de 1913** se crea en Madrid un Real Patronato del Niño Escolar encaminado a que se inculquen en la infancia unas costumbres higiénicas, una disciplina de tratamientos así como un cumplimiento en la asistencia escolar de los niños intentando evitar la incorporación temprana de éstos al mundo laboral (196).

En **abril de 1913** se publica un Real Decreto por el cual se aprueba el Reglamento Orgánico del Cuerpo de Inspectores Médico-escolares. En el artículo 7 de este Decreto se menciona que la higiene de la boca constituye una especialidad del servicio (197). Este Real Decreto llegaría tan sólo a regularse pero nunca llegaría a hacerse efectivo.

En **1914** se convocaría oficialmente el primer concurso para cubrir las plazas de Inspectores Odontológicos escolares. Hasta entonces esta labor la realizaron los odontólogos de manera altruista (198).

El 10 de enero de **1918** se pone en marcha el Instituto de Higiene Escolar, con la finalidad de llevar a cabo una organización central orientada al fomento de la enseñanza en higiene en las escuelas nacionales. Dentro de este proyecto se consideraba de suma importancia la formación de los profesionales para lo cual se organizaron cursos de ciertas asignaturas y temas. Se nombrarían para tal labor profesores especialistas en tales asignaturas a través de la Dirección General de Primera Enseñanza (199).

Esta mejora de la profesionalidad va de la mano con el problema del intrusismo, puesto que restringía las actuaciones de muchos "falsos dentistas", sangradores antiguos o sacamuelas. Se promulga para paliar este problema la Real Orden del 9 de abril de 1918 a petición de los subinspectores de odontólogos de Madrid.





Según esta Orden la profesión de odontólogos o cirujanos- dentistas sólo podría ser ejercida por los que contasen con tal título oficial sin poder delegar dicho ejercicio en otra persona que no contase con tal.

A partir de la **segunda década del siglo XX** aumentan considerablemente las solicitudes de plazas de odontólogos municipales por lo que se amplían y anuncian en **1921** bajo oposición cinco plazas de odontólogos municipales más para cubrir la Casa Socorro de Palacio. A esta oposición podían optar exclusivamente los que contasen con el título de odontólogo o de cirujano-dentista y el concurso consistía en preparar un temario teórico que se contestaría oralmente ante un tribunal sobre cinco temas elegidos aleatoriamente y un examen práctico consistente en tres ejercicios, examen clínico del paciente, discusión del caso y tratamiento elegido a realizar sobre tal paciente (200).

El 20 de Diciembre de **1926** se inicia en Madrid la Asistencia dental escolar municipal. El Ayuntamiento de Madrid se convirtió en el único de España que estableció un servicio odontológico con carácter de ensayo para futuras organizaciones y actuaciones y cuyo objetivo era observar distintos métodos de asistencias dentales que se llevaban a cabo con éxito en el extranjero. Todo esto se recogió en una memoria que realizó el **Dr Juan Chicote Moreno** presidente de la Junta municipal de Madrid y llevó a cabo numerosas acciones destinadas a mejorar la salud bucodental en niños así como el control, en la apertura, instalaciones y dotación de material de nuevos consultorios y clínicas. La acción del D. Juan Chicote favoreció la creación conjunta, por parte del Ayuntamiento de Madrid y el Ministerio de Instrucción Pública, del Dispensario de Higiene Escolar en **1930**, en el cual D. Juan Chicote sería designado como facultativo especialista en Odontología (201, 202).

Entre los años **1920 y 1930** destacó la labor realizada por parte del Instituto Municipal de Higiene de Madrid y en la cual despuntó la figura de Bernardino Landete Aragón que realizaría de manera gratuita servicios odontológicos para los pobres a los cuales se les exigía para ello estar en posesión de una acreditación específica, el denominado “carnet de pobreza”.

El 24 de octubre de **1925** siguiendo las directrices de la política sanitaria de Primo de Rivera se aprueba un Real Decreto, por el cual las Brigadas sanitarias, laboratorios provinciales e Institutos de Higiene provinciales (que se organizaban por mancomunidades municipales)



intentarían mejorar el sistema administrativo de éstos y pasan a estar a cargo de las Diputaciones provinciales. La acción social será fomentada y mantenida por estas Diputaciones. Dentro de este tipo de acciones destacaron principalmente el **Dr. Francisco Ruiz-Morote Coello** (Inspector Provincial de Sanidad en Cáceres) y el **Dr. David Domínguez Villagrás** que intentaron a través de los Institutos de Higiene irradiar una campaña de Prevención integral. Pretendían, entre otros objetivos, que fuese la ciudadanía la que se desplazase a las sedes o institutos, donde los profesionales aguardasen a su visita en un centro bien dotado de material y servicios para una buena consulta y labor médica. Gracias a este concepto de prevención integral se empezó a considerar la cavidad bucal como una parte fundamental de nuestro organismo con interrelación biológica directa con la patología general. Domínguez-Villagrás crea como un claro ejemplo de este proyecto unas fichas dentales cuya información se cruza con la información general del Instituto de Higiene y con la información Familiar del Instituto (203, 204).

La distinta manera de entender la formación docente y el ejercicio de la profesión de Odontólogo provoca la aparición de dos bandos antagónicos en nuestro país: uno de los bandos partidario de la Odontología como carrera autónoma frente al opuesto que concebía la Odontología como una especialidad médica. Esta lucha se extendería además al sector político convirtiéndose en una batalla de intereses entre monárquicos (dentro de este bando figuro como líder Florestán Aguilar) y republicanos (con Bernardino Landete como máximo defensor). Tras alcanzar la Odontología un lugar en la Universidad, este enfrentamiento intelectual entre los “odontologistas” o “aguilaristas” y los “estomatologistas” o “landeristas” se desarrollaría también en el seno de ésta (205).

La muerte de Florestán Aguilar en 1934, causada por su gran deterioro físico, ayudó en gran medida a que en **1944** a través de un Decreto de Ordenación de la Facultad de Medicina, se reconocieran doce especialidades médicas entre las que se encontraba la Estomatología, según la cual los dentistas serían médicos especialistas y sólo podrían formarse en un único centro: la Escuela de Estomatología de Madrid (206).

Además de este enfrentamiento intelectual y político entre bandos, la profesión de dentista también se vio envuelta en grandes controversias acerca de la colegiación o no obligatoria. Ya desde los inicios y promulgación del Real Decreto de 1875, por el cual que se creaba el título de cirujano- dentista, se formaron agrupaciones de dentistas, encabezadas con



distintos nombres como círculo, sociedades, asociaciones, pero todas ellas con un factor común que era la defensa de los intereses del colectivo de los dentistas. Esto destacaba principalmente en las grandes ciudades, que albergaban mayor número de profesionales como Barcelona o Madrid. A pesar de ello el caso más temprano se dio el 26 de marzo de 1865 en Sevilla, dónde en el seno de la Academia de Medicina y Cirugía se inauguraba *el Colegio de Dentistas de la provincia de Sevilla* que fue impulsado por figuras como Ignacio Garrido, Manuel Valenzuela y Manuel del Pozo y contó incluso con una revista *la Voz de los Ministrantes*. Destacaremos por tanto el Colegio de Dentistas de la provincia de Sevilla como pionero en utilizar dicho nombre, si bien debemos señalar que sus atribuciones no distaban mucho de otras llamadas asociaciones o sociedades odontológicas.

No sería hasta la Real Orden del 27 de mayo de **1930** -tras muchos años de retraso y espera- debido a las distintas controversias y lucha entre odontólogos y estomatólogos principalmente cuando se concede la colegiación obligatoria a la clase odontológica, aprobándose los Estatutos para el régimen de los Colegios Oficiales de Odontólogos (207), que serían organizados en regiones y cuyas juntas de gobierno serían elegidas apenas dos meses después de la publicación de los Estatutos.

El 21 de Diciembre de **1930** queda constituido el Consejo General de Colegios de Odontólogos de España y su reglamento se aprobaría en Julio de **1931**; Se elegiría como presidente a **Laureano Mariscal Hernando**. Este consejo asumía la organización total tanto de los profesionales como de los congresos dentales. La elaboración de sus Estatutos y su publicación se vieron interrumpidos por la situación política y el inicio de la Guerra civil española por lo que no se retomaría el tema hasta ocho años después.

Durante la Guerra Civil la Odontología fue una de las tantas profesiones afectadas, quedando su labor restringida prácticamente a urgencias vitales dentro del gremio civil. En Octubre de **1935** se aprobó por el Ministerio de guerra una Orden que establecía el **Reglamento para el servicio odontológico de los hospitales militares**. Se decidía que hubiese un oficial médico con el título de odontólogo al frente auxiliado por una enfermera perteneciente normalmente a las "Hijas de la Caridad" (208). También se vieron afectados durante la guerra las publicaciones en revistas profesionales que fueron interrumpidas así como la docencia en las Escuelas o la actividad de los Colegios de Odontólogos que se paralizó. La falta de recursos materiales y humanos obligó al cese de la mayoría de las clínicas; muchos



profesionales perdieron sus equipos al ser éstos incautados y puestos a disposición del ejército; la Ciudad Universitaria sufrió consecuencias igualmente y la Facultad de Medicina y Escuela de Odontología vieron muy afectadas sus estructuras y equipamientos.

Las instituciones también sufrieron las consecuencias de la contienda; los docentes e intelectuales que habían simpatizado previamente con el bando republicano fueron destituidos progresivamente de los puestos que ocupaban. En la Escuela de Odontología este hecho fue devastador ya que cuatro de sus catedráticos fueron depurados: Juan Mañes, Bernardino Landete y Pedro Trobo fueron destituidos de la docencia mientras que Pedro Mayoral se exiliaría en Colombia donde fallecería años más tarde (si bien Mañes y Trobo se reincorporarían años posteriores). En un principio el Dr. Braulio García de Uña se haría cargo de la Escuela de Odontología mientras que Enríquez Salamanca fue nombrado decano de la Facultad de Medicina.

En 1940 aprobaron un nuevo plan de estudios que exigía cuatro años de medicina para poder ingresar en la Escuela de Odontología (209). El Dr. García de Uña sería sustituido como director de la Escuela por Pedro García Gras, quien aunque en un principio se consideraba fiel seguidor de Florestán Aguilar -y opuesto a la ideología de Landete- posteriormente terminaría favoreciendo la idea estomatologista, pues aunque en lo personal adoraba a Florestán Aguilar, no concebía la idea de una Odontología separada de la Medicina. Así fue como a través de la Ley de Universidades de 1943 la Odontología se convertiría en una especialidad médica. Los nuevos profesores responsables de las cátedras bajo la dirección del Dr. García Gras serían Zabala Rubio, López Viejo, García del Villar y Gómez Jara.

Con respecto a la Odontología social y asistencia dental de la población destacamos durante los años de postguerra la *Ley de Sanidad Infantil y Maternal* que se promulgó el 12 de Julio de **1941** (210). Esta ley aspiraba a reducir los índices de mortalidad y morbilidad maternal e infantil, intensificando para ello las labores de asistencia médica a ello encaminadas y encuadrándolas dentro del Servicio de Sanidad Nacional. Esta ley comprendía a la mujer gestante, la lactante y niños hasta la edad de los quince años y utilizaba dentro del ámbito de la asistencia dental un certificado dental escolar obligatorio.

El 25 de abril de **1942** se crea el Cuerpo de Odontólogos de Asistencia Domiciliaria, cuyas obligaciones eran: asistencia odontológica gratuita a las familias incluidas en las listas de la Beneficencia, reconocimiento dental a los niños previo a su ingreso en las escuelas públicas y corrección de los defectos dentarios de los niños de edades escolares y preescolar. También tenían como obligación auxiliar a la Administración de Justicia como peritos especialistas y asistencia a los lesionados que les fueran enviados por la autoridad judicial (211).

También en este periodo vuelve a surgir el problema del intrusismo debido fundamentalmente a que España seguía contando con colonias en África. Se tuvo que poner en vigor de nuevo la Orden de 1918 -referente al intrusismo- a través de una Orden promulgada en **febrero de 1943** según la cual se regulaba la admisión de los súbditos extranjeros que llegasen de las colonias así como los honorarios de los sanitarios a aplicar en tales destinos españoles coloniales (212).

Tal y como hemos mencionado anteriormente a través de la Ley de Ordenación de la Universidad de **1943** (apoyada por el director de la Escuela de Odontología el Dr. García Gras y el decano de la Facultad de Medicina el Dr. Enríquez Salamanca ) la Odontología deja de ser la “hermana menor de la Medicina” y pasa a ser valorada y considerada como una especialidad médica en toda regla. La Escuela de Odontología contará con una “inauguración política” en 1945 (con el fin de hacerla coincidir con el IV Congreso Odontológico Nacional) por parte del generalísimo Francisco Franco, quien el 12 de Octubre de 1945 utiliza tal evento para “intentar hacer ver el resurgir intelectual de España” tras la guerra civil.



Figura 11. Día de la Hispanidad en la Ciudad Universitaria de Madrid (213).



Los anteriormente citados García Gras y Enríquez Salamanca derivaron el problema del cambio de la Odontología a Estomatología al Ministerio de Educación Nacional, dirigido entonces por Ibáñez Martín, quien no tardó en dar solución al problema y plasmarlo en el Boletín Oficial del Estado, a través de una Orden el **2 de mayo de 1948**. El Ministerio resolvió que:

- La Escuela de Odontología pasaría a denominarse Escuela de Estomatología.
- Los Dr. y Licenciados en Medicina usarán los títulos de Doctor o Licenciado Médico-estomatólogo siempre y cuando superen los procesos para la obtención del respectivo título de Medicina e igualmente los obligados por la Escuela de Odontología.
- Los odontólogos ya titulados previamente que no hayan obtenido el título de licenciado en Medicina conservarán la denominación que ostentaban ya.
- Los médicos que hayan cursado estudios de Odontología regulados por planes de estudio anteriores podrán convalidarlos según lo dictado en esta Orden.

La **década comprendida entre 1950 y 1960** se caracterizó por el conflicto entre odontólogos y los nuevos estomatólogos. Los especialistas en Estomatología liderados por García Gras se consideraban más cualificados que los Odontólogos que se agrupaban en los Colegios profesionales y estaban capitaneados por el Dr. Gregorio Espejel. Esta lucha desembocó en cierta situación victoriosa a favor de los odontólogos , que consiguieron mantener los Colegios Oficiales, los cuales pasaron a denominarse Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos( 214) Esta victoria por parte de los Odontólogos lleva al cese de D. García Gras que sería sustituido por Gerardo Zabala al frente de la dirección de la Escuela de Estomatología.

En esta década cabe destacó también la aparición de las primeras sociedades científicas adscritas al Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos. Así van apareciendo sucesivamente: la Sociedad Española de Estomatología (1949), la Sociedad Española de Ortodoncia (1954) o la de Periodoncia y la de Parodoncia (1959). Estas sociedades pueden considerarse la semilla de la especialización profesional en distintas ramas dentro de la Odontología (215).



En **1958** dimite también la parte opositora y líder de la Odontología D. Gregorio Espejel como presidente del Consejo. Se nombró a Zabala también como presidente de tal, quien se hizo por tanto líder tanto de un bando como de otro.

La **década de los 60** se caracterizó por el escaso número de profesionales y la preocupación de la posible llegada de profesionales del extranjero coincidiendo con el impulso del mercado común o libre circulación. Esta preocupación se plasmó en la realización de modificaciones legales que pudieran evitar los casos de intrusismo. Con esta finalidad se realizó la Reforma de 1962 en los artículos 321 y 572 del Código Penal, en la que se elevaba el intrusismo a categoría de delito y se imponían altas sanciones al intruso e incluso posibilidad de arresto menor en caso de que el intruso reincidiera al delinquir. Se consideraba intruso no sólo al odontólogo sino al que no estuviese colegiado.

La **década de los 70** se caracteriza por tener un carácter continuista de la Escuela de Estomatología. Se continuó con el mismo plan de estudios. Toda la actividad universitaria estudiantil se centra en la ciudad de Madrid, donde se ven obligados a coincidir centenar de alumnos. Esta monotonía y falta de acción provoca un estímulo y proliferación de las sociedades científicas. Estos fueron los factores con mayor fuerza desencadenantes que provocaron la petición incesante para la ampliación del número de Escuelas de Estomatología. En principio los Odontólogos se alertando por miedo al aumento excesivo de la competencia pero este proceso continuaría y en el **curso de 1972-1973** se iniciaría la formación de estomatólogos en Barcelona. Este hecho supone el punto de partida para la rápida multiplicación del número de Escuelas de Estomatología en España, de manera que en el **año 1980** el número de Escuelas pasa de dos -Madrid y Barcelona-a nueve (a estas dos se le sumarían la de Sevilla, Oviedo, Santiago de Compostela, Valencia, Granada, Bilbao y Murcia.

El denominado “periodo estomatológico” (1948 – 1986) supuso un cierto avance dentro de la Odontología social o comunitaria española. Se dieron hechos puntuales que supusieron un impulso en el aspecto preventivo de la escuela de estomatología. Sucedieron algunos intentos e iniciativas de carácter individual como los trabajos expuestos por **José Javier Vines en Navarra**, sobre cómo llevar una planificación sanitaria en materia de higiene dental, o el **Dr. José Martín Gutiérrez en Segovia** que desempeña su labor como dentista basándose en un programa de educación sanitaria específico.



Otro acontecimiento que vino a enriquecer el aspecto preventivo de la Odontología de la época, fue la creación de **la Asociación Española de Profilaxis e Higiene Buco-dentaria (AEPHBD)** que tuvo lugar en Lérida en **1971**, y, cuyos pioneros fueron J. Navarro Ferrero, F.Montull y Rosell y E. Reimat. Esta asociación tenía como objetivos: González Iglesias, J.El pasado de la Higiene Buco-dentaria en España.Madrid, *“Divulgar, propagar, difundir con carácter científico, en todo el territorio nacional, la prevención de enfermedades buco-dentarias, malformaciones y posición defectuosa de los dientes y maxilares, para evitar los innumerables trastornos de la función masticatoria, fonatoria, estética, con repercusión en la vida psico-somática del ser humano, siguiendo las directrices de la Dirección General de Sanidad y de la Sociedad Española de Educación Sanitaria”*. Esta asociación supuso una apertura para todos los odontólogos y estomatólogos españoles para el conocimiento de la prevención de las enfermedades bucodentales, manteniéndose bastante activa y organizando asiduamente congresos desde el año 1976 que se celebraría el I Congreso Nacional de **AEPHBD** (Asociación Española de Profilaxis e Higiene Bucodentaria). Esta asociación pasaría a denominarse posteriormente Sociedad Española de Estomatología Preventiva y Comunitaria (**SEEPYC**) en el año 1985 coincidiendo con el IX Congreso Nacional y I Internacional celebrado en Bilbao para por último pasar a conocerse como Sociedad Española de Odontoestomatología Preventiva y Comunitaria (**SEOEPYC**), siendo utilizado este nombre por primera vez en el XI Congreso Nacional y III Internacional de Cádiz en el año 1987 una vez instaurado el nuevo título de Odontólogo .

Sin embargo los últimos años del siglo XX si suponen un punto de inflexión destacable en el desarrollo de la Salud Pública Oral en nuestro país. Se promulga la Ley 10/1986 y con ello se reactiva la Licenciatura de Odontología: *“esta Ley se dirige a la creación y la estructuración de las profesiones sanitarias de Odontólogos, Protésicos e Higienistas dentales, con la finalidad de hacer posible y efectiva la atención en materia de salud dental a toda la población”* (216). *“Posibilita además la reordenación de los recursos humanos actualmente existentes en el sector sanitario, facilitando al Gobierno que mediante los programas educativos oportunos se puedan dirigir un número de licenciados en Medicina y Cirugía actualmente en subempleo o paro hacia la nueva profesión de odontólogo.”*

Este Real Decreto establece además las directrices generales de los correspondientes planes de estudios, que se deben impartir en las Universidades y se crean las denominadas Facultades de Odontología. Así en el año **1987** comienza de nuevo la formación de





Odontología en España con un plan de estudios de cinco años independiente de la Medicina y de acuerdo con las pautas directivas de la C.E.E.

En **1990** se promulgaron las directrices generales propias de los planes de estudios necesarios para la obtención del Título Oficial de Licenciado en Odontología, en los que se diferenciaban once asignaturas troncales en el primer ciclo y once troncales en el segundo. La aprobación se llevaría a cabo siguiendo estas directrices en **1994**.

En las Facultades de Odontología la formación en Odontología Preventiva y Comunitaria sigue siendo (incluso en la actualidad) insuficiente aunque progresivamente se iría viendo ya desde la década de los 90 un ligero aumento.

En el País Vasco y Navarra se empieza a observar un atisbo de adelanto en este sector de la Odontología, se crean en esta década de los 90 programas preventivo- asistenciales infantiles que han servido de ejemplo y ensayo para resto de comunidades autónomas y así ir poco a poco extendiendo esta iniciativa asistencial al resto de la nación en los siguientes veinte años (217).

Cabe destacar en los últimos años del siglo XX otro elemento novedoso, la creación de Facultades de Odontología en las Universidades privadas, aumentando enormemente el número de profesionales ejercientes en nuestro país y la competencia profesional. Esto ha provocado que cada vez sean más los profesionales que busquen una salida laboral dentro del sector público. Sin embargo tanto en el sector privado como en el público nos encontramos con la problemática de la escasa formación en salud pública oral de los facultativos. Si la formación en pregrado es escasa, ya afirmamos que es muy deficiente la del posgrado que sólo contará con el *Máster de Salud Pública Oral de la Universidad de Sevilla*, cuyo poder de convocatoria y pertinencia desde el curso 1999-2000 ha dotado a sus alumnos de la maestría necesaria para poder ejercer en los distintos servicios autonómicos de salud (218).

## 4.2 ANDALUCÍA



### 4.2.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

La evolución demográfica de muchas regiones e incluso de muchos países en los últimos siglos ha seguido un mismo esquema argumental al que se ha denominado “transición demográfica”; es un esquema que describe la transición de la población desde un régimen demográfico antiguo, en el cual la población crecía desde un ritmo muy lento o nulo, ya que contaba con una alta natalidad, pero también con una altísima mortalidad; hasta un régimen demográfico moderno, también con un ritmo de bajo crecimiento ya que está a expensas de una baja natalidad y también baja mortalidad.

Si consideramos que los recuentos de población históricos andaluces, son relativamente fiables, podemos diferenciar:

- De 1910 a 1940: periodo más dinámico del siglo, la población andaluza crece a ritmos cercanos e incluso superiores al 10%.
- De 1940 a 1960: la Guerra Civil española producirá un enorme punto de inflexión en esta tendencia. Andalucía va reduciendo paulatinamente su crecimiento poblacional hasta llegar a un mínimo de 1'4% anual en los años 60.

Tras recuperarse ligeramente de las graves consecuencias de la Guerra Civil, se produce en el país una etapa de desarrollismo, principalmente industrial, lo que supuso una acentuación de los aspectos negativos de la región periférica económicamente dependiente que existía en Andalucía. La introducción en las zonas rurales de la maquinaria agrícola, supuso una migración de mano de obra hacia las áreas industriales, lo que implicó una fuerte sangría migratoria y como consecuencia, una regresión demográfica en Andalucía durante estos años.

- Desde los años 70 se produce una interrupción del flujo migratorio que constituya el prelude de la recuperación demográfica posterior.
- En los años 80: los cambios socioeconómicos que se producen durante estos años en Andalucía ofrecen un contexto demográfico de corte brusco: la “inmigración” pasa a ser ahora el componente dominante de la migración. Viene determinado por el conjunto de individuos que han elegido Andalucía como lugar de residencia, procedentes tanto de otras Comunidades autónomas como del extranjero.

Censo	Andalucía			Crecimiento intercensal anual del resto de España	Razón de crecimientos Andalucía/resto España
	Población en miles	% sobre España	Crecimiento intercensal anual medio		
1901	3.559	18,9%	7,2	8,0	0,9
1911	3.825	18,8%	10,8	7,1	1,5
1921	4.257	19,3%	8,4	8,9	0,9
1931	4.627	19,3%	12,8	8,6	1,5
1941	5.254	19,9%	7,2	6,4	1,1
1951	5.647	20,0%	5,1	9,8	0,5
1961	5.940	19,3%	0,9	12,2	0,1
1971	5.991	17,6%	4,7	12,7	0,4
1976	6.133	17,0%			

**Tabla 2. Evolución demográfica de la población de Andalucía (219).**

Durante este último periodo del siglo se ha producido un crecimiento sostenido. El crecimiento natural es consecuencia directa de la relación entre la natalidad y la mortalidad. Este crecimiento natural cada vez representa en menor porcentaje el crecimiento demográfico total puesto que:

- La tasa de natalidad ha experimentado un descenso paulatino en Andalucía.
- La tasa de mortalidad se ha mantenido prácticamente invariable en los últimos 20 años.

Por lo que los altibajos en el crecimiento durante esta última etapa del siglo XX son consecuencia directa y mayoritaria del comportamiento migratorio.

#### **4.2.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO**

Andalucía se trata de la Comunidad Autónoma de España donde probablemente más notoria ha sido la desigualdad social (220).

Aunque las manifestaciones de esta desigualdad han ido variando en calidad y en cantidad a lo largo de los millones de años, éstas siempre han contado con tres características básicas:



1. Están directamente relacionadas con el medio físico
  2. Su persistencia histórica (viene dándose desde hace siglos)
  3. Aparecen tanto en épocas de esplendor económico como en las crisis.
- 1) Están directamente relacionadas con el medio físico: el medio físico andaluz es totalmente desigual en muchos de sus aspectos/ rasgos hasta tal punto que se ha llegado a distinguir dos tipos de “andalucías” :
- La Andalucía Alta (Almería, Granada, Jaén, Málaga) o Andalucía oriental: donde la mayoría del terreno es montañoso lo que conlleva a condiciones más difíciles para el desarrollo de cultivos, la comunicación entre pueblos y/o regiones y para la utilización de todo tipo de maquinaria; Esto obliga a desarrollar actividades económicas más costosas y dificultosas.
  - La Andalucía Baja o Andalucía Occidental: en su inmensa mayoría llana y cuyo primer medio de vida por tanto es el sector agrario dado la mayor facilidad para el cultivo.
- 2) Su persistencia histórica: estas manifestaciones de desigualdad social vienen dándose ya desde hace siglos; un claro ejemplo es el periodo de la reconquista, cuando sólo Granada se encontraba bajo dominio árabe: mientras que en el reino oriental destacaban más los modos de producir relacionadas con propiedades reducidas y cultivos de regadío. En los reinos occidentales se empezaban a vislumbrar las grandes propiedades señoriales que constituían enormes sectores de actividad agraria.
- 3) Aparecen en distintas épocas de esplendor/ crisis económicas. Las desigualdades sociales se suelen suavizar en épocas de esplendor económico y también dependiendo de las medidas políticas. Pero en Andalucía, lejos de ir suavizándose, se veía manifestado en otro tipo de desigualdades referentes a la propia composición de los distintos grupos sociales.

A finales del siglo XIX se comenzaba a apreciar una fisionomía de la población andaluza propia de economías capitalistas.



- En la Andalucía Occidental se apreciaba una vida más vinculada al entorno del latifundio
- En la Oriental, una vida centrada en una propiedad más repartida e incluso más productiva.

Esta distribución de la población sería factor clave en muchos aspectos sociales, por ejemplo el nivel de alfabetismo y la calidad de vida. En 1905, por ejemplo el porcentaje de personas que sabían leer y escribir en Andalucía Oriental era del 38'1% frente al 48'29% de Andalucía Occidental.

En el siglo XX abundarán este tipo de desigualdades internas y los cambios modernizadores son lentos. En 1955 por ejemplo (previo al auge económico en España) la renta per cápita de Andalucía Oriental era de un 56'9% de la media nacional y la de Andalucía Occidental era de un 88'6%. Además, añadir unas notables diferencias entre las provincias por ejemplo, Sevilla alcanzaba el 98'5% frente a Granada el 49%, la perdurabilidad de esta situación ha mantenido a las clases trabajadoras andaluzas durante años en la penuria y baja calidad de vida.

Estos cambios modernizadores lentos que mencionamos, más que una "modernización" en Andalucía, han supuesto una "racionalización" capitalista, es decir, la riqueza que producía la agricultura andaluza se distribuía cada vez entre un menor número de personas. Se ha basado siempre en un reino de "oligarcas y caciques" (221).

En el **siglo XIX** con la pérdida de las colonias americanas, el pequeño sector de burguesía industrial que existía en Andalucía (principalmente en Cádiz y Málaga) decayó y además tuvo lugar un proceso desamortizador que llevó a los comerciantes a destinar sus capitales a la compra de fincas, por lo que tuvo lugar una conversión de comerciantes en propietarios agrícolas. Así surgirá una nueva burguesía agraria que se repartió las tierras y latifundios con la nobleza antigua.

La desamortización eclesiástica (impulsada sobre todo por Mendizábal en **1836**) propició que la nobleza terrateniente, grandes arrendatarios y la burguesía de origen comercial se apropiasen de grandes latifundios y extensiones de tierra. Esto convertiría a las antiguas colonias y pequeños campesinos en simples asalariados.



Igualmente en **1855** tuvo lugar una desamortización civil, fomentada por la presión ejercida por la burguesía agraria, y que supuso la subasta de las tierras municipales de propios y también muchas comunales, aumentando el número de grandes fincas y grandes propietarios aún más. De esta manera, se acentuó la división de las propiedades agrícolas del campo andaluz en minifundios y latifundios, y del caciquismo como elemento de la estructura de clases en Andalucía.

Llegamos a finales del **siglo XIX y principios del siglo XX**, cuando la estructura de clases de Andalucía está conformada por:

- En primer lugar, los grandes terratenientes normalmente proveedores de títulos nobiliarios.
- En segundo lugar, una reducida oligarquía financiera y un núcleo activo de comerciantes, localizados principalmente entre Sevilla, Cádiz y Málaga.
- En tercer lugar, las clases medias eran muy reducidas y estaban constituidas por pequeños números de profesionales y funcionarios que habitaban en los centros urbanos.
- Finalmente, la clase trabajadora y pobre que constituía las tres cuartas partes de la población andaluza y estaba formada por jornaleros agrícolas y pequeños propietarios en las zonas rurales y en los núcleos urbanos (por cierto proletariado de servicios marginales y esporádicos).

Fue dentro de esta clase más pobre donde tuvo lugar un intenso movimiento anarquista y socialista que desarrollaron una intensa lucha de clases. Esta polarización tan acentuada y persistente a lo largo de los años de la estructura de clases acarrearía una radicalización ideológica. Por un lado, la clase alta y la pequeña clase media más tradicionalista frente a la clase trabajadora y su radicalismo anarquizante. Este enfrentamiento entre clases fue una de las principales causas del estallido de la Guerra Civil.

Esta estructura de clases y sus desigualdades se mantuvieron hasta **finales de los años 50**, momento en el que se empezaría a vislumbrar ciertos cambios durante los años 60. Según estimaciones realizadas en **1957**, aún en este año dos tercios de la población andaluza correspondían a la clase baja o trabajadora y el otro uno por ciento a la clase alta; siendo la clase media prácticamente inapreciable.



Será ya adentrada **la primera década de los años 60**, coincidiendo con el desarrollo económico español cuando se empezó a consolidar en Andalucía, un sector social de clase media formado por técnicos, mecánicos y pequeños empresarios de servicios.

En la **década de los 70** si podemos diferenciar un cambio en la estructura de clases pero se trata de una (sub) estratificación dentro de la clase alta o grandes terratenientes, la cual pasó a estar constituida por distintas fracciones.

- Una primera fracción que seguía correspondiente a los grandes terratenientes que extendieron su capital e intereses a sectores de la banca y la industria.
- Una segunda fracción correspondiente a terratenientes que modernizaron sus explotaciones agrarias y en muchos casos las convirtieron en empresas capitalistas modernizadas.
- Una tercera fracción correspondiente a los grandes propietarios latifundistas que no quisieron actualizarse o modernizarse, y como consecuencia del descenso de los productos agrícolas y el alza de los salarios, vieron descendidos la rentabilidad de sus tierras.

En la **década de los 80** se produce en Andalucía una disminución de la desigualdad en la distribución de la renta y esto es debido a dos hechos o medidas fundamentales:

- Por un lado el crecimiento económico experimentado en la década
- Por otro la construcción del Estado de Bienestar: universalización de la educación y sanidad y el desarrollo de un sistema de prestaciones económicas para cubrir situaciones de desempleo o elevar las pensiones.

Mientras que en los años 80 la mayoría de los países constituyentes de la OCDE vieron aumentadas sus desigualdades, en cambio España y Andalucía consiguieron reducirlas.

Tras dos décadas de descenso, la desigualdad, principalmente económica, vuelve a repuntar en nuestro país en la **década de los 90**. Entre los factores que provocaron este repunte destacamos: el aumento de las desigualdades salariales, la contención o el recorte del gasto social y sistemas de tributación menos progresivos.



La persistencia en el tiempo de la polarización extrema de las clases sociales en Andalucía, ha provocado que esta comunidad autónoma haya sido una de las de nuestro país, donde más episodios de lucha entre clases han acontecido; estos episodios siempre han estado vinculados al movimiento jornalero y por ello se le ha denominado “**problema agrario andaluz**”. Este problema tiene profundas raíces y persistencia histórica:

- Ya con la conquista castellana y la formación y consolidación del Estado Absolutista se llevaron a cabo apropiaciones de tierras, de señoríos, tierras municipales y eclesiásticas, que continuarán hasta culminar con la Reforma Agraria Liberal de 1868 y que tuvo como consecuencias la acentuación de los latifundios, desposesión de tierras a una población campesina y crisis agropecuaria y social, el paro endémico, condiciones laborales de sobreexplotación, salarios de miserias que llevaron a condiciones de vida infrahumanas.
- Todas estas situaciones conllevaron numerosos conflictos por parte del sector agrario que no finalizarían hasta el final de la Guerra Civil española y la represión franquista.
- El anarquismo fue uno de los rasgos más relevantes del movimiento agrario andaluz. En el **primer tercio del siglo XX**, las organizaciones sindicales anarquistas en Andalucía se multiplicaron de una manera vertiginosa. Se convocaron tantas huelgas pacíficas para pedir aumento de salarios como al igual se llevaron a cabo también acciones violentas (tales como incendios, robos...) que fueron reprimidas con consecuentes acciones policiales.
- El proceso de inflación que tuvo lugar tras la Primera Guerra Mundial supuso una disminución de los salarios agrícolas hasta puntos extremadamente bajos e insostenibles. Esto provocará el empeoramiento enorme del campesinado que reaccionó con luchas de enormes magnitudes y cruentas. Entre **1918 – 1920**, periodo que por su extremismo se conoció como “**trienio bolchevique**”.

La mayor objeción por parte de los patrones no era la subida de los salarios o la disminución de la jornada laboral sino que se negaban a admitir el contrato colectivo o libertad de trabajo.





En **1923** el Golpe de estado de Primo de Rivera supuso un impulso y apoyo para las clases altas o propietarios.

Fueron abolidas las asociaciones obreras, como la CNT y el Partido Comunista y en **1927** se creó la Organización Corporativa Nacional destinada a sofocar la lucha de clases a través de la creación de comités tanto de patronos como de obreros. Esta organización sin embargo no llegó a afianzarse del todo en Andalucía.

Durante la **Segunda República** se llevó a cabo una serie de medidas destinadas a atender las graves carencias del campesinado: subieron los salarios, se regularon los contratos colectivos y se dictó la denominada “Ley de Laboreo forzoso”. Con ello, se propició la libertad de voto del campesinado liberándolos así de las presiones de los caciques. En esta época la agresividad campesina alcanzó su punto más álgido en los sucesos de Casas Viejas de **1933** (222).

En la Andalucía republicana se desarrolló un proceso de colectivizaciones cuyo origen fue la ley de arrendamientos de 1931, la cual fue afianzada por el ministro de agricultura Uribe en **1936**, quien dictó un decreto en el que se otorgaba la propiedad de tierras a los campesinos que la trabajaban. Jaén fue la provincia donde se establecieron más colectivizaciones.

Esta situación, sin embargo, trajo consigo una fuerte represión por parte de la oligarquía agraria, entre **1939-1945** con la victoria del régimen franquista.

Esta derrota política-militar y la represión, que sufrieron los campesinos, obligó a estos a la emigración como salida para su supervivencia en los **años 50**.

Este flujo migratorio del proletariado se incrementaría durante los años **60 y 70** debido a la crisis de la agricultura tradicional y la introducción de la maquinaria agrícola como resultado del desarrollo industrial español.

En los **años 80** volvieron a resurgir ciertas asociaciones sindicalistas campesinas, que consiguieron recuperar la ocupación de ciertas fincas en su lucha. En el año 1981 se consiguió movilizar a numerosos campesinos a favor de la Ley de Reforma Agraria Integral proyectada por el presidente andaluz Escuredo. Esta ley aprobada en 1984 resultó frustrante y no fue hasta unos años después cuando se crearon ciertas medidas que favorecieron a esta clase

trabajadora: se creó el subsidio de desempleo agrario, se implantó el Plan de Empleo Rural (PER), así como medidas asistenciales que garantizaban al campesino un mínimo de calidad de vida (223).

Actualmente señalaremos que a raíz de los cambios acontecidos en la economía mundial y amparándose en la globalización, se está intentando por parte de las clases dirigentes relativos a un capitalismo “ambicioso” mientras que los trabajadores siguen luchando para conquistar o mantener sus éxitos que les garantizan cierta calidad de vida.

### 4.2.3 CONTEXTO SANITARIO

#### Periodo 1901- 1920

A finales del siglo XIX e inicios del siglo XX se inicia en España un proceso de industrialización. Este proceso trae como consecuencia una demanda de mano de obra en las ciudades (concretamente en las que se encuentran las industrias), una emigración por tanto de la población de las zonas rurales a las ciudades y como consecuencia de ello hacinamiento en viviendas, mendicidad, aparición de la clase trabajadora, salarios bajos y largas jornadas laborales, explotación obrera de la infancia con la consecuente desprotección de estos niños...



Figura 12. Revista de odontología *la Voz de los Ministrantes* (225).

Estas situaciones conllevaron por tanto a que aumentasen las tasas de morbilidad y mortalidad, especialmente la infantil, aumentaron las epidemias y enfermedades de transmisión dada la baja calidad vida. Esta situación en Andalucía se unió a la afectación,



además, de la clase obrera agraria que debido a la introducción de la moderna maquinaria agraria industrial, se convertiría en uno de los sectores mayoritarios obligados a tal emigración debido a la falta de trabajo en el campo (224).

Dentro del contexto sanitario que nos concierne y además por fecha, como hecho primero a destacar que no debemos olvidar, fue la inauguración, el día domingo 26 de marzo de 1865, en el seno de la Academia de Medicina y Cirugía, del primer colegio oficial de dentistas de España.

El Colegio de Dentistas de la provincia de Sevilla, impulsado por los señores Manuel Valenzuela, Manuel del Pozo e Ignacio Garrido y cuyo reglamento se había aprobado unos meses antes.

Poco tiempo después de la promulgación del Real Decreto a través del que se creaba en 1875 el título de Cirujano-dentistas, aparecerían agrupaciones y asociaciones de dichas profesionales, que no tenían otro objetivo que defender los intereses de su colectivo. Un colectivo que intentaba ganarse un prestigio y conseguir que la profesión de dentista dejara de estar ubicada entre las menores de los sanitarios. (Es decir junto a las figuras antiguas de practicantes, sangradores...). Estas asociaciones o agrupaciones odontológicas siguen el ejemplo de la constitución de las cofradías médicas en colegios de médicos y es así como se constituyen los colegios oficiales de dentista.

El Colegio de Dentistas de la provincia de Sevilla se convertiría en el primero con tal denominación y contó inclusive con una revista que hizo de portavoz “La Voz de los Ministrantes” que un año después en 1866 se subtitularía “Órgano oficial del Colegio de Dentistas de la provincia de Sevilla”, hasta la desaparición del periódico en junio de 1867 (226). Finalmente el Colegio de Sangradores y Dentistas de Sevilla se unificaron en 1867. Toda esta situación desemboca en una gran concienciación y movimiento social en la Península, que tiene como objetivo el desarrollo de la atención sanitaria y el equilibrio de esta situación a través de criterios de higiene pública.

Esta consecuencia social también se desarrolló dentro de las profesiones sanitarias y por tanto los cirujanos-dentistas también se unirían a estos movimientos, que estaban orientados principalmente a proteger a los más desfavorecidos y a intentar que desde las

clases dirigentes se crearan las medidas de salud necesarias para sofocar tal situación lo antes posible. Esta acción social por parte de los cirujanos- dentistas de Andalucía estuvo representada entre otros acontecimientos por algunos como:

- Se crearía un “Dispensario dental” en el asilo de San Fernando por parte de Manuel Segura que en 1857 fue nombrado dentista del municipio de Sevilla y de la Diputación provincial (227).
- Vicente Almudéver Dóyega sanaba altruistamente bocas a pacientes en el Hospicio de Sevilla y el asilo de sordomudos (228).
- En Córdoba se acuerda crear una plaza de Dentista de la Beneficencia, gracias o en respuesta a la labor de José Miranda que asistió gratuitamente a numerosos pacientes desfavorecidos tanto en Hospital como a nivel escolar.
- En Cádiz este papel y la presidencia de la Comisión de Beneficencia del Ayuntamiento recaería en las figuras de Antonio Ruiz Ortega y Antonio Galván Rodríguez.
- Por último, en Málaga se crearon dos plazas de dentistas de la Beneficencia, una de ellas fue ocupada por el Sr Ruíz Ortega y otra por el Señor J.Espejel (229).

### Periodo 1920-1935

Continuaron inaugurándose clínicas odontológicas municipales en Andalucía. Por ejemplo, el caso de Jerez de la Frontera en **1933** donde se inaugura un Servicio de Odontología Municipal, cuya sede se encontrará en la Casa Socorro y quedará bajo el cargo del Doctor Piosa. La colegiación obligatoria de los médicos en 1917 bajo Real Orden supone el impulso definitivo para los odontólogos, que no dejan de ser un claro reflejo de los anteriores. Como consecuencia, y tomando como referencia los Estatutos de los Colegios Médicos, **el 14 de marzo de 1935** se reunirían en asamblea los subinspectores de Odontología y el Gobierno concedería, bajo una Real orden, la constitución de los Colegios regionales de Odontología.

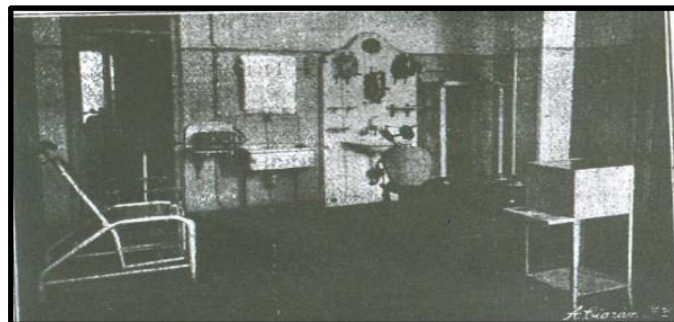


Figura 13. Gabinete dental municipal. (230).



Los Estatutos para el Régimen de los Colegios Regionales de Odontología se conocerían a través de la **Real Orden del 30 de abril de 1925**. Esta colegiación supondría un estímulo de autoestima moral para los dentistas además permitiría una integración de los odontólogos en la Federación Sanitaria (231).

### *Periodo 1936 – Hasta los años 60*

Durante esta etapa surge la ley de la Sanidad Infantil y Maternal. Esta ley nace el 12 de Julio de **1941** con el fin de coordinar y mejorar las prestaciones en madres y niños y conseguir así reducir la mortalidad de estas poblaciones al incluirlas dentro de los Servicios de Sanidad Nacional (232). Esta ley incluye a la mujer gestante y al lactante, a las cuidadoras de niños tanto propios como ajenos y a los niños desde que nacen hasta la edad de 15 años, los niños de 0 a 15 años, según el artículo 23 de esta ley debían tener un certificado dental obligatorio, es decir, un cuaderno sanitario que a su vez incluía una ficha odontológica donde se apuntaban toda las actividades realizadas a nivel oral en estos niños.

El 25 de abril de 1942 se constituye el Cuerpo de Odontólogos de Asistencia Pública Domiciliaria. Este cuerpo estará constituido por los odontólogos que habían conseguido su plaza pública ya a través de la ley del **11 de Julio de 1934** que se sumarán de nuevo conservando su plaza y misma retribución económica (233).

Entre las principales obligaciones de este Cuerpo Odontológico destacan:

1. Asistencia odontológica a las familias que pertenezcan a la Beneficencia.
2. Reconocimiento odontológico a los niños pertenecientes a colegios públicos
3. Tratamientos dentarios en los niños de edades pertinentes (incluidos de 0 a 15 años) de familias incluidas en las listas de la Beneficencia.

Durante esta etapa se crea también el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Lo crea el Ministerio de Trabajo y gracias a éste tanto los asegurados como sus familiares (aquellos que estén bajo su manutención y protección) recibirán una asistencia médica completa además se les incluirá a todos ellos también la asistencia farmacéutica.

La única entidad aseguradora en este momento era el Instituto Nacional de Previsión. Con respecto a este Seguro Obligatorio, a través del Reglamento para aplicar este Seguro que



se decretó el **11 de Noviembre de 1943**, la Odontología pasó a ser considerada una especialidad médica más (234).

En **1946**, se lleva a cabo una coordinación entre el Seguro Obligatorio de Enfermedad y las Facultades de Medicina. De esta manera, los asegurados se pudieron beneficiar de los cuadros de profesores de la Universidad y además utilizar los Hospitales Clínicos donde podían ser atendidos. Los enfermos de la Beneficencia recibían la atención separada de los asegurados en estos centros (235).

### *A partir de los años 60 hasta 2000*

La desastrosa situación tanto social como económica mundial al finalizar la Segunda Guerra Mundial fue un gran estímulo para la lucha y concienciación de las clases políticas, sanitarias y la población en general. La Conferencia de Alma-Ata fue uno de las manifestaciones de esta concienciación del último cuarto del siglo XX. Esta Conferencia sería una de las estrategias para desarrollar el lema “Salud para Todos” propuesto por la OMS en **1977**. El principal objetivo era finalizar con las desigualdades, tanto políticas como económicas y sociales en el estado de salud, ya sea dentro de los grupos de población de un mismo país como también entre países desarrollados y no desarrollados. Intentará poner de manifiesto la importancia que tiene la acción intersectorial, la participación comunitaria a la hora de abordar los problemas de salud.

La aplicación de los contenidos Alma-Ata en el sistema sanitario andaluz (que se inicia en el **año 1982**) quedaron reducidos fundamentalmente a cambios de gestión y organización de los servicios médicos; las actuaciones dentro de la Atención Primaria andaluza se enfocarían en la coordinación con el hospital que buscaban la consecución de resultados tanto de gerencia como económicos efectivos, olvidándose de perseguir más los objetivos de disminución de desigualdades sociales ante la salud (236).

En el **año 1984** el Gobierno de la Nación traspasaría las competencias de asistencia sanitaria a Andalucía. Estas competencias se sumarían a las ya asumidas en 1981 de salud pública.



Andalucía apostaría con todas estas competencias, por un Modelo Integral de Cuidados Sanitarios en el que se integran la existencia preventiva, curativa, rehabilitadora y la preservación de la salud.

Los servicios periféricos de salud pública se incluyen en una Unidad funcional: el Distrito Sanitario. El Distrito a su vez incluye zonas básicas de salud de acceso directo a la población para la prestación de Atención Primaria de Salud.

En **1985** se crea a su vez dentro de las zonas básicas de Salud su equipo básico de Atención Primaria que realiza sus funciones en los centros de salud. Estos equipos estarán compuestos por: médicos generales, pediatras, enfermeras, odontólogos, auxiliares de clínica, trabajadores sociales, veterinarios y farmacéuticos locales, así como, un coordinador de epidemiología y coordinador de veterinaria. Los cuales tenían como funciones: la promoción de la salud y prevención de enfermedades, educación sanitaria, control alimentario y ambiental. Una vez que se conformó toda esta estructura se comenzó a desarrollar un conjunto de programas de salud pública que se conocieron como programas de salud pública “tradicionales”, “materno-infantil”, “salud escolar”, “bucodental”, “planificación familiar”, entre otros...

Estos equipos se encontraban bajo supervisión de la Dirección del distrito a través de los ya mencionados coordinadores. Todos estos distritos provinciales juntos a su vez estaban coordinados a través de las Gerencias provinciales de salud, las cuales dependían de la Dirección General de Atención Primaria del Servicio Andaluz de la Salud (organismo creado por Ley en el año 1986).

En **1992** se crea una Ley de Salud en Andalucía por la cual se crea la Dirección General de Salud Pública y se establece la separación de:

- El organismo financiador y planificador: la autoridad sanitaria o consejera.
- El proveedor de los servicios: SAS.

Bajo esta Dirección General de Salud Pública se crea un Plan de Salud a través del cual se crean importantes instrumentos para la toma de decisiones: contratos programa Consejería/ SAS, Contratos programa SAS o distritos sanitarios y hospitales (237).



## ***Odontología en Andalucía***

Los dentistas andaluces buscaban una mejora de la salud pública dental y un aumento de las prestaciones del sistema público de salud. El Presidente de la Federación Andaluza de Odontólogos y Estomatólogos solicitaba en 1986 *“una mayor atención a la Salud Dental de la población de nuestra Comunidad Autónoma”*.

Los profesionales andaluces cada vez eran más conscientes de esta necesidad, por esto mismo grandes profesionales de la Odontología como fueron el doctor César Herrera -ya fallecido-, el doctor Luque y el doctor Aníbal asumieron que la profesión dental tenía que educar a la población en Andalucía, visitaron muchos colegios, asociaciones culturales, asilos...dando charlas con el objetivo de concienciar a la población de la importancia de la salud bucodental.

Ejemplo de esta concienciación es también la creación de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO). La sociedad tuvo su acto fundacional en la ciudad de Granada en el año 1992, y tanto su gestión administrativa, como su primer domicilio social se desarrollaron desde la ciudad de Barcelona; su incorporación al Registro Nacional de Asociaciones tuvo lugar el 25 de junio de 1993. Los socios fundadores registrados en el acta de constitución, fueron los doctores: José Manuel Almerich Silla (Valencia); Pilar Baca García (Granada); Francisco Javier Cortés Martincorena (Navarra); Emili Cuenca Sala (Barcelona); Vicente González Andrés (Sevilla); Juan Carlos Llodra Calvo (Granada); Carolina Manau Navarro (Barcelona); Rafael Rioboo García (Madrid); Federico Simón Salazar (País Vasco).

Esto daría sus frutos, pues muchas asociaciones culturales, políticas y otras tomaron con mucho interés el tema de los programas comunitarios. Precisamente el Doctor Aníbal González participaría en el primer estudio epidemiológico realizado en Andalucía sobre el estado bucodental de los niños andaluces. Participó junto con otros compañeros en el estudio de campo, bajo la dirección de la profesora Miriam S. Wadge, que pertenecía al Departamento de Salud Pública Dental del London Hospital. Se realizó en 1980-81. Se observó que había poca diferencia en los datos epidemiológicos obtenidos con respecto a otras comunidades autónomas.



Se obtuvieron los siguientes resultados:

**Prevalencia de caries en dentición permanente**

.niños 7 años = 35%

.niños 12 años = 49,1%

.niños 14 años= 51.1%

**El índice cod medio a los 7 años fue de una 3,45 con un CAO de 0,66**

**El índice CAOD**

. 12 años de 2,70

. 14 años de 4,01

El porcentaje de niños con CAO =0 disminuye de 66% al 18% entre los 7 y 14 años, mientras que el porcentaje de niños con CAO > o = a 10 aumentó de 3 a 9 % en los niños de 12 y 14 años.

Las necesidades de tratamiento por caries más frecuentes en los tres grupos de edad escogidos para el estudio eran obturaciones simples de una y dos superficies. Destacar que la mayoría de los niños escogidos para el estudio no tenían ni las necesidades básicas (exodoncias) de tratamiento realizadas.

La implicación de la odontoestomatología andaluza en pro de la salud pública oral fue manifiesta tanto por parte de los dos Colegios Profesionales, el de la IV Región y el de la V Región, como por parte de las cátedras de odontología preventiva y comunitaria de Sevilla y Granada.

En las revistas de la profesión publicó mayoritariamente la unidad docente de odontología preventiva y comunitaria de la Universidad de Sevilla dirigida por el Prof. Aníbal González, unidad que cuenta con dos profesores titulares, D. Aníbal González y D. Antonio Castaño Séiquer (238).

El Dr. D.Aníbal González Serrano siempre tuvo un carácter inquieto y manifestó su preocupación por la salud pública. Fue presidente de la Asociación Española de Profilaxis e Higiene Buco-dentaria durante años. Esto llevó a D. Aníbal a impulsar un proyecto pionero en toda España, que consistía en la fluoración de las aguas que abastecen a cierta parte de la



población de Sevilla, como medida de prevención de caries. Concretamente llevó a cabo su iniciativa en el municipio del Pedroso, el cual se convirtió en la primera localización española que llevó a cabo esta iniciativa. Este hecho marcó su trayectoria tanto personal como docente. Los exitosos resultados obtenidos de la fluoración del agua en la prevención de la caries dental, le llevó a realizar su tesis doctoral y a ser nombrado en el año 1985 "sevillano del año" por el Rotary Club (239).

La fluoración de nuestras aguas potables, método reconocido por la Federación Dental Internacional y la Organización Mundial de la Salud, como óptimo para la prevención de caries. En el marco de la política sanitaria diseñada por la Junta de Andalucía, tiene carácter prioritario el fomento y desarrollo de los aspectos preventivos de la salud pública. Este carácter es una de las razones gracias al cual se llegaría la publicación del Decreto 32/1985. Según DECRETO 32/1985, de 5 de febrero sobre fluoración de aguas potables de consumo público: *"en esta línea de actuación se inscribe la adopción de medidas en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma Andaluza para la fluoración de las aguas potables de consumo público, a fin de prevenir las caries dentales, siguiendo con ello las directrices marcadas por la Organización Mundial de la Salud en su Resolución de la 28ª Asamblea de mayo de 1975, por la que se instaba a los Estados a fomentar el empleo de métodos adecuados para la prevención de caries, recomendada expresamente, a estos efectos, la fluoración óptima del agua destinada al abastecimiento público, siendo ésta la primera medida de los programas de Salud Bucodental que se están desarrollando por la Junta de Andalucía"* (240).

La impartición de la docencia de la disciplina Odontología Preventiva y Comunitaria en la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada es muy reciente (curso 1988-89). Se inició con el comienzo de la Licenciatura de Odontología en España (curso 1986-87). Su gran implicación en programas de salud bucodental y su gran interés en generar una nueva cultura de salud dental a través de prevención y educación, contando con altas cotas en investigación y docencia han supuesto un gran impulso para la Odontología Preventiva y Comunitaria tanto en Andalucía como en el resto de nuestro país.

Parte de su equipo docente D. Juan Carlos Llodra Calvo, Dña. Pilar Baca García y D. Manuel Bravo Pérez han formado parte de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO).

Sociedad científica que tiene como objeto el desarrollo de la Epidemiología de las enfermedades orales y de la Salud Pública Oral dentro de su ámbito con fines como estudio de la distribución de las enfermedades orales en España, fomento de su prevención y tratamiento precoz y/o promover estudios de investigación y actuaciones de difusión de los problemas de salud oral entre otros. Fue fundada el 25 de Noviembre del año 1992.

El doctor Juan Carlos Llodra Calvo, profesor titular de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Universidad de Granada y presidente del Grupo de Trabajo de salud Pública oral (FDI), redactó un informe sobre «Equidad y salud oral. Contexto mundial» en el que analiza la influencia de las desigualdades sociales mundiales en la salud en general y particularmente en la oral (241).

Manuel Bravo Pérez, profesor titular de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Facultad de Granada (al que se le otorgaría posteriormente la cátedra), que cuenta con numerosas publicaciones y redactó un número de artículos cuyas líneas de trabajo siempre han sido: efectividad de las medidas preventivas frente a la caries dental, flúor y selladores de fisuras o demanda de asistencia odontológica en España, como ejemplos de sus obras podemos citar: *“Perfil de actividad asistencial integrada de adultos en la Facultad de Odontología de Granada.”*(1995), *“Influencia de programas públicos de salud oral en escolares sobre la demanda privada de odontología restauradora”* (2000), *“Encuesta a Facultades de Odontología Europeas sobre la enseñanza de la odontología preventiva y comunitaria”* (1996)...

Pilar Baca García responsable de la disciplina de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Facultad de Granada, a la que se le concedería la cátedra en el año 2003, su línea de trabajo se orienta en múltiples ocasiones, entre otros campos, a la valoración de la efectividad de las medidas preventivas. Dentro de su labor escrita algunos ejemplos son: *“Prevalencia de las maloclusiones y determinación de las necesidades de tratamiento”* (1992), *Medidas preventivas e interceptivas en ortodoncia de interés para odonto-estomatólogos* (1992).



## 4.3 ARAGÓN



### 4.3.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

La región autónoma de Aragón se encuentra situada en el noreste de la Península, tiene una superficie de 47.720 metros cuadrados y está dividida en las provincias de Zaragoza, Huesca y Teruel. Según el Instituto Aragonés de Estadística el 1 de enero del 2002, Aragón tenía 1.230.090 habitantes (242).

En Aragón encontramos algunos rasgos específicos con respecto al relieve, existen tres áreas diferentes:

- En primer lugar, los Pirineos y sus Somontanos con altitudes de más de 1000 metros en la provincia de Huesca.
- En segundo lugar, el Valle del Ebro, que consiste en gran parte de zonas planas con una altitud de 200 metros.
- En tercer lugar, en el sur de Aragón, en la provincia de Teruel, se encuentran las montañas del Sistema Ibérico, donde también encontramos áreas con una altitud de aproximadamente 1000 metros.

Los rasgos que caracterizan la Comunidad de Aragón, desde el punto de vista demográfico, se pueden sintetizar en despoblación, envejecimiento, desequilibrios territoriales en el sistema de poblamiento y ausencia de una red de ciudades que articule el territorio. Esto es debido en gran parte a la geografía montañosa de este territorio que se enfrenta a climas extremos y a una escasa producción del suelo agrícola. Esto ha repercutido en el abandono del ámbito agrario aragonés creando un verdadero desierto demográfico en amplias zonas de Aragón.

El equilibrio en la población se mantuvo más o menos hasta el siglo XI. La sociedad cristiana era eminentemente rural, dedicada a agricultura y ganadería, mientras que la musulmana era urbana dedicada al comercio. Las políticas cristianas y el Camino de Santiago favorecían la atracción de nuevos pobladores llamados francos porque provenían del otro lado del Pirineo. Por lo que una de las fracturas se produciría por tanto con la llegada de los musulmanes al territorio aragonés.



Otra gran fractura en la sociedad aragonesa se produjo con la expulsión de los judíos en 1492 y la más importante con la expulsión de los moriscos en 1610, acontecimientos por los que se vio muy mermada la población sobre todo en la depresión del Ebro y el sur del reino (243).

Durante el siglo XVIII se hicieron varios censos generales, siendo el más fiable el encargado por el ministro Floridablanca en 1787, que recoge datos por edades, estado civil, sexo, ocupación de la población activa, etc. Este censo es el primero cuyos resultados vienen recogidos en habitantes y no en vecinos.

En 1877 se creó el Instituto Geográfico y Estadístico, encargado de realizar censos cada diez años. Estos censos, además de incluir la población global, también incluyen diversas características que completan estos estudios estadísticos para ayudarnos a obtener la visión de la población en un momento determinado (244).

La última gran disminución de población en suelo aragonés se produjo en el siglo XX con la pérdida de competitividad de la agricultura y ganadería y el escaso tejido industrial que tenía esta comunidad. Eso propició que una parte de la población rural se viera obligada a emigrar. A este fenómeno se le conoce como **el éxodo rural**. Hay dos momentos críticos en el éxodo rural contemporáneo aragonés: *uno* coyuntural, a principios del siglo XX, con la epidemia de la filoxera que afectó a las comarcas vitivinícolas de los Somontanos Pirenaico e Ibérico (245); *el segundo* corresponde a los años 50, cuando la mecanización y la motorización se deja sentir en el campo aragonés, de forma que la revolución técnica agrícola está comenzando a consolidarse, expulsando inexorablemente a la población campesina, atraída, por otro lado, por los núcleos urbanos.

El emigrante aragonés se movió por razones económicas prioritariamente; así, una encuesta realizada a finales de los setenta por la Sociedad de delegación Económica (SIE) en los barrios de Zaragoza (donde dos tercios de la población son inmigrantes en su mayoría procedentes del campo) daba como motivos prioritarios del cambio los económicos. Entre los cabezas de familia de nivel bajo, el 26% cambió por las condiciones económicas, el 19% por estar en paro, el 9% por realizar un trabajo eventual, el 10% por salir de una vida muy atrasada, el 7% por evitar trabajos muy duros, solo el 11% por la educación de sus hijos y un 18 % por otras razones.



Ya desde los años treinta del siglo XX se manifiesta en España un movimiento migratorio desde el campo hacia la ciudad, debido a la falta de posibilidades de empleo en el sector agrícola. Estos flujos migratorios fueron reforzados por la revolución industrial en las ciudades.

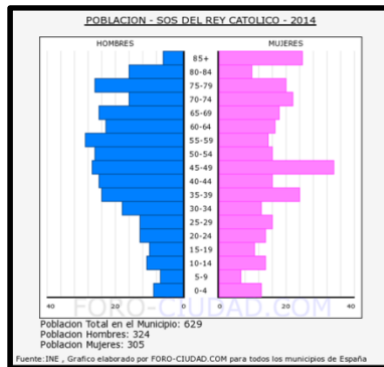
Durante los años sesenta estos flujos se intensificaron, resultando en un verdadero éxodo rural. En Aragón, estos procesos se han manifestado de una forma muy clara. En esta región en el noreste de España existe un gran contraste entre el medio urbano y el medio rural en términos de densidad de población. La transición de la ciudad al campo no es una transición gradual, sino una transición brusca. La capital, Zaragoza, tiene una densidad de población muy alta, pero en las áreas limítrofes la densidad baja hasta valores bastante bajos (menos de 10 habitantes por kilómetro cuadrado). Este contraste tiene su origen principalmente en la migración hacia las áreas urbanas durante el siglo XX. Esta migración ha sido una migración selectiva, así que la población rural ha envejecido y la supervivencia de los pueblos se encuentra en peligro (246).

Los factores que explican la migración del campo hacia la ciudad son de un carácter económico. La migración hacia la ciudad es la consecuencia del desarrollo económico en la ciudad, esta despoblación rural es la consecuencia de la mejor prosperidad en las áreas urbanas y los mejores sueldos en la industria, pero también de una creciente antipatía con respecto al trabajo agrícola entre los empleados en áreas rurales y la ausencia de posibilidades de desarrollo en el sector primario, más el deseo de una vida independiente y libre en la ciudad. Se traslada del campo para garantizarse un mejor futuro.

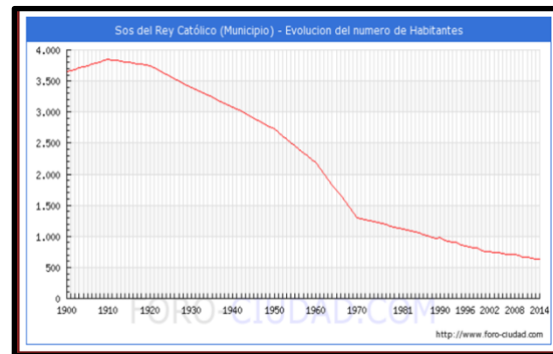
Con respecto a esta migración podemos hablar durante el siglo XX de tres periodos diferentes:

- El primer periodo es el periodo 1887 – 1939, que se caracteriza por saldos migratorios mínimos / grandes en un número restringido de provincias predominantemente urbanas y saldos negativos en las áreas rurales durante los años 1920.
- El segundo periodo, de 1939 a 1975, se caracteriza por saldos migratorios extremos tanto en las áreas urbanas como rurales; cifras positivas en la ciudad y cifras negativas en el medio rural.

- El último periodo es el periodo 1975 – 1990, con saldos decrecientes en las áreas rurales que anteriormente tenían saldos muy negativos, y una también disminución del crecimiento en las áreas urbanas.



**Figura 14. Pirámide de población del Municipio del Sos del Rey Católico (Zaragoza) (247).**



**Figura 15. Evolución población del Sos del Municipio del Rey (Zaragoza) (247).**

### 4.3.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO

Lo que es curioso es que en Aragón la población está relativamente más envejecida que la media española. La explicación para este envejecimiento es la migración. Muchos jóvenes se han marchado de Aragón, a lo largo de los años, normalmente por temas económicos o de estudios, convirtiéndose el resultado final en un número de mayores relativamente grande. No obstante, en sentido geográfico existe una distinción dentro de Aragón. El proceso de envejecimiento no se ha producido en todos los rincones de la región con la misma intensidad. En general, el envejecimiento es más grave en el medio rural que en áreas urbanas, causado por una migración selectiva del campo hacia la ciudad. En la provincia de Teruel, (año 2000) el 32,6 por ciento de todos los pueblos se encuentra en una ‘fase terminal’, lo que quiere decir que más del 40 por ciento de la población es mayor de 65 años.

La despoblación del medio rural y el envejecimiento del mismo también tienen efectos para el nivel de los servicios en los pueblos. En el futuro será cada vez más difícil mantener el nivel de los servicios, que hoy en día todavía existen en los pueblos, como tiendas de alimentación y colegios, teniendo en cuenta los efectos del envejecimiento y de la despoblación (248-250).



En los inicios de esta segunda mitad de siglo XIX comienza a adquirir definitivamente un peso importante la burguesía en la sociedad aragonesa. Se había producido un enfrentamiento entre un sector de la burguesía que apostaba por un desarrollo industrial (a imitación del modelo catalán o británico), y el tradicional agrarismo, que entiende a Aragón como un territorio productor y exportador de productos agrarios, pero no consumidor.

La burguesía triunfante será la agraria, sobre todo porque invierte buena parte de su capital en la compra de las tierras desamortizadas. Por estas fechas comienza a desarrollarse la industria harinera, que va a ser durante muchos años la avanzada del sector industrial. También se desarrolla la banca y el mercantilismo y la creación de la Caja de Descuentos, la primera entidad financiera moderna en Aragón (creada en 1845 como sociedad anónima). No es la única entidad, ya que también existían las Casas de Banca Familiar, que eran casas de comercio y cambio, dedicadas a operaciones bursátiles, pero también al préstamo entre particulares. La más destacada fue la de la sociedad de empresarios harineros Villarroya y Castellano. En Huesca hay que destacar la creación a finales del siglo XIX del Banco de Crédito y Fomento del Alto Aragón.

En el Aragón de principios del siglo XX, el sector burgués que más aporta a la economía es el del comercio (50'9%), seguido del profesional-servicios (24'8%), del artesanal (10'4%) y, en último término, por el industrial (8'9%), sector en el que el mayor peso corresponde a las industrias de transformación agrícola, y preferentemente a las harineras. Esta composición de la burguesía perdurará en líneas generales durante la primera etapa del siglo XX, quedando, pues, estrangulada la posibilidad de una industrialización de cierto alcance.

El espíritu burgués ya se había impregnado en la población y esto también se plasma en los nuevos desarrollos urbanísticos. En Zaragoza, la apertura del Salón de Santa Engracia, actual Paseo de la Independencia. Otro de los hitos urbanísticos es la apertura de la Calle Alfonso, así como la remodelación de la de Don Jaime, que dejan fijado hasta hoy el aspecto básico del casco urbano antiguo.

Políticamente, la mayor parte de la burguesía aragonesa se adscribía en las ideas del progresismo y liberalismo. Sin embargo, a finales del XIX y principios del siglo XX, conforme se vayan asentando como clase y vayan adquiriendo una gran fuerza económica, se irán transformando sus posturas hacia el conservadurismo (251).





La Restauración Monárquica en 1875 llegó de la mano del Golpe de Estado de Martínez Campos creándose un nuevo sistema de gobierno bipartidista de turnos.

Pudiera parecer que al haber sido asimilado al sistema de gobiernos de turno el Partido Liberal, hubieran desaparecido las pretensiones federales republicanas en Aragón. Si bien es cierto que se atenuaron mucho, no desaparecieron por completo. La prueba es que en marzo de 1883 se celebra en Zaragoza una Asamblea Federal presidida por Francisco Pi y Margall, en donde se iban a tratar cuestiones sociales del movimiento obrero y además se elaboró un proyecto de Constitución Federal para Aragón. Pero el federalismo ya no renacerá en cuanto tal. Sus sucesores son los movimientos regionalistas, para los cuales la autonomía se acerca mucho al concepto anterior de federación. Esta asamblea tiene su continuación en 1897 cuando se celebra la Asamblea Regionalista de Alcañiz, inicio del autonomismo aragonés.

Los años posteriores a la caída del gobierno progresista (1854-56) ascendió un nuevo grupo político: la Unión Liberal. En este momento, los antiguos burgueses progresistas se acomodarán a los nuevos tiempos y apoyarán esta formación. Sin embargo comienza a surgir una nueva fuerza social, el proletariado y la pequeña burguesía que van a reivindicar el sufragio universal y se van a orientar hacia el republicanismo.

El republicanismo federalista y el regionalismo no serán las únicas preocupaciones de los gobiernos de turno ya que estaba surgiendo un incipiente movimiento obrero que iba a reivindicar los derechos de los trabajadores, no siempre de una forma lícita y pacífica. Es importante la presencia del cubano Pablo Lafargue, yerno de Carlos Marx, que cruzó los Pirineos por la provincia de Huesca donde se instaló y organizó una federación obrera en Huesca.

Dos son las características determinantes del movimiento obrero aragonés en su nacimiento: la composición artesanal y preindustrial del incipiente movimiento obrero zaragozano, habida cuenta de la mínima industrialización en la región, y la opción apolítica y anarquista que domina los primeros pasos de las organizaciones obreras aragonesas.

En lo que respecta a esta economía, la ciudad de Zaragoza, beneficiada por haberse constituido un nudo ferroviario de primera magnitud, prosigue despacio en su industrialización pero crecerá hasta alcanzar, poco después de comenzado el siglo XX, los cien mil habitantes (ferrocarril a Canfranc) (252).

En el sector de la agricultura cabe destacar la gran difusión del viñedo en los somontanos zaragozanos favorecida por la plaga de filoxera que sufrió Francia.

Los movimientos de protesta social en Aragón al comenzar el siglo XX son muestra de las peculiaridades del discurso obrero en Zaragoza que se manifiesta principalmente a través de tres hechos:

1. En primer lugar el reflejo del sindicalismo cenetista, que no se limitan a la defensa de los intereses de los trabajadores, sino que incluyen el deseo de una transformación de la sociedad a través del sindicalismo revolucionario.
2. La segunda transmite el de los republicanos burgueses, empeñados en alejar a los obreros del sueño anarquista.
3. La impronta del anticlericalismo, un fenómeno considerado, junto con el feminismo, marginal pero imprescindible, para aproximarse a la sociedad de aquella época.

Por tanto, sindicalismo, republicanismo y anticlericalismo son tres movimientos sociales que confluyen en el mismo período.

La primera característica que define al primer tercio del siglo XX en Aragón es el surgimiento de la protesta obrera organizada, vinculada a las primeras manifestaciones sólidas de la industrialización en Aragón, casi un siglo después que Inglaterra y con varias décadas de retraso respecto a otros países europeos y Cataluña. Esta protesta organizada o industrial moderna no se caracteriza tanto por el uso de la violencia o botín como por el uso de la huelga como táctica, junto con la creación de organizaciones formales (sindicatos y partidos políticos). Lo que caracteriza sobre todo a ese conflicto es el antagonismo entre propietario y trabajador. La lucha no suele tomar ya la forma de guerra (destrucción de máquinas, luchas violentas, etc) sino contra algunas otras condiciones más específicas como por ejemplo: salarios, duración de la jornada de trabajo, distribución del producto y relaciones de propiedad.

Como segunda característica cabe destacar que durante esas primeras décadas de siglo, surge y se consolida la forma clásica de organización obrera, el sindicato. Como había ocurrido en los demás países, el sindicalismo y en eso no había diferencias sustanciales entre la UGT y la CNT.

En esos años aparece también la forma más común de protesta en la sociedad industrial, la huelga. Zaragoza registró en 1918 la cota más alta en todo el país desde el punto



de vista de las jornadas de trabajo perdidas. A partir de ese año, en la capital aragonesa, una ciudad de paso entre Madrid y Barcelona, donde acudían los principales líderes de la CNT de Cataluña a explicar las doctrinas libertarias y las tácticas revolucionarias, adquiere una relevancia notable la prensa obrera anarquista (El Comunista, El Libertario, Voluntad, Cultura y Acción), demostración del esfuerzo que los libertarios hicieron por propagar sus ideas. Ese sindicalismo lo constituye mano de obra joven, inexperta, y que puede ser movilizada con la misma rapidez que desmovilizada. El crecimiento urbano originó también la aparición de unas clases medias, abogados, periodistas, catedráticos, funcionarios, etc., que van a comenzar a achacar al sistema de la Restauración o régimen monárquico la responsabilidad de todos los males de España. Esos grupos viven en los barrios burgueses del centro, núcleos originarios de futuras organizaciones políticas, puesto que se trataba de personajes cultural e intelectualmente más preparados y documentados. El centro de su discurso es la necesidad de transformar ese estado monárquico, considerado por ellos corrupto y oligárquico, por otro, nacional y republicano. Y la República, se suponía, vendría a través de la afirmación popular, porque el pueblo era la fuente legitimadora de la República.

La tercera y última característica a destacar en Aragón y en España en general durante esta época del siglo XX fue el anticlericalismo. Este fenómeno constituye una parte importante de la historia política, social y cultural en España. El atractivo primordial del anticlericalismo no es simplemente reducir la influencia clerical, sino eliminar a la Iglesia como poder público y como una fuerza socio-cultural en la comunidad (253, 254). Ese objetivo tuvo varios tipos de manifestación: ataques a las órdenes religiosas, reducción de la influencia clerical sobre las escuelas públicas, secularización de las instituciones de beneficencia, petición de protección de la vida familiar contra la instrucción de la Iglesia (matrimonio y entierros civiles, principalmente) y separación oficial de la Iglesia y el Estado, caballo de batalla de la Constitución de 1931 (255).

### **4.3.3 CONTEXTO SANITARIO**

Las primeras manifestaciones de ayuda social se remontan a los hospitales medievales del Camino de Santiago y estaban relacionadas con la caridad y la beneficencia pública. Al hablar del Camino de Santiago no debe pensarse que se trata de una ruta abierta para la peregrinación a Compostela sino que los peregrinos caminan, como es lógico, por las rutas comerciales establecidas, junto con el transporte de mercancías y tropas, eligiendo, eso sí, las de mejores condiciones de tránsito y más seguras; condiciones a las que se añaden la

importancia y capacidad de acogida de las localidades que las configuran y sobre todo los hitos de carácter religioso, como templos, ermitas o monasterios, así como hospitales y lugares de atención a los necesitados (256).

A medida que se consolidan rutas de peregrinación y se incrementa el número de peregrinos, se ha llegado a hablar de una afluencia en torno a 400.000 peregrinos al año en los siglos de mayor auge, se construyen edificios con capacidad para acogerles y prestarles las atenciones necesarias, no sólo de alimentación y albergue, sino para atender a sus enfermedades y darles incluso sepultura.

Como ya hemos visto el más importante de estos hospitales para peregrinos a Santiago es el de *Santa Cristina de Somport*, cuyo origen hasta ahora es desconocido pero cuya existencia fue posiblemente la razón más poderosa para que los peregrinos eligieran el paso de Somport al atravesar los Pirineos en su viaje a Santiago.



**Figura 16. Hospital Provincial de  
Castrourdiales (257).**

A partir del siglo XVIII se empieza a hablar de asistencia social y se asignan las primeras pensiones para funcionarios. A finales del XIX, se inician las políticas de protección con la Comisión de Reformas Sociales (1883), que fomentó la mejora y bienestar de la clase obrera. Hay que esperar a los inicios del siglo XX para que se potencie realmente la asistencia social:

- En 1900 se crea el primer seguro social y la Ley de Accidentes de Trabajo
- En 1903 el Instituto de Reformas Sociales
- En 1908 el Instituto Nacional de Previsión
- En 1919 el Retiro Obrero
- En 1929, el Seguro de Maternidad



Pero es en 1931, cuando la Constitución de la II República, en su artículo 46, recoge textualmente que la *«legislación social regulará los casos de seguro de enfermedad, accidentes, paro forzoso, vejez, invalidez y muerte; el trabajo de las mujeres y de los jóvenes y especialmente la protección a la maternidad»*. Lamentablemente, la Guerra Civil impidió el desarrollo de un anteproyecto de ley de bases de seguros sociales.

En **1938**, durante esta contienda, se promulga el Fuero del Trabajo, que fue el germen sobre el que se crea la Seguridad Social tal y como se entendió durante el gobierno de Franco. Su desarrollo (de la Seguridad Social) a partir de la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 y el Sistema de Seguridad Social de **1967**, intentaba emular parcialmente a los modelos europeos que se instauran tras la Segunda Guerra Mundial, y que constituyen los pilares básicos del denominado Estado del bienestar. Hacia los años sesenta del siglo XX, los países más desarrollados ya destinaban más de la mitad del gasto corriente de la administración pública a protección social. Frente a una protección y cobertura de mínimos que se daban en España, en Europa se trataba de cubrir las necesidades básicas cotidianas, mediante programas basados en la solidaridad de la sociedad.

Hay que esperar a la década de los setenta, y sobre todo con la instauración de la democracia en España, para que se inicien reformas profundas en el sistema de la Seguridad Social. La Constitución de **1978** garantizó a todos los ciudadanos la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. A partir de entonces, el desarrollo y servicio para cubrir las necesidades sociales de la ciudadanía se atenderá en general a través del sistema público de servicios sociales, configurado por prestaciones y servicios de la Administración del Estado, la Administración de las comunidades autónomas (CC.AA.) y las corporaciones locales (ayuntamientos).

La Constitución, en su voluntad de aproximar los servicios sociales al ámbito geográfico, impulsó el desarrollo de leyes autonómicas de servicios sociales que fomentaron la implantación de estos equipamientos y prestaciones en todo el territorio del Estado. Así, entre **1983** y **1985**, se producen las primeras transferencias en materia de servicios sociales a las comunidades autónomas y se fueron sucediendo las primeras leyes hasta la Ley Reguladora de Bases de Régimen Local de 1985, que reglamenta las competencias de los municipios, entre las cuales se reconoce la de prestar “los servicios sociales, de promoción y inserción social”. Por otra parte, en 1988 se aprueba el Plan Concertado para el desarrollo de Prestaciones Básicas



de Servicios Sociales «*para articular la cooperación económica y técnica entre la Administración del Estado y las comunidades autónomas, para colaborar con las entidades locales en el cumplimiento de las obligaciones que (...) han de llevar a cabo en relación con la prestación de servicios sociales*».

Actualmente los servicios sociales se estructuran en dos niveles: por un lado, *los servicios sociales generales*, que están dirigidos a toda la población e integran prestaciones básicas y específicas, y también reciben otras denominaciones como servicios sociales de base, servicios sociales comunitarios o servicios sociales de atención primaria; por otro lado, están *los servicios sociales especializados*, dirigidos a colectivos específicos de población.

Entre los objetivos de los primeros están informar y orientar sobre derechos y recursos; realizar prevención e inserción social y familiar; prestar ayuda a domicilio; y dar prestaciones de alojamiento y convivencia. Los segundos están dirigidos a colectivos específicos de población (tercera edad, infancia, juventud, toxicómanos, personas sin hogar, etc), relacionados, más en concreto, con las necesidades personales y características grupales de los usuarios.

Por otra parte, los colectivos atendidos, además de prestaciones de servicios, pueden recibir asistencia económica en forma de rentas mínimas de inserción, ayudas a víctimas y beneficios económicos para personas en situación de dependencia.

Aunque los servicios sociales se han consolidado en España como un sistema público, son muy sensibles a las decisiones políticas y en las próximas décadas su trayectoria estará condicionada por la deriva económica de los últimos años, las propuestas programáticas y los cambios sociodemográficos de la población española.

En virtud del artículo 71 del Estatuto de Autonomía de Aragón, la Comunidad Autónoma asume competencia exclusiva en materia de sanidad y salud pública, en especial, la organización, el funcionamiento, la evaluación, la inspección y el control de centros, servicios y establecimientos sanitarios. La Comunidad Autónoma participará, de acuerdo con el Estado, en la planificación y la coordinación estatal en lo relativo a sanidad y salud pública (257).

Asimismo, según el artículo 77 del Estatuto de Autonomía, la Comunidad Autónoma asume competencias ejecutivas en relación con la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

La Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad, que tiene la condición de norma básica, determina en su artículo 41 "Que las Comunidades Autónomas ejercerán las competencias asumidas en sus Estatutos y las que el Estado les transfiera o, en su caso, les delegue".

La citada Ley 14/1986, de 25 de abril, en sus artículos 18, 30 y 31, establece como actuación de las autoridades sanitarias, a través de sus órganos competentes, el control y mejora de la calidad de la asistencia sanitaria en todos sus niveles, disponiendo que todos los centros y establecimientos sanitarios, están sometidos a la inspección y control sanitarios y, determinando específicamente las actuaciones que puede desarrollar la inspección en el ejercicio de sus funciones.

Por Real Decreto en 2001, de 27 de diciembre, se hizo efectivo el traspaso de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud y entre ellas, la Inspección de Servicios Sanitarios y la gestión de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social.

Por otra parte, la Ley de Salud de Aragón, al enumerar en su artículo 60 las funciones a desarrollar por el Departamento de Salud, recoge la inspección y control de las actividades, centros y servicios, en diversas áreas sanitarias y entre ellas, las de atención sanitaria.

La Inspección de Servicios Sanitarios, en función de las competencias asumidas por la Comunidad Autónoma de Aragón en materia de Sanidad y Seguridad Social, viene en el ejercicio de sus funciones a garantizar el derecho de los usuarios a un acceso adecuado a las prestaciones sanitarias, en condiciones de equidad, velando por un efectivo cumplimiento de sus normas reguladoras y asegurando que los servicios sean prestados conforme a las exigencias normativas y los objetivos de calidad previstos, confirmando el uso apropiado de las prestaciones sanitarias y de aquellas otras del sistema de Seguridad Social condicionadas a una situación de enfermedad y de atención sanitaria.

## **Odontología en Aragón**

Algunas de las figuras más destacadas dentro del "Mundo de la Odontología Aragonés" de principios de siglo:

**Mariano Riva Fortuño** nace en la provincia de Huesca en 1849 y fallece en el año 1940 en Zaragoza. Se examinó el 26 de abril de ese año superando en el mismo día los tres ejercicios reglamentarios de que constaba el examen de "Cirujano-dentista". La mayor parte de su vida profesional transcurrió en Zaragoza, teniendo su consultorio en la calle Coso, nº 140 y 142 donde le encontramos domiciliado en 1925. En esta ciudad editó la revista profesional "El Progreso Dental" durante los años de 1889 a 1900. Su obra escrita se centra en su mayoría en la prostodoncia. Sus libros más destacados son *Tratado completo de cerámica dental para construir dentaduras de encía esmaltada* (Zaragoza, 1928) y *Minero-metalografía dental* (mismo lugar y año), sobre la naturaleza de los cuerpos inorgánicos que interesa conocer al dentista; ambos de gran extensión que demuestran el conocimiento de múltiples fuentes extranjeras. Es autor también de un opúsculo titulado *Reseña de los metales y óxidos* que entran en la *preparación* de las dentaduras artificiales esmaltadas (Zaragoza, 1939) y de otros dos, *Diente español* (por el cual obtuvo el primer premio en el certamen celebrado en Madrid por la Unión Dental española en 1903) y *Patología dental* (premiado con medalla de plata en la Exposición Hispano-Francesa, celebrada en Zaragoza el año 1908) (258, 259).

**Isaac Sáenz de la Calzada** nace en 1905 en Zaragoza donde fallece en el año 1977.

Hijo de odontólogo, veterinario y catedrático de Fisiología en la Facultad de Veterinaria de León, Isaac Sáenz de la Calzada y Gorostiza, siguió los pasos de su padre y ganó, además de los títulos de su padre, el de médico. Pero su vocación, con una buena base médica, sería la odontología y para ello se formó en la Escuela de Odontología de Madrid, donde se alojaría en la residencia de estudiantes y entablaría amistad con figuras también destacadas de la ciencia de dichos años: F. Aguilar, B. Landete y J. Mañes. Se convirtió en el primer alumno interno de Mañes, quien le impulsó al graduarse en 1924 a completar estudios en los Estados Unidos. Por ello se matriculó en la universidad de Pennsylvania y posteriormente en el North Eastern Dispensary de New York, donde el Dr. Levit, jefe del servicio dental, le ofreció la ayudantía en su consulta privada y en su servicio. Completó posteriormente su formación en Francia, Inglaterra y Bélgica. En 1932 defendió con éxito su tesis doctoral en la Universidad Central. Durante la Guerra Civil española organizó los servicios de cirugía maxilofacial de los hospitales





militares de León. Fruto de su experiencia sería su libro *“Cirugía y restauración maxilofacial de guerra”* (1939). En 1941 fundó y dirigió la revista *Anales Españoles de Odontoestomatología*, una de las escasas publicaciones periódicas odontológicas españolas de prestigio que se mantuvo hasta 1976, año anterior a su muerte. Igualmente, fue el traductor y responsable de la parte española del *International Dental Journal*, y colaboró con algunas instituciones internacionales de prestigio como la FDI. Se instalaría de manera definitiva en Madrid, ciudad en la que desarrolló una extensa actividad investigadora publicando muchos artículos en prensa y escribió numerosos capítulos de libros de otros autores. De igual manera su labor asistencial y docente fue de primera categoría, viéndose culminada en 1960 con la obtención de la cátedra de Estomatología Médica en la Escuela de Estomatología madrileña que desempeñaría hasta su jubilación. Adjunta a esta cátedra y gracias a su impulso se crearía en el año 1966 la “Escuela de Patología Bucal Experimental y Clínica”. Fue autor de un exitoso libro, *“Exploración clínica en Estomatología y su interpretación”*, que contó con tres ediciones.

**Polonia Sanz** nació y murió en Zaragoza. Hacemos alusión a ella pues ha sido la primera mujer dentista que oficialmente estuvo facultada para ejercer en España y muy probablemente una de las pioneras a nivel mundial. Polonia Sanz y Ferrer, habiendo obteniendo la aprobación para ejercer el arte de dentista por la Academia de Medicina y Cirugía de Valencia y siendo revalidada su aprobación en la Universidad de esta ciudad, tras superar el examen exigido a los sangradores se le otorgaría el "Título de Dentista" que le facultaba "*para limpiar la dentadura, extraer dientes y muelas y practicar las demás operaciones que corresponden al dentista*" con fecha 10 de abril de 1850 (260).

La Comunidad de Aragón no ha destacado especialmente en el desarrollo de la salud pública oral a lo largo del siglo XX y sus funciones se basaron, en un principio, a las prestaciones odontológicas que propuso el INSALUD. Tras los pactos autonómicos y la concesión de las competencias sanitarias por parte del Estado según Ley orgánica aprobada en 1982, el gobierno aragonés se hace cargo de la asistencia dental pública, la cual no supone grandes avances con respecto a años anteriores.

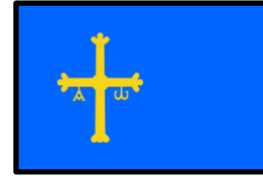
Por lo tanto, tras la declaración del Estado de Autonomía, el Servicio aragonés de salud (SALUD) concede a la población una serie de servicios odontológicos públicos (261):

**NIÑOS.** Prevención de caries, incluye hasta los 15 años:

1. Una revisión anual
2. Sellado de los primeros molares permanentes
3. Aplicación de flúor tópico
4. Instrucciones de higiene oral y dieta

**ADULTOS.** La atención bucodental queda relegada al mínimo en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, pues solo incluye extracciones y procesos agudos, como procesos infecciosos en la boca, los traumatismos en la dentadura o mandíbula, extracciones de piezas enfermas, etc. Tras encuestas realizadas a la población, para la Confederación de Asociaciones Vecinales de Aragón, la salud bucodental es la gran olvidada por la Sanidad Pública, por lo cual la Odontología sigue siendo una asignatura pendiente dentro del sistema sanitario público español. Es por ello, a fecha del año 2000, que se seguía trabajando en este campo y, gracias a ello, iniciado el siglo XXI entra en vigor el Plan de Atención Infantojuvenil en la Comunidad de Aragón, el 8 de abril de 2005.

## 4.4 ASTURIAS



### 4.4.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Asturias es una comunidad autónoma con una población pequeña, 1.034.960 habitantes en 2017, aunque nuestra densidad demográfica sea alta para los promedios españoles, ya que supone un 2,2% de la población española (262). La mayoría de la población (69%) reside en concentraciones urbanas y periurbanas en la Zona Centro de Asturias, siendo las principales provincias Avilés, Corvera, Gijón, Langreo, Mieres, Oviedo y Siero. La transición demográfica del Principado de Asturias tuvo lugar en las últimas décadas del siglo XX; el envejecimiento y el índice de dependencia de la población asturiana (56,7%) son superiores a la media nacional y además continúan progresivamente aumentando en los últimos años (263).

Desde principios del siglo XX, Asturias ha experimentado importantes cambios demográficos como consecuencia fundamentalmente de los cambios económicos acontecidos en la región debido a la industrialización que se estaba llevando a cabo durante aquellos años. Analizando los datos censales desde 1900 hasta la actualidad observamos que Asturias en el **año 1900** contaba con una población de 627.029 habitantes, hay que tener en cuenta que por entonces todavía seguía siendo una región profundamente rural sin apenas cambios en la economía. Desde entonces se produjeron transformaciones económicas y sociales, que se acompañaron de consecuentes cambios demográficos.

Aunque la población en el Principado de Asturias no ha hecho más que crecer a lo largo del siglo XX, sabemos que las ciudades del centro de la región fueron las que acapararon el grueso de tal aumento, mientras que gran parte del resto del territorio experimentó un importante proceso de despoblación. Este hecho se debió al proceso de jerarquización territorial que tuvo lugar en Asturias y que provocó que tanto el mayor volumen de habitantes como los servicios y bienes se concentraran en ciertos puntos en concreto. En una primera etapa fueron los territorios centrales de la región los primeros en experimentar este incremento poblacional, debido a que era en estas zonas donde se concentraron las explotaciones y yacimientos mineros y aparecieron las primeras industrias. En una segunda fase, a raíz de la crisis que sufrió la siderurgia interior, y, en parte también la minería, la población comenzaría una segunda etapa de incremento concentrándose esta vez

en las zonas más costeras donde se explotó el sector terciario. La población del siglo XX por tanto quedó ubicada en tres núcleos principales: dos industriales, Avilés y Gijón, y Oviedo, donde predominaban los servicios terciarios (264).

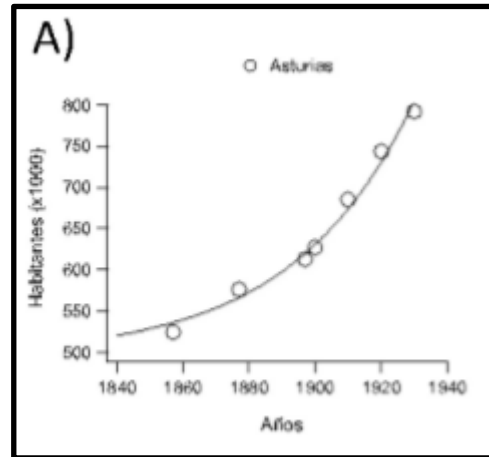


Figura 17. Evolución demográfica de la población asturiana en el siglo XX (265).

La **Guerra Civil** tuvo unas consecuencias catastróficas en la demografía asturiana como en el resto del país.

Los censos de **1960 y 1970** merecen especial interés, puesto que se puede observar el aumento de la población que se produjo en algunas ciudades asturianas como Mieres y Langreo, todo motivado por el apogeo de la minería, que fomentó la llegada desde las zonas rurales y el sur de gran parte de población, interesada en trabajar en este sector (266). *Fuente obtenida de SADEI: Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales.* A principios del siglo XX el concejo de Mieres contaba con una población de 18.265 habitantes, alcanzando su tope demográfico en la década de 1960, llegando a los 70.871 habitantes, una cifra nunca alcanzada por ningún concejo minero, que refleja el gran efecto llamada de la necesidad de mano de obra para la minería y la metalurgia. A partir de esa década el proceso se invierte, entrando en una dinámica recesiva que le hace perder más de 25.000 habitantes, llegando en la actualidad a situarse en 38.546 habitantes en el municipio.

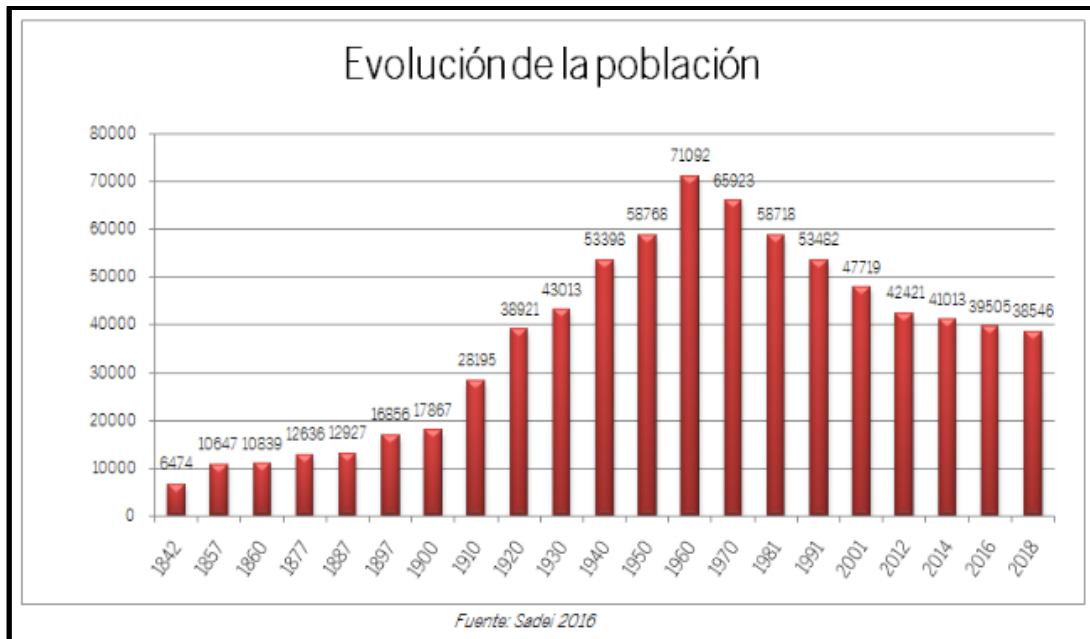


Figura 18. Evolución demográfica de la población de Avilés a lo largo del siglo XX. (265).

La provincia de Avilés también vivió un gran crecimiento, pasando en **1960** de 48.503 habitantes a los 81.710 habitantes de **1970**, motivado este cambio por la creación de industria siderúrgica, lo cual provocó la llegada de población de otras provincias de España con economías más pobres.

El panorama de **los años setenta y ochenta** cambiaría de manera drástica en la mayoría del territorio asturiano como consecuencia de la reconversión industrial en **la década de los años noventa**. Desde el año 1900 en todas las décadas se había producido un crecimiento continuado de la población, proceso que en el censo de 1991 se vio interrumpido cuando la población comienza a descender. Este descenso es debido principalmente a la crisis económica que experimenta la región, crisis que llega a nuestros días y que castigó fundamentalmente a las zonas mineras debido a la disminución en la producción de este sector. Tanto es así que Mieres y Langreo han vuelto a alcanzar los valores de la década de 1930.

El escenario demográfico predominante en el Principado de Asturias es propio de una región inmersa en un declive demográfico. La región de Asturias se caracteriza por una población notablemente envejecida y que, además, presenta un crecimiento vegetativo normalmente con saldo negativo que no suele compensarse con procesos migratorios. El mapa demográfico de esta comunidad autónoma se caracteriza, asimismo, por el desequilibrio interno del territorio, de manera que existe una población predominantemente urbana, que



supone el 80% de la sociedad asturiana y que se aglutina en un área central, donde se concentran además la mayor parte de los servicios y actividad económica. Por otro lado, el resto del territorio, nos encontramos con una sociedad rural, donde las capitales comarcales actúan como centros funcionales en los que se concentran los distintos servicios y actividades económicos, a los que puede acceder dicha población (267).

A lo largo del siglo XIX y durante el primer tercio del XX gran número de europeos abandonaron sus lugares de origen para dirigirse a otros continentes. Impulsados por la existencia de tierras por explotar y mejorar su calidad de vida, desde Asturias partieron emigrantes a América.

La emigración de los asturianos no se debió a una causa en concreto, sino que dependiendo de cada momento y lugar influyeron distintos factores en este proceso.

Las causas de **tipo económico y social** fueron, como suele ser habitual, las más frecuentes:

-El volumen de la población aumentaba sin control debido a las altas tasas de fecundidad unidas a la reducción de la mortalidad, que provocaba el aumento del número de habitantes de la región y la edad media de éstos. Esto supuso un desequilibrio entre población y recursos. Estos recursos se basaban en un incipiente y aún insuficiente desarrollo minero e industrial, tierras y parcelas agrícolas de mala calidad y una extensión en la ganadería que provocó, aún más si cabe, la liberación de mano de obra. De ahí que los asturianos se marcharan para obtener bienestar y una mejora en la calidad de vida.

-Servicio militar. La posibilidad de eludir el servicio militar es otra causa a considerar. Era una solución más barata que el pago en metálico de dicha redención y también que la contratación de un sustituto. Además de evitar un largo período de tiempo de servicio militar, el hijo regresaba enriquecido tras su etapa de emigración y con la posibilidad de invertir el dinero ahorrado. Esto implicaba que los hijos se marcharan a los 15 o 16 años antes de la llamada a filas.

-Legislación favorable. Algunos países de acogida hacen llamamientos a Europa pidiendo población, a la vez que en España se producen cambios en la legislación que facilita la salida de país.



Durante los primeros años del siglo XX tiene lugar un momento álgido de emigración en esta región que se produce de **1904 a 1918**, alcanzándose el máximo histórico en 1912 con 15.550 emigrantes. La pérdida de las islas no modifica el ritmo de partida de españoles a las Antillas, compensándose de esta manera la retirada de soldados y funcionarios de la antigua colonia tras su independencia. Las dificultades que trajo consigo la primera guerra mundial reducen la emigración en un 60% entre 1913-1915.

En los primeros años de la década de los 30 se puede dar por concluido el ciclo de la "emigración masiva" a causa de la crisis económica internacional, de la situación interna de España y posteriormente por la Segunda Guerra Mundial.

## 4.4.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO

### Años de la Restauración

En los primeros años del siglo XX, el Principado de Asturias se caracterizó por la existencia de una burguesía que solía desempeñar el control sobre las clases más deprimidas, igualmente eran años en los que el protagonismo de la Iglesia estaba muy presente y ejercía gran influencia sobre la población.

Así, por ejemplo, por iniciativa de M. Arboleya y el obispo Martínez Vigil, se fomenta el Catolicismo Social sustentado en la encíclica Rerum Novarum de León XIII. De esta manera la Iglesia intentaba adoctrinar a las clases más bajas y utilizar esta situación como medida para mantener su liderazgo. Se crearon para llevar a cabo esta iniciativa centros de enseñanza, la Universidad Popular (268).

La clase obrera asturiana, sin embargo, toma conciencia de ello ya desde principios del siglo XX y participará en conflictos bastantes recurrentes y liderados normalmente por anarquistas y socialistas. Estallan conflictos en **1901, 1903 o 1906** en Mieres y Gijón, entre otros territorios y, en la mayoría de los casos, terminan fracasando y con importantes pérdidas de obreros y afiliados socialistas. La clase obrera continúa sus reivindicaciones y muestra de ello **en 1910** se crea el *Sindicato Minero* (SOMA) fundado por Manuel Llana, el cual alcanza numerosos afiliados y consigue conquistas sociales. En el campo surgen también asociaciones, como por ejemplo *la Unión de asociaciones agrícolas* de Asturias que se convertirá en el año 1911 en *la Federación Agrícola Asturiana* (269).



Los distintos tipos de asociaciones obreras participan en actividades políticas, llegando a ocupar incluso concejalías en muchos municipios como Oviedo y Gijón. La subida de precios, las malas cosechas o la falta de abastecimiento que tienen lugar como consecuencia de la Primera Guerra Mundial provocan movilizaciones y protestas, por parte de los sectores socialistas y anarquistas, que terminarán siendo reprimidas por parte del Gobierno en 1917, especialmente en las zonas mineras (270).

Con la llegada de la **Dictadura de Primo de Rivera**, el Sindicato Minero y el Partido Socialista llegarán a acuerdos con el Gobierno, apelando a la negociación, a cambio de que su organización se mantuviese intacta. Los comunistas y anarquistas, entre tanto, no estarán dispuestos a la colaboración y como represión a ello se suspendería su sindicato en 1924. Al final de la Dictadura, el descontento es general, incluso en el Sindicato, que ve como el número de afiliados se reduce de 20.0000 afiliados a 3000 desde 1920 a 1928 (271).

### *Etapa de la II República*

En 1934 se organiza en toda España un movimiento armado y revolucionario conocido como Revolución de Octubre de 1934 y fue una insurrección obrera que finalmente sólo arraigó en Asturias. El hecho de que sólo tuviese continuidad en la región de Asturias fue debido a que la CNT en Asturias si participaría de la Alianza Obrera que se consolidó entre los socialistas de la UGT y el PSOE a diferencia del resto de España (272, 273).

La forma de organización social y política de la revolución de Asturias fue la instauración de un régimen socialista en las localidades donde predominaban los socialistas (o los comunistas), como Mieres, donde incluso se llegó a proclamar la "República Socialista" o como Sama de Langreo, o el comunismo libertario donde predominarán los anarcosindicalistas de la CNT, como en Gijón y La Felguera. Estos sublevados ocuparon varios territorios y resistieron hasta cinco días de lucha, llevando a cabo sucesos de cierta agresividad como incendios de edificios civiles, la Universidad incluso llegaron a dinamitar la Cámara Santa de la catedral. Esta Revolución fue duramente reprimida por el gobierno radical-cedista de Alejandro Lerroux.

Las elecciones de 1936 concluyeron con la victoria de la izquierda y con ello la amnistía de muchos presos de la sublevación. Varios mandos del ejército se levantaron contra el gobierno salido de las urnas.





### Años de la Guerra Civil

Al quedar aislada del Gobierno central Asturias tuvo que organizar y estructurar su propia Administración que variaba según el territorio. Las principales capitales se distribuyeron del siguiente modo: Oviedo fue ocupada por fuerzas militares de los nacionales, mientras que en Gijón gobernaba la Confederación Nacional del Trabajo (CNT) y la Federación Anarquista Ibérica (FAI).

Tras estos años de guerra en Asturias se produjeron innumerables pérdidas materiales e industriales, muchos campos fueron arrasados y la producción fue casi nula. Esto provocaría gran número de enfermedades y hambrunas, numerosos muertos como consecuencia de estas enfermedades y resultantes de las batallas bélicas, así como una elevada cantidad de exiliados y encarcelados. En la posguerra mucha de la población obrera permanecía encarcelada o había huido a las montañas. Con el inicio de la Segunda Guerra Mundial en 1939, el carbón y la industria metalúrgica tomaron una importancia extraordinaria, lo que desembocó en el renacimiento de esta población obrera.

### Etapa franquista

En sus inicios la industria siderúrgica en Asturias estuvo ligada a los intereses de la minería del carbón, estando ambas actividades directamente relacionadas entre sí. Ambas dependían de los transportes terrestres, en particular del ferrocarril, y también del marítimo, para lo que Asturias llevó a cabo infraestructuras tanto privadas como públicas durante los siglos XIX y XX.

A partir de los primeros años de la década de los 40, el gran interés del régimen franquista por la industrialización propició la entrada en Asturias de gran cantidad de capital público orientado a fomentar las producciones de carbón, hierro y acero. Esta región fue elegida como ubicación preferente y considerada como impulsor fundamental para la transformación de la industria española, llamada a ser el pilar del crecimiento económico y del progreso social dentro de una España de autarquía, de economía cerrada y que dependía del consumo interno.

El instrumento más importante de intervención con el que contaba el Estado para la implantación industrial fue el Instituto Nacional de Industria que tuvo su origen en la Ley de 25



de septiembre de 1941. Se trata de una institución de derecho público, cuyo objetivo era crear un conjunto empresarial con forma mercantil de empresa y criterios privados de gestión, pero con capital público (274).

### Etapa de transición

Con la llegada de la democracia a España, se crea el Consejo Regional de Asturias, como órgano provisional preautonómico hasta el año 1981, en el que se aprueba el Estatuto de Autonomía de Asturias y se crea la comunidad autónoma uniprovincial del Principado de Asturias.

Este período está marcado en Asturias por una fuerte reconversión industrial. Prácticamente todos los sectores se ven afectados por recortes de plantilla y cierres. Se conoce como reconversión industrial a la política adoptada para atajar una supuesta crisis industrial. Esta política adoptó dos tipos de medidas. Por un lado, se aplicaron una serie de limitaciones en las empresas en crisis, como por ejemplo, la reducción de la producción, la disminución de la plantilla, saneamiento financiero de la empresa, etcétera. Por otro lado, se intentaría llevar a cabo una reindustrialización a través de avances en la tecnología y desarrollo de nuevas actividades que diversifiquen la industria. Ambas actuaciones contaron con ayudas estatales, financieras, fiscales y laborales.

## 4.4.3 CONTEXTO SANITARIO

**Como antecedentes históricos** de la asistencia sanitaria del Principado de Asturias sabemos que el primer médico del que tenemos noticias data del siglo XIV y es el judío "don Yuça", residente en Oviedo. Es decir, toda la región durante mucho tiempo contó con un solo médico y algún que otro cirujano-sangrador. Tenemos constancia de que en 1749 había en toda Asturias cinco médicos; dos ejercían en Oviedo y Avilés; Villaviciosa y Gijón contaban con uno. De su misma época, tenemos el testimonio del cirujano de Oviedo, al decir que había "*curanderos sin título ni ciencia*" que ejercían como figuras de médico. Metidos en el siglo XIX, comenzaron a ejercer más médicos y se exigía a los cirujanos que trabajaban el título o estudios universitarios. La preocupación de los ayuntamientos ante el temor al cólera motivó que comenzasen a contratar a profesionales sanitarios. A comienzos del siglo XX tenemos doscientos médicos en todo el Principado, la mayoría ejerciendo en la parte central: Oviedo, Gijón y Avilés.



Las condiciones generales de vida de las principales zonas industrializadas de Asturias en **1911** (Oviedo y Gijón fundamentalmente) podían variar según residiese en la ciudad con un empleo decente, o bien obreros trabajando en la industria que ganaban un jornal más bien mísero o simples campesinos, que en muchas ocasiones se veían obligados al pluriempleo, aplicándose a partes iguales entre las labores del campo y las fábricas (275).

En estos centros urbanos se realizaron ciertas edificaciones relativamente modernas para aquellos años pero también se seguían levantando suburbios modestos y de materiales de mala calidad para obreros, donde llegaban a acumularse gran número de habitantes por vivienda y donde las condiciones de insalubridad eran inmensas. Por lo que no es de extrañar que la tasa de mortalidad de aquellos primeros años del siglo rondase el 37% y cuya principal causa de muerte fuesen las enfermedades de raíz social. Estas "*enfermedades sociales*" se vieron favorecidas por algunas realidades más que se daban en el Principado de Asturias en aquellos años de la historia de esta región.

Para la manutención de una familia de tamaño medio se precisaba una cantidad mayor de dinero de lo que normalmente recibía un oficial u obrero, lo que llevaba a la necesidad de la incorporación de las mujeres, madres y en muchas ocasiones niños a incorporarse al mundo laboral para subsistir. En **1904** además se produjo un aumento de los problemas laborales, situación que dejó a numerosos obreros en paro. Este hecho, que se prolongó durante una década, llevó a las clases populares al límite del hambre, aspecto que favoreció la adulteración de los alimentos y principales productos de consumo. Las calles estrechas en tiempo seco estaban llenas de polvo y cuando llovía se transformaban en intransitables barrizales con una carencia absoluta de servicios básicos donde predominaba el hacinamiento y la insalubridad. Tanto el abastecimiento de agua potable como el sistema de alcantarillado y la limpieza pública eran muy deficientes durante las dos primeras décadas del siglo, siendo **a partir de 1920** cuando comenzaron a montar redes de alcantarillado y a mejorar la conducción de agua al extrarradio.

Oviedo tenía un Hospital Provincial, inaugurado en 1897, en el que trabajaban cinco médicos, una Casa de Socorro y, **desde 1908**, un Laboratorio Químico Municipal. La prestación sanitaria, por tanto, era efectiva al realizar asistencia médica domiciliaria, en muchas ocasiones gratuita, y con pago de medicinas a los pobres (276).



La atención sanitaria **gijonesa** la realizaba la beneficencia privada con el patronazgo del municipio y se llevaba a cabo en el Hospital de Caridad. Este hospital contó hasta con 56 camas en momentos más necesarios como ocurrió durante la pandemia gripal de 1918, atendido por cinco monjas de las Hijas de la Caridad, un médico, un cirujano y un practicante. También tenían un Laboratorio Químico y Casa de Socorro.

En **Avilés** había un Hospital de Caridad, que contaba con 12 camas y con tres médicos titulares. Estaba subvencionado por el Ayuntamiento aunque también recibía donativos. Funcionaba igualmente como Casa de Socorro (277).

No existe registro ni ningún dato acreditativo de calidad asistencial de estos lugares. Sin embargo, unos informes del Instituto Nacional de Estadística nos indican que el Hospital de **Oviedo** tenía una tasa de mortalidad de 78,3% en los enfermos ingresados; mientras, la mortalidad de los hospitales madrileños se encontraba en 93,7% (278).

La asistencia sanitaria del primer nivel estaba estructuralmente sustentada en diferentes instituciones de asistencia:

**.En las zonas rurales** contaban con los médicos titulares de asistencia pública domiciliaria (APD) y funcionarios tanto de la Administración Central del Estado como de la Administración Local, los cuales realizaban funciones de policía sanitaria e higiene pública. Los médicos de APD realizaban la atención sanitaria desde los centros rurales de higiene, los consultorios, las casas del médico o las casas de socorro. Todos estos médicos titulares tenían adjudicado un cupo de beneficiarios de la Seguridad Social Agraria, lo cual cambiaría en el momento en que estos beneficiarios entraron a formar parte de la Seguridad Social. El inicio de la Seguridad Social supuso la creación de nuevas plazas de medicina y de enfermería, así como la apertura de nuevos consultorios en localidades de determinadas dimensiones.

**.En las áreas urbanas:** Por otro lado, la Seguridad Social propició la apertura de ambulatorios en todas las localidades de áreas urbanas. Estos ambulatorios servían tanto para la asistencia de medicina general como para la asistencia de especialidades en régimen ambulatorio. Estos centros permanecían abiertos hasta las cinco de la tarde.

Por último, contamos con los servicios normales de urgencias, centros donde se prestaba asistencia a las urgencias ambulatorias, consultas extemporáneas, desde las cinco de la tarde hasta las nueve de la mañana del día siguiente. Con la constitución del Estado de las Autonomías en el año 1978 se produce la descentralización de la sanidad. Antes de la descentralización el sistema sanitario comprendía tres grandes grupos de competencias: las de higiene, los servicios sanitarios asistenciales y una serie de centros sanitarios especiales que formaban un grupo independiente, aglutinando un organismo denominado **Administración Institucional de la Sanidad Nacional** (AISNA). En 1977 se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en el que se unifican los tres grupos de competencias.

Las transferencias para gestionar los Servicios Sanitarios Asistenciales de la Seguridad Social (INSALUD) se limitaron a un número reducido de Comunidades Autónomas. Fue en 1981 cuando se aprobaron las primeras transferencias de las funciones y servicios del INSALUD, siendo Cataluña, en 1981, la primera en recibirlas; sería en 1987 cuando las asumen el País Vasco y la Comunidad Valenciana; en 1990, Galicia, Andalucía y Navarra; la última comunidad en asumirlas fue Canarias en 1994. Todavía hoy quedan pendientes los traslados de estas competencias a la totalidad de las Comunidades Autónomas -son diez las Comunidades Autónomas gestionadas aún por el INSALUD: Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, Madrid, Murcia, y las ciudades de Ceuta y Melilla-.

El Servicio de Salud del Principado de Asturias fue creado en 1992 mediante la Ley 1/92 de 2 de julio. Dichos Servicios Regionales de Salud gestionan su propio dispositivo asistencial, estableciendo normalmente conciertos con el INSALUD (279).

Con el Real Decreto **137/1984**, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, se inicia una reestructuración de servicios sanitarios con una concepción integral de los mismos, estableciendo los principios normativos generales conforme a los cuales sería posible la creación y puesta en funcionamiento de las «zonas de salud», a las que se atribuyen funciones integradas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.

La **zona de salud** es la demarcación poblacional y geográfica fundamental delimitada a una determinada población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar



una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias afines. Cuando la zona de salud esté constituida por varios municipios se fijará un municipio-cabecera cuya ubicación no será distante del resto de los municipios un tiempo superior a treinta minutos con los medios habituales de locomoción, y en el que se ubicará el centro de salud.

El **área sanitaria** se trata del territorio de la comunidad autónoma que engloba una serie de concejos y que se encuentra dividida en zonas de salud. En la comunidad autónoma asturiana son ocho, nombradas de la I a la VIII.

El **equipo de atención primaria**: El Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, lo define como el conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en la zona de salud.

## **Odontología en Asturias**

Al hacer mención de la actividad odontológica del Principado de Asturias nos resulta inevitable no hacer referencia a su Universidad y la Clínica Universitaria de Odontología con la que cuenta esta ciudad. Se trata de una Universidad con años de antigüedad, aunque con cierta inestabilidad y poca permanencia en el tiempo: tras una existencia fugaz desde 1786 a 1808 la Facultad de Medicina de Oviedo fue refundada en 1968. Su actividad y continuidad en el tiempo no comenzaría hasta el curso académico 1969-70. Actualmente se imparten en el centro tres licenciaturas: la de Medicina, Odontología y la de Bioquímica (de segundo ciclo); y tres másters: de Ortodoncia y Ortopedia Dento-facial, de Investigación en Medicina y de Investigación en Cáncer. En cada curso académico se admiten 125 nuevos alumnos para la Licenciatura de Medicina y 25 para Odontología. La Licenciatura de Bioquímica no tiene límite de plazas.

La Clínica Universitaria de Odontología de Oviedo, aunque existe mayor implicación con otros campos de la odontología como la ortodoncia o la medicina bucal, tal y como podemos constatar por sus másteres, no faltaron en dicha comunidad proyectos y estudios que tratan de mejorar la salud bucodental a través de la prevención. Muestra de ello ha sido la escritura de algunas tesis que ahondan en la importancia de la prevención en la salud de nuestras bocas.



-ESTADO DE SALUD BUCODENTAL Y NECESIDADES DE TRATAMIENTO EN LA POBLACIÓN ADULTA DE LA COMUNIDAD ASTURIANA. DOCTORANDO: MIGUEL ÁNGEL IGLESIAS RODRÍGUEZ.

En la Universidad de Oviedo, Escuela de Estomatología en 1993

Se llevó a cabo un estudio epidemiológico para conocer el estado de la salud bucodental así como las necesidades de tratamiento de una muestra representativa de 266 adultos de la comunidad asturiana. La muestra se distribuyó por edades y los resultados siguieron las directrices de la OMS.

-LESIONES INICIALES DEL ESMALTE DENTAL: PROFILAXIS EN PACIENTES SOMETIDOS A UNA APARATOLOGÍA FIJA. DOCTORANDO: LUCIANO GALVÁN PEREIRA.

En la Universidad de Oviedo, Escuela de Estomatología, 1992.

-ALTERACIONES SALIVALES EN EL PACIENTE IRRADIADO EN EL ÁREA CERVICOFACIAL. PREVENCIÓN DE SU PATOLOGÍA DENTARIA. DOCTORANDO: JAVIER GONZÁLEZ TUÑÓN.

En la Universidad de Oviedo, Escuela de Estomatología, 1990.

También existen ciertos estudios y proyectos financiados reflejo de labor higienista en la salud bucodental:

-Título del proyecto: Estudio Epidemiológico de las necesidades de tratamiento periodontal en la población infanto-juvenil. Fue un proyecto financiado por el Fondo de Inversiones de la Seguridad Social realizado en el año 1986 (280).

-Título del proyecto: Prevención de la caries con pastas hiperfluoradas en pacientes con alteraciones salivales. Fue un proyecto financiado por la misma Universidad de Oviedo en el año 1988 y cuyo investigador responsable fue Juan Cobo Plana. También en este año, el mismo investigador realizó un estudio epidemiológico de la caries en el Principado de Asturias, su relación con los niveles de agua de consumo (1988), centrado dicho estudio en los éxitos obtenidos por el Dr. Aníbal González en su proyecto de fluorización de las aguas del Pedroso en la provincia de Sevilla en 1985.

La asistencia dental pública en el Principado de Asturias consiste en la realización de ciertos tratamientos básicos, limitándose normalmente a intervenciones paliativas de cuadros infecciosos agudos como extracciones, realizados en centros de salud de la red asistencial que cuentan con dentistas, higienistas y auxiliares. La proyección en el campo de la prevención de



las enfermedades bucodentales del Principado de Asturias, corresponde a un proceso lento y poco ambicioso y aún en el año 1997 no se había realizado revisión alguna que fomentara otro tipo de iniciativas dentro de este sector.





## 4.5 CANTABRIA

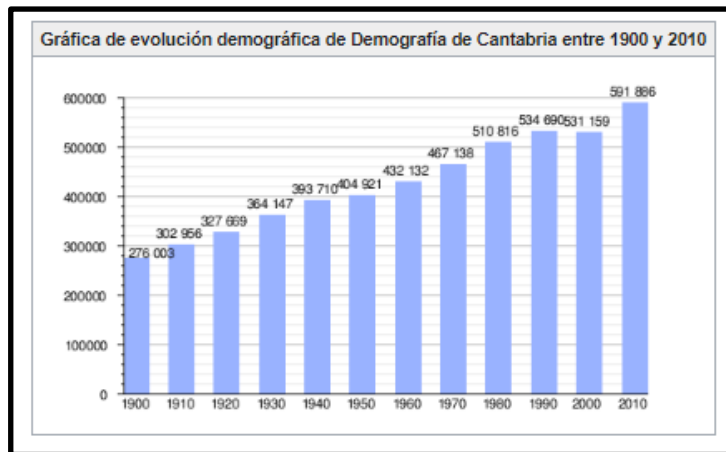


### 4.5.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

A lo largo del siglo XX, la población cántabra aumentó considerablemente, registrando unos valores que pasaron de 275.262 habitantes en el año 1900 hasta los 532.115 habitantes registrados en el año 2000, equivalente por tanto a un crecimiento total de 193,3 %, ligeramente inferior a la media nacional registrada en esta etapa. El movimiento natural de la población cántabra se caracterizó por una caída del número de nacimientos especialmente a partir de la década de los 80, mientras que el número de defunciones descendió en la etapa comprendida entre los años 1900 a 1960, para luego mantenerse en los últimos años del siglo XX; es por ello que el crecimiento vegetativo de la población cántabra obtuvo unos valores negativos en esta última etapa. La inmigración extranjera en esta región es menor que la media nacional obtenida en este siglo, de manera que Cantabria tiene un crecimiento total de población de 193% frente al 220% registrado por la media nacional (281).

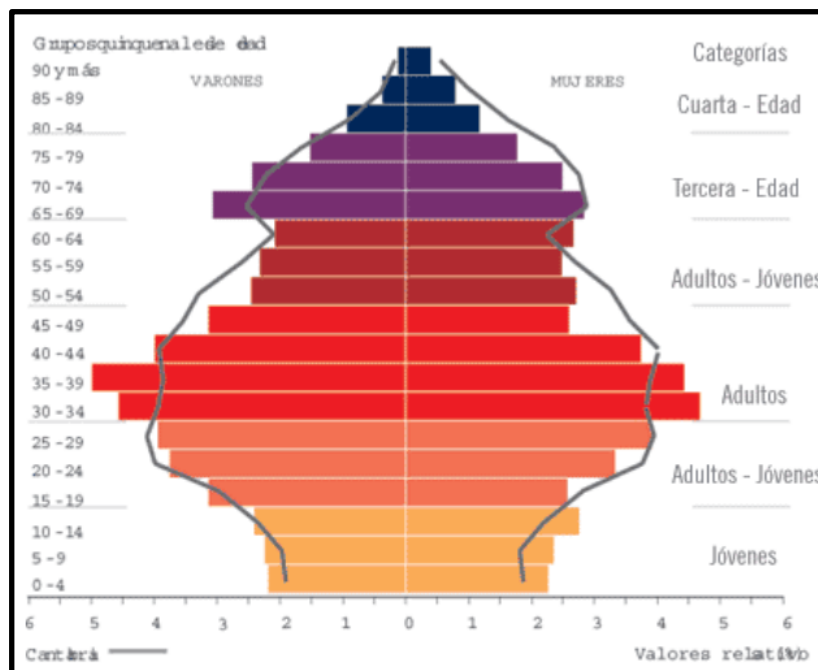
El desarrollo económico y las transformaciones institucionales y políticas que venía experimentando Cantabria desde la segunda mitad del siglo XVIII, fueron responsables de los profundos cambios en la estructura social y en la vida cultural cántabras. El crecimiento de la población se mantuvo durante años y llevó a ésta a duplicarse entre 1752 y 1910. Consecuentemente la densidad subió de 26 a 52 habitantes por kilómetro cuadrado, aunque de manera dispar, aumentando la presión demográfica en determinadas zonas como por ejemplo, Santander y su entorno, los centros comarcales y algunos núcleos costeros, mientras que se despoblaba el resto. Un desequilibrio que no para de acentuarse hasta la actualidad (281).

A través del análisis de la evolución demográfica de la población santanderina a lo largo del siglo XX y en los primeros años del presente se aprecia la dinámica que ha experimentado el municipio. En las primeras décadas el aumento fue continuado, acentuándose hacia los años cincuenta y sesenta, aunque se ralentizó en el último tercio, sufriendo incluso pérdidas de efectivos demográficos en determinados momentos de los diez últimos años.



**Figura 19. Evolución demográfica de la población de Cantabria. (282).**

El municipio presenta un perfil demográfico predominantemente adulto, pues a este grupo de edad pertenece el 69,1% de su población, mientras que los jóvenes representan un 11,6% y los viejos un 19,3%. Sus principales indicadores estructurales son una tasa de dependencia general del 44,7%, un índice de envejecimiento del 167,2 por ciento y una edad media de 42,3 años.



**Figura 20. Pirámide de evolución de la población en Cantabria en el siglo XX (282).**



## 4.5.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO

### Principios del siglo XX

Las estructuras sociales cántabras experimentaron un importante cambio a lo largo del siglo XX, desarrollándose poco a poco una población urbana que se asentó alrededor de Santander y que suponía un gran contraste con respecto a la habitual población rural y agraria que caracterizaba a la región y que ocupaba el resto del territorio cántabro. Esta situación se mantendrá a lo largo de todo el siglo, de manera que la sociedad rural se irá progresivamente desintegrando como consecuencia de la creciente expansión de una sociedad y cultura urbanas.

En Santander, el desarrollo de esa nueva sociedad se acompañó de un crecimiento económico, acelerándose con ello el aumento demográfico así como la diversificación social y profesional de la población cántabra. En el conjunto de esta diversificación encontrábamos **una clase social alta** constituida por altos comerciantes y capitalistas: grandes almaceneros, inversores, financieros, ferroviarios, propietarios... Dentro de esta población se incluía el alto campesinado (integrado por propietarios acomodados que explotaban sus cabezas de ganado) A continuación se apreciaba **una clase media** compuesta por artesanos y profesionales de otras especialidades, así como funcionarios civiles y militares, caracterizados por un nivel de rentas medio-bajo y una inestabilidad social; algunos profesionales liberales (médicos, cirujanos, abogados ...); y comerciantes, caso de taberneros, vendedores ambulantes y transportistas. Asimismo un medio campesinado con tierras suficientes para subsistir en combinación con otras que arrendaban a los grandes propietarios. Y **Una clase social baja** constituida por pequeños propietarios y cierta población perteneciente a los sectores tradicionales como la agricultura (jornaleros y minifundistas), marineros y pescadores, debido al aumento progresivo de las carencias en estos sectores (283).

### Periodo de la Restauración

Durante el período de consolidación del liberalismo español la ciudad de Santander experimenta un desarrollo económico, impulsado fundamentalmente por el progreso del comercio marítimo, por la fundación del Banco de Santander y por la finalización de las obras de la línea de ferrocarril que conecta la ciudad a través de varios ejes con el resto del país.



Durante la etapa de la Restauración borbónica -1874 a 1931- el conjunto del Estado experimenta la irrupción del nacionalismo o regionalismo periféricos, fundamentalmente catalán y vasco. En Cantabria a finales del XIX comienza un proceso de reconocimiento de los valores culturales que da lugar a un regionalismo literario que algunos autores catalogaron como particularismo centrípeto y a principios del XX la concienciación de la existencia de la crisis económica da continuidad a un cantabrismo económico que a finales de la década de los 20, ya con la II República, desemboca en un cantabrismo político (284, 285).

También en la etapa de la Restauración borbónica surge el movimiento obrero, favorecido por el auge de la **minería** -de este periodo datan grandes fábricas como La Naval en Reinosa-. Asimismo, durante estos años se produce un cambio decisivo en la **ganadería**: la especialización en la producción de leche( basada en la introducción de la vaca frisona o pinta de origen holandés);surge a raíz de esto el fenómeno del obrero mixto o ganadero mixto , el cual lleva a cabo simultáneamente su trabajo en una fábrica con la explotación ganadera en pequeños territorios en propiedad, hecho que caracterizará a Cantabria durante el siglo XX. A finales del XIX y principios del XX surgen también las **primeras empresas agroalimentarias**, que consisten en gran parte en distribuidoras de productos lácteos conserveras de pescados. Por ende, las etapas de veraneo en Santander, primero de Isabel II y después de Alfonso XIII, potenciarán las playas del Sardinero como destino vacacional de parte de las élites españolas; acontecimiento que supone el inicio del **turismo** en Cantabria.

Con respecto al sector político, la provincia se dividió electoralmente en una **Circunscripción**, compuesta por la capital más un amplio entorno rural, y dos **Distritos**, uno occidental y el oriental. Elegían en total cinco escaños, de los cuales tres correspondían a la Circunscripción y uno a cada Distrito: los Distritos se convirtieron en fuertes sedes de los liberales mientras que la Circunscripción, por su parte, era más compleja y con un abanico amplio de opciones ideológicas con una mayor tendencia del republicanismo en Santander capital contrarrestada por la mayoría conservadora de las zonas rurales (286).

El inicio del siglo XX supuso algunas modificaciones en lo referente a los partidos políticos, debido a la inestabilidad y división que se produjo en el seno de dichos partidos a nivel nacional, que llevó incluso a la dimisión de sus líderes políticos. Por ende, los conservadores se dividieron en dos grandes grupos: uno, el representante del viejo caciquismo, el otro, de tendencia más regeneracionista. De mayor magnitud fue la crisis de los



liberales, que se dividieron en diversos grupos personalistas en Cantabria, surgidos como consecuencia del enfrentamiento que provocó el asesinato de Canalejas y la sucesión de Sagasta.

### *Dictadura de primo de rivera*

En Cantabria la Dictadura (1923-1930) legó algunas novedades políticas. Más allá de la retórica regeneracionista, el nuevo régimen propició el trenzado de una nueva red de caciques superpuesta a la anterior. Ello propiciará cierta renovación en las elites regionales, con una mayor presencia de miembros de la burguesía santanderina y el reclutamiento entre las filas de partidos no dinásticos -mauristas y católicos-. En paralelo se experimentará un progresivo incremento de la organización obrera y de la rural, con el crecimiento del sindicalismo y la movilización de la población agraria a través del propagandismo católico, la religión se articuló en una auténtica ideología política.

Se dibujan de esta manera las áreas que estructurarán la dinámica política de la República, con una evidente territorialización de la derecha y la izquierda:

La izquierda predominará en las zonas industrializadas y urbanizadas, básicamente el entorno de la bahía de Santander, Torrelavega, el corredor del Besaya hasta Reinosa y algunos puntos de la costa oriental.

La derecha continuará siendo hegemónica en las áreas rurales, agropecuarias y con un abrumador predominio de la religión y el localismo. Características que dificultaban el cuarteamiento del entramado caciquil.

### *II REPUBLICA*

La etapa correspondiente a la II República en Cantabria se inicia con la elaboración, por parte del Partido Republicano Federal, de un proyecto de Estatuto de Autonomía del Estado Cántabro-Castellano. Obtendría dicho nombre porque propone la unión, dentro de un contexto con una visión de futura República confederal, de los territorios de la Provincia de Santander y de los territorios cántabros del norte de la histórica Castilla. La Diputación Provincial aceptó su plebiscito, a falta de ser aprobado, lo cual nunca llegó a producirse debido a la irrupción de un período de inestabilidad política y posterior inicio de la Guerra Civil Española.



Tras una primera fase de desorientación, **la Derecha** se reorganizó y fortaleció. Se movilizaron tanto una alta representación de las clases medias como gran parte del campesinado, sobre las cuales la Iglesia ejercía una gran influencia. Como consecuencia de ello nació en Cantabria una “nueva derecha” integrada por la Agrupación Regional Independiente , Centro Tradicionalista , Unión de Derechas Agrarias y Acción Católica, llegando a ocupar la principal fuerza política de la Región.

**El Partido Socialista** gracias a su buena organización se convertiría en fuerza hegemónica de la Izquierda en 1931 y fue determinante para el triunfo de las candidaturas antimonárquicas en las elecciones de abril. Tuvo éxito su colaboración con los republicanos, por ende se organizó con relativa facilidad el denominado Frente Popular de cara a estas elecciones. Por su parte, anarquistas y comunistas fueron siempre fuerzas de escasa representación en la región.

Los Republicanos fueron incapaces de sofocar sus diferencias ideológicas y poder llegar así a consolidar una base que estabilizara su política. Como consecuencia de ello, surgieron nuevas fuerzas políticas, como por ejemplo, el Partido Republicano Radical Socialista, la Derecha Liberal Republicana y la Izquierda Republicana, que se sumaron a los ya tradicionales partidos Federal y Radical.

### Guerra civil

Durante la Guerra Civil el Gobierno español republicano concede autonomía a los Consejos Provinciales, entre ellos el Consejo Interprovincial de Santander, aún bajo control republicano por aquel entonces, que nombra un Consejo de Gobierno para la toma de ciertas decisiones.

Esta situación se mantendría hasta agosto de 1937, momento en el que las tropas franquistas toman Cantabria e imponen una gestora encargada de la Diputación Provincial. Esta gestora se convirtió en el Órgano de Gobierno Provincial de Santander durante la etapa franquista.



### Etapa del gobierno franquista

Tras la guerra, muchos de los vencidos huyen al monte de Cantabria a refugiarse, y desde allí registran una actividad guerrillera importante contra el Gobierno de Franco. Esta situación duró hasta el año 1957, momento en que los últimos guerrilleros, Juanín y Bedoya, fueron reprimidos por las fuerzas franquistas.

Los años de posguerra se caracterizaron por el aislamiento internacional del franquismo. No fue hasta bien avanzada la década de los cincuenta cuando se inició cierto desarrollo económico, que en Cantabria parten de unas bases ya existentes en el periodo anterior: la ganadería de leche, la pesca, una industria centrada en los subsectores metalúrgico, químico y agroalimentario además de un sector servicios cada vez más importante, hasta el punto que en los años sesenta comienza a constituirse un turismo de masas que acabará incluso modificando la fisonomía del litoral cántabro. Las huelgas obreras, muestra en la mayoría de los casos de la oposición a Franco y su Gobierno, estuvieron muy presentes desde mediados de los sesenta, prolongándose en el tiempo hasta incluso tras la muerte de Franco (ejemplo de ello fue la huelga de los obreros de Authi) (287,288).

### **4.5.3 CONTEXTO SANITARIO**

Las autoridades sanitarias cántabras creen firmemente que las malas condiciones son origen y foco de inicio y expansión de epidemias. Para sofocar y evitar tales epidemias existirían varios frentes con métodos desinfectantes físico-químicos como la pasteurización, antisepsia, asepsia, o biológicos como los sueros y vacunas.

**A principios del siglo XX**, se sigue con una serie de medidas higiénicas haciendo hincapié de nuevo en las desinfecciones y desinsectaciones.

En cuanto a la toma de medidas higiénicas y preventivas, algunos ejemplos de estas medidas fueron: se construyeron tuberías para generalizar el agua potable y se llevaron a cabo visitas a las viviendas para su inspección y el control de su buen estado sanitario. Algunas de las medidas preventivas desempeñadas para luchar contra las infecciones eran los sueros y vacunas. En 1902 y 1914 se solicita al Instituto de Zaragoza la vacuna antivariólica y en 1921 la vacuna antitífica.



En ciertos momentos de esa etapa histórica se precisa llevar a cabo una serie de medidas complementarias. Se adopta una serie de ellas, tras una orden del Gobierno Civil de la Provincia de Santander, con respecto a la epidemia de gripe de 1918. Entre ellas las más destacables fueron las que conciernen a la provisión de alimentos y el suministro de combustible para paliar los perjuicios, que las bajas temperaturas producían en el estado de salud-se prohibieron terminantemente el embarque y exportación de alimentos por considerarlas de absoluta necesidad para el abastecimiento público y racionamiento de alimentos entre la población-.

En esta época ya se conocía, por parte de gran sector de la población y sobre todo por los profesionales sanitarios, el hecho de que había enfermedades que dependían claramente del nivel social. En Cantabria una de las clases más desfavorecida -y más numerosa-eran los marineros, el otro sector importante a tratar de la población eran los mineros.

Los marineros contaban con un nivel de vida muy inestable, pues dependían de la temporada de pesca, si era beneficiosa o no, pero en general se les incluía dentro del sector de los pobres que era lo más habitual. Era un gremio profesional con unas duras condiciones de trabajo y una alimentación bastante deficiente. Las viviendas de los pescadores solían ubicarse en barrios de pescadores con calles estrechas, donde habitaban juntos a las artes de pesca y cebos, con poca ventilación y en muchas ocasiones un elevado número de habitantes hacinados en una sola vivienda. Todo esto suponía un verdadero peligro para la salud.

Otro sector de la población que fue adquiriendo gran importancia en Cantabria fue el sector minero. Los mineros se vieron también afectados por las duras condiciones de trabajo de las explotaciones ferruginosas. La precaria salud de los mineros por su mala alimentación, sus largas jornadas laborales al aire libre, la ausencia de antibióticos y de recursos para obtenerlos , el hacinamiento de sus viviendas... ayudaría enormemente al desarrollo de infecciones oportunistas en este gremio. El aumento del censo de población cántabra a costa de los inmigración de población en busca de trabajo en las minas, tuvo una gran repercusión en la salud pública de esta región, pues aumentó la propagación de epidemias como así ocurrió en los casos de la epidemia de cólera de 1893 y la gripe de 1918 (290, 291).



<i>Causa</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
Infecciones respiratorias	408	22,4
Meningitis	200	11,2
Tuberculosis	189	10,4
Neurológicas no infecciosas	129	7,1
Infecciones g-intestinales	118	6,5
Sarampión	68	3,1
Cardiopatía	60	3,3
Difteria	29	1,6
Viruela	5	0,3

Tabla IV.3

**Tabla 3. Causas más frecuentes de defunción en Cantabria en el siglo XX. (291).**

Epidemia de Gripe de 1918: esta pandemia afectó a muchos municipios cántabros, en los que se daba el agravante de las malas condiciones de vivienda y saneamiento de los barrios mineros, que favorecía la rápida expansión de este brote.

La Comunidad de Cantabria contaba desde siglos anteriores con varias instituciones sanitarias:

***El hospital de S. Nicolás y S. Lázaro y Hospital Civil de Castro Urdiales:***

Para cubrir la faceta sanitaria benéfica de ciertos municipios se utilizaba el Hospital de San Nicolás y San Lázaro. El hospital de S. Nicolás y S. Lázaro, tuvo una existencia de más de cinco siglos y además de su labor como centro de acogida contó con un importante papel asistencial, con gran protagonismo de los profesionales médicos y cirujanos que fueron contratados por los distintos ayuntamientos para realizar tal asistencia a los pobres que estuviesen allí ingresados. Fue destruido durante la Guerra de la Independencia (1808-1814) tras lo cual se reconstruyó con donativos y la ayuda del pueblo. Existió como hospital hasta 1918, momento en el que se terminó de construir el actual Santo Hospital Civil. En 1935 fue derribado su edificio quedando sólo registro de su existencia a través de planos.



**Figura 21. Hospital Provincial de Castrourdiales (291).**

#### ***Hospital Civil de Castro Urdiales 1905***

El hospital estaba regido por una Junta Benéfica compuesta por el alcalde que ejercía como presidente del mismo y 7 vocales de los que cuatro eran concejales y tres personas ajenas a la Corporación. La ocupación del edificio fue asistir enfermos pobres y aislarlos en épocas de epidemias y riesgo de contagios, además durante casi todo el siglo XIX estuvo ocupado por el ejército movilizado por las guerras carlistas.

#### ***Hospital minero:***

El objetivo de este hospital fue atender a mineros enfermos y realizar los primeros cuidados de los accidentados en la mina, que posteriormente eran enviados al hospital de San Nicolás y San Lázaro y más tarde en el hospital civil, para ser tratados de los procesos traumáticos que comúnmente sufrían en las minas. El personal sanitario de este centro estaba constituido por un médico, un practicante, dos enfermeros y una cocinera. El médico, que tenía la vivienda en el edificio principal y percibía 4.500 pesetas anuales, debía desplazarse por todos los municipios mineros para tratar a los enfermos de las minas y familiares en sus casas e incluía el suministro de preparados farmacéuticos.

### ***Hospital de San Rafael, Casa Salud (1901)***

De la actividad médica privada del Hospital de San Rafael ha quedado constancia gracias a unas Memorias anuales encontradas que el Director del centro presenta a la Excelentísima Diputación. En 1909, tienen lugar importantes mejoras en el Hospital, como son la instalación del alumbrado eléctrico y la puesta en marcha del departamento de Rayos X. El Hospital continúa en 1910 ampliando el servicio al público, de manera que cada vez acuden más enfermos de la provincia. Ese año hay un total de 2.100 ingresos.

### ***Clínica de partos de San Rafael***

En esta clínica además de partos se asistieron algunas intervenciones quirúrgicas como por ejemplo amigdalectomías, dilataciones esofágicas, injertos...

### ***El Sanatorio del Dr. Morales (1908)***

El Sanatorio fue un éxito y rápidamente tuvo la necesidad de ampliar sus dependencias, lo que se realizó agregando al Sanatorio pequeñas Villas limítrofes: Villa Covadonga, destinada a enfermos mentales; Villa María, donde se alojan los pacientes con afecciones psiquiátricas; Villa Amachu, destinada a la recuperación de pacientes toxicómanos. De tal manera el doctor Morales consiguió un complejo sanitario muy completo que cerraría sus puertas, por razones urbanísticas, 54 años más tarde.



**Figura 22. Sanatorio de Morales. (292).**



### ***Edificios destinados a hospitales de modo ocasional:***

#### ***Convento de Santa Clara***

El convento de Santa Clara, se utilizó como hospital en diversas ocasiones en los diversos brotes de epidemias .Fue destruido totalmente durante la última Guerra Civil española.

#### ***Convento de San Francisco***

Este convento al igual que el de Santa Clara, fue usado en diversas ocasiones como hospital, siendo ocupado por las tropas en las guerras carlistas o por enfermos de cólera durante las epidemias. Tuvo además otros usos como centro de enseñanza, se destruyó totalmente en 1935.

#### ***Casa de Socorro***

Surge de la necesidad de contar con un centro externo no hospitalario en el que se pudiera prestar asistencia y solucionar ciertos males menores sin necesidad de acudir a los hospitales. Como ejemplo de una casa de Socorro la farmacia del Sr. Díez, con la retribución anual de 160 reales, o sean cuarenta pesetas, por este servicio.

#### ***El Colegio de médicos 1917***

En el año 1917 a través de la R. O. del 6 de diciembre, se considera obligatoria para los médicos su inscripción en el Colegio que ha de establecer cada provincia.

#### ***Colegio de practicantes (1919)***

Entre las se reformas establecidas en el Reglamento se encuentra la admisión en el Colegio de las señoras practicantes y comadronas.

#### ***Sanatorio de la Alfonsina (1923)***

La Alfonsina fue la segunda clínica particular que se estableció en Santander El edificio que sirvió de clínica era la casa del abogado don Manuel Rodríguez Pares, que se trataba de un chalet de tres plantas con un total de 12 habitaciones. Contaba tan solo con un quirófano.

### ***Sanatorio marítimo del Sardinero en Cantabria (1924)***

Asistía preferentemente a niños anémicos, raquíuticos y pretuberculosos así como a tuberculosos extremos.



**Figura 23. Sanatorio Marítimo de Cantabria (1924).**

### ***Patronato del nuevo Hospital de Santander (1928)***

Por Real Orden de 12 de abril de 1928 se consideró al Hospital como Fundación de Beneficencia particular y regido por un Patronato.

### ***Casa de Salud Valdecilla (1929)***

El 17 de enero de 1929 se reunió en Madrid el Patronato de la Casa de Salud, bajo la presidencia del Marqués de Valdecilla y con la participación del doctor don Gregorio Marañón como consejero, para proceder a nombrar a los futuros jefes de servicios de la Casa Salud, teniendo en cuenta la inminente inauguración del centro. El 10 de mayo de 1929 aparece la primera convocatoria para cubrir plazas de médicos internos.

### ***Proyecto de la Facultad de Medicina (1930)***

Desde primera hora el Patronato y Dirección de la Casa de Salud tuvo como objetivo la instauración de una Facultad de Medicina, dado el alto nivel técnico -hospitalario que ésta podía ofrecer a los estudiantes. Fueron numerosas las gestiones en ese sentido, incluso los periódicos de 1930 hacen referencia a ello, aunque no fue posible por causas que desconocemos.



### ***Cierre del Hospital de San Rafael***

La importante organización hospitalaria de Valdecilla hace ya innecesario el funcionamiento del Hospital de San Rafael que se había quedado pequeño. El proyecto y la construcción de la Casa de Salud de Valdecilla se habían llevado a efecto con este objetivo.

España era en aquella época mayoritariamente rural y la asistencia médico-quirúrgica se realizaba en los núcleos de población, que habitaban estos territorios rurales, a cargo de los profesionales sanitarios que se denominaron titulares.

El ***Cuerpo de Médicos Titulares*** legalmente no se constituyó como tal hasta 1904. Su historia es bastante extensa (292). Existen dos grandes etapas en la formación del Cuerpo de Médicos Titulares: Una larga etapa precorporativa, que va desde finales del siglo XV hasta principios del XX y una etapa corporativa desde principios del siglo XX hasta la actualidad. A su vez en estas etapas se distribuyen en varias fases:

#### ***Etapas precorporativa:***

Tiene una primera fase puramente municipal. En esta fase algunos Ayuntamientos inician la contratación de facultativos, que adquieren el adjetivo de titulares en contraposición a los que ejercen libremente. Esta fase es muy larga, se caracteriza por la ausencia total de regulación y se extiende hasta comienzos del siglo XIX. Una segunda fase que abarca todo el siglo XIX, en la que el Estado insiste a los Ayuntamientos a asumir responsabilidades en materia de salud pública y a crear plazas de Facultativos Titulares. A su vez se van estableciendo normas que culminan con la imposición obligatoria.

#### ***Etapas corporativa:***

A principios del siglo XX comienza la etapa verdaderamente corporativa. Esta etapa transcurre desde el nacimiento de la Instrucción General de Sanidad Pública en 1904, institución encargada a su vez de establecer o crear el Cuerpo de Médicos Titulares, hasta la actualidad.

En esta segunda etapa se diferencian las siguientes fases:

- Primera fase: va desde 1904 hasta la Dictadura de Primo de Rivera y la promulgación del Estatuto Municipal de 1924. A raíz de la promulgación de este



Estatuto, los médicos titulares pasan a ser declarados empleados municipales.

- Segunda fase: va desde 1924 hasta 1944, año en que se promulga la ley de Bases de Sanidad Nacional.
- Tercera fase: ocupa la etapa que va desde 1944 hasta 1986 cuando se crea el Sistema Nacional de Sanidad.
- Cuarta: de 1986 a la actualidad.

Además de existir el Cuerpo de Médicos Titulares, el ciudadano montañés contaba también con:

#### Médicos de la cofradía de pescadores

La cofradía de pescadores de Castro Urdiales contrataba a profesionales que frecuentemente ejercían a su vez como médicos titulares municipales, por tanto el abanico de facultativos en bastantes ocasiones coincidía, lo cual originaba en algunas ocasiones conflictos de competencias entre ambas instituciones.

#### Médicos del hospital minero de Saltacaballos

La compañía minera de propietaria del hospital contrataba profesionales. Éstos unas veces ejercían sólo en el hospital y otras veces compatibilizaban esta actividad con el ejercicio público como titulares (292, 293, 294).

## **Odontología en Cantabria**

*CENTRO DE SALUD BUCODENTAL. Hospital santa Cruz de Liencres (295,296)*

*El Centro de Salud Bucodental, se creó en 1989 bajo la dirección del Dr. don Miguel A. Pellón Ortega.*

Según Castaño Séiquer, A. Programa de salud bucodental de Cantabria-Odontología Social –un proyecto iberoamericano para el mundo-; 2017. P.313-322 *“En 1989 el Gobierno de Cantabria puso en marcha el Programa de Salud Bucodental teniendo como objetivo la promoción de la salud oral y la prestación de cuidados educativos, preventivos y asistenciales a los escolares de la Comunidad Autónoma de Cantabria. El Decreto 8/1990, de 9 de marzo, creó el Centro de Salud Bucodental, cuyo objetivo era la planificación, desarrollo y evaluación de las actividades del Programa de Salud Bucodental de Cantabria”.*

Por primera vez un organismo público ofrecía a la población la posibilidad de recibir cuidados de odontología conservadora con carácter universal. Se realizarían de manera



gratuita obturaciones de caries así como otros tratamientos, accediendo a todos los rincones de Cantabria. Hasta aquel momento sólo se efectuaban las extracciones gratuitamente en INSALUD. El Centro de Salud Bucodental y fundamentalmente sus equipos móviles, fueron los primeros de este tipo –móviles- existentes en el país. De esta manera fueron los escolares cántabros los primeros beneficiarios de este tipo de prestaciones.

La característica más destacable de este Programa fue que por primera vez, gracias a las Unidades Móviles, se pudieron acercar al entorno habitual y atender al 100 % de la población infantil.

Según dicta la Consejería de Sanidad, en *“La Encuesta de Salud Bucodental de Cantabria. Caries y Periodonto. Dirección General de Ordenación Inspección y Atención Primaria”*.

El Centro de Salud Bucodental cuenta con los siguientes objetivos, actividades, beneficiarios y recursos materiales:

**OBJETIVOS:**

Centro monográfico que integrando las actividades de atención primaria y especializada, oferta tratamientos odontológicos a la población infantil, y desarrolla actividades de promoción, educativas, preventivas, asistenciales, de investigación y docencia, a nivel regional, conducentes a la disminución y gradual erradicación de la patología oral prevalente.

**ACTIVIDADES:**

**\* Educativas**

- Promoción de la salud oral de la Comunidad.
- Enseñanza individual y colectiva de la higiene bucodental infantil, técnicas de cepillado, control de placa, promoción de hábitos saludables y educación Sanitaria para el "autocuidado" y conveniencia de la revisión periódica por el especialista.
- Elaboración de cuadernos, trípticos, folletos y diverso material educativo.

**\* Preventivas**

- Reconocimiento escolar anual universal ,con las Unidades Móviles, de los cursos 1º, 2º, 3º y 4º de Primaria de todos los colegios públicos y privados de Cantabria para la detección precoz de la patología bucodental de los escolares.
- Entrega a la familia de la Ficha Dental con el diagnóstico de la salud de su hijo.





- Aplicación de tratamientos preventivos: tópicos fluorados, selladores etc.

**\* Asistenciales**

- Tratamientos odontológicos generales: empastes gratuitos de dientes y muelas definitivas, reconstrucción de dientes fracturados, etc., a los escolares mencionados, y otros cuidados básicos.
- Tratamiento de las maloclusiones, con los criterios clínica y socialmente prioritarios establecidos en la normativa aplicable. (Orden reguladora SAN /27/2009 del día 7 de septiembre).
- Tratamientos de ortopedia y ortodoncia interceptivos con aparatos móviles, expansores, activadores, placas, etc., y de ortodoncia fija (brackets, etc.), a precios públicos.

**\* Otras Actividades**

- Atención dental de discapacitados, con tratamientos especiales con anestesia general.
- Atención de los menores tutelados por el Gobierno de Cantabria.
- Programas dirigidos a centros de educación especial, campamentos de verano y otros grupos sociales.
- Programa docente orientado a profesionales y alumnos en período de prácticas.

**BENEFICIARIOS:**

Las actividades se dirigen preferentemente a la población infantil, siendo la "población diana" los escolares de 1º, 2º, 3º y 4º de Primaria entre 6 y 10 años aproximadamente, edad considerada ideal para la aplicación de las medidas preventivas, y segmento poblacional del que más éxito cabe alcanzar a corto y medio plazo. Además se atienden los niños de las clases sociales menos favorecidas, procedentes de los centros de acogida dependientes del Gobierno de Cantabria y de otras asociaciones.

**RECURSOS MATERIALES:**

Unidades Móviles (vehículos bucodentales): Actualmente en número de dos, con equipo completo de odontología y red informática conectada al Centro. Su dotación de personal es un odontoestomatólogo, higienista y conductor. Centro de Salud Bucodental está dotado de moderna tecnología y consta de las siguientes unidades o dependencias:

- Odontología y Ortodoncia (8 clínicas).
- Logopedia (1).



- Recepción.
- Sala de Educación e Higiene.
- Sala de Radiología.
- Sala de Cefalometría.
- Laboratorio.
- Esterilización.
- Sala de espera.
- Despachos.
- Sala de reuniones y Biblioteca.

#### **RECURSOS HUMANOS:**

21 profesionales

- 1 Directora
- 4 Odontoestomatólogos
- 3 Ortodoncistas
- 1 Logopeda (Experto en terapia orofacial y miofuncional)
- 2 Higienistas dentales
- 1 Educadora diplomada
- 5 Auxiliares de enfermería
- 1 Administrativo
- 1 Auxiliar administrativo
- 2 conductores

El programa desarrolla actividades tanto de atención primaria como especializada y para ello utiliza o bien las unidades móviles o bien los centros de salud.

La asistencia en las unidades móviles requiere de una organización por equipos de trabajo. Equipos compuestos por un odontólogo y un higienista o auxiliar de enfermería que realizarán los reconocimientos, el diagnóstico y las charlas educacional-preventivas en todos los centros tanto públicos como privados.

## 4.6 CASTILLA LA MANCHA



### 4.6.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Castilla-La Mancha es una comunidad autónoma de España, de acuerdo con su Estatuto de Autonomía y la Constitución española. Está formada por 919 municipios que integran las provincias de Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo. Es una comunidad que ha experimentado una evolución dispar de su población a lo largo del tiempo.

**Durante todo el siglo XIX** se produce una lenta pero progresiva recuperación demográfica, que se acentúa en **la primera mitad del XX**. La etapa de posguerra, con las dificultades económicas y laborales existentes, obligaron a que entre las décadas de **1950 y 1960**, más de medio millón de castellanomanchegos emigraran a otras partes de España y de Europa en busca de una mejor calidad de vida, lo que estancó la población durante las dos décadas siguientes.

**A partir de la década de los ochenta** la tendencia cambia y evoluciona positivamente de forma pausada hasta principios del siglo XXI cuando el aumento de la población se acentúa, fundamentalmente en los grandes núcleos de población y principales centros industriales de la comunidad, protagonizando uno de los mayores aumentos de toda España.

En la última década, Castilla-La Mancha ha sumado 360.281 habitantes, protagonizando uno de los incrementos de población más importantes del país. A pesar de ser la tercera autonomía más extensa de España, su territorio cuenta con una población distribuida de forma irregular. Castilla-La Mancha se sitúa en el noveno entre comunidades autónomas españolas por número población, representando el 4,5% del total nacional (297).

La pirámide de población de Castilla-La Mancha presenta una tipología similar a la de una región desarrollada, con la zona central más ancha que la base y que la zona superior. La población entre los 16 y los 44 años representa alrededor del 43%. La población de 45 a 64 años de edad representan el 23%, los niños con un 16,4% y los mayores de 65 con el 17,6%.

Castilla-La Mancha, con una superficie de 79.463 Km<sup>2</sup>, es la tercera comunidad autónoma española en extensión por detrás de Castilla y León y de Andalucía, abarcando casi



un 16% de la extensión del país, con la densidad de población más baja de España, 25,9 hab/Km<sup>2</sup> en 2015.

Su población en el último año del siglo roza los 2.000.000 de habitantes, es un territorio caracterizado por su baja densidad demográfica y por unas características específicas regionales, ya que existen importantes diferencias geográficas entre la parte central, dominada por la llanura y por la presencia de los núcleos más importantes de población, y los bordes montañosos adyacentes que la rodean, especialmente en el noreste (Cuenca y Guadalajara) y suroeste (Ciudad Real), que presentan problemas demográficos específicos de áreas rurales de montaña formadas por asentamientos pequeños con problemas de despoblación y de envejecimiento.

La evolución demográfica desde comienzos del siglo XX podemos seguirla con el siguiente cuadro que nos muestra los datos de población correspondientes a los Censos Oficiales de Población desde 1900, junto con la última revisión del Padrón Municipal de 2015. Como podemos observar, se distinguen claramente tres fases en la evolución demográfica de esta región:

- *Una primera* que abarca desde 1900 hasta 1950, de crecimiento progresivo, en la que la población total asciende de 1.386.153 habitantes a 2.030.598 habitantes en base, principalmente, al control de la mortalidad por los avances higiénico-sanitarios y a una escasa movilidad migratoria.
- *Una segunda*, desde 1950 hasta 1981, de descenso, propiciado, sobre todo, por la salida de población emigrante (sangría migratoria) hacia otras zonas del país e incluso de Europa, donde se pierden casi 400.000 efectivos.
- *Una tercera*, desde 1981 hasta 2015, de recuperación, en la que el crecimiento real se reactiva debido al cambio de signo en la movilidad migratoria pues Castilla-La Mancha se convierte en una región receptora de población, lo cual le permite sobrepasar, de nuevo, la barrera de los 2 millones de habitantes en un momento en que ha finalizado su transición demográfica con tasas de natalidad y mortalidad muy bajas y un crecimiento natural casi nulo.



AÑOS	POBLACIÓN	Base 100
1900	1 386 153	100
1910	1 536 575	110,8
1920	1 645 203	118,7
1930	1 827 196	131,8
1940	1 923 849	138,8
1950	2 030 598	146,5
1960	1 975 539	142,5
1970	1 706 539	123,1
1981	1 628 005	117,6
1991	1 651 833	119,2
2001	1 760 516	127,0

**Tabla 4. Evolución demográfica de la población de Castilla la Mancha en el siglo XX (298).**

También en Castilla-La Mancha se constata un importante proceso de envejecimiento, sobre todo en las últimas décadas del siglo XX. Además, por grupos de edad destaca el aumento de la población con 80 o más años así como su componente de feminización, hecho especialmente significativo, desde hace tiempo, en los espacios rurales y periféricos de la región que no solo envejecen, sino que pierden población. Lógicamente, también el proceso de envejecimiento está relacionado con el aumento de la esperanza de vida (298).

Finalmente, respecto a los **movimientos migratorios** ya hemos señalado que Castilla-La Mancha pasa de ser una región que "expulsaba" población **a mediados del siglo XX**, fundamentalmente debido al escaso dinamismo económico durante el Franquismo, a ser "receptora" de población desde **mediados de los años 80 del siglo XX**. En un primer momento, se trataba de población que retornaba después de haber salido en las décadas anteriores (por jubilación, al quedarse en paro con la crisis económica, etc.) y, **a partir de mediados de los años 90**, de población extranjera que llegaba para trabajar, ya que "las labores agropecuarias en todo su territorio, la expansión urbanística e infraestructural (trazado del AVE, autovías, etc.) tanto en las capitales de provincia y sus áreas periurbanas, como en los núcleos de mayor población no capitales y, especialmente, en núcleos próximos a Madrid que constituyen una de sus coronas metropolitanas en expansión, han atraído mano de obra extranjera de forma acelerada".



## 4.6.2 CONTEXTO SOCIO POLÍTICO

### Reinado de Alfonso XIII

Durante el reinado de Alfonso XIII el sistema político en nuestra región acusó los mismos problemas que en el resto del país y los partidos dominantes eran los institucionales. Comienzan tímidos intentos regionalistas, favorecidos por la Ley de Mancomunidades de 1913. Tras la caída de Primo de Rivera, las ciudades de la región acogen con entusiasmo la llegada de la República.

La política reformista del gobierno republicano se dejó sentir en la región. Esto fue especialmente manifiesto en el campo, ante las trabas sistemáticas de los propietarios de las fincas, lo que derivó en una gran conflictividad que desembocó en la huelga agraria de junio de 1934. Sigue esta tónica de conflictos hasta el gobierno del Frente Popular, cuando se aceleran las ocupaciones de fincas, a veces salpicadas de violencia, como en Yeste (Albacete). Entre 1931 y 1933 se sucedieron los estudios para establecer un Estatuto Manchego y una Región Manchega que no prosperarían.

### Guerra Civil española

Al estallar el golpe de estado que dio lugar a la Guerra Civil, los apoyos a los insurrectos se materializaron fuertemente en el Alcázar de Toledo. Las provincias más afectadas por la guerra fueron Toledo, cuya capital fue tomada por los rebeldes en septiembre de 1936, y Guadalajara, donde las tropas italianas que ayudaban a los insurrectos fueron detenidas en su avance en marzo de 1937. Estas dos provincias eran esenciales en el camino del ejército franquista para la toma de Madrid. El resto de la región se mantuvo fiel a la República hasta el final de la guerra. En Albacete estuvo, hasta abril de 1938, el cuartel general de las Brigadas Internacionales. A lo largo de la contienda se multiplicaron las colectivizaciones en la región (299,300).

En relación con la división administrativa, el decreto de Mancomunidades de 1913 iba a traer consigo un renacer de los regionalismos. A partir de esta época las minorías sensibilizadas con el regionalismo dentro de la zona actual de Castilla-La Mancha se dividían entre los partidarios de una Castilla formada por las provincias castellanas del norte y sur del Sistema Central, y por otro lado los partidarios de La Mancha y su zona de influencia, que



llegaron a crear *el Centro Regional Manchego* en 1906, en cuyo seno se constituiría en 1918 la Juventud Central Manchega que defendería dicho ideal regional manchego. Los jóvenes de este organismo solicitaban la creación de una Mancomunidad Manchega compuesta por las provincias de Albacete, Ciudad Real, Cuenca, y Toledo (301).

Las sucesivas crisis de la Monarquía, la etapa de la dictadura de Primo de Rivera, y el advenimiento de la Segunda República se viven en Castilla-La Mancha con similar intensidad a la del resto de España. Durante la Guerra Civil, el territorio castellanomanchego fue escenario de cruentas batallas (toma del Alcázar de Toledo, Batalla de Guadalajara, presencia de la Brigadas Internacionales en Albacete, etcétera).

El ***asedio del Alcázar de Toledo*** fue una batalla de gran valor simbólico que ocurrió en los comienzos de la Guerra Civil española. En ella se enfrentaron fuerzas gubernamentales compuestas fundamentalmente por milicianos del Frente Popular y Guardias de Asalto contra las fuerzas de la guarnición de Toledo, reforzadas por la Guardia Civil de la provincia y un centenar de civiles militarizados sublevados contra el Gobierno de la República. Los sublevados se refugiaron en el alcázar de Toledo, entonces Academia de Infantería, Caballería e Intendencia, acompañados de sus familias. Las fuerzas republicanas empezaron el asedio sobre el fortín de los sublevados el 21 de julio de 1936 y no lo levantarían hasta el 27 de septiembre, tras la llegada del Ejército de África al mando del general José Enrique Varela, haciendo Franco su entrada en la ciudad al día siguiente (302).

***La batalla de Guadalajara*** (8 de marzo al 23 de marzo de 1937) fue un enfrentamiento en la Guerra Civil española desarrollado en torno a la ciudad de Guadalajara en un intento por penetrar en la capital de España por el norte. Participaron el Ejército Popular Republicano y el Corpo Truppe Volontarie italiano con la Agrupación de carros de asalto y autos blindados, apoyado por otras unidades del Ejército franquista, en concreto la División de Soria. Todo ello se engloba dentro de las operaciones militares que distintos autores consideran como la batalla de Madrid. La batalla comenzó con una ofensiva italiana el 8 de marzo que concluyó el 11 de marzo, cuando las tropas del Ejército Popular Republicano debieron retroceder ante el empuje de los italianos, perdiendo varias localidades. Entre el 12 y el 14 de marzo, las fuerzas republicanas fueron atacadas por unidades del ejército franquista. La posterior contraofensiva republicana, que contaba con fuerzas de las Brigadas Internacionales, se desarrolló entre el 15 y el 18 de marzo y continuó hasta el día 23 de marzo (303).

La ciudad de Albacete ocupa un lugar muy importante en la historia de las **Brigadas Internacionales**, por ser su sede en parte de la guerra.

Durante la Guerra Civil (1936-1939), más de 35.000 hombres y mujeres de 53 países distintos, agrupados en las Brigadas Internacionales, acudieron a España en auxilio del gobierno de la II República. Las Brigadas Internacionales fueron unidades militares compuestas por voluntarios procedentes de más de 50 países que participaron en la Guerra Civil dentro del ejército de la Segunda República. Los partidos socialistas europeos, si bien no reclutaron voluntarios, apoyaron oficialmente a las Brigadas Internacionales. La sede internacional de reclutamiento se estableció en París, desde donde se organizaba el envío de voluntarios en contacto con el gobierno republicano que tramitaba la documentación necesaria para el recluta. Los primeros voluntarios llegaron a Albacete el 14 de octubre de 1936. La propuesta fue inicialmente recibida con algunas reticencias por parte de los demás partidos del Frente Popular. El 15 de octubre se constituyó el primer grupo responsable de la organización, formado por Luigi Longo (Gallo), Mario Nicoletti, Pierre Rebière y otros. Dos días más tarde, una delegación presentó a Largo Caballero el proyecto de constitución de las Brigadas Internacionales. Prieto estaba de acuerdo. El Presidente del Consejo de ministros firmó finalmente su aprobación el 22 de noviembre. Se decidió que el Cuartel General y las bases de instrucción estarían en Albacete. El mando directo recayó en el comunista francés André Marty, y la supervisión gubernamental sería ejercida, de momento, por Martínez Barrio.

Las décadas que siguieron a la Guerra Civil estuvieron marcadas por la masiva emigración de castellanomanchegos, tanto a las zonas más industrializadas del país, como al extranjero. Entre los años 1950 y 1960, más de medio millón de personas emigraron de la Comunidad (304).

### **Transición y Autonomía**

La promulgación de la Constitución Española de 1978, con la creación del Estado de las Autonomías, es el punto de partida para una nueva época. El autogobierno ha supuesto para Castilla-La Mancha la adquisición de identidad, la asunción de nuevas competencias y la transformación del territorio.

Una vez acabada la guerra, el maquis, la guerrilla antifranquista, mantuvo una intensa





actividad en las zonas más abruptas, como la Serranía de Cuenca, hasta entrada la década de los 50.

La Constitución Española de 1978 abrió el camino a la creación de comunidades autónomas y la región se constituyó en noviembre del mismo año como ente preautonómico. Dos años después se inició el proceso para lograr la autonomía. Se creó una Asamblea de Parlamentarios de Castilla-La Mancha que redactó el Estatuto, aprobado en 1982. El 31 de mayo de 1983 quedaron constituidas las Cortes Regionales y José Bono fue el primer presidente de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

En cuanto a la economía regional a lo largo del siglo XX, podemos decir que éste comenzó con un aumento de la producción agraria debido a la neutralidad española en la 1ª Guerra Mundial. La producción volvió a bajar después y no mejoró sustancialmente hasta finalizar la Guerra Civil. Algo parecido le ocurrió a las minas de Puertollano que languidecían, como las de Almadén. Si bien es cierto que la comarca de Puertollano se desarrolló con el franquismo, en líneas generales la economía regional sufrió el trauma de la emigración, que provocó el despoblamiento del campo. Éste se modernizó en las dos últimas décadas del siglo y la industria, de moderado peso en la economía regional, se diversifica aunque ha sufrido una fuerte contracción en los últimos tiempos, fruto de la crisis económica. El sector terciario también se moderniza erigiéndose en el más importante actualmente.

La sociedad castellano-manchega vio iniciarse el siglo XX con creciente agitación. La población crecía a un ritmo lento pero mantenido y el anquilosamiento del agro regional no garantizaba su sustento. Además, la estructura de la propiedad, con grandes latifundios en las provincias manchegas, no favorecía la mejora de la productividad. Por todo ello la agitación era creciente. Las organizaciones más implantadas eran la UGT y el PSOE, sin faltar un importante asociacionismo cristiano en Toledo. El PCE surgió en 1921 y organizó las escasas huelgas que hubo bajo la dictadura de Primo de Rivera, junto con la CNT. Tras la guerra, la sociedad de la región cayó en la atonía general del país y sólo la llegada de la democracia ha permitido su vertebración y dinamismo.

Ese estancamiento social durante el franquismo se vio agravado por la emigración: en las décadas **de los 60 y los 70**, nuestra región perdió más de medio millón de habitantes. Cuenca, con un 28% de población perdida fue la provincia más afectada de toda España por



este fenómeno. Sólo se invirtió esta tendencia **a partir de principios de los 80**. Aun así, la población de esta región ha quedado envejecida y con débil crecimiento natural, llegando a ser negativo en ocasiones.

### 4.6.3 CONTEXTO SANITARIO

Al mencionar la asistencia y aspectos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha a lo largo del siglo XX debemos obligatoriamente hacer mención a Talavera de la Reina, ciudad toledana que por su ubicación geográfica en la ruta que une Andalucía occidental y Extremadura con Madrid, fue lugar de una importante concentración de población y eventos bélicos. (304).

Todo conflicto bélico conlleva un gran impacto sobre la salud de las personas y lugares donde se desarrolla. Existe un desequilibrio historiográfico en cuanto a los aspectos sanitarios de las dos partes en conflicto, ya que la preparación y aspiración científica sanitaria en el ejército republicano era bastante superior que la existente en el bando sublevado (304).

La II República apostaba por la modernización de la sanidad rural, claramente deficitaria en la época y desde 1932 se pusieron en funcionamiento 46 centros rurales de higiene secundaria en el territorio nacional. Su función sanitaria y preventiva, se volcaba en los principales problemas de salud de la época: mortalidad infantil, tuberculosis, enfermedades transmisibles...La experiencia se vio frustrada tempranamente por el inicio de la Guerra Civil.

Fue tal el papel protagonista de Talavera durante la contienda que se ha analizado la organización de los servicios sanitarios asistenciales, las medidas preventivas adoptadas para controlar posibles brotes epidémicos, el abastecimiento de agua y eliminación de residuos en la ciudad y la situación sanitaria de las prisiones en la ciudad.

Los recursos hospitalarios de Talavera en un primer momento se limitaban al **Hospital Municipal**, que contaba con 12 camas, y la enfermería antituberculosa, que estaba adscrita al **Centro Secundario de Higiene Rural** y que contaba con 25 camas. A medida que fue avanzando el conflicto bélico, se fueron habilitando nuevos hospitales militares en la ciudad: en diciembre de 1936 la ciudad contaba ya con cuatro hospitales: **el Hospital Municipal, el Hospital de San Prudencio, el hospital de sangre de Santo Domingo y el Hospital de Falange**, a los que habría que sumar el Centro Secundario de Higiene Rural (CSHR) que adquirió funciones hospitalarias en febrero de 1937. Estos cinco hospitales constituyeron lo que

oficialmente se denominó **Grupo de Hospitales Militares de Talavera de la Reina**. De forma complementaria, se creó un recurso sanitario de rango inferior denominado **botiquín**, donde se realizaban los reconocimientos rutinarios del personal de tropa. Periféricamente a la ciudad, se instauró una farmacia (concretamente en el municipio de Aldeanueva de Barbarroja), cuyo objetivo era facilitar a las distintas Unidades de la División la extracción de medicamentos. El Grupo de Hospitales Militares de Talavera de la Reina se constituyó en un punto geográficamente estratégico para las tropas franquistas, puesto que permitía una rápida asistencia y evacuación de las tropas heridas o enfermas desde la Ciudad Universitaria de Madrid, a través de Griñón. Este Grupo de Hospitales estaba constituido por:

- El **Hospital de San Prudencio** (hospital militar nº 1): al inicio de la contienda, por iniciativa del gobierno republicano, se habilitó un hospital de campaña en el Asilo de San Prudencio, que posteriormente, ya bajo el gobierno franquista fue denominado como “de los rojos”.
- El **Hospital Municipal** (hospital militar nº 2): situado en la céntrica Plaza del Pan.
- El **Centro Secundario de Higiene Rural** (hospital militar nº 3) (CSHR) fue convertido en hospital militar dedicado a clínica de pacientes infecciosos y farmacia militar.



**Figura 24. Grupo de sanitarias del Hospital Militar. (305).**

- El **Hospital de Santo Domingo** (hospital militar nº 4: el 14 de septiembre de 1936, el convento de Santo Domingo (Compañía de María), pasó a desarrollar funciones de hospital de sangre.

- El **Hospital de Falange** (hospital militar nº 5): situado en el Palacio de Villatoya, de pequeño tamaño al estar dedicado únicamente al colectivo de afiliados a Falange.

Las actuaciones sanitarias preventivas que se llevaron a cabo en estos centros: cortes de pelo con máquina y el afeitado de los soldados como medio eficaz entre otros para luchar contra toda clase de parásitos, agentes transmisores de las enfermedades. Además, se especificaban una serie de instrucciones, tales como la necesidad de extremar las medidas de limpieza ( que se realizaba los días de descanso y de buen tiempo); el lavado frecuente de la ropa, para lo cual se proveería el jabón necesario; el pase de revista médica cada diez días para comprobar las medidas realizadas o no; el envío de los individuos que tuvieran parásitos a la estación de despiojamiento más próxima; la aplicación de las medidas higiénicas necesarias en los locales; la construcción en todo campamento de un horno crematorio destinado a la incineración de basuras, animales muertos y de todo aquello que pudiera constituir un peligro de infección; y el enterramiento de los cadáveres por cada unidad o milicia en el lugar previamente designado al día siguiente de toda operación. Se insistió a los médicos en la necesidad de vigilar las fuentes de contagio de enfermedades venéreas, propiciando la expulsión u hospitalización de todas las prostitutas que tuvieran lesiones contagiosas, así como que los individuos afectos de enfermedades venéreas, si se encontraban en tratamiento ambulatorio, no gozarían de permiso mientras durase el tratamiento, y si estuviesen hospitalizados hasta dos meses después de estar curados y dados de alta. (304,305).



**Figura 25. Trabajadores del Centro Secundaria Rural de Talavera de la Reina. (305).**

Una situación más extrema se vivió en las diferentes prisiones de la ciudad, por las que pasaron miles de republicanos, tanto durante la guerra como en años posteriores. Su precaria condición sanitaria hizo que las cárceles se convirtieran en auténticos focos de contagios,

donde el hacinamiento, las carencias alimentarias y la falta de asistencia provocaron un enorme número de enfermedades y una acentuada sobremortalidad por causas relacionadas, como la avitaminosis (desnutrición) o la tuberculosis.



**Figura26. Médico González Cogotudo (305).**

Tras la etapa de gobierno franquista y su política autárquica y unipartidista llegaría la democracia y con ella la declaración del Estado de Autonomía de la Comunidad manchega. Castilla-La Mancha, en el marco del Estado Autonómico, se dotó de autonomía en 1982. La voluntad política de la población castellano-manchega se expresó con nitidez en el Estatuto de Autonomía. Así, Castilla-La Mancha asumió el reto formidable de participar activamente en la construcción de la España del siglo XX.

Por otro lado, el 1 de enero de 1986 España se integró en las Comunidades Europeas, y desde entonces es parte y motor de la construcción de la Unión Europea. Los poderes públicos de Castilla-La Mancha deben dar respuesta a las aspiraciones y necesidades de la población castellano-manchega, deben de ofrecer un cauce seguro al ejercicio de sus derechos, con la ambición de mejorar día a día la calidad de vida de cada ciudadano y de contribuir al desarrollo, individual y colectivo, respetando los valores de la libertad y la solidaridad.

Una de las aspiraciones de mayor prioridad para la ciudadanía es el ejercicio del derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad. Para asegurar este derecho constitucional se promulga la presente Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha. (172).

Con la Ley 14/1986 General de Sanidad, las Cortes Generales establecen las bases y la coordinación general de la sanidad en España. Esta Ley configura el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, definido en el Boletín Oficial del Estado como “conjunto de funciones, actuaciones, centros y servicios sanitarios dependientes de los poderes públicos a ellos vinculados que tiene como objetivo último la mejora del nivel de salud, y del que son elementos esenciales la cobertura universal, la financiación pública, el aseguramiento único y público, la gestión pública, la concepción integral de la atención sanitaria y la provisión mayoritariamente pública.

El Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha, en su artículo 32.3 define que es competencia de la Junta de Comunidades el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud, así como la coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social.

Las realidades sociales, demográficas, geográficas y epidemiológicas de cada Comunidad Autónoma constituyen elementos fundamentales para la consecución de las prestaciones sanitarias y socio-sanitarias que ofrece el Sistema sanitario en colaboración con las distintas administraciones públicas. Las prestaciones sanitarias han de permitir respuestas lo más cercanas al entorno familiar, eficaces y con la calidad adecuada a las expectativas y necesidades individuales y sociales de cada momento. Todo ello va además ligado a la incorporación de la investigación y nuevas tecnologías dentro del desarrollo de esta Comunidad y, en particular dentro del ámbito sanitario, y con ello conseguir dar un fuerte impulso para el desarrollo de la docencia e investigación y con ello poder dar respuesta y soluciones a las demandas que se planteen al Sistema Sanitario de Castilla – La Mancha.

La Ley crea el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha como responsable de la provisión de servicios y encargado de la gestión de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Actualmente, Castilla-La Mancha se divide en ocho áreas de salud: Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, La Mancha-Centro, Puertollano, Talavera de la Reina y Toledo, integrada cada una de ellas por distintas zonas básicas de salud (centros de salud, consultorios locales,...).



## ***Odontología en Castilla la Mancha***

La red pública ha experimentado un significativo aumento en los últimos años aumentando considerablemente el número de unidades asistenciales, dentistas e higienistas. En el ámbito de la promoción de la salud bucodental, no se dispone de datos y se desconoce si realizan revisiones escolares. No existen plantas de fluoración de aguas de abastecimiento público (305, 306).

La concienciación de la necesidad de una reducción en el número de caries de la población infantil, la necesidad de asistencia de ciertos grupos de población susceptibles - discapacitados ancianos...- y el conocimiento de los beneficios que suponen los planes de prevención de la salud bucodental, han sido estímulo para el desarrollo del Programa de Salud Bucodental en Castilla la Mancha, desarrollo que se hizo patente pocos años después (2005) de la fecha abarcada por el presente estudio con el establecimiento de un programa de salud oral que se rige por el denominado modelo "mixto", combinando la red pública (que en los últimos años ha aumentado el número de prestaciones) con las clínicas privadas.

Las encuestas de salud bucodental tienen como objetivo principal recoger información sobre el estado oral de la población, contabilizando periódicamente las tasas de morbilidad y determinar la necesidad de tratamientos (306).

Estos estudios son imprescindibles para la correcta planificación y adecuada gestión de los servicios de atención dental, así como evaluar el grado de adecuación de los servicios odontológicos a las necesidades reales de la población.

La primera encuesta de salud bucodental de los escolares de Castilla la Mancha se realizó en el año 1992.

En el marco de Programa de Salud Bucodental (PSBD) escolar que la Gerencia de Atención Primaria (AP) de Ciudad Real puso en marcha en 1992, se ha realizado un estudio transversal con seguimiento longitudinal durante los cursos académicos 1994-1995, 1995-1996, 1996-1997 y 1999-2000, sobre la experiencia de caries, aplicación de selladores de fosas y fisuras en primeros molares permanentes, prevalencia de maloclusiones y su relación con hábitos.



Los resultados obtenidos tras la exploración inicial y final de aquellos escolares que constituían nuestra Población Diana han sido expuestos según las variables tratados y no tratados, residencia en zona urbana y rural y sexo.

Concluimos a la luz de nuestros resultados que el PSBD, se ha mostrado como muy efectivo en el descenso del índice CAOD, como en la prevalencia de individuos con caries activas y que la buena salud bucodental de los escolares bien pudiera haber sido un factor motivador para la asistencia al PSBD.

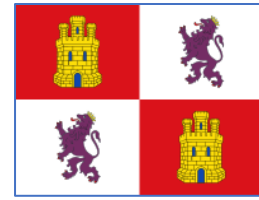
En cuanto a la retención de selladores se obtuvo un porcentaje global de éxitos bastante aceptable.

La frecuencia de maloclusión y su gravedad ha sido similar en la población residente en el medio urbano y rural. La prevalencia de maloclusión ha sido mayor en el sexo femenino. El hábito más frecuentemente, detectado en escolares con maloclusión, fue el de respiración oral seguido de deglución infantil (306).





## 4.7 CASTILLA Y LEÓN



### 4.7.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Castilla y León es una comunidad autónoma española, referida como «comunidad histórica y cultural» en su Estatuto de Autonomía. Se constituyó como preautonomía en 1978 y adquirió su estatus de comunidad autónoma en 1983. Su territorio se sitúa en la parte norte de la meseta de la península ibérica y se corresponde mayoritariamente con la parte española de la cuenca hidrográfica del Duero. Está compuesta por nueve provincias: Ávila, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid y Zamora. Es la comunidad autónoma más extensa de España, con una superficie de 94 226 km<sup>2</sup>, y la sexta más poblada, con 2 409 165 habitantes. Ya desde el inicio del debate federalista en España en el siglo XIX durante la Primera República hubo proyectos de autonomía para una región castellana y leonesa, aunque incluyendo también a las actuales Cantabria y La Rioja .El mismo proyecto siguió existiendo durante la Segunda República y finalmente se llevó a cabo tras la Constitución de 1978, pero sin Cantabria y La Rioja que, aunque se consideró incluirlas, finalmente formaron autonomías uniprovinciales (307).

La región Castellana y leonesa es la más extensa de Europa (94.147 km<sup>2</sup>), con una población de 2.479.425 habitantes, que supone (en la actualidad) el 6,03% de la población española. El 50,5% son mujeres y el 49,5% varones. Estos habitantes están distribuidos en 9 provincias (Ávila, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid y Zamora). La provincia más poblada es León y la menos poblada Soria.

Desde que existe una disponibilidad más o menos regular y homogénea de información sobre la cuantía de las personas residentes en las distintas circunscripciones provinciales españolas, cada una de las operaciones censales revelaba un peso demográfico ininterrumpidamente decreciente para el conjunto de las nueve provincias castellanas y leonesas. Al comenzar el siglo XX la población castellana y leonesa albergaban a más del 12% de los residentes de nuestro país, proporción que se redujo en más de dos puntos porcentuales a lo largo del primer cuarto del siglo XX, que, en términos generales, puede calificarse de “crecimiento ralentizado”, un rasgo que distingue no sólo al conjunto regional, sino también a la mayor parte de sus demarcaciones ,siendo especialmente llamativos los casos de Soria y Zamora, que han registrado unos ritmos de crecimiento medio anual por debajo del 0,3%, encontrándose ambas en el grupo de las 10 provincias españolas con un



menor crecimiento. Pero más que la existencia de casos extremos lo que distingue durante este período a Castilla y León del resto de provincias es su generalización espacial, ya que todas y cada una de las demarcaciones provinciales han registrado tasas de crecimiento medio anual acumulativo sensiblemente inferiores a las del conjunto nacional (0,83%); tan solo León y, apuradamente, Salamanca han conseguido alcanzar o superar la media nacional, estando el valor de las demás provincias en torno a, o por debajo de, la mitad del valor nacional.

Esta temprana e intensa pérdida demográfica de Castilla y León dentro del contexto nacional no deriva, ni mucho menos, de una menor vitalidad en cuanto al dinamismo natural de los castellanos y leoneses, sino de que la Región ha sido una de las que más temprana e intensamente abasteció de mano obra a otras áreas más dinámicas del espacio nacional, al no haber podido convertirse en "provincia o espacio central", en el tardío y desequilibrado proceso de modernización español.

Castilla y León ha registrado un crecimiento natural claramente positivo (en lo que se refiere a la dinámica reproductora), que, en cifras globales, ha conseguido compensar las salidas de población. Los datos disponibles (los de los primeros años del siglo XX no suponen una información demasiado detallada) nos permiten afirmar que las diferencias entre el conjunto nacional y el regional no son en absoluto atribuibles a la existencia de un menor dinamismo natural en Castilla y León con respecto a lo que ocurre en el conjunto español. En efecto, pese a la falta de estimaciones de población para todos y cada uno de los años, a escala provincial y regional sí contamos con series de datos anuales de nacimientos y defunciones, lo que nos permite constatar cómo los "perfiles evolutivos" son muy similares en ambos conjuntos, tanto el regional como el nacional.

Prácticamente en todas las provincias y en todos los períodos considerados los niveles de mortalidad son superiores a los del conjunto nacional, lo que, refleja ese mayor atraso evolutivo. Aspecto que también se manifiesta en la intensidad de la incorporación de efectivos, pues los valores españoles siempre están por debajo en todas y cada una de las columnas de nacimientos y las diferencias, en algunos casos, son significativas. Bajo estas condiciones de dinámica interna determina el crecimiento vegetativo es más acusado en Castilla y León, hasta el punto de que esta variable es para el conjunto español al menos un 10% más baja que para nuestra Región, alcanzándose las máximas diferencias en **la década de los treinta**, cuando éstas se situaron casi en el 30%. Semejantes desigualdades en el

crecimiento vienen marcadas sobre todo por la variabilidad en la natalidad, pues en este período se incrementa la heterogeneidad interprovincial, como atestigua el coeficiente de variación, que pasa de 10,98% para el **decenio 1900-1910** a un 17,60% en la **década de los cuarenta**. Así pues, tanto el mayor dinamismo natural de Castilla y León, como sus diferencias territoriales vienen, sin duda, marcados por la intensidad en los nacimientos: hasta el punto de conseguir una mayor ganancia biológica en todo el conjunto regional, únicamente aquellas provincias con menor natalidad de la Región, han registrado en algún momento crecimientos vegetativos inferiores a los del conjunto nacional, como es el caso de Zamora en los tres primeros decenios de esta etapa y el de Soria en los dos últimos .

Muchas de las gentes del territorio, que se dedicaron mayoritariamente a la agricultura y la ganadería, fueron abandonando paulatinamente la zona, dirigiéndose hacia las zonas urbanas, mucho más prósperas. Esta situación se vio todavía más agravada a finales de la guerra civil, con una progresiva emigración rural. Durante las décadas de 1960 y 1980, los grandes núcleos urbanos y las capitales de provincia sufrieron un leve aumento demográfico debido a un exhaustivo proceso de urbanización, aunque, pese a ello, la zona castellana y leonesa continúa sufriendo una grave despoblación. Solo las provincias de Ávila, Valladolid y Segovia están ganando población en los últimos años.

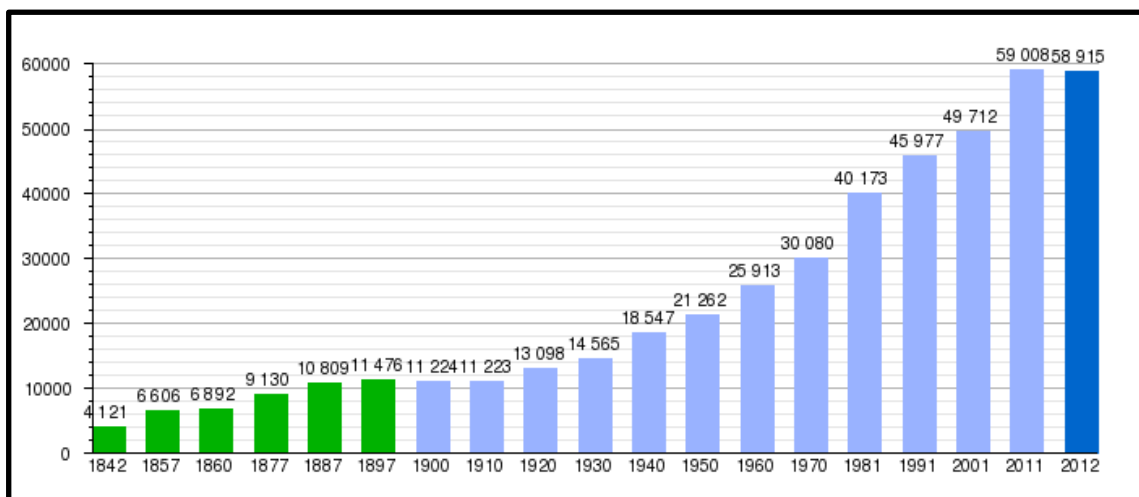


Figura 27. Evolución demográfica de la población de Castilla y León en el siglo XX (307).



Como Región emigratoria, el territorio que constituye la Comunidad de Castilla y León no presenta rasgos sustancialmente distintos a los de un conjunto de espacios o regiones interiores, que han nutrido tanto el fenómeno de la emigración exterior (a países europeos y a América entre principales destinos) como los procesos de crecimiento demográfico en las áreas más favorecidas del país desde el punto de vista económico e industrial.

El Rasgo más importante de Castilla y León es la intensidad con la que se manifiesta ya desde primeros de siglo este proceso migratorio. Cuando se piensa en las regiones emigratorias españolas en el llamado período de las “migraciones clásicas” en que América era el destino internacional por excelencia, siempre se alude a Galicia, Asturias u otras áreas del litoral cantábrico español donde se popularizó bastante la figura de “indiano”, pues estos ámbitos nutrieron en buena medida ese flujo de salidas hacia el otro lado del Atlántico. Ello no quiere decir, sin embargo, que fuese en esas regiones donde el fenómeno migratorio causó un mayor impacto ni en términos absolutos ni en términos relativos, tal como atestiguan las cifras de saldos migratorios calculados para la primera mitad del siglo XX.

Dos elementos otorgan superioridad al proceso migratorio apuntado para Castilla y León: la continuidad temporal y la generalización espacial: la continuidad temporal -en cada uno de los períodos intercensales estudiados Castilla y León ha registrado indiscutiblemente saldos migratorios negativos en la mayor parte de ellos muy considerables, situándose entre las 100.000 y las 200.000 personas, lo que en términos relativos viene a significar entre el 5 y el 8% de la población regional al inicio de cada período. La única excepción corresponde al decenio en que tuvo lugar la Guerra Civil (1931-1940), etapa anómala en que las propias “vicisitudes históricas” determinaron la tendencia a sobreestimar las cifras de habitantes en el Censo de 1940 -con la finalidad entre otras de conseguir mayores abastecimientos postguerra- (308).

#### **4.7.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO**

A mediados del siglo XIX, Castilla y León, una de las regiones que en tiempos anteriores había conocido momentos de bonanza con la minería o el ganado, se convertiría en una de las regiones más pobres y despobladas de España (309).

La mayor parte de la población castellano-leonesa de principios del siglo XX se concentra en el campo o medio rural y sólo una reducida concentración de la población en las



capitales de provincia -contraste con la situación de final de siglo-. El campo tiene un peso primordial en la economía castellana y leonesa. Se mantienen los aranceles proteccionistas del cereal (el trigo se convirtió en muchas zonas de la región en monocultivo), que fomentarán el estancamiento agrícola castellano-leonés.

La Industrialización no se produce hasta bien avanzado el siglo XX y siempre con una distribución territorial muy desequilibrada, centrándose exclusivamente en los polos de Burgos y Valladolid, convirtiéndose por tanto la situación industrial en Castilla y León muy insuficiente. La región castellana-leonesa se orientó por tanto hacia el capitalismo agrario más que el industrial, siendo la propiedad de la tierra la que otorgaba el prestigio social e incluso la hegemonía a través de cargos políticos que eran concedidos a los caciques y grandes propietarios del campo. Durante la primera mitad del siglo este sector se encarga de abastecer de productos tanto al interior del país (que queda devastado por la guerra civil) como al mercado exterior afectado por la Gran Guerra. Este aumento de producción se acompañaría de un aumento de población aunque fue un proceso lento.

Dentro del proletariado campesino y a pesar de estar esta región casi exclusivamente dedicada al sector agrario, es destacable el carácter no revolucionario del campesinado castellano-leonés. Castilla no siguió la misma línea y se caracterizó siempre por su conservadurismo y su adscripción al sindicalismo católico agrario, a pesar del éxito del FNTT (sección agraria de la UGT) en los campos salmantinos y vallisoletanos. Son muchos los autores que cuestionan el porqué de esta falta de lucha entre el pequeño campesino y la oligarquía..(Carmelo Romero, Julio Aróstegui, Juan Muñoz) y existe un factor común...el sindicalismo agrario católico predominante apostaba por un comportamiento basado en el orden y en unos valores seculares que combatían al socialismo y al anarquismo. Se ofrecían aspectos como créditos, bonos , ayudas a la subsistencia, cooperativas.. para poder ayudar a las economías agrarias familiares. Además ante la falta de perspectiva del pequeño propietario debido a la inexistencia de una transformación socio-económica estructural, este pequeño propietario se une al grande para conseguir un aumento en el precio del trigo a través del arancel.

Esta política triguera que llevó a cabo el Gobierno estaba fundamentada en unas bases económicas que marcaban una alianza entre la burguesía textil catalana, los navieros vascos y los cerealistas castellanos: una alianza que se llevó a cabo por intereses comunes como era el



mantenimiento de las altas tarifas para el producto extranjero ante la falta de competitividad del trigo y de las manufacturas españolas, de manera que así protegían al comercio nacional en defensa de los productos nacionales no competitivos. Medidas económicas que persistirán durante la primera mitad del siglo (310,311).

A principios de siglo surge el regionalismo castellano-leonés. Se trataba de un regionalismo sano que lo único que pretendía era la descentralización administrativa de su comunidad. Con respecto a este regionalismo surgen varios debates y polémicas.. el principal punto de controversia es identificar si este regionalismo surge por simple reacción contra el nacionalismo catalán o por cuestiones propias : los sectores realmente autonomistas castellanos eran una minoría, compuesto por un grupo de intelectuales que intentaba utilizar el nacionalismo catalán como estímulo para la creación regionalismo castellano que estimulara una vida regional llena de privilegios tanto de orden material como intelectual o espiritual . Este regionalismo pasa por distintas fases que podemos clasificar cronológicamente en tres etapas:

- **Las Manifestaciones iniciales de 1859 a 1923:** se trata de una fase predominantemente culturalista aunque también con cierta vertiente económica y administrativa, que se manifiesta principalmente con la petición de la descentralización administrativa a través de la creación de la Mancomunidad Castellana. El punto más álgido de estas primeras manifestaciones se produce con el Mensaje de Castilla (Burgos 1918) y las Bases de Segovia (1919), documentos que suponen las bases del regionalismo castellano.
- **Periodo de la Segunda República de 1931 a 1936:** durante esta fase destaca el sentimiento antiestatuto-catalán considerado como un movimiento separatista.
- **A partir de 1975 y la consecución del Estatuto de Autonomía de Castilla y León :** existen algunos problemas de uniprovincialismos ( León y Segovia ) y la falta de sentimiento castellano- leonés de gran parte de la población de estas provincias (312). Esta región se caracteriza también por una mayor lentitud en el proceso de transición demográfica hasta su culminación en un régimen demográfico moderno. Esto está directamente relacionado con el escaso desarrollo económico de la región, con una alimentación inadecuada e insuficiente infraestructura sanitaria. Otro hecho clave en esta demografía castellana es el inicio de un fenómeno migratorio claro hacia la



periferia o hacia el exterior, principalmente a principios del siglo XX hacia América .

La sociedad castellano-leonesa se caracterizó por ser una sociedad conservadora y con fuertes raíces católicas. La política anticlerical del Gobierno de la II República despertó de su letargo y pasividad a la población católica mayoritaria en Castilla y León. La política católica serviría de banderín e impulso político para el partido opositor de derechas que se haría con el poder en las elecciones de 1933.

La sociedad castellana y leonesa de la **primera mitad del siglo XX** es por tanto una sociedad agraria y tradicional, con una escasa urbanización circunscrito a capitales provinciales. Este carácter agrario y tradicional conlleva a una estratificación social agraria más acentuada y diversa, con un peso hegemónico de los terratenientes por un lado, un sector de propietarios muy dispar que va desde pequeños a medianos propietarios y un amplio sector de jornaleros cuyas condiciones serían siempre precarias y sujetos a largos periodos de paro estacional .En esta estructura social la Iglesia tenía un gran peso ideológico y determinante en el carácter conservador y no revolucionario del campesinado y con un papel profiláctico clave frente a las doctrinas socialistas y de izquierdas ( pese a ello hay que destacar el peso que tuvo el sindicato agrario socialista FNTT en Valladolid durante la II República fundamentalmente). Los terratenientes y grandes propietarios contaban con el dominio social mediante la ocupación de cargos políticos tanto en ayuntamientos, la Diputación e incluso las Cortes (313).

La mayor parte del territorio, con el apoyo mayoritario de la población, quedó bajo el control de los sublevados en unos pocos días a partir del golpe militar del 18 de julio de 1936 Castilla y León constituyó el germen y la sede del nuevo Estado Español con la Junta de Defensa Nacional en Burgos, el Gobierno General en Valladolid y el Cuartel General del Generalísimo en Salamanca. En 1936, el territorio de la actual comunidad autónoma de Castilla y León se dividía en dos regiones: León y Castilla la Vieja. Las regiones no tenían entidad administrativa.

En el territorio actualmente denominado Castilla y León los sublevados no tuvieron ningún problema para hacerse rápidamente con el control de todas las provincias. Aunque bien es cierto que el alzamiento contó con el apoyo de grandes sectores de la población, lo más característico de la Guerra Civil en Castilla y León es la represión desencadenada por las nuevas autoridades, incluso en los lugares donde no hubo ninguna resistencia (que fueron la mayor parte del territorio), represión que se cebó especialmente con los miembros de las organizaciones integrantes del Frente Popular, los alcaldes y concejales de esas



organizaciones, los dirigentes de las organizaciones sindicales (en especial las sociedades de obreros del campo), los maestros y los masones (314).

El régimen tiene sus primeras instituciones en tierras de Castilla no sólo por razones estratégicas sino también simbólicas: Salamanca ha sido cuna del agrarismo católico, Burgos, cuna del Cid al que se considera genuina encarnación del espíritu de España... Por ello, las manifestaciones de apoyo y defensa del régimen desde estas tierras suponen una importante influencia sobre todo el movimiento franquista, mientras el propio Franco podrá contar, gracias en particular a profesores y clérigos, con una significativa ensalzación de su persona como líder del bando sublevado. Los valores del franquismo (al menos en sus primeros tiempos) son fundamentalmente rurales. Posteriormente integrará otros valores típicamente urbanos e industriales pero sin renunciar nunca a sus raíces. La imagen franquista de Castilla es esencialmente rural. Los objetivos de la política agraria del nuevo régimen en sus primeros años van en la dirección de ampliar y consolidar el grupo social de los pequeños y medianos campesinos que desde la óptica franquista eran conservadores «por naturaleza, por tradición». Ellos proporcionarían estabilidad al nuevo estado. La Iglesia jugará un importante papel en apoyo del nuevo régimen. El campesinado castellano-leonés se trata de un grupo social conservador y católico. Los rebeldes ven como mediante la ayuda eclesiástica conseguían un apoyo social. La jerarquía eclesiástica de las provincias castellanoleonesas había sido marcadamente antirrepublicana, actitud aprovechada por los partidos de la derecha, especialmente Acción Popular y luego la CEDA, que harán de la defensa de la religión y de la Iglesia aspectos básicos de su discurso político. El hecho de que la administración del nuevo régimen estuviera en los años de la guerra ubicada en algunas ciudades de esta región contribuye a la que Iglesia castellana adquiriese un mayor protagonismo en la tarea de difusión de la doctrina legitimadora del régimen. Desde esta zona se enviarán sacerdotes para evangelizar el frente y acogerá a otros escapados de la zona republicana que pronto serán adoctrinados en la doctrina de la cruzada nacional.

**Hacia 1959** el objetivo del sector más progresista del gobierno franquista era el de liberalizar la economía española para situarla al nivel de los países occidentales, a la vez que se favorecían cambios profundos en la sociedad española; y, aunque esto último no agradaba a Franco, se emprendió la reforma debido a la incertidumbre de que el empeoramiento económico podría traer pésimas consecuencias para el régimen.





De esta manera se aprueba el famoso Plan de Estabilización en 1959: plan de ordenación económica que intenta transformar las estructuras productivas, liberalizar el mercado y abandonar gradualmente el intervencionismo estatal. La mayoría de los sectores productivos estuvieron de acuerdo. Además nuestro país contó con el interés (principalmente por la situación geográfica española) del gobierno de los Estados Unidos, que colaboró con cuantiosas sumas de dinero.

**En 1962** se creó la Comisaría del Plan del Desarrollo (dirigida por López Rodó), para transformar la economía española y reducir los desequilibrios regionales, mejorar el nivel de vida de los españoles y modernizar las estructuras productivas.

De aquí salió el Primer Plan de Desarrollo Económico y Social (1964-1967), puesto en práctica tras una etapa de notable crecimiento económico, que había duplicado la renta nacional respecto a la década anterior. Se basaba en la inversión privada y en la eliminación de los desequilibrios regionales (315).

Pero los resultados del Plan no fueron del todo satisfactorios, pues no se crearon tantas empresas como se preveía y el empleo fue menor de los esperado : de hecho, la emigración hacia el interior y hacia el exterior seguía incrementándose (lo que supuso que las zonas más ricas siguieran creciendo frente a las más pobres que debido a la emigración empeorarían su situación).

El Segundo Plan se realizó entre 1969 y 1971: fue una continuación del anterior y su resultado final no mejoraría. Igual que el Tercer Plan, relanzado entre 1972 y 1975, en plena crisis económica mundial (petróleo), cuyo fin coincidiría con el de la dictadura.

Por sectores, retrocedió el agroganadero, creció el sector industrial en los años sesenta. El notable incremento del turismo se debió tanto a la apertura económica como a las propias condiciones geográficas. Los ingresos nacionales se multiplicaron, gracias a la entrada de capital; el empleo creció y aumentó el nivel de vida en las áreas afectadas; se modificó el urbanismo y crecieron las infraestructuras (carreteras, aeropuertos, etc.) todo el automóvil, astilleros, eléctricas, siderurgia, minería, etc).

El desarrollo urbano fue consecuencia también del éxodo rural, provocó un crecimiento espectacular en ciudades como Madrid, Barcelona, Bilbao, Sevilla..., pero una enorme disminución de la población en las regiones agrícolas como es Castilla y León.



Consecuencia importante del desarrollismo fue la emigración hacia los países europeos, lo que sirvió para amortiguar el paro existente y transferir divisas a España. La situación de la agricultura y el campo también se vieron afectados por la modernización económica: las obras hidráulicas, pusieron en regadío miles de hectáreas, el número de tractores se duplicó, el uso de fertilizantes se generalizó, así como la especialización de cultivos y la promoción ganadera.

**A lo largo de la década de los 50**, el campo fue perdiendo población (sobre todo jóvenes), debido a las nuevas expectativas en otros sectores y como consecuencia de la crisis agraria que se agudiza a partir de ahora, originando el llamado éxodo rural, que vacía y envejece los pueblos. La Población en Salamanca en 1950 era de 411.963 y 20 años después en 1970 era de 380.130.

Lo más positivo de la disminución de la mano de obra fue el aumento de los salarios; pero la producción, y por tanto la rentabilidad de las pequeñas explotaciones, disminuyó; por esta razón se llevó a cabo una política de concentración parcelaria, seguida de una ordenación rural, por la que se pretendía concentrar explotaciones y hacerlas más rentables, en muchos casos creando cooperativas. La mecanización del campo español fue un proceso rápido: tractores, cosechadoras y demás útiles se incrementaron de forma espectacular, compensando la pérdida de población. Se abandonan tierras no mecanizables y se especializó el cultivo, creciendo los regadíos.

El desarrollo industrial, con el éxodo rural a que dio lugar, despobló y envejeció el ámbito rural.

**En los años sesenta España** asistió a un crecimiento demográfico continuo (de 28 millones de habitantes en los años cincuenta se pasa a 35 millones a mediados de los setenta). Ese ascenso fue debido al mantenimiento de una elevada tasa de natalidad, al descenso progresivo de la mortalidad (incluyendo la infantil) y al aumento de la esperanza de vida. Sin embargo, a mediados de los sesenta se inicia un nuevo modelo demográfico (moderno), ya que empieza a desaparecer el baby boom de la etapa anterior, comenzando a disminuir la natalidad (empezando por las ciudades) debido a la gradual incorporación de la mujer en el trabajo (fuera del ámbito familiar).

La política llevada a cabo en materia de Seguridad Social permitió a la población una



mejor y más amplia asistencia sanitaria. Por otro lado, la difusión de nuevos hábitos higiénicos, la mejora de la nutrición etc., influyó en la progresiva disminución de las cifras de mortalidad, aumentando la esperanza de vida.

También hemos hablado de las migraciones, que influyeron tanto en la distribución de la población española -que se concentraba en las grandes ciudades y polos industriales y turísticos- así como migraciones hacia países europeos y suramericanos -tras el fin del aislamiento-, situación que se prolongaría hasta la crisis económica mundial **de 1973**.

### 4.7.3 CONTEXTO SANITARIO

A principios del siglo XX en nuestro país se empieza a acuñar el término de “regeneracionismo” para referirse al movimiento modernizador que se empieza a vislumbrar y que no era más que el resultado de intentar adaptarse y establecer ciertas pautas en nuestro país que ya existían en otros países considerados como más civilizados o avanzados, los países europeos occidentales (316).

Dentro de este concepto destacaba la existencia de un importante componente sanitario, que denotaba las importantes deficiencias que en este campo aún tenía el Estado español, como por ejemplo la presencia de enfermedades infectocontagiosas, la elevada mortalidad o la ausencia de unos servicios sanitarios de estadística organizados. Consistía en deficiencias que según los intelectuales y médicos de la época eran previsibles con pautas de actuación sobre la sociedad.

La sensación de desamparo en la Comunidad de Castilla y León fue sentida dramáticamente con la llegada de la pandemia de la gripe de 1918 a 1919. Comenzaría su extensión en las grandes ciudades norteamericanas y en España empezaría a sentirse en Septiembre de 1918, aunque en dicha Comunidad tendría su mayor incidencia en febrero de 1919. Afectó mayormente a los jóvenes adultos y especialmente a las mujeres, lo que supuso en años posteriores una disminución acusada de la natalidad.

Las medidas que llevaron a cabo las autoridades sanitarias fueron:

- Convirtieron en centros de vigilancia epidemiológica y control sanitario las estaciones sanitarias situadas en la frontera con Francia.



- Todos los viajeros eran sometidos a reconocimientos médicos y de desinfección de equipajes.
- Se aislaban a pacientes con temperaturas superiores a 37 grados.
- En el interior del país prohibieron las actuaciones públicas, las reuniones masivas, se cerraron las escuelas y se suspendieron espectáculos y locales.
- Limpieza urbana generalizada, desinfección de vehículos y habitaciones colectivas.
- Se aumentaron las dotaciones tanto materiales como humanas de los laboratorios microbiológicos.

El avance administrativo de finales del siglo XIX y **principios del XX** es el que traza el entramado público hospitalario. En la legislación del final de siglo se distinguen, junto a las fundaciones **privadas**, los **hospitales generales**, a cargo del Estado a través del Ministerio de la Gobernación y la Dirección General de Sanidad y Beneficencia (aparecida hacia 1850; ocasionalmente cambia su nombre por el de Inspección General de Sanidad), **los provinciales**, sostenidos por el presupuesto de las Diputaciones, y **los municipales**, por el de los Ayuntamientos. En las localidades menores, los médicos “titulares” recibían sus sueldos de los Ayuntamientos, hasta que en 1934 se creara el **Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria**. La red de instituciones de asistencia sanitaria, tanto privadas como públicas, centros sanitarios u hospitales a lo largo del siglo XX en Castilla y León era destacable. Algunas de éstas según las provincias:

#### León:

- *El Hospital de San Antonio Abad* fue fundado en la primera mitad del siglo XIII y estaba situado en los extramuros de la ciudad. El proyecto de Ensanche de la ciudad propició la operación urbanística del traslado de este Hospital a los terrenos adquiridos en los Llanos de Nava, siendo allí construido el nuevo centro entre 1919 y 1922. El hospital fue vendido a la Diputación Provincial, en 1966.
- Los **antiguos sanatorios** de León, se señala que la aparición de estos centros presenta vinculación evidente con la aparición, a finales del siglo XIX, de sociedades gremiales o de casa socorros mutuos, precedentes del inicio de una medicina colectivizada que con el tiempo coexistiría con una asistencia sanitaria de ámbito privado y pago por acto médico. Por último, la aparición y progresiva generalización de la medicina social contó, en sus primeros tiempos, con estos centros para llevarla a cabo, a través de los oportunos conciertos con los organismos públicos correspondientes. En estos centros



empezarían su labor los médicos que luego de convirtieron en pioneros de los avances de la anestesiología.

- En la década de los sesenta aparecen modernas clínicas que constituyen el punto de inflexión entre los antiguos sanatorios y los grandes centros hospitalarios y quedarían representadas por las siguientes tres instituciones:
  - La primera, *la Obra Hospitalaria Nuestra Señora de Regla*, continuadora del compromiso asistencial de la Iglesia de León y que iniciaría su funcionamiento, a partir de 1966, gracias al impulso fundacional por parte del obispo Luis Almarcha.
  - La segunda, *el Centro Sanitario San Juan de Dios*, fundación que se levantaría en el extrarradio de la ciudad gracias a una donación de los terrenos en 1968.
  - En tercer lugar, *la Clínica San Francisco*, conectada en su origen y objetivos con la sociedad de asistencia médica Unión Médica Previsora y que se constituiría como sociedad anónima por un grupo de médicos leoneses, iniciándose su funcionamiento en 1969. (316).

### **Salamanca**

El siglo XX ha sido también el del gran avance en el terreno sanitario. En España podemos distinguir tres periodos en la evolución de la estructura sanitaria, el primero de medicina liberal y beneficencia, el segundo de seguridad social y el tercero de sistema nacional de salud. Dichos periodos supusieron un claro reflejo en la provincia de Salamanca:

- La fundación *del Hospital Provincial* en el primero, *del Hospital Virgen de la Vega* en el segundo y la de *los Centros de Salud* en el tercero.
- La *Facultad de Medicina* ha sido un factor clave en todo el proceder sanitario de dicha provincia, afirmación que queda demostrada con el espacio central en la estructura sanitaria que ocupa el Hospital Universitario (317).

Los avatares de la sanidad salmantina en estos cien años no difieren mucho de los del resto del país; quizás sí exista un factor diferenciador con respecto a otras provincias y es la existencia de la Facultad de Medicina.

La historia reciente de la estructura sanitaria en nuestro país puede dividirse en tres periodos: el primero de medicina liberal y beneficencia, el segundo de seguridad social y el



tercero de sistema nacional de salud.

Hasta los años cuarenta la asistencia sanitaria en nuestra provincia, y en el resto de España, se caracterizó por su escasa eficacia terapéutica. Ante el caso de caer enfermo, el paciente debía ingresar en un centro privado, si tenía dinero para pagarlo, o de lo contrario era asistido en los hospitales de beneficencia.

En este periodo citar la apertura **del Hospital Provincial en 1930**, dependiente de la Diputación, y que fue utilizado como hospital de prácticas por la Facultad de Medicina. Dos hechos fundamentales dan origen en Salamanca, como en la gran mayoría de nuestro país, a la estructuración del sistema sanitario y la segunda etapa del desarrollo del mismo: la Seguridad Social y la Ley de Bases de Sanidad de 1944.

El desarrollo de la protección social en la provincia salmantina se presenta en su forma más evidente con la inauguración en el año 1965 del Hospital de la Seguridad Social Virgen de la Vega y dos años antes del Hospital Virgen del Castañar de Béjar.

Otro acontecimiento fundamental que impulsa el desarrollo sanitario es la Ley de Bases de Sanidad del año 44. Esta Ley será una de las disposiciones más determinantes del desarrollo sanitario hasta la aparición del Ministerio de Sanidad, que se alcanza en 1977, y la Ley General de Sanidad (LGS).

La Ley de Bases determina la aparición de un elemento sanitario de singular importancia, los médicos titulares, que serían el sustento de todo el desempeño sanitario y también asistencial hasta la reforma de la atención primaria.

La atención sanitaria en Salamanca se va vinculando en el plano de la medicina general nombrando a los “médicos de cabecera” como se denominó a los médicos titulares durante muchos años que realizaban sus funciones sanitarias -aguas, vacunas, inspecciones sanitarias...- y prestaban asistencia sanitaria a la población, bien de forma libre - cobrando mediante «iguales»- para aquellos que no tenían Seguridad Social, bien de forma obligatoria y vinculada a su plaza de titulares para los que sí estaban protegidos por ésta .El nivel de protección a la población por la Seguridad Social va incrementándose con los años.



Otro elemento determinante en el desarrollo sanitario de Salamanca son los centros y servicios que finalmente se agruparán bajo la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) creada en 1972. Este organismo autónomo reúne distintos cometidos de lucha antirreumática, antiinfecciosa, sobre sanidad ambiental..., y también centros de enfermedades del tórax. Este último es el origen de otro de los centros sanitarios de importancia en Salamanca, *el Hospital Martínez Anido*, más conocido como *Hospital de Los Montalvos*, abierto como sanatorio antituberculoso en el año 1948, que poco a poco irá ampliando sus servicios a reunir la práctica total de los servicios médicos en los años 80.

El Hospital Psiquiátrico surge a su vez de la responsabilidad de las Diputaciones Provinciales de atender a los pacientes dementes.

Uno de los elementos más importantes de la realidad sanitaria de la provincia salmantina es la Universidad. La enseñanza de la Medicina conlleva el desarrollo de hospitales, siendo el Hospital Provincial a **partir de 1930** el de referencia universitaria sustituyendo al anterior protagonista el Hospital de la Santísima Trinidad.

Esta situación persistió **hasta el año 1975** en que se inaugura el Hospital Clínico Universitario, construido por el Ministerio de Educación y que dependió del mismo hasta su incorporación y gestión por el INSALUD en el año 1993.

La tercera etapa de la sanidad en este siglo, corresponde con el desarrollo de la Ley General de Sanidad (LGS 1986), que configura el perfil del Sistema Nacional de Salud, y cuya financiación se realiza a cargo de los Presupuestos Generales del Estado. La Ley hace efectivo el derecho a la protección de la salud, universaliza la cobertura e integra los objetivos asistenciales con los de promoción y prevención de la salud. El avance más importante desde entonces ha sido en el modelo de atención primaria, perfilado ya en el Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud y definido por las características de ser el primer contacto de la población con el sistema.

La creación de los nuevos equipos de Atención Primaria provincial se inicia con la inauguración del centro de salud de San Juan en el año 1985 en Salamanca.

Existen aún otras estructuras hospitalarias de diversa procedencia: *El Hospital de la*

*Santísima Trinidad*, que de un origen benéfico evoluciona a su actual forma de Fundación con prestación y arrendamiento de servicios sanitarios. Hospitales de titularidad exclusivamente *privada* también han aparecido últimamente en nuestra ciudad.

El planteamiento autonómico produce grandes cambio. En el ámbito autonómico vienen a incidir desde 1981, antes incluso del Estatuto, repetidas cesiones de competencia relacionadas con la Higiene y la Sanidad, aunque no la gestión de seguros sociales. Más definitivo, en la Comunidad de Castilla y León, la aprobación del Estatuto de Autonomía en el año 1983 conllevó la transferencia en competencias de Sanidad e Higiene, Promoción, Prevención y Restauración de la Salud. **En 1985** (R.D. 1783/85) se produce el traspaso del AISNA a la Comunidad castellano-leonesa. Un año más tarde ve la luz una nueva Ley General Sanitaria del Estado (Ley de 25-abril, 14/86), que parte de ya la base de la asunción de competencias por las Comunidades Autónomas. La intención primordial de la ley, el establecimiento del Sistema Nacional de Salud, combinada con el esquema autonómico, hace que la coordinación, inspección y seguimiento de los servicios de salud de Ayuntamientos y Diputaciones salgan del Estado para recaer en la Comunidad Autónoma castellano-leonesa: así el establecimiento de las “áreas de salud” y la concertación con medios ajenos a las Administraciones para la prestación de servicios sanitarios. Las posteriores modificaciones realizadas sobre el Decreto 32/1988 permiten ir actualizando el Mapa Sanitario de Castilla y León a las nuevas circunstancias que puedan concurrir en cada zona (318).

PROVINCIA	ÁREA DE SALUD
Ávila	Ávila
Burgos	Burgos
León	Ponferrada
Palencia	Palencia
Salamanca	Salamanca
Segovia	Segovia
Soria	Soria
Valladolid	Valladolid I - Oeste Valladolid II - Este
Zamora	Zamora

**Tabla 5. Distribución territorial de las áreas de salud de Castilla y León en el año 2000. (318).**

La Orden de **15 de abril de 1991** de la Consejería de Sanidad y Bienestar Social aprueba el modelo de Reglamento de Funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria de Castilla y León. En abril de 1993 la Junta de Castilla y León promulga la Ley de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León anteponiéndose, de esta forma, a las transferencias sanitarias





pendientes y dejando constituido el Sistema de Salud de Castilla y León y la Gerencia Regional de Salud. Posteriormente, con el objetivo de asumir las transferencias sanitarias, el Decreto 287/2001 aprueba el Reglamento General de la Gerencia Regional de salud y se crean la Gerencias de Salud de Área como órganos periféricos.

Finalmente, mediante el Real Decreto 148/2001 se traspasan a la Comunidad de Castilla y León las funciones y los servicios del Instituto Nacional de la Salud en materia de gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

El sistema sanitario de Atención Primaria de Castilla y León está constituido por 11 Áreas de Salud (dos áreas en León y Valladolid y una por provincia en el resto) y 246 Zonas Básicas de Salud, regulado respectivamente por el Decreto 108/1991 y Decreto 32/1988 y posteriores modificaciones. De las 246 Zonas Básicas de Salud, 69 son Urbanas, 14 Semiurbanas y 163 son Rurales. De estas últimas, 24 se consideran Zonas Especiales por sus peculiares características geográficas, demográficas o de comunicación.

En cada Zona Básica de Salud existe un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios, que constituyen el Equipo de Atención Primaria, y que son los responsables de la prestación de la atención de la salud a la población en su demarcación sanitaria, orientada al individuo, a la comunidad y al medio ambiente. Entre los integrantes del Equipo se encuentran Médicos de Familia, Pediatras, Enfermeros, Matronas, Auxiliares de Enfermería, Trabajadores Sociales, Auxiliares Administrativos y Celadores. Además, integrados funcionalmente, existen Veterinarios y Farmacéuticos.

Cada Zona de Salud dispone de un Centro de Salud, estructura dotada de los medios necesarios para la prestación de las funciones que debe desempeñar el Equipo de Atención Primaria. Además del Centro de Salud, existen Consultorios Locales destinados a aquellas localidades de más de 50 habitantes, donde los profesionales sanitarios atienden la demanda asistencial bajo el criterio de una correcta accesibilidad de los servicios a la población. El Equipo de Atención Primaria se organiza jerárquicamente bajo la supervisión del Coordinador del Centro de Salud, nombrado de entre los facultativos del Equipo, responsable de la gestión de los recursos humanos y materiales.

Por otra parte, el Coordinador del Equipo cuenta con la colaboración de un



Responsable de Enfermería, con funciones de supervisión y coordinación de las actividades de los profesionales de enfermería y unos Responsables de Programas de las áreas funcionales del equipo que son:

- Área de Atención Directa.
- Área de Docencia e Investigación
- Área de Administración.

Las funciones del Equipo de Atención Primaria vienen recogidas en la normativa que regula la organización funcional de las Zonas de Salud, entre las que cabe destacar:

- Funciones de Salud Pública (Promoción y protección de la Salud...)
- Funciones de Asistencia Sanitaria (tanto en consultorio como a domicilio y tanto en horario ordinario como de urgencias)
- Funciones Docentes (Formación continuada de los profesionales del Equipo)
- Funciones de Investigación
- Funciones Administrativas
- Funciones de Participación Comunitaria

Por otra parte, se contempla la existencia de algunos profesionales de Área en Atención Primaria para apoyar y contemplar la labor de los Equipos de Atención Primaria. En este sentido se han creado una serie de Unidades de Área, que por motivos de eficiencia, trabajan en más de una Zona Básica de Salud y son diferentes en cada zona en función de criterios demográficos y demandas asistenciales. Las unidades de Áreas son las siguientes:

- Unidades de Fisioterapia.
- Unidades de Salud Bucodental.
- Unidades de Matronas.
- Unidades de Pediatría de Área.
- Unidades de Atención Urgente. (PAC)
- Unidades de Atención a Domicilio (ESAD)

### **La Universidad de Salamanca**

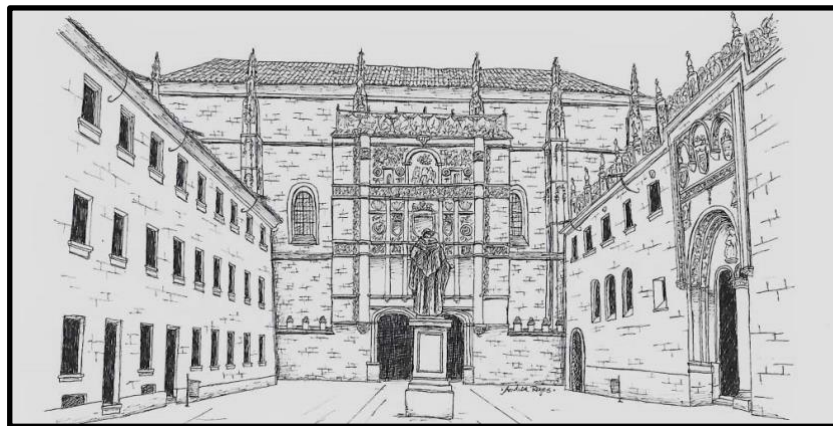
Fundada en el año 1218 por el Rey Alfonso IX, la Universidad de Salamanca es la más antigua de España. En el año 1254 fue reconocida por el papa Alejandro IV como una de las



cuatro mayores universidades del mundo, junto con las universidades de Oxford, París y Bolonia (319).

En el año 1254, el Rey concedió a la Universidad los privilegios de su Carta Magna, nombrando a conservadores, colocándolos bajo la autoridad del Obispo, el decano y el rector, eximiéndolo de las autoridades regulares y la asignación de salarios para los profesores. Los títulos académicos se presentaron en nombre del papa y del Rey en la catedral hasta 1830.

Durante el periodo medieval y moderno, la Universidad se financiaba con ayudas regias y pontificias. Con estos ingreso y alguno más se pudieron financiar cinco facultades oficiales; Derecho canónico, Leyes, Teología, Medicina y Artes-Filosofía, además de enseñanzas complementarias de Humanidades, Idiomas, Matemáticas y Música. Después de la Ley Moyano de instrucción pública del año 1857, las facultades de la Universidad se redujeron a las factultades de Derecho, Filosofía y Letras, y Teología, suprimida definitivamente en 1969. El gobierno local y el Ayuntamiento de Salamanca financiaron, como facultades independientes, las enseñanzas de Medicina y Ciencias entre los años 1869 y 1904, año en el que la financiación estatal se obtuvo durante el rectorado de Miguel de Unamuno. Después de este cambio, la Universidad se financiaría a partir de los derechos de matrícula y académicos, además de las cantidades que otorgaron los presupuestos generales del Estado.



**Figura 28. Universidad de Salamanca (319).**



**Figura 29. Universidad de Salamanca en los años 60 (319).**

## ***Odontología en Castilla y León***

Con respecto al ejercicio de la Odontología destacamos algunas figuras como: (320).

### ***-Ricardo Niño Villaverde***

Nacido en Salamanca en el año 1873 donde falleció en el año 1928. En la portada de su obra se nombra como "Cirujano-dentista", título que logró tras aprobar los tres ejercicios correspondientes en octubre de 1893. Durante muchos años fue ayudante de Highlands pasando después a ejercer la profesión a su ciudad natal. Desempeñó también el cargo de Subinspector de Odontología. En 1913 sería nombrado dentista del ejército para prestar sus servicios a la guarnición de Salamanca. Falleció en la capital charra el 13 de junio de 1928. Escribió una guía: *Higiene dental de niños y adultos*, editada en 1910 en Salamanca. Con fines altruistas, repartió esta guía gratuitamente a los profesores de instrucción primaria con el fin de que inculcaran a los niños la necesidad de cuidar su dentadura.

### ***-Félix Rodríguez de la Fuente***

Aunque conocido mundialmente como estudioso de la naturaleza, Félix Samuel Rodríguez de la Fuente tuvo una relación con la dentistería española cuando se especializara en medicina como médico estomatólogo. Nació en Burgos en 1928 dónde cursó sus primeros estudios en los Hermanos Maristas, siempre sin perder el contacto con la naturaleza en sus periodos vacacionales. Comienza la carrera de medicina en la universidad de Valladolid y una vez obtenido el título, pasa a especializarse en la



Escuela de Estomatología de la Universidad Complutense de Madrid, donde recibirá el tercer premio “Bernardino Landete” en el año 1957-1958 por su original trabajo Técnicas protésicas empleadas por los Acetreros del siglo XIV. Una vez logre el título de médico estomatólogo comenzará su ejercicio profesional en la consulta del Dr. Baldomero Sol Felip y será uno de los fundadores de la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA). Muy pronto, cuando en 1959 muere su padre, decide entregarse con mayor intensidad al estudio de la naturaleza hasta hacer de ésta su actividad principal a raíz de su gran poder de comunicación demostrado en un programa de televisión en el que dialoga sobre la cetrería. Sus series documentales pronto se hacen famosas en todo el mundo. Félix, obtienen el reconocimiento internacional siendo series premiadas. Rodríguez de la Fuente se convierte en referencia principal de los estudiosos de la naturaleza y sus contribuciones al mundo de la antropología son igualmente valiosas. Fallece en 1980 en un accidente.

#### **-Luis Sáenz de la Calzada**

Hermano de Isaac Sáenz de la Calzada nace y muere en León aunque pasó gran parte de su vida en Madrid cuyo paso por la Residencia de Estudiantes madrileña marcó definitivamente su vida. El espíritu de la Residencia para él quedaba recogido en la frase de Walter Benjamin: “grandeza sin fama, gloria sin brillo y dignidad sin dinero”. Allí conoció a García Lorca y se integró en su compañía de teatro “La Barraca” con la que, como actor, recorrió media España. Ingresó años después en el Teatro Nacional, por mediación de Luis Escobar, para esquivar la represión o el exilio. Vivió este dentista y biólogo militando en “La vanguardia silenciosa”, eje fundamental en su vida, sin especial interés en que su obra fuera muy conocida, aunque se convirtió en referencia para los artistas e intelectuales leoneses durante el franquismo. Luis Sáenz de la Calzada vivió a caballo entre las ciencias y las bellas artes. Trabajó como médico estomatólogo en León, llegando a ocupar la presidencia colegial en esta provincia, y llegó a ingresar en la Real Academia de Medicina del distrito de Oviedo, en 1974. Varios de sus artículos profesionales quedaron recogidos en las revistas odontológicas de la época.

#### **-Dr. García Palao**

Realizó un estudio experimental sobre fluorosis dental endémica en la localidad llamada Rollán, villa de la provincia de Salamanca cuyas fuentes de consumo de agua



procedían de un único pozo cuya construcción data del año 1908. El Dr. García Palao llevó a cabo un amplio estudio del tema. Analizó la patología local y general de los habitantes de la zona, aportó datos sobre la acción de los fluoruros en la profilaxis de las caries dentales y sobre las distintas manifestaciones de la fluorosis en los dientes. Llevó a cabo análisis químicos tanto del agua y como de dientes y de esta manera definió ciertos conceptos:

1. La severidad del moteado que provoca la fluorosis en el diente está íntimamente relacionado con la cantidad de flúor en el agua de bebida,
2. La fluorosis sólo se manifiesta en las personas que hayan consumido el agua fluorada en el momento de la odontogénesis.
3. El análisis cuantitativo del agua analizado de la zona piloto fue de 4,7 p.p.m
4. La presencia de caries es menor es los sujetos que tiene fluorosis que en aquellos que no la manifiestan.
5. La decalcificación de los dientes con fluorosis es más complicada que la de los dientes que no la presentan.

Este estudio tuvo especial importancia en dos de los simposium celebrados en aquellos años; el I Simposium Internacional sobre el Flúor en Madrid y el II Simposium Internacional sobre Flúor celebrado en Barcelona en 1975. Donde participaron numeroso y conocidos ponentes y se expusieron las inquietudes, avances y nuevos resultados de los estudios científicos sobre el Flúor.

En lo que concierne a la odontología castellano-leonesa de final de la centuria, se trata de una especialidad cada vez más preocupada por el estado de salud oral de su población, por la investigación y la promoción de programas de salud bucodental y prevención de enfermedades. Su preocupación por el estado de la salud bucodental de sus ciudadanos los llevó a realizar en los últimos años de la década de los 90 ciertos estudios epidemiológicos con el fin de poder adoptar medidas idóneas para los futuros programas o planes para conseguir la salud oral de su población:

En **1993** se realizó un estudio epidemiológico de salud bucodental en escolares de Castilla y León obteniéndose:

#### **Una prevalencia de caries**



- .del 52,32% a los 7 años
- .del 74,14% a los 12 años
- .del 82,84% a los 14 años

#### El CAOD

- .CAOD 0,46 a los 7 años
- .CAOD de 2,32 a los 12 años
- .CAOD de 3,62 a los 14 años

En **1999** vuelve a repetirse el estudio y se estudian grupos de edad de 6, 12 y 14 años. La prevalencia de caries disminuye hasta un 30% en los 6 años, 27,31 % a los 12 y 64% a los 14. El índice CAOD es de 1,05 a los 12 años y de 1,61 a los 14. A los 6 años este índice es casi imperceptible con un 0,06. La comparativa de los datos que se puede vislumbrar de ambos estudios nos refleja un marcado descenso del índice CAOD a la edad de 12 años de 2,32 en el primer estudio a un 1,05 en el de **1998**.

**AÑO 1993.....niños 12 años....índice CAOD = 2,32**

**AÑO 1999.....niños 12 años....índice CAOD = 1,05**

Estos estudios además de la recolección de muchos más datos e investigación sirvieron de base para el desarrollo del Programa de Salud Dental Infantil que fueron surgiendo, en los últimos años del siglo XX y primeros años del siglo XXI, gracias a la concesión directa a las Comunidades Autónomas de subvenciones para la promoción de actividades para la salud bucodental infantil a través de Reales Decretos promulgados en estos años con esa finalidad (320).



## 4.8 CATALUÑA



### 4.8.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Entre 1877 y 1970 el aumento total de la población en Cataluña ha sido de 3'4 millones de habitantes, de los que el 63% es de origen migratorio (es igual al no vegetativo) y el 37% de origen vegetativo (321,322).

La mortalidad española que, en comparación con la de otros países europeos, era excesiva en 1900 (del 28'8%) se fue reduciendo considerablemente. La supervivencia en todas las edades empieza a aumentar; especialmente destacable fue durante la primera mitad de siglo. La reducción de la mortalidad infantil, los progresos pediátricos, farmacológicos, así como los de puericultura. Se sumaron a la intervención por parte de los poderes políticos para la reducción de esta mortalidad.

En 1932 se crearía un Centro de Higiene Infantil en cada capital de provincia, y, entre otras medidas en 1941 gracias a la Ley de Sanidad Infantil y Maternal se fundarían los Centros Maternales y Pediátricos. Esta situación coincidió, sin embargo, con una disminución de la natalidad. Aunque ésta empezaría a producirse más tarde y de manera más suave que la reducción de la mortalidad, es por ello que el crecimiento vegetativo se mantuvo en un 37% en Cataluña.

A nivel regional, la natalidad en la industrializada Cataluña había empezado a disminuir con anterioridad al resto de España. Empezaría a reducirse en 1914 coincidiendo con la I Guerra Mundial, en la que España no participó, pero de la que sufrió consecuencias de todo orden (aumento de los precios, proceso de urbanización en el interior del país...)

La disminución fue especialmente brusca **entre 1928 y 1935** debido a la depresión económica y durante la guerra civil.

El crecimiento de origen migratorio de Cataluña fue tan acentuado debido a la existencia de dos corrientes:





- La existencia de una corriente emigratoria del campo a la ciudad. Existía una corriente considerable de Aragón, la Comunidad Valenciana y Murcia que emigraban a la zona industrial de Barcelona (que antes sólo contaba y le bastaba con la Cataluña rural).
- La existencia, por otro lado, de la reducción del número de emigrantes hacia otros países, provocada por una parte por la llegada en 1914 de la I Guerra Mundial y por el endurecimiento de las políticas de inmigración de los países americanos. A los emigrantes españoles no les quedó más remedio que el de emigrar de las zonas rurales y pequeñas localidades hacia las localidades industrializadas y mayores más cercanas.

Esta situación se vería alterada al llegar en 1936 la Guerra Civil y los años de posguerra en los que existió una sobremortalidad y una caída de la natalidad. Situación que se vio muy marcada en la comunidad de Cataluña.

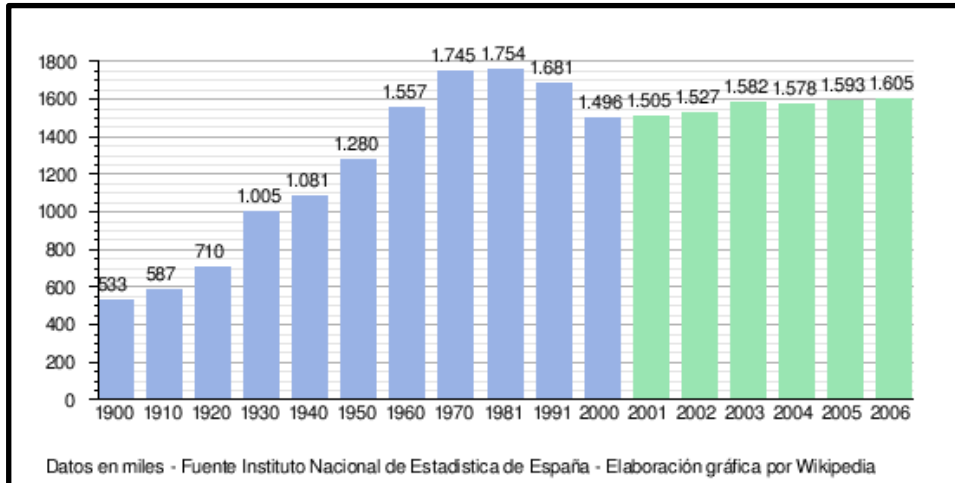
Fue en **el periodo de 1949 a 1964** con la llegada del *Baby-boom* en nuestro país y el éxodo rural hacia las zonas industrializadas cuando se volvió a observar de nuevo un mayor cambio de la situación demográfica en Cataluña (y en general en el país) que de nuevo presentaba tendencia al crecimiento:

- La creación de la Seguridad Social en 1963 conllevó a la reducción de nuevo de la mortalidad, con mayor tasa de éxito dentro de la población infantil.
- Con la llegada del desarrollo económico y la mejora de la calidad de vida en nuestro país, la tasa bruta de natalidad dejó de disminuir e incluso empezó a aumentar ligeramente a partir de 1954.

Como consecuencia de este ligero aumento sumado a la reducción de la mortalidad - con respecto a años anteriores- esto se tradujo en un aumento de la población joven provocando el fenómeno *baby-boom*.

**En 1950-1981** se produjo un gran éxodo del campo a la ciudad, la sociedad española se urbanizó. El exceso de mano de obra en el campo y la llegada de la mecanización agraria aumentaron los conflictos de la población rural, situación que se erradicó expulsando al campesino de su lugar de origen, los flujos se dieron hacia los grandes polos de desarrollo: a las regiones industrializadas entre las que destacaba Cataluña.

**Desde 1980** el hundimiento de la tasa de fecundidad provocó un enlentecimiento en el crecimiento de la población catalana; sin embargo, la llegada masiva de inmigrantes desde finales de los 90 hasta la actualidad ha provocado un nuevo despegue del número de habitantes del país en general.



**Figura 30. Evolución demográfica de la población de Cataluña en el siglo XX (322).**

## 4.8.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO

La sociedad catalana del siglo XX estuvo definida y marcada claramente por los aspectos políticos. Durante todo el siglo XIX los esfuerzos políticos en Cataluña estuvieron volcados hacia la consecución de una autonomía política, un autogobierno más que a la formación de un estado en sí mismo.

### Periodo de restauración (Reinado Alfonso XIII)

Esta situación fue cambiando en los últimos años del siglo XIX y primeros del siglo XX coincidiendo con la llegada de la crisis del sistema de la Restauración. Esta crisis y la existencia de un gobierno incapaz de controlar los conflictos a nivel internacional se hacían evidentes con la pérdida de las últimas colonias del antiguo imperio (Puerto Rico, Cuba, Filipinas y Guam).

Esta situación supuso un gran punto de inflexión y concienciación para la sociedad española, que se manifestó como primera vía en la mutación de los regionalismos en nacionalismos. De esta manera, aparecen en España cuatro nacionalismos bien definidos: español, vasco, catalán y gallego (323).



En el caso de Cataluña, aunque el regionalismo ya contaba con ciertos aspectos facilitadores de la conversión hacia nacionalismo (como por ejemplo, la potencia ya existente de la lengua, la literatura y la historia catalana) fue el auge de la burguesía, y la búsqueda por parte de ésta de aumentar sus intereses y aspiraciones a través de una “nación catalana”, lo que supuso el factor más desencadenante para tal conversión. Muchos de estos burgueses fueron los creadores de partidos políticos distintos a los existentes en España con la Lliga Regionalista a la cabeza.

Sin embargo la llegada de la Dictadura de Primo de Rivera en 1923 supuso una gran barrera y freno para este intento de conversión. El 18 de septiembre de 1923 se aprobó un Decreto: se sometería a jurisdicción militar a cualquier hecho que supusiese un ataque a la patria o a los símbolos representativos de ésta, así pues, se prohibió el uso de la bandera catalana y el empleo de la lengua catalana en la administración. Mientras también en los colegios normales se eliminarían las asignaturas de lengua y literatura catalana. Esto conllevó a una contestación por parte de los catalanistas que se empezaron a unir con las familias obreras, aumentando el número de conflictos contra el Gobierno Central.

### Segunda República

Durante la II República existe una resurrección del nacionalismo. Por un lado, Francesc Cambó y la Lliga apuestan por la monarquía y su continuidad y por otro lado el nacionalismo de izquierdas participa en el Pacto de San Sebastián agrupándose los partidos republicanos con el fin de acabar con la monarquía de Alfonso XIII (Esquerra Republicana de Cataluña, formada por la unión de varios partidos). Esquerra Republicana de Cataluña se alza con la hegemonía durante la II República y llevó a cabo la proclamación -aunque muy efímera- del Estatuto de Autonomía de 1932.

### Gobierno de Franco

Fue con la llegada del régimen franquista en 1939 cuando se produjeron mayor número de tensiones entre la sociedad y el nuevo Gobierno Cataluña. El franquismo supuso en Cataluña la anulación de las libertades democráticas y la prohibición de los partidos políticos (salvo la Falange Española Tradicionalistas y de la JONS, se controló la prensa y se eliminaron las entidades de izquierda así como, el Estatuto de Autonomía Catalán. Se prohibió el uso de la



lengua catalana en todo tipo de manifestación o sector público, escuelas, universidades, señalizaciones o medios de comunicación...).

Al convertirse el castellano en la lengua de la enseñanza y de la administración y medios de comunicación, y coincidiendo con la mejora económica y la instalación de empresas públicas del Estado en la región, esto fomentó la inmigración de numerosos españoles procedentes del resto de España, especialmente de Andalucía y Extremadura, que acudían a las áreas metropolitanas en búsqueda de trabajo en la industria y huyendo del sector agrario (324).

A pesar de la idea preconcebida de una Cataluña antifranquista, Franco se encargó de beneficiar a gran parte de una burguesía catalana, que o bien le apoyaba o como poco adoptó una actitud silenciosa. Cataluña se benefició con ello de la instalación de empresas públicas en la región así como de ciertos privilegios por parte de Franco.

### Periodo de transición

La muerte de Franco en 1975 da comienzo a la Transición. Se caracteriza por ser un periodo de incertidumbre política hasta que esta Transición culminaría con la instauración de la democracia en 1982 (325).

Se empezaron a reagrupar y formar los partidos políticos catalanes; en 1977 se restituyó la Generalitat de Catalunya con Josep Tarradellas a la cabeza y Cataluña se convertiría en una de las 17 comunidades autónomas de España. En este periodo de transición existieron numerosas movilizaciones obreras (como la de 1976), la renovación de los convenios colectivos, las reivindicaciones laborales y la falta de libertades existentes fueron unas de las principales causas que conllevaron a la instauración finalmente de la democracia y al fin del gobierno de Arias.

También influirían el papel de los universitarios y la nueva mentalidad juvenil que ansiaba igualarse a la mentalidad europea, así como el movimiento de mujeres y la protesta agraria. Todo ello, ayudaría a que nuestro país se decantara por el fin de la dictadura y la instauración de la democracia vigente en nuestros días.



### 4.8.3 CONTEXTO SANITARIO

La sanidad en Cataluña siempre ha tenido algunos rasgos peculiares, ya desde la creación de la Mancomunidad a principios del siglo XX se vienen elaborando planes y proyectos sanitarios. (324,325).

Durante el siglo XX, Cataluña ha tenido tres periodos de autogobierno que han definido un modelo sanitario propio y singular.

- 1) La Mancomunidad (1914 – 1924)
- 2) La Generalitat Republicana (1931 – 1939)
- 3) La Generalitat Monárquica (1977 – actualidad)

(Los años de transición así como, el periodo de dictadura de Franco, no contaban con tanta singularidad para ello).

#### 1. La Mancomunidad de Cataluña (1914 – 1924)

Los principales objetivos de la Mancomunidad eran los de modernizar y europeizar Cataluña y ello incluía la mejora de las contingencias sanitarias de los sectores de población más vulnerables. Para ello, la Mancomunidad contaría con escasos recursos económicos y además muchas limitaciones legales para afrontar los principales problemas sociosanitarios de una población industrial. En esta década de la Mancomunidad podemos apreciar dos periodos claramente diferenciables:

- Periodo de 1914 – 1919: se caracteriza por la exploración y el ensayo junto con el diseño del modelo sanitario a seguir. Se llevó a cabo una exploración de datos demográficos y epidemiológicos con el fin de conseguir una planificación objetiva de las principales necesidades de la población.
  - En 1917 se creó una oficina con el nombre de Servicio de Demografía y Estadística que recogía información sobre la prevalencia y consecuencias clínicas de las enfermedades de transmisión lúdica.
  - En 1918, con el fin de planificar más rigurosamente los problemas sanitarios se intentaría implantar un registro de morbilidad en Cataluña.
  - En 1919 se hizo un seguimiento epidemiológico de la epidemia gripal.

Se realizaban algunos ensayos de prevención como por ejemplo, el uso de mosquiteras o medidas químicas (quininización) contra el paludismo en zonas y población más



expuestas y vulnerables o trabajos orientados a la contención de endemias tuberculosas mediante diseños cartográficos de las zonas de mayor incidencia. Debido principalmente a la falta de recursos económicos se precedió a la concesión de subvenciones públicas a las instituciones o personalidades que tomaran ciertas iniciativas. Destacaremos el encargo por parte del presidente de la Mancomunidad en 1917, Enric Prot de la Riba al doctor Jacinto Darentó, para realizar una propuesta de “Regionalización sanitaria” que abarcase tanto los recursos materiales como los elementos humanos de todo el territorio y los organizase de forma coherente.

Esto supuso la base de la “División Sanitaria de Cataluña en 1922” por parte del Consejero de Sanidad catalán.

- El periodo de 1920 a 1924 se lleva a cabo una estructuración creando así una política sanitaria moderna, se traspasan ciertas competencias desde las diputaciones provinciales a la Mancomunidad; se crea el Departamento de Beneficencia y Sanidad directamente dependiente del Consejo Permanente (el órgano de gobierno de la Mancomunidad) y además se crean tanto un consejero como una comisión asesora específica para esta área.

Además, también destacan el inicio de los servicios de “lucha” frente a las enfermedades de transmisión hídrica, la mortalidad infantil, el cretinismo y el bono endémico. Se inició la vacunación antituberculosa y antitífica y se crearon las pautas de asistencia social a los tuberculosos y para los enfermos mentales curados con el fin de poder reinsertarlos en la sociedad de nuevo.

Se reforzaron y modernizaron las instituciones asistenciales propias (hospitales, maternidades, manicomios...) a través de subvenciones, de una manera ejemplar. Así como se fomentó la educación sanitaria de la población a través de charlas, carteles o libros divulgativos, etc.

Se acentuó la formación continuada de los profesionales de la salud a través de cursos y se crearon nuevas revistas médicas, laboratorios, investigaciones, etc. Esto supuso un excelente impulso para los profesionales que se implicaron enormemente y procedieron a expresarse a través de publicaciones de artículos, comunicaciones en congresos, etc.



## 2. La Generalitat Republicana (1931 – 1939)

Con la proclamación de la II República se iniciaría un nuevo periodo de autonomía política para Cataluña y con ello de nuevo un modelo sanitario catalán propio. Durante este periodo, a pesar de tratarse de un gobierno progresista, en el terreno sanitario se continuaría con la labor llevada a cabo por el Gobierno de la Mancomunidad. En el transcurso de este periodo de autogobierno catalán también se distinguen dos etapas:

- La etapa de 1931 – 1936
- Etapa de guerra hasta 1939

**Durante la etapa de 1931–1936**, simultáneamente a la creación de la Generalitat, se continuó, por orden del Consejero de Sanidad y Beneficencia D. Manuel Carrasco i Formiguera, con la propuesta de la División Sanitaria de 1922, así como las subvenciones a instituciones destacando la propuesta del Doctor Fernández Pellicer, quien realizó una encuesta a todos los hospitales subvencionados por la Generalitat y, siguiendo una de las propuestas más destacables de la Conferencia de Higiene Rural de la Sanidad de Naciones de 1931, propuso el establecimiento de tres niveles asistenciales:

- El primario: formado por el médico y/o el practicante.
- El secundario: por el hospital o centro comarcal con los servicios de medicina, cirugía, infecciosos y partos (contaba con aproximadamente 50 – 100 camas).
- El terciario o intercomarcal: con todas las especialidades.

Otra propuesta a destacar es la del Doctor Higiní Sicart que realizó un estudio sobre los seguros sociales (324,325). Todo este trabajo y continuidad de propuestas anteriores desembocaron en la aprobación de la Ley de Bases en marzo de 1934 por parte del Parlamento de Cataluña. A través de esta ley se organizarían los Servicios de Sanidad y Asistencia Social, atendiendo principalmente a los servicios sanitarios mínimos y a la ordenación territorial sanitaria y estructuración de los hospitales comarcales. Durante esta época se continuaría con la lucha muy activa contra las enfermedades venéreas, enfermedades mentales, lepra...

**La Guerra Civil (1936 – 1939)**, supuso una sobrecarga asistencial sanitaria en todo el país, incluido Cataluña pero no por ello se cambiaría el modelo sanitario catalán, si bien



algunas estructuras no se adaptarían a las condiciones de guerra por ejemplo, se contaría con ayuda de ciertas instituciones, ayuda internacional, sanidad militar, etc.

**Durante la Dictadura Franquista**, se continuaría con el debate (siempre en un tono más comedido) tanto entre los profesionales sanitarios exiliados como en el interior de los distintos modelos sanitarios. Durante este periodo destacaremos, el trabajo por parte del Colegio de Médicos de Barcelona en los años 50 que creó una sección efectiva de “Estudios sobre Hospitales” y en los años 60 la publicación de un “Plan General de Regionalización Hospitalario de Cataluña y Baleares.

### 3. Durante la Generalitat Monárquica (1977 – actualidad)

Con la llegada de la democracia a España, se recuperaría el autogobierno catalán y se reinstauraría la Generalitat en 1977. El intervalo de los 40 años transcurridos desde su abolición y todos los cambios económicos, sociales acontecidos durante tan largo periodo conllevaron a plantearse principalmente una gran duda, se debían plantear unos nuevos retos y olvidarse de toda la experiencia propia anterior o se debía continuar con la postura del cambio. Finalmente se optó por continuar con la experiencia histórica del modelo sanitario propio pero adaptándolo a las nuevas circunstancias (esta propuesta de adaptación llevó a numerosas propuestas por parte de los profesionales, destacando Nolasac Acarín, Carme Sous, Joaquín Vergés...).

Como hechos destacables encontramos:

- La celebración en 1976 en Perpignan (Francia) del X Congreso de Médicos y Biólogos Catalanes con ponencias dedicadas por ejemplo a “el paso de la Medicina individual a la colectiva”, se analizó “el concepto de salud”, las “perspectivas del futuro de la Medicina”...
- En 1976 el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona inició un estudio denominado “Gabinete de Asesoría en Planificación Sanitaria”.
- En 1978 se firmó el Decreto por el que se traspasaban las competencias desde el Ministerio de Sanidad de la Administración Central a la Generalitat de Cataluña.
- En 1981 se creó el “Institut Catalá de la Salut” y la Xarxa Hospitalaria de Utilizació Pública: ambos forman la red asistencial mixta que cubre sanitariamente todo el territorio catalán.





- En 1991 se aprobaría en el Parlamento la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) que universaliza la atención sanitaria a toda la población y separa la planificación de la financiación y servicios a los ciudadanos. Para ello, se crea el Servés Catalán de Salut (CatSalut), organismo encargado de pagar los servicios sanitarios ofrecidos a la población a través de instituciones tanto públicas como privadas (325).

## **Odontología en Cataluña**

En Cataluña la entidad general más antigua relacionada con nuestra profesión odontológica fue *“la Unión de Cirujanos, Ministrantes y Practicantes de Barcelona”*. No se tiene excesiva información acerca de ellos, pero tenemos ciertos datos a través de la revista *“La Lanceta”*. Parece ser que se fundó entre el año 1857, año en el que aparece el Título de Practicante, y 1887, que fue cuando se creó el definitivo *Círculo Odontológico de Cataluña*.

En 1879 aparecieron dos nuevas entidades: el *“Institut Estomatológico de Barcelona y el Primer Círculo Odontológico de Cataluña”*. (El primero albergaba a los médicos y el segundo a los cirujanos dentistas. (326,327). Estas dos entidades se unirían en 1935-1936, obviando la lucha general que existía entre odontólogos y estomatólogos, y tomarían *“El Círculo Odontológico de Cataluña, La Sociedad Decana”*. Las labores de esta entidad dentro de todos los campos odontológicos fueron numerosas, pero destacó fundamentalmente la labor higienista y la lucha a favor de la profilaxis dental.

En Cataluña surgieron numerosas Asociaciones Odontológicas y Academias antes de reunificarse geográficamente en 1930 y crearse el Colegio de la II Región: Barcelona, Lérida, Gerona y Tarragona. Se trata del Colegio Oficial de Odontólogos de Cataluña. Lograron en muchos casos actuar en común y como consecuencia de esta unión lograr el triunfo en campo como: (327)

- En 1906 se crea el Cuerpo de Dentistas Municipales introduciéndose en Cataluña la Asistencia Dental Pública.
- En 1912 se llevó a cabo un concurso de higiene dental escolar, gran labor realizada en la lucha por la prevención.
- En 1932 la *“Asociación de Odontólogos de Lengua Catalana”* lleva a cabo en un Instituto de Segunda Enseñanza de Palma de Mallorca la que llamó *“Fiesta de divulgación odontológica infantil”*; cuyo objetivo era difundir en las escuelas, fábricas y talleres, la higiene dental pública.



- En 1933 consiguen que el Gobierno de la Generalitat se implique y se abre una sección por parte de la Regiduría de Sanidad para la lucha especializada contra la caries.
- En 1936 tiene lugar el “Festival de higiene y profilaxis dental escolar”; se lleva a cabo por parte del Círculo Odontológico de Cataluña, se proyectan sobre el tema y se conceden premios.
- En 1941 las asociaciones de odontólogos, agrupaciones, academias, etc, pasan a agruparse o formar parte de los colegios oficiales de odontólogos que se estructuran geográficamente según regiones:
  - Región II: Colegio Oficial de Odontólogos de Cataluña que abarca las regiones de Barcelona, Lérida, Gerona y Tarragona; y cuya primera presidencia fue llevada a cabo por Amado Sevaller Carral.
- La etapa comprendida desde la llegada de la Guerra Civil hasta el final del gobierno franquista se caracteriza por un denominador común: la depuración de maestros, funcionarios y otros profesionales que estuviesen en contra de la ideología del nuevo gobierno.

Esto supuso en muchos de los odontólogos implicados en los procesos de depuración, ciertas consecuencias, las cuales fueron muy diversas y ligadas directamente a las decisiones de las autoridades franquistas: sobreseimiento de la causa, absolución, privación del ejercicio de la profesión temporalmente o de forma perpetua, traslado forzoso del lugar de residencia y trabajo, inhabilitación profesional en un lugar concreto o en la provincia.

Este proceso depurativo se inició con la imposición de presentar una declaración jurada, en la que los médicos y odontólogos tenían que descubrir su trayectoria profesional y personal (especialmente de los años bélicos). Basándose en estas declaraciones y principalmente en informes del Servicio de Información Militar se procedía a clasificar los expedientes en:

- Grupo A: aquellos médicos/odontólogos “sin dudas acerca de su actuación y adhesiones al Glorioso Movimiento Nacional”.
- Grupo B: aquellos que precisan de un informe para aclarar su situación.
- Grupo C: “posibles sujetos de sanción”.

En concreto el documento sobre la depuración de los odontólogos de Barcelona contenía una lista de siete sumarios y tres causas a diez odontólogos: prácticamente todos los



odontólogos del documento formaban parte de “posibles sujetos de sanción”. Entre estos odontólogos había destacados profesionales como José M. B que en 1935 participó en la creación del Colegio Oficial de Odontólogos de Cataluña.

Con la llegada de la democracia a nuestro país se recuperaría el autogobierno catalán.

La Generalitat catalana volvió a luchar por la experiencia del modelo sanitario propio, surgiría años después en 1981 el Instituto Catalán de la Salud y posteriormente se universalizaría la atención Sanitaria a toda la población creándose el Servicio Catalán de Salud (CatSalut). En los últimos años del siglo XX, la Seguridad Social, en lo referente a la salud bucodental, sólo contempla la realización de un mínimo de tratamientos, consistentes básicamente en la extracción dentaria, como tratamiento estrella y que son realizados por los denominados “dentistas de cupo”.

A raíz de la promulgación de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria y a efectos de dicha ordenación, se crea un ente público, el Servicio Catalán de la Salud, configurado por todos los centros, servicios y establecimientos públicos y de cobertura pública de Cataluña, al cual corresponden entre otra funciones la gestión y administración de los centros y los servicios y prestaciones del sistema sanitario público.

Los servicios de salud bucodental en Cataluña se prestan a través de la red de odontólogos de atención primaria, ubicados físicamente en los centros de atención primaria y conformados por un equipo de un dentista más un auxiliar. Los servicios de Odontología se realizan mayoritariamente a nivel de la consulta odontológica, dentro del centro de atención primaria, pero en algunos casos lo combinan con algunas actividades de salud comunitaria en los colegios como por ejemplo revisiones escolares, charlas, vídeos, etc. Normalmente los pacientes son derivados, la población infantil, a través de las revisiones odontológicas realizadas en los colegios o por parte del pediatra. En los casos de la población adulta suelen acudir por voluntad propia o bien en casos especiales, como en las embarazadas, a través de programas especiales para el embarazo que existen en los centros de salud.

El Plan de Salud de ámbito autonómico es el documento de referencia para las actuaciones que realizan los odontólogos y que en el año 2000 tenía como objetivos (326):

- Al menos el 75% de los escolares de 6 años libres de caries.
- Al menos el 50% de los escolares de 12 años libres de caries.



- El índice CAOD en los escolares de 12 años sea inferior a 2.

Existen algunas coberturas de atención especial a pensionistas, ancianos, o algunos grupos de pacientes especiales tales como:

- Tercera edad: programa de tratamiento integral para la atención a mayores de 60 años con pensiones no contributivas (tratamiento dental completo, restaurativo y protésico sin coste para el paciente). Cupo máximo de 150 pacientes por año desde 1991.
- Programa de atención dental a pacientes con coagulopatías congénitas: desarrollado en ámbito hospitalario con actividades preventivas, restauradoras y quirúrgicas (las actividades protésicas y ortodóncicas deben ser costeadas por el paciente).
- Programa de atención dental a pacientes seropositivos: desarrollado en un centro de la Diputación de Barcelona desde 1999 en colaboración con la ONG Odontología Solidaria para restaurar la salud oral de pacientes rehabilitados.
- Asistencia odontológica a los internos e internas de los centros penitenciarios y menores y jóvenes de los centros educativos de Cataluña: con cobertura de revisiones y diagnósticos, conservadora (obturaciones y endodoncias) y prótesis.

Dentro de la Odontología del siglo XX en Cataluña destacaron profesionales, que además de su excelente técnica, ejercieron gran influencia en la docencia y prevención de la salud dental:

#### ***José Boniquet Colobrans***

Médico catalán, nació en Gerona en 1856, estudió en el hospital de la Santa Creu de Barcelona. En la portada de alguno de sus libros se nombra "Médico-Cirujano, especialista en las enfermedades de la boca", dando cuenta de su actividad como dentista en la Casa Municipal de Misericordia, del Asilo de San Juan de Dios, de los Talleres Salesianos, etc. En su época fue de los dentistas catalanes más acreditados dominando varias parcelas de la especialidad aunque con mayor actividad se dedicó a la profilaxis buco-dental. Es autor de más de doscientos escritos en revistas españolas y extranjeras, destacar en 1898, un tratado de mérito titulado *Higiene razonada de la boca*, o sea consejos útiles para su conservación, que tendría una segunda parte al año siguiente (327).



**Figura 31. José Boniquet Colobrans (327).**

### ***Pedro Carol***

Nació en Sabadell en 1852. Es uno de los pronombres de la odontología catalana. El 30 de octubre de 1871 finaliza los estudios de practicante tras aprobar el examen de reválida y trabaja en el Hospital de la Santa Creu de Barcelona como ayudante de cirugía del Dr. Torrent. Seis años después se le convalidaría el título por el de "Cirujano-dentista". Hasta 1884 fue redactor de la revista "*La Lanceta*" y ocuparía los cargos de presidente y secretario de la "*Unión de Cirujanos, Ministrantes y Practicantes de Barcelona*". Participó en 1879 en la creación del primer Círculo Odontológico de Cataluña que se fusionaría con el Instituto Estomatológico de Barcelona creado por Bruguera Martí. En 1900, formó parte de la comisión encargada de visitar a S.M. la Reina con motivo de poner en marcha la reforma de los estudios odontológicos en España que culminaría con la creación en 1901 del título de Odontólogo. En la sesión inaugural del curso de 1921 el Círculo le tributó homenaje celebrando sus bodas de oro con la profesión. Falleció en Barcelona en 1923 siendo el decano de los Cirujanos-dentistas españoles, encontrando continuación de su obra en la persona de su hijo ***Juan Carol i Monfort***, uno de los máximos exponentes de la odontología catalana del presente siglo. Su producción científica la componen varios artículos de la especialidad publicados en la revista "*La Odontología*".



### **Juan Carol i Monfort**

Hijo del odontólogo Pedro Carol Martí que ejerce en Manresa y Barcelona. Estudia el bachillerato en los Padres Escolapios de San Antonio de Barcelona y se tituló en 1905. Realizó los tres primeros cursos en la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, que son los que se requieren en ese momento para hacer Odontología en Madrid, donde se licencia en 1908 con la calificación de excelente. Fue discípulo de Florestán Aguilar, que le propone que se quede de profesor con él en Madrid, pero Joan Carol decide finalizar la carrera de Medicina mientras ejerce de odontólogo al lado de su padre. Tres años después, Joan Carol vuelve a la Facultad de Medicina de Barcelona y obtiene la licenciatura en Medicina y Cirugía en 1912. Prepara la tesis doctoral “Los modernos Procedimientos terapéuticos en las fracturas de maxilar”, la cual lee en la Universidad Central de Madrid en 1913. Joan Carol trabaja simultáneamente en la consulta privada a la vez que hace asistencia odontológica gratuita a la población escolar. De 1913 a 1915 ocupa en el Hospital Clínico la plaza de médico odontólogo, y seguidamente pasa a ejercer en el Hospital de Sant Pau donde permanece hasta 1958. Director del Servicio de Estomatología, inicia una intensa actividad docente y crea la Escuela de Estomatología de Barcelona donde imparte cursos anuales hasta 1958. Joan Carol es el impulsor de la Radiología como ciencia complementaria de la Odontología. Joan Carol obtiene numerosos méritos profesionales:

- Secretario de la Federación Odontológica Española de 1911 a 1913.
- Obtiene la plaza de subinspector de Odontología en 1914.
- Participa como secretario en el VII Congreso Odontológico Español
- Obtiene la Medalla de Oro del VII Congreso de Odontología y Estomatología que se celebra en Roma en 1922.
- Es nombrado presidente del Círculo Odontológico de Cataluña en 1924.
- Es nombrado presidente de la Federación Odontológica Española en 1925, cargo en el que permanece hasta el año 1927.
- En el año 1927 ostenta la presidencia del X Congreso Odontológico de España y es nombrado socio de mérito del Círculo Odontológico de Cataluña.
- En 1930 es elegido presidente del Colegio Oficial de Odontólogos de la 2ª Región.
- En 1931 se le otorga la presidencia de la Sección de Estomatología de la Comisión Científica del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y ese mismo año es nombrado director de la revista Archivos de Odontología de Cataluña.



En 1916 comienza la labor docente de Joan Carol con la presentación en el Claustro de la Universidad de Barcelona de un discurso que se titula Proyecto de reglamento de los estudios de Estomatología. Se trata del Plan de Estudios de Odontología que aplica a su Servicio del Hospital de Sant Pau y que supondrá un gran éxito y será publicado en la revista *La Odontología*. En enero de 1914 se inaugura en el Hospital de la Santa Cruz el primer dispensario gratuito en Barcelona, dirigido por el Dr. Joan Carol y Monfort y destinado a "*Enfermedades de la boca y los dientes*". Su actividad fue enorme, tal como lo demuestran las estadísticas publicadas en los Anales del Hospital. En 1930, con la inauguración del moderno Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, el dispensario se dotó de tres salas, situadas en el semisótano del Pabellón de la Administración y equipadas con todo el material propio de la especialidad. Hasta entonces sus medios habían sido tan limitados que los odontólogos incluso tenían que utilizar su propio instrumental. Joan Carol se convierte en el primer médico estomatólogo elegido académico numerario de la Real Academia de Medicina de Barcelona realizando su discurso de ingreso en 1955. Se realiza, con este motivo, un homenaje en su nombre por parte de la profesión médica barcelonesa, encabezada por los doctores Molleda, presidente del Colegio Oficial de Odontoestomatología de Barcelona, y Cornudella, presidente del Cuerpo Facultativo del Hospital de Sant Pau. Además de esta conmemoración, en 1958, Joan Carol es objeto de un segundo homenaje en el que se festejan sus bodas de oro con la Odontología, un acto en el que el Colegio de Odontólogos de Barcelona le entrega la Medalla de Oro de la institución. Posteriormente, en 1962, recibirá la Encomienda de la Orden Civil de Sanidad.

### **Ramón Pons y Oms**

Nació en noviembre de 1868 en la villa barcelonesa de Canet de Mar. Su tío, médico de Zarauz, le aconsejó estudiar la carrera de Cirujano-dentista. Trabajó durante los estudios con D. Cayetano Triviño. Concluida la carrera, en 1894, amplió sus estudios en la Escuela Dental de París asentándose a la vuelta en Barcelona. Fue socio del "Círculo Odontológico de Cataluña" donde se encargó repetidas veces de la presidencia. Junto con su compañero en la clínica de Triviño, Luis Subirana, fundó la revista "*La Moderna Estomatología*" en la cual se publican numerosas colaboraciones, así como en las de otras muchas revistas profesionales de la época. Participó activamente en la reforma del título de odontología. Falleció en Barcelona el 14 de diciembre de 1935. Ramón Pons y Oms es autor de un importante Tratado de



Odontología que sería libro de texto en la Escuela de Odontología de Madrid y tuvo tres ediciones. Además de esta reseñable obra publicó Compendio de Patología y Terapéutica (Madrid, 1905) y Manual de Odontología (Madrid, 1910).

En las últimas décadas del siglo XX

***Josep Maria Ustrell Y Torrent***

Doctor en Medicina y Cirugía (1985), especialista en Estomatología (1982). Nombrado director del Museo Odontológico de Cataluña en el año 1984. Presidente de la Comisión de Salud Bucodental de la Generalitat de Cataluña desde 1997 a 2004. Fundador y vicepresidente en el año 2000 de la Sociedad Española de Odontología Infantil Integrada. Ha publicado 13 libros, 6 opúsculos, 66 capítulos de libro y 209 artículos. Director de más de 30 tesis doctorales. Su labor dentro de la Odontología catalana y nacional se mantuvo al inicio del siglo XXI y a día de hoy continua siendo muy activa (328, 329).



## 4.9 EXTREMADURA



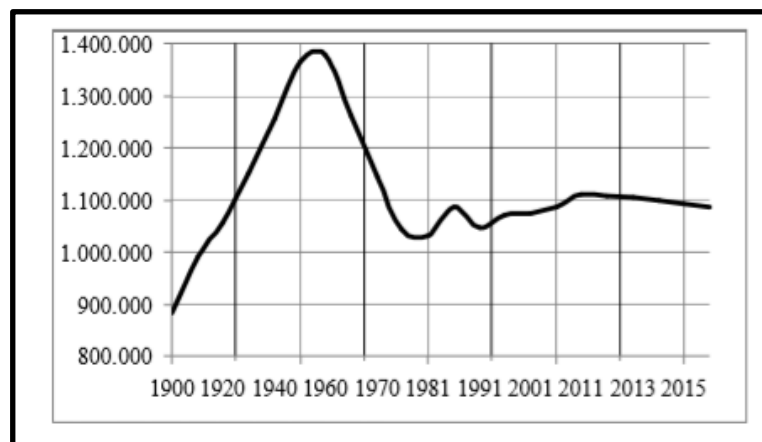
### 4.9.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

El comportamiento demográfico de la comunidad autónoma durante el siglo XX ha atravesado dos fases bien diferenciadas: (330)

- Hasta la década de los 60: Extremadura registró un continuo crecimiento y se registró el censo más alto (1.406.329 personas).
- A partir de los años 70: se produjo una pérdida de población que ha vivido su fase más crítica entre 1960 y 1980, años en los que Extremadura perdió 330.000 habitantes. El principal factor determinante de esta circunstancia fue la emigración alentada por los Planes de Estabilización impulsados por el Gobierno de Franco (programa político fundamentado en austeridad económica, recorte del gasto público, congelación salarial, devolución de la moneda y promoción de inversiones extranjeras para enganchar al país al desarrollo europeo).

Debido a estas medidas la población se vio obligada a abandonar las actividades agrícolas y a buscar una salida económica a través de la emigración a las ciudades españolas más industrializadas, como eran Madrid, Barcelona o País Vasco y/o a Europa Central.

Existe una considerable disminución de la mortalidad infantil en Cáceres a partir de 1930 respecto al resto de España gracias a la Inspección Provincial de Sanidad y al director del Instituto de Higiene, el Dr. Francisco Ruiz- Morote Coello.



**Figura 32. Evolución de la población de Extremadura en el siglo XX (330).**



## 4.9.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO

En Extremadura a principios del siglo XX existió un predominio total del latifundismo, integrada en su mayor parte por la nobleza y en otros casos por la burguesía, tratándose principalmente de terratenientes, grupo social de más carácterístico de esta región que no fue capaz de movilizar adecuadamente sus recursos y no los invertiría en la región por lo que se convertiría en uno de los responsables directos de su escaso progreso y mínima industrialización.

Existía una clase media poco numerosa debido a esta escasa industrialización de la región y unas clases bajas mucho más numerosas pertenecientes al mundo rural en su mayoría, e integradas fundamentalmente por pequeños campesinos, yunteros y jornaleros. Este grupo humano se caracterizó por sufrir largas épocas de hambre y miseria que desembocaban en conflictos sociales y la escasez de recursos que obligaban a este sector de la población a emigrar.

Desde el punto de vista económico y social por lo tanto, la provincia queda definida por su escaso desarrollo y dinamismo económico y por la pervivencia de una estructura social arcaica. El conjunto de estos factores determinó el estado de precariedad de gran parte de su población, que en un elevado porcentaje sufría las consecuencias de la malnutrición y una elevada incidencia de la enfermedad. La mortalidad alcanzaba unas tasas superiores al resto del país que se compensaban sin embargo, con unas tasas de natalidad elevadas en la región. La mortalidad infantil era enorme y las enfermedades transmisibles ocupaban un elevado número dentro de las causas de defunción, el paludismo tuvo una elevada incidencia debida tanto a las condiciones geográficas y climáticas como a la insalubridad, así como también, los estados de malnutrición crónica de gran parte de la población. La tuberculosis o infecciones respiratorias y gastro-entéricas también tuvieron una elevada incidencia. (331, 332).

## 4.9.3 CONTEXTO SANITARIO

El ejercicio profesional en las distintas regiones extremeñas estuvo muy condicionado tanto por sus características demográficas y económicas como por el enorme arraigo del caciquismo que existía en todo el territorio de Extremadura; el cacique contaba con el poder



de la administración local y el aparato judicial y por ello, se encargaba del nombramiento o la destitución de los médicos titulares según la fidelidad que estos demostrasen. Esto supuso numerosos abusos para/hacia los médicos titulares por parte de la actitud caciquil de las autoridades municipales. Fue precisamente la necesidad de poner fin a estos abusos lo que impulsó a la organización de estos profesionales creándose los Colegios de Médicos, ocurriendo en las principales capitales como por ejemplo en Cáceres, en el año 1901, naciendo además, asociaciones y sindicatos médicos.

Además de la problemática de los abusos de estos médicos, los colegios intervinieron en situaciones como:

- Establecimiento de igualas mínimas.
- Problemas derivados de la superpoblación médica en algunas provincias, y solucionaban las faltas ético-odontológicas que cometían los propios médicos.
- Inspección de las Sociedades de Socorros Mutuos.
- Crearon Fondos de ayuda para socorrer a familias de médicos fallecidos.
- Redactó una nueva Ley de Sanidad y crearon el Ministerio de Sanidad específico.

El asociacionismo médico así como el sindicalismo tuvieron poca relevancia durante los primeros años y, por tanto, poco efecto distorsionador sobre estos colegios.

**-Sociedades de socorros mutuos:** A principios del siglo XX surgen en Cáceres las primeras sociedades de resistencia y de socorros mutuos que se iniciaron con la clara intención de amparo de la clase obrera ante las adversidades de la vida así como, prestar atención a sus necesidades básicas en las situaciones difíciles como enfermedad, vejez, muerte, etc. (En 1902 se constituye la primera sociedad obrera cacereña: “Sanidad de Ebanistas, Carpinteros y Similares del oficio”).

**-Centros de higiene rural:** En la década de los años 30, el Gobierno de España adopta iniciativas de salud en el ámbito internacional y crea los centros de salud del medio rural. El primero de ellos fue el “Centro Secundario de Higiene Rural de Trujillo”, que tendría una importante labor dentro de la medicina preventiva y social.

La huelga general agraria, pandemia grupal o la huelga de médicos titulares, entre otros motivos, fueron algunos de los acontecimientos que despertaron en los políticos el afán de la



reforma en materia de salud, dirigida al campesino y al mundo rural en gran parte (recordemos que todavía en 1930 un 58% de la población aproximadamente vivía en núcleos rurales con pocos habitantes).

En este proceso resultó decisiva la colaboración de la “Fundación Rockefeller”, que constituyó el vehículo de extensión del modelo norteamericano de los Centros de Sanidad Rural en Europa. En 1929 regresó (gracias a la beca concedida por dicha Fundación) de su estancia en Estados Unidos el Dr. Francisco Ruiz Morote Coello, Inspector Provincial de Cáceres, e inició en esta provincia un Programa (pionero en España) Integral de Salud Pública. Comenzó reforzando los recursos existentes en el Instituto de Higiene (dispensarios antivenéreos, antituberculosos y antipalúdicos, así como la sección de vacunaciones), y creó las secciones de estadísticas y Epidemiología.

En 1931 se inició la implantación de una red de centros de higiene (primarios, secundarios y terciarios) desde los que se actuó sobre todos los campos de la higiene y la prevención (incluía tanto las patologías más prevalentes como paludismo o tuberculosis), así como, la salubridad de las viviendas, el suministro de aguas potables y la eliminación de excrementos. Este modelo de Centros de Higiene a tres niveles procedía de Estados Unidos, y se implantó en numerosos países europeos y en él diferenciamos:

- Centros de higiene primarios: actuaban contra las enfermedades prevalentes en su distrito, proporcionan protección materno-infantil, educación sanitaria para la población, intervienen en el saneamiento y dan atención médica en caso de urgencia.
- Centros de higiene secundarios: eran coordinadores regionales aportando los recursos de laboratorio y secciones de enfermedades venéreas y tuberculosis.
- Centros de higiene terciarios: coincidirían con el Instituto Provincial de Higiene.

Los Centros secundarios tenían una gran consideración estratégica dentro de la futura organización sanitaria y debían estar dirigidos por personal especializado en Sanidad Nacional (por lo que fue importante el papel de la Escuela Nacional de Sanidad). Todos estos centros secundarios contarían con: atención maternal, puericultura, higiene escolar, odontología, oftalmología, ORL, tuberculosis, venéreas, laboratorio y rayos X (todos a cargo de



especialistas). Cuando estos especialistas no existían en alguna localidad, se les transportarían desde la capital en horas concertadas para visita.

Las obligaciones de los directores de estos centros secundarios eran entre otras:

- Estudiar la comarca y designar los lugares idóneos donde instalar los centros primarios (para lo que consideraban el reparto de la población, su cercanía o no a los centros secundarios), los criterios epidemiológicos de necesidad y la colaboración y entusiasmo de los médicos titulares que serían los encargados de dirigir los centros primarios.
- Los centros primarios serían dirigidos por los médicos titulares (previa capacitación obtenida en el Instituto Provincial). Éstos serían auxiliados por la matrona y practicante de la localidad y por la instructora de Sanidad ambulante o enfermera.
- Sanatorio en la ladera de la montaña o sanatorio “Victoria Eugenia”.

España, a principios del siglo XX, se llenó de propaganda divulgativa de “*No escupir*”. El rey Alfonso XIII (huérfano por culpa de la tuberculosis), creó junto a su esposa Victoria Eugenia, el Real Patronato de Dispensarios e Instituciones Antituberculosas en el año 1907. El de Cáceres fue construido en 1930 con el nombre de Sanatorio Victoria Eugenia y se convirtió en un centro donde las clases sociales más altas de la ciudad y de la nobleza de aquellos territorios fundamentalmente acudían para descansar, comer bien y respirar aire puro y sano. Sería el descubrimiento de la estreptomocina y posteriormente la rivampicina y con este la cura de la enfermedad, lo que provocaría el abandono y ruina posterior de este centro.

En Extremadura destacaron figuras como:

**Ruiz-Morote y sus aportaciones a la sanidad pública: Conferencia de Higiene Rural de Ginebra (1931) y la Public Health Demonstration.**

Tras la devastación de la Primera Guerra Mundial prácticamente todos los países intentarían beneficiarse de las subvenciones de la Fundación Rockefeller que fue una de las instituciones más activas internacionalizando la sanidad pública. En España durante la década de 1930 se desarrolla en Cáceres una gran labor de Sanidad Preventiva. A las provincias de Cáceres llegan los Centros de Higiene Rural y esta labor es iniciada y desarrollada por el inspector provincial de Sanidad el Dr. Ruiz-Morote Coello, el cual recibió una beca por parte de la Fundación Rockefeller y pudo absorber todos los conocimientos pioneros del sistema de sanidad de Estados Unidos y aplicarlo en su provincia al ser nombrado Inspector Provincial de



Sanidad. Para ello, tuvo gran relevancia tanto por un lado la participación del Dr. Ruiz-Morote en la Conferencia Europea de Higiene Rural de Budapest (1925), y su influencia en la Conferencia Europea de Higiene Rural posteriormente celebrada en Ginebra en 1931, así como, por otro lado, el desarrollo de la Public Health Demonstration llevada a cabo en el Instituto Provincial de Higiene de la capital bajo el auspicio de la Fundación Rockefeller.

A finales de 1925 el Inspector Provincial de Sanidad cacereño es becado por la Fundación Rockefeller para formarse en Estados Unidos en el campo de la Sanidad Pública. En 1929, gracias a un Convenio de Colaboración firmado con la fundación, la ciudad de Cáceres y su Institución Provincial de Higiene se convertirían en el centro de una Public Health Demonstration destinada a aplicar un modelo de Medicina Social y Preventiva innovador en nuestro país. Desde este instituto cacereño se pretendía: "el propósito de la Mancomunidad es disponer de Dispensarios de Higiene Social de la Higiene en casi todos los pueblos de la provincia en los que se atiende preferentemente a las necesidades de la higiene infantil y maternal aparte del control de las enfermedades infecciosas, tuberculosis, sífilis, paludismo y tracoma; de centros secundarios más completos que coordinan los servicios de grandes distritos".

En 1930, España propondría la celebración de una conferencia Europea sobre Higiene Rural. En 1931 una importante comitiva española acudirá a la Conferencia que tuvo lugar en Ginebra. Su presidente Gustavo Pittaluga diría estas palabras: "esta conferencia se celebra como consecuencia de los esfuerzos emprendidos por España para remodelar su vida interna". Dentro de las pautas recomendadas se incluían programas de seguros y centros rurales de salud, es decir, suponía una mayor internacionalización del modelo de Stampar según el cual el concepto de salud es: "estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedad". Stampar, 1945; OMS, 1946. Estos institutos de higiene empezaron a funcionar a partir del Estatuto de 1925, y entre ellos, despuntó el Instituto de Higiene de la ciudad de Cáceres. Cabe destacar la importante labor que llevó a cabo su personal dentro de la sanidad escolar. Durante los años veinte se había empezado a desarrollar la inspección médico-escolar por iniciativa de los ayuntamientos (destacando la ciudad de Bilbao) y por parte de los Institutos de Higiene destacando, como ya hemos dicho, la ciudad de Cáceres.

Los políticos republicanos de nuestro país de aquellos años desempeñaron dos papeles importantes con respecto a esta inspección médico-escolar:

- Por un lado intentan solucionar la dispersión de la intervención sanitaria en los centros escolares creando en 1932 una comisión directiva que se encargase de unificar la



inspección médico-escolar (tanto las locales como las nacionales), dependientes todos los Ministerios de Instrucción Pública y Bellas Artes.

- Por otro lado, dan un gran impulso (indirectamente) a la labor de esta inspección médico-escolar a través de la potenciación de los institutos provinciales de higiene. Esta segunda perspectiva favoreció enormemente a la Provincia de Cáceres y, dentro de ésta, a la localidad de Trujillo. La dictadura de Primo de Rivera tenía entre sus estrategias sanitarias implantar los Institutos de Higiene; ello se lleva a cabo y se manifiesta a través del Estatuto Provincial del 20 de marzo de 1925, que impone a las diputaciones la obligación de crear centros sanitarios destinados a organizar servicios sanitarios, sociales y de carácter higiénico en la provincia. Con la llegada de la República se mantienen estos institutos provinciales de higiene, procurando extender esta medicina preventiva por el medio rural y creándose para ello una red de centros rurales de higiene por todas las provincias españolas.

La provincia de Cáceres, debido a las elevadas tasas de mortalidad infantil que alcanzaba en aquellos años y la necesidad de luchar contra ella, llevaría a cabo un gran despliegue sanitario y se convertiría en una de las provincias pioneras en la implantación de estos centros sanitarios.

El Centro Secundario de Trujillo fue el primer centro secundario de higiene que empezó a funcionar y tenía como propósito dos tipos de proyectos sanitarios:

- Por un lado, servían de apoyo, controlaban y hacían el seguimiento de los pequeños centros primarios que se instalaron en los pueblos de su comarca.
- Por otro lado, atendían directamente a los habitantes de su localidad dotándolos para ello de una organización de dispensarios, de unas instalaciones, de un personal especializado, en resumen, dotándolos de servicios como: antituberculoso, antivenéreo, oftalmología, odontología, otorrinología e higiene infantil (dentro de este último se encontraba ubicado el servicio de inspección médica escolar).
- Dr. Francisco Ruiz-Morote Coello y sus aportaciones a la Sanidad Pública (provincia de Cáceres).



Los primeros centros primarios de Higiene se ubicarían en Plasencia, Trujillo, Navalморal de la Mata y Hoyos, y servían de complemento y apoyo al Centro Terciario o Instituto Provincial de Higiene de Cáceres. Estas experiencias innovadoras en medicina preventiva-social de la provincia de Cáceres supusieron la base para que su gestor el Dr. Ruiz-Morote fuera elegido por nuestro gobierno como representante en la Conferencia Europea de Higiene que se celebra en Budapest en 1925. Esta conferencia estaba destinada a abordar la asistencia social y el saneamiento rural en los países europeos.

La influencia y extensión de la Public Health Demonstration por el entorno rural sirvió para aportar a la delegación española que asiste a Budapest, una información sustancial acerca de los problemas y dificultades que se generan en el entorno rural así como definir el modelo sanitario más susceptible de ser aplicado victoriosamente dentro del entorno agrícola europeo. En esta conferencia de Budapest se llega a la conclusión de la necesidad de instaurar en las regiones rurales “Centros de Sanidad” que cuenten con al menos dos dispensarios (los cuales son maternidad y tuberculosis), y con un médico, una enfermera visitadora, un controlador sanitario y un conserje.

Los centros primarios o locales estaban más orientados a la protección de la maternidad, la infancia y la educación infantil, mientras que los secundarios o comarcales, además de las funciones anteriores, complementaban a los primarios en determinadas enfermedades venéreas y tuberculosas, por ejemplo; y prestaciones como puede ser el caso de transporte de enfermos.

El Centro de Servicio de Higiene Rural de Trujillo constituyó el primer referente español. Al llegar la República, la experiencia trujillana supone un claro ejemplo a desarrollar e imitar en el resto del país al frente de la cúpula sanitaria española republicana se encontraba Marcelino Pascua (primer director general de sanidad de la República), que tenía como objetivo la organización de la sanidad rural sobre bases científicas demostradas con la experiencia de la estructura sanitaria cacereña. Esta provincia sería visitada para estudio de estas bases tanto por el propio Marcelino Pascua como por el Inspector General de las Instituciones sanitarias, el Dr. Sasí Bueno. Además, fue un lugar de referencia y de preparación práctica de numerosos médicos-alumnos procedentes de la Escuela Nacional de Sanidad. El modelo de organización sanitaria de esta provincia y la labor de Ruiz-Morote van a estar presentes en la Conferencia Internacional de Ginebra (continuadora de la de Budapest) y



celebrada en junio de 1931. El Dr. Ruiz- Morote no acudiría personalmente pero fue uno de los principales encargados y elaboradores de una de las recomendaciones principales establecidas en esta conferencia. (333).

## ***Odontología en Extremadura***

**DOMÍNGUEZ VILLAGRÁ (334).**



**Figura 33. Domínguez Villagrà (334).**

El Dr. Domínguez Villagrà estuvo fuertemente relacionado e implicado en el desarrollo de la odontología preventiva siendo uno de los pioneros en España. Nació en Plasencia en 1887 y murió en Cáceres en 1943. Sus estudios, tanto de medicina como posteriormente de odontología preventiva, los desarrolló y llevó a cabo en Cáceres a través del Instituto Provincial de Higiene cacereño. Estuvo trabajando como Jefe del Servicio de Odontología de Cáceres y presidente del Colegio de Odontólogos de la IX Región, siendo nombrado en 1935 Colegiado de Honor de la IX Región. Fue autor de distintas publicaciones, destacando su libro “Odontología Sanitaria” que versa sobre diversas medidas preventivas, los tratamientos empleados y, además, detalla diferentes acciones sociales y sanitarias llevadas a cabo en el Instituto Provincial de Higiene de Cáceres. Su peculiaridad radicaba en aprovechar los institutos de higiene para irradiar desde ellos toda una acción de prevención oral, etapas de erupción dentaria o la caries dental. Consideraba, además, la cavidad bucal en interrelación



biológica con el resto del organismo por lo que señalaba también la importancia de aspectos preventivos y curativos de enfermedades como sífilis o tuberculosis, la influencia de ciertos hábitos, aspectos relativos al embarazo, es decir, consideraba procesos tanto locales como sistémicos.

Para ello, disponía de unas fichas donde se dejaban reflejados de manera ordenada resultados obtenidos de la exploración médica completa (tanto de la boca como del resto del cuerpo). Es decir, se estaba lado de los médicos y se concebía al Servicio de Odontología Sanitaria como uno más y de igual importancia y funcionando al unísono de los demás servicios del Instituto, convirtiéndose en una pieza más al cuidado de la salud integral del ciudadano. El libro “Odontología Sanitaria” hace referencia a cuatro actividades que se realizaban en el Instituto Provincial de Higiene de Cáceres:

- La actividad clínica: detalla que se realizaba una historia clínica y el diagnóstico de las patologías del paciente, se curaban las caries y defectos dentarios, se realizaban normas higiénicas, además de regalar cepillos de dientes.
- La actividad educativa, basada en visitas a domicilios y escuelas, a la confección de carteles y folletos informativos, y a la realización de cursillos y charlas en los pueblos. Además, también se publicaron artículos para así poder intercambiar conocimientos científicos.
- La actividad administrativa.
- La actividad estadística: fue una de las innovaciones de Villagrá que fue el primer profesional español en publicar un resultado de sus observaciones en base a una estadística mediante la evaluación en 1921 de niños de las escuelas públicas de Cáceres.

En 1934, el Consejo General de Colegios de Odontólogos de España consideró a Domínguez Villagrá para recibir el “Premio Jessen” debido a su dedicación asistencial, publicista y educativa que realizaba desde Cáceres, y aunque Domínguez Villagrá no recibiría el máximo galardón, (que fue otorgado al Dr. Harver J. Bukhart de Rochester), obtuvo una mención de honor.



## 4.10 GALICIA



### 4.10.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Galicia es una comunidad autónoma española, considerada nacionalidad histórica según su Estatuto de Autonomía, situada en el noroeste de la Península Ibérica. Está formada por las provincias de La Coruña, Lugo, Orense y Pontevedra, que se componen de trescientos trece municipios agrupados en cincuenta y tres comarcas. La capital es la ciudad de Santiago de Compostela, mientras que Vigo es el municipio más poblado.

Galicia posee 2.701.743 habitantes (INE, 1 de enero 2018), con una distribución demográfica que aglomera la mayor parte de la población en las franjas costeras comprendidas entre Ferrol y La Coruña en el noroeste y entre Villagarcía de Arosa, Pontevedra y Vigo en el suroeste. En su territorio se hablan el castellano y el gallego, ambas cooficiales según el Estatuto de Autonomía de Galicia, si bien en este Estatuto, el gallego, es la definida como «lengua propia» de la Comunidad. (335)

El volumen de la población determina una buena parte de las posibilidades de un territorio de influir en decisiones que le afectan, como por ejemplo lograr servicios, infraestructuras, recursos, capacidad laboral, transportes, evitar la dependencia económica y por tanto tener la posibilidad de gozar de mayor grado de autonomía. Ese peso poblacional en España se mide entre los territorios de las distintas autonomías y en esa correlación Galicia ha ido perdiendo terreno y con ello capacidad de influencia. En **el año 1900** Galicia era la tercera comunidad de España, -regiones entonces- con más población, incluso por encima de Cataluña, Valencia o Madrid. Ahora Galicia es la quinta en ese mismo ranking en la que por arriba solo Andalucía permanece invariable manteniendo la primera posición. Galicia contaba en el arranque del siglo XX, según el censo del año 1900, con 1,98 millones de personas, y ese volumen le convertía en el 10,64 % del total de la población de España. Un siglo y 18 años después, el censo gallego se sitúa en 2,7 millones pero Galicia ya pesa solo un 5,78 % en el conjunto del Estado.

Desde comienzos del siglo pasado solo ha habido una década en la que Galicia haya ganado peso poblacional respecto al resto del Estado, la que va de los años treinta a cuarenta, cuando la Guerra Civil mermó más la población en otras zonas con respecto a Galicia.

En el proceso de envejecimiento de su población han actuado las tres variables que inciden más directamente sobre la evolución de la estructura por edades: descenso de la natalidad, aumento de la duración media de la vida y emigración (intensa en buena parte del último siglo). El **envejecimiento demográfico de Galicia** tiene un claro impacto territorial, al no presentar la misma intensidad en el medio rural que en las ciudades o en las áreas periurbanas (336). Comenzó a observarse ya a partir del cuarto decenio del siglo XX en la medida en que la tendencia descendente de la natalidad y de la mortalidad iba afectando a las cohortes de la base y de la parte alta de la pirámide de edades gallega (Cuadro I). En este proceso tuvo una destacada influencia la intensa emigración que se desencadenó entre 1880 y 1930 y que alcanzó unos elevadísimos valores (se estima que las pérdidas netas de población habidas en estos cincuenta años ascendieron a unas 400.000 personas), afectando muy especialmente a los grupos de edad de los adultos jóvenes, es decir, a los más implicados directamente en la reproducción. Precisamente el freno de la emigración en las dos décadas siguientes (1931-1950) hizo que se modificase poco la estructura demográfica gallega, a pesar de que la natalidad y la mortalidad se redujeron enormemente en este período de tiempo.

Galicia	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1981	1991	2001
Pob. >= 65 años	124.673	144.188	139.089	157.916	185.062	207.069	230.093	297.442	377.890	438.121	567.323
Índice crecimiento	100	115,65	111,56	126,66	148,44	166,09	184,56	238,58	303,10	351,42	455,05
Índice crecimiento pob. total	100	107,63	112,97	118,95	127,24	130,29	131,70	129,07	135,60	131,73	130,01
% <15 años	34,42	36,34	33,97	32,64	31,62	26,98	26,72	24,46	23,43	18,06	11,85
% >=65											
Galicia	6,30	7,00	6,56	7,09	7,41	7,96	8,93	11,11	13,44	16,48	21,04
España	5,20	5,53	5,71	6,10	6,53	7,23	8,22	9,67	11,24	13,82	17,04
Tasa natalidad	32,94	31,22	28,23	28,32	24,15	20,32	18,48	16,38	12,90	7,83	7,18
Tasa mortalidad	25,32	20,87	21,47	16,61	16,62	11,29	8,98	9,13	9,02	9,90	10,50
Tasa crec. vegetativo	7,62	10,36	6,76	11,71	7,53	9,02	9,50	7,25	3,88	-2,07	-3,32

**Tabla 6. Evolución demográfica de la población de Galicia y España en el siglo XX (337).**

Desde los años cincuenta se aceleró el envejecimiento de la población gallega, estancándose las tasas brutas de mortalidad, que iniciaron una ligera tendencia de crecimiento a partir de finales del sexto decenio del siglo XX, a la vez que la tasa de natalidad continúa su proceso descendente, dentro ya de unos valores bajos. En esta evolución también incidió directamente la emigración, puesto que entre 1951 y 1975 hubo un saldo migratorio de signo negativo que superó las 450.000 personas, resultado de la reactivación de las salidas al extranjero (hacia el continente americano durante los años cincuenta y a diferentes países



europeos entre 1960 y 1973) y del crecimiento de los desplazamientos dirigidos hacia otras regiones españolas.

A partir de finales de la octava década del siglo XX la pérdida de vitalidad demográfica se hace patente en Galicia: el índice sintético de fecundidad muestra que desde 1980 los nacimientos ya no aseguran el remplazo de generaciones (algo que en Lugo y Ourense venía sucediendo desde un decenio antes) y desde 1986 el crecimiento vegetativo viene siendo anualmente de signo negativo. La población absoluta se estanca y disminuye a partir de entonces, como lo había hecho entre 1950 y 1970, pero ahora no como consecuencia de una emigración masiva, sino por el carácter negativo del movimiento natural de la población. Aunque en la actualidad sigue habiendo emigrantes, también han aumentado notablemente los retornados (en parte personas de edades relativamente altas) y los inmigrantes, por lo que algunos años Galicia tiene un saldo migratorio de signo positivo.

En el proceso de envejecimiento demográfico de Galicia actuaron, pues, las tres variables que inciden más directamente en la consiguiente evolución de la estructura por edades de la población: descenso de la natalidad (lo que provoca el denominado envejecimiento por la base de la pirámide), descenso de la mortalidad o, mejor, aumento de la duración media de la vida (haciendo crecer los efectivos de las personas de edades avanzadas) y emigración, intensa en buena parte del último siglo y cuarto, que ha privado a Galicia de efectivos de población adulta joven y de sus hijos nacidos en el exterior, haciendo crecer simultáneamente la proporción de los viejos. Comenzó a desencadenarse antes entre la población rural gallega que entre la urbana, ya que el campo ha estado más afectado por las diferentes corrientes migratorias que tuvieron lugar desde finales del siglo XIX. El éxodo rural ha despoblado el campo gallego, incidiendo en la regresión de su natalidad y haciendo que aumentase la proporción de las personas de mayor edad, algo reforzado por el aumento de la esperanza de vida al nacer.

Para cuantificar el contraste entre el medio rural y el urbano en el proceso de envejecimiento demográfico se han establecido dos grupos de población: el formado por los siete municipios más populosos de Galicia, los que albergan a las grandes ciudades (Vigo, Santiago de Compostela, Ferrol y las cuatro capitales provinciales) y el resto de la región, formado mayoritariamente por población rural.

Los indicadores demográficos de cada uno de estos conjuntos (Cuadro II) muestran que a mediados del siglo XX, fecha a partir de la cual se generalizó el envejecimiento, la **población rural** gallega era ya claramente regresiva (el Censo de 1950 dio un 3,90% menos de habitantes que el de **1940**) y, aunque la proporción de las personas de 65 años y más (8,60%) todavía no permitía calificarla como vieja, se aproximaba rápidamente al umbral considerado como inicio del envejecimiento (10%), cifra que ya se rozó en **1960** (9,64 %) y se superó plenamente en **1970** (12,02%). Desde entonces este porcentaje ha crecido a gran velocidad, sobrepasando en el último Censo de Población (**2001**) la barrera del 20% (22,92%).

La **población urbana**, por el contrario, mantuvo durante más tiempo unas proporciones de mayores de 65 años relativamente débiles (poco más del 5% a **mediados del siglo XX**), no superando el 10% hasta **1981** (10,30%), si bien desde entonces la tendencia de crecimiento también ha sido bastante acelerada (17,63% **en 2001**), sobre todo en las capitales de las provincias orientales, las más envejecidas, y en Ferrol. La población vieja de las ciudades aumenta en cifras absolutas, pero la total, a diferencia de lo señalado para el medio rural, todavía mantiene un crecimiento de signo positivo.

Si se comparan las tasas del movimiento natural, se observa el adelanto del medio rural en alcanzar unos valores muy bajos de natalidad y en iniciar el descenso de la mortalidad dos décadas antes que en las ciudades. Por ello, si bien el crecimiento vegetativo es hoy de signo negativo en las dos poblaciones, en el medio urbano el déficit no es tan fuerte y se ha llegado a esta situación en una fecha mucho más reciente.

Cuadro II. Indicadores demográficos de las poblaciones rural y urbana.						
Galicia	1950	1960	1970	1981	1991	2001
Pob. rural. Total habs.	2.168.387	2.113.755	1.953.346	1.917.693	1.780.264	1.740.311
% >=65 años	8,60	9,64	12,02	14,90	17,86	22,92
% <15 años	27,51	26,28	23,52	22,24	17,93	11,69
Tasa natalidad	18,14	15,94	12,82	12,50	7,69	6,78
Tasa mortalidad	11,50	8,59	9,56	9,31	11,16	11,44
Tasa crec. vegetativo	6,64	7,36	3,25	3,19	-3,47	-4,66
Pob. urbana. Total habs.	533.416	617.241	723.057	894.249	951.405	955.569
% >=65 años	5,62	6,68	8,66	10,30	12,88	17,53
% <15 años	25,04	28,10	27,00	25,97	18,73	12,15
Tasa natalidad	21,28	22,67	24,23	15,37	8,94	7,94
Tasa mortalidad	11,60	7,56	8,42	8,03	8,37	9,07
Tasa crec. vegetativo	9,69	15,11	15,80	7,34	0,57	-1,14

Tabla 7. Indicadores demográficos de la población rural y urbana en Galicia. (337).



Desde los años cincuenta, una vez terminada la transición demográfica, se aceleró el envejecimiento de la población gallega, estancándose las tasas brutas de mortalidad, que iniciaron una ligera tendencia de crecimiento a partir de finales del sexto decenio del siglo XX, y continuando su proceso descendente la tasa de natalidad, dentro ya de unos valores bajos. En esta evolución también incidió directamente la emigración, puesto que entre 1951 y 1975 hubo un saldo migratorio de signo negativo que superó las 450.000 personas, resultado de la reactivación de las salidas al extranjero (hacia el continente americano durante los años cincuenta y a diferentes países europeos entre 1960 y 1973) y del crecimiento de los desplazamientos dirigidos hacia otras regiones españolas.

#### 4.10.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO

Para el gallego de la época, América representaba el paraíso, donde todo aquel que trabajase podía hacerse rico y obtener cuanto desease. Esta imagen fue acrecentada por la correspondencia de los emigrantes con sus lugares de origen (que enviaban noticias muchas veces no del todo verdaderas, exagerando las oportunidades y callando los sacrificios y penalidades a que estaban sometidos) y sobre todo por los que regresaban con "buena facha, traje elegante". Habían partido pobres y analfabetos y regresaban ricos e ilustrados. Estos indianos fueron la mejor publicidad para la emigración. Encarnaban el triunfo, el sueño realizado de cambiar de vida, de romper con la miseria, la posibilidad de alcanzar un nivel de vida más digno.

Existe la creencia generalizada de que es fácil hacer fortuna en esos nuevos países donde todo está por hacer. Así marchan con dos ideas fijas en la cabeza, ganar dinero y regresar triunfantes a su tierra. Algunas de las causas que provocan este fenómeno de emigración:

- La situación de la agricultura en Galicia: atrasada y ruinoso, debilitada por muy diferentes razones: cultivos agrarios poco diversificados, técnicas de explotación de la tierra arcaicas, permanencia del sistema foral y de rentas, excesiva subdivisión de la propiedad de la tierra lo que da lugar a minúsculas parcelas e impide la utilización de maquinaria, impuestos y rentas excesivos para las economías campesinas, malas cosechas y crisis alimenticias (336).
- La persistencia de una economía de tipo primitivo, en la que el dinero apenas circulaba y los productos naturales servían como instrumentos de pago y cambio, trueques. Además la falta de comercialización de los productos del campo, da lugar a una situación de



subsistencia con una economía cerrada, orientada hacia el mercado ferial. A ello hay que añadir: la ausencia de inversores industriales dirigidos a modernizar la explotación y a la transformación del producto agrario. El atraso de la industria manufacturera y mercantil. La deficiente red viaria y retraso en la creación de la ferroviaria.

- La incapacidad del campo gallego para sostener la presión ejercida por el aumento demográfico, generándose un importante excedente de mano de obra, que no puede ser absorbido por la débil industria existente.

Además intervienen otros factores como:

- La obligatoriedad del servicio militar, que agravada por las guerras provocó la salida de miles de jóvenes, que por decisión propia o familiar, decidieron huir. Son jóvenes de familias sin recursos que no podían pagar el que sus hijos se librasen del servicio militar.
- La propaganda realizada por representantes consulares y compañías navieras a través de Periódicos, revistas y "ganchos" encargados de recorrer los pueblos en busca de nuevos emigrantes, a los que se ofrecían todo tipo de facilidades para conseguir el pasaje y todos los trámites necesarios para partir.
- El establecimiento de cadenas migratorias. Ya que es a través del parentesco como se irán incorporando individuos al grupo, en su mayoría llamados por parientes o vecinos, perpetuando la corriente migratoria.
- La imitación: en las zonas con tradición migratoria, los retornados con fortunas unos, y otros simulando tenerlas, difunden la idea de "hacer la América" entre la comunidad. Va a depender además, de los procesos de crecimiento económico de los países americanos que necesitan mano de obra barata, así como de la oferta generada por las estructuras de transporte y financiación de la emigración.

La estructura de propiedad de la tierra proporcionó el medio en muchas ocasiones para poder emigrar, al facilitar la financiación de viaje, ya que el campesino gallego podía efectuar ventas e hipotecas sobre la propiedad que además suponían un resguardo económico para el emigrante cuando no le fuera rentable o conveniente permanecer en América





(336,337).

El perfil de los emigrantes y lugares de destino:

- De 1912-18: Argentina 56,5% y Cuba 30,7%
- De 1919-30: Argentina 52,9% y Cuba 32,9%.

Más del 70% de los emigrantes de América fueron hombres, disminuyendo el porcentaje a partir de la segunda década del siglo XX cuando la mujer se incorpora definitivamente al éxodo. Las mujeres tienen menos movilidad que los hombres debido a la estructura sexista existente en la sociedad y en las ofertas de trabajo, hubo incluso limitaciones jurídicas, ya que se les impedía emigrar si no lo hacían con algún pariente o eran reclamadas desde América (336). La mujer se irá incorporando progresivamente a la emigración adquiriendo esta un carácter más familiar.

La edad media oscila entre los 18 y los 20 años. Más del 50% es menor de 23 años entre 1917-21, el 39% de los emigrados tienen entre 15 y 23 años. La edad media de las mujeres era de 22 años. Existía un altísimo porcentaje de analfabetos y con instrucción primaria, que no llega, en la mayoría de los casos a la obtención del certificado de estudios primarios (suponen el 94% del total). Más del 80% del total de los inmigrantes procedían del medio rural (337).

### **4.10.3 CONTEXTO SANITARIO**

En el medio rural, desde el primer tercio del siglo XIX y hasta avanzado el XX, los médicos titulares eran contratados por los ayuntamientos y estaban bajo su dependencia. Su elección se efectuaba en un principio por votación de los «vecinos notables». Si bien, estos habitualmente optaban por el recomendado del cacique local. El modelo asistencial a principios del siglo XX era individualista. La retribución, por el ayuntamiento, no era abundante; muchas veces cobraban menos que otros funcionarios municipales (secretarios municipales, interventores, arquitectos). La principal fuente de ingresos era la consulta privada, el pago por acto, tanto en su consulta como en la atención domiciliaria.

Otra vía de financiación eran las «iguales», un contrato de prestación de servicios a gremialistas, en el que aportaban todos por «igual». El término «igual» ha perdurado hasta



épocas recientes. La iguala rural ligaba al médico con las familias que lo suscribían, y garantizaba así la atención sanitaria a los que la pudieran necesitar. No obstante, no era el sistema óptimo para médicos, que tenían que atender muchos y alejados hogares, ni era óptimo para el paciente, pues muchas prestaciones no estaban incluidas. La cuota solía ser anual, en moneda o en especie. Dada su escasa liquidez, el campesinado pagaba casi forzosamente en especie: una cantidad estipulada de cereales. El campesinado solía ser buen pagador, aunque con retraso en muchas ocasiones; el «mal pagador» más bien se correspondía con ciertos «ciudadanos pudientes» que negaban el pago alegando ineficacia o incumplimiento (337).

Con respecto al ejercicio de la medicina, en el primer tercio del XX no había medios diagnósticos avanzados, y apenas medicación eficaz, muchos medicamentos eran producidos en las farmacias locales. El tipo de medicina solía ser conservadora, basada en buena alimentación, suficientes horas de sueño, observar y esperar. Se utilizaban aún, pero cada vez menos, las terapias antiguas y ancestrales (cataplasmas, purgantes, sangrías, ventosas, sanguijuelas, sinapismos, escarificaciones, fitoterapia). Se introdujo la sueroterapia (eficaz especialmente en difteria y tétanos, no en otros procesos). La patología principal era la infecciosa: fiebre tifoidea, gripe, varicela, difteria, meningitis, tuberculosis, malaria, tétanos. Desaparecieron las epidemias de cólera. También se atendía patología traumatológica. Apenas se desarrollaba actividad frente a patologías cardiovasculares, neoplasias. El ejercicio de la medicina, estaba condicionada por la pobreza y por las comunicaciones.

Se dedicaba mucho tiempo a la visita domiciliaria, donde a menudo el médico permanece a la cabecera del paciente, por ello se empezó a utilizar el concepto de «médico de cabecera». Durante esta época los médicos titulares en el ámbito rural atendían poblaciones de varios pueblos, donde acudían cuando se le requería.

El médico no contaba con muchos de los elementos necesarios para tareas odontológicas, quirúrgicas o ginecológicas, pero se le pedía realizarlas. Seguirá ofreciendo estos servicios hasta el desarrollo de la especialización, pasados los años 50. El médico rural atiende a los pobres a través de la Beneficencia Municipal, insistía en la prevención con medidas de higiene habituales en la época: vigilancia y limpieza de aguas públicas, lavaderos, higiene de lugares, alimentos, cementerios, desinfección de alcantarillas, letrinas, excusados, vertederos, casas «de dormir», hospicios, colegios. Muy de actualidad estaban entonces las doctrinas de los higienistas de la época: Seoane, Monlau, Salarich, Partagás, etc. Los médicos



titulares reclamaban la necesidad de dotar a las ciudades y cabeceras de comarca de laboratorios municipales y redes de alcantarillado, etc.

Una acción que desarrollaban en el mundo rural era la proliferación de las «cartillas higiénicas populares», con recomendaciones sanitarias, impresas a su costa la mayoría de las veces (337).

En epidemias los titulares debían además recoger los datos y la estadística de afectados y fallecidos (trabajos de investigación y documentación de las epidemias), publicar reseñas. Como ejemplo, en las epidemias de cólera, la estrategia hasta 1885 eran los cordones sanitarios, lazaretos y fumigaciones. Los cordones sanitarios, o limitaciones al tránsito de personas y mercancías, no eran muy efectivos pues eran violados por las clases económicas más influyentes, para evitar que se lesionaran sus intereses comerciales. El médico titular también colaboraba con las autoridades judiciales, y podía hacer cometidos de médico forense. Muchos estudiaron medicina siguiendo a sus padres, o por vocación de médico, otros por ayudar a la familia o bien por no tener capacidad para la carrera militar o el sacerdocio. Referían que no había gran compensación salarial. Sobre todo declaraban la satisfacción por el trabajo realizado y por el deber cumplido. La jubilación llegaba tarde o nunca, incluso desarrollando ejercicio profesional durante más de 50 años en ocasiones.

Los médicos titulares residían en general cerca de la población asignada, con su familia. Tenían disponibilidad permanente, hasta mediados del XX, que se pudieron organizar con compañeros de la comarca para fines de semana, por ejemplo. El contacto de los médicos rurales con los grupos sociales de los pequeños núcleos agrícolas, sin duda el más desprotegido y de mayores carencias, les condujo a asumir un compromiso humano no solo, no cobrando o cobrando poco por sus servicios, sino también a ser denunciadores de las disfunciones ante la administración. No eran excepcionales los enfrentamientos con las autoridades locales y municipales, con los vecinos y grupos caciquiles. Las desavenencias de los médicos con los ayuntamientos constituyen la fuente de conflicto profesional más importante en la primera mitad del siglo XX. Los colegios de médicos intentaban mediar como defensores de los intereses corporativos, mediadores de conflictos entre facultativos e incluso frente a las corporaciones municipales (337, 338).

En 1921, en plena crisis social y de la Restauración, un grupo de médicos rurales



firmaron el Manifiesto de Haro, difundido en el Boletín de la Asociación de Médicos Titulares. En este Manifiesto se aboga por la nacionalización de la medicina, con la que se pretende una reorganización de los servicios sanitarios del país, la redefinición del cometido de los médicos titulares. Esta reivindicación fue motivo de amplio debate, del que se hizo eco «El Siglo Médico» en los años posteriores (338).

Los médicos titulares pasaron a denominarse médicos de asistencia pública domiciliaria (APD). En 1934 al amparo de la Ley de Coordinación Sanitaria se reglamentará la centralización de las oposiciones en Madrid, además debían luchar contra la acción de algunas comadres, de charlatanes, sanadores, etc. En general contra el intrusismo laboral, aunque a veces utilizaran los mismos métodos. Incluso podía haber intrusismo por parte del gremio de farmacéuticos o veterinarios. Esto sin contar con la competencia de otros facultativos de regiones limítrofes.

En la Comunidad Autónoma de Galicia (339), los servicios sanitarios públicos se organizan a través del Sistema Público de Salud Gallego, que es parte integrante del Sistema Nacional de Salud. La Consellería de Sanidad dirige el Sistema Público de Salud de Galicia mediante estrategias y líneas de actuación coherentes con la política sanitaria formulada por el Gobierno de Galicia. Para conseguir los objetivos en salud, la Consellería de Sanidad promueve actuaciones a través de los centros propios y de sectores ajenos implicados en el avance de la salud. Planifica y gestiona su propia financiación, procura la generación de recursos, organiza el acopio de servicios y garantiza una tutela efectiva de los recursos de salud. Integra, coordina y organiza todos los centros, servicios y establecimientos públicos autonómicos, en favor de promover la salud de la ciudadanía, protegerla contra posibles riesgos y asistirle en caso de enfermedad.

El sistema actual es fruto de los avances sociales consolidados a lo largo del siglo XX y su desarrollo en Galicia deriva del ordenamiento político, establecido en la Constitución española y en el Estatuto de Autonomía de Galicia, en 1978.

El derecho de toda la ciudadanía a la protección de la salud, desvincula progresivamente la asistencia sanitaria y de la Seguridad Social, para conferir a la atención sanitaria un carácter universal. Así, en 1979 el Instituto Nacional de Previsión da paso al Instituto Nacional de la Salud, como responsable de la gestión y administración de los servicios



sanitarios del Sistema de Seguridad Social. Y, posteriormente, el derecho a la asistencia sanitaria se extiende a las personas sin recursos económicos suficientes.

Sin embargo, la primera reforma en los objetivos en la asistencia sanitaria no toma forma definitiva hasta 1986, año en que se promulga la Ley General de Sanidad, que configura un nuevo modelo de organización de los servicios sanitarios: el Sistema Nacional de Salud. Se fundamenta en el principio de que toda persona tiene derecho a la salud, independientemente de su situación económica y laboral. El Estado se responsabiliza plenamente de garantizar este derecho gestionando y financiando a través de los presupuestos generales.

La Xunta de Galicia recibe en 1980 las primeras transferencias en materia de sanidad, correspondientes a la salud pública y sanitarios locales. En 1991, se culmina el traspaso de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (Insalud) y con ellas los recursos humanos y materiales vinculados a las actividades de asistencia sanitaria, que son asignados al Servicio Gallego de Salud (SERGAS), creado en el año 1989 como un organismo autónomo adscrito y tutelado por la Consejería de Sanidad.

Desde 1991, el Sistema Público de Salud de Galicia, fue incorporando cambios en su estructura y organización para adaptarse a las exigencias de los ciudadanos y poder cumplir sus objetivos en salud.

## ***Odontología en Galicia***

Existe una prestación pública de ciertos **servicios odontológicos** en Galicia, que contempla únicamente acciones de captación, diagnóstico y actividades preventivas y que depende del Sistema Público de Salud de Galicia (SERGAS). La salud bucodental despierta gran interés entre los profesionales y autoridades sanitarias, por ser la caries, la patología más prevalente en la sociedad, especialmente entre los niños en edad escolar (339).

En España, el nivel de prevalencia de caries entre la población infantil, aunque persistente, muestra una tendencia decreciente, sin embargo permanece como un problema de salud importante en la Comunidad Autónoma de Galicia, según quedó registrado Plan de Salud 1993-97 de la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales.

La OMS en el Programa "Salud para todos en el año 2000", establece como objetivos de salud oral para Europa, una prevalencia de caries en niños de 6 años no superior al 50% y



un índice CAO a los 12 años menor o igual a 38,9.

En la Comunidad Autónoma Gallega, desde el trabajo de Taracido realizado en el año 1990, que encontró una prevalencia de caries del 87,9% en escolares de 6 a 14 años, no se disponía de datos de la salud bucodental entre la población infantil. Dado que la OMS recomienda actualizar cada 5 años estos datos, se realizó un estudio epidemiológico en 1995 con el objetivo de conocer el estado de la salud bucodental de los escolares de 6 y 12 años de la comunidad gallega y considerar su proximidad a los objetivos de la OMS de salud para todos en el año 2000.

Los primeros datos sobre la salud oral en Galicia son del año 1969, aportados por Domínguez Carmona y colaboradores, que observaron una prevalencia del 83,1% y 3,09 piezas cariadas de media en la población escolar del ayuntamiento de Santiago de Compostela. Gimeno de Sande, el mismo año, observó una prevalencia del 79,3% en los niños de la provincia de Orense con una media de 3,5 piezas cariadas por niño. Aunque no se utilizó el mismo método, la prevalencia de caries en el estudio de 1995 con valores del 46,7% y del 64,2% y unos índices co de 1,82 y CAO de 1,60 para los 6 y 12 años respectivamente, mejoran con respecto a los valores referidos por los autores anteriores y por Taracido en el año 90. Se concluía que era necesario un mayor nivel de higiene bucodental, ya que solo el 7,6% de los escolares de 6 años y el 8,7% de 12 tenían todos los sectores sin placa.

A la vista de los resultados del estudio se puede afirmar que en Galicia se han conseguido los objetivos propuestos por la OMS para el año 2000 en la Región europea, ya que la prevalencia de caries de 46,7% en niños de 6 años y el índice CAO a los 12 años de 1,87, son inferiores a los valores recomendados.

La mejora en los indicadores de salud bucodental alcanzada por los escolares gallegos puede ser atribuida a causas muy diversas: la mejora del nivel de vida, el aumento del número de profesionales dedicados a la mejora de salud bucodental y su integración en los centros de atención primaria, la mayor conciencia de padres y maestros en la importancia de la educación sanitaria, o el impacto del Programa Gallego de Salud Bucodental en la escuela, puesto en marcha en el curso escolar 86-87 desde la Dirección General de Salud Pública de la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales con el objetivo de mejorar la salud bucodental y prevenir la caries.



Aunque las medidas adoptadas han conseguido mejorar la situación tal y como hemos concluido con este estudio, son aún escasas en la Comunidad gallega en comparación con otras comunidades españolas más pioneras e implicadas, limitándose a la promoción de educación para la salud bucodental y un sistema de colutorios fluorados semanales (339).

## 4.11 ISLAS BALEARES



### 4.11.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Las Islas Baleares (en catalán y oficialmente, Illes Balears) son una comunidad autónoma uniprovincial española, compuesta por las islas del archipiélago balear. Se encuentran situadas en el mar Mediterráneo, frente a la costa oriental de la península ibérica. Su capital es Palma (340).

El archipiélago está formado por dos grupos de islas y numerosos islotes: *las islas Gimnesias* (Mallorca, Menorca, Cabrera y algunos islotes cercanos como Dragonera, Conejera o la isla del Aire) y *las islas Pitiusas* (Ibiza y Formentera, junto los islotes que las rodean, como Espalmador -de propiedad privada-y Espardell).

A lo largo del siglo XX han producido cambios demográficos de singular intensidad que han tenido consecuencias como el envejecimiento de la población, ha aumentado el número de municipios más pequeños, ha mejorado la cualificación y el nivel de estudios de la población a lo largo de los años y se han desplazado las actividades del sector agrario por las del terciario. Existen dos cambios más de mayor trascendencia como la normalización de la situación de la mujer en la vida social y el aumento de la intensidad del proceso inmigratorio. La población de Balears aumentó en el conjunto del siglo XX un 171,4% frente al 120% del aumento total que registró el conjunto del país durante la última centuria, la consecuencia de este "crecimiento espectacular" es consecuencia de la expansión del turismo, que promovió inmigraciones significativas tanto del extranjero como de la península.

De hecho, el crecimiento vegetativo en el archipiélago fue inferior a la media española, lo que nos indica que el crecimiento poblacional está condicionado en su mayor medida por el flujo inmigratorio.

A raíz del gran desarrollo del turismo en nuestro país a partir del año 1920 se produce una fuerte tendencia de inmigración desde el resto de provincias de la Península atraídas por el aumento de la demanda laboral en el sector servicios. Además el informe revela que la intensa" inmigración del resto de provincias españolas fue decisiva. Desde 1920, esta tendencia fue creciente a partir del desarrollo turístico.



También llama la atención sobre el crecimiento, el aumento de la inmigración no española, pues si en la década de 1960 era poco significativa, en el año 2000 los residentes no nacionales censados en Balears llegaron a los 79.427 personas, lo que equivale al 9,41% de la población del archipiélago. No obstante, si bien la media de natalidad en el archipiélago era inferior a la media española entre 1960 y 1965, ésta se deprimió menos a partir de 1980, y llegó incluso en el quinquenio de 1995-2000 a una media ligeramente superior a la nacional. La población de edades comprendidas entre 0 y 15 años ha descendido a finales del siglo, al representar el 22,81% por ciento de la población en 1950 frente al 15,57% en el año 2000.

El archipiélago ha sufrido un gran crecimiento demográfico tras el boom turístico de los años 1960: en el periodo 1970-2005, este fue del +76,10 %, frente al +29,90 % de la media española.

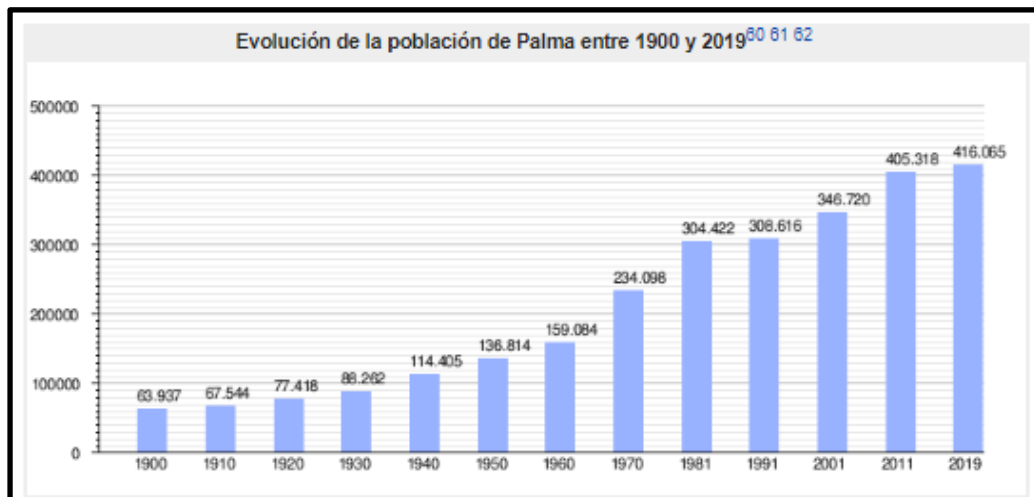


Figura 34. Evolución de la población en Palma de Mallorca en el siglo XX (340).

Tomamos como referencia la capital de Palma. Mientras España triplicó su población a lo largo del siglo XX, Palma la sextuplicó. Esto refleja la enorme movilidad habida en todo el Estado, con un polo de atracción muy potente a la periferia costera y en las islas, que produjo un importante éxodo rural y una gran concentración de la población en áreas urbanas.

Es en este momento cuando se va manifestando progresivamente el mayor peso del sector servicios, destacando sobre todo la provincia de Madrid, pero también las Islas Baleares y sobre todo Palma. El 60% de adultos trabajaba en el campo y ahora lo hace un 8%, mientras que los que trabajan al sector de servicios son ahora un 83%.

Dos son los idiomas cooficiales en las Islas Baleares en estos momentos. El español, al



igual que en el resto del estado, y el catalán, lengua cooficial definida en su Estatuto de Autonomía. El castellano es, además, la lengua habitual de uso para una mayoría de la población balear. La denominación del catalán en las islas no es unánime en tanto que se reivindica también la distinción de los dialectos baleares (mallorquín, menorquín e ibicenco) como idiomas con entidad propia, lo cual no está exento de connotaciones políticas.

#### 4.11.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO

##### Reinado Alfonso XIII

En el **siglo XIX** las islas vuelven a ser integradas nuevamente a España, ya que en el siglo anterior con la guerra de sucesión española las islas pasaron ser colonia británica, luego fueron conquistadas por las tropas francesas que la mantuvieron como territorio propio durante siete años cuando, concretamente en 1802 volvieron a ser recuperadas por el ejército inglés. Las Guerras Napoleónicas a principios del siglo XIX afectaron a Mallorca, ya que grandes oleadas de refugiados catalanes inundaron la isla, provocando una gran agitación económica y social. En la segunda mitad del siglo se produce el desarrollo de la burguesía, un aumento de la actividad económica y, en 1875, la apertura de la primera línea ferroviaria entre Palma e Inca.

A **final del siglo XIX** se produce un importante proceso de crecimiento, tanto por el desarrollo del comercio como por la creación de pequeñas industrias y esto dio comienzo al inicio de los movimientos obrero en el archipiélago (341).

##### La II República

Los mayores acontecimientos de las primeras décadas del s. XX fueron la demolición de la mayor parte de las murallas de Palma y su rápida expansión urbana. La política nacional también afectaba a la vida mallorquina y, las elecciones generales de **1931** dieron comienzo a un periodo de gran inestabilidad política en las islas en general y en concreto en Palma: en un primer momento los republicanos y los socialistas obtuvieron juntos una mayoría absoluta en Palma, al igual que en Madrid. A continuación en las elecciones de **1933** ganó La Confederación Española de Derechas Autónomas (CEDA) y, en **1934**, todos los alcaldes mallorquines de izquierdas habían sido despedidos. aunque por poco tiempo pues volverían llenos de euforia a sus alcaldías tras la nueva victoria de la izquierda en las elecciones de **1936**. Aparecen los primeros movimientos defensores de la autonomía balear durante la II República cuando la *Asociación por la Cultura de Mallorca* redactó un proyecto de Estatuto que nunca se llevó a la práctica.



### La guerra civil española

El alzamiento contra el Gobierno republicano liderado por el general Francisco Franco en julio de 1936 no encontró mucha resistencia en Mallorca. Tras producirse el Golpe de Estado en España de julio de 1936, el 19 de julio los sublevados se unieron a la rebelión militar y se hicieron fácilmente con el control de Mallorca y de Ibiza. Militares rebeldes y militantes derechistas de la Falange irrumpieron en el Ayuntamiento de Mallorca el 19 de julio de 1936 y arrestaron al alcalde de izquierdas, Emili Darder. Luego ocuparon rápidamente puntos estratégicos de Palma prácticamente sin encontrar resistencia alguna. A mediados de agosto, Mallorca se llenó de batallones italianos y aviones de guerra enviados por el dictador Benito Mussolini, aliado de Franco. La isla se convirtió en la principal base de las operaciones aéreas italianas, y de ella salieron los aviones que bombardearon Barcelona a medida que avanzaba la guerra.

El 9 de agosto de 1936, tropas republicanas catalano-valencianas retomaron Ibiza y desembarcaron en Porto Cristo. A mediados de agosto los republicanos lanzaron desde la península una operación destinada a recuperar el archipiélago. En un primer momento lograron recuperar Ibiza, Formentera y Cabrera, y a partir del 16 de agosto llegaron a la playa de Mallorca. Sin embargo, la desorganización de las fuerzas republicanas, que habían sido mandadas mandadas por el capitán Alberto Bayo, impide que se produzca cualquier avance posterior, ya que a esta desorganización coincide con la llegada de efectivos italianos. Estas fuerzas italianas estaban al mando del jerarca fascista Arconovaldo Bonaccorsi (conocido como el "Conde Rossi") El contraataque de los nacionales empezó el 3 de septiembre, con apoyo de la aviación italiana, e hizo retroceder a los invasores hasta el mar. Poco después, los republicanos abandonaron también Ibiza y Formentera. Menorca fue la única de las Baleares que permanecería bajo el control republicano hasta finalizada la guerra.

Durante los años de guerra, Mallorca se convirtió en una base aeronaval italiana de primer orden, con una alta presencia militar que supuso el despliegue de numerosas bases terrestres, aéreas e incluso el uso del puerto de Palma como una base naval. A finales de octubre de 1936 los italianos tenían desplegados unos 1.200 efectivos en la isla.

### Gobierno de Franco

**Después de la Guerra Civil** quedó completamente empobrecida. El hambre y la falta



de empleo obligaron a los lugareños a retomar actividades agrarias que habían sido abandonadas por su escasa productividad. Con el objetivo de reactivar la economía, la Administración desarrolló una política de obras públicas, construyendo el puerto de Palma, con el objetivo de atraer turismo nacional que produjese un impulso a la isla.

En las **décadas de 1960 y 1970**, el despegue del turismo masivo provocó una verdadera revolución urbana. Según algunas estadísticas, los mallorquines disfrutaban del nivel de vida más alto de España, pero el 80% de su economía estaba basada en el turismo. Durante estas décadas, esto llevó a la urbanización sin control de la isla e incluso a frecuentes controversias con aquellos que defienden que se está produciendo, lo que se acuñó con el término de "balearización", y que consiste en la destrucción del "bello litoral" de la zona debido a la excesiva edificación.

A partir de la década de los 70, se produce un aumento espectacular de la población como consecuencia del auge del turismo. Aumenta enormemente la llegada de numerosos foráneos, tanto de regiones españolas como de otros países.

### *Periodo democrático*

La transición democrática iniciada con la muerte del dictador Francisco Franco permitió dotar a las Islas Baleares de un Estatuto de Autonomía en **1983**. El Estatuto establece la doble oficialidad del catalán, lengua propia de las islas, y del castellano, lengua oficial del Estado. Con el Estatuto, las Islas Baleares establece las siguientes instituciones propias: los tres Consejos o Gobiernos Insulares, el Parlamento y el Gobierno de las Islas Baleares. Todo esto es fruto de la recuperación de la democracia en España en 1977, con la nueva Constitución del Estado de las Autonomías. Surge así un período democrático donde nace un enorme asociacionismo civil con movimientos alternativos importantes en las Islas como el ecologismo, el feminismo y el pacifismo.

El enorme desarrollo turístico de las Islas Baleares en estos años, con la llegada de turistas de la Europa occidental y central (alemanes) que tienen una enorme presencia en el territorio. La evolución económica es muy positiva a pesar del debate sobre el impacto en el territorio que produce el proceso de urbanización o los déficits fiscales. La incorporación a la Unión Europea y la creación de la Universidad de las Islas Baleares son otros hechos destacables.



En los últimos años existe un creciente interés por la sostenibilidad del turismo y las actividades de la isla durante todo el año y ha aumentado la concienciación ambiental. Mallorca se ha dado cuenta de que la construcción desenfrenada y " los paquetes turísticos" son el pasado y no el futuro, y está empezando a dejar atrás su reputación como destino con centros turísticos "con mucho alcohol y desayunos ingleses baratos".

El agroturismo ha demostrado ser más que una moda pasajera, cada vez hay más fincas rurales que ofrecen alojamientos rústicos, fomentando las ubicaciones tranquilas donde disfrutar de la naturaleza y de comidas que sacan el máximo provecho de los productos ecológicos locales. Las casas señoriales de pueblos y ciudades están siendo restauradas como hoteles-boutique. Todo esto está ayudando a cambiar la imagen del turismo en las islas, poniendo mayor énfasis en auténticas experiencias locales y la inmersión cultural. (341, 342).

### 4.11.3 CONTEXTO SANITARIO

**ISLAS PITIUSAS** : Ibiza y Formentera (343).

Durante la primera mitad del siglo XX las islas de Ibiza y Formentera se encontraban ante una situación de pobreza que les obligaba a gran parte de la población a la emigración. Los médicos que ejercían en Ibiza eran médicos de familia y eran comúnmente conocidos con el nombre de 'médicos de receta'. Existía un único hospital, el antiguo hospital de beneficencia, que tenía asignado un médico y un practicante para asistir a pacientes de ambas islas y cuyos recursos tanto de personal, con tan sólo un médico y un auxiliar, como materiales les obligaba en muchas ocasiones al traslado de los pacientes a Palma o la Península. En la zona urbana existía también una, y a veces hasta dos, comadronas tituladas mientras que en las zonas rurales encontrábamos las parteras, mujeres que, sin preparación académica alguna, habían aprendido el oficio y prestaban un inestimable servicio a sus vecinos. Cuando eran requeridas, dejaban su casa y su familia y, con una cesta en la que guardaban diversos remedios caseros para la ocasión, se instalaban en casa de la parturienta el tiempo que hiciera falta para ser atendida. Las carencias dominaban todos los ámbitos: la disponibilidad de vacunas era prácticamente nula, así como la accesibilidad a ciertos medicamentos como por ejemplo los antibióticos, inexistentes hasta después de la Segunda Guerra Mundial. Por ende, se entiende que enfermedades infecciosas y por tanto contagiosas como la gripe, la difteria, la fiebre tifoidea, la tuberculosis etc. se convirtieran en auténticas epidemias y causarían verdaderos estragos en la población de estas islas.



Alrededor de los años 50 del pasado siglo, superadas las penurias de la postguerra, empieza una nueva etapa que podríamos llamar de transición en el campo sanitario de estas dos islas. Se caracteriza por la mejora tanto en el sector privado, ya que abren tres clínicas (privadas), la clínica Alcántara, la clínica Villangómez y la clínica Vilás y, en lo público, la Diputación Provincial inaugura en 1955 el hospital insular de la avenida de España, también conocido como Casa de Beneficencia. Esto supuso un gran avance, ya que por primera vez los ibicencos disponían de cuatro centros dotados de cirujanos generalistas, quirófanos con administración de anestesia general, aparatos de rayos X y camas hospitalarias. En ellos se atendían partos, accidentes laborales y de tráfico y se practicaban las operaciones más comunes de cirugía general. El modelo asistencial entonces vigente ya cubría la mayoría de estas prestaciones, pero al carecer el Estado de equipamientos sanitarios propios en la isla, se concertaban estos servicios con las clínicas privadas.

La asistencia ambulatoria corría a cargo de los médicos de cabecera o médico titular, de manera que, en cada municipio había un médico de Asistencia Pública domiciliaria o médico titular, que además era el jefe local de Sanidad. Esta asistencia se complementaba en la ciudad con la prestada por facultativos con consulta privada. Las campañas masivas de vacunación se ponen en marcha aquellos años, permitiendo erradicar la viruela y proteger a la población de numerosas enfermedades infecciosas como la difteria, rubeola, polio, sarampión... La medicalización de la asistencia permitió a los ciudadanos insulares acceder a numerosos medicamentos, la mayoría de los cuales también estaban subvencionados. Además de las vacunas, llegaron los primeros antibióticos, lo que permitió tratar con éxito patologías tan graves como las neumonías, la tuberculosis, etc. La apertura en 1969 de la Policlínica del Rosario con 60 camas, posteriormente ampliadas a 90, merece también una mención especial por ser ahora el único centro privado de la isla y por haber acertado al incorporar aparataje diagnóstico (TAC y resonancia magnética) y especialidades que no tenía disponibles la sanidad pública insular, situación que arregla a través de acuerdos de colaboración con el "sí dotado" sector privado. En febrero del año 1971, impulsado por el rápido aumento de población debido al gran desarrollo turístico iniciado en los años sesenta, se habilitó el **primer ambulatorio y residencia sanitaria** de la Seguridad Social de Ibiza. El **ambulatorio** conocido popularmente con el nombre de 's'Ambulatori', fue el embrión de todo el desarrollo posterior de la sanidad pública en las Islas Pitiusas. La construcción de este centro conllevó a una organización y estructuración de los servicios de la isla: en primer lugar, concentró en un solo



edificio a todos los facultativos de la isla que hasta entonces visitaban en sus consultas o clínicas privadas, facilitando así a los pacientes un punto de referencia exacto, donde acudir en caso de cualquier dolencia médica. Y, en segundo lugar, facilitó la incorporación de nuevos facultativos, unos procedentes de hospitales punteros de la península y otros ya con formación MIR que aportaron a la isla su experiencia y las últimas novedades en diversas disciplinas médicas. La **residencia sanitaria**, constaba de dos módulos, uno que compartía medicina interna y cirugía general y otro dedicado a toco-ginecología. En total, 50 camas ubicadas en habitaciones dobles. Contaba también con una sala de radiología, un laboratorio, un servicio de anestesia con dos quirófanos y una pequeña sala/ área de urgencias. Al poco tiempo se habilitó una pequeña zona para pediatría hospitalaria. Un ejemplo de la necesidad de mejora en recursos materiales y humanos que se precisaba en 's'Ambulatori,' queda reflejado en un informe elaborado por la Comisión de Admisión, Urgencias y Traslados en el que reiteraban a la dirección del centro la necesidad de incorporar un digestólogo-endoscopista. En dicho informe se hacía constar que en el año 1983 tuvieron que ser trasladados a Palma, tan solo por patologías digestivas, un total de 93 pacientes. Del total de traslados efectuados por otras causas, tales como politraumatizados graves, quemados, cardiopatías, etc., no hay existen, ni siquiera, cifras por cuanto el centro carecía de servicio de archivo y documentación clínica.

#### **ISLAS GIMNESIAS (343, 344).**

Los materiales de divulgación sanitaria normalmente confeccionados por los mismos médicos constituyen fuentes de gran importancia para poder estudiar y conocer la asistencia de principios de siglo. La temática y la forma de estos materiales de divulgación fueron muy diversas, pero todos tenían como factor común una finalidad claramente didáctica y que estaba dirigida, casi en su totalidad, a intentar modificar la conducta ciudadana en relación a la salud.

En la década de los años veinte y treinta, las instituciones, asociaciones, etc. que promovieron este tipo de divulgación en Palma fueron muy diversas: desde las propias instancias públicas a asociaciones obreras o culturales, como la Asociación por la Cultura de Mallorca o el Fomento de Cultura de la Dona. El catalán fue a menudo su lengua vehicular, y fue la clase médica mallorquina la que mostró las "necesidades higiénicas" de la ciudad de Palma a través de cálculos demográficos y epidemiológicos. Se obtuvieron unos resultados a estos cálculos que manifestaban un deplorable estado sanitario y una clara necesidad de intervención. Estos médicos, que se encargaron de las campañas divulgativas así como de los



estudios epidemiológicos , serían los mismos encargados de marcar las líneas de actuación para mejorar el estado de la población, proponiendo la actuación pública en materia de Salud Pública junto a recomendaciones de Higiene Privada. Esta reforma pública recibió el apelativo general de **Saneamiento de Palma**. Apelativo que fue dado por el médico Bernat Riera Alemany, utilizándolo en 5 conferencias que pronunció en el Colegio Médico-Farmacéutico entre 1900 y 1902. Esta institución fue la plataforma que utilizó la clase médica mallorquina para plantear la reforma con los siguientes términos:

*“La población urbana en suma, está amenazada en cuanto respecta a las condiciones que le dan este calificativo: 1º Por la infección del suelo y del agua.  
2º Por las alteraciones comunes o específicas de la atmósfera.  
3º Por la imperiosidad relativa de recursos alimenticios,  
y 4º por la multiplicidad de contactos entre personas y entre personas y cosas, como dato de progresión de afectos contagiosos cuando sus gérmenes lleguen al grupo.[...]”*

Toda esta reforma sanitaria se justificó con los resultados del perfil epidemiológico de la ciudad.

Algunos de los principales problemas higiénicos en los primeros años del siglo XX en el archipiélago balear eran la insalubridad de las viviendas, la falta de cuidados maternos por la integración de la mujer en el mercado laboral, la de pauperización de la clase obrera o la nutrición infantil...

Las campañas puericultoras fueron iniciadas en España en 1902 con la abertura de las denominadas Gotas de Leche. La Gota de Leche de la ciudad de Palma se inauguró en enero de 1907 bajo la dirección del médico Josep Mir Mir. Las Gotas de Leche, entre otras funciones, consistían en un servicio de dispensa de leche, sin la pretensión de sustituir la lactancia materna ni tampoco relegar. La leche despachada debía ser de vaca previamente tratada con agua, cloruro de sodio y azúcar, después filtrada, embotellada en biberones y esterilizada. Los niños atendidos en estos consultorios eran convenientemente registrados en fichas individuales que contenían el nombre, la fecha de nacimiento, la edad de los padres, número de hermanos, antecedentes clínicos tanto propios como familiares y el peso.(343).

La promulgación de la primera ley de protección a la infancia de 1904 influyó en gran





medida localmente, prueba de ello es que el Colegio Médico-Farmacéutico de la ciudad de Palma inauguró el año académico de 1904 con el discurso titulado “*Concepto higiénico-social de la protección de la infancia*” de Bernat Riera Alemany.

Las islas Gimnesias, al igual que sus islas vecinas del archipiélago, se sirvieron enormemente del apoyo del sector de la medicina privada local. Entre alguno de los servicios y centros inaugurados en la isla, puesto que se centraron en la isla de Palma, encontramos:

#### **.La Clínica Valdés**

Francisco Valdés Guzmán era médico licenciado en 1913 y doctorado en el año 1917 en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona. En 1923 se traslada a Palma. Fue académico, numérico de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Palma de Mallorca, a la cual ingresó en 1944 con el discurso “Aportaciones a la Clínica Quirúrgica”. Fundó en Palma la Clínica Valdés, la cual proporcionó a la isla muchos avances en el sector de la Cirugía y también en otros campos como la radiología (344).



**Figura 35. Francisco Valdés Guzmán (344).**

#### **.El Patronato Antituberculo o Sanatorio de Caubet**

La historia de la Donación del Hospital de Juan March, que comenzó a tramarse durante la dictadura de Primo de Rivera aunque se paralizó durante la República. En la

guerra civil estuvo operativo y se materializó tras finalizar la contienda con el gobierno de Franco. El Hospital Joan March fue inaugurado en 1920 como sanatorio anti-tuberculoso. Actualmente, es un hospital público especializado en el cuidado de pacientes con enfermedades respiratorias. En 1928 se puso la primera piedra de este hospital, que fue inaugurado en 1945. Este centro hospitalario fue una donación por parte de la familia March a los habitantes de Mallorca.

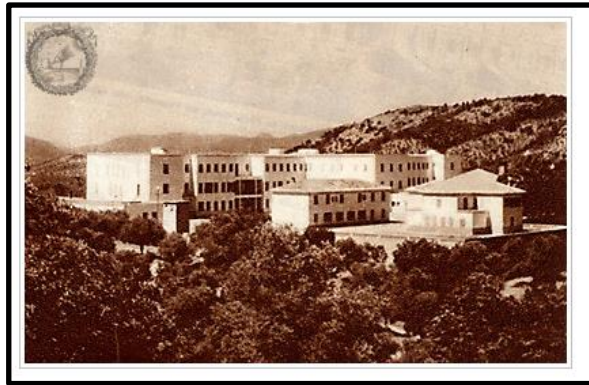


Figura 36. Clínica Juaneda (344).

#### .La Clínica Juaneda

Abrió sus puertas en Palma en 1917. En el transcurso de su historia posterior sería conocida durante décadas como la «clínica de los extranjeros», por la asistencia que daba mayoritariamente a turistas y visitantes. Por sus estancias y pasillos era casi más habitual oír hablar entonces en inglés, alemán, francés, sueco o italiano, que en castellano o mallorquín. La preocupación por la asepsia en la cirugía, por la higiene, por la esterilización, por la evitación de posibles infecciones postoperatorias definió la esencia del proyecto puesto en marcha por el doctor Juaneda. Licenciado en Medicina en 1904 por la Universidad de Barcelona y especializado en cirugía en París en 1907, cuando regresó a Mallorca pudo desempeñar su proyecto en una finca ubicada en la barriada de Son Españolet, que entonces formaba parte del extrarradio de Palma. Durante las primeras décadas del siglo XX, la Clínica Juaneda empezó a centrarse en atender de manera progresiva a los visitantes que llegaban a Mallorca y que podían necesitar atención médica. Por ese motivo, se contrató personal que hablaba perfectamente inglés o alemán y que ejercía de intérprete entre los pacientes y el personal sanitario. Todo ello supuso una verdadera innovación en aquella época. Debido a ello Juaneda empezó a ser conocida cariñosamente como la «clínica de los



extranjeros», apelativo que si bien tenía un gran fondo de verdad, no reflejaba el hecho de que también se empezaba a atender cada vez más a los residentes en la isla.

### **Hospital Militar de Palma de Mallorca**

En Mallorca, la necesidad de un Hospital Militar de Plaza, de guarnición, no surge hasta 1716, cuando arriba la Casa de Borbón con Felipe V, el nieto de Luis XIV, triunfa el absolutismo real, es ocupada Mallorca militarmente, quedan en La Roqueta, con carácter permanente, numerosas tropas españolas y comienza a organizarse la Sanidad Mil En el año 1837, por la desamortización de Mendizábal, salieron las últimas religiosas del monasterio de Santa Margarita y se fueron hacia la iglesia de la Concepción. Tras 10 años de desuso, el Estado decidió reconvertir el monasterio en el hospital militar, destinando el recinto de la Iglesia para material de fortificación, en 1847. El momento culmen de este centro hospitalario fue la guerra civil. «Teníamos sólo 300 camas, y estaba saturado. Una vez iniciada la transición, el hospital militar comenzó su descenso. «En 1985, se comenzó a desviar a los militares a los centros privados y el hospital dejó de estar tan concurrido. Sólo se veían las tropas de reemplazo, soldados que hacían el servicio militar y los tribunales médicos.

### ***Odontología en las Islas Baleares***

Como primeros pasos, antecedentes o figuras pertenecientes a la Odontología balear de finales del siglo XIX y principio del XX encontramos una propaganda perteneciente a Mayo de 1857 en Palma de Mallorca, donde se publicaba ciertas explicaciones leves de técnicas odontológicas. Su autor era un supuesto mallorquín, Carmelo Villalonga, cirujano-dentista». Faltaban aún veinte años para que se instaurara el título de odontólogo y su formación era poco más que una continua práctica. Pero la escasez bibliográfica del XIX convirtió su impreso en un texto pionero sobre la concienciación de la higiene bucodental y las prácticas odontológicas de la época (345).

**Los orígenes del Colegio Oficial de Dentistas de Baleares** se remontan a principios del siglo XX. Como precedentes a esta institución existían distintas asociaciones que agrupaban tanto a los “Cirujanos-Dentistas” con título reconocido en 1875 como a los Odontólogos con título creado en 1901. Podemos considerar, por su antigüedad, que las Baleares fue una de las precursoras del movimiento asociativo de los dentistas en España (344). La Sociedad Odontológica Balear fue constituida el 26 de septiembre de 1900, bajo la presidencia de D.

Domingo Casanovas, cuando, por aquel entonces, solamente existían este tipo de asociaciones o sociedades en Madrid y Barcelona.

**Domingo Casanovas Sancho** era discípulo de Cayetano Triviño hasta su fallecimiento el que ostentaba el título más antiguo de "Cirujano-dentista" que obtuvo el 18 de julio de 1877, según Aguilar el primero que se concedió en nuestro país.

En el Congreso Internacional de Medicina de Madrid (1903), tuvo la iniciativa y propuso constituir la Federación Odontológica Española en la que ocuparía destacados puestos. Fundó asimismo la Sección Odontológica Balear y la Valenciana. De la primera fue presidente y socio honorario de todas las sociedades dentales de España. (344). Redactó artículos, dentro de los cuales destaca un informe titulado Legislación dental que recopila todas las leyes, reales órdenes y disposiciones relacionadas con la odontología. También realizó dos importantes trabajos sobre Dentistas militares y editó un folleto titulado Antigüedad del arte dental y de la ciencia odontológica -Palma de Mallorca, 1901-. De manera altruista ejerció siempre en Baleares y prestó sus servicios profesionales en todos los hospitales, asilos, en cuarteles militares e instituciones benéficas de Palma de Mallorca. Por aquellos servicios fue recompensado con la Cruz del Mérito Militar y con las medallas de plata y oro de la Cruz Roja. Falleció en Palma de Mallorca en 1917. Estuvo vinculada al Colegio Médico-Farmacéutico de Palma y fue una de las precursoras en la creación de la Federación Odontológica Española, cuyo tercer congreso tuvo lugar precisamente en Palma en 1905. Del desarrollo de sus sesiones se hizo eco el periódico local "*La Almudaina*", además de las revistas profesionales "*La Odontología*", "*La Moderna Estomatología*" y la "*Revista Balear de Ciencias Médicas*". Este congreso lo presidiría S.M. el Rey, gracias a las gestiones del Dr. Florestán Aguilar.

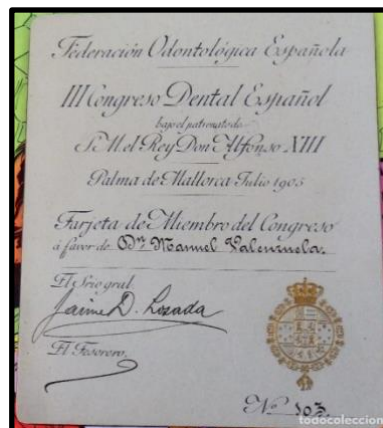


Figura 37. Acta de asistencia al congreso de Palma de Mallorca (344).

Ciento setenta y ocho fueron los congresistas que acudieron a la isla con la satisfacción de haber cumplido su anhelado deseo de dignificar la profesión a través de su entrada en la Universidad, hecho que había ocurrido cuatro años atrás. En este Congreso se acordó la pauta de trabajar por comisiones, que sería el modelo para los siguientes congresos, y la implantación de Subdelegados de Odontología en los distintos territorios nacionales. Se trataron temas de ortodoncia, anestesia, higiene dental, de las alteraciones dentales durante el embarazo, incluso se creó un código de deontología profesional. En este congreso el Dr. Florestán Aguilar, a través de la Sociedad Odontológica Española que presidía, editó el correspondiente libro de Actas del Congreso.

Dentro de la Odontología de la última década del siglo XX y, debido en mayor parte, a ser una pionera de la odontología solidaria y gran defensora de la odontología social queremos hacer mención a la menorquina **Mercé Morató** (345), médico estomatólogo de 62 años, fue una principal y fiel impulsora, además de su primera presidenta, de la *Fundación Odontología Solidaria*. Morató tiene su propia clínica en Es Mercadal. Sus primeros pasos como “Odontóloga Solidaria” fueron en 1992 en un viaje que realizó junto a un grupo de médicos de Menorca a los campos de refugiados saharauis donde no había ningún dentista. Viajó junto con auxiliares dentales y algunos técnicos de otras especialidades pero a los que la solidaridad unía en una misma labor. Allí conoció al Ministro de Sanidad de la RASD, que le dijo que lo que necesitaban con más urgencia eran dentaduras postizas. De vuelta a Menorca, escribió a los 200000 a los odontólogos de España pidiendo ayuda económica para enviar prótesis a los campamentos. Empezó a conocer gente de todas partes interesada en el proyecto. Con Rafa Montaña y August Bruguera se desplazaron al Sáhara a llevar el material, y fundaron a raíz de esto la *Fundación Odontología Solidaria* como asociación en 1994. En el Sahara, convirtieron dos vehículos en clínicas móviles y también trabajaron con grupos de mujeres y escuelas. Desde Menorca, y con el apoyo de instituciones como el Govern Balear y el Fons Menorquí de Cooperació, pudieron realizar más proyectos solidarios internacionales como por ejemplo: fueron dos años a India en colaboración con la Fundación Vicente Ferrer, además de trabajar en Ghana, Tailandia...

La Fundación Odontología Solidaria es una ONG que surge en 1992 como resultado de la inquietud de un grupo de odontólogos y estomatólogos que, de forma individual, habían trabajado con distintas ONG en proyectos de desarrollo en países del denominado tercer



mundo, y también en el cuarto mundo. A partir de los conocimientos adquiridos surgió el deseo de crear una organización específica que permitiese colaborar a estos profesionales, cada uno de ellos desde su parcela de conocimientos en salud buco-dental, en la tarea de acortar las enormes distancias que separan el mundo desarrollado de su antónimo más necesitado.

Es en este momento, cuando se crean, simultáneamente en España, dos organizaciones: una con sede en Madrid (Odontología Sin Fronteras) que centra principalmente sus acciones en las poblaciones marginadas de Madrid, y otra con sede en Granollers (Odontología Solidaria) que hasta ese momento había trabajado en los campos de Refugiados Saharais. La Fundación Odontología Solidaria persigue el bienestar integral de las comunidades más desfavorecidas, excluidas y marginadas. Trabaja en programas de desarrollo global a través de proyectos de salud buco dental. Empezaría en el ámbito internacional enfocándose después en las necesidades más cercanas. Según relata uno de sus integrantes, Ruiz Villadiego *"Hay clínicas de odontología solidaria en ciudades como Madrid, Valencia o Barcelona. Son centros donde van los profesionales locales a aportar su tiempo. Se suman profesionales en paro, estudiantes y aquellos que desean ayudar"*.

En la última etapa del siglo XX la asistencia pública odontológica se realiza a través de la red de centros sanitarios dependientes del Insalud. Los primeros esfuerzos para mejorar la atención primaria de salud, desde la iniciativa pública, hay que situarlos en Palma el 3 de diciembre 1976. En esta época se firmó un acuerdo entre el Ministerio de Trabajo y el Ayuntamiento de Palma para la *"instalación de consultorios en las barriadas de Palma"* (345). El organismo preautonómico del Consejo General Interinsular primero que posteriormente pasaría a ser la Consejería de Sanidad del Gobierno Balear tenían como principal objetivo la creación de unidades sanitarias locales que poco a poco irían sustituyendo los modestos consultorios municipales de los pueblos de Mallorca.

En el año 1979, tras las primeras elecciones municipales democráticas, se produce un hecho fundamental para el futuro desarrollo de la atención primaria en la isla: la ratificación del acuerdo de colaboración entre INSALUD y el Ayuntamiento de Palma. Se planteó el diseño y construcción, por parte de la Ayuntamiento, de los primeros centros de salud de Palma, que, inspirados en la filosofía de la atención primaria de salud, se inauguraron el año 1985. La red asistencial pública de las islas experimentaría así un espectacular aumento.



La asistencia odontológica pública también ha acompañado a esta tendencia y fue aumentando sus prestaciones y trabajando en la mejora de salud bucodental de sus ciudadanos. Este esfuerzo se ha visto recompensado con la implantación del Programa de Atención Dental Infantil (PADI) poco después de la fecha que concierne a este estudio (en el año 2005).

## 4.12 ISLAS CANARIAS



### 4.12.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Canarias es un archipiélago situado en el océano Atlántico que conforma una comunidad autónoma española. Se compone de ocho islas y cinco islotes. Políticamente el archipiélago se compone de siete islas con administración propia y una isla, la Graciosa, que está en trámites de ser gestionada en forma de pedanía (346). Las siete islas con administración propia son, por un lado, El Hierro, La Gomera, La Palma y Tenerife, que constituyen la provincia de Santa Cruz de Tenerife, y, por otro lado, Fuerteventura, Gran Canaria, Lanzarote y La Graciosa, que constituyen la provincia de Las Palmas.

La población canaria se quintuplicó en el siglo XX y además registró un incremento cinco veces superior con respecto a la media nacional. En el año 1900 Canarias tenía una población residente de 357.601 personas, y pasó en el año 2000 a contar con un censo de 1.750.673 habitantes. En cuanto a la población extranjera en Canarias, en 1900 ascendía a 4.217 personas y en 2000 pasaron a 134.648, lo que suponía un 7,69% del total de la población insular. Sobre la población española residente en el Archipiélago, a principios del siglo XX, era de 353.384 personas y a finales pasaron a 1.616.025 personas, lo que supuso un incremento del 457% frente al 111% del crecimiento total de la población nacional en España. Esta mayor expansión de la población residente en Canarias se debió a que se produjeron más nacimientos y menos defunciones que en el resto del país, a la inmigración extranjera y al mayor asentamiento de peninsulares.

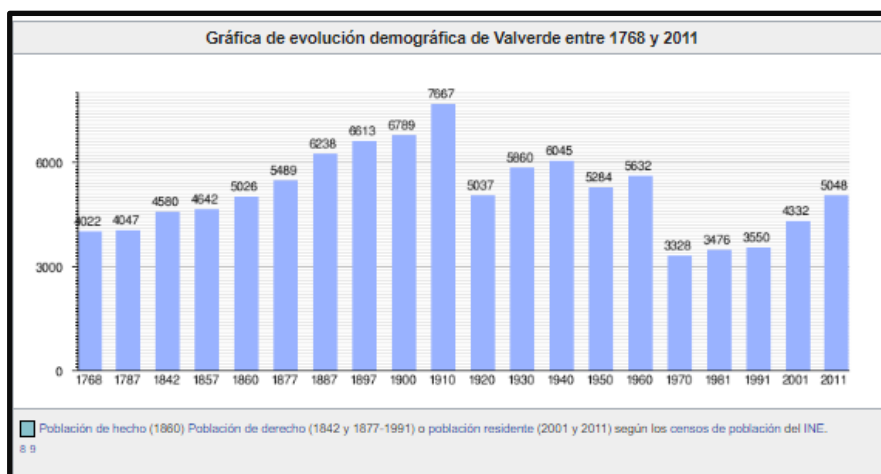


Figura 38. Evolución demográfica del municipio de Valverde en las Islas Canarias (346).



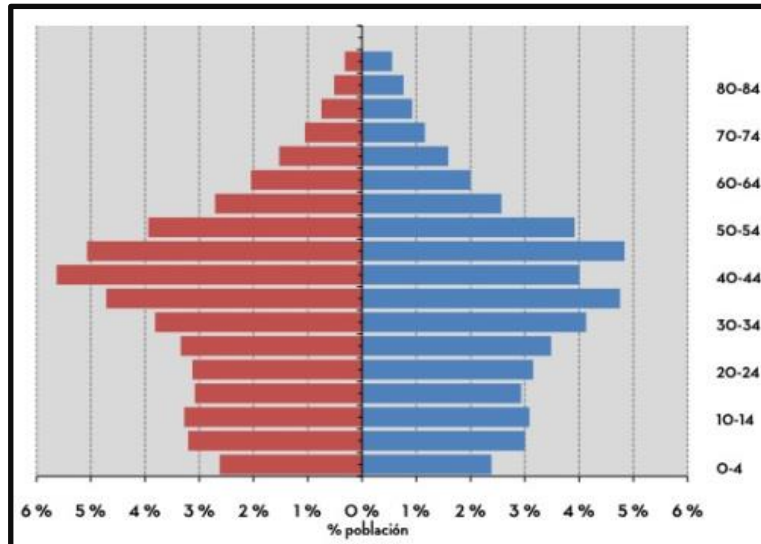


Figura 39. Pirámide de evolución de la población española por edades en el siglo XX (346).

Al igual que en el resto de España, a lo largo del siglo fue disminuyendo la población infantil y aumentando el volumen de mayores de 65 años.



Figura 40. Pirámide de evolución población por edades en las Islas Canarias en el siglo XX (346).

También el flujo migratorio cambió de signo con el paso de las décadas del siglo XX, pues en las primeras primó la emigración con hasta 20.600 salidas de canarios solo en la década de los 50, en la que también se marcharon 1.396 extranjeros y hasta 8.470 en la siguiente. Sin embargo, en la última década del siglo se registraron más de 40.200 retornados y la entrada de 82.738 inmigrantes.



## 4.12.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO

### Principios del siglo XX

La sociedad canaria sigue siendo fundamentalmente agraria, pero ya comienza a aparecer un proletariado urbano, que llevará al nacimiento de las primeras organizaciones obreras canarias. Debido al prácticamente nulo desarrollo industrial que experimenta el Archipiélago Canario, el desarrollo de un movimiento obrero fue bastante tardío, y en su inicio estaría formado más por artesanos. En los primeros años de la centuria, existe un dominio del caciquismo, los terratenientes y aguatenientes que son los que lideran tanto la vida social como política de la población.

Los sindicatos no fueron las primeras asociaciones obreras del Archipiélago, pues fueron precedidos por las sociedades de ayuda mutua que surgieron a finales del siglo XIX y las más importantes de ellas estaban vinculadas a los primeros grupos demócratas-republicanos. La implantación de la Restauración a partir de 1875 provocó el debilitamiento de estas asociaciones obreras, como consecuencia de la pérdida de fuerza ocurrió también del republicanismo, el cual sólo se mantuvo débilmente a escala local en la capital tinerfeña.

No obstante esta situación cambiaría partir de 1900: gana peso político el republicanismo del Archipiélago, y paralelamente surgen las federaciones sindicales y las sociedades cooperativas aumentando a la vez el número de huelgas. Los obreros sindicados eran mayoritariamente hombres, reconocidos como los verdaderos trabajadores, que trabajaban en oficios tradicionales (zapatería, carpintería, tipografía, herrería y artes mecánicas, panadería o albañilería), en fábricas tabaqueras y en la estiba portuaria. Tampoco puede decirse que dicho movimiento fuera la respuesta frente al empobrecimiento de los trabajadores (factor clave de su supuesta “proletarización”). En primer lugar porque existe constancia de que desde finales del siglo XIX hasta el año 1930 los precios de los alimentos de subsistencia se mantuvieron estables y además los salarios nominales incluso experimentaron un ligero ascenso. Es por tanto evidente que este movimiento obrero no surge como respuesta a una situación de pobreza, sino que más bien nace como consecuencia de un cambio en la concepción que los trabajadores tienen de su estilo de vida y trabajo.

La epidemia de gripe de 1918 apenas afectó a las islas, que fueron con mucho la provincia que menos fallecimientos tuvo de toda España (0,06% de la población frente a la



media nacional del 0,95%).

La rivalidad entre las élites de las ciudades de Santa Cruz de Tenerife y Las Palmas de Gran Canaria por la capitalidad de las islas, que se encontraba en la primera, llevará a que en 1927 se lleve a cabo la división del Archipiélago en dos provincias.

### Segunda República

La proclamación de la Segunda República en Canarias dio paso a un intenso período de movilización popular, luchas sociales y debate político (350). Mientras que en Gran Canaria se concentra en el apoyo a las candidaturas monárquicas, la situación en Tenerife es más dubitativa. Por un lado desde el sector republicano se pueden contrastar las opiniones más proclives tanto por parte de los socialistas haciendo llamamiento a la dignidad nacional como por parte de los republicanos alegando al cambio de un régimen monárquico "corrupto". Los resultados electorales en Canarias también resultaron muy variados en las dos provincias y en los distintos municipios entre sí. Los resultados obtenidos en Canarias, globalmente considerados, favorecieron a las candidaturas de signo monárquico, sin embargo, el resultado en las capitales de provincia, arrojará un saldo claramente favorable a los republicanos-socialistas, esta situación que se dio comúnmente en varios de los territorios españoles fue la que finalmente llevaría a Alfonso XIII al exilio.

### Guerra Civil y Gobierno de Franco

En 1936 Francisco Franco se encontraba destinado en Canarias como Comandante General. Este nombramiento se debió a la política del Gobierno de la República de dispersar hacia las zonas periféricas a aquellos altos cargos militares de tendencia conservadora que pudieran llevar a cabo un golpe militar. Sin embargo, esta política no valdrá de mucho, y será Canarias desde donde Franco inicie la sublevación militar el 17 de julio, organizada por el general Mola, declarando el Estado de Guerra en todo el archipiélago al día siguiente (351). Los sublevados tomarán rápidamente el control de todo el archipiélago, a excepción de algunos focos de resistencia en la isla de La Palma, acontecimiento al que se conoce como la "*Semana Roja Palmera*": el entonces Comandante General del Ejército en Canarias, Francisco Franco, dio orden de iniciar el golpe contra el Gobierno el 18 de julio. Ese mismo día desembarcó en la isla el comandante Baltasar Gómez Navarro con un contingente militar de 25 soldados. Para entonces la población ya tenía conocimiento del levantamiento en la isla de

Tenerife. El entonces Delegado del Gobierno en La Palma, Tomás Yanes, conoció la noticia e informó a los palmeros de la sublevación a través de la radio. A primeras horas de aquel sábado 18 de julio ya se conocía la noticia en Los Llanos de Aridane y Los Sauces. El rumor corrió de boca en boca y la población y las fuerzas obreras se prepararon para oponerse. Fue, efectivamente, la diferencia horaria en el conocimiento de la noticia la que propició aquella resistencia. Mientras los militares que debían tomar la isla fueron informados a las dos de la tarde, la guarnición de La Palma tuvo conocimiento de lo que estaba a punto de suceder las diez de la mañana. Falló el efecto sorpresa y esto generó discrepancias entre los diferentes mandos militares y de la Guardia Civil. También se alargaría más la causa en el pueblo de Valle hermoso en La Gomera, que duró hasta el 24 de julio. A pesar de que en las islas no hubo guerra propiamente dicha, fue uno de los lugares donde la represión alcanzó cotas más altas. Durante la posguerra, al igual que el resto del estado, Canarias padece un periodo de crisis donde el hambre y la miseria son frecuentes. Se produce de nuevo una oleada migratoria hacia Venezuela. Los militares se hicieron rápidamente con el control de las instituciones, siendo destituidos los gestores republicanos.

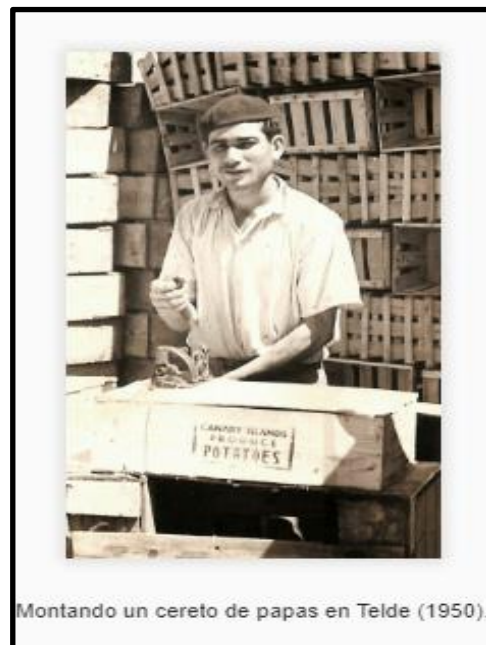
Los mayores contribuyentes, propietarios agrícolas, exportadores, comerciantes e industriales, tomaron posesión de los cargos de alcaldes y gestores en los Ayuntamientos y Cabildos Insulares canarios. Buena parte de ellos militaban o simpatizaban con los partidos conservadores que durante décadas habían controlado la situación política en las Islas. Unos y otros pasaron a formar parte, progresivamente, de Falange. También de organizaciones destinadas a sofocar cualquier situación de desorden, como Acción Ciudadana y las llamadas brigadas del Amanecer.



**Figura 41. Sociedad canaria tras la Guerra Civil (352).**

La situación en el Archipiélago Canario cambió mucho a partir de la década de los 50. Se producen profundas modificaciones: hubo un importante crecimiento poblacional,

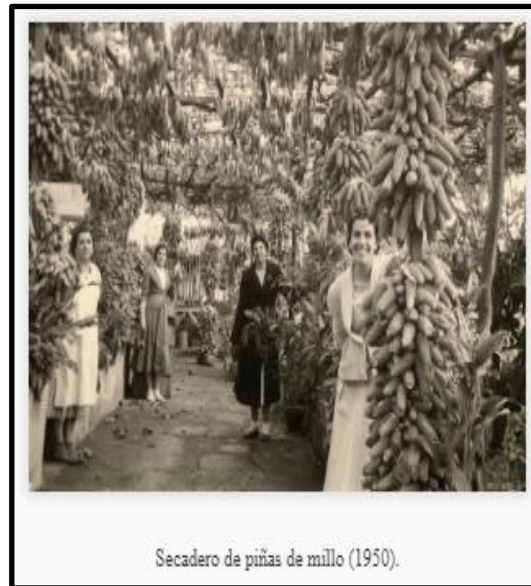
comenzó la especialización en el turismo a partir de los años 60, que rápidamente desbanca a la agricultura (platanera y tomatera, sobre todo), surge la clase media y se produce un importante éxodo rural, donde la gente abandona el campo para ir a vivir a las ciudades. La economía agraria de las islas de 1946, un año después de la finalización de la II Guerra Mundial, estaba caracterizada por la existencia de dos grupos de cultivos: por un lado los considerados locales y por otro los de exportación. Entre los locales destacaban los cereales (trigo y millo), leguminosas, papas de consumo, vid, hortalizas, frutas y algo de tabaco. Los de exportación eran prácticamente los mismos que han llegado a la actualidad, aunque con variaciones en los porcentajes: plátanos, tomates, papas de exportación, cebollino, cochinilla y almendras.



Montando un cereto de papas en Telde (1950).

**Figura 42. Negocio de la patata.(352).**

La ganadería insular consistía en ganadería cabría en mayor porcentaje, seguida de la vacuna y porcina en tercer lugar. Estos ganados, representaban una proporción más o menos cuantiosa para el mantenimiento del consumo interior y permitió, más o menos aceptablemente, el autoabastecimiento en los difíciles años de hambre y crisis del país tras la guerra.



**Figura 43. Negocio del plátano en las Islas Canarias (352).**

La pesca era uno de los sectores que durante las décadas de 1930 y 1940 sufrieron un mayor incremento. Los marineros canarios convivieron en el mar con los buques de guerra durante los años de la Guerra Civil y de la II Guerra Mundial. En la primera, dado su carácter local, el combate naval no tuvo una gran relevancia, pero en la segunda, sí que fue determinante; por ello en el banco pesquero canario-sahariano los miles de marineros canarios, avistaron con frecuencia numerosos barcos de guerra mientras pescaban.



**Figura 44. Negocio de la pesca en Islas Canaria.(352).**

El régimen franquista intentó por todos los medios aumentar la propaganda del plátano con el objetivo de mantener su producción, a costa únicamente del consumo nacional, durante los años de la Segunda Guerra Mundial. Las cifras agrícolas de la década de 1940 son



significativas y determinantes para el mercado del plátano, pues si bien la Guerra Civil supuso la caída del mercado exterior de esta fruta, no supuso su desaparición, aunque durante la II Guerra Mundial fue únicamente el mercado nacional el que sostuvo estas plantaciones. La caña de azúcar que tras la pérdida de las colonias de Cuba y Puerto Rico había tomado un impulso efímero en las postrimerías del siglo XIX e inicios del XX, resistía los avatares del tiempo, y las inseguridades de abastecimiento. Al finalizar la II Guerra Mundial, Canarias llevaba casi un siglo cultivando el tabaco, alcanzando entonces una producción media cercana al millón de kilos anuales, ocupando en aquellas tareas a una importante mano de obra.

**Hacia los años 60** comienza a producirse un cambio en la economía canaria con el auge del turismo. A partir de esos momentos la ganadería y la agricultura entrarán en un retroceso, a excepción de los monocultivos de exportación del plátano y el tomate que se mantienen.

Los últimos años del Gobierno de Franco y la etapa democrática (351), corresponden al primer “boom turístico” de las Islas. Comienza a extenderse el llamado “turismo de masas” o “turismo de sol y playa”, que no deja de crecer hasta bien entrada la crisis del petróleo que se inicia en **1973**. El origen de este turismo estaba en Europa occidental, sobre todo en los países nórdicos, que se encontraban en pleno proceso de desarrollo e industrialización, lo que produjo un aumento del nivel de vida y permitió el acceso de gran parte de la sociedad a los viajes internacionales. Aunque en un principio el turismo creó ciertos recelos en la administración franquista, entre otras cosas por el peligro de la contaminación ideológica, desde que Franco comprobase su enorme capacidad de mejorar nuestra economía, no sólo lo fomentó enérgicamente sino que participó como propietario mediante organismos como la Administración Turística Española o el propio Instituto Nacional de Industria, que llegó a crear varias empresas destinadas a este sector, entre ellas las Líneas Aéreas Españolas (IBERIA).

Durante esta etapa se produce la urbanización acelerada del espacio insular. Desde el Plan de Estabilización de 1959 hasta mediados de los 70, se inicia una enorme transformación del sur de Gran Canaria y Tenerife. Tras el boom se inicia una fase de crisis económica que se extiende durante los años **1973 a 1981** y que afectó a todos los sectores de producción menos al terciario. La tasa de desempleo subió del 1,5% a 15,9%, fundamentalmente por el desplome de la construcción, pero el número de turistas no disminuyó (2.000.000 de turistas en 1975), aunque se estancaría o mantendría en las mismas cifras en la década de los 80.



A partir de los años 90 se fue acentuando la demanda por parte del turismo , especialmente de los europeos, de áreas alejadas de las ciudades y de su muchedumbre, buscando destinos que permitan el contacto con la naturaleza y las tradiciones de la población autóctona, en resumen buscando un turismo rural. (347, 348, 349).

### 4.12.3 CONTEXTO SANITARIO

Las diputaciones y cabildos se desarrollan en las Canarias como instrumentos institucionales que tienen entre sus objetivos la atención benéfico-sanitaria y el auxilio social. (352). El Estatuto Provincial del año 1925, en su artículo 127, determina las obligaciones en materia de beneficencia de las diputaciones y cabildos, entre las que incluyen el sostenimiento de casas provinciales de maternidad, de beneficencia hospitalaria, de caridad y reclusión de dementes pobres. Además, el artículo 128 fija las obligaciones por parte de los ayuntamientos de subvencionar las obras de carácter sanitario; disponer de diversas instalaciones para el tratamiento de determinadas enfermedades y sostener un instituto de higiene.

#### Las instituciones sanitarias en las islas

Fueron muchas las instituciones benéfico-sanitarias que se desplegaron por las islas, especialmente si hacemos memoria de las más pequeñas que atendían a la población de los municipios y pueblos de las distintas islas del archipiélago, por lo que hacemos mención exclusivamente de las más destacables:

##### **-En Tenerife:**

Al inicio del siglo XX, exactamente en su primer año, se inaugura el Hospital de Niños por iniciativa del Dr. Diego Guigou, en el que dos años más tarde el Dr. Eugenio Domínguez Alfonso introduce en el hospital la apendicectomía. En 1914 todos los centros de beneficencia pasaron a depender del Cabildo Insular. Poco a poco se van introduciendo las primeras especialidades, de las que sólo nombraremos unas pocas, al tiempo que van surgiendo nuevas instalaciones o centros sanitarios:

- En 1926 el Dr. Trujillo Ramírez establece un departamento de Obstetricia y Ginecología; el siguiente año comienza a funcionar en el mismo hospital el Instituto de Higiene, y por aquel entonces se abre también el dispensario antivenéreo, en 1932.
- En 1936 se inaugura el Jardín Infantil de la Sagrada Familia, popularmente conocido como “Casa Cuna”.
- En el año 1944 se abre el Sanatorio Antituberculoso en Ofra, que sustituye las viejas instalaciones del dispensario ubicado en la calle Canales Bajas.





- En pleno siglo XX el viejo hospital tuvo que irse acomodando paulatinamente a las necesidades que demandaba una comunidad que se encontraba en plena expansión demográfica. Las obras y acondicionamientos fueron continuos durante cincuenta años. Por fin construido el nuevo Hospital General o Universitario, en 1971 quedó fuera de uso el antiguo edificio, trasladándose todos los servicios a las nuevas instalaciones. En 1970, justo antes de su cierre definitivo, el Hospital de los Desamparados contaba con una plantilla de 29 médicos, 7 practicantes y una matrona.
- Los avances económicos, las nuevas tecnologías, y un largo etcétera de factores hacen que se inauguren en Tenerife dos grandes hospitales de tercer nivel como son el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (creado en 1966) y el mismo Hospital Universitario de Canarias (1971).
- El Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (HUNSC), popularmente conocido todavía por su antiguo nombre: La Residencia o también como La Candelaria, es un centro hospitalario público de alcance general que, junto con el Hospital Universitario de Canarias, constituyen los dos hospitales principales (tercer nivel) de la isla de Tenerife (Canarias, España). Fundado en el año 1966 está ubicado en el municipio y ciudad de Santa Cruz de Tenerife.
- Es el complejo hospitalario más grande de las Islas Canarias y es junto al ya citado Hospital Universitario de Canarias, un hospital de referencia en algunas especialidades para toda Canarias e incluso España.

#### ***-En las Palmas de Gran Canarias***

- El 18 de julio de 1.938 se inaugurará el moderno **Hospital Psiquiátrico** trasladando a los enfermos desde el **Hospital de San Lázaro**, donde se hallaban ubicados; junto al mismo se crea la **Leprosería Regional**, situando ambos en la zona de la Hoya del Parrado, cercana a Tafira, en un bello entorno natural. (353,354)
- Agosto de 1944, como contestación a los numerosos requerimientos del Jefe Provincial de Sanidad, se habilitará en el Hospital San Martín un pabellón de despiojamiento.
- La creación del Instituto de Medicina Regional, en marzo de 1956.
- Finalmente, en 1959, se habilita un dispensario de servicios externos en el Hospital San Martín, con las siguientes especialidades: odontología, pediatría y psiquiatría.
- En junio de 1960 se ponen en marcha las obras para la creación del Dispensario antituberculoso del Instituto Canario de Medicina Regional.



- Las obras del nuevo Hospital se terminaron en septiembre de 1969 y tras varias inauguraciones oficiales, no fue hasta mediados de septiembre de 1971 cuando se comienza con el traslado de los pacientes desde el Hospital de San Martín. Antes de finalizar septiembre ya se había realizado la primera intervención quirúrgica y había nacido el primer niño.
- La inicial plantilla estaba formada por personal facultativo del antiguo Hospital de San Martín y para completar la plantilla que se precisaba debido a los nuevos servicios, se convocaron las correspondientes oposiciones en mayo de 1971. En junio de 1972 se firma el primer concierto entre el Cabildo de Gran Canaria y el Instituto Nacional de Previsión (INP), y al año siguiente la Universidad de La Laguna autoriza a sus alumnos de sexto curso a realizar el curso en dicho centro hospitalario. Pasó por años críticos desde el punto de vista financiero, ya que la cuota que el INP abonaba al Cabildo por las estancias hospitalarias de sus asegurados no cubría los gastos y la corporación insular encontraba dificultades para la financiación. Por fin, en diciembre de 1988, se firma el convenio de gestión con el Insalud, liberando al Cabildo de dicha carga financiera. A comienzos del año siguiente el Insalud asume la gestión del Hospital Insular.
- En 1990 se desdobra la atención sanitaria de la isla de Gran Canaria en dos áreas: se crea el Complejo Hospitalario Insular-Materno-Infantil al agregarse el Hospital Materno Infantil que el Insalud había construido en las cercanías en 1982. En marzo de 1994 el Estado español transfiere las competencias sanitarias al Gobierno Autónomo de Canarias y se establece por ley del 26 de julio de 1994 el Servicio Canario de Salud.
- El Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno-infantil es el mayor centro sanitario de Canarias, con más de cuatro mil profesionales que atienden a toda la población de la zona sur de la isla de Gran Canaria y a la población de referencia de la isla de Fuerteventura (353, 354).

## ***Odontología en Islas Canarias***

Algunos de los primeros dentistas de la isla fueron (352-354):

### **Umberto Bellini Scalanova**

Llega a Las Palmas de Gran Canaria en 1916 desde Italia. Se instaló en esta isla a los 25 años, de profesión mecánico dentista. En la actualidad aún encontramos a su nieto tercera generación de “Bellini” de odontólogo en la isla.



### **Pedro Medina Voltes**

Trabajó como primer dentista en Fuenteventura desde 1970 hasta 1973, trasladándose desde Lanzarote todos los sábados, para pasar consulta en la Clínica Virgen de la Peña. Dado que en esa época aún no existen ni el puerto de Corralejo ni el de Playa Blanca, el estomatólogo viaja en avión los sábados por la mañana para atender hasta las cuatro de la tarde, aproximadamente, a sus pacientes, momento en el que se dirige a toda prisa hacia el aeropuerto para poder tomar el último vuelo de regreso a Lanzarote.

### **Antonio González Falcón**

Se instala en la isla en 1973 y Pedro Medina deja de acudir al contar ésta con el nuevo servicio médico. El estomatólogo Antonio González Falcón, mientras trabajaba en Madrid tiene noticia, por medio de unos visitantes médicos, de que el director de la clínica, Guillermo Sánchez Velázquez, está buscando dentistas que quieran trabajar en el centro mayorero. El doctor González Falcón decide aceptar la propuesta y llega a Fuerteventura contratado por el Instituto Nacional de Previsión.

La situación que encuentra el doctor González Falcón a su llegada al Centro Quirúrgico le resulta sorprendente: unas ochenta personas que hacen cola desde el día anterior. Según recuerda el médico:

*“Aquello fue brutal. Yo creí que el mundo me comía, pues acababa de terminar la especialidad y todavía no tenía práctica, y no me sentía preparado para atender un contingente tan grande de pacientes”.*

Afortunadamente, el estomatólogo no sólo es capaz de resolver satisfactoriamente esa primera jornada, sino que, al acudir a la clínica diariamente, consigue en poco tiempo evitar las largas esperas, gracias a su dedicación y eficiencia. En 1982, Antonio González establece su consulta privada en la calle Virgen del Rosario de Puerto del Rosario, previo al cierre del Centro Quirúrgico, donde continúa su labor de dentista – que compagina con el puesto de médico titular de APD de La Oliva hasta el año 2003.



## Del Nero

Fue, desde 1959 hasta 1975, el único dentista existente en la isla de Lanzarote para atender a una población de 18.000 habitantes, muchos de ellos con escasos recursos económicos. Del Nero ha prestado “innumerables servicios gratuitos “a lo largo de su carrera, tanto de carácter asistencial como docente. Su disposición permanente para colaborar con universidades, sociedades científicas, academias y asociaciones médicas, pediátricas y de higienistas dentales, así como con los colegios profesionales de toda España, laboratorios farmacéuticos o centros de salud de Atención Primaria, son causas de su merecido reconocimiento y afecto. Ha recibido numerosos premios y distinciones.

En 1984 el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con la OMS realiza una encuesta nacional sobre diversos índices de enfermedad bucodental (355). Esta encuesta sirve como base, al proporcionar amplia información sobre algunos indicadores de la salud bucodental, para el inicio de la planificación en programas de salud bucodental en las distintas Comunidades Autónomas. Tomando como punto de partida las recomendaciones realizadas por la OMS al Ministerio de Sanidad y Consumo en su informe sobre la salud bucodental en España, la **odontóloga Gladys Gómez Santos pone en marcha en 1988 en las islas su programa de salud bucodental para niños** de las escuelas. Se inicia en Tenerife y Gran Canarias y luego se ampliará al resto de las islas.

El Plan de Salud Bucodental de Canarias, en el ámbito de la Atención Primaria, se marca los objetivos a alcanzar para el período 1997-2001. Se valoraron los indicadores de caries, de enfermedad periodontal, fluorosis dental y anomalías dento-faciales. Tiene unos objetivos generales como son: reducción de la prevalencia de caries, en la dentición tanto temporal como permanente, y de la enfermedad periodontal. Para el control del cumplimiento de los objetivos el programa se centró en un estudio epidemiológico y en la recogida de una serie de datos y porcentajes. Entre sus objetivos más específicos se encuentran la mayoría centrados en la reducción de riesgos como por ejemplo: el suministro de agua no fluorada en los colegios con servicio de comedor ubicados en áreas geográficas con exceso de flúor en las aguas de abasto o que en todos los municipios afectados por fluorosis, los servicios sanitarios de Atención Primaria conozcan y apliquen los protocolos correspondientes. A medida que se consolidó y desarrolló el Programa, atendiendo a factores de factibilidad y efectividad, se fue



incrementando la población objeto de intervención. De modo que la tendencia fue ir aumentando la población escolar sobre la que actuar y, en la población adulta, ir incorporando progresivamente actividades a determinados grupos.



## 4.13 MADRID

### 4.13.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Como podemos ver, desde 1900 hasta 1997 la población madrileña pasó de 773.011 a 5.022.289 habitantes; este elevadísimo crecimiento ha estado concentrado fundamentalmente en los años 50, 60 y 70 (356).

- **De 1900 a 1930**, el ritmo de crecimiento es moderado, aunque sí de progresivo aumento. La población seguía concentrándose todavía mucha en los núcleos rurales pues el sector agrícola de la economía aún era predominante.
- **La Guerra Civil** marcó un punto de inflexión a partir del cual se produce (como es lógico por las grandes pérdidas bélicas) una desaceleración del crecimiento; pauta que perdurará en el periodo de posguerra de los años 40.
- **A partir de los años 50**, se inicia un periodo de intenso crecimiento demográfico que alcanzará su pico máximo en los años 60. Esta etapa de intenso crecimiento demográfico coincide con un periodo histórico de importantes transformaciones socioeconómicas. Se inicia con un proceso de industrialización enorme y con ello, aumenta la migración de la población de áreas rurales a las áreas urbanas. Al mejorar la economía y calidad de vida, esta situación se acompañará de un elevado crecimiento de las tasas de natalidad y un considerable descenso de la mortalidad.
- **En los años 70**, con la llegada de una nueva crisis económica, especialmente a partir de 1975), se producirá un nuevo descenso del incremento anual medio; proceso que se acentúa en la **década de los 80** y que en la Comunidad Autónoma de Madrid perdurará hasta finales de siglo. (356).

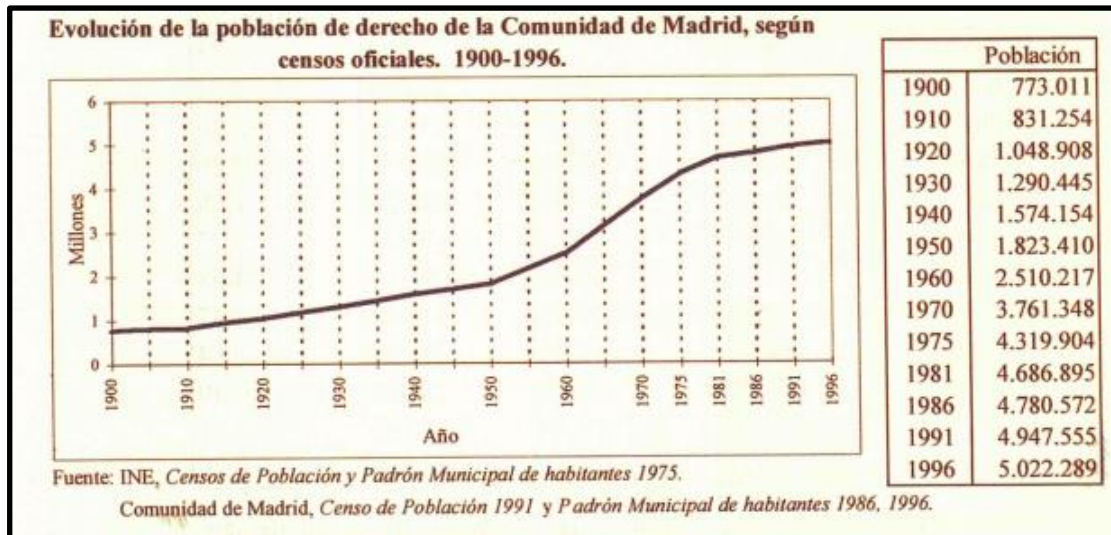


Figura 45. Evolución demográfica de la población de Madrid en el siglo XX (356).

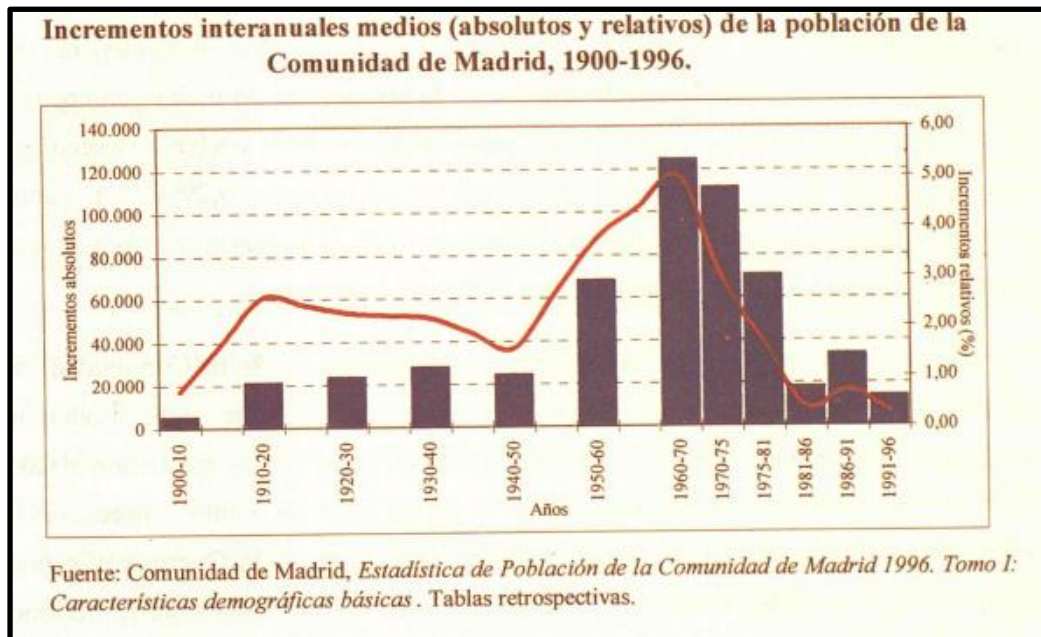


Figura 46. Evolución demográfica de la población en Madrid en el siglo XX. (356).

### 4.13.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO

Madrid duplicó su población a lo largo del **primer tercio del siglo XX**, crecimiento que correspondió al gran dinamismo de la capital de un país que, aprovechando su postura neutral en la Primera Guerra Mundial, registró un acusado proceso de modernización económico y social (357, 358).



Los avances de la modernidad se consolidarían durante la **II República**, y ello se manifestó directamente en el cambio de la estructura socio-profesional de la ciudad. Los empleados tanto del sector público como del privado se convertirían en claros protagonistas y aumentó enormemente la movilidad con la llegada de los nuevos medios de transporte: metro, tranvías y automóviles. Esto supuso una gran expansión de la ciudad (que no paraba de crecer), hacia el extrarradio; una expansión que carecía de orden o planificación urbana alguna. Todo ello, llevó a diseñar distintos planes de Extensión de la ciudad que encontró finalmente un reconocimiento en 1933 cuando el Gobierno aprobó el denominado “Plan Besteiro” que contemplaba la anexión de los municipios aledaños.

**La Guerra Civil** interrumpiría cualquier plan de manera brusca. Y entre 1936 y 1937, el territorio madrileño fue el principal punto de operaciones bélicas. Tras el fin de la Guerra Civil es necesaria la reconstrucción de gran parte de la capital que fue una de las que registró mayor índice de destrucción. Millones de familias, viudas, huérfanos, etc., se veían obligados a refugiarse en precarias chabolas y a dormir en las calles. Las enfermedades venéreas, la tuberculosis y muchas más, comienzan a propagarse de una manera veloz y sin control alguno.

Esta reconstrucción por lo tanto marcó los primeros años de **la década de los 40** y se caracterizó por un ambiente de penuria y escasez, en el que las colas, las cartillas de racionamiento y el estraperlo fueron los referentes del marco social de nuestra capital. La desnutrición era muy acentuada y generalizada en barrios como Vallecas. La lucha por sobrevivir llenó el horizonte cotidiano, lo que además acentuaba por pura necesidad las alteraciones de la paz social.

Esta paz social inexistente también debido además de, a estas penurias, al desmantelamiento del movimiento obrero y al miedo.

La política autártica que dominó la década de los años 40 fue el resultado del carácter nacionalista del franquismo y de su aislamiento internacional, como consecuencia del apoyo de Franco a la Alemania nazi y a la Italia de Mussolini. Las dificultades económicas desembocaron en una corriente migratoria interior desde el campo a los principales centros urbanos del país, siendo Madrid uno de los principales escenarios. La emigración hacia países vecinos sería mucho menor, ya que la situación en la que se encontraban éstos no era mucho mejor que la de España debido a las consecuencias de la Segunda Guerra Mundial.





**A partir de la década de los 50**, la población comenzará a “respirar un poco”. La clase media lograría ciertos ingresos económicos para por lo menos subsistir a base de largas jornadas laborales y pluriemplearse. La situación mejoraría cuando el Gobierno decidió subir los salarios mínimos de forma considerable y se introdujeron las pagas extraordinarias.

La situación cambiaría antes de llegar **a los 60**: Estados Unidos vio en España un punto estratégico para acceder al resto de Europa. Los acuerdos con Estados Unidos sobre las bases militares y la concesión de créditos a España por parte de los americanos supusieron un enorme impulso a la economía española, que supo además, estimular su programa económico nacional; se produjo una gran revolución industrial, sobre todo en el sector del transporte, urbanístico y del turismo. Esto supone un gran alivio para la sociedad; la sociedad se abre y Madrid sufre un crecimiento desestructurado, se puede observar una gran dicotomía ya que, mientras el centro de Madrid se engrandece y recupera, la periferia ofrece una imagen tercermundista.

Todos estos cambios van acompañados de una gran renovación cultural, científica, artística, y literaria. Se reformarían edificios emblemáticos que quedaron devastados por las guerras y se reabren universidades, colegios, etc. Concretamente, el 12 de octubre de 1945 tuvo lugar la inauguración de la nueva Escuela de Odontología ubicada dentro de la Ciudad Universitaria de Madrid que pasaría a denominarse “Escuela de Estomatología” en 1948 y que fue hasta 1971 el único centro español en el que egresaron dentistas con el correspondiente título de Doctor o Licenciado Médico Estomatólogo.

Al llegar **la década de los 70** y con ella la muerte de Franco, nuestro país experimenta un gran cambio político y económico que se refleja en la sociedad.

El último cuarto del siglo XX vendrá marcado en la política por la travesía de un régimen dictatorial a una democracia y por otro lado, por la integración de España en Europa, que se hizo efectiva **en 1986**. Conjuntamente con los cambios políticos-económicos se produce un cambio esencial de la sociedad española.

Respecto a la familia, se pone fin a la figura de familia tradicional (matrimonio católico más descendencia habida dentro de éste) y surgen una de las alternativas de familia (pluralidad de modelos familiares), existe una equiparación de la mujer al varón, privatización



de las relaciones familiares y actitudes progresivamente más tolerantes que se alejan del modelo anterior (356).

### 4.13.3 CONTEXTO SANITARIO

#### *Odontología en Madrid*

Con la llegada del siglo XX (1901) llega el tan ansiado momento de la clase odontológica española, el ingreso en la Universidad y nacimiento de un título de “Odontólogo” basado por fin en la superación de unos estudios teórico-prácticos de la profesión, correctamente reglados y evaluados.

El papel de **Florestán Aguilar** y su influencia en la Casa Real Española (ya que era el dentista de la Comarca Real) fueron decisivos en la consecución de este título. De esta manera, **el 21 de marzo de 1901 se promulgaba una Real Orden** que conducía a la odontología a la universidad. El Título de Odontólogo venía a sustituir al de Cirujano-dentista. Se crearon dos Cátedras suplementarias, la de Teórico-prácticos de Odontología y otra práctica de Prótesis dentaria. Para poder matricularse de estas asignaturas era obligatorio haber aprobado mediante examen los dos primeros años de Medicina, y, posteriormente una vez superado este examen, cursando las asignaturas de odontología habría de superar otro de reválida. Ambos ostentaron el cargo de “Catedrático interino” hasta el curso de 1913-14, con sus ayudantes, especialmente para la docencia práctica. Las cátedras fueron otorgadas a Florestán Aguilar, la de Odontología y la de Prótesis dental a Manuel Cuzzani. Se reorganizaban los estudios creados en la R.O. de 21 de marzo de 1901 de la manera siguiente:

#### **Primer año**

##### **Odontología**

Primer curso, que comprenderá: Anatomía, Fisiología e Histología dentarias; Operatoria y Clínica odontológica.

##### **Prótesis dentaria**

Primer curso, que comprenderá: Principios generales, Aparatos de prótesis movable, en caucho y metales.



## Segundo año

### Odontología

Segundo curso, que comprenderá: Bacteriología bucal, Patología estomatológica, Prótesis quirúrgica e Higiene dentaria.

### Prótesis dentaria

Segundo curso, que comprenderá: Aparatos de prótesis fija en coronas y puentes dentarios, y Ortodoncia o estudios de las malposiciones dentarias.

Durante el reinado de Alfonso XIII, en los estudios de Odontología se evidenciaron ciertos progresos e intentos de mejora, que se pueden observar en las distintas reformas que sufrieron los programas de estudios (180, 185, 186, 191).

Finalizando el año de 1910 vio la luz una Real Orden, de 26 de diciembre, que venía a actualizar los estudios que se seguían hasta la fecha. La revista La Odontología no dudaba en atribuir el mérito a su director, el mismo Florestán Aguilar:

*“La modificación citada ha sido consecuencia de lo solicitado por el Catedrático de Odontología D. Florestán Aguilar, que en mayo último ofició al Claustro de la Facultad de Medicina”.*

La primera reforma apareció con **la Real Orden de 26 de diciembre de 1910**, en la que se ampliaron los estudios de asignaturas como la Odontología y la Prótesis, tras la solicitud de aumentar las asignaturas por considerarlas insuficientes. Por ello, proponía aumentar en un año más los conocimientos de Odontología y Prótesis dental, además de incluir la asignatura de Patología general y Terapéutica (185,186). Su plan de estudios consistía en:

### **Estudios preparatorios Medicina**

Primer curso:

Física general, Química general, Mineralogía y Botánica, Lengua alemana.

### **Estudios de Medicina**

Segundo curso:

-Primer grupo: Anatomía Descriptiva (primer curso), Histología e Histoquímica normales, Técnica Anatómica (primer curso).

-Segundo grupo: Anatomía Descriptiva (segundo curso), Técnica Anatómica (segundo curso), Fisiología humana teórica y experimental, Patología General.

### **Estudios especiales**

Primer año:

Odontología primer curso, que comprenderá: Anatomía, Fisiología e Histología dentarias, y Operatoria y Clínica odontológica.

Prótesis dentaria primer curso, que comprenderá: Principios generales, Aparatos de prótesis movable, en caucho y en metales.

Segundo año:

Odontología segundo curso, que comprenderá: Bacteriología bucal, Patología estomatológica, Prótesis quirúrgica e Higiene dentaria.

**La Reforma de 1914**, se publicó una Real Orden por la que se creaba una escuela de odontología dentro de la Facultad de Medicina de la Universidad Central. Nació así, una escuela con autonomía propia.

El 17 de agosto de 1914 se publicó una Real Orden por la que se creaba la Escuela de Odontología en la Facultad de Medicina de la Universidad Central. Nació así una Escuela con autonomía propia, si bien dependiente de alguna manera de la Facultad mediante su adscripción, dentro de una importante reforma de la enseñanza de la odontología española, con creación de nuevas cátedras que incrementaron el número de asignaturas y la duración de la carrera. Así decía la Real Orden, entre lo más principal:

*“1º Se establece la Escuela de Odontología, adscrita a la Facultad de Medicina de Madrid, con el Profesorado y material precisos para dar la enseñanza de Odontología, creada por Reales órdenes de 21 de marzo de 1901 y 26 de diciembre de 1910.*

*2º Las enseñanzas que se han de cursar en esta Escuela, serán:*

#### **Primer año**

*Odontología, primer curso, con su clínica. (Anatomía, Fisiología, Patología y Terapéutica odontológicas; Dentistería operatoria, Higiene dental privada e Historia de la Odontología).  
Prótesis dental, primer curso, con su clínica (aparatos móviles en caucho y metal), Patología y terapéutica aplicadas con prácticas de laboratorio (Elementos de Patología general, Terapéutica, Anatomía patológica y Bacteriología odontológicas.)*

### **Segundo año**

*Odontología, segundo curso, con su clínica (Anatomía, Fisiología y Terapéutica bucal.*

*Complicaciones extraalveolares de la caries dentaria; Higiene dental pública; Medicina legal, Prótesis dental, segundo curso; Ortodoncia con su clínica (Coronas y puentes)”.*

Se crearon nuevas cátedras que incrementaron el número de asignaturas y la duración de la carrera. Se incorpora junto con Florestán Aguilar un nuevo profesor, Bernardino Landete. El protagonismo de ambos los llevó a polarizar el mundo de la Odontología Española: Aguilar como defensor de los “odontólogos” y Landete considerado “estomatologista” (185,186). Cinco catedráticos serían los encargados de la enseñanza: Florestán Aguilar, Landete, Pedro Mayoral, Juan Mañes y el nuevo catedrático, Pedro Trobo.

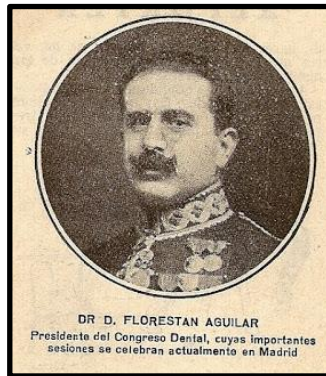
**En 1921** y tras difíciles gestiones, se consiguió la cesión por parte del Claustro de la Facultad de Medicina, de un amplio espacio para ensanchar la Escuela. Con el Sr. Aguilar a la cabeza se proyectaron y ejecutaron obras de mejora y acondicionamiento.

La etapa comprendida entre el final de la Monarquía y la proclamación de la II República, se corresponde con un periodo de tiempo de grandes convulsiones y desorden político, lo cual queda reflejado también en el mundo de la Odontología, la cual apenas evidenció progreso alguno.



**Figura 47. Caricatura de los catedráticos de la Facultad de Odontología (359).**

La clase odontológica tuvo a partir de 1930 un nuevo sistema corporativo con la instauración de la Colegiación obligatoria y la sustitución de las sociedades antiguas por los nuevos Colegios de profesionales.



**Figura 48. Florestán Aguilar (357).**

**Al llegar la II República**, Florestán Aguilar fue destituido de sus cargos y la dirección del centro o Escuela quedaría en manos de Bernardino Landete y sus partidarios. Los Colegios centraron sus fuerzas en consolidarse y la Escuela de Odontología tampoco creó Cátedra alguna o servicio especializado que impulsara la salud pública oral.

***Servicio de Higiene Dental Escolar:*** (363, 198)

En Madrid por lo tanto fueron años de frustrados intentos como por ejemplo: en 1913 se instituyó la Inspección Dental Escolar (que cayó directamente en el olvido) a través de una Real Orden firmada por el entonces Director General de Enseñanza Ruíz Jiménez, que fue el mismo que años antes permitiría dar conferencias divulgativas en escuelas a Pérez Cano. También en 1914, hizo instalar en las Escuelas Aguirre de Madrid una clínica dental para atender a sus alumnos pero que tan solo llegaría a usarse durante pocos meses. Pero fue precisamente esta clínica, vieja y averiada la que **en 1926**, encontró Juan Chicote cuando el Delegado de Beneficio y Sanidad le requirió para ponerla en marcha de nuevo y dar un servicio de Higiene Dental Escolar. Realizó allí, por grupos de niños, enseñanza de higiene oral, urgencias de los peores casos y revisiones, consiguiendo así, disminuir en un 40% las faltas escolares por enfermedades de dientes.

***Dispensario de Higiene Escolar Nacional:*** (364, 198, 197)

Fruto del proyecto piloto en las Escuelas Aguirre, en octubre de 1930, comenzó a funcionar en Madrid el Dispensario de Higiene Escolar Nacional creado de forma conjunta por el Ministerio de Instrucción Pública y el Ayuntamiento, donde se atendía de manera gratuita a niños en edad escolar.



Figura 49. Dispensario de higiene escolar (357).

Don **Juan Chicote Moreno** es designado como facultativo especialista en odontología en el Dispensario Médico-escolar de Madrid. Este dispensario funcionará siguiendo el modelo “Wiesbaden” de Suiza, se trataba de un dispensario autónomo que se ponía en contacto con los directores de los centros de enseñanza. Se decidió realizar ciertas modificaciones de este modelo “Wiesbaden”, basada principalmente en una centralización del servicio en un dispensario autónomo y en contacto directo con los directores de enseñanza municipales y con carácter de asistencia voluntaria y obligatoria a la vez. Los directores de cada grupo escolar, que solían ser grupos de veinte niños aproximadamente, eran los encargados de acompañarlos al dispensario. Debían llegar con antelación suficiente a la hora de empezar consulta, y, tras inscribir sus datos de filiación, se les realizaba una revisión y se procedía a clasificarlos en:

- Pacientes que no precisan revisión y que serán revisados seis meses después.
- Pacientes que precisan tratamiento, llevarán un volante impreso para sus padres, donde se les explica el reconocimiento realizado a su hijo y la necesidad de que éste sea de nuevo desplazado hasta el dispensario para ser tratado. Se les proporcionaba a la vez una cartilla de higiene dental divulgatoria, con la que se intentaba mejorar el hábito del niño y educar a los padres en la salud dental.

Los directores eran los encargados de regresar a los niños a la escuela. A la semana, los niños que debían ser tratados regresarán junto al nuevo grupo de escolares hasta el dispensario para ser tratados siempre con el volante de conformidad de sus padres y así continuarán hasta que se finalice su tratamiento y reciban su “alta”.



### **INSTITUTO MUNICIPAL DE ODONTOLOGÍA DE MADRID (365)**

La llegada de la II República, la destitución de Aguilar y el protagonismo de Bernardino Landete hacen que éste entre a formar parte del Cuerpo de Odontólogos Municipales (tras aprobar concurso de oposiciones). Tiene como objetivos:

1. La Odontología Profiláctica: limpieza bucal, inspección escolar odontológica, folletos y conferencias divulgativas de odontología.
2. La Odontología Radical: tratamiento quirúrgico de todas las enfermedades de la boca que incluyen extracción de dientes si es totalmente necesario.
3. La Odontología Conservadora: tratamiento de los dientes dañados (empastes y diversos cuidados cuando sea posible).
4. La Odontología Protésica: prótesis para solucionar las pérdidas dentarias y así poder restituir las funciones de masticación, fonación y estética.

Todos los servicios de la Institución serán gratuitos para los pobres que deberán acreditar mediante un “carnet de la pobreza”. Se practicarán en la Casa Socorro central del Distrito Palacio, excepto la profilaxis e inspecciones dentales que se realizarán en las escuelas primarias dependientes del Ayuntamiento.

### **ESCUELA ODONTOLOGÍA (178, 180)**

La Ciudad Universitaria de Madrid quedó totalmente derruida debido a los conflictos bélicos. Con la llegada de Franco y la muerte de Florestán Aguilar, los cuatro catedráticos que quedaban afines a la República, son destituidos y algunos obligados al exilio: Pedro Mayoral, Landete, Juan Mañes y Pedro Trobo.

Fue nombrado Enríquez Salamanca como Decano de la Facultad de Medicina y García de Uña como director de la Escuela de Odontología, y juntos, organizaron un nuevo plan de estudio: **a partir de 1942** se les exige a los alumnos de Odontología aprobar un 4º curso de Medicina donde se impartirá la asignatura de Anatomía Patológica y Terapéutica, que sustituirá a las antes impartidas y se agregará o creará en su lugar, la de profilaxis dental y ortodoncia pues cada vez se valora más la importancia de la profilaxis de las enfermedades dentro de la sociedad. Por lo tanto se creará una nueva cátedra de Profilaxis dental y ortodoncia que será concedida a Pedro García Gras en **1943**.





En 1943, se promulga la **Ley de Ordenación de la Universidad Española** y con ella, la Odontología pasa a convertirse en una especialidad dentro de la Medicina. Entramos en el periodo de la Estomatología y la escuela de Odontología pasará a llamarse Escuela de Estomatología. La escuela de Estomatología de Madrid se mantendrá como único centro docente emisor del título de Médicos-estomatólogos hasta el año **1971** cuando empieza a funcionar la Universidad de Barcelona.

### ***Algunos de los protagonistas de la Odontología en la Comunidad de Madrid a lo largo del siglo: (366)***

#### ***PÉREZ CANO, VICENTE. Badajoz 1880-Madrid 1911***

Hijo del renombrable dentista Tirso Pérez (1855-1921), se convirtió en uno de los dentistas españoles que más difundieron la higiene dental durante la primera década del siglo XX. En 1901 obtuvo el título de “cirujano-dentista”. En el Congreso Dental Español celebrado en 1905 pidió la creación de una Asociación Española de Higiene Dental y dos años después reclamó la creación de una Cátedra de Higiene Bucal. Pérez Cano promulgó sus conocimientos preventivistas buco-dentales en varios artículos de los diarios nacionales, conferencias a escolares, etc. Confeccionó un mural coloreado, en 1907, donde hacía alusión a sus medidas preventivistas, que obtuvo gran éxito hasta el punto de ser declarado útil para servir de texto en las escuelas, por Real Orden. Siendo uno de los dentistas españoles más prometedores, falleció a la temprana edad de treinta y un años. Fue redactor de la revista *La Estomatología* desde 1903, pasando después a redactor jefe y nombrado director de esta en 1908. Además de su participación en forma de artículos y comunicaciones a congresos. Editó el primer volumen de un diccionario titulado *Vocabulario enciclopédico de odontología*, que escribiría con J. García García.

**AGUILAR RODRÍGUEZ, FLORESTÁN. La Habana 1872–Madrid 1934**

Vizconde de Casa Aguilar. Hizo sus estudios de Medicina en España, donde obtuvo los títulos de Licenciado y Doctor en Medicina y Cirugía en la Facultad de Madrid.



**Figura 50. Recepción de Florestán Aguilar en la Real Academia de Medicina (357).**

Tras finalizar sus primeros estudios, se traslada a Filadelfia donde obtendría en 1889 su título como Doctor in *Dental Surgery en el Dental College*. Tras este periodo en el extranjero, regresaría a Cádiz. En 1892, fundó la que fuera durante muchos años, la revista de referencia de la profesión dental española: *La Odontología*. Un año después, en 1893, obtendría el título vigente para ejercer la dentistería en España, el de Cirujano-dentista. Cabe destacar de la biografía de Aguilar su estrecha relación con la Casa Real. Una vez terminados sus estudios, Florestán se estableció en Madrid, como ayudante del odontólogo norteamericano Dr. Highlands, que prestaba sus servicios en la Casa Real.



**Figura 51. Caricatura de Florestán Aguilar.(359).**

Al estallar la guerra, éste se ausentó de España y le sustituyó el joven Aguilar, quien pronto fue muy apreciado por su competencia y características personales. Gracias a esta estrecha relación que le unía a los monarcas, y más concretamente, con la reina M<sup>ª</sup> Cristina, Aguilar conseguiría acelerar la llegada de la profesión dental a la universidad. Así fue como en 1901 se creó el título de Odontólogo. Completaría su formación académica en Santiago de Compostela, donde obtendría los títulos académicos de Licenciado (1911) y Doctor (1914) en la Facultad de Medicina. Otra de las grandes aportaciones de Aguilar, fue su labor como Secretario de la Junta encargada de construir la Ciudad Universitaria en la Moncloa. Esta iniciativa del rey Alfonso XIII, llevó a Aguilar a visitar instituciones similares en Europa y Norteamérica, cogiendo ideas y logrando apoyos internacionales para llevar la iniciativa. Presidente de la Federación Dental Internacional (FDI) desde 1926 a 1931. Aguilar fue merecedor del prestigioso Premio Miller, en 1931, gracias a toda su labor. Falleció en Madrid, el 28 de noviembre de 1934 Aguilar ingresó en la Real Academia Nacional de Medicina (RANM) en 1933. Ocupó la vacante del Dr. Juan Cisneros y Sevillano, y quedó adscrito a la sección de Cirugía y especialidades quirúrgicas. Fue recibido por el académico numerario D. Enrique Slocker La Rosa. El discurso con el que Florestán comenzaba su breve andadura en la Academia, fue *el Origen castellano del prognatismo en las dinastías que reinaron en Europa*. La peculiaridad de su intervención, se debe a que dos años antes, en 1931, José Mayoral en su ejercicio de reválida de odontólogo, había presentado un trabajo de contenido muy similar al de Aguilar.



Figura 52. Discurso de ingreso de Florestán Aguilar en la RAM (357).

**LANDETE ARAGÓ, BERNARDINO. Valencia, 1879–Madrid 1968**

Médico y estomatólogo. Hijo de médico, es considerado como el padre de la tendencia “estomatologista”. Llegó a la profesión de odontólogo un año después de que ésta fuera creada, en 1902, tras haber realizado una brillante carrera como médico, que inició en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia, donde se doctoró.



**Figura 53. Bernardino Landete (358).**

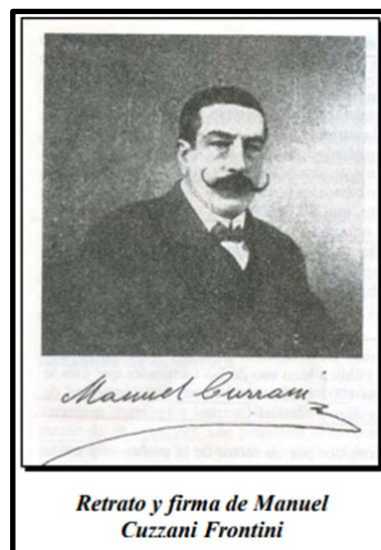
Se traslada a Madrid para empezar su ejercicio profesional, el cual centra en su mayor parte en la odontología pero sin olvidar otras actividades, como las de médico de Sanidad de la Armada (1904) o médico de Baños (1904-1916). Al frente del Instituto Municipal de Odontología desempeñó una actividad quirúrgica de gran nivel en las décadas de 1920 y 1930, llegando a realizar junto con su equipo más de catorce mil operaciones en un año. También prestó sus servicios como jefe del Dispensario de Estomatología en el Instituto Rubio (1907-1916) y en la Inspección Médico-Escolar (1911-1916). Fue profesor auxiliar interino en la Escuela de Odontología, adscrita a la Facultad de Medicina de Madrid, en 1907 y en 1914 ganó la Cátedra de Prótesis Dental de primer curso, opositando en 1931 a la asignatura de Odontología de segundo curso, materia de la que tomaría posesión al año siguiente. En febrero de 1935 asumió la dirección de la Escuela. Landete se mostró partidario de que la Odontología fuera una especialidad médica, la Estomatología, en clara oposición a Florestán Aguilar, partidario de la Odontología con autonomía propia, posiciones que, unidas a otros enfrentamientos de índole política (Landete era republicano y Aguilar monárquico), dividieron al colectivo profesional hasta llegar a la fractura que se manifestó claramente en el año de 1931, desplazando los partidarios de Landete (Ciriaco Juan Mañes Retana y Pedro Mayoral) a los de Aguilar. Desde la Federación Odontológica Española y su órgano de expresión, la revista Odontología Clínica, sus pronunciamientos fueron normalmente claros y contundentes.

La Guerra Civil española trajo consigo su depuración y quedó destituido de su Cátedra, y, aunque fue reintegrado el 1 de agosto de 1949, no llegó a ocuparse de la docencia, pues se jubiló el 22 de octubre de dicho año. No obstante, su prestigio profesional se mantuvo intocable hasta su muerte y durante el franquismo recibió permanentes muestras de reconocimiento por parte de la profesión, teniéndole por el iniciador de la cirugía bucal y maxilofacial en España, a las que se dedicó con especial atención tanto en la teoría como en la práctica. Incluso en el XV Congreso Nacional de Odontología, celebrado en Barcelona en 1947 se le haría un homenaje.

Su producción científica quedaría recogida en numerosos artículos publicados en revistas profesionales, en comunicaciones y ponencias de los congresos. Además de las obras que se mencionan a continuación, tradujo, con C. Juan Mañes, *el Atlas y tratado de Ortodoncia (Ortopedia dentaria)* de E. Herbst, y, con Álvaro Chornet, *Las fracturas del maxilar inferior en la guerra* de A. Herpin, y *el Tratado de Estomatología* de Gaillard y Nogué, Mayoral Carpintero, *Las hemorragias alarmantes de la boca, manera de prevenirlas y tratarlas*, 1928; con P. Moral, *Introducción al estudio de la Odontología*, Madrid, Est. Tipográfico J. Sánchez de Ocaña, 1929.

#### **CUZZANI FRONTINI, MANUEL**

Nació en Madrid en el año 1860. Logró el título de Cirujano-dentista en 1889. Su nombramiento como catedrático de “Prótesis” de la Escuela de Odontología, le convirtió en el primer titular en esta materia en España. Permanecerá de forma interina hasta 1925, pues no posee el grado de doctor para acceder a la plaza por oposición, sustituido por D. Bernardino Landete.



**Figura 54. Manuel Cuzzani Frontini (358).**

Durante muchos años contó, en la docencia, con la inestimable colaboración de su yerno Fernando Caballero Santero. Falleció en Madrid el 26 de febrero de 1933.

**MAYORAL, PEDRO. Valencia, 1880 - Pasto (Colombia), 1942**

Licenciado en Medicina por la Universidad de Valencia, se doctora en 1903. Inicia su carrera docente como profesor auxiliar interino de la Cátedra de “*Higiene y Prácticas de Bacteriología Sanitaria*” con el Dr. R. Forn y Romans y, al igual que Landete, ejercía la medicina desde diferentes puestos, ganados por oposición, como la Beneficencia municipal de Madrid o el Cuerpo de Baños. Tenía una notable formación en medicina y junto a Landete publicaría obras significativas como: *Vacunoterapia general y Especial de las infecciones quirúrgica y bucales* (1919) o *Introducción al estudio de la Odontología* (1929 y 1931). En solitario publicaría también libros de alto nivel relacionados con la investigación bacteriológica: “*Anatomía patológica general de la boca y microbiología odontológica*” (1927) y “*Análisis clínico en Odontología*” (1927 y 1930)



Figura 55. Caricatura Pedro Mayoral (359).

**MAÑES RETAMA, CIRIACO JUAN. Cedillo del Condado (Toledo),1892 – Madrid, 1962.**

Médico y odontólogo, después de cursar los estudios médicos en la Universidad de Salamanca, donde se doctoró, logró el título de odontólogo en 1916. Posteriormente marcharía a Estados Unidos gracias a que sería pensionado por la Junta para la Ampliación de Estudios. Aquí se formaría en las disciplinas de prótesis dental y ortodoncia durante tres años. De esta manera obtuvo los títulos de graduado en la Escuela Dental de Pensilvania (Escuela especial de coronas y puentes del doctor Peeso) y del Instituto Dental Forsyth de Boston (Escuela Especial de Ortodoncia).



**Figura 56. Caricatura de Juan Mañes (359).**

Durante su estancia americana fue ayudante del doctor Stanton (director de la Escuela Angle de Ortodoncia) y también se graduó en la Escuela especial de puentes amovibles del doctor Chayes, de Nueva York. A su vuelta a España, a finales de 1919, se incorporó a la docencia en la Escuela de Odontología madrileña logrando la cátedra de Prótesis Dental I en 1923. Durante el período de 1931 a 1934 fue director de la Escuela.

Al igual que ocurrió con sus compañeros Bernardino Landete, Pedro Mayoral y Pedro Trobo, la Guerra Civil Española interrumpió su carrera docente. Se trasladó a París, donde aprovechó para trabajar con Óscar Amoedo. En 1940 se encontraba en Madrid y sufrió un expediente de depuración, que no pudo ser resuelto al no ser probados los cargos que se le imputaban. Se reincorporó por ello en 1952 y desempeñó su cátedra hasta 1962 falleciendo pocos años después.

Mañes, el primer catedrático de Ortodoncia que hubo en España, además de explicar la materia de Prótesis Dental, no dejó escrita una obra de referencia y su producción se encuentra en diversos artículos aparecidos en la prensa profesional de su tiempo, especialmente en la revista *La Odontología*. Cabe señalar también que el libro de Herbst, *Atlas y tratado de Ortodoncia (Ortopedia dentaria)*, que tradujo Landete, cuenta con un capítulo suyo titulado "Introducción al estudio de la Ortodoncia". (359, 360, 361).



**MARTÍN SANCHEZ, JESÚS**

Doctor Jesús Martín Sánchez, dentista destinado en el hospital de sangre del madrileño barrio de Chamartín, natural de Castropol (Asturias), dentista titulado en 1932, trabajó hasta el comienzo de la guerra civil como ayudante del doctor Bernardino Landete, al que se considera fundador de la cirugía maxilofacial en España.

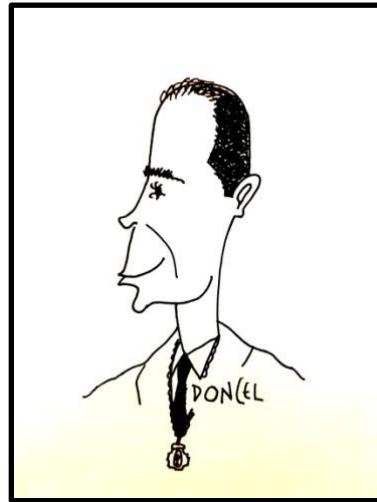
Durante el conflicto bélico, se dedicó a tratar las patologías de los heridos de la contienda por arma de fuego, de los que tomó fotografías y anotaciones que fueron recogidas a final de siglo en el libro *“La otra cara de la guerra civil española, tributo al Dr. Sánchez Martín”*. Para la elaboración de este libro el material utilizado se obtuvo de manos de la hija de este pionero de la cirugía maxilofacial española y se trataba de un legado único que se encontró en el archivo de la consulta donde su padre ejerció tras el final de la guerra, en la calle Postigo de San Martín, de Madrid, ciudad en la que falleció, en 1993, a los 85 años.

El libro es de un enorme valor científico y se divide en tres apartados. Un primero en el que se expone la situación de la sanidad de la época en Madrid; el segundo, donde se hace una descripción tanto del cirujano, como de los pocos casos estructurados de principio a fin entre los pacientes que trató, y, por último, un tercer capítulo dedicado al futuro del trasplante facial. Existe en el libro un apartado gráfico, en el que destacan las fotos hechas por el propio dentista y los dibujos –hechos con una alta profesionalidad y calidad- firmados por Sáez, un paciente, que constituyen una clara certificación de los casos documentados en el libro.

**GARCÍA GRAS, PEDRO.**

Licenciado en Medicina y Licenciado en Odontología, D. Pedro García Gras obtendrá por oposición la Cátedra de Profilaxis Dental y Ortodoncia de la Escuela de Odontología. Será nombrado Director de la Escuela en 1943. Gracias a su impulso se llevará a cabo la reconstrucción de la misma tras la Guerra Civil, inaugurándose el 12 de octubre de 1945. D. Pedro García Gras trabajará en la reorganización de los planes de estudio para convertir la Odontología en una especialidad médica más, la Estomatología. Acontecimiento que tendrá lugar en 1944.





**Figura 57. Caricatura Pedro García Gras (359).**

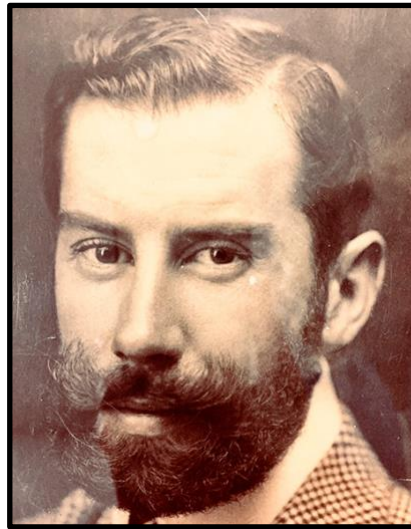
El 24 de mayo de 1947 se produce la recepción pública de D. Pedro García Gras como académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina, ocupando el sillón nº 9, leyó su discurso de ingreso con el título: *Investigaciones sobre los movimientos mandibulares y la articulación dentaria*, contestándole en nombre de la corporación el excelentísimo señor Dr. José Blanc y Fortacín. Correspondía a la especialidad odontológica de “Cirugía y Especialidades Quirúrgicas”. El curso académico de 1967 se inauguró con un discurso suyo titulado: *Un aforismo erróneo: “cada hijo cuesta un diente a la madre”*, que sería editado por la Academia.



**Figura 58. Discurso de inauguración de Pedro García Gras de la RAM (357).**

***SUBIRANA FIGUERAS, LUIS (Gerona), 1871 - San Sebastián, 1938.***

Luis Subirana Matas, la gran figura de la ortodoncia española junto con Mañes. Comenzó a trabajar con un dentista como oficial mecánico con tan sólo 14 años de edad. En 1888 se unió a un grupo de médicos italianos como mecánico-dentista recorriendo el litoral mediterráneo llegando a Cádiz.



**Figura 59. Luis Subirana (358),**

Desde aquí marchó a Madrid donde realizó algunos trabajos de prótesis para Triviño. En el año 1893 realizaba, con éxito, el último de los tres ejercicios de que constaba el examen para la obtención del título de "Cirujano-Dentista". Sus estudios académicos terminarían aquí lo que le supondría algún serio inconveniente cuando decidiera culminar su carrera docente. Orientó su ejercicio profesional hacia la ortodoncia, especialidad en la que destacó notoriamente. (359, 360, 361). Algunos de sus logros más importantes son: la invención del "Teradontógrafo", aparato mediante el cual reproducía los diferentes tipos de maloclusiones, y la publicación de varios artículos científicos y un libro en esta especialidad. Fundó la revista "*La Moderna Estomatología*", en 1898, dirigiéndola hasta 1906 en que pasó a denominarse "*La Estomatología*", de la que sería director. En la Escuela de Odontología fue profesor llegando a obtener la Cátedra de "*Prótesis II y Ortodoncia*", por R.O. de 8 de julio de 1917. Impugnada, fallaron los tribunales el 23 de noviembre del año siguiente, anulando aquella R.O. principalmente por no poseer el título de Doctor en Medicina. El reconocimiento internacional a su labor se vio plasmado con el nombramiento de Caballero de la Orden de la Legión de Honor por su actividad en los hospitales franceses como cirujano máxilofacial durante la Primera Guerra Mundial. En nuestro país se le distinguió como Caballero de la Orden Civil de



Alfonso XII. Falleció en San Sebastián el 26 de enero de 1938. Publicó en Madrid, en 1909, "*Anomalías de la oclusión dentaria y Ortodoncia*", obra pionera de la ortodoncia en España con autoridades mundiales como Angle. También es autor del libro "*La salud por la instrucción*" (Madrid 1914).

### **RIOBOO, RAFAEL**

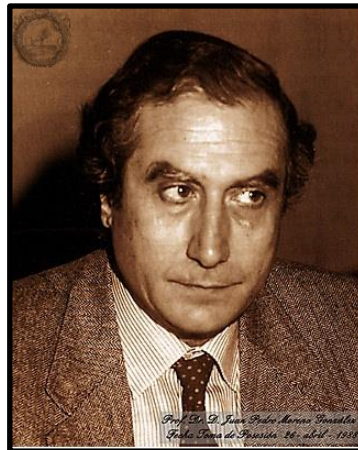
El Prof. Rafael Rioboo, Catedrático de "Odontología Preventiva y Comunitaria" de la Universidad Complutense de Madrid. Su personalidad y carácter son bien conocida tanto en su vertiente científica como humana, por lo que destacó su actividad universitaria: ha publicado 125 trabajos de investigación, dos libros sobre higiene y prevención, ha dirigido 52 tesis y tesinas, habiendo dictado numerosos cursos en España y en el extranjero. Sus méritos han sido valorados:

- Se le otorgó la Medalla de Oro de la Universidad Complutense, de la Sociedad Española de Odonto-Estomatología Preventiva y Comunitaria, y del Colegio de la I Región.
- Igualmente se le entregaría la medalla de Plata de la Facultad de Odontología de Granada.
- El Ministerio de Sanidad le ha galardonado con la Encomienda de la Orden Civil de Sanidad; y la Real Academia de Medicina de Murcia como Académico Correspondiente.
- Posee el Premio Nacional del Consejo General de Colegios.
- Es Asesor Científico de la Federación Dental Internacional y Becario de la OMS y del Gobierno francés.
- Entre otros, en el año 2000 Fue premiado su trabajo "Criterios actuales en la evaluación de los factores de riesgo de caries".

### **MORENO GONZÁLEZ, JUAN PEDRO 1937-1993**

Nacido en Madrid, hijo de don Pedro Moreno Solanilla, hombre de gran fuerza de voluntad y valía que pasó de barbero a practicante y después a protésico dental, odontólogo y médico estomatólogo al final.

Siguió los pasos de su progenitor, al igual que su hermano Enrique Moreno González uno de los mejores cirujanos del mundo. En 1960, al concluir sus estudios médicos, ingresa en la Escuela de Estomatología y se especializa en 1962, obteniendo el Doctorado en Estomatología, como también en Medicina, ambos con premio extraordinario.



**Figura 60. Juan Pedro Moreno González (357).**

Tras una experiencia como docente en dicha escuela, y contando con una formación en el extranjero, Estados Unidos y Francia, principalmente, gana la Cátedra de “*Profilaxis Dental y Ortodoncia*” en 1972. A partir de ese momento anima a sus colaboradores a promover la odontología comunitaria y buena parte de sus esfuerzos se concentran en abordar las mejoras de la salud bucodental de los españoles. En cuanto a la ortodoncia, además de ejercer la práctica privada, participa en los foros de la especialidad como son *la Sociedad Española de Ortodoncia*, y funda la *Asociación Iberoamericana de Ortodoncistas* de la que será elegido su presidente, como también lo será de la *European Orthodontic Society*. Director en la Escuela de Estomatología de la Universidad Complutense de Madrid y posteriormente decano en la Facultad de Odontología. El 26 de abril de 1988 ingresa en la Real Academia Nacional de Medicina tras leer el discurso preceptivo titulado *La formación de profesionales en salud bucodental*, ocupando el sillón de su predecesor García Gras.

En su plenitud intelectual y vital enferma gravemente pero todavía acude a su Facultad y aún tiene fuerzas para dictar la lección inaugural en la solemne apertura del curso 1992-93 de la Universidad Complutense de Madrid que le premia el 9 de febrero siguiente con su medalla de oro. Apenas un mes después, el 6 de marzo, fallece en su residencia familiar de Pozuelo de Alarcón. Una de las calles de su Universidad llevará en lo sucesivo su nombre como también el salón de actos de la Facultad de Odontología, a partir de julio de 2005. (359- 361).



## 4.14 MURCIA



### 4.14.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

La Región de Murcia es una comunidad autónoma uniprovincial española, situada en el sudeste de la Península Ibérica. Su capital es la ciudad de Murcia, que es sede de los órganos institucionales regionales, con excepción de la Asamblea Regional, que tiene su sede en Cartagena.

La población total de la Región de Murcia es de 1.493.898 habitantes (INE, 2019), de los que algo menos de un tercio vive en la capital y la mitad en los municipios de Murcia, Cartagena y Lorca.

A mitad del siglo XIX la economía murciana se basaba en una agricultura de secano del cereal (que dejaba escasos rendimientos), en la pesca, en el comercio del esparto, en las salinas de la provincia de Mazarrón fundamentalmente y el puerto comercial de la provincia de Águilas. Con la activación de la minería en esos años, las actividades anteriores pasan a segundo plano, convirtiéndose el sector minero en la principal fuente de ingreso económico de la Región.

A medida que transcurre el siglo XX la región se va convirtiendo en una de las mayores productoras de frutas, verduras y flores de Europa, contando con viñedos importantes. Tiene también un importante sector turístico, concentrado en una costa con numerosos espacios vírgenes y que posee la laguna salada del Mar Menor. Su industria destaca por el sector petroquímico y energético (centrado en Cartagena) y la industria alimentaria.

La población de la Región de Murcia experimenta diversas oscilaciones a lo largo del siglo XX. Analizamos varios municipios en concreto para poder estudiar estas oscilaciones en los distintos años y, de esta manera, podemos agrupar estos cambios en distintos períodos:

**PRIMER PERÍODO DE 1840 A 1900:** fuerte crecimiento demográfico, fruto de un auge económico importante (debido principalmente al desarrollo del sector de la minería).

**SEGUNDO PERÍODO DE 1910 A 1950:** el siglo XX empieza con una dinámica de movimiento demográfico totalmente distinto. Ya la primera década muestra una tendencia al cambio y marca el inicio de este segundo período caracterizado por una crisis demográfica,



económica, un aumento enorme del paro y la emigración. Los años veinte constituyen, según todos los indicios, el período de mayor sangría demográfica debido a la emigración de murcianos a Cataluña y Francia, principalmente. América latina es otro de los escenarios preferidos durante el primer tercio del siglo XX. Es el primer gran ciclo de la emigración murciana.

Desde comienzos del siglo XX se plantean una serie de problemas en el sector de la minería (agotamiento progresivo de un elevado número de criaderos, aumento de los costos de producción, escasa rentabilidad de muchas explotaciones, la paralización de las exportaciones debido a la Primera Guerra Mundial y debido a la competencia a partir de 1922 de los minerales procedentes de Estados Unidos y Australia, etc.) que dan lugar a la caída paulatina de esta actividad. Esto da lugar a un gran número de mano de obra parada, puesto que las demás actividades como eran la agricultura o la pesca no tenían la magnitud suficiente para ocupar a este sector de la población, de ahí la profunda crisis demográfica y económica.

**TERCER PERÍODO DE 1950 A 1970:** tras la crisis anterior, que se vio agravada además por la Guerra Civil, se inicia una nueva etapa caracterizada por un estancamiento demográfico debido principalmente a un escaso dinamismo económico. Con la caída del sector minero la economía de las provincias murcianas se basó en una agricultura de cereal de secano bastante escasa, una ganadería caprina y ovina también pobre, la pesca de escasos rendimientos (aunque mantiene a un elevado número de familias en aquel momento), y el esparto que asume, tras la Guerra Civil, una importancia económica enorme en la zona, proporcionando empleo a numerosos habitantes de la zona hasta los años sesenta. Este auge del esparto se vio complementado con el desarrollo del ferrocarril y puerto comercial (ubicado en la provincia de Águilas). Un segundo ciclo emigratorio se instala entre 1950 y 1973, coincidiendo con la era dorada de la economía europea y la crisis de la agricultura tradicional española que provoca la despoblación de los campos. Europa occidental se convierte en destino preferencial de los emigrantes. Tras casi dos décadas de estancamiento por las políticas autárquicas y aislacionistas del primer franquismo, el acelerado crecimiento económico de los años 1960 sentencia de muerte las zonas rurales, sobre todo las periféricas y marginales, que se despueblan en beneficio de las grandes ciudades y capitales ante el auge de la construcción residencial y del sector servicios. Las costas del Levante mediterráneo se convierten, junto con los países centroeuropeos, en destino de los trabajadores emigrantes.

**CUARTO PERÍODO A PARTIR DE LOS AÑOS 70:** una transformación profunda de la estructura económica así como un cambio de tendencia de emigración a inmigración producen una nueva reactivación demográfica. Ya a principios de los años sesenta se empieza a observar la crisis definitiva de las salinas y la minería, así mismo se produce una disminución enorme de la exportación del hierro y la explotación del esparto. Al mismo tiempo comienza a desarrollarse una agricultura moderna de regadío y se inicia el turismo en las zonas de litoral murcianas. Estos cambios en la estructura económica se convierten en consecuencia directa del cambio del saldo migratorio: de ser focos emigratorios pasan a ser lugares de acogida de inmigrantes, tanto de personas que regresan a sus lugares de origen (exiliados de guerra o emigrantes de crisis anteriores) como procedentes de localidades y provincias cercanas, principalmente andaluzas.

**QUINTO PERÍODO DE 1980 A 2005:** la inmigración sustituye a la emigración (que desaparece casi desde los años 1973-75). Se aceleran los retornos de emigrantes y exiliados antiguos debido a los efectos de las crisis energéticas que produce la crisis de las economías más industrializadas. Con la democracia y la incorporación de la Unión Europea, la modernización de la economía española acelera los trasvases de activos entre los sectores productivos, dejando parte del empleo del sector primario en manos de los inmigrantes. En las últimas décadas del siglo pasado, la inmigración extranjera constituye la principal novedad, por el impulso de la agricultura intensiva y los nuevos regadíos. Los flujos de trabajadores extranjeros se acrecientan en la década de 1990 y tienen su mayor apogeo a comienzos del siglo XXI.

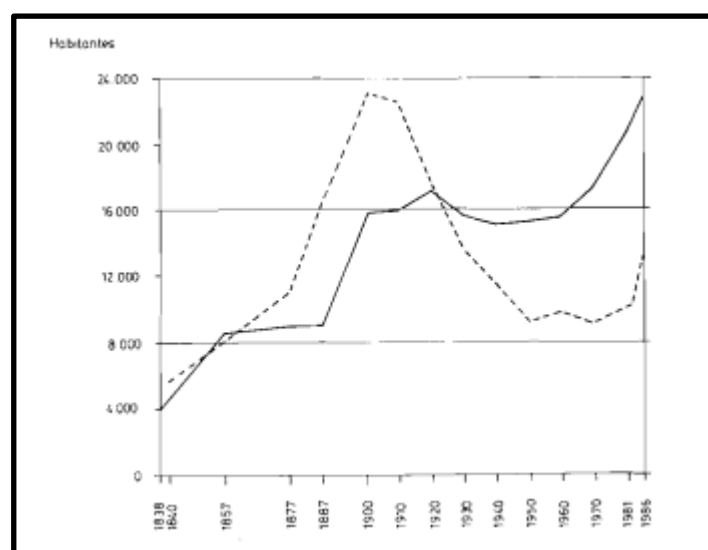
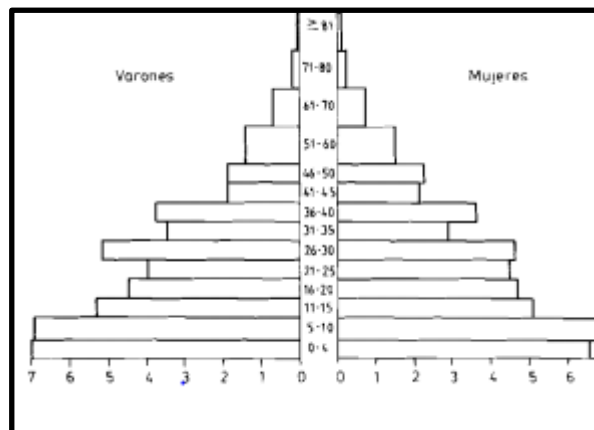


Figura 61. Evolución demográfica de la población de Murcia (367).

Todos estos cambios económicos y de evolución en la población se producen al mismo tiempo que tiene lugar un proceso de transición demográfica. El régimen demográfico pasará de un tipo “antiguo” caracterizado por unas tasas elevadas de mortalidad y natalidad y con una esperanza de vida media muy baja, a un tipo de régimen demográfico “moderno” con una natalidad y mortalidad mucho más bajas y un envejecimiento progresivo de la población.

#### A principios del siglo XX:

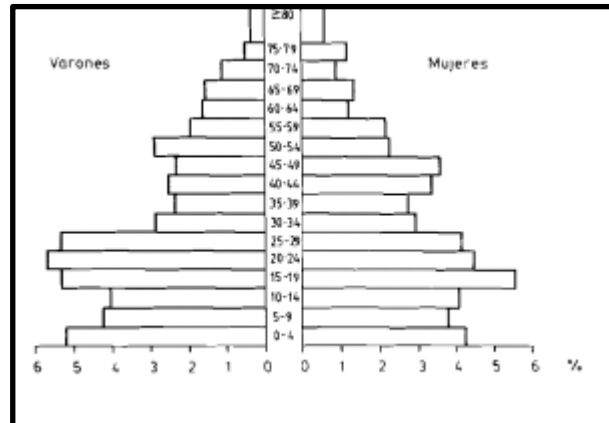
Los primeros escalones de la pirámide de 1900 son más anchos que el resto, fruto del elevado índice de natalidad del momento. A medida que ascendemos en la pirámide, estos son cada vez más estrechos como consecuencia de la baja esperanza de vida de dicha época (solo superaban los 60 años alrededor de una 4% de la población del momento) y de la alta tasa de mortalidad (de ahí que los últimos escalones de la pirámide sean mínimos debido al bajísimo número de ancianos existentes).



**Figura 62. Pirámide de población de Cartagena de 1900 (368).**

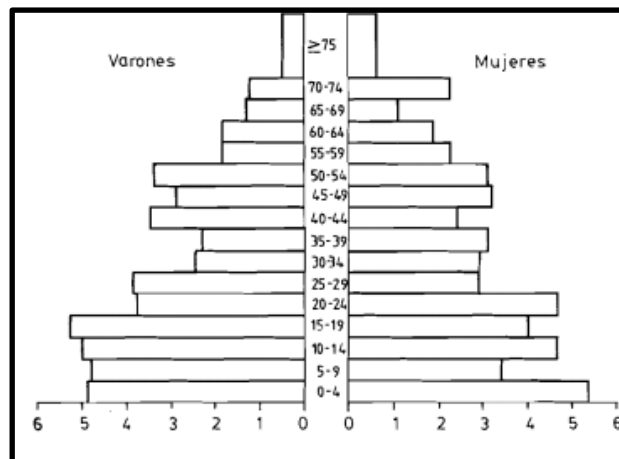
Las pirámides de 1950 muestran una población más “moderna”, se trata de una población menos joven que a principios de siglo, con una base, por tanto, más estrecha, fruto del menor índice de natalidad (aunque influyen las secuelas de la Guerra Civil) y la reducción progresiva con la edad es menos acentuada, debido a la disminución de la mortalidad, que da lugar a un aumento de la esperanza de vida y del número de adultos y ancianos.





**Figura 63. Pirámide de población de Cartagena en 1950.(368).**

En 1981 la tendencia al envejecimiento de la población se va observando cada vez con mayor claridad: la reducción de la natalidad proporciona un número de niños y jóvenes cada vez menor (escalones más estrechos aunque no en exceso gracias al proceso inmigratorio) y se produce un aumento de la esperanza de vida manifestándose con un mayor número de adultos y ancianos (367, 368).



**Figura 64. Pirámide de población de Cartagena en 1981 (368),**



## 4.14.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO

El siglo XX se inicia con deseos de modernizar las estructuras políticas, económicas y sociales del país.

### *Durante el reinado de Alfonso XIII*

Tiene lugar la crisis del sistema político de la Restauración. La población obrera reclamaba su participación en el poder ante la negativa de los grupos, hasta entonces líderes, que intentaban mantener su dominio. Claro ejemplo de ello fueron los acontecimientos ocurridos durante la Semana Trágica de Barcelona en 1909, que evidenciaron una conflictividad política y social que enfrentaba al sistema de la Restauración con una oposición donde se agrupaban los partidos nacionalistas, republicanos, socialistas y otros movimientos obreros. El descontento e inestabilidad fue aumentado hasta 1923, momento en el que el General Primo de Rivera, mediante un golpe de estado, implantó una dictadura, apoyado por el ejército, la burguesía catalana, varios sectores de la sociedad, el PSOE y la UGT (que en ese momento no se opusieron), y el Rey. Con la caída de la dictadura también finalizaría la monarquía de Alfonso XIII (369).

**Las primeras tres décadas del siglo** se caracterizan en la región de Murcia por el liderazgo de la corriente ciervista del partido conservador, cuyo líder, Juan de la Cierva y Peñafiel, organizó una red de caciques locales que le permitió tener bajo su control los pueblos de la provincia hasta el final de la Restauración en 1931. A pesar de dicho dominio y poder, tuvieron lugar, desde finales del siglo XIX, numerosos movimientos obreros en defensa de los intereses de los trabajadores y los de ideología de izquierdas, e incluso anarquistas, que empezaron a manifestarse en la región de Murcia, principalmente en las zonas mineras e industriales. No obstante, fue a partir de 1910 cuando las ideas socialistas prosperaron creándose la UGT. Las graves crisis económica, política y social conllevaron a la dictadura de Primo de Rivera que contó con el apoyo de la clase dirigente murciana y la colaboración de los socialistas (estos últimos con el fin de conseguir la paz social) aunque se produjeron algunas protestas obreras como la de esparteros de Águilas, Calasparra y Cieza en 1926 y 1930.

Es muy destacable el papel de la prensa de principios de siglo como vehículo de transmisión a la población de las ideas regeneracionistas. Esta prensa cada vez tiene mayor influencia en las actuaciones de los políticos. Por este motivo, los distintos gobiernos de la

Restauración dedicaron mucho de su interés en controlar las distintas publicaciones, para ello recurrieron a la Ley de Policía e Imprenta de 1883, a través de la cual podían suspender las garantías constitucionales cuando estaba en peligro la seguridad del Estado. Durante estos años, la prensa murciana fue transformándose en empresa mediante la incorporación de nueva tecnología con la que aumentó las tiradas, se introdujo más publicidad obteniendo así mayores ingresos, y se bajaron los precios. Se vivió una época de importantes novedades e iniciativas, surgieron numerosas cabeceras nuevas en poblaciones que ya tenían una tradición periodística como Cartagena, La Unión, Lorca, Murcia, etc.; y se iniciaron por primera vez en otros pueblos de la Región con cabeceras como: En Marcha (1908, Abarán), El Joven propagandista (1910, Ceuta), La Voz de Archena (1913), El Regenerador (1919, Molina) o Mar Menor (1927, San Javier). Son publicaciones de todas las tendencias y temas aunque predominan las noticias locales y los textos literarios y culturales.

Figura 65. Periódico de primera mitad del siglo XX (369)



Figura 66. Periódico primera mitad del siglo XX

## Segunda República

Se proclamó la II República en 1931 y con ella hubo un intento de instaurar un sistema democrático en el que el poder recayera sobre las clases medias, pero a ella se enfrentaron por un lado, los grupos tradicionales del poder y, por otro, la clase obrera más revolucionaria. Comienzan a manifestarse ideologías radicales, tanto de la izquierda hacia el comunismo como de la derecha hacia el fascismo, que producen como consecuencia el enfrentamiento de ambas posturas en la Guerra Civil (1936-1939).

No solo las dictaduras censuraban lo que se publicaba si les perjudicaba; durante la II



República tampoco se implantó totalmente la libertad de prensa, debido a la conflictividad social reinante en la época. Con la Guerra Civil el control sobre la prensa incluso aumentó y se convirtió para ambos bandos en un instrumento de propaganda bélica más que en un medio de información veraz. En la Región de Murcia disminuye el número de publicaciones y, en muchas de ellas se acentúa el carácter divulgativo de las distintas ideologías políticas, como por ejemplo: Ideal Juvenil, La Voz (1934, Cartagena), Presente (1935, Cieza), Nuestra Lucha (1936, Murcia), etc.

### Gobierno de Franco

**Tras la victoria de los sublevados**, se inició la dictadura del general Franco (1939-1975). En la época franquista se consolidó la censura periodística mediante la Ley de Prensa de 1938. La prensa se convierte en un instrumento al servicio de las clases dominantes, aunque en seguida contó con el apoyo de las clases medias, que ansiaban la llegada de la paz y el orden. Apenas se publicaba nada sobre los verdaderos motivos del aislamiento político internacional, o sobre la realidad económica del país, ni sobre otras cuestiones que afectaban al país, que el régimen no consideraba oportunas. Francisco Franco basó su poder en tres pilares: la Iglesia, el Ejército y la Falange. Se prohibieron las libertades públicas y se anularon los partidos políticos, al tiempo que se olvidaron la soberanía nacional y el sufragio universal. El gobierno se basaba en el poder personal del Jefe del Estado y se definía como totalitario. Durante su mandato, se distinguen dos etapas: una de aislamiento y autarquía (1939-1953) y una segunda de apertura al exterior (1954-1975).

**La Ley de Prensa de 1966** supuso un intento liberalizador basada en mecanismos de control represivos administrativos y judiciales. Pese a no haber una libertad de prensa plena, esta se convertiría en una de las pocas instituciones con capacidad para generar diálogo político y acercar las opiniones de la sociedad y los políticos; se convirtió en un provechoso elemento para la llegada de una transición sin extremismos; permitió, entre otras cosas, que el ciudadano, cuando se inició la Transición, estuviese más sensibilizado ante la necesidad democrática, sin abrumarse por la incertidumbre política que se abría; y que la transición democrática española se realizara de forma más tranquila y favorable al pacto (370).

**El final del siglo XIX** significó un giro importante en el sistema de relaciones sociales. Se consolidó la mentalidad burguesa en la que su hábitat natural, la ciudad, pasaría a ser marco de un estilo de vida de tipo semi-industrial abrieron casinos, terrazas... Por su parte, a



principios del siglo XX la región de Murcia se caracterizaba por clases medias que se enfocaban hacia el funcionariado y una importante masa obrera que se dedicada al comercio, industria y al campo y se ubicaba en los barrios de la ciudad: San Antolín, San Juan y El Carmen. Se apreciaba cierto atraso social, por ejemplo, en materia educativa en cuanto al número de escuelas en la ciudad, el cual fue combatido desde el propio Estado. El problema residía en que pese al progreso social y económico que se fomentaría durante el reinado de Alfonso XIII, ciertos caciques locales se resistían a ceder el control de aspectos de la vida cotidiana, con la finalidad de intentar mantener su liderazgo. Situación contra la que intentaron luchar murcianos de la talla de Martínez Tornel, Vicente Medina, Díaz Cassou, etc, desde las columnas de los periódicos "El Liberal", "La Verdad" o "El Diario de Murcia".

**Durante el reinado de Alfonso XIII** se producía un crecimiento económico conseguido principalmente gracias a la estabilidad política y a la neutralidad ante cualquier conflicto internacional. Esos años, sin embargo, afianzaron un déficit sociopolítico, lo que unido al gobierno de Miguel Primo de Rivera se convirtió en un caldo de cultivo para los sucesos de abril de 1931. De hecho, esta II República acentuaría la gran efervescencia social y una cada vez más extrema polarización de la sociedad que desembocó en la ascensión al poder del general Francisco Franco tras la Guerra Civil (370).

**Acabada la guerra en 1939** y mientras el mundo vivía los años de guerra y posguerra, los sucesivos gobiernos franquista pusieron en marcha numerosas medidas de índole social y económica destinadas a consolidar a una clase media que evitara nuevos vaivenes revolucionarios, industrialización, mejora del nivel de vida de un alto porcentaje de la población, educación universal, etc. Durante los años veinte se apreciaron unos cambios en el entorno murciano: la consolidación de la burguesía se materializó en una mejora de la calidad de vida en general (de las viviendas, de los servicios, del comercio menor, etc.). Este desarrollo afectó a la configuración de la ciudad vieja a causa de la progresiva desaparición de palacetes y edificios emblemáticos (como por ejemplo, el Palacio Riquelme) que fueron sustituidos por otras edificaciones. Durante la Guerra Civil se produjeron numerosas y violentas destrucciones de edificaciones y viviendas, siendo un ejemplo de ello la Iglesia de San Antolín. La postguerra contempló la reparación y reacondicionamiento de estos establecimientos mientras reorientaba la función de algunos. El período de desarrollismo implicó un crecimiento de la ciudad que se planteó en los primeros planes de ordenación urbana. En todos ellos se veló por la necesidad de descongestionar el centro de la ciudad ante la presencia cada vez mayor del

automóvil y la necesidad de comunicar a los sectores de la sociedad. De ahí la idea de abrir nuevas vías de comunicación en el centro de la ciudad tales como la calle de Correos o la Gran Vía Alfonso X el Sabio.



**Figura 67. Murcia en los años del desarrollismo (369).**

Tras la muerte del General Franco en 1975 se lleva a cabo un referéndum y se proclama la Constitución de 1978. Con ella se forman los gobiernos autonómicos del Reino de España y, por tanto, el de la Región de Murcia. Pasó a constituirse en una sólida democracia ampliamente participativa y social. Esta última etapa política, etapa de crecimiento y prosperidad, supuso una transformación material de la ciudad. La ciudad de Murcia de finales del siglo XX y principios del siglo XXI se convierte en una ciudad muy diferente a la de cien años atrás, superándose ciertos males ancestrales tales como el riesgo de inundaciones. La Murcia del siglo XXI es una ciudad con un elevado crecimiento demográfico, una ciudad que, obviamente, aún posee deficiencias sociales o económicas pero que se están intentando solventar a través de una cada vez más sólido estado del bienestar. (369,370).

### **4.14.3 CONTEXTO SANITARIO**

La Beneficencia municipal se crea por Real Decreto de fecha 9 de noviembre de 1864, donde se regula la organización de los partidos médicos en la península. La respuesta del ayuntamiento de Cartagena a este Real Decreto, fue un oficio dirigido al gobernador civil de la



provincia, exponiendo el acuerdo al que se había llegado para el nombramiento de un médico titular con el que quedaba asegurada y atendida con regularidad la asistencia médica de las clases pobres.(371,372).

La Instrucción General de la Sanidad Pública promulgada en enero 1904 ordenaba, en su artículo 91, que todos los ayuntamientos tendrían un médico titular y un practicante titulado por cada 300 familias de indigentes, para intentar así asegurar la asistencia de los enfermos pobres.

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX se crearon varias instituciones de interés en la región y la mayoría de las cuales se mantuvieron varias décadas hasta, como mínimo, el inicio de la Guerra Civil:

- *El Servicio municipal de Higiene y Salubridad.* La decisión de crear dicho servicio municipal venía determinada por el hecho de que en Cartagena se daban las circunstancias apropiadas para la producción y desarrollo de todo tipo de epidemias, debido a que contaba con una población en continuo crecimiento aglomerada dentro de un recinto amurallado.
- *El servicio de policía de subsistencias,* con el fin de que vigilase el estado de los productos destinados al consumo de la población que se ponían a la venta en el término municipal.
- *El laboratorio municipal* para el análisis de sustancias alimenticias.
- *El servicio de desinfección.* Las desinfecciones se efectuaban, bajo las órdenes del director de los servicios de higiene y salubridad. Eran llevadas a cabo por el auxiliar facultativo de estos servicios, el cual tenía a su servicio: al auxiliar no facultativo, al mozo de sanidad, a uno de los vigilantes de salubridad e higiene y a dos individuos de la brigada de policía. El auxiliar facultativo era el encargado de preparar las disoluciones desinfectantes y dirigir la desinfección con arreglo al reglamento y órdenes del director.
- *El centro de vacunación.* Para practicar las vacunas y revacunaciones, el centro de vacunación contaba con su propio practicante, adscrito a la dirección de los



servicios de higiene y salubridad. Esta plaza se suprimiría en 1910 cuando pasaron a efectuarla los practicantes titulares.

- *Las sociedades de socorros mutuos* constituían en la época un tipo de modalidad asistencial al que solían acogerse las capas medias y asalariadas de la población que quedaban excluidas de la beneficencia municipal, al disponer de unos ingresos medios o precarios que no les eran suficientes para costearse la asistencia sanitaria de manera privada.
- *La asistencia médica de la población militar.* El hecho de que Cartagena fuese una base naval de primer orden, capital de uno de los tres Departamentos Marítimos, además de su condición de plaza militar, hacía que en la ciudad habitasen numerosos militares.

La atención sanitaria de esta población y la de sus familias estaba al cargo del personal de los cuerpos de Sanidad de la Armada y de Sanidad Militar destinado en la plaza, y se organizaba al margen de la de la población civil. La importancia que la sanidad militar tuvo en Cartagena durante la época estudiada queda patente por la existencia en la ciudad del *Hospital Militar de la Marina*.(371,372).

Dentro del campo de la asistencia médica privada en la Región de Murcia encontrábamos:

- Los consultorios médicos privados: oftalmólogos, cirujanos, etc.
- Gabinetes de radiología y laboratorios privados.
- Médicos foráneos que pasaban consulta esporádicamente en Cartagena y otros municipios.
- Gabinetes dentales: en los primeros años del siglo en Cartagena encontrábamos al menos abiertos al menos ocho gabinetes de odontología, la mayoría de ellos regentados por cirujanos dentistas.

La medicina en la región de Murcia cuenta con una rica memoria y un currículum histórico dentro del ámbito de la Medicina, afirmación que podemos evidenciar con la existencia y antigüedad del origen de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

La Real Academia de Medicina de Murcia tiene su origen en la escuela que se construye en el





siglo XIII por orden de Alfonso X el Sabio, el cual, tras ser partícipe de la gran riqueza cultural de la región, donde conoció a prestigiosos médicos de la época como Mohammad El-Riquti, mandaría construir dicha escuela con el objetivo de enseñar medicina, matemáticas y música.

Se convierte en sede de destacados médicos de la época (como por ejemplo, Diego Mateo Zapata) hasta llegar al siglo XVIII en el que se desarrollan las raíces de la Academia de la actualidad. A finales de este siglo los médicos tendían a agruparse en asociaciones con un carácter médico-religioso, a raíz de las cuales surgen dos instituciones en la región de Murcia: la Academia Médico-Práctica de Cartagena y la Academia de Medicina de Murcia (año 1811). Esta academia nace dentro de un contexto social muy complicado, en el cual predomina el hambre, la sequía y la epidemia de fiebre amarilla que asolaba la región murciana y en el que los médicos demostraron su gran dedicación y profesionalidad a pesar de estas dificultades. El funcionamiento de la Real Academia se vería interrumpido desde su inicio por varios períodos de cierre: en 1823, en 1830 y en 1936 debido este último a la Guerra Civil. Tuvo lugar siempre la reapertura posterior gracias a la lucha y esfuerzo de nuevo de los profesionales académicos. Siempre ha participado de manera muy activa y constante en la Sanidad Pública de Murcia, tanto solventando enfermedades y epidemias de cólera, tifus exantemático o fiebre amarilla; como implicándose en problemas referentes a la elevada mortalidad infantil del momento, el problema del abastecimiento de agua (escasez e insalubridad que presentaba el río Segura) y el paludismo, entre otros. Tuvo un importante papel también en la docencia. Se le concedería el derecho de examinar para otorgar la Licenciatura en Medicina (lo que entonces se conocía como examen de reválida para los médicos). La Academia ejerció una importante influencia sobre la profesión de la Medicina, ya que actuó dictando normas que luchaban contra el intrusismo de la época (todavía frecuente entonces las actuaciones de los curanderos). Así mismo, también puede prestar su ayuda a la Administración de Justicia, por ejemplo, emitiendo informes periciales (conocidos como “prueba reina”) y además pueden colaborar con las autoridades políticas asesorando en diversos aspectos.

La actual la componen cuarenta académicos, ocho de los cuales no son médicos, sino profesiones afines tales como veterinarios, farmacéuticos, biólogos y químicos. Dentro de los médicos existe representación de la mayoría de especialidades. Además, existen, según Estatutos de la Real Academia de Medicina y Cirugía otros tipos de Académicos: Correspondientes, de Erudición, Protectores, Honorarios y de Honor.

Y, por último, destacar el importante papel que realiza en el ámbito de la Educación para la Salud: organiza cursos sobre la lucha contra el tabaquismo, trata temas actuales como la meningitis o trastornos de la Alimentación como la anorexia o la bulimia. (371,372)

### **HOSPITAL DE LA CARIDAD (371)**

El nacimiento del Hospital de la Caridad es otro de los acontecimientos que nos demuestran la riqueza histórica dentro del ámbito de la sanidad con la que cuenta la Región de Murcia. A través del estudio del Hospital de la Caridad de Cartagena intentamos entender mejor el contexto y panorama sanitario de la región de Murcia a principios del siglo XX, así como las características y particularidades sociales, económicas, culturales y/o religiosas de su población.



**Figura 68. Hospital de la Caridad de Murcia (369).**

Es un centro asistencial benéfico y privado de carácter religioso y que reúne, sin embargo, ciertas peculiaridades que dotan a esta institución también de un carácter público. Como resumen y esclarecimiento de esta faceta pública del hospital, cabe citar que este consta de una Junta de Gobierno, constituida por un grupo de hermanos, que se presentan voluntariamente (siempre y cuando cuenten con una serie de méritos). De todos los hermanos presentados, serán los ciudadanos cartageneros los encargados de elegir a través de votación popular los cargos de mayor responsabilidad para esta Junta de Gobierno, es por ello que el pueblo se considera parte fundamental y responsable de la gestión del hospital.

Ya desde que se fundara dicho hospital, su supervivencia ha estado muy condicionada especialmente por factores de tipo económico, aun así la inmensa labor social y el trabajo realizado por los sanitarios, además de su siempre presente carácter religioso, han propiciado



que dicha institución cuente con un gran apoyo social a lo largo de toda su historia, consiguiendo así, no solo resistir a las adversidades, sino también progresar enormemente desde el punto de vista de la asistencia sanitaria. En este Hospital de la Caridad se realizaba toda la medicina hospitalaria de la parte de la población civil (no militar) y gran parte de la medicina ambulatoria, puesto que a principios del siglo XX en la ciudad de Cartagena sólo existía otro hospital, el Hospital Militar de Marina, en el que se atendía a la población militar. A través del estudio histórico de los hospitales de dicha provincia sabemos que los principales aspectos sanitarios de la región de Murcia a principios del siglo XX eran:

- La existencia de grandes zonas de estancamiento de aguas y “pozos negros” con sus consecuentes emanaciones. La ciudad de Cartagena, debido a sus características geográficas, principalmente debido a su poca altura respecto al nivel del mar y a la inexistencia de una red de alcantarillados suele ser protagonista de grandes inundaciones y emanaciones de agua desde los pozos. Estas aguas estancadas son focos de alto grado de insalubridad convirtiéndose en muchísimas ocasiones en el origen de brotes epidémicos que azotan a la población (muy importante en esta zona los brotes de paludismo). Se convierte en prioritario para evitar tales brotes la desecación de la zona. Las obras de desecación no se iniciaron hasta el primer tercio del siglo XX, siendo el mayor partícipe de ello Gustavo Pittaluga.
- La presencia de la muralla produce el hacinamiento de la población dentro de sus muros. Esto unido a la existencia del puerto marítimo, que permite la llegada de enfermedades a través del mar, son factores determinantes para la llegada y expansión de enfermedades como el paludismo la difteria o tuberculosis en la zona.
- Afortunadamente en 1899 se inauguró el sistema de alcantarillado de la ciudad y en 1902 se demolieron las murallas, acontecimientos que contribuyeron en la enorme reducción del problema sanitario de la zona. Tal fue la magnitud de estos hechos que, a excepción de la gripe de 1918 y del paludismo, se conseguiría paliar el resto de brotes epidémicos.
- La escasez de agua tanto para el abastecimiento de la ciudad como para el riego de los cultivos se convierte en un problema persistente a lo largo de la primera mitad del siglo XX.



En Cartagena y su comarca al no existir cursos de agua permanentes, se recurre a pozos y manantiales de escaso recurso para el abastecimiento de sus municipios. Al aumentar la demanda de agua potable y de correcta salubridad, se aprovecharían las infraestructuras de la Mancomunidad del Taibila, que fue creada por Decreto Ley en 1927, pero que no llevó el agua a Cartagena hasta 1945. De esta manera quedaría cubierto el problema del abastecimiento de agua para la población, sin embargo aún sin solucionar la problemática del regadío de los cultivos. En las décadas siguientes se incorporaron caudales del Trasvase del Tajo-Segura e incluso aguas procedentes de desalinizadoras, solventando en gran medida dicho problema. La evolución tanto histórica como social del siglo XX ha estado marcada en los países occidentales por la evolución de dos aspectos fundamentales: el crecimiento constante del sector de la Sanidad y la consolidación de los derechos fundamentales de la persona. Ambos elementos han tenido, en cierto modo, una proyección paralela e íntimamente relacionada entre sí.

En Europa Occidental, al finalizar la Segunda Guerra Mundial, las fuerzas políticas elaboran una serie de pactos y alianzas para conformar el Estado de bienestar, cuyo objetivo, entre otros, era ofrecer un sistema sanitario de carácter universal, público y gratuito.

Tienen lugar una serie de acontecimientos a principio y a lo largo del siglo (epidemias, Guerra Mundial, Gripe del 18, etc..) que hacen primordial la consolidación de los derechos humanos, necesidad que queda evidenciada con la constitución de la Organización de Naciones Unidas y su Declaración Universal de los Derechos Humanos que tiene lugar en el año 1948.

El Servicio Murciano de Salud (SMS) es el organismo encargado del sistema de prestaciones sanitarias públicas en la Comunidad Autónoma de Murcia. Forma parte del Sistema Nacional de Salud creado en 1986 y sustituyó al INSALUD.

En el Decreto 27/1987 se llevó a cabo la organización territorial del Servicio Murciano de Salud, quedando la región de Murcia dividida en seis Áreas de Salud, cada una de las cuales cuenta con una gerencia de ámbito comarcal y está dotada de un hospital de referencia. Además cuenta con Zonas Básicas de Salud adscritas, de las que dependen a su vez centros de salud y consultorios locales. (371,372).

## Odontología en Murcia

A principios de siglo, tal y como venía aconteciendo en el resto del país, podíamos encontrar cirujanos-dentistas trabajando simultáneamente con profesionales que habían adquirido el título de Odontólogos en el año 1901.

Titular	Ubicación	Título
Martínez	C/ Cuatro Santos, nº 7	Cirujano dentista
Blas González Vera	Plaza de San Francisco, nº 23 C/ San Miguel, nº 1	Cirujano dentista
J. Martínez e hijo	C/ Medieras, nº 3	Cirujano dentista
Ambrosio Bermejo Martínez	Puerta de Murcia, nº 18	Cirujano dentista
Santandreu	C/ Duque, nº 1-3	¿Cirujano dentista?
G. Carrascosa	C/ Medieras, nº 7	Odontólogo
J. Domingo	C/ Aire, nº 1-2	Médico dentista
Instituto dental	C/ Mayor, nº 42	¿?

Tabla 8. Gabinetes dentales en la Ciudad de Cartagena a primeros de siglo (371)

**Martínez**, “*cirujano dentista, especialista en dentaduras artificiales y dientes sueltos*” según se leía en la prensa. Fue el primero en establecerse en la ciudad de Cartagena según tenemos constancia y ejercía junto a su hijo. **Blas González Vera**, que instaló su gabinete dental en abril de 1902 en Cartagena, donde, con anterioridad, trabajaba esporádicamente. Se anunciaba como dentista de S.M. la Reina Regente. Además, encontramos otros cirujanos dentistas que también pasan consulta en Cartagena ocasionalmente atendiendo en los hoteles de la ciudad como hacían algunos médicos. El primer profesional con título de odontólogo del que tenemos constancia de que trabaja en Cartagena es **G. Carrascosa**, establecido en 1918. En 1921 anuncia su consultorio en la calle del Aire el médico dentista **J. Domingo**, único médico que en estos años regenta un gabinete dental en la ciudad.



La asistencia pública odontológica se lleva a cabo gracias a las prestaciones y servicios que ofrece el SMS o Servicio Murciano de Salud. Consiste en diagnóstico y revisiones y tratamiento de ciertos procesos agudos. Se realiza también algunas funciones de prevención (a través de programas en los colegios) que son llevadas a cabo por dentistas e higienistas en las Unidades de Salud Básicas; todo ello se fue perfeccionando y ayudó a diseñar el Programa de Atención Dental Infantil de la Región de Murcia iniciado en el año 2003.



## 4.15 NAVARRA



### 4.15.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

En este trabajo se aborda la historia de la población navarra durante el siglo XX centrándola en sus dos aspectos primordiales: el de la evolución de sus efectivos poblacionales y el de las transformaciones registradas en su demografía interna. Por lo tanto, dedicaremos un primer apartado a la cuestión de cuál ha sido la evolución del número de incidencia de las corrientes migratorias y del proceso de urbanización. Por su parte, un segundo apartado se centrará en los cambios acaecidos en la estructura demográfica y, más en concreto, en las esferas de la mortalidad, la nupcialidad y la fecundidad por el proceso de transición demográfica.

A la altura de las dos últimas décadas del siglo XX, Navarra solamente había aumentado el número de sus habitantes en relación con los de 1900 en un poco más del 70%. Ese crecimiento demográfico ha sido menos vigoroso que el del conjunto de España, puesto que este ha visto multiplicar sus efectivos por 2,1. Como consecuencia de ese menor crecimiento de la población navarra, su proporción sobre el conjunto de la población española también ha decrecido: si en 1900 los navarros suponían el 1,7% del total de los habitantes del estado, a finales de siglo representaban en torno al 1,3. En Navarra el crecimiento demográfico ha sido pausado durante la mayor parte de la centuria, en los años sesenta y setenta. Por último, la primera mitad de los noventa ha supuesto para Navarra un ligero declive demográfico.

La clave de esas disímiles pautas de crecimiento demográfico se encuentra, como no podía ser de otro modo, en la economía. En Navarra la industrialización no terminó de arrancar hasta principios de la década de 1960.

**Cuadro 1: Evolución de la población navarra entre 1900 y 1996. Números absolutos y números índices**

	NÚM. ABS.	NÚM. IND.
1900	303.669	100
1910	312.235	103
1920	329.875	109
1930	345.883	114
1940	369.618	122
1950	382.932	126
1960	402.042	132
1970	464.867	153
1981	507.367	167
1991	523.563	172
1996	520.574	171

**Tabla 9. Evolución demográfica de la población de Navarra (373).**

En 1900 en Navarra siete de cada diez activos trabajaba en la agricultura y los activos industriales representaban proporciones marginales. En 1930 los dedicados al trabajo industrial eran sólo al 19% en Navarra, reteniendo la agricultura todavía a la mitad o más de la mano de obra. Respecto a estos valores, los correspondientes a 1950 son bastante similares. A partir de 1960 tendrán lugar los cambios. Si la agricultura en ese año daba trabajo a la mitad de los activos totales, en 1970 ocupaba a sólo un cuarto, mientras que la industria empleaba a 42 de cada 100.

**Primario: agricultura, pesca y silvicultura; secundario: industrias extractivas, industrias manufactureras, energía y construcción; terciario: comercio, hostelería, transportes y otros servicios.**

**Cuadro 2: Distribución por sectores de la población activa total**

	1900	1930	1950	1960	1970	1981	1991
PRIMARIO	72	60	54	50	25	14	9
SECUNDARIO	11	19	21	26	42	43	43
TERCIARIO	17	21	24	24	32	43	48

**Tabla 10. Distribución por sectores de la población activa (373).**

Para terminar, los censos de 1981 y de 1991 vienen a indicar el tránsito de una sociedad industrial hacia una sociedad postindustrial. Entre 1970 y 1981 el relativamente considerable recorte en la proporción de ocupados en la agricultura sirvió para incrementar el peso de los ocupados en el sector servicios, permaneciendo intactos los porcentajes de





ocupados en la industria. Entre 1981 y 1991 disminuirán las proporciones de ocupados tanto en el sector primario como en el secundario, creciendo solamente las del terciario, sector que se erige como el primordial de la economía, al menos desde el punto de vista del número de ocupados. La evolución demográfica descrita está estrechamente vinculada, como hemos visto, a los cambios inherentes al proceso de modernización económica y, sobre todo, a los que provocó en el signo de las corrientes migratorias (373).

Navarra fue zona fuertemente expulsora de población hasta fechas tardías, hasta 1960 concretamente. De tal forma, de Navarra se marcharon unas 110.000 personas en las seis primeras décadas de la centuria. Los saldos migratorios navarros del periodo 1960-1970 indican que a Navarra llegarían unas 18.000 personas. Después, tras un saldo migratorio positivo inapreciable en los setenta, entre 1982 y 1991 Navarra recibiría 5.659 inmigrantes. Por último, entre 1992 y 1996 en Navarra, cuyo crecimiento vegetativo ha sido, contrariamente al vascongado, de signo positivo (de más de 816 personas), se ha registrado un saldo migratorio negativo cifrado en la emigración neta de 3.805 individuos.(373).

A pesar de su propia importancia, los inmigrantes provenientes de fuera de Navarra no constituirán el único flujo emigratorio reseñable. La inmigración interior ha tenido también gran importancia. Esta última procedía de zonas agrarias de economía tradicional y se trasladó, junto con los originarios de fuera de Navarra, a los focos de industrialización o a los focos urbanos atraídos por sus mayores oportunidades de empleo, y por los mayores salarios por efecto de los más elevados rendimientos de la industria y de los servicios en relación con los de la agricultura.

El estudio del proceso de urbanización proporciona un conocimiento bastante aproximado de las corrientes emigratorias internas. El número de ciudades se ha duplicado desde las cinco del primer tercio de siglo hasta las once de las últimas décadas. Igualmente, considerando el porcentaje de población urbana sobre el volumen de población total se ha pasado de una situación de predominio de población rural al inicio de la centuria, a otra al final en la que la ciudad es el hábitat de la mayoría de ellos, mientras la población urbana se ha multiplicado por 5,5 entre 1900 y 1991, el volumen de población rural en la última fecha es inferior al de la inicial. También destaca en el mismo cuadro 6 que ha sido durante la segunda mitad de la centuria cuando el avance de la población urbana y el retroceso de la rural han registrado mayor notoriedad. Evidentemente, el vertiginoso incremento de la población

urbana y la disminución o práctico estancamiento de la rural sólo pueden ser entendidos como ocasionados por una poderosa corriente migratoria interna dirigida desde el campo a las ciudades. (373).

	1900	1930	1960	1991
NAVARRA URBANA	100	117	250	550
NAVARRA RURAL	100	113	107	93
NAVARRA TOTAL	100	114	132	172

**Tabla 11. población rural y urbana de Navarra en el siglo XX (373).**

El concepto de transición demográfica viene a denominar el proceso multiforme, tanto en la cronología como en los caracteres y en las causas, por el que se pasa de los elevados niveles de fecundidad y mortalidad de las sociedades tradicionales a los bajos niveles de ambas variables de las sociedades modernas. Comprende, por consiguiente, una caída de las defunciones y de los nacimientos, debiendo participar en la de estos últimos para que la transición sea completa, un control de la fecundidad matrimonial.

Hacia 1900 en Navarra coexistían modelos demográficos bajo presionados y alto presionados. Los valles septentrionales se caracterizaban, al igual que todo el litoral cantábrico, por un sistema demográfico de baja presión en el que convivían una mortalidad infantil y una capacidad reproductiva global relativamente bajas, producto esta última, a pesar de darse una elevada fecundidad matrimonial, de una nupcialidad restringida y tardía. Asimismo, en esas mismas zonas una corriente emigratoria notable reforzaba la flexibilidad de su demografía interna e intensificaba las limitaciones al crecimiento. En cambio, las zonas más interiores (como la Ribera navarra) tenían como rasgos principales, compartidos con los de la España interior y meridional, una natalidad y una mortalidad global e infantil relativamente elevadas y una nupcialidad intensa y temprana. También existían disparidades entre el mundo rural y el mundo urbano, destacando en especial la superior mortalidad de las ciudades (373).

La evolución del último cuarto de siglo, por el contrario, encuentra un mayor encaje en las pautas comunes de la población española, destacando lo abrupto de la caída de la natalidad posterior a 1977, coincidente con el inicio de la libre venta de anticonceptivos en las farmacias.

La caída de la mortalidad en Navarra ha tenido lugar en varias etapas. En la primera, durante la primera década del siglo, se produce un recorte de varios puntos, pasando de niveles de casi el 27 por mil al 18. Tras un segundo decenio en el que no se constatan avances, sino que se retrocede por efecto de la gripe de 1918, el segundo momento de bajada de la mortalidad es durante la tercera década llegándose en 1930 a tasas situadas más de 10 puntos porcentuales por debajo de las vigentes a principios de siglo. Siendo los años treinta otra fase cercana al impasse a causa de los efectos de la Guerra Civil, la tercera etapa de progreso son los años cuarenta, llegándose en 1950 a tasas brutas de mortalidad en torno al 10 por mil. Posteriormente, la década de los cincuenta constituye otro momento de avance significativo: en 1960 se alcanzan cotas muy bajas que seguirán reduciéndose poco a poco en fechas posteriores hasta que en los años noventa la tasa bruta de mortalidad inicie un repunte como consecuencia del envejecimiento poblacional.

	NAVARRA	ESPAÑA
1900	26,7	28,9
1910	18,3	23,0
1920	19,5	23,3
1930	15,3	16,8
1940	14,3	16,5
1950	10,2	10,8
1960	8,9	8,7
1970	8,5	8,3
1975	9,0	8,4
1981	8,1	7,8
1986	8,1	8,0
1991	8,6	8,6
1996	9,1	8,9

**Tabla 12. Evolución demográfica de la población de Navarra y España en el siglo XX (373).**

Los datos del periodo 1900-1930, la esperanza de vida durante ese período era bastante más elevada en los ámbitos rurales en comparación con los vigentes en las ciudades: así por ejemplo, mientras en 1900 la esperanza media de vida al nacimiento en el campo quedaba fijada en los 39 años y en 1930 en los 55, en las ciudades era de 32 años y de 49 años respectivamente. De 1930 a 1970 el alargamiento de la existencia ha sido de otros 20 años, ganándose en los últimos tres decenios otros (373).

La caída de la mortalidad ha sido provocada por la acción de diversos grupos de factores, todos ellos interrelacionados entre sí. Un primer grupo de ellos fue la mejoría de la dieta y de las disponibilidades alimentarias por efecto del crecimiento de los niveles relativos de renta per cápita y de los salarios reales. Otro grupo de factores es el progreso médico: vacunaciones contra enfermedades antaño mortales de necesidad; y avances farmacológicos.



Estos factores incidieron sobre todo después de 1945, cuando tiene lugar la introducción y la difusión de los antibióticos y las sulfamidas.

Sin embargo, los avances de la ciencia médica habrían tenido una incidencia mucho menor si no hubieran medido también otros adelantos; entre ellos los relacionados con el desarrollo de políticas de salud pública (como, por ejemplo, la mejora en la calidad del agua potable y en el tratamiento de las aguas residuales y de las basuras, campañas de higiene pública contra epidemias y agentes transmisores), con la expansión del Estado de Bienestar (como, por ejemplo, la mejora de la asistencia hospitalaria, la generalización de la cobertura de la atención médica y sanitaria mediante la institucionalización y extensión de la Seguridad Social y de mutualidades privadas, todo ello sobre todo después de 1950) y con el cada vez mayor grado de asunción por parte de los sujetos y de las familias, como resultado de un mayor nivel educativo y cultural, de pautas tendentes a una mayor higiene personal y a un mayor cuidado en la manipulación de los alimentos. Los beneficios de estas pautas habían sido repetidamente proclamados por los médicos higienistas y las autoridades sanitarias en especial durante el primer tercio de la centuria, pero con menores resultados.

Por tanto, concluimos que:

- Durante la primera mitad del siglo XX se caracteriza por un crecimiento reducido, correspondiente a una Navarra, de modo mayoritario, agraria y emigrante (373).
- De 1960 a 1980 tiene lugar el mayor proceso industrializador, que genera un gran incremento de la población, fruto principal de la inmigración interior y la elevada natalidad.
- En la década de 1980 y el primer lustro de 1990 se produce un estancamiento demográfico, provocado por la paralización de la inmigración anterior y el descenso de la natalidad, todo ello en el marco de una profunda crisis industrial.
- Desde finales del siglo XX hasta concluir la primera década del actual, hay un crecimiento muy acelerado de la población, generado por la ingente inmigración exterior y un cierto repunte de la natalidad en un momento de enorme bonanza económica, correspondiente a una sociedad, en buena parte, terciarizada (basada en el sector servicios).
- Los últimos años muestran un ligero retroceso poblacional, causado por el freno de la inmigración, el surgimiento de una emigración exterior y el descenso de la natalidad, en un contexto de crisis generalizada (373).



## 4.15.2 CONTEXTO SOCIO- POLÍTICO

Navarra se incorporó al proceso histórico de formación de la unidad nacional española manteniendo su condición de Reino. Avanzado el siglo XIX, Navarra perdió la condición de Reino, pero la Ley de 25 de octubre de 1839 confirmó sus fueros. Se iniciaron negociaciones entre el gobierno de la nación y la Diputación de Navarra y, en el acuerdo que definitivamente se alcanzó, tuvo su origen la Ley Paccionada de 16 de agosto de 1841, aprobada por las Cortes de la Monarquía española. (374). Al amparo de las citadas leyes, Navarra conservó su régimen foral y lo ha venido desarrollando progresivamente, conviniendo con la administración del estado la adecuación de sus competencias y acordando la manera de colaboración que se consideró apropiada y siempre teniendo en cuenta las necesidades de la sociedad (375).

La Comunidad de Navarra del siglo XX heredaría el mismo patrón social con respecto a las décadas anteriores. La sociedad navarra de primeros de siglo poseía un espíritu religioso fuerte que, en esos años, a menudo chocaba con la ideología de los gobiernos liberales. Una sociedad básicamente rural y en consonancia apegada a costumbres tradicionales, en la que la familia y la jerarquía familiar tenían una importancia muy considerable. Los padres eran los que decidían el reparto de la herencia, quién tomaba los hábitos o quién debía intentar construir su futuro en otra parte. El desarrollo y renovación de la economía conllevaron a una serie de cambios en la estructura social que afectó directamente a la forma de vivir y pensar de los navarros.

### Período (1902-1936)

A principios de la centuria se observa el inicio en Navarra, al igual que en el resto del país, de un importante proceso de “modernización social”, que se venía ya observando con anterioridad en muchos países de Europa Occidental. Existen algunos indicadores de este proceso que se dan en Navarra durante el primer tercio de este siglo:

-El **índice de analfabetismo** bajó en Navarra del 35,3% en 1900, al 15,8% en 1930.

-En los primeros treinta y cinco años de este siglo, sobre todo, a partir de 1910, Navarra se encuentra en pleno proceso de **transición demográfica**. Se producen descensos importantes en la tasa de natalidad y en la de mortalidad, a pesar de que el crecimiento de su población sea mucho menor como consecuencia de las pérdidas por la emigración (16,375).



-**El desarrollo de la urbanización.** El desarrollo económico de los países occidentales ha venido acompañado de grandes migraciones de población del campo a la ciudad: Navarra era una de las regiones más ruralizadas del Estado español, pero la tendencia apreciada en las cuatro primeras décadas del siglo apuntaba hacia una transformación de esa situación. Esta tendencia quedaría interrumpida por el inicio de la Guerra Civil. Es en la década de los cincuenta cuando se vuelven a recuperar, principalmente en Pamplona, las pautas de crecimiento urbano que se alcanzaron en los años treinta.

-A nivel político, en las primeras décadas, el protagonismo seguía en manos de los **grupos tradicionales de la Restauración**: la corriente carlista continuó siendo la más popular y siempre conseguía algún puesto de diputado en las Cortes y en la Diputación Foral. Con la llegada de la República los tradicionalistas y nacionalistas de finales del siglo XIX se fundieron en un solo grupo conocido como **Comunión Tradicionalista**. Por otro lado los partidos del turno, liberales y conservadores sufrieron numerosas discordias internas; los liberales incluso llegarían a desaparecer del mapa navarro. Esta desaparición fue desencadenada principalmente por varios acontecimientos: debido a los hechos derivados de la “Gamazada” y sobre todo propiciado por su política contraria a los intereses de la Iglesia puesto que, como ya hemos mencionado con anterioridad, Navarra se trataba de una comunidad con fuerte carácter y tradición religiosa. Los conservadores tampoco quedaron exentos de estas discordias: no se salvaron de las divisiones nacionales entre mauristas (partidarios de Antonio Maura) y datistas (seguidores de Eduardo Dato), a partir de 1913 (33,34).

-El **desarrollo económico** suele ser determinante en los cambios de la estructura social: desde 1901 existía en Pamplona la Federación Obrera de Navarra, cercana a la Unión General de Trabajadores, el sindicato de tendencia socialista. Debido a la presión y peso que ejercía la Iglesia en Navarra, su presencia fue reducida durante algún tiempo. Esta federación contaba con algunas secciones locales, algunas de las cuales se incorporaron a las agrupaciones de la Confederación Nacional del Trabajo, que se trataba del sindicato anarquista y había nacido en Navarra a través de las azucareras de Marcilla (1920) y Tudela (1921). La Iglesia, firme enemiga del marxismo y el anarquismo, no tardaría en responder, además de una manera bastante elocuente: desarrollaría el cooperativismo agrario. La iglesia navarra promovió la formación de la Federación Navarra de Sindicatos Agrícolas Católicos, en la que se incluían tanto propietarios como arrendatarios o jornaleros. En el ámbito urbano se desarrolló «La Conciliación», cuyo principal objetivo era solucionar los problemas entre obreros y patronos



por medio del arbitraje (1902) y en 1912 se fundaron los Sindicatos Católicos Libres de Navarra. Se produjeron varios movimientos regionalistas o nacionalistas, especialmente catalanistas y nacionalistas vascos, que reclamaban la autonomía para sus regiones correspondientes. Las diputaciones vascongadas reclamaron la reintegración foral perdida en 1839 y 1876 y pidieron la colaboración de Navarra, que mantenía mayores cotas de autonomía que las otras comunidades. A finales de 1918 la diputación pediría la «autonomía absoluta», pero la lenta tramitación en las Cortes primero y la dictadura de Primo de Rivera después acabaría con la iniciativa (45,48). La dictadura nunca cuestionó la Ley Paccionada de 1841, se mantuvieron la mayoría de sus disposiciones, aunque algunas cambiaron: el Gobierno siguiendo la tendencia de su política de reformas, y a pesar de tratarse de un régimen dictatorial, pretendía aumentar la autonomía municipal. Esa política atacaba las competencias de la diputación, y su control sobre los ayuntamientos. Las negociaciones que acabaron finalmente con cesiones por parte Navarra. Aunque la Ley Paccionada se mantenía vigente, la diputación aprobó un Reglamento de la Administración Municipal de Navarra (1928) que ponía en práctica en Navarra las disposiciones del Gobierno. Como remate, y a pesar de esta política de cesiones impuesta por el Gobierno, cuando se implantó el nuevo Convenio Económico de 1927, se elevó el cupo (la cantidad que Navarra debía aportar al estado a cambio de seguir percibiendo los impuestos) sin que se elevara la autonomía navarra en otros campos, como pretendían los negociadores enviados por la Diputación Foral (48,375).

### *Período de la II República y el Estatuto Vasco*

El 14 de abril de 1931 se proclamaba la II República Española. Con la llegada de la República, la Diputación será sustituida por una gestora, pero el gobierno republicano respetará el sistema foral. El principal motivo de debate político de los meses siguientes será el del Estatuto Vasco. El Partido Nacionalista Vasco obtuvo en junio de 1931, el apoyo de más de 400 municipios de las cuatro provincias (Álava, Vizcaya, Guipúzcoa y Navarra) aunque la participación navarra fue escasa. Pero dos meses después la inmensa mayoría de esos ayuntamientos, incluidos los navarros, apoyaron un proyecto similar propuesto por las gestoras de las cuatro diputaciones (elaborado por representantes de casi todos los partidos), y que, además de proponer una amplia autonomía, exigía mantener relaciones directas con la Iglesia, lo cual contentaba al gran número de carlistas y nacionalistas navarros que contaban con una fuerte tradición religiosa y que temían el anticlericalismo de los republicanos.



Cuando se aprobó la nueva Constitución y con el fin de adaptarse a la normativa que esta establecía, se exigió primero que los ayuntamientos decidiesen si querían un estatuto único para las cuatro provincias o estatutos separados. En enero de 1932 los representantes navarros votaron por el estatuto único, estatuto que sólo sería aplicable en Navarra si, una vez elaborado, era aprobado por los electores navarros. Este apoyo, sin embargo, nunca estuvo muy consolidado y pronto tendió a disminuir: por un lado los socialistas y republicanos siempre estuvieron en contra puesto que pensaban que el estatuto concedía ciertos privilegios a la burguesía sobre lo obreros, y, por otro lado, los que habían votado a favor del estatuto por su protección a la Iglesia, vieron que esa tendencia se esfumaba puesto que con la proclamación de la Constitución esta materia se reservaba a la autoridad del Gobierno nacional (44, 46).

En la región de Navarra la lista mayoritaria fue, casi siempre, la de la derecha aunque, según la zona, predominó el socialismo al sur en Pamplona o los nacionalistas al noroeste. En principio los partidos más conservadores, carlistas, nacionalistas y alfonsinos, formaron una coalición de “partidos de derechas” que obtuvieron la mayoría de los escaños en las Cortes. Posteriormente, los nacionalistas se desmarcarían de esta coalición y se reorganizarían en torno a la CEDA.

### FRANQUISMO Y DEMOCRACIA (1936-1982)

Navarra, al ser una comunidad con un carácter mayoritariamente conservador y religioso, que coincidía con los valores franquistas, supuso una base de apoyo para la sublevación al iniciarse la Guerra Civil. Situación bastante distinta de la que ofrecía esa misma Navarra cuarenta años después. La rápida industrialización propició profundos cambios en la fisonomía social. La agitación política y sindical que se produjo en la región navarra contra el régimen de Franco se convirtió en una de las mayores de España.

La democratización del sistema político español tras la muerte de Francisco Franco trajo consigo también la reforma de las estructuras institucionales navarras y del régimen foral.

### Navarra en la Guerra Civil (1936-1939)

Esa Navarra conservadora con elementos claves como cristianismo y defensa de la religión, tradición y antisocialismo, apoyó con ímpetu la sublevación militar y le proporcionó





hombres y ayuda material en proporción superior a la que ofrecieron otras muchas regiones. La guerra tuvo también otras consecuencias de carácter político: el Partido Nacionalista Vasco acabó apoyando a la República, aunque muchos de sus militantes navarros se enrolaron con los sublevados. Dos de los movimientos políticos más enfrentados, como la Comunión Tradicionalista y la Falange fueron unificados en 1937 (Falange Española Tradicionalista y de las JONS). El resto de los partidos, leales o no a Franco en la guerra, fueron suprimidos (82,85).

### *El régimen foral y la Dictadura de Franco*

La Diputación Foral apoyaría en todo momento al bando desencadenante del alzamiento militar. Es por ello que en ningún momento se le negó el reconocimiento al régimen foral, ni siquiera durante la guerra. Durante los años de duración de la contienda tuvo que compartir algunas competencias con la Junta Carlista de guerra. Los “carlistas” se encargarían de las cuestiones civiles relacionadas con la guerra (intendencia, transportes, salvoconductos, etc.), mientras que el régimen foral contaba con muchas más responsabilidades, pudiendo incluso ampliar durante los años de la contienda ciertas competencias como, por ejemplo, en el sector de la Educación, donde recuperaron la Junta Superior de Educación. A medida que fueron vislumbrando la victoria del bando sublevado, llevaron a cabo una política de reintegración política. Sin embargo, los proyectos planteados quedaron bastante diluidos al finalizar la guerra. Conservarían la Junta de Educación, pero los proyectos diseñados para la realización de reformas agrarias y sociales se esfumaron, debido a las complicadas barreras que suponía un régimen autoritario a la hora de las negociaciones.

A pesar de ello, el clima de acuerdo siempre estuvo presente y, tras los primeros años más dictatoriales del franquismo, Diputación conseguiría poco a poco ciertas concesiones: en 1973 Franco reconocería el Derecho Civil navarro, en 1969 firmaba un nuevo convenio económico basado en el Plan de Promoción Industrial diseñado unos años antes (1964), el cual provocaría un desarrollo económico importante con su consecuente cambio social y las inevitables repercusiones políticas que supusieron estos acontecimientos (95,100). En ese momento la región de Navarra era uno de los territorios con mayor agitación política del país. Con la muerte del general Franco se producía un proceso de transición política y unos cambios institucionales hasta alcanzar el sistema actual.

Las elecciones de 1977 dieron la victoria a la Unión de Centro Democrático, que se trataba de un grupo de partidos de centro aglutinados en torno a la persona de Adolfo Suárez,



nombrado Presidente del Gobierno, que había sido el encargado de diseñar la transición.

Con la Constitución Española de 1978, que diseñó un estado con comunidades autónomas, se estableció el sistema para una posible incorporación posterior de la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra, más conocida como Amejoramiento del Fuero. Esta ley es equivalente a los estatutos de autonomía del resto de las comunidades autónomas de España, ya que supone la norma institucional básica de la Comunidad Foral de Navarra. Esta ley fue el resultado final de un proceso de negociaciones entre la Diputación Foral y el Gobierno de Suárez para establecer la reforma definitiva de las instituciones forales y del propio régimen navarro. Se llevaría a cabo una democratización de estas instituciones que consistió en la elección de un Parlamento y una Diputación Foral. Esta ley se aprobó en agosto de 1982 por el Parlamento Foral y las Cortes y establece una Diputación con un presidente y unos consejeros escogidos por el parlamento navarro. Gracias a esta ley, Navarra conservaría sus competencias tradicionales (por ejemplo, las fiscales) que le habían sido otorgadas a través de la Ley Paccionada y por convenios sucesivos con el Estado, y además, incorporó nuevas funciones como algunas educativas, de ordenación económica y territorial, en comunicaciones o en sanidad (117,118).

El siglo XX fue un período de profundos cambios políticos y sociales en la comunidad navarra, cambios que fueron consecuencia, la mayoría de ellos, de una transformación económica importante de la región, y que la ha colocado en la primera línea de desarrollo de nuestro país, a pesar de haber empezado el siglo con una expectativa y una posición mucho más inferiores. Esta transformación económica importante abarcó muchos sectores.

**En la primera mitad del siglo:** el siglo XIX había finalizado con la ampliación de las tierras roturadas para cultivo, pero también con la crisis vitivinícola provocada por la filoxera. Surgieron las primeras ideas cooperativistas de la mano de la Iglesia y/o algunos sacerdotes que reclamaban una mayor preocupación social. Todas estas cuestiones tuvieron su generalización y resolución en las **primeras décadas del siglo:**

-La ampliación de las tierras roturadas fue posible gracias a la mecanización del trabajo que permitía explotar de forma rentable tierras hasta entonces inadecuadas. En las primeras décadas se empiezan a utilizar máquinas que anteriormente no existían o eran poco utilizadas, como las máquinas segadoras, trilladoras mecánicas y, por supuesto, los fertilizantes químicos (en 1909 se construyó en Pamplona una fábrica de abonos químicos que se encargó de



abastecer buena parte de estas necesidades).

-La producción de la vid, tras las consecuencias de la filoxera, tardaría un poco más en recuperarse.

-El tercer gran campo de cambios se produjo en el regadío, cuya superficie aumentó y se modernizó gracias a la construcción del canal de Lodosa, finalizado en 1935. La distribución del agua a las diversas parcelas también se actualizó mediante norias y motobombas, presas de derivación, etc. Con lo que se pudieron poner en regadío fincas relativamente alejadas de los antiguos canales de riego.

A caballo entre el desarrollo económico y el social, se encuentra el fenómeno del cooperativismo rural. Su crecimiento y su práctica se extendieron en mayor magnitud e importancia en Navarra en comparación con otros territorios nacionales. En el caso navarro fue promovido inicialmente por algunos sacerdotes influidos por las encíclicas de León XIII sobre la doctrina social de la Iglesia, que debía dirigirse a las clases más desfavorecidas. La mayoría de estas cooperativas recibieron el nombre de cajas rurales. Muchas de ellas se utilizaron en un primer momento como cooperativas de crédito, con el fin de financiar la compra de maquinaria o abonos entre varios agricultores, prestando así ayuda a los que individualmente no podían afrontar tales gastos, y veían en esta financiación la única manera de acceder a la mecanización y mejora de sus tierras.

La labor de las Cajas contó en muchos lugares con la oposición de los propietarios más ricos, ya que les impedía el poder beneficiarse de su predominio económico y posición social. Esta situación provocó incluso en alguna ocasión que estos propietarios formaron sus propias alianzas y uniones, especialmente en el caso de los viticultores (Unión de cosecheros de Olite en 1913, por ejemplo).

**En la segunda mitad del siglo XX:** el desarrollo agrario se orientará por otras sendas, y las cajas rurales se irán reduciendo poco a poco en número e importancia hasta desaparecer en muchos casos.

**A partir de los años cincuenta** asistimos a un segundo proceso de modernización basado en dos aspectos fundamentales: por un lado se crea nueva maquinaria. El tractor sustituye la tracción animal y se introducen en los arados innovaciones técnicas como por ejemplo las sembradoras y abonadoras mecánicas, etc. Pero esa mecanización no fue posible



sin una consecuencia que trajo consigo un profundo calado social y económico; para poder introducir esta maquinaria los agricultores y propietarios se vieron obligados a concentrar los cultivos en parcelas de mayor tamaño, donde tuvieran cabida y pudieran trabajar esas máquinas especialmente en las áreas montañosas y de difícil acceso. Este proyecto de concentración parcelaria se inició en 1957 y afectó a la tercera parte de la superficie cultivada, especialmente en las tierras dedicadas al cereal. Provocó numerosas controversias, pues exigía cambios en la propiedad de las fincas para poder concentrar diversas tierras de cada propietario en parcelas de mayor extensión. Esta labor se complicaba aún más si se trataba de parcelas de vid u olivo, puesto que necesitan una cantidad mayor de años para alcanzar su punto óptimo de producción por lo que no se debían de arrancar y volver a plantarse en otro lugar como se hacía en otro tipo de plantaciones.

Como resumen podemos decir que la vid ha reducido su superficie a la mitad de la que tenía en 1950, el cereal se ha adueñado de los cultivos de secano, con nuevas plantas como el girasol o la colza y el regadío superó en la década de los ochenta las cincuenta mil hectáreas, la mayoría de estas se dedicaron al maíz y las hortalizas.

La ganadería ha sufrido también profundas transformaciones, puesto que la expansión de los cultivos forrajeros y de los piensos compuestos ha favorecido la reducción enorme de la trashumancia en los valles orientales y del ganado de monte en los occidentales, que pasta todo el año al aire libre. Por otro lado, la construcción de embalses y el avance de los transportes en camión y tren, han sido los responsables directos de los cambios provocados en la explotación del monte, un claro ejemplo de ello fue la desaparición de los almadieros que hacían descender los troncos por los ríos hacia el Ebro.(375).

Hasta finales del XIX, la industria navarra se limitaba, casi, a las pocas ferrerías de montaña que se mantenían con grandes sacrificios sobre la base de un mineral de hierro. Se trataba de una industria pobre que obligaba a complementarse con importaciones. Pero los cambios agrarios permitieron a su vez, desde principios del siglo XX, la creación de varias industrias relacionadas con ese sector: las azucareras de Marcilla, Tudela, Cortes y Pamplona, la fábrica de abonos químicos de Pamplona y las harineras. También surgieron fábricas de alcoholes y, especialmente, empresas conserveras, sobre todo en las riberas estellesa y tudelana. En la década que transcurre de 1940 a 1950 se crearon algunas de las empresas más importantes y que mayor significación han supuesto para la industrialización definitiva de la



región. Se tratan de empresas relacionadas con la química (Inquinasa, 1940), metalurgia (Inmenasa, 1953), entre otras.

Se instalaron también grandes empresas como Authi (más tarde Seat), de industrias alimentarias (Argal, Pamplonica) y de electrodomésticos (Super Ser).

El cambio en los hábitos laborales de los navarros ha sido enorme en esta **última mitad de siglo**. Todavía en 1960 la mitad de la población activa en Navarra se dedicaba al sector primario (fundamentalmente la agricultura), y un 25% al secundario solamente (la industria). En 1990 esta situación daría un gran giro ya que pasaría a ser del 6 y el 40% respectivamente. Esta cifra había sido aún mayor en la década de los setenta, pero disminuyó debido al fuerte impulso que tuvo el sector terciario (los servicios) desde esa misma década. Esto es debido a que este desarrollo de la industrialización produce, por un lado, el aumento de la concentración de los habitantes en torno a las ciudades, y, como consecuencia de esta concentración, un aumento inevitable de la necesidad de prestar a estos ciudadanos una serie de servicios (enseñanza, comercio o comunicaciones, entre otros) (375, 376).

### 4.15.3 CONTEXTO SANITARIO

El siglo XX comienza en España con grandes desarrollos en el campo de la sanidad: difusión de la vacuna anticolérica, antivariólica o el descubrimiento del bacilo de Koch. Nos adentramos en la nueva centuria en la que la salud es concebida, por un lado, como un proyecto social y médico, puesto que considera que la mejora de esta salud se conseguirá a través de la regulación de las conductas personales y, por otro lado, consiguiendo paliar la alta letalidad que tenían en esa época las enfermedades infectocontagiosas a través del avance en la medicina preventiva. Muchas de estas enfermedades infectocontagiosas se consideraban “enfermedades sociales”, bien porque afectaban a gran número de la población convirtiéndose en un problema social, o bien, porque sus raíces proceden de ciertos motivos sociales. Dentro de todo el grupo de enfermedades sociales de aquella época en España, la tuberculosis contó hasta mediados del siglo XX con los mayores índices de mortalidad y morbilidad. Navarra no se mantuvo ajena a estos movimientos y hechos, y, concretamente en Pamplona la tuberculosis se convirtió durante un período de tiempo en una de las principales causas de muerte (377).

Cada vez era mayor la convicción de que, para sofocar tal problema y mejorar la salud

de la población española, había que actuar sobre el medio social y familiar, poniendo en marcha una serie de programas de prevención dirigidos a los principales grupos de riesgo.

Al comenzar el siglo XX Pamplona era el núcleo de mayor actividad industrial y de servicios de la región de Navarra. No obstante, esto trajo consigo altos niveles de mortalidad en la ciudad con cifras que superaban la media nacional. Esta situación generó una gran alarma social y médica, que conllevó a que los médicos e higienistas reclamasen cambios en todos los aspectos de la vida pública y privada de la capital navarra. Entre estas reclamaciones, algunos ejemplos son: mejora de las condiciones de vida (hacinamiento o subalimentación), número de viviendas suficientes para todos los obreros y mejora de la ventilación y condiciones de estas, mejoras de las infraestructuras sanitarias, etc. También es importante el bajo número de centros para niños y tuberculosos. En las dos primeras décadas del siglo XX se empieza a observar un aumento de las medidas higiénico-sanitarias y una disminución del número de defunciones en los niños menores de diez años. Aumenta también el control sobre algunas enfermedades infecciosas, sin embargo en la lucha antituberculosa no se dan pasos firmes hasta 1931. En este año el Instituto de Higiene de Navarra inicia una campaña de divulgación en la Hoja Sanitaria provincial de la vacuna antituberculosa. A finales de 1934 se reorganiza la asistencia a los enfermos tuberculosos y se crean nuevos Dispensarios Antituberculosos (378).



**Figura 69. Hospital de San Juan de Dios en Navarra (378).**

La sanidad fue uno de los sectores donde la mejora y avance de la Comunidad de Navarra han sido de mayor magnitud. Además de la creación de los Dispensarios Antituberculosos se crearon nuevas instituciones muy competentes y encargadas de que el enfermo se guiara siempre por el camino recto para su curación. Desde principios de siglo XX surgen hospitales relativamente modernos para su tiempo, ubicados en las grandes ciudades como Pamplona, Tafalla, Tudela y Estella. En 1922 se inauguró **el Hospital de Tafalla** que fue construido gracias a los donativos de la población. En esas mismas fechas la Diputación financia la creación de un gran hospital en Pamplona (Hospital Virgen del Camino), capaz de abastecer las necesidades de toda la ciudad y su comarca, e incluso de enfermos llegados del resto de la región si fuese necesario. Se construye a las afueras del núcleo urbano. Existe en la región las facultades de Medicina y Farmacia y una clínica universitaria (1964) dependientes de la Universidad de Navarra, presencia que aumentó aún más el nivel sanitario de la región en los años sesenta.

La gran calidad en la asistencia sanitaria de los pacientes navarros, queda demostrada también con el excelente trato y tratamiento recibidos en el Hospital Virgen del Camino en Pamplona (1962), y los hospitales de Tudela y Estella, junto a la red de ambulatorios y centros locales de salud.



Figura 70. Hospital de San Juan de Dios en Tudela (378).

Para algunos autores, el Hospital General o el **Hospital del Carmen** basa sus comienzos a cargo de los Templarios. Este hospital, cuya primera noticia figura en el testimonio del rey navarro Teobaldo II en el año 1270, era entonces un albergue de peregrinos con frecuentes visitas, ya que Sangüesa se encontraba con la primera ruta jacobea navarra (que discurría entre Pamplona y Puente la Reina) y la segunda, procedente de Roncesvalles. El Convento de Nuestra Señora del Carmen tiene sus antecedentes en el siglo XIII. Por motivos de estrategia, en tiempos de guerra con Castilla, fue demolido en parte en 1.378 y, tres años después, comenzó a construirse el actual Convento del Carmen, en un lugar que ellos consideraron más seguro. Durante la francesada sirvió de cuartel. Exclaustrados los religiosos en 1.835, fue destinado en 1.842 a hospital y en 1.882, se hicieron cargo de él las Hijas de la Caridad.

En 1842 el ayuntamiento de Sangüesa solicitó la cesión del convento de los Carmelitas descalzos para convertirlo en hospital, cesión concedida el 26 de Julio de 1842. Por tanto, en 1842 se trasladó el Hospital General de Santa María a otro lugar que entonces se consideró más adecuado, el anteriormente mencionado convento de los Carmelitas. En este momento, el conocido como hospital de Santa María adoptaría el nombre de Hospital General u Hospital del Carmen, situado en la parte más oriental de la ciudad, en el llamado paseo de “Cantolagua”, en las contigüidades del río Aragón.



**Figura 71. Convento hospital del Carmen (378).**

Este hospital se mantenía entonces con los ingresos de fincas, arbitrios, actos realizados por la Junta de Beneficencia junto con las subvenciones del Ayuntamiento.





La historia de este hospital podría dividirse en dos etapas, la primera, cuya duración discurre entre su inauguración y 1950. Se trata de una etapa en la que la ocupación del hospital era la atención de enfermos con afecciones generales, a excepción de los años de la Guerra Civil, etapa en la que se convirtió en un hospital militar de campaña. El segundo período, comprendido entre 1950 hasta la actualidad, comprende la atención a personas ancianas.

Una de las fechas que merecen más mención es 1956. En ese año el Consejo Foral Navarro introduce modificaciones en la situación laboral de los funcionarios municipales, mejorando también la de los médicos. Se redacta el Reglamento (Reglamento para la Ordenación Médica Colegial de 1945) de las secciones colegiales de médicos, que coordina la asistencia pública domiciliaria y del seguro obligatorio de enfermedad. Supuso un paso más en la actualización y reordenación de la práctica médica. Otra fecha a la que dieron protagonismo fue 1982, momento en el que se firma el Amejoramiento Foral. En varios de sus artículos se hace referencia a la sanidad e higiene de Navarra, a las competencias en estas materias y a la gestión y desarrollo legislativo en materia de la Seguridad Social. En esta Ley de Amejoramiento se recogían también las funciones y las concesiones que correspondían al Colegio de Médicos de Navarra (379). Navarra conservó su régimen foral y lo desarrolló progresivamente, conviniendo con la administración del estado la adecuación de facultades y competencias cuando fue preciso, acordando fórmulas de colaboración que se consideraron convenientes y atendiendo siempre las necesidades de la sociedad. Corresponde al Departamento de Salud ejercer las competencias atribuidas a la Administración de la Comunidad Foral de Navarra en las materias relativas a salud pública, salud laboral, asistencia sanitaria y garantía de los derechos relativos a la protección de la salud, así como el resto de atribuciones que le confieren las disposiciones vigentes.

#### **La figura principal de la medicina rural: Médico de Familia.**

Hasta bien avanzado el siglo XX resultaba muy raro encontrar algún municipio navarro que no contara con un hospital que dependiera de la beneficencia y donde poder solventar las necesidades de peregrinos y de los ciudadanos con menos recursos. En la época moderna estos hospitales se propagan por toda Navarra, incluso por los pequeños poblados adquiriendo la figura del médico rural o de familia un gran protagonismo. Dada la falta de especialistas ubicados en las pequeñas localidades, la figura principal de la medicina rural se trata del médico de familia.



Hemos de recordar que hasta la apertura del Hospital de Estella (1977), los especialistas y los tratamientos complicados así como la cirugía se realizaban en el hospital de Pamplona por lo que el médico rara vez podía ejercer prácticas arriesgadas o serias, limitando su práctica profesional.

Por tanto, tendremos en cuenta las funciones y cometidos desarrollados por los médicos de familia en el siglo XX en estas localidades de las revisiones y enfermedades comunes esporádicas, el médico de familia debía ocuparse de los enfermos crónicos, teniendo en numerosas ocasiones que atenderles en sus propias casas. Por otro lado, cabe destacar su importante función en el terreno de las vacunaciones, siendo las más frecuentes las de poliomielitis, sarampión, viruela, tétanos y triple vírica. Se ocupaban igualmente del control de alimentación de ciertos enfermos, vigilar junto con las matronas y hacer el seguimiento de los embarazos y asistiendo incluso en la mayoría de los casos los partos en casa.

Esta figura trataba también a enfermos con problemas de salud mental tales como esquizofrenia o ansiedad, aunque era un campo poco investigado en aquella época. Además de todas estas funciones mencionadas anteriormente, el médico debía ocuparse a su vez de la burocracia: realizar el registro de las enfermedades de obligada declaración, de la realización y mantenimiento de las historias clínicas. Cabe destacar su trabajo como inspectores de sanidad municipal, su colaboración con los veterinarios en materia de salud pública, (ejemplo de esto último era el control de la calidad del agua, basuras y la presencia de animales e insectos en los lugares públicos) y su trabajo en la difusión de buenos hábitos de vida.

Por tanto, queda en evidencia la multiplicación de tareas de estos médicos, cuyo único deber quedaba lejos de ser un simple diagnóstico y tratamiento. Los médicos que ejercieron su profesión en pequeñas y medianas localidades coinciden en las dificultades que tuvieron para acceder a novedades terapéuticas y farmacológicas; su participación en congresos fuera de su localidad era complicada, así como los recursos para la realización de investigaciones eran escasos y las inversiones en material médico-quirúrgico o instalaciones eran limitadas.



## ***Odontología en la Comunidad Foral***

La Comunidad foral demostró ser una de las más preocupadas y avanzadas en la prevención y diagnóstico precoz de las enfermedades bucodentales de su población infantil, lo cual queda evidenciado por varios acontecimientos relevantes (380, 381).

En 1968 el Dr. José Javier Vines, médico de sanidad nacional en la jefatura provincial de sanidad de Navarra, realizó un minucioso estudio junto con sus colaboradores de cómo desarrollar la planificación sanitaria en materia de higiene dental. Para ello consideró muchos aspectos de la caries dental sobre todo su epidemiología y profilaxis, valorando las medidas preventivas con las que se contaba en esos momentos en nuestro país y realizó una exposición profunda y completa sobre el valor de los fluoruros en el control de caries. Fue uno de los protagonistas más destacados en la defensa de la prevención de caries a nivel comunitario proporcionando niveles óptimos de flúor en las aguas potables.

Tras la iniciativa del País Vasco en el año 1990 y, siendo evidente la necesidad de intervención en este campo tras realizar varios estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de las lesiones orales en sus jóvenes, Navarra propone en 1991 su Programa de Atención Dental Infantil: se realiza un seguimiento epidemiológico de la caries dental y su tratamiento desde el año 1987, antes de la puesta en marcha del programa PADI (Programa de Asistencia Dental Infantil) en 1991 por el Decreto Foral 58/1991, de 7 de febrero del Departamento de Salud), que cubre a la población de 6 a 15 años de edad, de provisión mixta, pública y privado-concertada, ésta última con un sistema de pago por capitación, el cual posteriormente se instauraría en el resto de comunidades al finalizar el siglo.

El PADI aportó tres novedades fundamentales al campo de la asistencia dental en España:

- Por primera vez se garantizaba la asistencia dental básica de la población infantil con cargo a los fondos públicos.
- Promovía un modelo de concertación con clínicas privadas en la realización del servicio.
- Proponía una fórmula de pago por capitación.

La red pública dispone de 3 centros donde se dispensa atención PADI que cuentan con 4 dentistas, 5 auxiliares y 1 higienista. La red privada concertada dispone de clínicas concertadas con dentistas habilitados. Ambas redes están repartidas en 48 municipios de la



provincia. El número de dentistas habilitados va en constante aumento desde los inicios del programa el programa de atención dental (381). Por programa de salud bucodental navarro cubrirá progresivamente a los niños desde los 6 a los 18 años que hayan nacido a partir 1 enero 1988. Incluye las siguientes prestaciones sanitarias:

1. Revisión diagnóstica del estado de salud oral
2. Instrucciones sanitarias sobre higiene y dieta
3. Sellado de fisuras molares permanentes
4. Obturación piezas permanente
5. Tratamiento pulpar de piezas permanente
6. Extracción de piezas temporales y permanentes
7. Tratamiento periodontal en dentición permanente
8. Tratamiento de urgencias
9. Tratamientos especiales: serán facturados por acto médico al servicio navarro de salud, previa conformidad excepto si se trata de algo urgente que no puede esperar:

a. Tratamiento de caninos e incisivos permanentes por trauma o malformación:

- Ferulización del sector anterior
- Endodoncia
- Gran reconstrucción
- Muñón metálico colado unirradicular
- Perno intrarradicular prefabricado
- Reconstrucción vii. Recubrimiento pulpar directo
- Reimplante dentario.

b. Aplicación profesional flúor tópico: cuando existe alto riesgo de caries y como máximo dos aplicaciones al año.

c. Intervenciones de cirugía bucal:

- Apicectomía/quistectomía
- Apicoformación
  
- Exodoncia de permanentes incluidos y sem incluid os
- Exodoncia de supernumerarios
- Exodoncia de temporales con ostectomía
- Fenestración.
- Sutura de tejidos blando

d. Tratamiento de prótesis en dentición permanente: coronas provisionales y definitivas, y muñón colado. Las coronas definitivas en el sector posterior:

coronas metálicas y el niño ha de tener 12 años o más; sector anterior:  
coronas de resina o metal resina.

Quedan excluidas del programa las siguientes prestaciones:

1. La atención en dentición temporal, excepto atención de urgencias y extracción no ortodónica
2. Implantes dentales
3. La ortodoncia en todas sus fases
4. La exodoncia de cordales excepto cuando hay sintomatología inflamatoria o quística o si es asintomático pero se encuentra en posición mesioangular y horizontal y están semierupcionados o erupcionados.

Favorecido por el desarrollo activo de este Programa de atención bucodental infantil, Navarra presenta una prevalencia de caries inferior a la media nacional y a otras comunidades autónomas (379, 380).

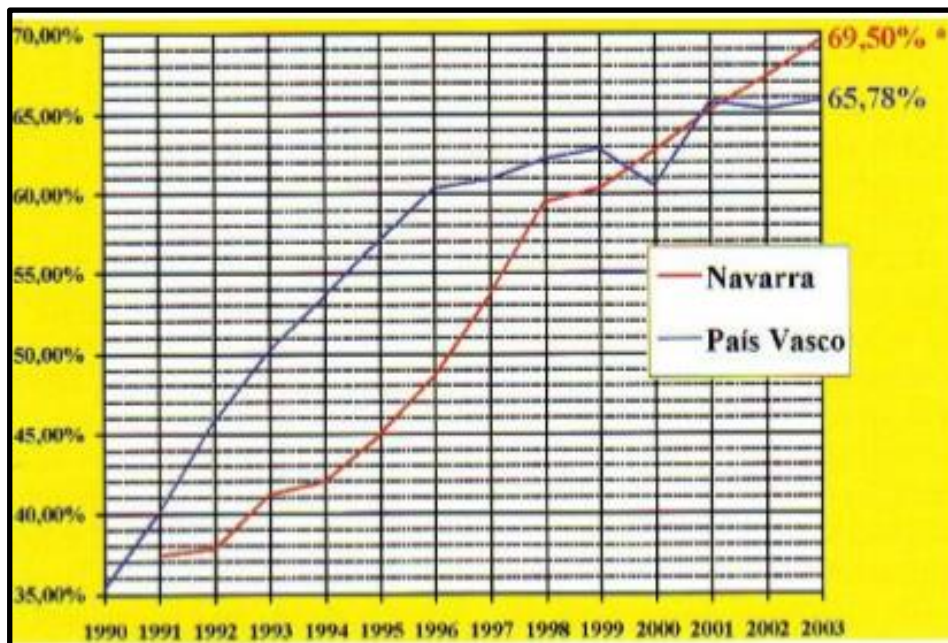


Tabla 13. Evolución de los índices de utilización del Padi en Navarra y el País Vasco. (381).



Desde sus inicios en los años 1990 (País Vasco) y 1991 (Navarra), el PADI (Programa de Asistencia Dental Infantil), ha producido una cantidad sustancial de información que ha permitido obtener una perspectiva de su proceso de implantación y proyección, así como de su efectividad en el campo de la salud dental y del acceso de la población al mismo. El programa ha seguido durante estos años caminos independientes en una y otra comunidad, aunque dentro de una orgánica similar. Cabe destacar la mayor participación de los profesionales de Navarra tanto en su desarrollo y prestaciones, en el establecimiento de tarifas, así como en su ampliación, que han sido acordados mediante negociación entre el Servicio Navarro de Salud y la comisión de representantes de los dentistas concertados de esta comunidad. Los honorarios en Navarra superaban a los del País Vasco ya desde sus comienzos, existiendo dos tarifas de capitación según la edad de los niños.

La utilización por parte de la población infantil se ha duplicado en un período de tiempo. El incremento ha sido más constante en Navarra, que continúa creciendo de forma consistente, mientras que, en el País Vasco, la progresión inicial se encuentra estancada en los últimos años.

## 4.16.1 PAÍS VASCO



### 4.16.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

La Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE) comprende los Territorios Históricos de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa. Su población es de 2.147.754 habitantes, entre quienes 1.098.074 (51%) son mujeres y 1.049.680 (49%) son hombres. Esta población se distribuye de forma desigual en los tres Territorios Históricos, siendo Bizkaia el que aglutina un mayor número de habitantes, 1.144.420, seguido de Gipuzkoa con 693.548 y Álava con 309.786.

En el gráfico se expone la evolución de la población a lo largo del siglo XX, constatándose un notable crecimiento en las provincias costeras entre los años 1950 y 1980, seguido, en menor medida, por el territorio alavés. Este crecimiento estuvo vinculado, sin duda, al importante desarrollo industrial que se produjo durante aquellos años, que impulsó tanto el crecimiento vegetativo de la población como la llegada de inmigrantes de otros territorios atraídos por las posibilidades de empleo que aquí se ofrecían. La tendencia creciente se vio frenada en la década de los 80, en la que la economía estuvo inmersa en una profunda crisis que ha mantenido las tasas de crecimiento de la población en valores negativos hasta los últimos años, en los que han vuelto a mostrar una tendencia al alza (382).

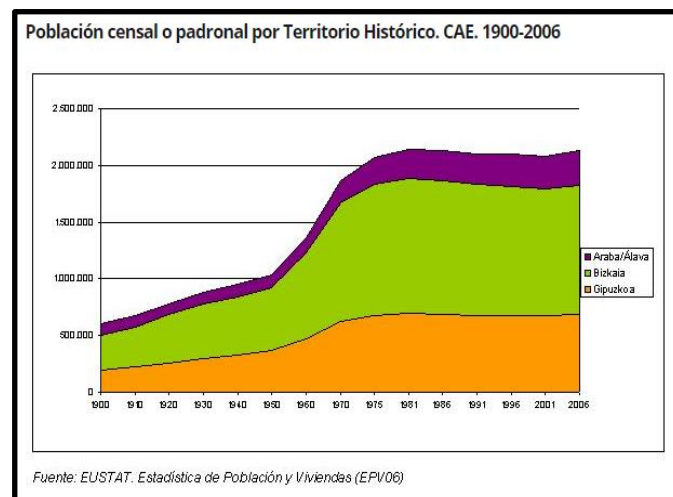


Figura72. Evolución demográfica de la población del País Vasco en el siglo XX (383).

Hay dos vertientes con claras diferencias: cantábrica y mediterránea: en el norte está la mayor

parte de la población y de la industria, mientras que la mediterránea, limitada al sur por el río Ebro, es más agrícola y con poblaciones más pequeñas.

A principios del siglo XX, con la industrialización, a Bizkaia y Gipuzkoa llegaron muchos inmigrantes, procedentes sobre todo de Castilla, Navarra, Galicia, La Rioja y Extremadura, en los años 50 a 70 del siglo XX hubo otra fuerte inmigración, que llegó igualmente a Araba y Navarra. El crecimiento poblacional ha sido escaso en los últimos años. La inmigración de principios del siglo XXI ha supuesto una nueva inyección.

La población se concentra en su inmensa mayoría (95%) en zonas urbanas de tamaño medio y pequeño, aunque abundan los pueblos pequeños en todos los territorios. Euskadi ocupa una extensión de 7.234 km<sup>2</sup>, en las que viven 2.0311.116 habitantes (en el año 2000, el 72% de Euskal Herria). Bizkaia concentra al 53,3% de la población, Gipuzkoa el 32,4%, y Araba, siendo el territorio más grande, tiene la población más pequeña (383).



Figura 73. Territorio del País Vasco (383).





## 4.16.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO

Durante todo el siglo XIX y hasta bien avanzado el siglo XX, la agricultura siguió siendo el alma de la economía. A comienzos del siglo XX, gracias al empeño de los baserritarras y al impulso de las instituciones, se empiezan a advertir los primeros signos de modernización en la técnica agrícola y los primeros intentos de mejora de las especies de ganado.

El sector agrario tuvo que enfrentarse a dificultades muy diversas, desde el aumento de los precios hasta las adversidades climatológicas, por lo que se necesitaba el apoyo mutuo entre los agricultores, así como el respaldo de instituciones locales y provinciales (384).

Estas formas de ayuda estaban al alcance de los pequeños agricultores solo cuando contaban con el apoyo de un sindicato agrario fuerte. Los sindicatos proporcionaban al pequeño labrador una serie de importantes servicios: adquisición de herramientas, fertilizantes y otros productos a precios más bajos, préstamos (que desde principios del siglo XX gestionarían las Cajas Rurales), y en el caso de los arrendatarios, posibilidad de acceder a la propiedad. Cuando estos sindicatos eran católicos, la Iglesia intentaba también afianzar a través de las doctrinas religiosas, impedir la difusión de las doctrinas opuestas socialistas o anarquistas.

En cuanto a la ganadería, las dificultades cada vez mayores que entrañaba su sostenimiento, impulsó a los ganaderos a asociarse con objeto de defender sus intereses. Las campañas de producción de las fábricas no duraban todo el año y se trabajaba a tarea terminada a destajo, el personal fijo era muy reducido. En época de máxima producción aumentaba la contratación de trabajadores eventuales, entre los que destacaban los extranjeros, sobre todo belgas, franceses e italianos, que no siempre se afincaban en el municipio.

Las condiciones de vida de la clase trabajadora de las provincias vascas, se caracterizaban por jornadas interminables, frecuentes accidentes laborales, carencia de asistencia social, escasa higiene, dieta deficiente, hacinamiento y brotes epidémicos que, unidos a los efectos del tabaco y el alcohol, provocaban un aumento de la tasa de mortalidad y conducían a muchas familias a situaciones de extrema pobreza (384). Las malas condiciones de vida obrera suscitaron, a veces por impulsos humanitarios y a veces por asegurar el orden social, el interés de las clases altas y de las instituciones. En las capitales de provincia, las instituciones comenzaron a construir viviendas para los obreros. En los centros menores,



fueron las propias empresas quienes, impulsados por el interés industrial, proporcionaron alojamiento y viviendas a sus empleados.

Los cambios radicales que trajo consigo la industrialización, impulsaron la formación del pluralismo político y social que condicionó la evolución histórica del siglo XX. Destacaron **tres tendencias** desde finales del siglo XIX y fueron afianzándose a lo largo del siglo XX. Estas eran: el movimiento obrero de tendencia eminentemente socialista, el nacionalismo vasco, y el liberalismo fuerista (384, 385).

### **A. El movimiento obrero:**

La clase obrera se empieza a reunir y constituye Juntas Locales de Reformas Sociales. Las tareas de las juntas se resumieron en los siguientes puntos:

1. Lograr la reducción de la jornada laboral.
2. Determinar las industrias en las que fuese conveniente prohibir el trabajo nocturno a los jóvenes de ambos sexos mayores de 14 años y menores de 18.
3. Informar al Gobierno acerca de los establecimientos destinados a la elaboración o manipulación de materias inflamables, y de las industrias calificadas de peligrosas o insalubres.
4. Imponer multas Las Juntas locales, además, compensar en horas extraordinarias a los trabajadores en caso de pérdida sufrida en el curso del año a consecuencia de averías, sequía o riadas que hayan causado la suspensión o disminución del trabajo de las fábricas, así como los perjuicios originados por consecuencia de paros forzosos.

Estas medidas se mostraron insuficientes y el movimiento obrero se estructuró en torno a organizaciones profesionales y de ayuda, como las sociedades de socorros mutuos. Sin embargo, la mayor unidad de los obreros se manifestó en partidos políticos y sindicatos, organizaciones de marcado carácter reivindicativo que surgieron poco a poco y entre las que destacaron las siguientes:

***Círculo Republicano Civil:*** esta sociedad, cuyo objeto era la propaganda republicana, se disolvía al poco tiempo al tener pocos socios.

***Coalición Democrática.***

***El anarquismo:*** tuvo una implantación temprana y comenzó a dar señales de vida organizada también en 1905, algo más tarde que el socialismo. En 1910 se creó la CNT, la propaganda anarquista captó a socialistas radicales. Durante los años 1919-1920,



etapa de mayor conflictividad laboral durante la Segunda República, el anarquismo experimentó un despegue debido a la moderación de UGT. La atemperación del socialismo, impulsada por la actitud conciliadora de Indalecio Prieto, a pesar de provocar la marcha de muchos militantes, favoreció en buena medida el equilibrio social.

**El socialismo:** En 1879 se fundó el Partido Socialista Obrero Español y, el movimiento obrero comenzó a incidir en los municipios mineros y fabriles. Entre la docena de agrupaciones y asociaciones sindicalistas que surgieron, destacamos:

- Los sindicatos católicos, libres (integrados exclusivamente por obreros) u oficiales (por obreros y patronos).
- Los Círculos Obreros Católicos, que defendían la justicia social y unían la defensa del obrero a la defensa de la religión y la moral, estaban agrupados en el Patronato de San Vicente de Paúl y tuvieron poco éxito dada su escasa acción reivindicativa. No lograron competir con los sindicatos socialistas y anarquistas.

### **B. Las huelgas obreras**

La mejora de las pésimas condiciones de vida obrera comenzó a ser reivindicada tras la formación de las primeras asociaciones políticas y sindicales del municipio, que descubrieron bien temprano la existencia de otro medio de presión mucho más efectivo: la huelga.

### **C. El nacionalismo vasco**

El nacionalismo surgió impulsado por factores como la rápida industrialización y los cambios sociales derivados de la misma, la abolición foral, la creciente literatura fuerista y la crisis del carlismo. La ideología, formulada por Sabino Arana mediante la fusión de las ideas de fuerismo e independentismo entre otras, trató de dotar al pueblo vasco de una "conciencia nacional" basada en la raza, la lengua, el gobierno y leyes derivados de la costumbre, la religión católica, la personalidad histórica y el carácter y costumbres propias. Nacieron la ikurriña, los Batzokis, el BBB, y el PNV, y, fundamentándose en las convicciones católicas, el nacionalismo logró la implicación de las clases medias urbanas y de las clases acomodadas del campo. La imagen tradicionalista, ultrarreligiosa, ruralista y antindustrial de la ideología de esta primera época puede resultar contradictoria si se tiene en cuenta el ámbito social y urbano en que nació el movimiento: Bilbao. Pero la contradicción es solo aparente, ya que la idealización del mundo campesino es un planteamiento típicamente urbano, formulado por la



burguesía vinculada al mundo tradicional. En una segunda etapa Sabino Arana defendería unos planteamientos económicos más moderados y posibilistas (la industrialización ya no se interpretaba como un ataque a la identidad vasca, sino como signo de su identidad luchadora), logró la adhesión de los fueristas liderados por Ramón de la Sota. Esta decisión fue muy rentable de cara a las elecciones, pero pronto empezaron las disensiones entre las dos líneas: la moderación autonomista de los llamados euskalerriacos y el radicalismo independentista sabiniano. En 1902-1903 el nacionalismo experimentó una inclinación españolista. Sabino Arana elaboró la idea de creación de un partido vasco españolista que aceptase el hecho constitucional y luchara por la reintegración foral, pero el proyecto se vio truncado por su muerte en 1903. Después de Sabino Arana, el nacionalismo vivió el enfrentamiento entre los aberrianos (antes sabinianos, que en 1904 crearon las Juventudes Vascas, con el Diario "Aberri" como vehículo de expresión), y los comunionistas (antes euskalerriacos, que expresan sus planteamientos en el Semanario "Euskalduna") (384, 385).

### *La Restauración (1875-1931)*

Tras los trastornos sociales, la Guerra Civil y el caos político de finales del siglo XIX, los dirigentes políticos se propusieron ante todo establecer un sistema que garantizara el orden. El artífice del nuevo régimen fue Antonio Cánovas del Castillo, un admirador del sistema parlamentario inglés. El nuevo sistema se asentaría en el turno por medios pacíficos entre los dos partidos dinásticos que alternaban en el poder.

En el País Vasco, este régimen funcionó de forma deficiente: era imposible formar gobiernos estables, debido al desastre de Annual, el súbito desarrollo económico favorecido por la neutralidad de España durante la Primera Guerra Mundial, entre otros motivos, causaron desequilibrios entre sectores, inversiones sin futuro y un descenso del nivel de vida de la clase obrera. Este empeoramiento sumado a las ya de por sí difíciles condiciones de vida, dio lugar a violentos movimientos como la huelga revolucionaria de 1917. La crisis española de 1917 consistió en una serie de sucesos que tuvieron lugar en el verano de 1917, y en concreto a los tres desafíos simultáneos que hicieron peligrar al gobierno del conservador Eduardo Dato e incluso al mismo sistema de la restauración borbónica en España: un movimiento militar protagonizado por las Juntas de Defensa; un movimiento político concretado en la Asamblea de Parlamentarios celebrada en Barcelona y convocada por la Lliga Regionalista; y un movimiento social que culminó con la huelga general revolucionaria de 1917.



**Figura 74. Huelga general de 1917 (378).**

Comenzó una etapa de crisis política, económica y agitación social provocada por el cierre de muchas empresas del sector naviero y siderúrgico fundamentalmente, debido a la reducción de la demanda al terminar la guerra. Los epicentros de la agitación social fueron Barcelona (caracterizada por el pistolero y la represión gubernamental contra el anarquismo) y el campo andaluz (donde lo acontecido tomó tal cariz que se denominó "Trienio Bolchevique"), pero también hubo conflictos en Bizkaia, donde los grupos políticos socialistas, nacionalistas y monárquicos hicieron gala de una elevada capacidad de movilización.



**Figura 75. Noticias de movimientos revolucionarios.(363).**



### La dictadura de Primo de Rivera (1923-1930)

Tras ser declarado jefe de Gobierno por Alfonso XIII, Primo de Rivera adoptó sus primeras medidas: gobernar mediante decretos-ley, suspender los derechos civiles y declarar el estado de guerra. En un principio declaró la guerra a los caciques en nombre de la regeneración nacional, pero su instrumento político, la *Unión Patriótica*, los incorporó a su organización en vez de eliminarlos. Durante esta etapa de tiempo, la represión se cebó en la CNT y el Partido Socialista. UGT, por su parte, decidió colaborar con el régimen y sus comisiones de arbitraje, por lo que disminuyó considerablemente la conflictividad social (384,385).

### Segunda República (1931-1936) La democratización de la vida política

La II República trajo consigo una gran actividad política, a la que siguió el levantamiento militar de Franco y una larga Guerra Civil (1936-1939). Desde Euskadi se había exigido la recuperación de su autogobierno, pero el Estatuto de Autonomía no fue aprobado por las Cortes Republicanas hasta octubre de 1936, en plena Guerra Civil.

Se creó entonces el primer Gobierno Vasco, con José Antonio Aguirre de Lehendakari (presidente). Este ejecutivo tenía como consejeros a cinco nacionalistas vascos, tres socialistas, un comunista y un miembro de cada uno de los partidos republicanos.

Tuvo importantes poderes por la situación especial del momento, pero solo pudo controlar los territorios de Bizkaia y Gipuzkoa, ya que Álava y Navarra estuvieron en manos de los militares franquistas desde el principio. Todo el País Vasco fue tomado por el ejército de Franco en julio de 1937, lo que obligó al Gobierno Vasco a trasladarse primero a Cataluña y, en abril de 1939, al exilio. (384, 385).

### Segunda industrialización y tardofranquismo

La etapa de gobierno franquista (1939-1977), fue una etapa dura en Euskadi. Gipúzcoa y Vizcaya, que fueron declaradas “provincias traidoras”. El euskera y la cultura vasca en general fueron perseguidas, se prohibió toda actividad política y sindical, y la represión (encarcelamientos, exilio, fusilamientos) fue grande, especialmente en los primeros años tras la guerra. La esperanza de que los gobiernos internacionales ayudaran a derribar el régimen franquista desapareció a principios de los cincuenta, cuando Estados Unidos y el Vaticano llegaron a acuerdos con Franco.



En los últimos años de la década de los cincuenta y durante los sesenta del siglo XX, se produjo una segunda industrialización, que causó importantes cambios sociales y económicos en todo el territorio del País Vasco y una nueva inmigración de trabajadores procedentes de otras provincias españolas. La resistencia a la dictadura desde la izquierda y el nacionalismo fue muy activa, especialmente desde finales de los años 60.

Renació el interés por el euskera y por la cultura vasca. El movimiento obrero se fortaleció. En 1959 se había creado la organización ETA (Euskadi Ta Askatasuna-Euskadi y Libertad), de ideología nacionalista y de izquierda y que en los años 60 inició la lucha armada. En los años setenta el franquismo entró en crisis. Aumentaron las huelgas políticas y laborales, ETA incrementó sus acciones armadas, la Iglesia vasca tomó posturas críticas con el sistema. En los años 60 tiene lugar el nacimiento en Bilbao, a partir de un grupo de estudiantes radicales, de “una organización clandestina revolucionaria” que defiende la lucha armada como el medio de conseguir la independencia de Euskadi y que se conocerá con el nombre de ETA. Este grupo rechaza cualquier colaboración con partidos no nacionalistas vascos y, apuesta, por una fuerte campaña proelitista con cuatro pilares fundamentales: la defensa del euskara, el etnicismo (como fase superadora del racismo), el antiespañolismo y la independencia de los territorios que ellos reivindican como pertenecientes a Euskadi.

Todo ello provocó una fuerte represión con consejos de guerra, estados de excepción, miles de detenidos y encarcelados, algunas ejecuciones (Puig Antich, Txiki, Otaegi) y muertes en manifestaciones (Donostia, Vitoria-Gasteiz 1976, Iruñea 1978) y comisarías, y la erosión de los apoyos del régimen. En 1973 murió en atentado el Presidente del Gobierno, Luis Carrero Blanco, llamado a suceder a Franco. (100,101).

### *La democracia y Estatuto de Autonomía*

Al morir Franco en 1975, se inicia la transición a la democracia sin producirse una ruptura con la dictadura. Tras un referéndum que aprobó una línea de reformas, se celebraron las primeras elecciones legislativas en junio de 1977, aprobándose la Constitución Española en diciembre de 1978. En Euskadi esta Constitución, que no contemplaba el derecho de los vascos a decidir su futuro (derecho de autodeterminación), sólo recibió la aprobación de la tercera parte del censo, y en Navarra de la mitad. El Estatuto de Autonomía fue aprobado en referéndum en 1979. Araba, Bizkaia y Gipuzkoa se constituyeron en Comunidad Autónoma del País Vasco o de Euskadi con un 53,96% de votos del censo. El Estatuto de Autonomía del País



Vasco de 1979, es conocido como el Estatuto de Guernica, es la norma institucional por la que el País Vasco accedió a su autogobierno, constituyéndose en comunidad autónoma dentro de España. En Navarra se aprobó sin referéndum en 1982 la Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra (385).

### 4.16.3 CONTEXTO SANITARIO

A finales del siglo XX, el País Vasco sufre una gran transformación, pasando de ser un simple punto comercial a un enclave industrial puntero en aquellos años. Numerosos desplazados acudían desde las zonas rurales de esta región, desde otras regiones del país e incluso de otros países atraídos por unos salarios elevados en una industria creciente y floreciente o bien en búsqueda de puestos de trabajo en el sector de la minería, que aunque no contaba con salarios tan elevados, los requerimientos de formación eran escasos.

Las capitales de provincia y principales ciudades como Bilbao y Vizcaya se convirtieron en polos de atracción de inmigrantes gracias al asentamiento de industrias y a la explotación minera e impulsados enormemente por la consolidación de una red ferroviaria y un crecimiento en la actividad portuaria (386).

La revolución industrial de primeros de la centuria provoca consecuencias, sustancialmente graves, en el contexto sanitario y en la urbanización de los territorios. El crecimiento rápido de la población y la falta de viviendas para el alojamiento de la totalidad de los ciudadanos, se tradujo en condiciones higiénico-sanitarias inapropiadas producidas principalmente por el hacinamiento y la falta de recursos (alimentos, de vacunas, etc.).

Esta insalubridad provocada por el desarrollo de núcleos de población sin una estructura previa diseñada, provocó la aparición y expansión de enfermedades infectocontagiosas y de tipo endémico como es la tuberculosis o el cólera, entre otras. Esta insalubridad era provocada principalmente por el hacinamiento de los ciudadanos, la falta de instalaciones de carácter sanitario, escasas fuentes de agua y altos niveles de contaminación, poca desinfección de sus calles y viviendas, etc. Esta situación provocaría, como consecuencia, la elevada tasa de mortalidad de la población que aumentó aún más al sumarle la propia mortalidad infantil característica de aquellos años (150, 151.,386, 387)

En una línea paralela, la sífilis y otras enfermedades de carácter venéreo representaban el 17% de todos los ingresos hospitalarios. Esta alta incidencia de las





enfermedades de contagio sexual se justifica como consecuencia del incremento de las relaciones comerciales y aumento del flujo migratorio de la población (387). La tuberculosis tuvo en el siglo XX un enorme impacto en la población vasca. Las cifras de enfermos tuberculosos además se incrementaban en las zonas dedicadas a la minería, debido a las chabolas y viviendas de realquiler abarrotadas de personas que se encontraban comúnmente en estos ambientes y que suponían un foco mucho mayor de contagios.

La organización sanitaria desarrollada por el Régimen Antiguo basada en Juntas de Sanidad y Protomedicato en el País Vasco, concluye al finalizar las Guerras Carlistas en 1839 y da paso a la creación de un Consejo de Sanidad. Se aplica por entonces las bases de la Ley de Sanidad de 1855 con algunos cambios en la Instrucción de Sanidad de 1904. Se complementa además con una nueva normativa establecida por el Reglamento de Sanidad provincial de 1925 y se mantiene hasta el momento de la aprobación de la Ley de Coordinación Sanitaria de 1934.

La asistencia sanitaria en los entornos rurales se veía sometida en algunos momentos por abusos llevados a cabo por las autoridades municipales. Estos problemas no se vieron solventados a pesar de la Ley de 1855, y esto llevó a los profesionales a organizarse en asociaciones que fueron el embrión de los futuros Colegios médicos. A través de la Real Orden de 1905 se les confiere a los médicos titulares un título especial, el de Inspectores Municipales de Sanidad, con el objetivo de convertirlos en funcionarios de la Administración.

Los ciudadanos debían solventar y costear particularmente las consultas médicas, exceptuando aquellos que estuviesen incluidos en los Padrones Municipales de la Beneficencia Municipal y Pobreza, los cuales serían atendidos de manera gratuita tanto en los centros sanitarios, como en sus domicilios, por los médicos titulados encargados de atender a los pobres de solemnidad. (386, 387, 150, 151). También se crea, a raíz de esta Real Orden de 1905, como servicio municipal la Inspección Médico Escolar, que tiene como principal finalidad proteger y promover la salud dentro de los centros escolares públicos. El inicio de este servicio se realiza por medio del nombramiento de un médico que ejerce las labores de inspección en el año 1919, cuya labor tenía tres pilares fundamentales:

- Una primera inspección médica del niño anterior a su ingreso en la escuela. Era realizada por los médicos municipales del distrito.
- Aislar durante un tiempo en sus hogares al menor que pudiese tener algún tipo de



enfermedad contagiosa. Era una labor realizada por el médico inspector.

- Comprobar el estado de los centros y asegurar que cumpliesen con toda la normativa y aspectos necesarios para asegurar la salud de los escolares. Era la primera función del médico inspector.

Los años posteriores se dieron algunas modificaciones que sirvieron para mejorar la higiene escolar:

- Se elaboró una cartilla sanitaria para cada alumno donde se registraban talla y peso, estado de salud al ingresar en el centro y procesos posibles surgidos durante los años de la escolarización.
- Se le realiza una revisión obligatoria al niño que se reincorporaba al centro tras haber sufrido un período de enfermedad y aislamiento.
- Medidas preventivas para evitar el desarrollo de enfermedades infectocontagiosas y su expansión, por ejemplo, contabilizar el número de bajas en un período de tiempo en cada centro en concreto.
- Repetidas revisiones (normalmente cada quince días) a los centros con el fin de garantizar un buen estado de higiene.
- Seguimiento de los menús y de la alimentación en los centros, al igual que revisar talla y peso de los distintos niños así como mejorar las duchas escolares.
- Se realizaron campañas y charlas con los familiares para inculcarles los hábitos de higiene en los domicilios.

A medida que se iban incorporando los médicos inspectores fue mayor el número de centros que vio la necesidad de incluirlos como apoyo. Esta iniciativa se consolidaría durante los años de la República y se sumaron las siguientes especialidades de: un médico neuropsiquiatra, otorrinolaringólogo, especialista en ortopedia, odontólogo y oftalmólogo. Con el objetivo de evitar una sobrepoblación hospitalaria y los consecuentes riesgos por hacinamiento se aumentó el servicio de atención en los hogares, manteniendo el ingreso en los centros hospitalarios solo a aquellos que se encontraran en una situación indispensable. Esta beneficencia domiciliaria creó unas Juntas Municipales de Sanidad a través de la Diputación Provincial y estableció una separación de las zonas a tratar en distritos como fórmula para el control de las epidemias.

Cada distrito contaba con un médico y un practicante y, además, existía un médico



supernumerario que actuaba como apoyo cuando se desbordaba el volumen de trabajo o en casos de enfermedad o ausencia puntual de los médicos oficiales.

Desde principios de siglo se fue construyendo y habilitando una red de centros asistenciales a lo largo de todo el País Vasco. Muchos de estos centros se mantienen durante todo el siglo:

### ***En Vizcaya***

#### **- Hospital de Atxuri**

El más antiguo, sus instalaciones llegaron a ser insuficientes ante el gran crecimiento de la población como consecuencia del desarrollo industrial. Para solventar tal problema de cobertura se decidió construir unas nuevas instalaciones anexionadas a este viejo hospital con el fin de aumentar el número de camas y dotarlo de unas consultas externas donde ampliar los servicios. Pero las expectativas no pudieron cumplirse y el hospital sería convertido primero en escuela ordinaria de maestros y municipal poco después.

#### **- Hospital de Basurto**

Nombre con el que se conoce al Hospital Civil de Bilbao, se inauguró en el año 1908 y estaba equipado con un gabinete de electroterapia, gimnasio para rehabilitación, calefacción y mayor número de quirófanos. Era el único hospital de España que contaba con un pabellón infantil, un pabellón para enfermos mentales y otro para tuberculosos. Gracias a su efectiva gestión recibió varios premios como el de la Exposición Internacional de Barcelona en 1929.

#### **- Casa Cuna de San Antonio y Casas de Socorro**

Se construyeron varias Casas de Socorro como la de San Vicente, Urazurrutia o Deusto con las funciones de la atención de las urgencias médico-quirúrgicas extrahospitalarias y domiciliarias y en caso de la Casa Cuna con el primer objetivo de reducir la mortalidad infantil de la región.

#### **- Casa de la Misericordia**

#### **- Hospitales de Triano**

Grupos de edificios construidos para asistir fundamentalmente a los accidentados de las minas.

#### **- Institución de la Gota de Leche**

El Ayuntamiento de Bilbao funda tal institución en el año 1904 con la finalidad de



proporcionar leche tratada a niños en situación de riesgo así como potenciar la educación para la salud entre las madres.

**- Sanatorios de Bermeo, Zaldívar y Zamudio**

En el transcurso del siglo XX la asistencia en Vizcaya en lo relacionado con la psiquiatría se llevaría a cabo en estas tres instituciones.

***En Guipúzcoa***

**- Hospital de San Antonio Abad**

Se construyó gracias a la aportación económica del Ayuntamiento y la Junta de Beneficencia. Se divide en dos edificios, uno más pequeño donde se tratan enfermedades infecciosas mientras que el segundo se centra en la atención del resto de pacientes. Este centro estaba a cargo de las Hijas de la Caridad. En este centro podían ser atendidas aquellas personas, pertenecientes al padrón de San Sebastián, enfermas o lesionadas de menos recursos económicos. Los accidentes laborales les correspondían a este este centro.

**- Asilo Benéfico de la Reina Victoria**

Contaba con una de las mejores vistas panorámicas de la zona, convirtiéndose en un panorama acogedor donde atender a enfermos y niños.

**- Casa de Socorro Municipal**

Se trataba de un centro con dedicación exclusiva a la atención médico-quirúrgica de urgencia. Permaneció abierto hasta el año 1997.

**- El Hospital de la Cruz Roja de 1917**

Además de la constante asistencia a pobres, durante la Guerra Civil tuvo gran actividad tanto hospitalaria como en la dispensación de los medicamentos y recursos.

**- El Instituto de la Gota de Leche de San Sebastián**

Se trata de un organismo pionero dentro de todo el Estado español, centrado en la elaboración de leche que pueda ser destinada a la alimentación de los niños. Sus labores se vincularían por tanto con las funciones de la Casa Cuna Central de Expósitos y con una granja, la granja de Fraisoro. Comenzó su labor en el año 1902, y pretendía elaborar una leche muy similar a la de la madre, es decir, se llevaba a cabo una maternización de la leche de vaca lo que permitía que los pequeños la tolerasen mucho mejor. A la vez en esta institución se enseñaba a la madre a ciertos hábitos de mantenimiento de la salud del bebé.

**- La Casa Cuna de Expósitos y la granja de Fraisoro**



Inauguradas en 1903, encargadas de la atención infantil.

**- El Dispensario médico Santa Isabel**

Otro centro inaugurado en 1909, con la finalidad de atender a los pobres de la ciudad que carecían de recursos económicos para ser atendidos en los centros privados. Era atendido por tres médicos franceses y por enfermeras de la Cruz Roja francesa. Su financiación se basaba en donativos para la caridad y lo recolectado a través de fiestas benéficas.

**- Policlínica Nuestra Señora del Carmen**

Se inaugura en 1924 para la atención de las personas sin recursos.

**- Casa de Maternidad**

Construida para atender a las mujeres en las distintas etapas de su vida. Se construye en 1933 gracias a la financiación de la Caja de Ahorros Municipal de San Sebastián. Tiene una gran iniciativa social pues todas las mujeres independientemente de sus estatus social podían ser atendidas en este centro.

**- Sanatorio Antituberculoso Nuestra Señora de las Mercedes**

Su principal función era el tratamiento de los pretuberculosos pobres donostiarras. Los presupuestos y subvenciones para su mantenimiento se realizaron por parte del Consistorio, Diputación, Cajas de Ahorro y ciertos organismos particulares.

**- Clínicas privadas de San Sebastián**

El incremento de las clínicas privadas desde primeros del siglo XX hasta la década de los 50 se debe fundamentalmente a dos motivos: el primero, debido al triunfo de los liberales que impulsa la demanda de una sociedad más abierta y plural y, el segundo, debido al desarrollo y difusión de distintas especialidades médicas que necesitaban de ciertos espacios específicos para su desarrollo técnico y su aplicación. Algunos ejemplos de clínicas privadas son: Clínica de San Ignacio (1906), Clínica del Perpetuo Socorro (1908), Clínica Nuestra Señora de las Mercedes (1913), Clínica Nuestra Señora de Aránzazu (1921) o Clínica de San Antonio (1928).

En 1947 se inaugura la **Clínica de Nuestra Señora del Pilar** donde se realizaba ginecología y obstetricia.

En 1975 se inaugura la **Policlínica de Guipúzcoa**, con una organización más moderna.

También se inauguraron centros en otras localidades de Guipúzcoa, tales como:

- **La Casa de la Misericordia de Yurreamendi**, en 1915, siendo hasta el año 1986 asilo, hospital de la beneficencia y sanatorio antituberculoso. Disponía de



electromedicina.

- **Clínica de Nuestra Señora de Izaskun y Clínica de San Cosme y San Damián** en Tolosaldea. Esta última destinada a traumatología, urología y ginecología.
- **Sanatorio de Enfermería Victoria Eugenia** en Éibar: funcionó entre los años 1930 a 1942 y atendió a numerosos tuberculosos.
- **Hospital de aislamiento de la Estación Sanitaria** en Irún en el año 1932, para el aislamiento de enfermos infecciosos.

### **En Álava**

#### **- Casa de Maternidad**

Pretendía esconder ante los ojos de la sociedad una situación creciente de prostitución de la zona que lamentablemente terminaba en embarazos no deseados, que situaba a estas mujeres en elemento deshonesto de la sociedad. También era frecuente este tipo de embarazos no buscados entre sirvientas del hogar, costureras, etc., siendo frecuentes las relaciones de extramatrimoniales. La finalidad de esta Casa de Maternidad fue cambiando y se destinó a la atención de mujeres embarazadas, solteras o no, de origen humilde y sin recursos. Por tanto en el año 1920 va formándose una fundación benéfica que dependerá de la Diputación y del Ayuntamiento de Vitoria.

#### **- La Gota de leche de Vitoria**

Surge en esta ciudad la misma institución que ya funcionaba en San Sebastián y en Bilbao. En Vitoria pasó a conocerse como "*Institución Salvadora de la Infancia*" y requirió de la Diputación Provincial para sustentarla. Esta institución contó con un equipo formado por el Director del establecimiento, el médico encargado de realizar la consulta, una persona responsable de la limpieza de botellas, todo ello controlado y supervisado por la Comisión de Beneficencia y Sanidad del Consistorio.

#### **- Hospital Infantil Fundación Molinuevo**

Se construyó gracias a la aportación de Dña. Ángela de Molinuevo, que dejó su fortuna para la construcción de un hospital con la condición de que estuviese destinado a la atención infantil.

#### **- Asilo Provincial Santa María de las Nieves**

En el año 1910 y después de ciertas polémicas acerca de su finalidad, se incluiría en el

área asistencial de ámbito psiquiátrico.

Tras finalizar la Guerra Civil española se establece la política sanitaria del Jefe de Estado Francisco Franco y se crean nuevas leyes:

**En 1942**, se aprobó la ley que creaba el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Esta ley fijaba una prestación de asistencia sanitaria en caso de enfermedad y de maternidad de carácter obligatorio para "todos los productores económicos débiles". También se beneficiaban de este seguro los familiares que vivieran con los aseguradores "a sus expensas".

Posteriormente, **en 1947** se creó el Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez, que transformaba el antiguo retiro obrero, y se aprobó la Ley de Accidentes de Trabajo de 1956. Esta legislación laboral marcaba un pago de tres cuartas parte del salario diario al trabajador con incapacidad temporal desde el día siguiente al accidente y del 100% de su salario si la incapacidad era permanente y absoluta como renta vitalicia.

La Ley de Bases de la Seguridad Social se publicó el 28 de diciembre **de 1963**. Esta ley, junto con otra de **1966** y la Ley General de la Seguridad Social de **1974**, según afirma la web de la Seguridad Social *"se unifican e integran los distintos seguros sociales y emerge un nuevo sistema de Seguridad Social que reordena la acción protectora desde parámetros eminentemente contributivos hacia el colectivo de los trabajadores por cuenta ajena y sus familias, y sólo parcialmente compartida por otros sectores profesionales de menor capacidad contributiva"*. El 1 de enero de 1967 comienza el nuevo sistema de Seguridad Social. Bajo este sistema, quienes tenían acceso a los beneficios de la Seguridad Social eran principalmente los trabajadores por cuenta ajena o propia, funcionarios y estudiantes, por lo que solo se beneficiaban los trabajadores que cotizaban, sus familiares y estudiantes. Tras la muerte de Franco, en noviembre de **1978**, se publicó el Real Decreto-ley sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo, que establecía la creación del Instituto Nacional de Empleo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, la Tesorería General de la Seguridad Social, el Instituto Nacional de Salud y el Instituto Social de la Marina.

Además, la Constitución española de **1978** establece según se puede leer en la web de la Seguridad Social que *"los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad*

*Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo” (172, 173).*

## Odontología en el País Vasco

Dentro del contexto de la profesión dental existen algunos textos divulgativos o anuncios publicitarios de dentistas en el País Vasco que nos hacen ser conscientes de su ejercicio desde primero de siglo.

Se puede apreciar de los dentistas de aquella época que no ocupaban una consulta fija, sino que ofrecían sus servicios de forma itinerante, atendiendo a la población en hoteles, asociaciones u otro tipo de establecimientos.

**Recordamos á nuestros lectores que, además del elegante y bien montado gabinete del reputado dentista Sr. Gurra, donde se opera con todos los adelantos de la ciencia, tiene también otro gabinete, en obsequio á la clase trabajadora y á cargo de sus ayudantes en el que rigen los siguientes honorarios:**

Extracciones sin dolor	1'50 pta.
Limpieza de boca	4 »
Empastes	2'50 »
Dientes	4 »
Dentaduras completas desde	75 »
Horas de consulta de 9 a 1 y de 3 á 7.	

11 de Junio. 7. 1.º junto al Banco Español

**AVISO al PÚBLICO**

El día 2 de febrero llegará el reputado dentista de Bilbao don **JUANGARAITA**. Coloca dentaduras sin paladar, empuja, orifica y hace todas las operaciones de la boca sin dolor y sin ningún peligro, lo más moderno conocido. Ofrece su gabinete en el Hotel París. Consultas: de 9 de la mañana á 1 y de 3 á 6 de la tarde. Precios de los dientes: 5, 7'50 y 10 pesetas. Orificaciones: 10, 15 y 25 pesetas. Coronas de oro: 40 pesetas. Empastes: 2'50 y 5 pesetas. Extracciones: 2'50 y 5 pesetas, sin dolor.

El dolor de muelas proviene de la congestión de las muelas... (text continues with medical explanation)

El dolor de muelas proviene de la congestión de las muelas... (text continues with medical explanation)

Figura 76. Publicidad de dentista itinerante.(388).

Atendiendo á los tiempos que atravesamos por extraer un diente, muela á raigon de 8 á 12 rs.; por empastar un diente ó muela de 10 á 14 rs.; por limpiar la dentadura de 46 á 50 rs.; por orificar un diente ó muela 60 rs., por poner dientes artificiales por todos los sistemas conocido desde uno hasta una dentadura completa á precios económicos pero siempre convencionales.

Polvos dentíficos para limpiar los dientes, caja 4 reales.

NOTA: Agua Sanitaria para fortalecer las encías, frasco 6 reales; Carbos y Soldados á mitad del precio ordinario y á los pobres de solemnidad con la peleta del Sr. Cura párroco como lo son gratis.

**BOP 1868 VICENTE PELLEGRINO**

Figura 77. Publicidad dentista itinerante (388).





A finales de los años 80 del siglo XX los problemas de salud dental, especialmente la caries, afectaban a prácticamente toda la población del País Vasco. La mayoría de los adultos padecieron en la infancia y adolescencia dolores de causa dental, infecciones, anestésicos, empastes y extracciones, situación que incluso en la mayoría de los casos se mantenía en los adultos (389,390). Sin embargo, esta situación era evitable en gran medida aplicando los cuidados dentales preventivos y reparadores apropiados, cuidados que debían ser aplicados idealmente desde la infancia.

El principal impedimento para la generalización de estos cuidados profesionales era la ausencia de un seguro médico público en el contexto de asistencia dental. Nuestro Sistema Nacional de Sanidad, a diferencia de otros países europeos, solo ofertaba en la práctica la extracción dental como “solución” a las lesiones de caries. El “grueso” de la asistencia dental de la población del País Vasco, como en el resto del Estado, era llevado a cabo por una extensa red de consultas privadas, uniformemente distribuidas y bien equipadas tanto tecnológicamente como profesionalmente con dentistas bien cualificados.

Esta asistencia dental exclusivamente privada y basada en el pago por servicio realizado, supone un coste económico que era una importante barrera para el acceso a esta práctica en todas las edades, incluida la población infantil. La carencia de aseguramiento público y su coste en el sector privado dificultaba a las familias, sobre todo a las pertenecientes a los niveles socioeconómicos más bajos, el cuidado profesional de la salud dental de sus hijos. Los datos indicaban que la mitad de los menores de 15 años no había acudido hasta entonces nunca al dentista y que estos niños presentaban una carga de enfermedad inaceptable para el nivel de desarrollo de la sociedad vasca y española.

En 1988, se realizó un estudio epidemiológico del Departamento de Sanidad sobre salud dental infantil. Este estudio epidemiológico indicaba que el 82% de los niños de 14 años tenía caries, con un promedio de 4 caries, más de la mitad de ellas sin tratar. La complejidad de las lesiones, un promedio de 8 superficies, afectaría de forma permanente su salud dental y general como adultos.

Las competencias sanitarias incorporadas en años anteriores al Gobierno Vasco y la creación en 1983 del Servicio Vasco de Salud, unido a importantes impulsores como el Dr. Federico Simón Salazar, llevaron al planteamiento en la comunidad vasca de nuevas políticas



asistenciales. La salud dental, se convirtió en un objetivo prioritario, la creación de un sistema público de asistencia universal y de calidad para los niños en edad escolar. Su misión sería diseñar la estrategia ideal para reducir de forma inmediata la carga de enfermedad que soportaban los niños, impulsar la equidad en su atención y colaborar en la mejora de la salud dental de la población general. Conseguir que las nuevas generaciones de ciudadanos llegaran a la edad adulta sin caries ni tratamiento reparador acumulado. Para ello, hubo que diseñar un nuevo modelo organizativo de la atención dental infantil, que llevase a la práctica de los profesionales la promoción de la salud, que fuera operativo administrativamente, accesible y aceptable para la población, y sostenible económicamente por la comunidad.

En este contexto, favorecido por la transferencia de las competencias en Sanidad a la Comunidad Autónoma del País Vasco y por la creación en 1984 del Servicio Vasco de Salud, se comenzó a plantear una política dental propia en respuesta a los problemas y necesidades detectadas en la población.

La política de salud dental que se pretendía impulsar en el País Vasco tendría, por tanto, un enfoque de promoción de la salud y se orientaría a los más jóvenes. Una estrategia poblacional que posibilitara la reducción de forma inmediata de la carga de enfermedad dental en los niños. Para ello, junto a medidas de prevención individuales y comunitarias, era preciso desarrollar un sistema de asistencia dental para toda la población infantil, orientado a la salud, y que fuera accesible y aceptable para cada una de las familias.

El Gobierno Vasco estableció como área de intervención prioritaria la salud dental infantil e impulsó dos nuevas acciones de Salud Pública mediante la publicación de sendos decretos: la implantación del esquema de fluorización del agua (Decreto 49/1988) que llegó a cubrir por aquel entonces al 70% de la población; y la implantación de un sistema de asistencia dental básico de calidad (Decreto 118/1990) que garantizase a todos los niños los cuidados profesionales necesarios, tanto preventivos como reparadores, a través del Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI). En ambas tuvo alto protagonismo el Dr. Federico Simón Salazar, jefe del Servicio Dental Comunitario del País Vasco. El soporte legislativo que garantiza esta prestación se contiene en el Decreto 118/1990, de 24 de abril en el caso del País Vasco y en el Decreto Foral 58/1991, de 7 de febrero en el caso de Navarra. Ambos decretos se desarrollaron posteriormente por la Orden de 2 de mayo de 1990 y Orden Foral de 18 de febrero de 1991, en las que se especifican los contenidos asistenciales y el incremento de las



nuevas prestaciones.

El PADI aportó tres novedades esenciales a la escena de la asistencia dental en España:

- (1) Por primera vez se garantizaba la asistencia dental básica de la población infantil con cargo a los fondos públicos.
- (2) Promovía un modelo de concertación con clínicas privadas en la realización del servicio.
- (3) proponía una fórmula de pago por capitación.

El modelo PADI, sintetizado en 5 puntos:

1. Financiación pública de la asistencia básica dental a todos los niños de 7 a 15 años.
2. Protocolos clínicos explícitos de atención que garantizaran unas medidas preventivas.
3. Cuadro facultativo público/privado libre de elección al que acudir.
4. Talón dental anual personalizado enviado a cada niño a través del cual se gestiona la oferta.
5. Sistema mixto de pago en la asistencia concertada por capitación y acto médico.

**Prestaciones gratuitas ofrecidas por el Programa Dental Infantil del País Vasco:**

- Una revisión anual o con mayor frecuencia si fuera necesario.
- Orientación con consejos clínicos y preventivos.
- Realización de procedimientos preventivos y de sellado de fisuras que fueran necesarios en la dentición permanente.
- Tratamiento de caries y traumatismos en la dentición permanente.
- Extracción de piezas dentales en dentición temporal (en todos los casos) y definitiva (salvo por indicación ortodóncica).
- Atención de urgencias dentales en el horario habitual de consulta.

**Tratamientos no cubiertos:**

- Tratamiento de las piezas de leche o primera dentición.
- Tratamiento de ortodoncia.

De esta manera la salud bucodental de la población escolar infantil vasca se consolida en la primera década del siglo XXI como la mejor del Estado y a la cabeza de la Unión Europea (389,390).



## 4.17 LA RIOJA

### 4.17.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

La Rioja ha crecido de forma constante a lo largo de todo el siglo XX, aunque ha sido un crecimiento de ritmo moderado, incrementándose la población tan sólo en un 0,37% a lo largo de los años frente al 0,77% de la media nacional. Mostraba, sin embargo, una densidad algo superior a la densidad media nacional, de población de 38 habitantes/km<sup>2</sup> frente a los 32 habitantes/km<sup>2</sup> de España.

Ha estado sujeta a distintas reestructuraciones territoriales modificándose sus delimitaciones y con ello el número de municipios por año. (391).

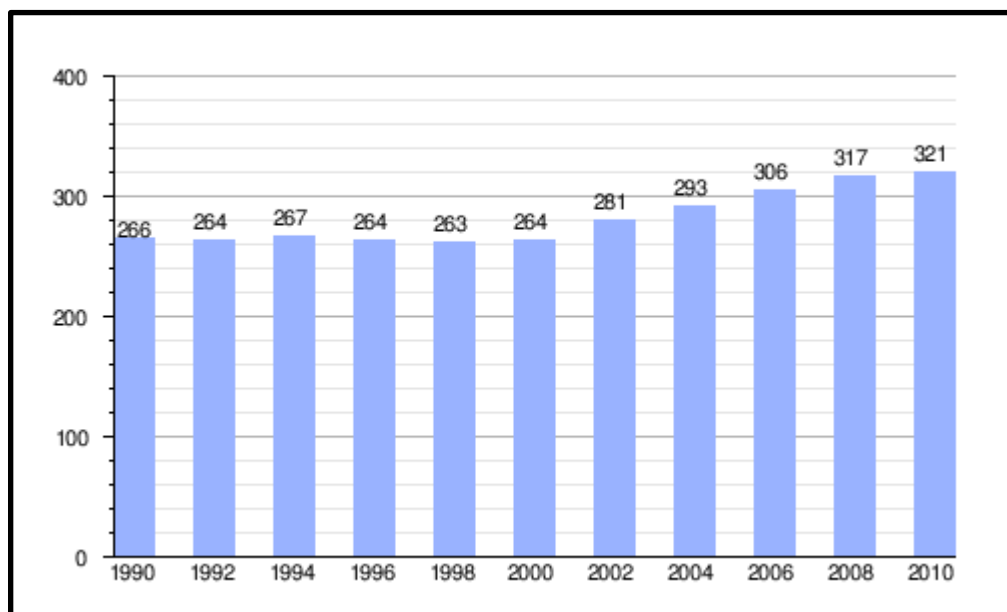


Figura 78. Evolución demográfica de la población de la Rioja.(391),

La población riojana es una población que tiende a aglomerarse en los grandes municipios, los cuales contienen una densidad poblacional del 33% a principios de siglo (año 1900) y que se incrementó exponencialmente colocándose en el 75% a final de la centuria.

El envejecimiento de la población riojana es más elevado que el de la media nacional; tanto el número de jóvenes, por un lado, es inferior, como el número de la población de mayor edad es superior.

	La Rioja		España	
	1900	2007	1900	2007
Total	34,3	13,5	33,5	14,3
Hombres	35,2	13,7	34,8	14,9
Mujeres	33,5	13,4	32,5	13,7

**Tabla 14. Porcentaje población joven en la Rioja (391).**

A principios del siglo XX la población de La Rioja en su mayoría tendía a ocupar su municipio natal o, en su defecto, se trasladaba a los municipios vecinos o colindantes. Esta situación coincidía con la tendencia del resto del país y se mantuvo durante las primeras décadas del siglo. A partir de este momento, tanto España como La Rioja experimentan un cambio radical, de manera que la población riojana y española tiende a salir de su país y ciudad de origen hacia el extranjero en busca de nuevas oportunidades convirtiéndose en un país de emigrantes. Esta situación se mantuvo hasta los últimos años de la centuria, momento en el que existe un giro de 180 grados y España empieza a mostrar una fuerte capacidad para atraer población, hecho impulsado por el desarrollo económico que experimenta el país. De esta manera, tanto el país como La Rioja se han convertido en territorios de acogida de inmigrantes. (391).

#### **4.17.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO**

##### **Alfonso XIII de España, 1886–1931**

Durante la primera década del siglo XX comienzan los movimientos regionalistas por todo el territorio español, amparados por el Real Decreto de diciembre de 1913 de descentralización de las mancomunidades, constituyendo una evidencia clara del crecimiento de los nacionalismos. El ejemplo más claro de regionalismo riojano tuvo lugar en el año 1918, cuando se reunieron representantes de numerosos ayuntamientos de La Rioja, con el objetivo de la elaboración de un documento, a través del cual exigían un marco federal con independencia político-administrativa para esta región, pero sin renunciar en ningún momento a su pertenencia al Estado español.



### *Segunda República Española, 1931–1939*

Se conoce como los "Sucesos de Arnedo", a los acontecimientos que se iniciaron en 1931 a raíz del descontento social ocasionado por unos despidos en una fábrica de calzados. Estos hechos finalizarían el día 5 de enero de 1932 con la muerte de once personas por disparos de la Guardia Civil. Estos hechos causaron una gran polémica en la comunidad de La Rioja y se sumaron a los acontecimientos similares que se llevaron a cabo en otras zonas del país como Castilblanco o Casas Viejas.

Se siguieron produciendo altercados, consecuencia del malestar de la sociedad, principalmente de las clases obreras, durante el período de la II República: de tal manera el 18 de marzo de 1936 ardieron los colegios de Escuelas Pías, Enseñanza y Adoratrices, los conventos de Madre de Dios, Agustinas y Carmelitas, la parroquia de Santiago El Real, además de los talleres del Diario de La Rioja. Aunque con tendencia anticlerical, la mayoría de ellos se produjo debido al descontento social y como consecuencia de problemas de interés económico y fueron precedente de lo que ocurriría meses más tarde al desencadenarse la Guerra Civil.

### *Guerra Civil (1936-1939)*

No hubo grandes altercados durante la guerra.

### *Régimen franquista, 1939–1975*

La sociedad riojana solo pudo escuchar con todos sus parabienes las ideologías conservadoras. Se tomó como objetivo fundamental la recatolización de la clase obrera y la Iglesia dictó las normas de conducta que debían enmarcar la vida la nueva España adoptando un papel principal la ideología de la autarquía. En la primavera de 1950 son apresados y encarcelados los principales promotores del socialismo clandestino riojano. Es a partir de los años 60 cuando el antifranquismo logroñés goza de cierta estructura y actividad práctica.

### *La transición democrática en La Rioja*

Durante la democratización de España se producen una serie negociaciones, que en ese momento de transición de un régimen a otro, tuvieron como principales objetivos intentar el consenso y evitar cualquier tipo de enfrentamiento.



A comienzos de la década de los sesenta, se reanudan los procesos de cambio social que ya se habían empezado a vislumbrar a principios del siglo XX, pero que se vieron interrumpidos por la Guerra Civil y la política autárquica del gobierno franquista durante la posguerra.

El gobierno de Franco, en un momento crítico, se ve obligado a iniciar un proceso de industrialización. A pesar de que es impulsado desde el régimen, este mismo proceso se volverá en su contra, ya que la transformación de la de clase agraria e industrial, el asentamiento de gran parte de esta en las ciudades, la apertura económica hacia el exterior y el nacimiento de nuevas clases medias técnicas y profesionales, influyeron en gran medida en las ideologías políticas y les llevó a introducir expectativas de cambio entre la ciudadanía.

Las grandes ciudades, como Madrid, fueron las primeras en experimentar estas pretensiones y anhelos de cambio social y político, no obstante, fueron poco a poco extendiéndose por toda la nación y, como consecuencia de ello, en ciudades como Logroño van apareciendo indicios de cambio: pintadas reivindicativas en las fachadas de edificios, propaganda antifranquista o carteles en carreteras.

Estas inquietudes preocupan especialmente a las autoridades de la época. Pero incluso mayor preocupación le supone al Gobierno la acción llevada a cabo por los sectores más progresistas de la Iglesia Católica, que se sirvieron de su amplia red de relaciones y de una situación social de privilegio, por la cual eran prácticamente inmunes a la censura de sus críticas contra la desigualdad social. Se crearon dos grupos principales en este contexto: *Juventud Obrera Católica* (JOC) y la *Hermandad Obrera de Acción Católica* (HOAC), que tuvieron bastante protagonismo y liderazgo en varias parroquias de Logroño así como en capitales de comarca como Alfaro, Calahorra, Arnedo, Santo Domingo de la Calzada y Haro. A finales de los años sesenta comienzan a aparecer en ciertos centros de trabajo representantes de estas organizaciones cristianas, relacionados con grupos de obreros e introducidos en los sindicatos de ciertas empresas para imponer demandas en torno a los salarios y las condiciones de trabajo.

A pesar de la descomposición que experimenta el régimen franquista en los últimos años, no es hasta la muerte de Francisco Franco cuando se produce la apertura definitiva de las posibilidades de movilización social y actuación política de estos colectivos. Las peticiones



de amnistía, libertades y derechos democráticos muestran el perfil de estas movilizaciones políticas. Todas estas movilizaciones sociales, que se producen en toda España, suponen un papel decisivo en los primeros momentos de la transición.

Es un proceso general que se sucede a lo largo de todo el territorio español. Pero en el caso de La Rioja es un claro ejemplo de estas manifestaciones y movilizaciones sociales. Algunos ejemplos acontecidos en esta comunidad: en 1976 se producen conflictos colectivos en empresas del sector químico, la hostelería, el metal y el sector textil, huelgas declaradas en empresas como Europunto, Banco Vizcaya o Conservas Collado. Un año después, se celebra por primera vez la festividad del trabajador el 1 de mayo (año 1977) y los tractores ocupan las carreteras de La Rioja manifestando su malestar.

El año 1977 es fundamental puesto que es, en este año, cuando se legalizan los sindicatos y los partidos políticos, se convocan las primeras elecciones democráticas tras el régimen franquista y se inicia un nuevo proceso constituyente.

A lo largo del período de la transición democrática, se aprecia en el ámbito regional una reorganización de la clase empresarial pero también de la clase obrera, que jugará un importante papel. Como consecuencia de ello se produce en la región un incremento de la conflictividad social que desembocó en huelgas y jornadas no trabajadas. Esta clase obrera cobra gran relevancia; mientras que los antiguos sindicatos de UGT y CNT poseen en estos momentos una actividad débil, los nuevos sindicatos surgidos del apoyo del sector progresista de la Iglesia como son CCOO y USO adquieren gran importancia desde la década de los sesenta y, una vez fallecido Franco, utilizarán el movimiento sindical de forma permanente para sus reivindicaciones. El año 1976 supone para el Estado español un momento nefasto, caracterizado por una crisis económica que perjudicaba en mayor medida a las clases sociales más humildes.

Esta situación ayudaría en gran medida al descontento general y favorecería la convocatoria de una manifestación para el 12 de enero contra las medidas económicas del Gobierno, a la que se suscribieron todos los partidos de izquierda. Dicha manifestación fue denegada y quedará como un hecho puntual, pero impulsó sustancialmente a la dimisión, en junio de 1976, del entonces Presidente del Gobierno, Carlos Arias Navarro y a la elección posterior de Adolfo Suárez como nuevo Presidente.





Adolfo Suárez intentará paliar las tensiones existentes mediante la presentación de la Ley de Reforma Política, que debía ser sometida a la aprobación en referéndum el 15 de julio de 1976. Finalmente el pueblo votó y se decantó hacia el sí.

En octubre de 1976 el diario Nueva Rioja comienza a publicar informaciones referentes a la inminente creación de la “Sociedad de Amigos de La Rioja”. Sus características por aquel entonces estaban comprendidas en unos puntos principales:

1. No polarizada a ningún grupo político.
2. Una Sociedad apartidista y riojanista.
3. Sociedad anticaciquil, antielitista y democrática.
4. Miembros liberales: independiente de partidos e ideas, excepto en lo que se refería a la defensa de los intereses.

Tras la celebración de la Asamblea Fundacional de la Asociación “*Amigos de La Rioja*” quedó claro su carácter marcadamente nacional y sus fines que no eran otros que “*Afirmar y exaltar la identidad colectiva de los riojanos*”. Este proceso autonómico, no obstante, al tratarse de un asunto de Estado y al ser la decadente UCD y el por entonces incipiente PSOE, los encargados de firmar los supuestos acuerdos autonómicos, esta "situación minoritaria" provocaría una clara desautorización del Informe de la Comisión de Expertos sobre Autonomías en la Comunidad de La Rioja.

En 1976 los medios de comunicación riojanos, entre los que destacó El Diario Nueva Rioja, recogían las inquietudes de su población con respecto al futuro de la región. Esta población reivindicaba la identidad riojana frente a la de otras regiones. Se realizaría una encuesta en tal medio de comunicación, en la cual, todos los encuestados afirmaron que La Rioja poseía una personalidad propia y diferente a la de las regiones de alrededor y daban sus razones sobre tal afirmación. También se produjeron quejas por haber cambiado el nombre histórico de la entonces provincia de Logroño por el de La Rioja. Estos sucesos y reivindicaciones de la identidad riojana partieron exclusivamente de la propia sociedad civil de la región y fueron decisivos en la consecución de la autonomía. Los políticos se mantenían al margen en estos primeros momentos, ya que existían numerosas dudas de cómo poder llevar a cabo el proceso de descentralización. Todas las posibilidades planteadas por los políticos suscitaron un enorme rechazo en la sociedad riojana, la cual poseía un discurso identitario riojano que se centraba en las muchas cosas que diferencian a los riojanos de los castellanos y



de los vascos, ya que eran las posibilidades más reales de integración. Los grupos sociales realizaron una recogida de firmas para conseguir que a La Rioja se le concediera la preautonomía. Finalmente conseguirían su objetivo y las firmas serían entregadas a los políticos en una manifestación que tuvo lugar en Nájera el 8 de octubre de 1978. Finalmente se le concedería la autonomía, tras vencer un proceso dificultoso, y obtener el voto a favor de 171 municipios de los 174 que posee la región. (392, 393).

El Estatuto de Autonomía de La Rioja, promulgado por Ley Orgánica el 9 de junio de 1982, fue fruto del consenso de las principales fuerzas políticas riojanas. Posteriormente en los años 1994 y 1999, La Rioja amplía sus competencias al llegar también a un amplio consenso político y siendo una decisión voluntaria del Parlamento riojano. Pretenden con ello profundizar en los valores de cohesión social, proteger sus territorios y paisajes y defender la igualdad entre hombres y mujeres, entre otros muchos objetivos (394).

### 4.17.3 CONTEXTO SANITARIO

**En la primera mitad del siglo XX**, en Logroño existía una fuerte vinculación de la Asistencia Social a la Iglesia y una vinculación pública a la Diputación y el Ayuntamiento. Aumentó al asociacionismo, tanto por motivos asistenciales, como sindicales o políticos. En muchos pueblos se constituyeron asociaciones de socorros mutuos con el nombre de “Sociedad Benéfica”. El asociacionismo tuvo un desarrollo espectacular y se plasmó en algunas instituciones singulares, por ejemplo la Casa Cuna de 1900 de Logroño o la Gota de Leche de 1908. (395).

En 1906 nace el *Reglamento del Servicio Benéfico-Sanitario* de la ciudad de Logroño, que tiene como objetivos, por un lado, proporcionar a las familias pobres, siempre y cuando estuviesen inscritas en el padrón municipal que les correspondía, de la asistencia médica y de los auxilios farmacéuticos que reclamen, y por otro lado, solucionar las necesidades sanitarias e higiénicas de la población en general. El Servicio Benéfico-Sanitario de Logroño tenía funciones como: la asistencia médica en los domicilios, suministrar de manera gratuita a los pobres los medicamentos que estos requieren, las inspecciones sanitarias de los alimentos, la desinfección de viviendas e instituciones públicas así como la administración y dirección de otras instituciones públicas coexistentes (como por ejemplo la Gota de Leche). Debían denunciar las situaciones de insalubridad que pudieran observar en la zona que les



correspondía además de informar de la existencia de situaciones epidémicas que pudieran poner en riesgo a la población de dichos territorios. Con el fin de garantizar su correcto funcionamiento, además, recoge el reglamento de las funciones que deben desempeñar los distintos profesionales, así como el control y organización de sus actividades.

El Hospital Militar de la calle Murrieta se inauguró en 1910 con 80 camas, que podían aumentar a 300. Con esta obra, más los dos grandes centros provinciales, la Casa de Socorro, el Asilo Nocturno, la Gota de Leche y la Casa Cuna, Logroño completa en los años primeros del siglo XX la red asistencial local.

La asistencia sanitaria de la ciudad de Logroño en esos primeros años del siglo XX era asumida en su mayor parte por el **Hospital Provincial** y se completaba por una asistencia municipal para los más pobres, que era supervisada por la Diputación, y que aseguraba su cumplimiento por parte de los facultativos. Al tener dicho hospital un carácter provincial, le convertía en foco de atracción de población que llegaba a Logroño para ser tratada y que luego decidía quedarse con perspectivas de encontrar algún medio de vida en la ciudad que tanto beneficiaba al pobre.

Aunque eran las fundaciones eclesiásticas las que corrían con el grueso de la atención de pobres y marginados, también colaboraban algunos hospitales, en especial los de las ciudades, que eran del patronato municipal, como el de Logroño. El Hospital de la Misericordia fue el antecedente del **Hospital Provincial**, que sería inaugurado por el rey Amadeo I en 1871. El Ayuntamiento costeaba los salarios de varios médicos y otros tantos cirujanos sangradores, el antecedente de los practicantes, así como un farmacéutico, limpiadoras, etc. Los profesionales prestaban asistencia a los pobres en los mismos domicilios de estos o en las casas del mismo médico, contaban con unos talonarios proporcionados por el Ayuntamiento en los que prescribían los distintos fármacos.

El desempeño de las distintas profesiones sanitarias era llevado a cabo única y exclusivamente por varones, quedando las mujeres excluidas de una relación profesional directa con la comunidad. El papel de la mujer en ese momento quedó restringido a una actividad mucho más discreta, quedando fuera de la vista de la sociedad, ejerciendo en un centro con una clara vocación maternal, **la Gota de Leche**. La Gota de leche fue el nombre que se le dio a las instituciones creadas a principios del siglo XX, destinadas a remediar los

problemas de desnutrición y alta mortalidad infantil que se daba en las familias que no podían permitirse contar con nodrizas o las madres que no podían dar de mamar. La Gota de Leche es la imitación española de una experiencia francesa llevada a cabo en los barrios periféricos de París en la última década del siglo XIX. En Logroño en concreto, se inauguró en el año 1905. La presencia femenina en el mundo profesional de Logroño tenía además un componente religioso añadido, de manera que encontrábamos muchas monjas y religiosas auxiliando y colaborando en el Hospital Provincial, en el hospital Militar y en la Gota de Leche. Se observa aquí la vinculación existente entre la Asistencia Social y la Iglesia.



**Figura 79. Laboratorio municipal sede de la Gota de Leche en la Rioja (396).**

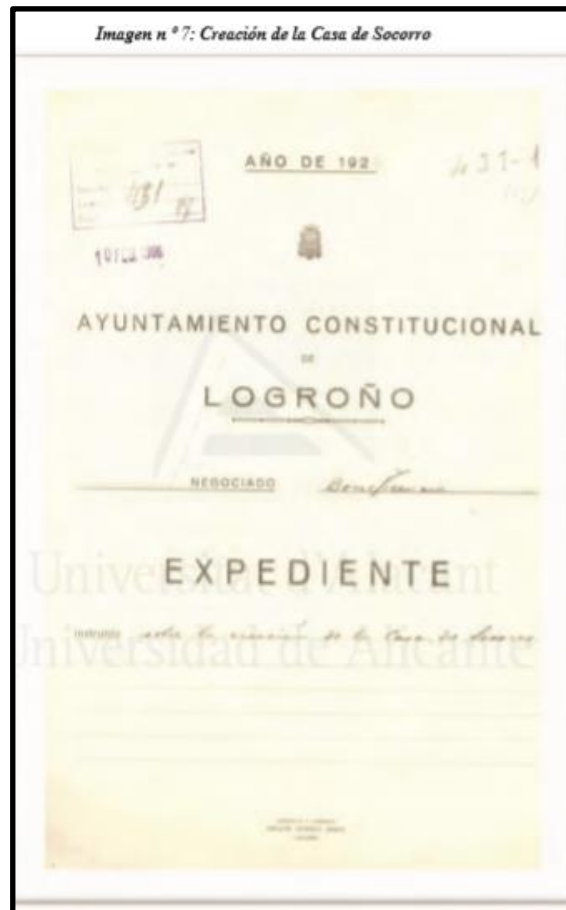
A principios de la década de los años 50, concretamente en el año 1952, se establece, por parte de la Comisión Municipal Permanente, el cumplimiento del *Reglamento de Funcionarios de la Administración Local*, según el cual se lleva a cabo una externalización de la atención sanitaria de estos funcionarios, que hasta el momento habían sido atendidos por los propios servicios sanitarios municipales. Por ende, se dio orden de cesar todos los contratos existentes con la Caja Nacional de Seguro de Enfermedad y se contrató en su lugar la Obra Sindical 18 de julio. De esta manera se fueron debilitando las instituciones sanitarias municipales, mientras que fueron surgiendo en su lugar nuevas instituciones públicas, dependientes del Instituto Nacional de Salud como fue el Hospital de San Pedro u otros centros privados, que fueron asumiendo la atención sanitaria de funcionarios así como de toda la población de la ciudad.

La ciudad de Logroño se convierte en una fuente de atracción para la población del territorio rural de La Rioja, y ello es debido a que la ciudad ofrece un gran abanico de servicios administrativos, educativos, sanitarios y sociales, que eran totalmente inexistentes e imprescindibles en el mundo (395).



**Figura 80. Hospital de San Pedro. Logroño ( 365).**

La Casa de Socorro de Logroño empezó a funcionar en el año 1923, en unas dependencias del Hospital Provincial, tenía como principales funciones la primera cura y la de urgencia y determinación del alta o del traslado al hospital del paciente en cuestión. Estaba centrada en la atención extrahospitalaria, prestaba atención todo el año, las 24 horas del día e incluso incluía visitas domiciliarias. Permanecería abierta hasta el año 1938, año en el que sus instalaciones vuelven de nuevo al Hospital Provincial pero de una manera provisional, hasta la construcción de un nuevo consultorio. Esta nueva Casa de Socorro abre de nuevo sus puertas en el año 1968.



**Figura 81. Expediente de creación de la Casa de Socorro (396).**

### **La Casa Cuna del Niño Jesús**

Se trataba de una institución municipal, creada el 20 de febrero de 1900. Surge de un grupo de señoras que se reunieron con el fin de establecer en Logroño un asilo benéfico para niños menores de cuatro años, cuyas madres no pudieran atenderles por ser trabajadoras. Dos hermanas de las monjas de San Vicente de Paúl serían las encargadas de cuidar a los niños en un local cedido por el Ayuntamiento de Logroño.

### **La agrupación local de Cruz Roja**

Sita en la provincia de Logroño no cuenta con datos de su inscripción como asociación, sólo existe un documento en la que se presenta como la Asociación de Camilleros de Logroño, fundada en 1917. En España, ante la grave crisis con la que comenzó el siglo XX, el objetivo de Cruz Roja Española fue luchar contra enfermedades mortales, como la tuberculosis que afectaban sobre todo a niños, y grandes epidemias, como la de la

gripe de 1918. También es de gran importancia la profesionalización del personal que integraba esta agrupación y la incorporación de la mujer a través del cuerpo de enfermeras, aceptado y reglamentado por disposición en 1917.

### **Cruz Roja**

Estrenó a sus camilleros en la gripe de 1918 en La Rioja, hecho del que apenas hay datos. Sí existe constancia, de la frenética actividad que desarrolló la agrupación de Logroño, durante el verano de 1936.



**Figura 82. Cruz Roja de la Rioja en día festivo. 1962 (388).**

### **La atención social durante el Franquismo**

El Estado creado por Franco después de la guerra reorganizó el sector asistencial atendiendo a la filosofía de los pilares que le sostenían, Falange e Iglesia, pero apenas tuvo que tocar el entramado jurídico que provenía de la Ley General de Beneficencia de 1849 y del Reglamento de los centros de la provincia de Logroño de 1864. La Falange inspiró la estructura corporativa sindicalista, con un fuerte apoyo del voluntariado, para lo que consiguió movilizar grandes contingentes, sobre todo en los años cuarenta, que fueron los de hegemonía de FET de las JONS. La Falange quiso hacer de España un gran sindicato a partir de la Organización Sindical, creada en 1938, y de su institucionalización por la Ley de Unidad Sindical de 1940, que ordenaba toda la actividad sindical en una “milicia” bajo el mando único de la FET y de las JONS. **Auxilio Social**, asociación de la Sección Femenina, es el mejor ejemplo de esta movilización. Se hizo obligatoria al acabar la guerra, cuando se instituyó el Servicio Social: las



jóvenes españolas de entre 17 y 35 años tenían obligación de servir durante seis meses en algún trabajo de tipo asistencial, como cuidar niños en hogares y guarderías, dar comida a pobres en cocinas de Falange, coser ropa para necesitados, etc. Diputaciones y ayuntamientos se ocupaban de completar la financiación de estas voluntarias y a veces, les cedían locales y terrenos en los que llegaron a construir alguna guardería como por ejemplo, en Calahorra.

En cuanto a la Iglesia, volvieron los capellanes a los hospitales y los párrocos a dirigir la Caridad, mientras monjas de todas las órdenes llenaban los hospitales realizando todo tipo de trabajos en La Rioja. La Residencia Sanitaria de Logroño, contó con las religiosas como un elemento constitutivo de la plantilla. La beneficencia particular fue apoyada por la Iglesia, pero también por ayuntamientos y diputaciones, que incorporaban las “labores benéficas” a las demostraciones de afección a la Iglesia, contribuyendo a crear la imagen del nacionalcatolicismo.

Las instituciones civiles como ayuntamientos y diputaciones remodeladas por Franco con leyes generales como la Ley de Bases del Régimen Local de 1945 (modificada en 1953) asumieron la responsabilidad de la dirección por un lado de las viejas *instituciones de beneficencia*, las cuales se habían mantenido a lo largo de los años, de hecho Logroño seguía contando con las dos grandes instituciones provinciales, Hospital y Beneficencia, a las que se sumaron como nuevas instituciones pertenecientes a la beneficencia , un manicomio provincial y una casa de expósitos; y, por otro lado, las de *fundación particular*: la Gota de Leche, la Casa Cuna, la Casa de Socorro, la Cocina Económica, o el Asilo de Santa Justa. El grueso de la financiación procedía de la Diputación y, en menor medida, del Ayuntamiento.

En estas condiciones, ante la situación sanitaria deficitaria de la provincia, se iban a proyectar las dos *instituciones sanitarias públicas* más importantes del siglo XX en la ciudad de Logroño: la Residencia Sanitaria y el Sanatorio Antituberculoso. Ambas serían inauguradas en octubre de 1954.

- La **Residencia Sanitaria**: la iniciativa de construir un amplio centro sanitario moderno que acogiera a los trabajadores asegurados , partió de las entidades locales, se organizó a través del Ayuntamiento y se canalizó a través del Instituto Nacional de Previsión, dependiente del Ministerio de Trabajo y de la Caja Nacional del Seguro de Enfermedad.



- El **Sanatorio Antituberculoso o Sanatorio de la Estrella** fue un proyecto llevado a cabo por el Patronato Nacional Antituberculoso. Su capacidad era de 400 camas. En 1963 disponía de 4 médicos. En 1992 acabó formando parte del nuevo edificio del Hospital San Pedro.
- El **Hospital San Pedro**, ocupaba una pequeña parte del enorme terreno que cedió Pedro Mazo, un indiano de Cabezón de Cameros cuya esposa, enferma de tuberculosis, se encontraba en Santa Justa, buscando así que Logroño tuviera un sanatorio adecuado (395).



Figura 83. Hospital Provincial de San Pedro (365).

## ***Odontología en La Rioja***

### **Algunos dentistas ambulantes en el siglo XIX: antecedentes**

Esos años, son tiempos en los que algunos de los mejores dentistas ambulantes pasan por Logroño y por los principales pueblos y ciudades de La Rioja, mostrando las virtudes del desempeño de su profesión. Algunos ejemplos de dichos dentistas son:

- En 1838 hay constancia de una visita de 40 días en Logroño del profesor Cirujano Dentista, residente en Zaragoza, **D. Gregorio Calbo y Gómez**.
- En 1849 visita Logroño el profesor dentista **Bertoncine**, que también opera a los niños "sin experimentar lesión alguna", lo que viene a significar, sin experimentar dolor.
- En 1854 se habla de la llegada de un prestigioso dentista de Burdeos que ha "*recorrido los pueblos de América, Inglaterra y que llega a Logroño después de haber visitado varias*

provincias o capitales españolas como por ejemplo Burgos”.

- En 1867 sabemos de la visita de **Federico Sas**, acreditado ser profesor dentista (396).



Figura 84. Publicidad de dentista de la época. (396).

#### Anteriores a 1875

Tenemos referencias en un primer momento de la figura del “barbero”, como el encargado de realizar las extracciones dentales.

En 1857 aparece cierta “regulación” a través de la Ley Moyano que suprime la enseñanza de la flebotomía e incorpora la de practicante, dando lugar a la figura de dentista practicante.

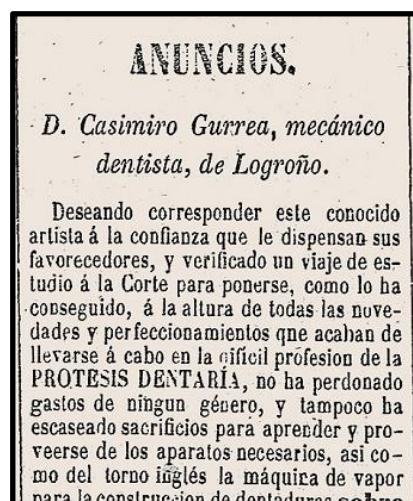


Figura 85. Publicidad dentista de la época (396).

En 1853 existen noticias más permanentes de la figura de Casimiro Gurrea, platero y



dentista en la ciudad de Logroño, cuya trayectoria conocemos a través de varios anuncios publicados en el Boletín de la Provincia:

**D. Víctor Rodríguez**, platero y dentista, se forma y prepara en el arte de la dentición con el dentista francés **Mr. Merigot**. Ofrece al público los trabajos y servicios de su profesión contando con una preparación y avances muy adelantados con respecto a esta época (Anuncio 1854 BOP): *“Se halla provisto de un surtido de dientes y muelas artificiales recientemente inventadas, que resisten a los esfuerzos de la masticación, imitando a lo natural y hechos en las mejores fábricas del extranjero; ofrece a las personas que gusten servirse de ellos, su colocación con limpieza y esmero; compone las piezas que se hallen inservibles aprovechando los dientes; limpia las dentaduras; empasta las muelas y dientes careados con la nueva pasta obturante sin causar dolor alguno: esta pasta se usa en frío y adquiere pronto una dureza igual a la de la muela: iguala los dientes largos, separa los unidos y afirma los movibles, respondiendo en todos casos y tiempos de la seguridad de sus operaciones y cargándose a la obra que no se halle a gusto y contento de sus favorecedores. Tiene de venta frascos de nuevo elixir para la conservación y limpieza de la boca”*. Logroño. (396)

#### **Los cirujanos-dentistas después de la regulación de su profesión en 1875**

Con el Real Decreto de 20 de junio de 1875, la profesión de "cirujano dentista" se regula y se designa una autoridad de inspección, intentando con ello hacer desaparecer de la vía pública a charlatanes y curanderos, intentando así empezar a definir nuestra profesión de dentistas que hoy conocemos. Esta regulación produce cierta problemática con la figura de los practicantes antiguos y nuevos cirujanos dentistas. Un ejemplo de ello es que en el año 1889 tenemos constancia del establecimiento de **Francisco E. Valverde** en Logroño, propiciando una polémica con el cirujano dentista **Celedonio Ruiz**, quien le reclama públicamente que no puede llamarse, de acuerdo a la normativa, "profesor dentista" y sí "practicante en cirugía menor" como le acredita su título. En Haro en 1895 y 1896, figurarán como dentistas **Antonio Martínez Anguiano** y **Adolfo Herrarte Alegría** (396).

#### **Los dentistas a partir de 1901-1903**

Poco después, en 1901 se crea el Título de Odontólogo y en el año 1903 se crea el centro para impartir dichos estudios. En 1903 son catalogados como dentistas:

##### **En Logroño**

- **Basilio Gurrea** (su padre fallece en 1891)

- Eusebio González



Figura 86. Publicidad de dentista de la época (396).

- Celedonio Ruiz

En Haro

- Adolfo Herrarte Alegría
- Antonio Martínez Anguiano
- Vicente Pellejero



Figura 87. Publicidad de dentista de la época (396).

Con la creación de la Escuela de Odontología en 1914 en Madrid se pone fin a la polémica existente con respecto a la definición de nuestra profesión (396).

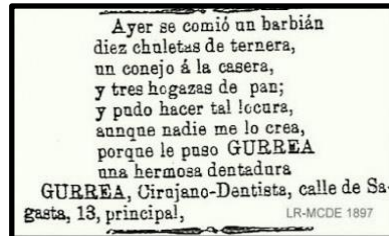
### Dentista en la Rioja 1915

Tras la larga evolución de la profesión de dentista, pasando de barbero a practicante en 1857, cirujano dentista en 1875 y finalmente al odontólogo (1901-1903) nos encontramos en 1915 con diferentes titulaciones y reconocimientos. Oficialmente pueden ejercer este oficio:

- Los cirujanos dentistas.
- Los odontólogos.
- Los médicos (que hubieran aprobado la asignatura de prótesis).
- Los practicantes de antes de 1875.

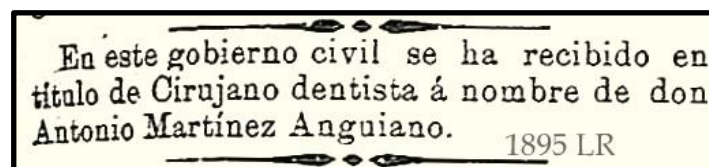
Teniendo en cuenta esto, destacamos en La Rioja figuras como:

- **Basilio Gurrea** era dentista de la Diputación Provincial y tenía su consulta en la calle 11 de junio, Logroño.



**Figura 88. Publicidad dentista de la época (396).**

- **Gil Díez**, era médico dentista, Subinspector Provincial de Odontología y dentista de la guarnición. Su consulta estaba en la calle Mercado.
- **Eusebio González** era cirujano-dentista.
- **Caledonio Ruiz** era cirujano-dentista.
- **Ruiz Oña** era médico-dentista.
- **Adolfo Herrarte Alegría**.
- **Antonio Martínez Anguiano**.



**Figura 89. Publicidad dentista de la época (396).**

### **El ejercicio de la profesión a principios del S. XX**

La técnica de los dentistas evoluciona enormemente y se realizan algunas operaciones y tratamientos hasta entonces impensables. Se tratan enfermedades como la piorrea. Se corrigen "dientes desviados", se hacen dentaduras artificiales para la masticación, orificaciones y colocación de coronas de oro y porcelana. También se realizaban dentaduras completas.

**EL SENSACIONALISMO EN LA CIRUGÍA DENTAL**

dura poco, pero la constante reiteración del servicio excepcional, establece una envidiable reputación.

Desde hace ocho años el MÉTODO DEL DENTINOL Y PYORRHOCIDE para el tratamiento de la piorrea, ha aumentado en popularidad en la profesión dental, y en la actualidad se usa más extensamente que todos los demás tratamientos, en conjunto.

Este método ha sido comprobado por un extenso trabajo de investigación y por la experiencia clínica del cuerpo profesional, que se ha obtenido después de muchos años de haberse dedicado exclusivamente al estudio del tratamiento y prevención de la piorrea, en The Pyorrhoeic Clinic.

PYORRHOCIDE, para uso del paciente, ha demostrado ser un verdadero profiláctico, que retarda la formación del tártaro, impide el desarrollo de las bacterias que forman el pus, y estimula en mayor grado los tejidos bucales.

Recéteselo a sus pacientes, y fíjese en los resultados.

**THE DENTINOL & PYORRHOCIDE CO.**  
110-112 West 40th St. NEUVA YORK, E. U. de A.

El Cepillo para Dientes INTERCAMBIABLE  
**DENTINOL**

**PRACTICO**  
Las dimensiones de su pequeño cepillo, bien proporcionadas a la boca, y la doble curvatura de su mango facilitan su uso, al facilitar el acceso a todos los dientes, perfectos y rápidamente todas aquellas manchas que se acumulan en la higiene dental.

**PRECIO**  
Un mango indestructible de metal pulido, con tres cepillos de calidad superior en un estuche impermeable. . . . . **Papeles 4,50**  
La caja de 6 cepillos de resaca. . . . . **Papeles 3,00**

**HIGIÉNICO**  
El muelle suave de los cepillos de resaca facilita su uso, respondiendo así a las necesidades de la higiene que ayuda a conservar los tejidos para dientes, mejorando.

**ECONÓMICO**  
Por la compra, una vez para siempre, del mango cepillo intercambiable y por el mínimo precio de los cepillos de resaca.

**PORTUGAL:**  
Sociedade Cooperativa Economica Dentistica  
181, rua de Colégio, PORTO

**EUSEBIO BARRA**  
7, Ronda San Pedro, Barcelona

**Figura 90. Publicidad de dentista de la época (396).**

Hay cepillos dentales con cabezales intercambiables (ver anuncio) y, por supuesto, existen los elixires, cremas y polvos dentífricos que facilitan la limpieza de los dientes, como 'Licor de Polo' de laboratorios Orive. Las consultas se modernizan y en ello tiene mucho que ver la introducción del agua corriente y la electricidad, puesto que son elementos fundamentales para el funcionamiento de algunos de los instrumentos más avanzados.

En cuanto a sus minutas, decir que tradicionalmente muchos de los dentistas y, sobre todo antes de la aparición de las Beneficencias y Hospitales de caridad, tenían para los pobres consultas más económicas o incluso gratuitas que sofocaban sus necesidades. En 1915 podemos ver el anuncio de Basilio Gurrea donde ofertaba rebajas en sus honorarios en la consulta para los más desfavorecidos. El Dr. Ruiz de Oña ofrece una reducida tarifa militar.

**DOCTOR OÑA, Médico Dentista**  
**TARIFA MILITAR**  
Dallelas, 1. 2.º izq.ª esquina á la Estació:

**Figura 91. Publicidad dentista de la época (396).**

De la misma manera que en otras profesiones y comercios, los dentistas sufrían la competencia de sus colegas que desde los hoteles o fondas ejercían por unos días, o semanas, su profesión. Un ejemplo de ello, es el anuncio que a continuación se reproduce de Juan Garaita de Bilbao. (Resulta curioso observar su tarifa de precios, en especial, si la comparamos con la del anuncio de Basilio Gurrea) (396).


<p>Recordamos á nuestros lectores que además del elegante y bien montado gabinete del reputado dentista Sr. Gurrea, donde se opera con todos los adelantos de la ciencia, tiene también otro gabinete, en obsequio á la clase trabajadora y á cargo de sus ayudantes en el que rigen los siguientes honorarios:</p> <table border="0"> <tr> <td>Extracciones sin dolor</td> <td>1'50 pesetas</td> </tr> <tr> <td>Empieza de boca</td> <td>4 »</td> </tr> <tr> <td>Empastes</td> <td>2'50 »</td> </tr> <tr> <td>Dientes</td> <td>4 »</td> </tr> <tr> <td>Dentaduras completas desde</td> <td>75 »</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Horas de consulta de 9 a 1 y de 3 á 7.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11 de Junio. 7, 1.º, junto al Banco Español</td> </tr> </table>	Extracciones sin dolor	1'50 pesetas	Empieza de boca	4 »	Empastes	2'50 »	Dientes	4 »	Dentaduras completas desde	75 »	Horas de consulta de 9 a 1 y de 3 á 7.		11 de Junio. 7, 1.º, junto al Banco Español		<p><b>AVISO al PÚBLICO</b></p>  <p>El día 2 de febrero llegará el reputado dentista de Bilbao don JUAN GARAITA Coloca dentaduras duras sin paladar, empasta, orifica y hace todas las operaciones de la boca sin dolor y sin ningún peligro, lo más moderno conocido. Ofrece su gabinete en el Hotel París Consultas: de 9 de la mañana á 1 y de 3 á 6 de la tarde. Precios de los dientes: 5, 7'50 y 10 pesetas. Orificaciones: 10, 15 y 25 pesetas. Coronas de oro: 40 pesetas. Empastes: 2'50 y 5 pesetas. Extracciones: 2'50 y 5 pesetas, sin dolor.</p>
Extracciones sin dolor	1'50 pesetas														
Empieza de boca	4 »														
Empastes	2'50 »														
Dientes	4 »														
Dentaduras completas desde	75 »														
Horas de consulta de 9 a 1 y de 3 á 7.															
11 de Junio. 7, 1.º, junto al Banco Español															

Figura 92. Publicidad de dentista de la época (396).

Era frecuente que mismos dentistas, dado el reducido número profesionales de aquellos años, se desplazasen por distintos municipios y provincias. Es por esto que profesionales de Logroño tenían clientes de toda la región, así, por ejemplo, se cita como anécdota que el General Mola, destinado en Pamplona, era cliente de Basilio Gurrea y, como no, también de dentistas como Rodríguez G. Bustos, que pasaban consulta en Haro en vez de Logroño determinados días de la semana. Otros profesionales que prestaron sus servicios en Santo Domingo de La Calzada y en otros municipios fueron Antonio Martínez y Adolfo Urriarte de Haro, riojanos.

Hasta la década de los 80 del pasado siglo, la atención bucodental pública de la población española estaba limitada al tratamiento médico de los procesos agudos, a las exodoncias, al diagnóstico y al tratamiento médico y quirúrgico de las patologías, quedando la parte de prevención todavía en un segundo lugar. A comienzos de 1980 se iniciaron los programas escolares de enjuagues fluorados y actividades de educación sanitaria en el ámbito escolar.

La educación para la salud bucodental en la edad escolar es fundamental, ya que es un momento idóneo para adquirir hábitos saludables (alimentarios e higiénicos) y también porque es el período en el que se produce el recambio de la dentadura definitiva, por lo que los beneficios obtenidos de estas medidas se prolongarán a lo largo de toda la vida.

Por tanto, la educación para la salud junto con la aplicación de medidas preventivas eficaces (enjuagues fluorados, sellados, etc.) y los exámenes de salud de la cavidad oral, son actividades claves.



Para analizar la situación de la población infantil de la Comunidad de La Rioja se llevó a cabo un Programa de Salud Bucodental. Durante el curso escolar 1990-1991, la entonces Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social en colaboración con el Insalud puso en marcha una iniciativa través de la cual tener una idea aproximada del estado bucodental de los alumnos escolares. El Programa de Salud Bucodental para la población infantil de La Rioja se enmarcó en las directrices propuestas por la OMS para resolver los problemas más importantes que afectaban a la salud dental de la población alumnos escolares riojanos. Estos datos sirvieron de base para iniciar el proceso de planificación y formulación de estrategias de necesidades de tratamientos (396).





## 4.18 VALENCIA



### 4.18.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

En el siglo XX la Comunidad de Valencia mantiene un índice de población creciente como consecuencia de las mejoras generales, especialmente higiénico-sanitarias, que se van produciendo a lo largo de este siglo y que desembocarán en un movimiento aún mayor en el siglo XX (397).

En las últimas décadas del siglo XIX se configuró el modelo económico que dominaría la Comunidad Valenciana durante más de un siglo: estaba centrado en una agricultura intensiva y orientada a la exportación (correspondía fundamentalmente a zonas de regadío que aportaban normalmente mayor productividad que en el resto del país).

- La primera década del siglo XX soportó un índice de crecimiento anual acumulado del 1'1% (lo que significa un aumento importante de la población).

- Seguidamente, en los años diez, la fuerte crisis comercial y agrícola de 1914, debido al conflicto bélico internacional produjo un fuerte flujo de emigración. A esto se unió la epidemia de la gripe de 1918 con altas tasas de mortalidad. Todo ello supuso una tasa de población decreciente.

- La década de 1920-1929 vuelve a tener un crecimiento positivo de la población alcanzando un índice incluso de 1'3%, que viene dado por una transformación agrícola y cambios de productos de cultivo con la finalidad de aumentar la exportación de los mismos. Este estímulo se materializó cuando el cambio en las dietas alimentarias en Europa, ligado a nuevos conceptos sobre salud y nutrición, así como mejora de los niveles de vida, aumentaría el consumo de frutas y hortalizas.

- Primeros años treinta hasta 1936 : el Crack general de 1929 o Gran Depresión de 1929 (catastrófica caída del mercado de valores en la Historia de la Bolsa americana) cambió la tendencia de crecimiento, que se empezaría a sentir en los primeros años treinta y se agravaría en 1936 con la Guerra Civil. En estos años, en algunos artículos se puede observar un índice positivo que, sin embargo, no es veraz ni significativo puesto que coincide con los últimos años de la guerra, al convertirse esta comarca en una de los últimos reductos del



conflicto, recibiría una masa importante de población desplazada. Además, se solía realizar un hinchamiento intencionado del censo de población para recibir mayor número de alimentos de racionamiento.

- En los años cuarenta cuando la situación bélica acabó totalmente y la población, que había acudido a la Comunidad de Valencia al ser el último reducto bélico republicano, regresó a su lugar de origen, la población comarcal sufrió un descenso pero no significaba que el movimiento fuera regresivo.

- Los años cincuenta trajeron consigo una recuperación demográfica con un índice anual acumulado del 0,6% y ello se debió fundamentalmente a la fuerte nupcialidad (de los hombres que volvieron de la guerra) y, como consecuencia, una natalidad pujante.

- Los años sesenta coinciden con un crecimiento económico e industrial en la Comunidad Valenciana, que supuso un incremento demográfico con un índice del 1,5%. Básicamente exportadora, se beneficia de la coyuntura internacional y ocasiona una oferta de empleo que supone una inmigración importante.

- En los años setenta: la tendencia al alza comienza a ser menos pujante por dos motivos: en primer lugar, la crisis del petróleo (que se desencadena a partir de 1973) que arrastra a la economía en general y que se manifestará demográficamente poco tiempo después. Y por otro lado, la disminución importante de la natalidad, debido a la búsqueda de una calidad de vida más alta siguiendo la tendencia europea.

- A partir de los años ochenta, a pesar del hundimiento de la tasa de fecundidad a partir de 1976 en España en general, se ha producido un despegue del número de habitantes en nuestro país. Esto ha sido debido a la llegada masiva de inmigrantes, principalmente a partir de los años ochenta y fundamentalmente en los años noventa hasta la actualidad. Además, se trata fundamentalmente de inmigrantes procedentes de países africanos y asiáticos, que suelen ser habitantes con tasas de fecundidad elevadas. Este fenómeno de inmigración es bastante acentuado en la Comunidad Valenciana. (397).

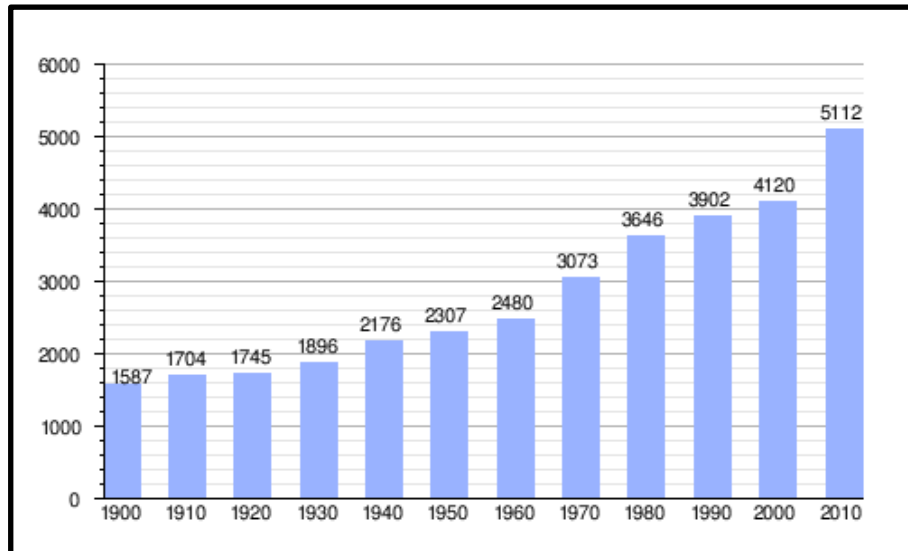


Figura 93. Evolución demográfica de la población de Valencia.(397).

## 4.18.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO

### Valencia en el siglo XIX (antecedentes históricos)

La Edad Contemporánea se inicia con la Guerra de la Independencia Española (1808-1814): conflicto bélico desarrollado de 1808 a 1814, dentro del contexto de las guerras napoleónicas, que enfrentó a las potencias aliadas de España, Reino Unido y Portugal contra el primer Imperio Francés que pretendía instalar en el trono al hermano de Napoleón, D. José Bonaparte, que tuvo lugar en defensa de las invasiones francesas. Precisamente esta guerra fue notablemente perjudicial para la economía de la Comunidad Valenciana, y no tanto para otros municipios del país.

Durante la primera Guerra Carlista, el norte de la Comunidad Valenciana, en concreto la provincia de Castellón, se vio gravemente afectada. De hecho, hubo varias fortificaciones Carlistas en diferentes localidades de la provincia, y no tanto en la capital. Un ejemplo de ello fue en el Maestrazgo de Morella, construido por el general Cabrera. La toma de Morella fue el último enfrentamiento de la Primera Guerra Carlista. Tras la conquista de la ciudad el general Cabrera se vio obligado a huir a Berga (Cataluña), donde aún continuaba la guerra.



En 1833 tuvo lugar la nueva organización territorial liberal y la Comunidad Valenciana se dividió de forma administrativa en las actuales tres provincias: Castellón, Valencia y Alicante y se mantuvieron así los antiguos límites del Reino de Valencia, a excepción del condado de Villena y Requena-Utiel.

En el transcurso del siglo XIX se ampliaron de manera descomunal las zonas habilitadas para la explotación agrícola. Los principales cultivos explotados durante este período histórico fueron las naranjas, el arroz, la viña y el almendro.

Tenemos que hacer referencia, dado el papel relevante de la ciudad de Valencia, a ciertos hechos.

El reinado de Amadeo de Saboya (1870-1873) fue fiel a la Constitución y gobernó en base a ella durante cuatro años, en los cuales predominaron los conflictos políticos, protagonizados por los partidarios de la restauración, los carlistas, los republicanos, federalistas y los movimientos obreros. Tras un largo período de hostilidad, la Guerra de Cuba y el comienzo de una nueva Guerra Carlista en 1872, se produjo la abdicación del Rey en 1873 y la proclamación de la Primera República (11 de febrero de 1873 a 29 de diciembre de 1874) (398),

En este contexto se desató la insurrección cantonalista en Valencia. El Cantón de Valencia fue proclamado el 19 de julio de 1873 (su teoría política era el federalismo “pactista” de Francisco Pi y Margall) y aunque no tuvo carácter revolucionario, sí logró alcanzar diferentes zonas de España (3). No obstante, el gobierno de Madrid, cuyo pretexto era poner fin a dicha rebelión con las armas, envió diversas tropas encomendadas por el general y capitán de la misión Martínez Campos, quien sometió a la ciudad a un intenso bombardeo (399).

Tras dicho período de batalla, Martínez Campos decidió buscar apoyos para promover la Restauración Borbónica. Así, tras el pronunciamiento de Sagunto y la ocupación de Valencia este dio un golpe de Estado, derrocando con él al gobierno republicano. De modo que, tras ello, Alfonso XII llegó a Valencia camino de Madrid el 11 de enero de 1875 para, tiempo más tarde, ser proclamado rey.



Es por eso que Valencia se considera la cuna de la Restauración Borbónica. Debido a los acontecimientos que tuvieron lugar y a los destacados miembros de la sociedad que ayudaran a que se produjeran los hechos y a construir la base política del sistema, un sistema que bien estaría protagonizado por el bipartidismo entre liberales y conservadores, que fue posible gracias a prácticas como el clientelismo y el caciquismo.

### *La Comunidad Valenciana en el siglo XX*

A comienzos del siglo XX la emigración fue escasa en la Comunidad Valenciana en comparación con el resto de España. Durante la Segunda República tuvo lugar la redacción de diferentes propuestas para la creación de un Estatuto de Autonomía. No obstante, ninguna de ellas llegó a consolidarse.

Asimismo, el 20 de julio de 1936 se formó el Comité Ejecutivo Popular de Valencia, en el mismo contexto de la Revolución Española de 1934. Este comité era sencillamente una forma de gobierno de carácter regional constituido por las fuerzas del Frente Popular y también de los sindicatos CNT y UGT. Así, el 23 de julio del mismo año, desde la capital de España se decretó su disolución sin éxito. Es más, Madrid no pudo ni siquiera impedir que el 31 del mismo mes este comité fuera legalizado y regulado por la propia República (400).

La formación de colectividades (instituciones económico-sociales inspiradas en principios anarcosindicalistas) fue un hecho que acompañó a los revolucionarios durante la Guerra Civil en ciertos puntos geográficos de nuestro país, entre ellos la Comunidad de Valencia. En el contexto agrícolor se expropió gran parte de la superficie de cultivo. Se constituyeron así 353 colectividades, de las cuales 264 estuvieron dirigidas por la CNT y casi 70 de las mismas por la UGT. Entre ambas instituciones dirigieron un total de 20 colectividades.

Dentro del cultivo, uno de los principales logros fue el desarrollo del Consejo Levantino Unificado de Exportación de Agrarios (CLUEA). Se trataba de un organismo dedicado a gestionar las exportaciones de la naranja a otros países europeos. Entonces la naranja era la principal fuente de divisas en Valencia. Y es que, aunque en sus orígenes se trataba de un consejo con tinte independiente el 2 de noviembre se subordinó al Gobierno central a través de un sustancial cambio en su programa (398,399).

### Valencia durante la Guerra Civil y posterior

Durante el período beligerante de la Guerra Civil Española (1936-1939) la ciudad de Valencia se convirtió en sede del gobierno republicano. Por entonces, Valencia no solo fue capital de la República, fue también capital “universal” de los intelectuales en aquellos momentos. Para reafirmar esto último nos basamos en la Alianza de Intelectuales Antifascistas para la Defensa de la Cultura, una organización civil que en un principio estuvo ubicada en Madrid primero y que más tarde llegó a Valencia, siendo creada el 30 de julio de 1936, nada más iniciarse la Guerra Civil española.



Figura 94. Publicidad de dentista de la época (396).

Las actividades fueron diversas y, a nivel internacional, la que mayor impacto causó fue el II Congreso Internacional de Escritores para la Defensa de la Cultura que tuvo su sede central en Valencia, donde celebró reuniones también en Madrid (en una ciudad casi sitiada) y Barcelona, entre el 4 y el 11 de julio de 1937. En él participaron escritores como Pablo Neruda, Nicolás Guillén, Ernest Hemingway, César Vallejo, Raúl González Tuñón, Octavio Paz, André Malraux o Louis Aragon (398,399).



Cabe recordar, que el entonces Gobierno de España, situado en Madrid, decidió trasladar, de manera oficial (algunos lo llaman huida), la capitalidad a Valencia ante el avance de las tropas del Bando Nacional a Madrid. Esto ocurrió el día 6 de noviembre, cuando llegaron a Valencia el día 7. Dos días después de la huida, el día 8, comenzó la batalla en Madrid.

Tras la llegada del Gobierno que se traslada de Madrid, Valencia se despertó el 8 de noviembre convertida, de facto, en capital de la República, celebrándose ya el primer consejo de ministros en el Palacio de Benicarló. La ciudad se convirtió en la sede del Gobierno legítimo de la Segunda República y de sus Cortes. La estancia del Gobierno legítimo se prolongó hasta finales de octubre de 1937, cuando se decidió volver a cambiar el emplazamiento, ahora hacia Barcelona. El paso por Valencia de la capitalidad de la República marcó decisivamente la vida de la ciudad a lo largo de todo aquel año.

Cabe decir que, según la Constitución de la Segunda República Española, la capital de la República siempre ha sido Madrid, y que, a pesar del traslado y la pronta decisión, la Constitución jamás recogió que Valencia fuera “capital” de la República (*sin embargo, hay que recalcar que la decisión fue adoptada de manera oficial por el entonces Presidente y representantes del gobierno, pero en silencio, y que, por lo tanto, podemos decir que Valencia fue “capital” tras dicha decisión y los plenos aquí celebrados*).

El entonces gobierno de Largo Caballero dejó la defensa de Madrid a cargo del general Miaja, quien formó la llamada Junta de Defensa de Madrid. A la llegada del Gobierno a Valencia, consigo no solo trajeron la capitalidad, sino que con ella también vino, llamémosle así, un “boom” cultural y social.

Dentro de este sector industrial destacó el campo textil y del calzado que se orientó en gran parte a suministrar material militar al ejército republicano. (398,399).

### Posguerra en la Comunidad valenciana

Aunque la guerra supuso para muchas empresas la pérdida de relación con sus zonas de suministro, en el caso de la Comunidad de Valencia las perturbaciones posbélicas no tuvieron sin embargo consecuencias excesivamente dramáticas para su economía.



En el ámbito agrario en Valencia las colectivizaciones ocuparon pocas tierras y durarían un tiempo mucho menor en comparación con otras zonas republicanas de nuestro país (como por ejemplo Badajoz, Aragón y Castilla-La Mancha). Por otro lado, con respecto al sector industrial, muchas de las fábricas valencianas consiguieron mantener su indemnidad (a pesar de estar controladas por comités obreros) e incluso mejoraron sus instalaciones y su capacidad productiva muy poco tiempo después de la paralización en tiempos de guerra (401).

Cuando se produjo la victoria franquista, también en el mes de abril, pero un año después (1939), Valencia y Alicante fueron algunos de los últimos reductos de la República. De 1939 a 1958 se produjo un paréntesis autárquico en el que sociedad y la economía valenciana comenzaron a dinamizarse.

Sin embargo, la reanimación de la economía no tuvo lugar hasta 1960. En ese momento y, coincidiendo con una etapa de auge económico mundial, tuvo lugar el desarrollo de un importante movimiento industrial y agrícola, acompañado de un gran aumento demográfico inmigratorio que tuvo una fuerte repercusión sobre el territorio.

Así fue cómo surgió el turismo, un nuevo sector económico que prácticamente sustituía a la agricultura como fuente principal de ingresos. Por su parte, la industria, se desarrolló de una forma estimable a través de las pequeñas y medianas empresas. Esto produjo un favorable crecimiento económico a favor de un excelente avance demográfico. (398,399).

### *La transición y democracia en la Comunidad Valenciana*

La etapa de la Transición Democrática convirtió a las provincias de Valencia, Castellón y Alicante en enclaves socialistas hasta los 90. La aprobación de la Constitución Española en 1978, así como el Estado de las Autonomías, dio lugar a un punto clave en la historia de la Comunidad Valenciana, y fue la aprobación también de su propio Estatuto de Autonomía, que tuvo lugar en 1982. Este se caracterizó por un gobierno regional, que se llamó el Gobierno de la Generalitat, el cual tenía el deber de asegurar una administración propia en Sanidad y Educación, entre otros servicios públicos (402).

### *¿Qué pasó entre 1981 y 2005?*

Si el Estatuto de Autonomía de 1982 se llevó a cabo gracias al artículo 143 de la Constitución Española de 1978, que determinaba que los entes territoriales tenían y, de hecho, tienen, derecho a la autonomía, fue en 1987 cuando se aprobó una ley que asemejaba en





materia de competencias a las nacionales históricas. Esta fue la Ley Orgánica de Transferencia de Competencias de Titularidad Estatal de la Comunidad Valenciana, conocida por su abreviatura LOTRAVA.

Más tarde, el Estatuto de Autonomía de Valencia fue sometido a diferentes reformas. La primera de ellas tuvo lugar en 1992 y tenía la finalidad de incluir todas las competencias adquiridas por la LOTRAVA. La segunda de las mismas se instauró en el año 2006 y fue, por cierto, de mucho mayor calado. Esta reforma incluía nuevas competencias, una de las cuales fue la declaración de la Comunidad Valenciana como nacionalidad histórica en el primer artículo. (398,399).

### 4.18.3 CONTEXTO SANITARIO

En la ciudad de Valencia, las primeras instituciones creadas al amparo de su administración local fueron las casas de socorro que, a imagen y semejanza de las ya existentes en otras ciudades españolas, surgieron con la idea inicial de paliar la situación de abandono en la que se encontraba el sistema de asistencia benéfico sanitaria. Más tarde, la línea de actuación de estos centros se fue decantando más hacia las tareas propias de los centros al servicio de la higiene pública, que hacia las de carácter propiamente asistencial. En Valencia, la idea de crear una institución municipal para dar solución a los problemas relacionados con la higiene pública, también fue adquiriendo creciente intensidad a lo largo del último tercio del siglo XIX, hasta que finalmente en 1882 se creó el Cuerpo Municipal de Higiene y Salubridad, que debería hacerse cargo del servicio prestado por las casas de socorro, cuidados urgentes en el domicilio de los pobres hasta su traslado al hospital, reconocimientos periciales, servicios extraordinarios durante épocas excepcionales, estudio de las epidemias, inspección sanitaria de edificios públicos y privados, vacunación y revacunación y estadísticas demográfico -sanitarias. Esta iniciativa se materializó definitivamente en el Reglamento general de Higiene y Salubridad Municipal de 1882.

En 1894 se creó un nuevo servicio municipal: el Laboratorio Bacteriológico, que comenzó a funcionar de manera independiente respecto del laboratorio químico y como una sección más del cuerpo municipal de sanidad. La creación del laboratorio bacteriológico, de manera similar a los que ya existían en otras ciudades como Madrid, Barcelona y Sevilla, concedería a la ciudad de Valencia plena autonomía para la fabricación de vacunas- recordemos que en el caso de la rabia dependía de otros laboratorios- y para el análisis del



aire, agua y alimentos como causas de enfermedad, le permitiría evaluar la eficacia de los desinfectantes como herramienta de lucha frente a las distintas enfermedades infectocontagiosas. De este modo, la creación oficial del laboratorio bacteriológico tuvo lugar en 1894, como una sección más del Cuerpo Municipal de Sanidad.

Las funciones del nuevo servicio, así como las obligaciones y derechos de su director, quedaron recogidas en el Reglamento del Cuerpo Municipal de Sanidad de 1894. El nuevo servicio centró su atención en la realización de los estudios microbiológicos de las aguas, alimentos y fluidos orgánicos, así como en el estudio práctico y experimental de los diversos tipos de desinfectantes.

El cambio de siglo se acompañó de una intensa actividad reformista a nivel del Estado español en el terreno sanitario, que quedó plasmada en la Instrucción General de Sanidad de 1904.

Al amparo de la Real Orden de 11 de octubre de 1909, que obligaba a que los municipios organizaran bajo su dependencia institutos de higiene, a lo largo de 1910 se intentó organizar en Valencia una nueva institución que respondiese a los planteamientos que mandaba la legislación estatal. La propuesta que se planteó consistió en crear un Instituto Municipal de Higiene, agrupando otros servicios municipales ya existentes, tales como el laboratorio químico, el bacteriológico y la sección de veterinaria.

El Instituto Municipal de Higiene se creó en Valencia en el año 1916, bajo la tutela de la Diputación Provincial y con la finalidad de auxiliar en la medida de lo posible al Hospital General. Durante una primera etapa su función se basó en funciones de laboratorios bajo la dirección de los **Dr. Juan Torres Balbí** y **Juan Peset Alexandre**. (403).

La nueva norma concedió un amplio espacio a la higiene municipal, estableciendo en su ámbito de competencias la limpieza de vías públicas, el suministro de aguas y la vigilancia de su pureza, la evacuación de aguas y residuos, el saneamiento de las viviendas, la higiene de los cementerios, mataderos, escuelas, estudio de las enfermedades transmisibles, la obtención y aplicación de sueros y vacunas, los análisis bacteriológicos, la inspección química y veterinaria, la práctica de la desinfección y la enseñanza práctica de la bacteriología y química aplicadas a la higiene de industrias, mercados y casas de huéspedes, así como la asistencia



domiciliaria de enfermos, infancia y embarazadas pobres y la vigilancia higiénica de los establecimientos benéficos. También cabe destacar la actividad docente planteada en el Reglamento y que se destinaba al centro de referencia para la enseñanza de la higiene.

La mortalidad entre 1905 y 1920 en la ciudad de Valencia, situaba a la tuberculosis como causa más frecuente de mortalidad en el grupo de enfermedades epidémicas, seguida de la viruela y la gripe, que presentó un pico importante en 1918 y 1919 como consecuencia de la epidemia que asoló la ciudad. Como vemos, la intensa actividad de desinfección constituyó una de las estrategias para combatir las enfermedades infecto-contagiosas, probablemente con muy poco éxito. Si bien la vacunación antivariólica resultó el elemento clave para combatir esta enfermedad, la lucha contra la tuberculosis presentaba mayor complejidad, ya que para combatirla las medidas debían ir más allá del terreno de la medicina, haciendo necesarias otras medidas de índole económica y social.

En Valencia comenzó a gestarse a partir de 1909 la idea de una institución que agrupara los diversos servicios municipales dedicados a poner en práctica las medidas de higiene pública. El instituto asumió las funciones de estudiar las enfermedades transmisibles, obtener y aplicar los sueros y vacunas, realizar los análisis químicos y bacteriológicos, la inspección química y veterinaria, la práctica de la desinfección y la enseñanza práctica de la bacteriología y química aplicadas a la higiene. La situación se mantuvo de esta forma hasta 1914, año en que la corporación municipal aprobó un dictamen que dejaba sin efecto la creación, reglamento y plantilla del instituto municipal de higiene, volviendo los dos laboratorios a quedar organizados como establecía el reglamento anterior.

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



Amparado en el reglamento publicado por el Estado, Valencia contó con su propio Reglamento de Higiene a partir de 1926, elaborado desde la Inspección Provincial de Sanidad, en el que quedaban recogidas las responsabilidades de los municipios de la provincia en materia sanitaria viviendas para obreros, fondas, escuelas, templos, etc. La nueva norma incluía en el rango de autoridades sanitarias a los inspectores municipales de sanidad, subdelegados de sanidad, jefe del Laboratorio Municipal de Higiene y al director del Instituto Provincial de Higiene, al tiempo que dejaba constituido el Cuerpo de Inspectores Municipales de Sanidad.

La llegada de la Segunda República aportó sucesivos intentos de racionalización en lo relativo a la coordinación de los recursos higiénico-sanitarios y asistenciales, que culminaron con la Ley de Bases de Coordinación Sanitaria de 1934. Mediante ella quedaron establecidas las normas de colaboración entre los tres niveles de la administración, central, provincial y municipal.

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

- Beneficencia: incluía todos los servicios relacionados con la asistencia benéfico-sanitaria, asistencia domiciliaria de los pobres, la asistencia gratuita a los heridos y accidentados en las casas de socorro, embarazadas, recién nacidos y lactantes.
- Instituto Municipal de Higiene: legislación, informes técnicos, análisis de laboratorio, obtención de sueros y vacunas, desinfección.
- Higiene social: encargada de organizar la lucha frente a las principales enfermedades sociales en el ámbito municipal, divulgar los conocimientos sanitarios entre la población.
- El Instituto Provincial de Higiene contó a partir de 1927 con la publicación de un boletín de carácter mensual, como órgano de difusión oficial de sus actividades. Su primer número se publicó en junio de 1927, con la denominación de Boletín Sanitario de la Provincia de Valencia.



Como publicación oficial se centró en dar publicidad a las reglamentaciones establecidas por el gobierno y, por otro lado, en dar a conocer la situación con respecto a determinadas enfermedades de interés por su impacto social.

Cabe destacar el papel activo que desempeñó el Instituto en la lucha contra la epidemia de gripe que durante 1918 y 1919 asoló la provincia de Valencia, y que causó una importante crisis en todos los órdenes en el seno de la sociedad valenciana. Los trabajos de laboratorio a partir de sangre, esputos y órganos aislados en autopsias de enfermos, les llevaron a identificar de manera constante un germen que resultó pertenecer al grupo de los neumococos, y a partir de cuyo aislamiento prepararon una vacuna (403).

### Período de 1921-1931

El año 1921 constituyó el comienzo de una etapa de desarrollo del Instituto Provincial de Higiene, marcada por tres acontecimientos principalmente:

- Un primer hecho: la muerte de uno de sus fundadores, Juan Torres Balbí, que determinó que la dirección pasara a manos exclusivamente de Juan Peset Alexandre.
- El segundo hecho a destacar fue la creación de un nuevo servicio de carácter provincial: la Brigada Sanitaria Provincial de Valencia, cuya función era asegurar el servicio higiénico-sanitario en todos los pueblos de la provincia.
- El tercer acontecimiento fue la unión en 1925 de ambos servicios (la Brigada Sanitaria y el Instituto Provincial de Higiene) en un órgano sanitario único, dependiente exclusivamente de la Diputación, tal y como ordenaba el Reglamento de Sanidad Provincial de 20 de octubre de 1925.

### La actividad en el período republicano (1931-1936)

Este período comenzó con la publicación del Decreto de 31 de julio de 1931, por el cual el Instituto Provincial de Higiene se desvinculaba de la Diputación Provincial. Esto supuso una mayor autonomía de la institución. A esta autonomía se sumó la gran responsabilidad delegada por el nuevo gobierno republicano a los profesionales, para llevar a cabo el programa de reconstrucción sanitaria que se planteaba como prioridad política el nuevo gobierno y que supondría grandes cambios dentro del sector de la atención sanitaria: se mejoró la salud



materno-infantil, se abordaron las enfermedades evitables desde su profilaxis, se centraron en la atención de las enfermedades sociales y fomentaron la educación sanitaria de la población.

Se llevaron a cabo también grandes avances en la sección de epidemiología y estadística. La labor de vigilancia epidemiológica de las enfermedades infecto-contagiosas y la elaboración de una estadística demográfico-sanitaria que aportaba indicadores de natalidad y mortalidad. Constituían trabajos muy importantes y fructuosos que orientaban a los profesionales sobre los planes de actuación sanitaria en los que deberían centrarse para favorecer la natalidad y luchar contra la mortalidad infantil (por ejemplo, el primer objetivo lo centraron en intensificar en toda la provincia las actuaciones de higiene maternal y prenatal; y el segundo, mejorando en la medida de lo posible la higiene infantil) (403).

### *Actividad sanitaria en la Comunidad de Valencia durante la Guerra Civil (1936-1939)*

Tras el fracaso de la sublevación militar del 18 de julio de 1936, el Gobierno de la República de la Comunidad de Valencia se vería desbordado y “obligado” a dejar la actividad sanitaria en manos de los sindicatos. Esta actividad sanitaria consistió en la creación del Comité Sanitario Popular, un organismo revolucionario que se encargó de coordinar la respuesta sanitaria de los diferentes hospitales de sangre que se fundaron por toda la ciudad y provincia de Valencia. Los hospitales de sangre eran centros sanitarios que surgieron para acoger a los heridos y enfermos procedentes de los frentes de guerra.

Estas instalaciones u hospitales fueron evolucionando de distinta manera mientras que transcurría el período de guerra: algunos desaparecieron, otros fueron militarizados (según la Orden del Ministerio de Guerra del 23 de enero de 1937) y otros fueron convertidos a la larga en centros sanitarios orientados a otras actividades sanitarias (403).

### *Salud pública en la Comunidad Valenciana durante el franquismo*

El gobierno de Francisco Franco duró casi cuarenta años por lo que dentro de la salud pública se diferenciaron varias etapas y múltiples acontecimientos.

Los historiadores del franquismo han identificado la autarquía como la principal causa del estancamiento económico en los primeros años de la larga posguerra española, cuyo



efecto colateral más devastador fue el hambre. Este déficit nutricional y, como consecuencia, el pésimo sistema inmunitario de la población, se relacionan íntimamente con la aparición de enfermedades infecciosas. Por lo tanto fue el hambre, unida a los grandes movimientos de población propios de la contienda bélica y la falta de higiene, lo que más favoreció la irrupción de la epidemia de tifus exantemático en 1941.

El crecimiento demográfico que experimentó la ciudad de Valencia a lo largo de la contienda continuó durante la posguerra, convirtiéndose en 1939 y 1940 en la tercera ciudad española en volumen de inmigración. Un crecimiento poblacional que se produjo en un corto período de tiempo y que no se correspondió con un incremento de los equipamientos urbanos.

Durante el bienio 1941-1942 se construyeron poco más de 296 viviendas sociales en toda la ciudad, muchas de las cuales fueron construidas con materiales de baja calidad. Estos datos justifican la aparición de condiciones de vida de pura supervivencia, donde el subarriendo y el hacinamiento estaban a la orden del día.

Oficialmente, la epidemia de 1941 afectó a un total de 284 vecinos de la ciudad de Valencia, de los cuales 35 murieron. Las tres ciudades más afectadas por la enfermedad fueron: Málaga (1.839), Madrid (1.396) y Sevilla (945). La tasa de letalidad en la ciudad de Valencia fue del 12,3%, ligeramente inferior al 14,3% para el conjunto de España. La respuesta institucional a la epidemia, fue liderada por el Ayuntamiento de Valencia en colaboración con la Diputación Provincial. En Valencia las medidas municipales de lucha contra el tifus exantemático se articularon alrededor de tres ejes:

- La creación de una autoridad sanitaria para el control del espacio público y privado.
- La exclusión de los sectores de población más desfavorecidos.
- El aislamiento y tratamiento de los afectados.

Por lo que respecta a la creación de una autoridad sanitaria, el 13 de mayo de 1940, el Ayuntamiento aprobó el reglamento del Cuerpo de Policía Sanitaria Municipal, cuyo objetivo era la inspección del espacio público y privado.

El calor del verano disminuyó notablemente el número de afectados en la ciudad, se observaron varios despuntes de nuevos focos pero muy controlados y con un número



pequeño de casos hasta que finalmente en 1943 se daría por superada la epidemia.

Los estragos de tres años de Guerra Civil y la secuela de la pobreza durante la posguerra pusieron a la sociedad española al iniciarse los años cuarenta ante una situación social y sanitaria muy deteriorada y que se mantuvo durante el primer quinquenio, después del cual comenzó a mejorar paulatinamente.

Además del hambre, se produjo la reemergencia del paludismo, la viruela, la difteria, el tifus exantemático, el incremento de la mortalidad infantil, la tuberculosis o la fiebre tifoidea en relación con el deterioro de las condiciones de vida, que afectó especialmente a las clases trabajadoras y que se manifestó por carencias alimenticias. La curva de mortalidad recuperó su tendencia decreciente a partir de 1945 y la mortalidad cardiovascular comenzó a ser superior a la infecciosa. La mortalidad infantil también recuperó la tendencia a la disminución a partir de 1945, principalmente por la disminución de las enfermedades infecciosas. Quedaba por resolver el número de defunciones ocasionadas en los primeros días de vida y en los prematuros.

Para esto España en los años cincuenta formalizó un convenio con UNICEF para la instalación de centros especiales de asistencia a prematuros, considerando como tales no solamente a los nacidos antes de tiempo, sino a los nacidos en condiciones inferiores a los normales por su talla y peso. A finales de la década ya estaban funcionando los centros de prematuros de Bilbao, Madrid, Barcelona y Valencia.

En la década de los 60 sobrevino el problema de la poliomielitis. Las primeras campañas de vacunación antipoliomielítica oral, que comenzaron en 1963-1964, tuvieron una cobertura superior al 95% de los niños. Como consecuencia inmediata, los casos de poliomielitis descendieron de una media de 2.000 casos anuales a 193 casos. A partir de entonces la Dirección General de Sanidad ofrecía dos campañas anuales de vacunación, una en primavera y otra en otoño, voluntaria y totalmente gratuita. En 1965 se incorpora la vacunación de difteria, tétanos y tos ferina (DTP).

En la década de los 70: en 1975 se implanta un calendario de vacunación infantil con la finalidad de que las vacunaciones se realicen de forma continuada y de mejorar las coberturas (404).



El establecimiento de estas campañas tiene una gran influencia en la disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad específica por estas enfermedades. (403).

## ***Odontología en Valencia***

La oferta de estudios de Odontología en nuestro país era muy escasa hasta los años 70, limitándose a la Universidad Complutense de Madrid. Fue a finales de los años 70 del siglo XX cuando se iniciaría la docencia de Estomatología en la Universidad de Valencia. Concretamente en el año 1978, se iniciaría la Escuela de Estomatología en la ciudad de Valencia. Consistía en una clínica universitaria de dimensiones reducidas en la que se formaban solo 30 especialistas por curso. La implantación de la odontología, desde 1986, conllevó a la creación de una nueva clínica odontológica en la Universidad de Valencia, en la que se dotó de los equipamientos y espacios necesarios para la formación de 80 alumnos por curso, donde se fueron añadiendo con el tiempo y la experiencia títulos propios de postgrado y especialización profesional.



**Figura 95. Dr Chornet (399).**

Durante el primer tercio del siglo XX, la profesión dental en España fue un terreno en disputa por varios colectivos sanitarios (cirujanos-dentistas y protésicos, entre otros) aunque la más evidente era la existente entre odontólogos y médicos estomatólogos. Esta situación se hizo patente, en el caso de Valencia, en el marco del intento de creación de una escuela de odontología durante los primeros años de la II República. A pesar de contar con el apoyo de la Facultad de Medicina y del Gobierno local, este proyecto no llegaría a realizarse debido principalmente a los intereses de los odontólogos valencianos ejercientes por un lado y a la Escuela de Odontología de Madrid o Central por otro. Por lo tanto hasta entonces la institucionalización de la odontología en Valencia se limitó a la docencia de una asignatura aislada en el seno de la Facultad de Medicina. La oposición al proyecto se fundamentó en



buena medida en la campaña de desprestigio contra su principal impulsor, Rafael Vilar Fiol (1885-1971), un médico y odontólogo valenciano que poseía una notable formación académica y una sorprendente proyección internacional. Para esta campaña de intento de desprestigio se apoyaron en su condición de exiliado tras la Guerra Civil.

En 1930 se crearon en España los Colegios de Odontología, que se articularon en 13 regiones, lo que supuso la colegiación obligatoria para el ejercicio profesional. La tercera de esas regiones era la de Valencia, que comprendía además las provincias de Alicante, Castellón, Murcia y Albacete. Más allá del debate odontología/estomatología, el gran problema que afectó a la práctica profesional fue el intrusismo.

En la ciudad de Valencia, tras la reconversión de la Sociedad Odontológica Valenciana en el Colegio Oficial Odontológico Regional de Valencia, un análisis de la filiación profesional de los odontólogos ofrecía la siguiente distribución: el título predominante en Valencia era el de licenciado en Medicina (debido lógicamente a la existencia de una facultad de medicina en la ciudad), en segundo lugar, aparecen los odontólogos, que probablemente habían conseguido el título en la Escuela de Madrid. Por último, se constata que nueve cirujanos-dentistas ejercían la profesión amparándose en una titulación de 1875 y cuatro más solo poseían el título de practicante. La proclamación de la República supuso la llegada de un régimen de libertades que favoreció el debate y las propuestas de la denominada "clase sanitaria", que tuvo amplia repercusión en el desarrollo profesional de la odontología. En junio de 1932 se celebró en Madrid la "Asamblea Nacional de Clases Sanitarias", a la que concurrieron unos cinco mil sanitarios entre los que se encontraban los odontólogos. Estos odontólogos insistieron en la colegiación obligatoria como medida eficaz de lucha contra el intrusismo y propusieron la inclusión de esta irregularidad en el Código Penal. Finalmente, cabe añadir que el ejercicio de la odontología durante la República estuvo caracterizado, además del subempleo, por el paro. Como intento para solucionar esto se optó por la reducción del número tanto de bachilleres como del número de matriculaciones para acceder a una enseñanza superior.

En definitiva, a lo largo del el siglo XX, podemos concluir con que en España la odontología del primer tercio del siglo XX fue un campo difuso disputado por sacamuelas, practicantes, protésicos dentales, odontólogos y médicos. Valencia no fue una excepción y se convirtió en uno de los escenarios principales de la discusión entre odontólogos y médicos



estomatólogos, disputa que se evidenció en el intento de creación de una escuela de odontología. Este intento fue un proyecto impulsado por los estudiantes de medicina y respaldado por el claustro y las instituciones políticas valencianas. Sin embargo, fue finalmente anulado por dos motivos principales: por los intereses económicos y corporativistas de la Escuela de Odontología de Madrid, que contaba con el respaldo del Gobierno; y desde Valencia, por los intereses propios del colectivo odontológico. En el ámbito universitario valenciano antes de la Guerra Civil, la institucionalización de la odontología se limitó a la docencia de una asignatura aislada en el seno de la Facultad de Medicina, quedando con ello toda la profesión dental en una posición subalterna respecto a la Escuela de Madrid. Esta débil consolidación obedeció a dos causas principales: en primer lugar, a la imprecisa delimitación de una profesión emergente interesada en atender la patología buco-dentaria, que constituía un terreno laboral en disputa; y, quizá más importante aún, a la falta de materialización del proyecto de la Escuela de Odontología de Valencia.

Con la llegada de Franco al gobierno nace el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Se lleva a cabo una estructuración de los centros asistenciales, ampliándose en número y con ello surgen ciertas prestaciones públicas en el campo de la Odontología en nuestro país, que en un principio se basaban, casi exclusivamente, en extracciones. Con la llegada de los Estatutos de Autonomía, estas prestaciones y servicios odontológicos se fueron desarrollando y ampliando con los años a través de los Programas de Salud Bucodental (157, 158).

El Programa de salud bucodental en la Comunidad Valenciana se desarrolla desde el año 1986. Los principios básicos aparecieron regulados normativamente en el Decreto 147/1986:

*“En la Comunidad Valenciana la atención a la salud en la infancia está basada en el principio de atención integral, generalizando los procedimientos de promoción de la salud y de prevención de riesgos y enfermedades junto con la atención terapéutica y rehabilitadora en los casos necesarios. También se introduce el concepto de riesgo, estableciéndose unos cuidados generales y unos criterios de selección de la población infantil con factores que impliquen riesgo para su salud y que precisan por ello una atención específica. Además, establece la atención primaria como el marco de desarrollo de estas actuaciones buscando la cercanía y la igualdad de acceso de los niños/as a esta atención, sin perjuicio de la necesaria continuidad asistencial con la atención especializada en los casos que lo requieran. En la población escolar, se establece el desarrollo de actuaciones de educación para la salud y de intervenciones*



*preventivas en el medio escolar, a través de la colaboración entre los ámbitos sanitario y educativo". (407,408, 180, 183, 184).*

El Ministerio de Sanidad y Política Social de nuestro país reconoce que, las Comunidades que han desarrollado programas específicos orientados a mejorar la salud bucodental infantil de los escolares, han conseguido reducir considerablemente el número de enfermedades bucales. Se llevó a cabo un estudio epidemiológico, desde que se inició en el año 1985 el Programa de Salud Bucodental Infantil en la Comunidad Valenciana hasta el año 2010. El análisis de los resultados muestra que, en dicho periodo de tiempo, ha disminuido la prevalencia de caries tanto en dentición temporal como en dentición permanente. Así, a los 6 años de edad, el porcentaje de niños/as con caries en dentición temporal disminuyó del 52,1% en 1986 (**Zurriaga e Ibáñez, 1987**). Es evidente por tanto, tras el análisis de los datos, que el objetivo principal de este programa que es mejorar la salud bucodental de los niños de 0 a 14 años ha sido conseguido en gran medida y que los pasos adoptados van bien orientados en la finalidad de disminuir las principales causas de afección oral en la población, la caries y la enfermedad periodontal.

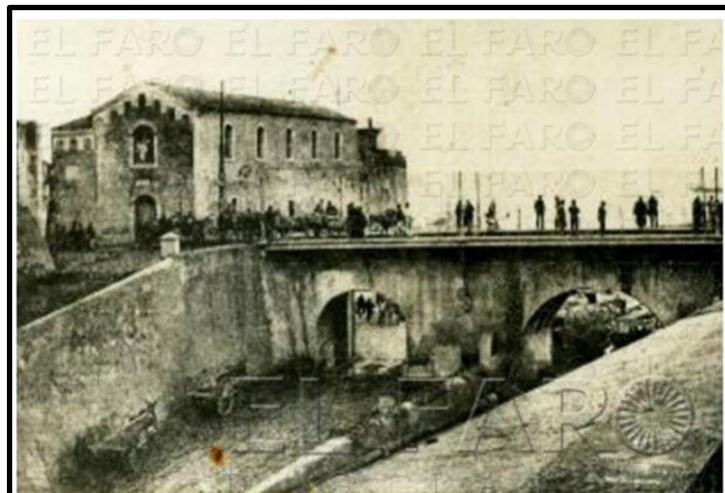
## 4.19 CEUTA



### 4.19.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Ceuta cuenta con 85 144 habitantes al 1 de enero de 2018 (último censo). Concentrados en una superficie de 18,5 km<sup>2</sup> en la que conviven ciudadanos de cultura cristiana y musulmanes. La población española incluye a las de origen musulmán, hindú, y judío: (409).

- La llegada de la población hindú a Ceuta tuvo lugar en 1910, ligada al comercio de la zona franca al igual que ocurre en Canarias, Melilla o Gibraltar.
- Las comunidades judías que ocupan el norte de África proceden de la expulsión que sufrieron de España en 1492.
- Del norte de Marruecos proviene la población magrebí o musulmana de Ceuta (dada la cercanía y estrecha relación de esta ciudad con Marruecos).
- Ceuta es una ciudad autónoma española, situada en la península Tingitana, en la orilla africana del estrecho de Gibraltar. Está bañada por las aguas del mar Mediterráneo. Al oeste y suroeste limita con Marruecos. Las zonas urbanizadas se sitúan en el istmo y en parte del Campo Exterior. El centro urbano y los barrios más antiguos se localizan cerca del puerto y en una pequeña península conocida como Almina.



**Figura 96. Ciudad de Ceuta (410).**

Ceuta, ha sido considerada desde hace mucho tiempo como una ciudad en la que una parte significativa de su población, se establecía por un periodo relativamente corto de residencia, dada la alta presencia de funcionarios tanto del Ministerio de Defensa, como del resto de la Administración del Estado.

Con la llegada del Estatuto de Autonomía y la desaparición del servicio militar obligatorio, se estabilizó en gran medida la residencia y, con ello, el saldo migratorio de la ciudad.

De todas maneras Ceuta ha variado muy poco su número de habitantes. A diferencia del resto de España no ha disminuido su población en las series históricas del padrón. En los últimos 35 años, con diferentes altibajos, la población de Ceuta ha aumentado en muy pocos el número de habitantes. Esto a pesar de tener la tasa bruta de natalidad más alta del Estado y una tasa bruta de mortalidad baja.



**Figura 97. Evolución demográfica de la población de Ceuta.(415).**

Al analizar sus datos demográficos, como hemos dicho anteriormente nos encontramos con la mayor tasa de natalidad del estado 18,60 en 2005, y de las menores tasas brutas de mortalidad, 6,96 en 2005, presentando el saldo vegetativo que ha pasado de 7,98 en 2004 a 11,64 en 2005, algo que parece incongruente al manejar las cifras de crecimiento de la población en series históricas. La explicación la podemos encontrar en el saldo migratorio, y en residentes ocasionales que residen mayor tiempo en el resto de España (409,411).

Migraciones exteriores / interiores 1996-2003 <small>Fuente: DIE</small>	Emigrantes	Inmigrantes	Saldo migratorio	Saldo por 1.000 habitantes
Ceuta	16.523	14.414	-2.109	-29,42
Saldo Migratorio sin residentes ocasionales 2004			-1.024	

	1996-2004	2005
Natalidad	9.069	1.328
Defunciones	4.435	497
Migraciones	-3.131	
Saldo migratorio	1.501	

Fuente: INE

**Tabla 15. Movimiento natural y vegetativo de la población en Ceuta en el siglo XX (415).**

Gentilicio: ceutí. Coloquialmente, a los ceutíes se les llama «caballas» nombre que se deriva del pescado llamado caballa o verdel.

El idioma oficial y común de todos los ceutíes es el español, usándose especialmente en la variedad andaluza, aunque también se utiliza ampliamente por cada comunidad el idioma originario de sus ancestros como símbolo de identidad cultural.

Contaba con tres recintos amurallados y con profundos fosos que hacían de la ciudad una verdadera isla, unida a tierra por sus dos puentes, uno al norte y otro al sur. El primer recinto estaba formado por las fortificaciones del Monte Hacho; el segundo, que se encontraba en la parte más espaciosa del istmo; y el tercero, situado hacia el oeste.

#### **4.19.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO**

Los primeros pactos autonómicos se acordaron en Julio de 1981 tras acuerdo y consenso del entonces presidente del Gobierno, Leopoldo Calvo-Sotelo, y el líder de la oposición, Felipe González .Según estos acuerdos se diferenciaban en España 17 autonomías, las cuales contaban con instituciones idénticas entre sí pero con competencias distintas. (409, 410, 411). En 1995 tendrían lugar los Segundos Pactos Autonómicos gracias a los cuales se crean las dos ciudades autonómicas de Ceuta y Melilla.



Ceuta dependía: en el campo civil y administrativo de Cádiz, en la vía judicial de Algeciras y con respecto a la Iglesia, Ceuta tenía un Administrador apostólico que dependía de la diócesis de Cádiz. Contaba con Cámara de Comercio, Casa de Misericordia, Hospital militar de primer orden, estación sanitaria marítima de segunda clase, Junta de Obras del Puerto, Aduana, Registro de la Propiedad, teatro y asociaciones de ocio y círculo militar (409).

En la primera década del siglo XX Ceuta, Melilla y Orán (cuando esta última fue posesión española) se caracterizaron por ser importantes plazas militares y a la vez presidios. Si bien, hay algo que diferencia a Ceuta de las otras dos ciudades, que mientras las otras dos no pasaron de tener una actividad de carácter casi exclusivamente militar y penitenciaria, la ciudad de Ceuta, no obstante, sí contó con un notable impulso demográfico, económico y comercial por aquellas fechas. En Ceuta se dieron circunstancias peculiares:

- Su cercanía a la Península le permite una intensa comunicación y una relación comercial muy fluidas entre ambas.
- Su cese como presidio durante el primer cuarto de siglo, permitió a la ciudad convertirse en zona industrial y comercial, en una ciudad moderna y europeizada, en conexión con el mundo occidental. El Presidio fue suprimido por necesidades de la política de expansión y los presos serían trasladados a los Castillos de San Fernando, Figueras y otros centros penitenciarios.
- La ciudad de Ceuta se convirtió en base de aprovisionamiento para la llegada de las Fuerzas españolas. Desde la celebración de la Conferencia de Algeciras en 1906 se le asignaría a España la parte norte de Marruecos para su protección, dando así comienzo al Protectorado Español en Marruecos. Esto último conllevó un mayor aumento de la población ceutí y una más amplia actividad en todos los aspectos. Ceuta, una ciudad con grandes problemas de infraestructuras, se vio desbordada debido al enorme flujo tanto de movimiento como de asentamiento de población.

Francia, Alemania y el Reino Unido se disputaban el control de la orilla sur del estrecho. Al final, tras varios incidentes, se adoptó una solución: Marruecos quedaría partido en dos, la parte sur para Francia y la norte para España: la zona española se constituyó un protectorado, pero Ceuta no formaba parte de él. La capital del mismo se fijó en la cercana Tetuán. Entendían que Ceuta, aunque físicamente estuviese en África, era una ciudad perteneciente a la provincia de Cádiz concretamente.





La presencia española como Protectorado en el norte de Marruecos duró los años comprendidos entre 1912-1956. La noción de protectorado suponía el mantenimiento de las formas de gobierno tradicionales de los marroquíes, pero supervisadas por instituciones políticas de las colonias españolas, que fueron creadas con el objetivo de desarrollar la labor de proteccionista y civilizadora. Los primeros quince años su acción sobre Marruecos más que proteccionista fue llevar a cabo la pacificación de la zona (411,412).

La rapidez con la que Francia reconoció la independencia de Marruecos puso a España en una situación difícil. El régimen franquista tuvo que conceder la independencia antes de lo que hubiera deseado y obligado por las circunstancias.

Todo parecía seguir un buen camino orientado a la pacificación del Protectorado, pero la expedición del general Silvestre hacia el interior del Rif hasta llegar a Annual se vio interrumpida por las tribus rifeñas, cuyo líder era de Abd el-Krim. Las líneas españolas fueron aniquiladas por estas fuerzas rifeñas, creándose la República independiente del Rif. El inicio de la labor civilizadora y protectora no comenzaría, por tanto, hasta la victoria obtenida en Alhucemas, en la que el ejército Español se impuso a la resistencia rifeña. La zona correspondiente al Protectorado era predominantemente rural y limitada en recursos a excepción de las minas de hierro, plomo, manganeso y antimonio. Esto desembocó en la creación de varias compañías para la explotación de minas entre las que destaca la compañía Minera Hispano-Africana. Como consecuencia de esta explotación minera y el desarrollo económico de la zona que esto favoreció, se llevaría a cabo la construcción del ferrocarril, también se crearon empresas eléctricas y empresas para la explotación agrícola, entre ellas la Sociedad Española de Colonización. Se incrementaron, para y por ello, las infraestructuras e instituciones sanitarias del territorio correspondiente al Protectorado. Se ampliaron el número de carreteras, ferrocarriles, puertos y aeropuertos. Todos estos acontecimientos fomentaron un importante desarrollo económico y un consecuente aumento de la población urbana. Nació un proletariado, cuya participación activa sería clave en la independencia posterior del país.

Había una actividad industrial constituida por fábricas de cervezas, licores y aguardientes, bebidas gaseosas, cerveza, hielo, cerámica, etc. El comercio era muy activo, se notaba cada día la tendencia a eliminar los productos extranjeros para sustituirlos por nacionales. La Península exportaba a Ceuta tejidos blancos de algodón, mantas de lana, aceite, arroz, legumbres, café, azúcar y jabón. Contaba con magníficas carreteras con el campo



Exterior y monte Negrón. En este campo se instaló una estación radiotelegráfica que comunicaba con la Península; Ceuta se convirtió en punto geoestratégico importante para extender la acción española a la gran mayoría del territorio marroquí, al cual primero tuvo que pacificar y después tutelar, y cuya acción no sólo fue exclusivamente militar, sino también social, cultural y de organización económica y administrativa del país vecino.

Estar fuera del protectorado no la libró de protagonizar uno de los grandes acontecimientos de la historia de España: la guerra civil. Durante el verano de 1936 el ejército sublevado necesitaba trasladar las tropas del ejército de África a la península y escogió los muelles ceutíes para llevarlo a cabo. Francisco Franco llegó a Ceuta el 19 de julio, dos días después del alzamiento, y desde allí organizó una operación aeronaval de gran calado que sería clave en el desarrollo de la guerra.

Concluida la contienda Ceuta continuó en buena medida a la cabeza del protectorado pero sin estar integrada en él. En 1956 Marruecos se independizó y desde entonces sus gobernantes reclaman la ciudad como parte del país, aunque nunca lo fue. Fue primero una ciudad portuguesa, posteriormente castellana con sus preceptivos fueros, más tarde un municipio gaditano hasta que en 1995 se constituyó como ciudad autónoma.

### **4.19.3 CONTEXTO SANITARO**

La necesidad que existía en la ciudad de Ceuta de mejorar y garantizar el bienestar de sus ciudadanos llevó, a raíz del traspaso de las funciones y servicios en materia de Sanidad a través del Real Decreto 32/99, a asumir la responsabilidad en dicha materia y a elaborar del primer Plan de Salud de la Ciudad Autónoma de Ceuta (412). Nace en 2006 y es el resultado de la participación y el consenso tanto de los profesionales sanitarios como de los agentes sociales. Ambos establecieron los objetivos de actuación que deben de realizarse, por parte del sistema sanitario y de las demás instituciones implicadas en la salud. (412, 413).

Dada la evolución de la población ceutí y tras analizar las patologías más relevantes que afectan a ésta, se han desarrollado los principales planes de actuación sobre estas enfermedades a través de la educación sanitaria y el establecimiento de hábitos de vida más saludables.

Se ha optado por un Plan de Salud que consiste en: primero identificar los problemas



de salud a través de los indicadores habituales de mortalidad, morbilidad, discapacidad... seguidamente, transformar estos problemas en objetivos y por último desarrollar unas medidas operativas con una orientación fundamentalmente práctica y multisectorial. Para ello, los diferentes Departamentos de la Administración, deben aumentar la cooperación entre sí, cada uno de ellos desde su responsabilidad, pero con un mismo objetivo, el mejorar la salud de la ciudad de Ceuta. Para su elaboración, enmarcada en el contexto de las transferencias en materia de Salud Pública efectuadas a la ciudad en febrero de 1999, se hizo mucho hincapié en la idiosincrasia de Ceuta; una ciudad de aproximadamente 18 km<sup>2</sup>, aislada por mar del resto de España y que comunica solamente con Marruecos por tierra a través de un istmo con Marruecos. Se trata de un territorio donde conviven cuatro culturas, lo que le proporciona un alto interés sociológico, puesto que las diferentes costumbres y distintos estilos de vida, pueden obligar a actuar desde distintos puntos de vista a la hora de ganar en salud (413).

Se pretende que el auténtico protagonista del desarrollo del Plan de Salud sea el ciudadano ceutí; se actuará sobre los aspectos de su salud más vulnerables de éste y todo ello se desarrollará desde un punto de vista multiprofesional y multisectorial. En este Plan de Salud elaborado para la ciudad de Ceuta se diferencian tres fases:

- 1. Diagnóstico de salud:** Se analizan los principales problemas de salud, ambientales y sociales de la ciudad.
- 2. Priorización de problemas:** Se identifican los problemas más relevantes y se priorizan según el análisis de las necesidades y teniendo en cuenta la limitación de los recursos tanto materiales como humanos. Por último se ordenan para la intervención.
- 3. Elaboración de objetivos y líneas de actuación:** Una vez priorizados estos problemas, se establecen unos objetivos y pautas de actuación, en cuya elaboración han intervenido la Consejería de Sanidad y Consumo y el INGESA, participando en algunos de ellos Sanidad Militar, el Ministerio de Educación y Ciencia, la Consejería de Educación, Cultura y Mujer y la Consejería de Medio Ambiente.

La mortalidad infantil es uno de los indicadores más útiles para valorar el estado de salud, y el avance socio sanitario de una comunidad. Analizando su evolución en la ciudad de Ceuta, concluimos que en los últimos años, la mortalidad infantil ceutí, así como la española, sigue una tendencia descendente, debido a la mejora en la atención tanto durante el embarazo, como en el momento del parto y puerperio, así como a la mejora de las condiciones



de vida, educativas y laborales. No obstante la mortalidad infantil de Ceuta, aunque tiende a descender, sigue siendo como siempre mayor, varios puntos, que los valores de la tasa nacional (412,413).

Las competencias en materia de sanidad en la Ciudad de Ceuta, se organizan entre las tres grandes Administraciones de aspecto sanitario presentes en la Ceuta: Central-Civil (INGESA y Área Funcional de Sanidad de Delegación del Gobierno, que incluye la Sanidad Exterior), Central-Militar (Ministerio de Defensa, Comandancia General) y Autonómica-Local (Consejería de Sanidad y Consumo, por la doble condición de Ayuntamiento y Asamblea Autónoma de la Ciudad de Ceuta) (413-415).

La atención sanitaria asistencial le corresponde aún al Servicio de Salud de la Administración Central del Estado, a través del denominado Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA).

La amplia población militar que aún en la actualidad está presente en la ciudad de Ceuta, dispone, por un lado de la asistencia sanitaria a nivel de Comandancia General y por otro, del Hospital Militar.

La Atención Primaria de Salud se lleva a cabo en Ceuta gracias a la existencia de las siguientes estructuras (414,415):

1. Centros de Salud:

3 Centros de Salud, uno por cada Zona Básica de Salud.

2. Atención a las Urgencias:

1 Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP).

3 Puntos de Atención Continuada (PAC), integrados en cada centro de salud.

1 servicio de emergencias 061, con una unidad móvil y un centro coordinador.

Unidades de apoyo:

2 unidades de salud bucodental.

1 unidad de salud mental.

1 unidad de fisioterapia.

2 unidades de profilaxis obstétrica

## *Odontología en Ceuta*

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, INGESA, es la entidad heredera del antiguo Instituto Nacional de Salud, INSALUD. INGESA surge como consecuencia de la creación de las comunidades autónomas y el proceso de descentralización de algunas de las competencias, que hasta ahora habían sido competencias del gobierno central. Este proceso culmina en el año 2002. (414)

La Unidad de Salud Bucodental (USB) tiene como prioridad el Programa de Prevención de la Caries Infantil y la Educación para la Salud en centros educativos. La dependencia funcional de los profesionales de estas Unidades de Apoyo es de las Direcciones Asistenciales de Atención Primaria. La caries constituye, en la actualidad, uno de los problemas de salud más frecuente en el ser humano. El número de caries en España ha descendido hasta un 30 por ciento en los últimos años, según el estudio epidemiológico nacional, realizado en el año 2000 por el Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos.

Estos datos indican que ha disminuido el número de caries en los niños, y ello es debido, según los especialistas, por el aumento de la oferta de atención dental y el nacimiento de programas de salud bucodental en distintas comunidades autónomas.

En Ceuta según el estudio realizado por el *Dr. Don Víctor Miguel Nieto García "ad lettere"*, publicado en la Revista Española de Salud Pública, nos muestra que nuestros escolares poseen unas cifras de caries dental más elevada que el promedio nacional. Los valores de los índices CAO (piezas cariadas, ausentes y obturadas en dentición definitivos) encontrados de caries en Ceuta, comparados con los nacionales, son claramente desfavorables.

Queda demostrado con esto, que la promoción de la salud bucodental a través de las campañas de información y prevención, es necesaria para disminuir la prevalencia de esta enfermedad.

	7 años	12 años		14 años	
	Cao	CAO	CAOM6	CAO	CAOM6
<b>Género</b>					
Niño	2.98	3.49	2.38	3.95	2.09
Niña	3.09	4.39	2.36	5	2.54
Valor de p	0.865	0.098	0.946	0.169	0.212
<b>Ocupación Paterna</b>					
Padres no activos	3.97	4.48	2.41	6.00	3.00
Manual	3.41	4.03	2.42	4.51	2.23
No Manual	1.41	3.50	2.30	3.92	2.16
Valor de p	0.003	0.408	0.913	0.197	0.279

Fuente: Salud Oral de los Escolares en Ceuta. Revista Española de Salud Pública.

**Tabla 16. Salud Oral de la población en Ceuta en el siglo XX (414).**

Cao: Dientes cariados, ausentes y obturados temporalmente.

CAO: Dientes cariados, ausentes y obturados definitivos.

CAOM6: Primeros molares, caries, ausentes y obturados.

Según los resultados obtenidos en este estudio, el riesgo es más elevado en niña 2.3 veces mayor que en niños y en escolares con bajo nivel socioeconómico (padres desempleados).

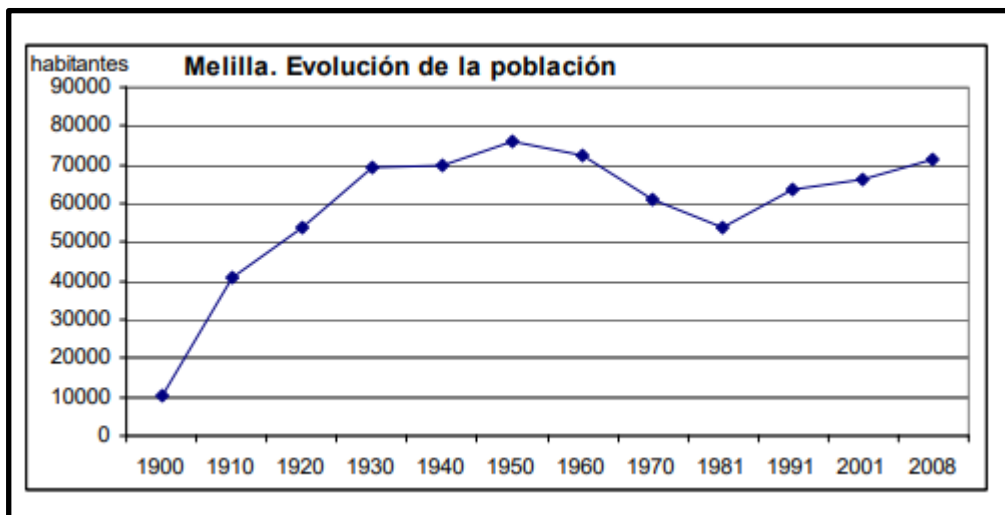
La promoción de la salud bucodental a través de las campañas de información y prevención, es necesaria para disminuir la prevalencia de esta enfermedad. Las posibilidades de prevención deberían tener un componente comunitario que neutralizara parcialmente las influencias del nivel socioeconómico y cultural. Según las conclusiones obtenidas en el estudio realizado por Víctor Manuel Nieto García (2001), "Salud Oral de los escolares de Ceuta. Influencias de la edad, el género, la etnia y el nivel socioeconómico". Instituto Nacional de la Salud Ceuta, algunas de las medidas preventivas que podrían obtener más éxito en este territorio serían la la fluoración de las aguas de bebida, un programa de aplicación de colutorios fluorados a escolares, proporcionar información y adiestramiento en las técnicas de higiene oral así como dotar a la población escolar de cepillos y dentífricos fluorados y contar para ello con la participación de sus profesores. Sería de gran efectividad ampliar estas actividades a madres de niños en edad escolar y a mujeres embarazadas, contando con la implicación de pediatras y diplomados en enfermería. Respecto a la fase curativa y a las actividades reparadoras, se debería potenciar la aplicación de selladores en las consultas de Odontología de atención primaria, ampliar el volumen de la asistencia y de tratamientos realizados (no limitarse a exodoncias) a los tratamientos de obturación, comenzando idealmente por los primeros molares permanentes.

## 4.20 MELILLA



### 4.20.1 CONTEXTO DEMOGRÁFICO

Durante la primera mitad del siglo XX la ciudad de Melilla experimentó uno de los crecimientos más notables y veloces de España. Las causas principales de este crecimiento tan acentuado fueron la situación como capital del Protectorado de Marruecos, por ser plaza militar destacada y por funciones que se daban en la ciudad gracias a la presencia del puerto. Este puerto le permite labores de pesca, es vía de conexión con la península y punto exportador de los minerales obtenidos de los territorios del Rif. (416).



**Figura 98. Evolución demográfica de la población de Melilla a lo largo del siglo XX. (416).**

La ciudad pasó de 10.182 habitantes en el año 1900 a los 76.247 habitantes censados en 1950. Este periodo de crecimiento demográfico se producía simultáneamente y, en parte, estimulado por un desarrollo económico y urbanístico, y se vería truncado con el fin de la existencia del Protectorado y proclamación de la Independencia de Marruecos.

Con la proclamación de la Independencia de Marruecos en el año 1956 y el fin de la existencia del Protectorado, Melilla pierde su condición de capital orientada. Este acontecimiento le limita en gran medida su función comercial y su relación con la Península a través del puerto.

Significó el retorno de importantes contingentes de tropas que ocupaban sus puestos en dicho Protectorado. Esto supone un retroceso en el desarrollo demográfico como se



observa desde mitad de la década de los 50 hasta los años 80.

La evolución demográfica de Melilla experimentó un espectacular cambio hacia tendencias positivas a partir de los años 80, coincidiendo con el ascenso de la ciudad de Melilla como ciudad autónoma. Con la llegada del autogobierno se fomentó el desarrollo de estrategias que aseguraran el mantenimiento de la población autóctona y también que atrajera la llegada de inmigrantes. De ese modo en la última década del siglo XX la ciudad evolucionó con tasas de crecimiento muy destacadas, por encima de la media nacional e incluso de las propias de su contexto geográfico.

El asentamiento en la ciudad de importantes colectivos de inmigrantes, que se trataba de ciudadanos jóvenes en edad de procrear, ejercieron un doble impacto favorable en la estructura de la población: por un lado, el rejuvenecimiento de la población de Melilla gracias a la recepción de inmigrantes de edades jóvenes. Por otro lado, esos nuevos inmigrantes, sociológicamente y por su cultura, constituyen una población más predispuesta a tener un número importante de hijos, afirmación que provocó un aumento sustancial de las tasas de natalidad. Este notable crecimiento obligó a la ciudad a tomar ciertas medidas concretas de planificación urbana y ajustar los servicios y equipamientos de la ciudad de acuerdo a este crecimiento.

El rejuvenecimiento de la población, consecuencia de la recepción de inmigrantes jóvenes en edad de tener descendencia, unido al progreso económico y de la oferta de servicios de una ciudad proclamada como capital autonómica, han elevado circunstancialmente el valor de la inmigración.

Todas estas realidades han influido en los comportamientos demográficos de la ciudad. En las últimas dos décadas del siglo XX este comportamiento se caracterizó por el incremento de la natalidad y descenso de mortalidad, debido al aporte de inmigrantes jóvenes (415).



<i>Melilla. Evolución reciente de nacimientos y defunciones</i>			
	<i>nacimientos</i>	<i>defunciones</i>	<i>saldo vegetativo</i>
1992	1.150	323	827
1993	1.124	369	755
1994	1.051	431	620
1995	1.066	401	665
1996	1.017	390	627
1997	1.034	416	618
1998	1.049	450	599
1999	1.036	403	633
2000	1.103	425	678
2001	1.133	399	734
2002	1.049	446	603
2003	1.107	454	653
2004	995	455	540
2005	1.012	414	598
2006	1.122	454	668
2007	1.333	452	881

**Tabla 17. Crecimiento vegetativo de la población de Melilla (416).**

La relación entre nacimientos y defunciones o saldo vegetativo, ha constituido de manera tradicional la principal fuente de efectivos humanos, aunque en Melilla además ha sido muy potenciada por la importante inmigración que se produjo en la primera mitad del siglo XX.

A partir de la década de los 80, el desarrollo socioeconómico, unido al progreso higiénico y sanitario que se produce en Melilla, han permitido restar importancia al movimiento natural, como responsable principal del aumento de la población, ganando peso factores tales como el incremento de la esperanza de vida, el descenso de la mortalidad y el control voluntario de la natalidad. (416).

#### **4.20.2 CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO**

A finales del siglo XIX, el sultanato de Marruecos vivía envuelto en una anarquía e inestabilidad política. Los existentes enfrentamientos entre Francia, Inglaterra y Alemania por el dominio de los territorios marroquíes, se sofocarían tras la Conferencia de Algeciras en 1906 y tras la firma del Tratado hispano-francés en 1912 (Tratado de Madrid), que dieron como resultado la división de Marruecos en dos protectorados: uno al sur adjudicado a Francia más rico y de mayor extensión y el otro, al norte, en las montañas del Rif, más pobre y reducido



que fue adjudicado a España (417).

Los territorios concedidos a Francia, situados al sur, eran territorios más ricos que contaban con importantes ciudades comerciales como Oujda, Taza, Fez, Meknès, Rabat, Casablanca y Marrakech, entre otras. Mientras que la zona española se situaba al norte, correspondía a terrenos montañosos, y tan sólo existían dos ciudades con cierto interés comercial, que eran Tetuán y Larache, ya que Tánger estaba sometida a una jurisdicción internacional; el resto eran poblados y asentamientos pobres y sin ningún interés para el desarrollo español.

Durante el primer tercio del siglo XX, Melilla fue escenario de intermitentes enfrentamientos que desembocaron en el conflicto de la Guerra de Marruecos. Las sucesivas batallas que acontecieron durante la etapa de reinado de Alfonso XIII a causa de su política africanista, como la de Barranco del Lobo en 1909 y de Annual en 1921, causaron un importante impacto en la opinión pública española. Estos acontecimientos llevaron a realizar una alianza militar entre España y Francia, que garantizara el cese de conflictos y la protección de los territorios marroquíes, lo que permitió la constitución del Protectorado Español de Marruecos.

En la década de los años 20 se asentaron campamentos militares en la ciudad de Melilla. El establecimiento del protectorado y su asunción como capital de la parte oriental, tuvo efectos muy positivos en la economía de la ciudad. Destacó el desarrollo de la industria surgida de la explotación de las minas del Rif, el aumento del tráfico de mercancías y la pesca gracias a la existencia del puerto marítimo. También experimentó un gran impulso el sector terciario o de servicios fomentado por el aprovisionamiento del ejército en la ciudad.

Fue precisamente la presencia de este ejército, lo que ayudó en gran medida a que fuese la ciudad de Melilla, donde se produjesen los primeros acontecimientos de la sublevación militar de 1936 contra la II República. Estos hechos desencadenaron la posterior Guerra Civil y la victoria y establecimiento del gobierno franquista en nuestro país. Las relaciones de nuestro país con Marruecos y con las naciones árabes eran buenas, gracias a que Franco no reconocería al estado de Israel y además permitiría que se convocaran manifestaciones nacionalistas contra Francia en territorio de dominio español, lo que ayudó a la causa independentista de la parte francesa de Marruecos. Esta situación, no obstante, se le



volvería en su contra, tras la independencia de la zona francesa en 1956, ya que no se pudo evitar lo propio de la zona española debido a constantes altercados de la misma índole. Esta situación llevó al gobierno español a reconocer la soberanía de Marruecos, no obstante las ciudades de Ceuta y Melilla han estado integradas dentro del Estado español desde el siglo XV, por lo que se ha defendido en todo momento la españolidad de estas ciudades. Los gobiernos democráticos españoles que se han sucedido desde la implantación de la Democracia de España en 1977 se han negado en todo momento a establecer negociaciones sobre la soberanía de estas ciudades.

La ciudad de Melilla fue hasta 1995 considerada como comarca de Málaga, año en el que se le concedió la autonomía como ciudad española. Al pertenecer a Málaga en 1985 miles de marroquíes aprovecharon para que les fuera concedida la nacionalidad española.

Por todos estos aspectos Melilla pasa a ser, a lo largo del siglo XX, uno de los motores económicos de la región rifeña a principios de la centuria, basado en su condición de puerto franco y los intercambios comerciales, y asimismo, en los últimos años, vía principal de los flujos migratorios de población africana hacia los territorios de la Unión Europea.

Al llegar el Partido Socialista al gobierno andaluz en 1978 intentaría evitar la concesión de autonomía de Ceuta y Melilla por dos causas principales: por un lado, se temía que Ceuta y Melilla fuesen atacadas por Marruecos, y por otro lado, debido a que Ceuta y Melilla eran ciudades donde frecuentemente había predominado en gran mayoría una ideología de derecha, lo que podría comprometer la victoria de los socialistas en el futuro gobierno andaluz.

No obstante a última hora, Ceuta y Melilla fueron excluidas del nuevo marco autonómico andaluz. Ninguna de las inquietudes socialistas se cumplió. Ni hubo ataque marroquí sobre Ceuta y Melilla, y además el Partido Socialista ganó las inmediatas elecciones en ambas ciudades frente a los representantes de la derecha. En el año 1981 los ayuntamientos de Ceuta y Melilla solicitaron el cumplimiento de la quinta disposición transitoria de la Constitución Española que declara que:

*“Las ciudades de Ceuta y Melilla podrán constituirse en Comunidades Autónomas si así lo deciden sus respectivos Ayuntamientos mediante acuerdo adoptado por la mayoría absoluta*



*de sus miembros y así lo autorizan las Cortes Generales, mediante una Ley Orgánica, en los términos previstos en el artículo 144”.*

Debido a las presiones marroquíes los estatutos de autonomía de Ceuta y Melilla no se promulgaron hasta el año 1995. Desde la década de 1970 el Gobierno de Marruecos ha reivindicado la inclusión en su territorio de Melilla y Ceuta, así como las plazas de soberanía limítrofes con el territorio marroquí. Esta reivindicación, normalmente puntual y cuyo principal interés es el conseguir una mejor posición en acuerdos comerciales con España o la Unión Europea, nunca llegó a hacerse oficial.

Tras la aprobación del Estatuto de Autonomía Melilla es considerada Ciudad Autónoma. Este estatuto específico, sí que le permite proponer en las Cortes las iniciativas legislativas que considere oportunas (capacidad legislativa), aunque no tiene una asamblea legislativa autónoma propia a diferencia de las comunidades (417).

### **4.20.3 CONTEXTO SANITARIO**

La Ciudad Autónoma de Melilla es un enclave particular dentro de la geografía española. Situada en el corazón del Riff, constituye, junto con Ceuta, la única conexión fronteriza terrestre de la Unión Europea con el continente africano, lo que la convierte en puerta de entrada de un importante flujo migratorio (418,419). Estas circunstancias suponen una realidad diferente a la del resto de España, lo que implica importantes desafíos para la organización de los servicios públicos melillenses, particularmente de su sistema sanitario.

En 1918 el Protectorado se dividía en una zona occidental y otra oriental, cuyos centros eran las comandancias militares de Melilla y Ceuta. Esta situación cambiaría a partir de 1927 momento en el que la Alta Comisaría dividió el territorio en regiones o zonas con sus respectivas entidades administrativas. Se dividió el territorio en cinco zonas: el Lucus, capital Larache; Yebala, capital Tetuán; Gomora, capital Chaouen; el Kert, capital Villa Nador; y el Rif, capital Villa Sanjurjo.

Tal y como figura en el artículo primero del Tratado de Madrid de 1912, la función del Protectorado consiste en *“velar por la tranquilidad de la zona y prestar su asistencia al Gobierno marroquí para la introducción de todas las reformas administrativas, económicas, financieras, judiciales y militares que necesita”* (418, 419).



En un primer momento, el Alto Comisario, representante de España, se haría cargo de tres Delegaciones: la de Asuntos Indígenas, la de Fomento y la de Asuntos Financieros, Tributarios y Económicos. A las que años más tarde, en 1941, se incluyeron dos Delegaciones nuevas: la de Educación y Cultura, y la de Economía, Industria y Comercio.

La Delegación de mayor importancia por aquel entonces fue la de Asuntos Indígenas. Esta Delegación tuvo encomendados los Servicios de Sanidad e Higiene. Los interventores, que fueron los verdaderos agentes responsables de la organización administrativa del Protectorado, dependían precisamente de esta Delegación. Cada región se componía de distintas cábilas, cada una de las cuales necesitaba de un interventor, es por ello que se crearon Interventores Territoriales, Comarcales y Locales.

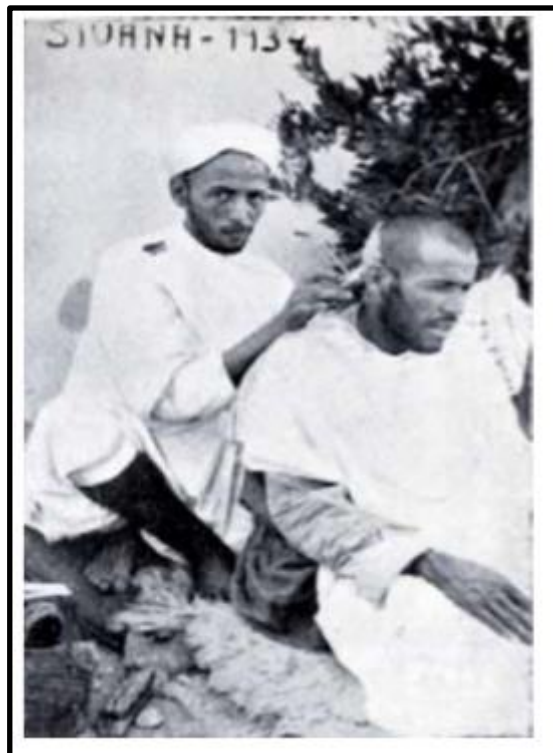
Al iniciarse el Protectorado, uno de los principales problemas a abarcar fue la asistencia sanitaria. Esta asistencia en Marruecos estaba muy influenciada por las tradiciones del bereber, que se aferraba a sus prácticas y costumbres condicionado por su enorme carácter religioso. Era enorme la confianza que el marroquí sentía por sus curanderos y remedios caseros.

En Marruecos no existía con anterioridad ninguna organización que velara por la salud pública, y con el fin de remediar esta situación, se creó en 1916 la Inspección de Sanidad, que se incluyó dentro de la Delegación de Asuntos Indígenas. Los médicos eran conocidos con el nombre de tebib (tobab en plural) y contribuyeron enormemente a la hora de conseguir dar prestigio a las funciones del Protectorado Español, realizando valiosas funciones como por ejemplo grandes campañas de vacunación.

La mayoría de la población vivía en zonas rurales, donde las medidas higiénicas eran escasas y la asistencia médica corría a cargo de distintos tipos de sanadores, con un concepto sobre la salud y la enfermedad fundamentado en la religión y su creencia. De un lado se encontraban los maalem jayam, maestro barbero, sangrador y las kabblatz o comadronas. Los primeros realizaban sangrías, cauterizaciones, extracciones dentales, reducción de fracturas, tratamiento de traumatismos leves, etc. (418, 419). De otro lado, se encontraban los chorfa, morabos o santones, con una función principalmente religiosa y sanaban a través del culto a algún santo y los fokkah o alfaquíes. El cherif (singular de chorfa) poseía baraka, término que utilizaban para referirse al poder curativo que poseían algunas personas, capaces de curar con

la energía de sus manos, consideradas descendientes del profeta Mohamed. También se hacían ofrendas al santo o rituales para conseguir la curación de las enfermedades.

Por su parte, al iniciarse el Protectorado, la Alta Comisaría contempló la labor sanitaria más como un instrumento de persuasión que como un medio para mejorar las condiciones de vida de la población. Por ello, la sanidad y la medicina progresaron al unísono del avance militar español, sin ninguna organización civilizada, por estos motivos, su implantación en el campo corrió a cargo de los interventores, siendo la institución más específica, dentro de la asistencia médico-sanitaria española en Marruecos, el Dispensario Indígena, también conocido como Consultorio.



**Figura 99. Barbero /sangrador en Melilla (418).**

Llegada la pacificación total, el Protectorado Español llevaría a cabo una organización más completa y estable de los servicios sanitarios públicos. En 1929 se creó el Órgano Central Director de la Sanidad e Higiene públicas en la zona y se establecen las normas generales para todas las cuestiones referentes a la Sanidad.

En 1939 nace la Organización de la Sanidad Oficial del Protectorado, como Servicio exclusivamente estatal, abarcando todos los servicios médico-sanitarios: los de orden local,



regional y nacional. Esta Organización fue mejorando y perfeccionándose a lo largo del tiempo y su duración persistiría hasta el fin del Protectorado en 1956.

La Dirección de Sanidad e Higiene Públicas, o Inspección de Sanidad dependía directamente de la Delegación de Asuntos Indígenas de la Alta Comisaría. Esta Dirección General de Sanidad contaba con Servicios Centrales y de Hospitalización y Servicios Locales: Los *Servicios Centrales* comprendían los de alcance a todo el Protectorado y estaban constituidos por:

- El Instituto de Higiene, ubicado en Tetuán, era un establecimiento dotado para el estudio de los problemas higiénicos, epidemiológicos y sanitarios en general.
- El Servicio Farmacéutico, que comprendía los laboratorios, medicamentos y material sanitario y de las farmacias.

Los *Servicios de Hospitalización* comprendían:

1. Los Hospitales Civiles de Tetuán, Larache, Villa Nador, Alcazarquivir y Villa Sanjurjo.
2. El Sanatorio antituberculoso de Ben Karrich, especializado en pacientes tuberculosos extremos.
3. El Sanatorio enfermería marítima de Arcila, establecimiento especializado en el tratamiento de las afecciones óseas y ganglionares tuberculosas en niños.

Se construyeron además, como apoyo a los hospitales civiles, unos pabellones donde se realizaban servicios de maternidad y servicios de puericultura y centro de alimentación infantil.



**Figura 100. Hospital indígena de Melilla (418).**

*Los Servicios Locales* consistían en:

- Servicios médicos ambulatorios y domiciliarios que se llevaban a cabo en el campo y las ciudades. También incluían la práctica de las medidas higiénicas y sanitarias correspondientes, así como las inspecciones locales de sanidad, que afectaban a los consultorios y centros médicos urbanos.
- La idiosincrasia del pueblo musulmán, llevó a crear servicios exclusivos para el sexo femenino, que se denominaron “Consultorios de mujeres y niños musulmanes”, atendidos por personal, tanto médicos como enfermeras y auxiliares, también femenino exclusivamente.
- El campo marroquí se dividía, a efectos médicos y sanitarios, en los llamados **Círculos Médicos**, que eran las Inspecciones locales de Sanidad en el campo. Por encima de cada Círculo Médico había un **Consultorio Médico Rural**, casi siempre situado en las proximidades de los zocos o mercados de mayor protagonismo o importante.
- Para la asistencia de la población que habitaba en territorios lejanos, existían los



denominados **Puestos Sanitarios**, que eran permanentemente atendidos por un practicante español y por sanitarios marroquíes y además eran inspeccionados una vez por semana por el médico del Círculo, con objeto de indicar la labor a seguir y que todo estuviese correcto.

En los zocos de interés, que no contaban con consultorios médicos cercanos, se crearon los llamados **Lugares de Consulta Semanal**, en cuyos locales, el médico del Círculo visitaba semanalmente el día de mercado. Sus funciones eran principalmente el tratamiento de las principales endemias y de vigilancia médica en general. Todos los servicios médicos prestados fueron siempre completamente gratuitos y también se proporcionaba gratuitamente la medicación para el tratamiento de las enfermedades.

La institución o espacio más representativo y específico de la actuación médico-sanitaria española en Marruecos fue el “Dispensario”, también llamado Consultorio.



**Figura 101. Dispensario de Tetuán (411).**

Los dispensarios se localizaban cercanos a las zonas de los zocos, con la finalidad de que su acción fuera lo más próxima posible a la población. Además, estaban físicamente adheridos a las oficinas de intervención militar y a las escuelas, las otras instituciones de mayor implicación en el avance de la acción española, de forma que sus actividades se complementaban y reforzaban mutuamente. Se utilizó el hecho de dotar a los territorios de



una correcta asistencia médica y medidas sanitarias, como impulso para compensar a la población por los daños de la guerra, para mostrarles las ventajas con las que contaba la civilización europea y para facilitar la ocupación del territorio por parte del ejército, todo esto como medida civilizadora y estratégica previa a la implantación de la administración protectora.

Tras una primera etapa expansionista que duró hasta 1921, los avances conseguidos quedaron reducidos al mínimo, como consecuencia del Desastre de Annual y la posterior ofensiva rifeña, situación que se prolongó hasta 1925. La red de dispensarios comenzaría a desarrollarse por todo el territorio una vez comenzó el avance militar hispano-francés con el desembarco de Alhucemas, y perdurarían hasta el año 1956 cuando finalizó el Protectorado (41- 44).

Dentro de toda la tarea emprendida en el campo sanitario por el Protectorado destacar también **las luchas y Campañas Sanitarias** que realizaron un sinnúmero de actuaciones consiguiendo grandes victorias como por ejemplo, la reducción de la elevadísima mortalidad infantil, la desaparición de las graves epidemias palúdicas y la desaparición de las grandes epidemias que azotaron durante años al país: viruela, tifus exantemático, disenterías y afecciones tifo-paratíficas, etc. (418,419).

Desde que se implantara el Protectorado, acompañando al médico español ha existido siempre un enfermero y una enfermera marroquíes, cuya función exclusiva era la de servir de intérpretes del facultativo o de auxiliar cerca de sus enfermos marroquíes de uno y otro sexo. A medida que se demostró la importancia y los beneficios que aportaban estos médicos, se hacía necesario dotar a estos enfermeros de conocimientos para lo que se creó en 1928 un área de enseñanza de auxiliares marroquíes de Medicina en la Facultad de Cádiz. En 1938 se creó en Tetuán la Escuela de Auxiliares Marroquíes de Medicina (418,419).

Con la apertura de la Escuela Politécnica en 1942, que depende de la Delegación de Educación y Cultura, se establecieron varias carreras especiales para marroquíes de ambos sexos; entre ellas tres de Sanidad: Practicantes, Comadronas y Enfermeras Diplomadas.



**Figura 102. Escuela de formación de sanitarios marroquíes (419).**

Y haciendo alusión a las palabras del Dr. Juan Solsona Conillera, Director de Sanidad e Higiene Públicas de las Zona del Protectorado Español en Marruecos:

*“Así fue como España, en unos pocos años, hizo pasar al norte de Marruecos de la era del maestro-sangrador, que perduraba allí desde hacía siglos, a la era del médico, propia de los países adelantados en los logros de la civilización” (418 - 420).*

## **Odontología en Melilla**

Las intervenciones a nivel bucal en las primeras décadas del siglo XX a extracciones realizadas por antiguos barberos y sangradores como medida intervencionista y paliativa de procesos infecciosos o dolorosos (419 - 421).

Al consolidarse el Protectorado Español y pasar la ciudad de Melilla a convertirse en capital oriental, la ciudad experimenta un desarrollo dentro del campo sanitario en general, al ser dotada de médicos y facultativos españoles que acudieron a la ciudad a realizar su labor. Dentro del amplio abanico de sus funciones una de ellas era la enseñanza de medidas de higiene con el fin de paliar numerosas enfermedades y contagios. Se trataban de medidas aplicadas a la salud y a hábitos de la vida en general.

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, INGESA, es la entidad heredera del antiguo Instituto Nacional de Salud, INSALUD. INGESA surge como consecuencia de la creación de las



comunidades autónomas y el proceso de descentralización de algunas de las competencias, que hasta ahora habían sido competencias del gobierno central. Este proceso culmina en el año 2002. Los servicios de salud pública dental estaban sujetos a las coberturas del Instituto Nacional de Salud y en el campo dental eran bastante escasas pues se limitaban a revisiones, diagnóstico y tratamientos básicos únicamente como obturaciones provisionales o exodoncias. Esta política y las prestaciones se fueron estructurando y aumentando y han ganado cobertura con el nacimiento de INGESA.

Gran parte de la población melillense es inmigrante, procede de varios países distintos, de los que huyen debido a la guerra, es el caso de Siria, o buscando solución al hambre y la miseria, como es la situación de los países africanos vecinos. Normalmente es una población que sufre casos de hacinamiento, carencias alimenticias y riesgo de salud en general. Esto incluye un estatus oral de la población, normalmente lamentable, debido a la vulnerabilidad de este tipo de población. Para dar cabida y asistencia a todo esta masa de inmigrantes y solicitantes de asilo se crea en Melilla, en el año 1999, un Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETI). Este centro cuenta con una capacidad de acogida limitada, lo que supone que, en momentos de mayor flujo migratorio, el centro experimente situaciones de hacinamiento lo que conlleva altos riesgos para la salud en general.

Es por todo ello que se plantea la necesidad de establecer programas de salud en general y de salud bucodental. La odontología preventiva y comunitaria se convierte en fundamental para establecer programas de prevención y atención primaria adaptados a las circunstancias específicas de este tipo de población. Dado que en esa fecha aún no se había efectuado ningún estudio epidemiológico de salud oral en la población infantil melillense, que aportara información más exacta de la situación, se firmó una alianza entre la Fundación Odontología Social Luis Séiquer, el Colegio de Dentistas de Melilla y la Administración del CETI con el fin de facilitar el acceso a los servicios de salud oral a este tipo de colectivo vulnerable y en evidente exclusión social.

Posteriormente la FOS llevaría a cabo un proyecto conocido como “Una Sonrisa para la Esperanza”, Proyecto de Odontología Preventiva dirigido a desfavorecidos sociales, en el cual ya contaban con experiencia, pues había sido desarrollado con anterioridad por la Fundación en otros países.



## 4.21 GUINEA ECUATORIAL

Guinea Española, de manera oficial, Territorios Españoles del Golfo de Guinea, también conocida como Guinea Ecuatorial. Fue territorio español en África durante los años 1885 al 1968, junto con el Protectorado Español de Marruecos, Ifni y el Sáhara Español. Esta colonia se formó a partir de la Colonia de Río Muni, formada en 1900, la isla de Fernando Poo, Annobón y Corisco y otras islas adyacentes. Se reunificó en 1926 convirtiéndose en la Guinea Española (422, 423).

El explorador portugués Fernando Póo es considerado el primer europeo en pisar la isla de Bioko en 1472 y, aunque la llamó Formosa, acabó siendo conocida por su nombre. Las islas de Fernando Póo y Annobón fueron puestas bajo soberanía portuguesa en 1474. Portugal mantuvo su control hasta 1777 cuando las islas y los derechos de comercio sobre la fueron cedidos a España por el tratado de San Ildefonso de 1777, y por el tratado de El Pardo de 1778 entre la reina María I de Portugal y el rey Carlos III de España.



Figura 103. Sello de Guinea Español (422).

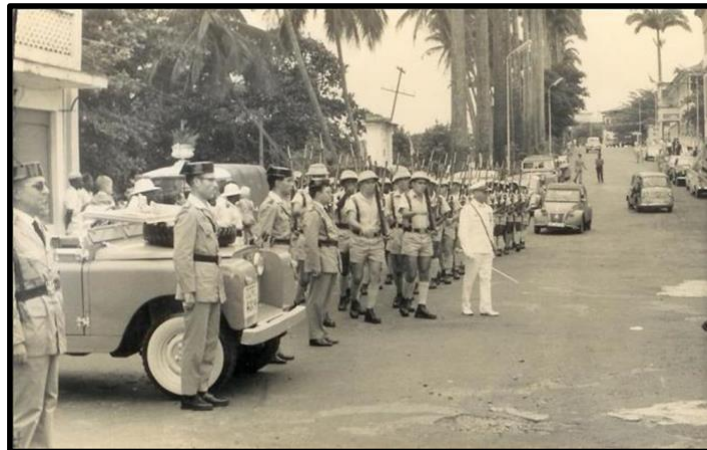
En 1778 se formaliza la toma de posesión de la Isla Fernando Póo y Annobón. Sin embargo en 1780, ante la falta de apoyos por parte de la metrópoli, las enfermedades que azotaban los territorios y la hostilidad de los nativos, se produce un motín en la colonia. Los rebeldes apresan a la máxima autoridad, el Teniente Coronel Primo de Rivera, pasando el mando al segundo, Sargento Martín. El nuevo mando evacuó la colonia, dirigiendo a los supervivientes a Santo Tomé, donde fue apresado por los portugueses, que restituyeron al teniente coronel Primo de Rivera en su cargo.

Los españoles decidieron regresar a Montevideo, abandonando las islas. Pese a la formalización anterior de la soberanía sobre las islas, debido a la retirada española de los territorios, el Reino Unido estableció su presencia en la isla de Fernando Poo para

combatir la trata de esclavos y San Carlos; sin embargo el tráfico de esclavos continuó con la presencia británica.

En 1843 se volvió a establecer la presencia española en Malabo; la porción continental, hoy Río Muni, se convirtió en protectorado en 1885 y en colonia en 1900, año en el que un tratado firmado en París determinó los límites del territorio reconocido a España. Ambos territorios, el insular y el continente, se unieron en 1926 como la colonia de *Guinea Española* con capital en Santa Isabel, en la isla de Bioko.

En 1956 los territorios se organizaron como Provincia del Golfo de Guinea y en 1959, los territorios españoles del golfo de Guinea adquirieron el estatus de provincias españolas, sumándose al resto de provincias metropolitanas.



**Figura 104. Españoles en Guinea Ecuatorial (423).**

Al proclamarse la independencia en 1968, fundamentalmente como resultado de este sistema, Guinea Ecuatorial tenía uno de los mayores ingresos per cápita de África. España también ayudó a que Guinea Ecuatorial consiguiera una de las mayores tasas de alfabetización del continente así como una notable red de instalaciones sanitarias.

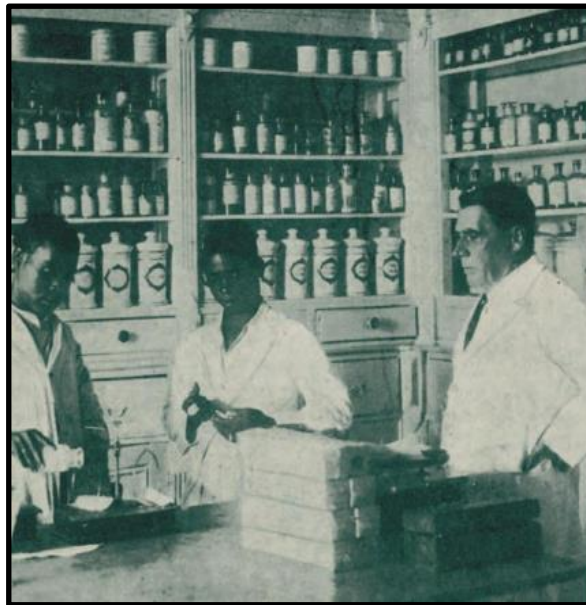
En Guinea Ecuatorial se estructuró todo un sistema médico colonial que se expandió rápidamente gracias al afán de los administradores por inaugurar centros de salud, dispensarios, laboratorios, farmacias, almacenes sanitarios, hospitales... Se llevaron a cabo campañas masivas de extracción de sangre, las cuales se utilizaron como mecanismo de control y vigilancia social. Tal fue la importancia de este tipo de campañas que se hizo



obligatorio para cualquier transacción básica de la población un "certificado de análisis" También se llevó a cabo en Guinea un "Pasaporte sanitario" que incluía unas inspecciones sanitarias, que se realizaron por todo el territorio, de casa en casa y de pueblo en pueblo, y que se convertiría en un documento oficial, sin el cual la población no podía circular libremente. Estas inspecciones incluían un examen del estado de la cavidad oral. Este pasaporte en un principio sólo se aplicaría en los adultos pero pronto se haría obligatorio dentro de la población infantil, de tal manera que en 1929 un Decreto de la administración colonial dictaba que los niños que careciesen de pasaporte no serían admitidos en la escuela.

## 4.22 IFNI

Ifni fue provincia española durante los años que comprenden desde 1860-1969. En 1476, la Corona de Castilla fundó un establecimiento denominado Santa Cruz de la Mar Pequeña, que permaneció en manos españolas hasta 1524, cuando fue abandonado ante los ataques de los bereberes de la zona. Algunos investigadores sostienen que esta población correspondía a la ubicación de Ifni, pero no hay pruebas que demuestren que la actual ciudad de Sidi Ifni se asiente sobre el viejo establecimiento.



**Figura 105. Laboratorio en Ifni. (418).**

El sultán de Marruecos reconoció a España aquel viejo establecimiento mediante el Tratado de Wad-Ras, firmado el 26 de abril de 1860, aunque siempre se demoraba el acuerdo sobre los límites exactos del territorio. Los españoles no tomaron posesión formal de la zona hasta el 6 de abril de 1934, presionados por Francia y con el consentimiento de los lugareños que, ante las circunstancias, prefirieron la presencia española a la francesa con la expectativa de no tener que pagar tributos al sultán. Permanece como colonia española hasta el 30 de Junio de 1969, fecha en la que se produce la cesión a Marruecos (424 ,425).

El origen de Sidi Ifni hay que datarlo en 1934, tras la toma de posesión de la zona por el coronel Osvaldo Capaz, en nombre del Gobierno de la Segunda República Española. Tras la independencia de Marruecos, fuerzas irregulares marroquíes atacaron el territorio entre noviembre de 1957 y julio de 1958. Los ataques comenzaron el 23 de noviembre de 1957, dando inicio a la Guerra de Ifni. Los acontecimientos militares se desarrollaron en el interior





del territorio. El ejército español opta finalmente por establecer un perímetro defensivo más denso y difícil de infiltrar, cerca de la ciudad de Sidi Ifni. Al término del conflicto se había abandonado la mayor parte del territorio de Ifni, quedando la ciudad de Sidi Ifni como enclave español en la zona.

En 1958, Ifni fue declarada provincia española de ultramar, con Sidi Ifni como capital. El 30 de junio de 1969, el gobierno español cede lo que conservaba de Ifni a Marruecos, en virtud del Tratado de Retrocesión firmado en Fez el 4 de enero de 1969 haciéndose así efectiva la retrocesión. Tras ello se inició un difícil proceso de adaptación, agravado por una aguda crisis económica y la imposición de la administración con lengua francesa (424 ,425).

El inicio de la época de la descolonización y la expansión del nacionalismo magrebí son factores clave que van a condicionar el futuro de la presencia española en África. No obstante, entre 1947 y 1955 el franquismo trató de reforzar la “acción de España” en el Protectorado y las colonias .Pese a todos los esfuerzos, el nacionalismo marroquí, respaldado por los intereses de la política norteamericana en la zona, era imparable. En marzo de 1956 Marruecos consiguió su independencia de Francia, país con el que en 1912 había firmado el convenio que establecía el Protectorado y que había permitido a España “en subarriendo ”ejercer su influencia en la zona. Semanas después, España, siguiendo el ejemplo francés y, al mismo tiempo, por la presión e influencia norteamericana se vio obligada a conceder la independencia de su Protectorado el 7 de abril de 1956.

Esta no contemplaba la cesión de Ifni o el Sahara. Sin embargo, desde ese momento, el país magrebí, donde la tesis expansionista del Gran Marruecos el partido nacionalista Istiqlal había ido recogiendo apoyo popular, reclamó reiteradamente la soberanía sobre estos territorios cuyos derechos, por otra parte, pueden ser cuestionados en el caso del Sahara. Lo que en 1934 era una alcazaba semiderruida se transformó en la moderna ciudad de Sidi Ifni, incorporada al progreso y a la civilización. Cuenta el territorio con seis establecimientos sanitarios y 13 escuelas primarias de una asistencia media de más de 400 alumnos, al mismo tiempo que en el desierto fueron levantados poblados y granjas.

En 1963, el Servicio de Sanidad Provincial en Sidi Ifni estaba constituido por un hospital civil y una red de dispensarios para curas de menos riesgo. El hospital contaba con servicios en las especialidades de Medicina general, Análisis clínicos, Odontología, Puericultura,

Ginecología, Anestesia, Traumatología, Cirugía y Dermatología.

Los servicios de Odontología eran realizados por médicos estomatólogos militares en la mayor parte de los casos que contaban con escasos recursos materiales y que se limitaban a la realización de tratamientos paliativos como obturaciones provisionales y exodoncias.



**Figura 106. Hospital de Sidi Ifni (425)**

Ifni es un territorio del suroeste de Marruecos. Fue una provincia española hasta el 30 de junio de 1969, fecha en la que se produce la cesión al Reino de Marruecos. A pesar de quedar decidida la ubicación en Sidi Ifni, la presencia española fue inexistente hasta 1934, cuando el coronel Osvaldo Capaz tomó posesión de la zona. No obstante, los límites de la colonia, fijados por un tratado de 1912 con Francia, son notablemente más reducidos que los establecidos en 1860.

Desde que Marruecos obtuvo la independencia en 1956, reclamó el territorio en diversas ocasiones. La primera en agosto de 1957, alegando que el tratado franco-español de 1912 había sido derogado. A finales de 1957 se produjeron graves incidentes fronterizos siendo el principio de la guerra de Ifni, siendo las guarniciones de Ifni atacadas por tropas irregulares lideradas por nacionalistas marroquíes del Partido Istiqlal y apoyadas tácitamente por el rey, autodenominadas Ejército de Liberación Marroquí (ELN). El Ejército español se retiró de la mayor parte del territorio con el propósito de establecer una línea defensiva que



fuera limitada, cercana a la capital, fácil de defender e impenetrable. El ELN se limitó a tomar el control de ese territorio abandonado. Si bien esta guerra no fue nunca formalmente declarada ni finalizada, España y Marruecos firmaron el 1 de abril de 1958 los Acuerdos de Cintra, por los que se cedía Cabo Juby a Marruecos en junio de 1958, en cumplimiento de los acuerdos de independencia de Marruecos en 1956. Sin embargo, el territorio perdido en Ifni no fue recuperado, pasando de hecho a Marruecos; las posiciones militares de la línea defensiva española constituyeron la frontera hasta el mismo momento de la retrocesión de Ifni a Marruecos en 1969. La administración de España sobre el territorio de Ifni era efectiva solo en las inmediaciones de la capital, Sidi Ifni (424 ,425).



## 4.23 EL SÁHARA ESPAÑOL

Perteneció a España desde el año 1958 al 1976. El 26 de diciembre de 1884, el país advertía a las demás potencias internacionales de su derecho sobre el Sáhara occidental. Dieciséis años después, Francia y España definían el mapa de la zona, repartiéndose el territorio.

Durante las primeras décadas del siglo XX la colonia española en el Sáhara se limitó a algunos puestos militares. No fue hasta la década de los cincuenta cuando Franco influido por informes que aseguraban que había allí un importante yacimiento de fosfato, posibilidades petrolíferas y riqueza pesquera, decidió dedicarle mayor interés al enclave de aquellos territorios. Para evitar las amenazas de Marruecos, el franquismo intentó defender su presencia en el territorio anexionándolo oficialmente, convirtiendo al Sáhara en una provincia más del Estado español en 1961. Esta concesión duraría poco tiempo pues, en 1963, la ONU, pasó a considerar el Sáhara como territorio pendiente de descolonización. En 1973, cuando la salida de España del territorio era inevitable, se presentó un estatuto de autonomía para el Sáhara que garantizaba a España la última palabra en las decisiones que se tomaran en la región africana. Dos años después, con la salud del dictador empeorando, el Estado español escribe sus últimas páginas en la historia del Sáhara Occidental (420,421 ,425).

En los últimos años del Sáhara Occidental como colonia española existían en el territorio una Jefatura del Servicio de Sanidad en El Aaiún, que organizaba la gestión sanitaria de tres áreas (Aaiún y región norte, Smara y región nordeste y Villa Cisneros y región sur), con dos hospitales (Villa Cisneros y El Aaiún), dieciséis dispensarios y tres puestos sanitarios .

El Hospital mixto de Bol-la Ahmed Zein se construyó en 1978, durante la guerra contra Marruecos en una zona estratégica escondido entre las dunas. Al comienzo de su actividad, atendía a muchos heridos del frente, pero tras el cese de la contienda en 1991 el hospital se dejó de utilizar y se puso a disposición de la población civil. Actualmente, el hospital está en funcionamiento gracias al trabajo de la comisión de médicos de Granada y a la asociación Granadina de Amigos de la RASD, que hicieron posible su rehabilitación. Desde la independencia de Marruecos en 1956, la idea de anexionarse el Sáhara Occidental y crear el Gran Marruecos estaba muy presente en la mente de las élites marroquíes. No obstante, no fue hasta la década de 1970 cuando esta reivindicación se convirtió en un objetivo fundamental del rey. Por aquella época, el monarca tenía una turbulenta relación con su

ejército, y sobrevivió a dos intentos de golpe de Estado entre 1971 y 1972. Esta situación le hizo querer alejar a parte de sus tropas lo máximo posible de Rabat, enviándolas a la frontera con el Sáhara español (420,425).

Miles de saharauis que huyeron del epicentro del conflicto se establecieron al suroeste de Argelia. Donde siguen viviendo cuarenta años después en los campamentos de refugiados, una de las zonas más inhóspitas del mundo y donde sobreviven gracias a la ayuda internacional. La mayoría de ellos no han estado nunca en su país, el Sáhara Occidental.

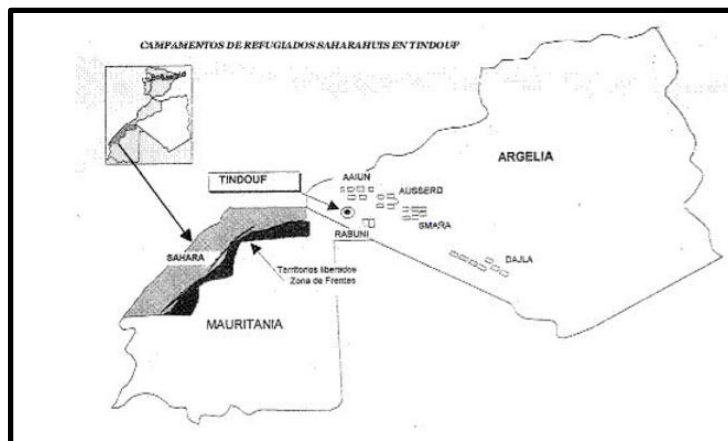


Figura 107. Mapa del Norte de África, Sáhara Español (415).

Cuarenta años después del inicio del conflicto, el pueblo saharauí sigue esperando a que la ONU lleve a cabo el referéndum de autodeterminación prometido. Durante estos años, los saharauis han conseguido salir adelante a pesar de que las condiciones de vida en esta zona del desierto del Sáhara son muy difíciles debido al extremo clima (fuertes vientos, altas temperaturas en verano...) y a la falta de recursos para subsistir. Los campamentos de refugiados saharauis, así como los territorios liberados están dirigidos por el Frente Polisario tras la cesión de la administración del territorio por parte del gobierno argelino para facilitar la autogestión de los campamentos.

La RASD cuenta con instituciones y órganos propios y, a pesar de las difíciles condiciones, cuenta con un sistema social donde la educación y la sanidad son servicios accesibles y gratuitos para toda la población. Desde los inicios del conflicto el Gobierno de la RASD consideró la organización sanitaria de los campamentos un factor clave. La organización sanitaria ha evolucionado considerablemente desde esos difíciles inicios de finales de los años 70. Durante ese periodo, la ausencia de personal sanitario titulado en los campamentos era



patente y las mujeres jugaron un papel esencial en el desarrollo de actividades de promoción y educación para la salud para prevenir futuras epidemias (421,425).

A inicios de los años 80 comenzó una nueva etapa para la sanidad en los campamentos gracias al abastecimiento de recursos materiales y a la incorporación de personal cualificado y formado en países como Cuba, Argelia y España. Así, a lo largo de los años se ha consolidado una política de prevención y atención primaria, mejorando la calidad y cantidad de sus servicios e incorporando algunos servicios de atención especializada como ginecología, obstetricia y pediatría. Hoy, a pesar de las duras condiciones del medio y de la dependencia de la ayuda exterior, garantiza una asistencia sanitaria sostenible, de calidad y accesible para toda la población.

Ante la situación de refugio en la que se encuentran y la fuerte dependencia de la ayuda humanitaria exterior, el Ministerio ha seguido dando prioridad a la promoción de programas y políticas de prevención como fuente principal de mantenimiento de la salud. Bajo esta premisa, existe la Dirección de Prevención, que coordina varios programas, como los de promoción de la salud, enfermedades crónicas, salud sexual y reproductiva, salud infantil, o vacunación, entre otros.

Dentro de le especialidad de la Odontología se llevó a cabo un proyecto solidario con el principal objetivo de mejorar la salud bucodental de los refugiados e intentar inculcarles unos hábitos beneficiosos para el mantenimiento del correcto estado oral. Este proyecto surge de la inciativa de la Fundación Odontología Solidaria en el año 1992, dirigida por aquel entonces por la menorquina Merce Morató, que tras conversaciones con el Ministro de Sanidad de la RASD, decidió junto con un grupo de técnicos de varias especialidades pero ningún dentista más, realizar este proyecto. Se necesitaba en los campamentos con mucha urgencia prótesis dentales. Merce tras escribir a los 20.000 dentistas por aquel entonces ejercían en España y dar varias entrevistas, que le ayudaría a conseguir ayuda económica de algunos particulares y laboratorios, decidió viajar al Sáhara a llevar el material recogido. Fue un proyecto de gran éxito, gracias al cual los campamentos saharauis cada vez reciben más apoyo del exterior (420,421).



## 5. DISCUSIÓN

Los ejercentes de la Odontología han desarrollado, posiblemente sin tener conciencia de ello, una función social fundamental a lo largo de la historia. El arte dental ha tenido durante siglos de historia un fin prioritario, el alivio del dolor. Realidad que se extiende casi hasta nuestros días y que aún persiste en grandes áreas del mundo (178,194, 218).

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX asistimos a un desarrollo de la medicina higienista y social. Se crean diversas iniciativas en países como Alemania, Gran Bretaña, Estados Unidos y España encaminadas a eliminar las dificultades del acceso a los servicios sanitarios con la finalidad de minimizar con esto las desigualdades sociales. Este contexto hace también participe a los odontólogos, que emprenden acciones con el objetivo de que la población más desfavorecida pueda disponer de servicios sanitarios adecuados.

El resultado de lo emprendido a lo largo del siglo XX permite al afianzamiento de la salud pública oral y al nacimiento de la Odontología Social o Comunitaria como disciplina específica.

En España, al igual que en Alemania, Gran Bretaña y Estados Unidos de Norteamérica, se trabaja por mejorar las condiciones de salubridad y disminuir los procesos patológicos entre los colectivos más desfavorecidos, especialmente los obreros industriales de los grandes núcleos urbanos (426).

En el Reino Unido de Gran Bretaña se desarrolla, a lo largo de los siglos XVIII y XIX, un “*sanatory movement*” dirigido a mejorar la calidad de vida de las clases populares, especialmente el colectivo obrero industrial. Buscan un control de las enfermedades y la implantación de conductas de vida más acordes con la moral puritana propia del periodo victoriano. **Edwin Chadwick** fue el máximo propulsor de estas iniciativas de salud pública (427,428).

En España, a mitad del siglo XIX, asistimos a los albores de los movimientos higienistas. Figuras como **Mateo Seoane** y **Méndez Álvaro** realizaron una importante labor de asimilación, síntesis y divulgación de los planteamientos higienistas que se llevaban a cabo en el resto de Europa. Seoane y Méndez conformaron desde sus respectivas aportaciones en el campo

científico y divulgatorio, el primer proyecto fundamentado en cuanto al establecimiento de los preceptos en materia de higiene en nuestro país (179,429, 430).

A comienzos del siglo XX se desarrollaron los primeros proyectos de higiene bucodental en España (431). Una serie de pioneros de la odontología social como fueron los madrileños **Tirso Pérez** y su hijo **Víctor Pérez Cano** y el catalán **José Boniquet**, quienes en el periodo intersiglos propugnan la creación de un servicio de Asistencia Dental Pública.



Figura 108. Tirso Pérez (366).

En la primera década del siglo XX se crea el primer servicio público hospitalario en España. Gracias al impulso de **Juan Carol y Monfort** esta asistencia se desarrolló en el Hospital Sant Pau de Barcelona (181,431).

También en esta primera década, distintos salubristas abogan por la Odontología comunitaria enfocada a la infancia. Son los miembros de la “*Comisión de Higiene Dental del III Congreso Dental Español*” (Otaola, Boniquet, Tirso Pérez, Galván y Gorostiaga) quienes consideran muy necesario la educación para la salud, en concreto hablaban “del interés por intervenir en la población escolar a través de la difusión de conocimientos mediante conferencias” (179, 181,432).

También en el mismo congreso, **D. Bartolomé Montserrat** presenta una comunicación titulada “Higiene estomatológica de la infancia” (181,432).

Estos primeros impulsos en pro de la Odontología Pública para la infancia española podemos enmarcarlos en el movimiento que inició el profesor **Ernest Jessen** en Estrasburgo en el año 1902. Allí crea una clínica dental gratuita para la infancia. Dicho centro asistencial sirvió de referencia y ejemplo para la creación de proyectos. Su iniciativa fue posteriormente asumida por el Ayuntamiento de Estrasburgo (433, 434). Este tipo de apoyo municipal se dio



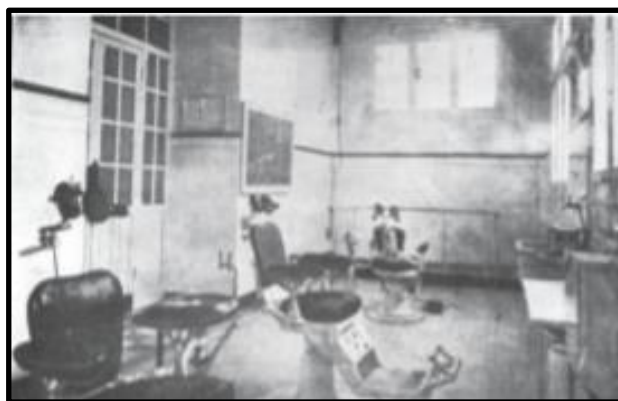
también en España. Así **Urberuaga** (432) describe las altruistas acciones de **Guimón y Meléndez en Éibar** (435, 436), **Alberdi en Tolosa** (437) y **Olaortua** en Irún (438). Estos dentistas guipuzcoanos tomaban la iniciativa social y recababan el apoyo de sus respectivos ayuntamientos.

Estos esfuerzos individuales de diferentes dentistas vascos (435 - 438) son ejemplo de lo acontecido en todo el territorio nacional. Asistimos a acciones puntuales de dentistas preocupados por la salud oral de sus vecinos más vulnerables (439).

Para contextualizar, debemos de tener en cuenta que la Odontología española está iniciando su andadura universitaria. En 1901 la Odontología accede a la Universidad (440, 441). La influencia de **Florestán Aguilar** en la Casa Real permitió la obtención del rango universitario para los ejercientes del “arte dental”. Estos años son de supervivencia, de una relación de “hermano menor” con la Medicina, de una búsqueda de posicionamiento en la sanidad con soporte universitario (442,443).

En este contexto era difícil conseguir una sensibilización generalizada de la profesión en materias sociales o filantrópicas (444). De cualquier modo, la incorporación al alma máter implica una postura de búsqueda del conocimiento y de compromiso social por parte de la familia universitaria odontológica, tanto por parte del claustro docente, como por parte del alumnado (180, 185, 186).

En puridad, debemos de destacar, en primer lugar, la figura del **Dr. Florestán Aguilar**.



**Figura 109. Gabinete dental en Escuela de Odontología de Madrid (357).**

Nunca fue un salubrista pero al consolidar la Odontología española como titulación universitaria puso los pilares para que surgiesen líderes en el campo de la Higiene Bucodental con formación reglada. Al potenciar congresos, publicaciones científicas, acciones divulgativas,



etc, facilitó visibilidad de la importante labor llevada a cabo por los dentistas y su repercusión en la población (192,445- 447).

La figura de **Juan Carol** destaca también en los albores del siglo XX. Éste sí tiene un compromiso social marcado con una implicación manifiesta en la odontología social catalana. Su labor en el Servicio Odontológico del Hospital de San Pablo fue crucial para el nacimiento de una odontología comunitaria con base científica (207,448-450).

En España, impulsada por las tendencias internacionales del momento, empieza a cobrar importancia la atención pediátrica. El movimiento higienista de protección a la infancia que se desarrolla a finales del siglo XIX en nuestro país, tiene su expresión principal en la Ley sobre Protección a la Infancia promulgada el 12 de agosto de 1904 por el Ministerio de Gobernación (150, 151). Esta Ley declaraba a los niños menores de diez años sujetos a protección tanto física como moral gracias a la asistencia de éstos en Casas-Cuna, asilos, hospicios o escuelas.

Se crea un primer Decreto el 20 de septiembre de 1913 con carácter general y obligatorio en todas las escuelas de primera enseñanza, públicas y privadas, dependientes del Ministerio de Instrucción Pública, la Inspección Médico Escolar, a cargo de un cuerpo de Médicos y Odontólogos. (185, 186). El segundo de los Reales Decretos, de 23 de abril de 1915, aprueba el Reglamento de Inspectores Escolares, de esta manera se estableció una Inspección Médico-Escolar local, para las escuelas públicas voluntarias, es decir, las financiadas exclusivamente por el Ayuntamiento, con sede en el Grupo Escolar "Aguirre".

Desafortunadamente (451-453), salvo casos puntuales, el meritorio y avanzado proyecto de Higiene Escolar tuvo una trayectoria discontinua y con pocos resultados. Este modo de proceder, tan hispano y propio de sociedades no desarrolladas o en crisis, provoca que medidas comunitarias que podrían suponer un gran avance en la salud pública queden en meras declaraciones de intereses (454, 455).

Por lo tanto, podemos concluir que las dos primeras décadas del siglo XX supusieron la entrada de la Odontología al orbe universitario (456, 457) y el inicio de iniciativas muy meritorias individualizadas, de diversos "apóstoles" de la higiene bucodentaria. Dichas iniciativas tuvieron una repercusión limitada entre la población española del momento.



Es evidente que los ayuntamientos de Cádiz (229), Málaga (230), Barcelona (318), Plasencia (334), Madrid (198, 363) y otros, apoyaron diversos proyectos de Higiene Dental Comunitaria pero, en un análisis retrospectivo, tan solo se puede afirmar que el impacto fue mínimo a nivel nacional (199).

Los años veinte de la pasada centuria presentaban características similares en cuanto a la salud pública oral. En Madrid se asiste a un aumento de las plazas ofertadas para ejercer como odontólogo municipal (200). El 20 de diciembre de 1926 se inicia oficialmente en la capital la Asistencia Dental Municipal. Bajo la dirección del **Dr. Chicote** se van creando nuevos consultorios. Esta iniciativa se ve culminada por la creación del Dispensario de Higiene Escolar, auspiciado conjuntamente por el Ayuntamiento de Madrid y el Ministerio de Instrucción Pública (174,201, 202,227, 364,365).

Mención especial merece el programa de salud pública que se inicia en Extremadura durante la tercera década del siglo XX. Estamos en la España periférica, en la región más deprimida de la nación (331, 332). La visionaria labor del Inspector Provincial de Sanidad, el **Dr Ruiz-Morote Coello**, permitió una transformación de la sanidad pública cacereña (333). El **Dr Ruiz-Morote** es becado en 1925, por la prestigiosa Fundación Rockefeller. Esto le permite formarse en sanidad pública en los Estados Unidos. Con la base de formación en América y su conexión con los sanitarios rurales europeos (Conferencias Europeas de Higiene Rural), en 1929, organiza un centro de Higiene Social. En dicho Centro, trabajan un fisiólogo, un puericultor, un bacteriólogo, un epidemiólogo, un malariólogo, un laringólogo, un oftalmólogo y un odontólogo. Esta circunstancia, la incorporación de la odontología a la Sanidad Pública, constituye un hecho de capital importancia, situando a la Odontología en un plano de igualdad a la de otras especialidades sanitarias. Este Centro, gracias al apoyo de la Fundación Rockefeller, se constituyó como una "*Public Health Demonstration*", buscando ser un modelo y referente para la consolidación de la Medicina Social en España (334).

La *cuasi* testimonial Higiene Dentaria en la Sanidad Española de los treinta primeros años del siglo XX obedece a distintas causas (458,459). En primer lugar, se debe contextualizar en la realidad de la asistencia médica colectivizada española durante el periodo, pues si en el ámbito médico era poco lo realizado, qué decir de la neonata Odontología universitaria española, más preocupada por consolidarse como disciplina superior y científica que por las necesidades de las clases menos pudientes (366, 460, 461).

En segundo lugar, debemos de asumir que es poco probable que **Florestán Aguilar**, líder indiscutible de la profesión y sus discípulos, mirasen sin recelos estas iniciativas sociales (462) que estaban unidas a movimientos obreros con connotaciones socialistas (463,464). **Aguilar** se formó en los Estados Unidos y este país tradicionalmente ha sido refractario en todo tipo de proyectos de asistencia sanitaria colectiva (465). Aguilar, en su meteórico ascenso académico y social, se convierte en el dentista del Rey y de la aristocracia española, con un perfil político conservador y una visión liberal del ejercicio odontológico (359,362,). **Aguilar** con el apoyo mayoritario de los profesionales, trabaja en pro de la dignificación del rol del odontólogo con un criterio corporativista y con el apoyo manifiesto del poder, encarnado por la figura del Rey Alfonso XIII, amigo personal del Prócer de la Odontología Española (364).



**Figura 110. Pedro Carol y D. Florestán Aguilar (sentados) D.Alonso, D.Subirana,D. Losada y D.Plet (de pié de izquierda a derecha) (357).**

En la década de los veinte se da una confrontación profesional entre “odontologistas” seguidores de **Aguilar** que propugna una disciplina universitaria independiente, y los “estomatologistas” que apoyan a **Bernardino Landete** en su afán de incorporar a la Odontología a la Medicina, como una rama o especialidad más (466). Aquella “contienda” fue ganada con **Aguilar**, al menos hasta la instauración de la II República, pero la Higiene Bucodental y la Odontología Social no se incluían en el “*argumentarium*” de ninguno de los dos grupos de opinión (467,468).



**Figura 111. Alumnos en la nueva Escuela de Odontología. (357).**

Otro factor limitante del desarrollo de la salud pública oral española del primer tercio del siglo XX es la limitación de recursos humanos odontológicos con formación universitaria (469, 470).

Las primeras promociones de la única Facultad existente (Universidad Complutense) de Madrid eran de no más de treinta alumnos. Este hecho conllevaba que el ejercicio de la odontología estuviese en manos de personal científico o con titulaciones (471) de inferior rango. Además, la inmigración de titulados extranjeros dificultaba aún más el encaje de los distintos profesionales (472). Los distintos condicionantes anteriormente expuestos: ausencia de una filosofía salubrista, escasez de recursos humanos, bisoñez de la odontología universitaria, etc, pueden explicar en parte, las carencias asistenciales y educativas encontradas en el área de la Odontología Social Española de comienzos del siglo XX (473).

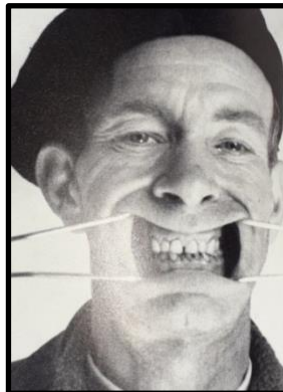
Ahondando en lo expuesto, tampoco era un factor estimulante de la colectivización de la Odontología Española de la época, el hecho de que no existiesen más facultades de Odontología en el resto de la Nación. La autora de este texto no duda que, de haber existido escuelas en Barcelona y Valencia, tal y como solicitaron las respectivas Universidades, estos nuevos centros hubiesen constituido una fortaleza para la expansión de la asistencia odontológica entre la población española (474).



**Figura 112. Área clínica de la nueva escuela de Odontología de Madrid (357).**

El paso del régimen monárquico a la II República convulsionó el orbe odontológico, en especial el académico con la destitución de **Aguilar** y el ascenso de **Landete** (475,476). Podría suponerse que el periodo republicano conllevaría mejorar en la asistencia bucodental de la comunidad y avances en los programas educativos. Desgraciadamente no fue así y no se recogen ejemplos nuevos de Odontología colectiva, con la excepción de la ingente labor salubrista de **Domínguez Villagrá** en Cáceres (333,334), con sus fichas dentales, no extensible en el resto de España en aquellos años.

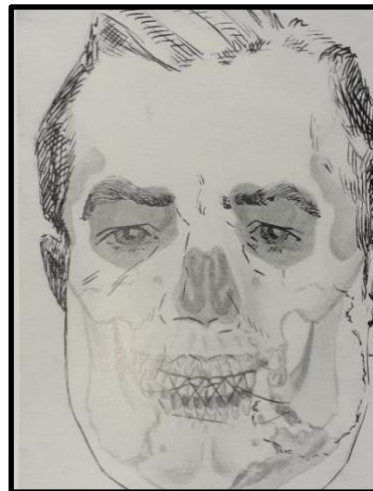
Durante la Guerra Civil no se dan avances en salud pública oral. De cualquier modo son posibles y reseñables distintas iniciativas, unas gubernamentales y otras individuales, encuadrables todas en la franca solidaridad. La iniciativa colectiva parte del Gobierno Vasco que incluye a los odontólogos en la Sanidad Militar de Euskadi (477). Además, en el periodo bélico crea un servicio sanitario para exiliados en la localidad francesa de Biarritz.



**Figura 113. Foto paciente del Dr. Martín Sánchez (476).**

El servicio odontológico de “*La Roseaie*” (denominación de dicha clínica) corrió a cargo del **Dr Nicolás Ochandiano** (478). Posteriormente el Gobierno Vasco se exilia en París y en la capital francesa crea una clínica dental en la Rue Laristone número 17, para atender a refugiados con sus familias. La atención odontológica correspondió al **Dr Víctor Laclaustra** (479). La iniciativa institucional vasca viene a demostrar que estos proyectos eran viables pero se necesitaba conciencia de su viabilidad y eficacia (480).

Tal y como nombró Antonio Machado en “*Las dos Españas*”, que nombrara el poeta (Machado, A.). Una de las dos Españas del arte del corazón, los dos bandos enfrentados en el civil conflicto, hicieron emerger actitudes heroicas, como es el caso del **Dr. Martín Sánchez**, médico y odontólogo, quien trabajó durante la Guerra en el Hospital Médico Popular de Chamartín de la Rosa. En dicho centro hospitalario trató y rehabilitó pacientes afectados de heridas por armas de fuego. En circunstancias muy difíciles, no solo cumplió con su deber, sino que innovó en técnicas de cirugía oral y maxilofacial. Queda este tributo al Dr. Martín Sánchez como ejemplo de los centenares de odontólogos que dieron lo mejor de sí mismo en ambos frentes del conflicto bélico (481).



**Figura 114. Dibujo de un paciente de Dr. Martín Sánchez (476).**

En el denominado bando nacional, destaca la figura del profesor Isaac Sáez de la Calzada, quien organiza los servicios de Cirugía Oral y Maxilofacial de los hospitales militares de León, siendo centros de referencia para el Norte de la España sublevada.

La Guerra Civil destroza España y, por ende, destruye la Odontología Española. Como hecho demostrativo fundamental, constatamos la destrucción del flamante edificio de la Facultad de Odontología en la Ciudad Universitaria. Aquella magna edificación proyectada e impulsada por Florestán Aguilar estaba casi acabada en Julio de 1936. (481, 84,85). La contienda bélica tuvo especial virulencia en el noroeste de Madrid, pues constituyó una de las zonas de invasión por parte del ejército nacional. Los devastadores combates que se dieron en la Ciudad Universitaria provocaron la destrucción del magno edificio. Se destruyó la facultad y se mutiló el claustro docente pues figuras como D. Pedro Mayoral, D.Juan Mañés ,D.Pedro Trobo y D.Bernardino Landete fueron depurados de sus puestos y tuvieron que marchar al exilio. Quedaba una ímproba labor por realizar, había que reconstruir la Odontología nacional. (482, 483, 484 485).



**Figura 115. Estado derruido de la ciudad Universitaria tras la Guerra (357).**

Resulta evidente que en la postguerra inmediata era muy complejo desarrollar proyectos de odontología comunitaria. Hubiese sido necesario una tradición y recorrido previo en el campo de la salud pública, hecho que no se había producido en España (485).

En la etapa más dura de la postguerra inmediata, caracterizada por la hambruna, la pobreza y el aislamiento internacional, acontece el hecho más decisivo en cuanto al devenir de la salud pública española. En 1942 se crea el Seguro de Enfermedad. José Antonio Girón de Velasco, ministro del ala falangista del Gobierno de Franco, apuesta denodadamente por esta iniciativa social. Ello significa la estatalización de la Medicina y la búsqueda de una futura universalización de la asistencia sanitaria para la población española. Comenzó a funcionar en 1944 e incluía únicamente a trabajadores de los sectores industriales y de servicios que percibieran honorarios muy reducidos. Incluía entre asegurados y beneficiarios a unos siete millones de españoles, la cuarta parte de la población total. Este sistema de salud estaba inspirado en parte en el de Italia durante el periodo fascista y reproducía a grandes rasgos el sistema alemán (modelo Bismark de 1884) (486).





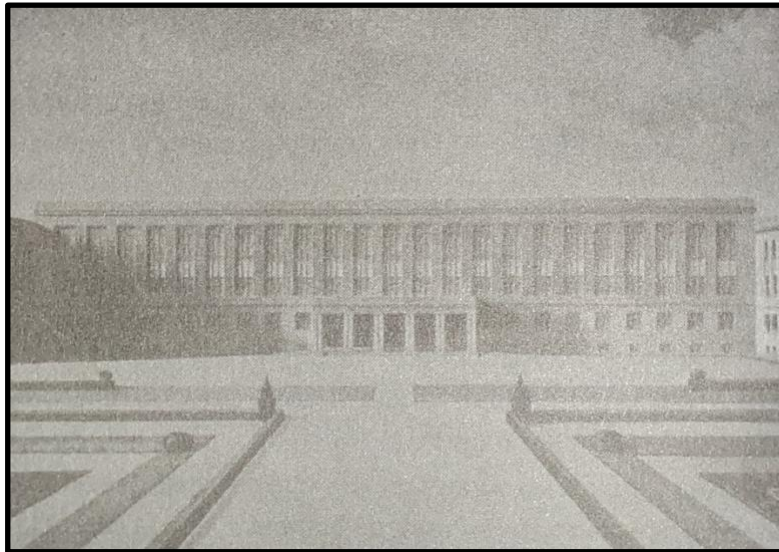
La iniciativa de Girón de Velasco encontró un marcado rechazo en la clase médica. Los médicos españoles instalados en el modelo liberal clásico percibían como una amenaza este proceso socializador de la asistencia médica (487).

El reglamento de 11 de Noviembre de 1943 (153) confirma la incorporación de la Odontología al sistema público.: *“son servicios médicos las prestaciones de asistencia realizadas por médicos, odontólogos...”*En teoría, ello parece implicar la colectivización de la asistencia odontológica pero una serie de peculiaridades de dicha incorporación provocaron una muy limitada repercusión en la salud oral de los españoles. Las limitaciones de la asistencia odontológica pública dentro del recién creado sistema nacional de salud fueron las siguientes:

- Limitada cartera de servicios .En la práctica la atención odontológica se reducía a exodoncias con un evidente componente de mitigación del dolor, exéresis mutilantes del órgano afecto y la consecuente invalidez oral provocando el edentulismo generalizado de la población (488).
- Ausencia de cualquier tipo de estrategias preventivas y/o asistenciales (salvo tratamientos quirúrgicos).En este marco se cronificó la aculturalización de los españoles en cuanto a salud bucodental (489).
- En el organigrama asistencial del seguro obligatorio de enfermedad, la odontología tan sólo se desarrolla en los Ambulatorios y no en los distintos hospitales (“residencias sanitarias”) de la Seguridad Social. Estas circunstancias constriñen a la Odontología en su rol mutilador y de mitigador de procesos agudos (490).
- La escasez de recursos humanos en el área estomatológica vino a agudizar este proyecto fallido. Sabemos que cualquier profesión sanitaria con menos oferta de profesionales que la demanda existente, se resiste a aceptar modelos públicos de actuación ya que el modelo liberal lo visualiza como de mayor rentabilidad y de aparente comodidad para los profesionales (491 ,492).

Los recursos humanos odontológicos presentaban una problemática específica y peculiar que no se daban en otras especialidades médicas. En 1942, fecha de la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, los odontólogos coexisten en el ejercicio profesional con

algunos de los extintos cirujanos –dentistas, titulación no universitaria que estuvo en vigor entre 1875 y 1900 (493, 494, 495). Esta amalgama de titulaciones se ve complementada con la aparición de los licenciados médicos estomatólogos en 1948. Evidentemente, las diferencias en formación y por tanto en conocimientos eran abismales y ello conllevó conflictos notables. Aunque los escasos aún ejercientes cirujanos dentistas no podían acceder a la sanidad pública, la conflictividad se desarrolló entre los odontólogos, dos años de formación médica y dos específicas odontológicas, y los médicos estomatólogos, quienes habían cursado una licenciatura en Medicina de seis años y dos años de especialidad.



**Figura 116. Ciudad Universitaria de Madrid en el año 1936 antes de la Guerra. (357).**

En la práctica, distintas titulaciones ejercían una misma profesión, mayoritariamente en el ámbito privado. La capacitación en higiene y salud pública de los estomatólogos era muy escasa. La formación salubrista de los odontólogos era prácticamente inexistente. En este marco, difícilmente la Profesión abogaría por la implementación de medidas para el desarrollo de la salud pública oral. De hecho, los dentistas tenían un colegio profesional específico, “de odontólogos y estomatólogos”. En el presente estudio no se han encontrado propuestas de esta organización colegial en pro de la mejora de la salud bucodental de población española (496, 497).

La eclosión del interés por la odontología preventiva que se da en los Estados Unidos de América, con el **Dr. D. M. Hadjimarkos** de la Universidad de Oregón o **Philip E. Blackerby**, cuya labor favoreció la incorporación de la disciplina de odontología social en las escuelas de

Odontología, no tuvo parangón en España (498). Tan sólo mencionar los estudios sobre fluorosis oral endémica realizada por el **Dr. García Palao** en la provincia de Salamanca (499).

Es lógico que esto sucediese ya que la Odontología española discurría por un periodo de atonía, con escasez de recursos humanos y con un único centro formativo en la Universidad Complutense de Madrid. Sus escasos profesionales se veían obligados a realizar un ejercicio paliativo y mitigador de dolor. Entre el claustro Académico de la Escuela de Estomatología de Madrid, foco natural de desarrollo e innovación científica, no existía ningún profesor que impulsara este tipo de iniciativas sociales (500,501). Y en el campo de la sanidad pública no se contaba con ningún tipo de grupo de investigación u odontólogo con inquietudes investigadoras que propusiesen avances en el área preventiva.

La situación no cambiaría en la década de los años 60. Como salvedad positiva hay que valorar el impulso de los odontólogos catalanes en pro de la creación de una escuela de estomatología en Cataluña. Finalmente esta Escuela de estomatología de Barcelona se inauguró en el año 1971 (184,185).

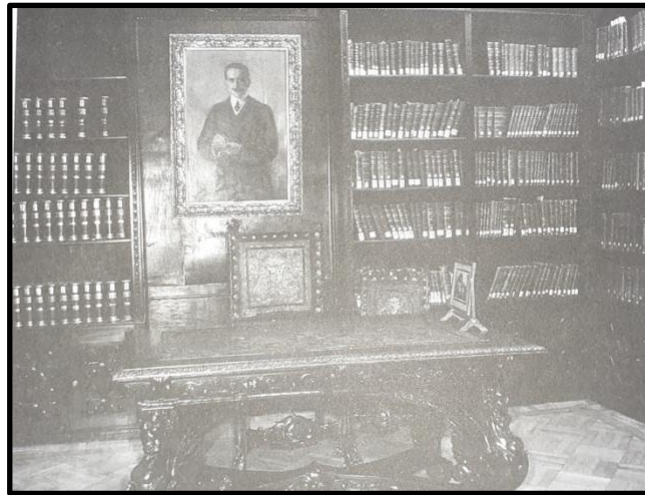
Con la llegada de la democracia en 1975, la profesión dental presenta desconcierto y desazón ante el cambio de escenario. Instalada en una privilegiada situación, teme perder la “zona de confort” que le ofrecía la realidad presente. Es decir, la conjunción de escasos profesionales, ausencia de asistencia pública y aumento del nivel de vida de los españoles les permitía un ejercicio llamativamente rentable. El inveterado problema del intrusismo nunca resuelto seguía preocupando a los profesionales pero, aún más la posible venida de titulados extranjeros, candidatos a modificar el apacible “*status quo*” que disfrutaban. Parece lógico asumir que la realidad profesional preocupase más que la salud pública oral (502).



**Figura 117. Dentista y gabinete dental de la época (476).**

En el marco de incertidumbre anteriormente descrito, la década de los 70 constituye el periodo de inicio de la odontología preventiva y comunitaria en España. La iniciativa de los dentistas catalanes, doctores **Navarro, Montull y Reimat** que generó la Asociación Española de Profilaxis e Higiene buco-dentaria constituye un hito dentro de la salud pública oral. Sus cuatro congresos celebrados en Barcelona (1976), Sevilla (1977) Palma de Mallorca 1979 y Madrid 1980 constituyeron foros privilegiados para la propagación de esta especialidad odontológica y sirvieron para crear conciencia preventivista entre los dentistas españoles (472,502).

La década de los años 80 significa un punto de inflexión con curva ascendente en la salud pública oral española. El cercano ingreso de España en la Comunidad Europea constituyó el elemento transformador más decisivo de la realidad profesional. Los recursos humanos seguían siendo muy escasos para las demandas sociales del momento. Estos provenían en exclusiva de las Escuelas de Odontología de Madrid y Barcelona. (503,504). Se temía una radical metamorfosis del mercado laboral y posibles agravios comparativos tanto con odontólogos comunitarios como de otras naciones no europeas. En este contexto, es la propia profesión la que solicita mayor número de plazas formativas para futuros especialistas en estomatología.



**Figura 118. Biblioteca Florestán Aguilar (362).**

La nueva realidad que se intuye, exige cambios. A principio de la década de los 80 se cuatricula el número de centros formativos. Barcelona formaba estomatólogos desde diez años antes, junto al “alma máter” matritense que formó dentistas universitarios durante todo el siglo. En la primera mitad de los años 80 nacen las primeras escuelas de estomatología de Sevilla, Granada, Murcia, Valencia; Bilbao, Oviedo y Santiago de Compostela. En todas ellas tenía cabida la formación en Estomatología preventiva y social. Es evidente que esta realidad académica conlleva la existencia de un “corpus doctrinal” en la especialidad y una serie de profesores con labor investigadora y docente en materias preventivas y comunitarias. La semilla está echada. La adaptación a los nuevos tiempos de la profesión odontológica permite el desarrollo de la salud pública oral (505, 506).

El 1986 fue un año clave para el devenir de la Odontología nacional. Se promulga la Ley 10/86 que delimita las profesiones dentales para aquel presente y las décadas posteriores. Después de un conflicto fratricida entre odontólogos y estomatólogos, (206,206), con muchas similitudes al que tuvo lugar en los años 20 (186,187), aparece la ley 10/86 que provoca el renacimiento de la titulación de odontólogos, coexistiendo con los médicos estomatólogos y la creación de dos nuevas titulaciones: protésico dental e higienista bucodental. Dicha ley tiene un objetivo fundamental que es la universalización de la asistencia dental entre la población española. (507,508).

Esta década también corresponde al nacimiento de dos sociedades científicas Sociedad Española de Odontoestomatología Preventiva y Comunitaria y Sociedad Española de

Epidemiología y Salud Pública Oral, que tuvieron aportaciones reseñables en pro de la salud pública oral española.

En aquellos años asistimos a iniciativas culminadas para la implantación de distintas instalaciones para la fluorización de aguas potables (Badajoz, Gerona, País Vasco y Sevilla), muy en consonancia con los protocolos de actuación de la época (509, 510).



**Figura 119. Dentistas en momento de operación (476).**

En los años 90 se produce, según el criterio de esta investigadora, el hito más importante de la salud pública oral en España. Los programas de odontología social en España iniciados en Cantabria (1989) País Vasco (1990) y Navarra (1991) constituyen los pilares para la aún emergente Salud pública oral española. Hasta esas fechas no había existido ningún tipo de compromiso público con la salud oral de la ciudadanía o al menos de un determinado grupo etario, más allá de los decepcionantes tratamientos mutiladores.

El camino ha sido arduo tortuoso y muy complejo. Pero al final de siglo se asiste a un comienzo de concienciación de algunos sectores universitarios, la profesión organizada y la administración pública. La sociedad española lo demandaba y se constituyen las bases para el cumplimiento de este derecho constitucional (376, 377, 381, 385, 388, 511,512).



**Figura 120. Vehículo sanitario de mitad de siglo (476).**



**Figura 121. Unidad móvil del Hospital de Liencres: Programa de Salud Bucodental de Cantabria (511).**

## 6. CONCLUSIONES

1. La salud pública oral en España durante el siglo XX se caracterizó por sus limitaciones, discontinuidad y ausencia de programación reglada.
2. El impacto en la globalidad de la población española de la centuria pasada fue muy escaso y se podría definir como cuasi nulo.
3. La no incorporación plena al sistema público de salud, la escasez de profesionales unido a una problemática específica de recursos humanos, las carencias educativas en salud bucodental del pueblo español y la falta de sensibilización de la autoridades sanitarias, condicionaron la realidad anteriormente expuesta. Tan sólo al final del siglo se crean sociedades científicas afectas a la materia (Sociedad Española de Odontoestomatología Preventiva y Comunitaria y Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral).
4. En la última década se crean tres proyectos comunitarios con financiación pública de odontología infantil en Cantabria, Navarra y País Vasco. Ello constituye las bases para el desarrollo de la Odontología Social en España.





## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Rose G. The Strategy of Preventive Medicine. Oxford: Oxford University press;1992
2. Kay EJ, Locker D. Is dental health education effective? A systematic review of current evidence. Community Dent Oral Epidemiol, 1996; 24 :231-235
3. Capel P, Castaño A, Doldán J. Los Desafíos de la Odontología. 277-280 en Castaño A, Doldán J. Manual de Introducción a la Odontología. Madrid, Ed. Ripano. 2005
4. Almerich - Silla JM, Montiel- Company JM. Influence of immigration and other factor in 12 and 15 yr-old children. Eur J Oral Sci. 2007 ; 115(5) : 378-83
5. Houston MH, Petersen PE, Clarkson J, Johnson N. Global Goals for oral Health 2020. International Dental Journal.(2003) 53, 285-288
6. Castaño A, Doldán J. La odontología como licenciatura universitaria en España(1901-2001) en Castaño A, Doldán J. Manuel de Introducción a la Odontología. Madrid, Ed. RIPANO, 2005
7. Rodríguez AR. Formación de Recursos Humanos. 27-276 en Castaño A, Doldán J. Manuel de Introducción a la Odontología. Madrid, Ed. RIPANO, 2005
8. Ribas D, Castaño A, González Sanz A. 20 años de Salud Pública Oral en España, Fundación Dental Española, Madrid 2001.
9. Atención Primaria de Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros - Resolución adoptada en el 440. Consejo Directivo de la OPS.
10. España. Boletín Oficial del Estado, núm. 118, de 18 de mayo de 1982, páginas 12842 a 12846
11. Dyal, Donald H; Carpenter, Brian B.; Thomas, Mark A. (1996). Historical Dictionary of the Spanish American War. Westport: Greenwood Press. ISBN 0-313-28852-6.B.
12. Pérez Galdós, Obras completas, t. IV, 6 a ed., Madrid, Aguilar, 1966, pp. 10-583
13. J. M. Jover, Política, diplomacia y humanismo popular, Madrid, Turner, 1976, pp. 339-340. También F. Abad, op. cit., pp. 51-57.
14. Monarca Alfonso XIII. Museu Nacional d'Art de Catalunya
15. Coletta, Paolo E., "McKinley, the Peace Negotiations, and the Acquisition of the Philippines", Pacific Historical Review 30 (November 1961), 348
16. Reinado de Alfonso XIII (1902- 1923) "periodo constitucional del Reinado de Alfonso XIII". De la Cueva Merino, Julio (2003)
17. "La monarquía malherida" Moreno Luzón, Javier. ISSN 1134-2277, ISSN-e 2255-5838, Nº 100, 2015, págs. 251-264



18. Sátira semanario catalanista..Joan García Junceda i Supervia - Cu-Cut. Madrid: Alianza Editorial. ISBN 84-206-9605-6.
19. Gaceta de Madrid, núm. 114, martes 24 de abril de 1906, p. 317-318
- 20." La Compañía Española de Minas del Rif (1907-1984)". Sanmartín Solano, Ginés. (1985)
21. Ullman, Joan Connelly (1972)." La Semana Trágica: estudio sobre las causas socioeconómicas del anticlericalismo en España, 1898-1912". Esplugues de Llobregat (Barcelona)
22. Archer, William (1911). "The life, trial and death of Francisco Ferrer". New York: Moffat, Yard and Company.
23. De la Cueva Merino, Julio (2003). "El rey católico". Javier Moreno Luzón, ed. Alfonso XIII. Un político en el trono. Madrid: Marcial Pons. ISBN 84-95379-59-7.
24. Suárez Cortina, Manuel (2006)." La España Liberal (1868-1917). Política y sociedad". Madrid.
25. Dardé, Carlos (1996)."La Restauración, 1875-1902. Alfonso XII y la regencia de María Cristina". Madrid: Historia 16-Temas de Hoy. ISBN 84-7679-317-0 Síntesis. ISBN 84-9756-415-4.
26. Tusell, Javier (1997). "El reinado de Alfonso XIII (1902-1931)". Feliciano Montero; Javier Tusell, ed. Historia de España. Vol. IX. La Restauración. De la Regencia a Alfonso XIII. Madrid: Espasa Calpe. pp. 279-280. ISBN 84-239-8959-3.
27. .José Canalejas. Escritores en la BNE. Biblioteca Nacional de España.
28. Suárez Cortina, Manuel (2006). La España Liberal (1868-1917). Política y sociedad. Madrid: Síntesis. ISBN 84-9756-415-4.
29. .Not stated - (1908-01-25). "El Sr. Prat de la Riva". Blanco y Negro (873). ISSN 0006-4572.
30. Javier Tusell, Juan Avilés y Rosa Pardo (eds.). La política exterior de España en el siglo XX, Biblioteca Nueva, Madrid, 2000. ISBN 8470307673
31. Martínez Martínez, Martín (2004). "Manuel García Prieto: un astorgano en la cumbre política". Argutorio (Astorga: Asociación Cultural "Monte Irago") 6 (13): 29-32. ISSN 1575-801X.
32. Padilla, Antonio (1970). "El Conde de Romanones". Historia y Vida (23): 8-9.
33. Acedo Castilla, José Francisco (2002). "Don Antonio de Maura, Abogado, Político y Académico" Boletín de la Real academia Sevillana de Buenas Letras: Minervae Baeticae (30): 49-72. ISSN 0214-4395
34. García Venero, Maximiano (1969)." Eduardo Dato. Vida y sacrificio de un gobernante conservador". Vitoria: Diputación Foral de Álava.
35. Checa Godoy, Antonio (1989). Prensa y partidos políticos durante la II República. Universidad de Salamanca. ISBN 84-7481-521-5.



36. José Ortega y Gasset en el movimiento reformista la Liga de Educación Política Española como proyección del "patriotismo fenomenológico" (1913-1916) *Ab Initio: Revista digital para estudiantes de Historia*, ISSN-e 2172-671X, Año 5, Nº. 10, 2014, págs. 153-188
37. Álvarez de Miranda, Sara (2002). "Melquíades Álvarez, mi padre". Oviedo. ISBN 84-8459-111-5.
38. Samaniego Boneu, Mercedes (1977). "La política educativa de la Segunda República durante el bienio azañista". CSIC. ISBN 9788400036331
39. El Conde de Romanones. *Kaulak - La Ilustración española y americana* Año LV. Núm. 6. Madrid, 15 de febrero de 1911: 87. ISSN 1889-8394.
40. Alonso Ibáñez, Ana Isabel Alonso Ibáñez (2004). "Las Juntas Militares de Defensa (1917-1922)". Madrid: Ministerio de Defensa
41. Sáiz, María Dolores; Seoane, María Cruz (1996). "Historia del periodismo en España " El Siglo XX: 1898-1936. Alianza Editorial
42. Antonio Maura. *Kaulak - (1917-05-05)*. La Esfera. Año IV. nº 175.. ISSN 1577-0389
43. Leguineche Bollar, Manuel (1996). "Annual 1921: el desastre de España en el Rif". Madrid
44. Alía Miranda, Francisco. *Historia del Ejército español y de su intervención política*. pp. 46-47faguara. ISBN 84-204-8235-8
45. Tusell, Javier (2003). "Primo de Rivera. El golpe". *La Aventura de la Historia* (59)
46. Cardona, Gabriel (2003). "El Cuadrilátero". *La Aventura de la Historia* (59)
47. González Calleja, Eduardo (1999). "El Máuser y el sufragio: orden público, subversión y violencia política en la crisis de la Restauración (1917-1931)". Madrid: Tecnos. ISBN 9788400078379.
48. Ben-Ami, Shlomo (2012) [1983]. "El cirujano de hierro. La dictadura de Primo de Rivera (1923-1930)" [Fascism from above: Dictathorship of Primo de Rivera in Spain]. Barcelona: RBA. ISBN 978-84-9006-161-9
49. "Sinopsis de Xauen 1924: La campaña que evitó un nuevo Annual". (2013) ISBN: 9788492714629. Almena Ediciones
50. Anónimo. *El general primo de Rivera y el ministro de Fomento, Conde de Fomento*. 8 de Enero de 1927. *Archivo ABC*.
51. Juliá, Santos (1999). "Un siglo de España. Política y sociedad". Madrid: Marcial Pons. ISBN 84-9537903-1
52. García Queipo de Llano, Genoveva (1997). "El reinado de Alfonso XIII. La modernización fallida". Madrid: *Historia 16*. ISBN 84-7679-318-9.



53. Alfonso Bullón de Mendoza y Gómez de Valugera." José Calvo Sotelo". Barcelona, Ariel, 2004. ISBN 84-344-6718-6
54. Abellán García, Antonio (1979)." Los ferrocarriles del sureste". Instituto Juan Sebastián Elcano/CSIC
55. Garay Vera, Cristián (1987)." El tradicionalismo y los orígenes de la guerra civil española (1927-1937)". Ediciones Hernández Blanco
56. Alía Miranda, Francisco (2006). "Duelo de sables : el General Aguilera de ministro a conspirador contra Primo de Rivera (1917-1931)". Madrid: Biblioteca Nueva. p. 287. ISBN 84-9742-516-2.
57. Baras, Montserrat (1984). "La trajectòria d'Acció Catalana". L'Avenç
58. Avilés Farré, Juan (2006)." La Izquierda burguesa y la tragedia de la II República". Madrid: Comunidad de Madrid. pp. 67-96. ISBN 9788445128817. Archivado desde el original el 3 de noviembre de 2013. Consultado el 28 de septiembre de 2014
59. Juliá, Santos (2009)." La Constitución de 1931". Madrid: lustel. pp. 25; 129. ISBN 978-84-9890-083-5
60. Esteban Gómez" La insurrección de Jaca". 1996. Edita: ESCEGO
61. González Calleja, Eduardo (2003). "El ex-rey". En: Javier Moreno Luzón (Ed.)" Alfonso XIII, un político en el trono" (Madrid: Marcial Pons): 403-436. ISBN 84-95379-59-7.
62. Gil Pecharromán, Julio (1997)." La Segunda República. Esperanzas y frustraciones". Madrid: Historia 16. ISBN 84-7679-319-7.
63. Del Rey, Fernando (2011). "La República de los socialistas". Fernando del Rey (dir.), ed. Palabras como puños." La intransigencia política en la Segunda República española". Madrid: Tecnos. pp. 158-225. ISBN 978-84-309-5217-5
64. Ruiz, David (1988)." Insurrección defensiva y revolución obrera. El octubre español de 1934". Barcelona: Labor. ISBN 84-335-9406-0
65. Aróstegui, Julio (1997)." La Guerra Civil. La ruptura democrática",. Madrid: Historia 16
66. Anónimo. Gobierno de Azaña, 1931. Anécdotas históricas del Congreso- El «despiste» de votar hasta lo que no existe. Archivo ABC
67. Galassi, Cohen (1992) "Al servicio de los campesinos .Todos conformes, pero la reforma no aparece", Castro (1931), págs. 208-209;
68. Álvarez Tardío, Manuel (2002)." Anticlericalismo y libertad de conciencia. Política y religión en la Segunda República Española". Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales. ISBN 84-259-1202-4



69. Ballbé, Manuel (1983). "Orden público y militarismo en la España constitucional (1812-1983)". Madrid: Alianza Editorial. p. 318. ISBN 84-206-2378-4.
70. Ramos, Tano (2012). "El caso Casas Viejas: Crónica de una insidia (1933-1936)". Barcelona: Tusquets. ISBN 978-84-83833919.
71. Casanova, Julián (2007). "República y Guerra Civil". Vol. 8 de la Historia de España, dirigida por Josep Fontana y Ramón Villares. Barcelona: Crítica/Marcial Pons. ISBN 978-84-8432-878-0.
72. Fusi Aizpurúa, Juan Pablo (1985). "Nacionalismo y revolución: Octubre de 1934 en el País Vasco". Gabriel Jackson y otros, ed. Octubre 1934. Cincuenta años para la reflexión. Madrid: Siglo XXI. ISBN 84-323-0515-4
73. Tamames Gómez, Ramón (1974). "Historia de España Alfaguara VII. La República. La Era de Franco". Madrid: Alianza Editorial
74. Prisioneros de la guardia civil en la Revolución de Asturias. Concern Illustrated Daily Courier - Illustration Archive - Narodowe Archiwum Cyfrowe, Poland
75. Marc Fontbona, " El estraperlo, una ruleta política, La Aventura de la historia" (Madrid), núm. 120 (octubre 2008), 36-40
76. Viñas, Ángel; Hernández Sánchez, Fernando (2009). " El desplome de la República. (Ed. rústica 2010)". Barcelona: Crítica. ISBN 978-84-9892-108-3.
77. Rodríguez Jiménez, José Luis, " Historia de Falange Española de las JONS", Alianza Editorial, Madrid, 2000. ISBN 84-206-6750-1
78. Ian Gibson. " La noche en que mataron a Calvo Sotelo". Barcelona, Argos Vergara, 1982. ISBN 84-7178-370-3
79. Arnau, Joa (2019) La edad de plata de la cultura española. Periódico Digital " la Verdad"
80. Díez de Revenga, Francisco Javier, "Panorama crítico de la generación del 27", Madrid, Castalia, 1987
81. " El Informe sobre la sanidad española (1926) de Charles A. Bailey, enviado de la Fundación Rockefeller "Esteban Rodríguez Ocaña, digital CSIC, Cronos, 4 (1-2) 63-79
82. Alpert, Michael (1987). " La guerra civil española en el mar". Madrid: Siglo XXI. ISBN 84-323-0609-6.
83. Bolloten, Burnett (1989). " La Guerra Civil Española: Revolución y Contrarrevolución". Madrid: Alianza Editorial.
84. Aróstegui, Julio (1997). "La Guerra Civil. La ruptura democrática",. Madrid: Historia 16. ISBN 84-7679-320-0
85. Thomas, Hugh (1976). " La Guerra Civil española". Barcelona: Grijalbo. ISBN 978-84-9908-087-1



86. González Duro, Rafael (2008). "Franco. Una biografía psicológica "(1ª edición). Editorial Raíces. ISBN 978-84-86115-62-3
87. Fusi Aizpurua, Juan Pablo (1988)." Franco: autoritarismo y poder personal". A cinco columnas (1.ª edición). Madrid: Ediciones El País, S. A. ISBN 978-84-86459-01-7
88. Tusell Gómez, Javier (1996)." La dictadura de Franco". Grandes obras de historia (1.ª edición). Barcelona: Ediciones Altaya, S. A. ISBN 978-84-487-0637-1
89. Reig Tapia, Alberto (1996)." Franco "caudillo", mito y realidad". Colección Ventana abierta. Madrid: Editorial Tecnos. ISBN 978-84-309-2852-1.
90. Redondo Gálvez, Gonzalo (1993). «II. La Guerra Civil (1936-1939)». Historia de la Iglesia en España. 1931-1939. Madrid: Rialp. ISBN 84-321-3016-8
91. Payne, Stanley George; Palacios, Jesús (2014)." Franco. Una biografía personal y política". Madrid: Planeta. ISBN 978-84-670-0992-7.
92. Varios autores. "Españoles en la Segunda Guerra Mundial: el frente del Este". Ediciones Vandalia, Madrid, 1999, ISBN 978-84-930581-0-4
93. Ballester, Alfonso (1993): Juan Antonio Suanzes 1891-1977." La política industrial de la postguerra", León, LID Editorial empresarial.
94. San Román, Elena (1999); "Ejército e industria : el nacimiento del IN"i, Barcelona, Crítica.
95. Lazo Díaz, Alfonso. "La Iglesia, La Falange y el fascismo", Secretariado de publicaciones de la Universidad de Sevilla, 1998, ISBN 84-472-0494-4
96. Giménez Martínez, Miguel Ángel "La democracia orgánica participación y representación política en la España de franco", Espacio, tiempo y forma. Serie V, Historia contemporánea, ISSN 1130-0124, Nº 27, 2015
97. Jerónimo Sánchez-Beato, Estefanía; Morales Payán, Miguel Ángel (2005). "De las Cortes Españolas al Congreso de los Diputados: el devenir de su presidencia (1942-78)". Almería: Universidad de Almería; Servicio de Publicaciones. ISBN 8482407872
98. Boletín Oficial de Estado. Núm505, 10 de Marzo de 1938, p 6178
99. Formación del Espíritu Nacional: Torcuato Fernández Miranda, "El hombre y la sociedad", Editorial Doncel, Madrid, 1966.
100. "Religión y Nacionalismo vasco en el siglo XX: aproximación desde el sujeto a una relación compleja" Fernando Martínez Rueda. Hispania Sacra, LXIX 140, julio-diciembre 2017, 721-733, ISSN: 0018-215X.
101. Esteban Antxustegui Igartua "El debate nacionalista. Sabino Arana y sus herederos". ISBN 978-84-8371-725-7 Editum, 2008



102. Iñaki Ezkerra Greño, "Sabino Arana O La Sentimentalidad Totalitaria" (Editorial Belacqva) ISBN 8495894610
103. Jiménez Ramos, María - Marrodán Ciordia, Javier (2019). "Heridos y olvidados: Los supervivientes del terrorismo en España". La Esfera de los Libros. ISBN 978-84-9164-520-7.
104. Carreras, Albert; Tafunell, Xavier (2003). "Historia económica de la España contemporánea". Crítica. ISBN 84-8432-502-4.
105. Kennedy, Paul. "The Parliament of Man: The Past, Present, and Future of the United Nations". New York: Random House, 2006
106. Autores diversos (editor: Josep Maria Solé i Sabaté). "El franquisme a Catalunya (1939-1977)". Barcelona: Edicions 62, 2007. ISBN 978-84-297-5985-3.
107. Ysàs, Pere; Molinero, Carme. La anatomía del Franquismo. "De la supervivencia a la agonía, 1945-1977". Barcelona: Editorial Crítica, 2008. ISBN 978-84-8432-006-7.
108. Sánchez Sánchez, Esther M., "El auge del turismo europeo en la España de los años sesenta". Arbor CLXX, 669 (Septiembre 2001), 201-224 pp.
109. Eyre, Pilar: "Dos Borbones en la corte de Franco". La Esfera de los Libros, 2005. ISBN 84-9734
110. Cerdán, Manuel (2013). "Matar a Carrero: la conspiración". Barcelona: Plaza & Janés-393-X
111. Preston, P.: "El triunfo de la democracia en España: 1969-1982". Plaza y Janés. Ed. Barcelona, 1986
112. Aguilar, Paloma. "Memoria y olvido de la Guerra Civil". Madrid, 1996
113. Lorca Alcalá, José María "La guerra de Yom Kippur de 1973 y la subida del crudo en España". Revista de historia contemporánea, ISSN 0213-5868, ISSN-e 2386-4850, Año nº 30, Nº 88, 2015, págs. 147-168
114. Gómez Parra, Rafael. "GRAPO: Los Hijos de Mao", Madrid, Editorial Fundamentos, 1991.
115. Tusell Gómez, Javier (2005). "Dictadura franquista y democracia, 1939-2004". Historia de España (1.ª edición). Madrid: Editorial Crítica. ISBN 978-84-8432-622-9.
116. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1618/1976, de 2 de julio;
117. Suárez-Íñiguez, Enrique (2011). "La transición a la democracia en España: Adolfo Suárez y la ruptura pactada" [online] (23): 161-177. ISSN 0185-1616
118. Fuentes Aragonés, Juan Francisco (2011). "Adolfo Suárez. Una biografía política". Barcelona: Planeta. ISBN 9788408099161.
119. Clemente, J. C. (1994). Historia de la Transición: el fin del apagón, 1973-1981. Madrid (España): Alianza Editorial. ISBN 84-245-0664-2.



120. Carl Schmitt: "Teoría de la Constitución", Ed. Alianza. 2006. ISBN 978-84-206-8057-6
121. Morán, Gregorio (2009). "Adolfo Suárez: ambición y destino". Random House Mondadori. p. 639. ISBN 8483068346
122. Martínez Cuadrado, M.: "El escenario político español en la perspectiva 1975". En Anuario Económico y social de España. 1975. Ed. Planeta. Barcelona, 1976.
123. Alfonso Bullón de Mendoza y Gómez de Valugera. "José Calvo Sotelo". Barcelona, Ariel, 2004. ISBN 84-344-6718-6
124. Barriopedro, Manuel P. El teniente coronel Tejero irrumpe en el Congreso de los Diputados durante la investidura de Calvo Sotelo. EFE. Periódico El Español.
125. Mazarrasa, Javier de (1993). "Corazón, cañones, corazas: División Acorazada Brunete no. 1 : cincuenta años de historia". ISBN 9788460615538.
126. Busquets, Julio; Aguilar, Miguel; Puche, Ignacio (1981). "El golpe: anatomía y claves del asalto al Congreso".
127. Boletín Oficial del Estado.núm. 247, de 15/10/1983BN 978-84-344-2493-7
128. Ruiz, David (2002). "La España democrática (1975-2000). Política y sociedad". Madrid: Síntesis. ISBN 84-9756-015-9.
129. Rodríguez Jiménez, José Luis (1994). "Reaccionarios y golpistas. La extrema derecha en España: del tardofranquismo a la consolidación de la democracia (1967-1982)". Madrid: CSIC
130. Carreras, Albert; Tafunell, Xavier, eds. (2005). Estadísticas históricas de España: siglos XIX-XX. Bilbao: Fundación BBVA. p. 1117. ISBN 978-84-96515-00-0.
131. Juliá, 1999, p. 270-271. "El resultado de las urnas, que le permitía gobernar por tercera vez sin necesidad de coaliciones, debe atribuirse en buena medida a la reluctancia de los electores a votar un partido que aparecía anclado en la derecha, y para muchos en la extrema derecha, del mapa político"
132. Ley 1/1990 de 3 de octubre, Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo. Ministerio de Educación. 1990.
133. Boletín Oficial del Estado 29 de abril de 1986. Ley General de Sanidad
134. Badosa Pagés, Juan. "La adhesión de España a la CEE". Información Comercial Española, ICE: Revista de economía, ISSN 0019-977X, Nº 826, 2005, págs. 99-106
135. Boletín Oficial del Estado de España - Real Decreto 214/1986, de 6 de febrero, por el que se somete a referéndum de la Nación la decisión política del Gobierno en relación con la Alianza Atlántica.
136. Miralles, Melchor; Onetti, Antonio; "GAL: la historia que sacudió el país". 2006. La Esfera de los Libros, S.L. ISBN 978-84-9734-552-1





137. Muñoz, Pedro (1990). RTVE: La sombra del escándalo. Madrid: Ediciones Temas de Hoy. ISBN 84-7880-026-3.
138. Heywood, Paul M. (2005). "Corruption, democracy and governance in contemporary Spain". En: Sebastian Balfour (Ed.). The Politics of Contemporary Spain (Londres y Nueva York: Routledge): 39-60. ISBN 0-415-35677-6.
139. Lago, Concha (28 de febrero de 2010). "Luis Roldán sale de prisión". Diario de Noticias de Navarra el original el 7 de marzo de 2012.
140. Archivado de Comité Organizador de los Juegos de la XXV Olimpiada (1993). Official Report of the Organizing Committee of the Games of the XXV Olympiad. Barcelona: Comité Organizador de los Juegos de la XXV Olimpiadas.
141. Juan Carlos García De Bock. "La Exposición Universal de Sevilla, 20 años después". Estípite Ediciones, Sevilla, 2013 - ISBN 978-84-938041-4-5
142. Manzano Manzano, Juan. "Colón descubrió América del Sur en 1494". Caracas: Academia Nacional de la Historia, 1972
143. Tusell, Javier (2004). "El aznarato: El gobierno del Partido Popular 1996-2003". Madrid: Aguilar. ISBN 8403094221.
144. Bestard, JJ. "Sanidad, desarrollo constitucional y Solidaridad I". La voz de expertos. Jano, de 23 de enero de 2009. Nº 1723
145. Enrique Conde Gargollo, (1976), "Mateo Seoane y Sobral: vallisoletano, médico, liberal y romántico (1791- 1870)", Monte Casino
146. Boletín del Estado, núm 102, p 15207 Ley /4/1986, de 25 de abril. Ley General de Sanidad
147. Ossorio y Bernard, Manuel (1903). "Méndez Álvaro (Francisco)". Ensayo de un catálogo de periodistas españoles del siglo XIX. Madrid: Imprenta y litografía de J. Palacios. p. 272.
148. Gaceta de Madrid:núm. 4577, de 27/03/1847, páginas 1 a 2. Departamento: Ministerio de la Gobernación
149. Sainz Moreno, Laureano. "La Sociedad Española de Higiene. Un siglo al servicio de la salud pública" Cincuentenario de la Asociación del Cuerpo Nacional de Veterinarios, 2004, págs. 661-679
150. "Esteban Rodríguez Ocaña", Revista de historia de la medicina y de la ciencia, ISSN 0210-4466, Vol. 71, Fasc. 1 (enero-junio), 2019
151. Gaceta de Madrid. Núm. 23, 23 Enero 1904, p 290
152. Gaceta de Madrid núm. 60, de 29/02/1908, páginas 875 a 876. Ley de creación del Instituto Nacional de Previsión, de 27 de febrero 1908



153. Redondo Rincón, Gloria (2013). "El seguro obligatorio de enfermedad en España: responsables técnicos y políticos de su implantación durante el franquismo". Universidad Complutense de Madrid. Consultado el 30 de marzo de 2019
154. César Gala Vallejo (1961) "La seguridad social en España, Servicio de Información y Publicaciones de la Organización Sindical". Libro declarado de Utilidad Pública
155. Gaceta de Madrid: núm. 62, de 02/08/1805, páginas 662 a 663
156. Alcalá-Zamora, Niceto (2002). "Los defectos de la Constitución de 1931 y tres años de experiencia constitucional". Málaga: Patronato 'Niceto Alcalá-Zamora y Torres'. ISBN 84-932071-6-0.
157. Jiménez Lucena, Isabel."El tifus exantemático de la posguerra española (1939- 1943) El uso de una enfermedad colectiva en la legitimación del Nuevo Estado" Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam. Vol. 14, 1994, pp. 185-198.ISSN: 0211-9536
158. Boletín Oficial del Estado, Ley de 25 de Noviembre de 1944 de Bases de Sanidad Nacional. 26 noviembre 1944. pp 8908- 8910.
159. Boletín Oficial del Estado. Ley del 13 de Diciembre de 1943, de Bases del Patronato Nacional Antituberculoso. núm 349,pp 11917- 11919
160. Boletín Oficial del Estado núm. 99, de 25 de abril de 1958, páginas 739 a 740 (2 págs.)
161. "Nuestros orígenes. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria". Archivado desde el original el 4 de julio de 2011. Consultado el 7 de mayo de 2011
162. Ministerio de Sanidad y Consumo. RD 1270/1983, de 30 de marzo, por el que se regula la Orden Civil de Sanidad. BOE. 21/5/1983; (121):14215-6
163. BOE. núm. 175, de 23 de julio de 1962, páginas 10269 a 10271 (3 págs.)
164. Caracuel, M. R. A., & Fernández, M. G. (1999). "La seguridad social en España". Revista andaluza de relaciones laborales, (7), 285-289.
165. BOE, núm. 174, 22 de Julio 1971, pp 12015- 12016. Estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social.
166. BOE núm. 173, de 20 de julio de 1974, páginas 15081 a 15097 (17 págs.)
167. Carl Schmitt: "Teoría de la Constitución", Ed. Alianza. 2006. ISBN 978-84-206-8057-6
168. David A. Tejada de Rivero "La historia de la Conferencia de Alma-Ata" Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, ISSN-e 2304-5132, ISSN 2304-5124, Vol. 64, Nº. 3, 2018, págs. 361-366
169. Carta de Ottawa Para la Promoción de la Salud. Salud Publica Educ. Salud 2001; 1 (1): 19-22



170. Gaceta de Madrid núm. 60, de 29/02/1908, páginas 875 a 876. Ley de creación del Instituto Nacional de Previsión, de 27 de febrero 190
171. Ley de creación del Instituto Nacional de Previsión, de 27 de febrero 1908. GAZETA.
172. Aparicio Tovar, Joaquín. "La seguridad social y la protección de la salud" / Joaquín Aparicio Tovar.[1ª ed.] Madrid Civitas,( 1989 )243 p.
- 173 Escobar Roca, Guillermo "Los derechos fundamentales sociales y la protección de la salud". Guillermo Escobar Roca, en Revista de derecho político. p. 113-148 - N. 71-72 (2008), p. 113-148.
174. Muñoz Machado, Santiago."La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos" Santiago Muñoz Machado.-Madrid: Alianza Editorial, (1995) 176 p.
175. Lema Añón, Carlos. "Salud, justicia, derechos: el derecho a la salud como derecho social" Carlos Lema Añón.--Madrid: Dykinson, [2009] 296 p.
176. María Irazusta y Antonio Sierra. "Las Recetas del Pacto de Toledo". Suplemento Su dinero, diario El Mundo. Número 33, Domingo 2 de junio de 1996
177. Olivera Massó, Pablo "Comentarios y concordancias a la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios". 1ª ed Cizur Menor, Navarra: Aranzadi, 2007.450 p.
178. González Iglesias, J. Año 1901. "Nacimiento de la Odontólogos: Historia de la Odontoestomatología española"., Madrid; Ed. Avances; 1994. pag. 407-422
179. Ustrell Jm. Antecedentes de la Odontología que vivió el Dr. Joan Carol. En : Ustrell JM. Barcelona: Ed. Familia Carol 2000. Pag 91-93
180. Sanz J. El siglo XX. La odontología en La Universidad. En : Sanz J. La Odontología y la Casa Real Española. Madrid: Ed. Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España; 1995. Pag 85- 93
181. Ustrell JM. "Odontología del Nostre Sigle". En: Ustrell Jm. Barcelona, Ed.Universitat de Barcelona; 1997 pag 169- 214.
182. González Iglesias J. "Estudio Histórico de la Enseñanza Oficial de la Prótesis Dental en España". Revista actual Odontoestomatología Española 1988; 378: 57-70
183. Unión Dental Española. Sesión inagural. "La Odontología"1903. 1pp. 33-41.
184. Sanz J.Odontología versus Estomatología. Un caso excepcionalmente singular en la España científica del siglo. Medicina e Historia, 2002, 4, pag 15.
185. Castaño A, Doldán J. La Odontología como Licenciatura Universitaria en España (1901-2001). En: Castaño A, Doldán J. Manual de introducción a la Odontología. Madrid: Ed. Ripano; 2005. p. 79-81.



186. Pardo MJ. "La Escuela de Odontología de Madrid." Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. 2013.
187. Castaño A, Ribas D. El factor social como determinante de la salud oral. En: Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología Social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla: Ed. Fundación Odontología Social. Sevilla; 2012. p. 83-87
188. Gaceta de Madrid de 17 de Febrero. Madrid, 1876 ; 48: 406
189. Boletín de la Revista General de Legislación y Jurisprudencia. Año 1862. Tomo 153: Madrid, 1914.
190. Baca Ponce A. "La Odontología española en el primer cuarto del siglo actual". Boletín de Inf. Dental. 1968; 218: 183-192.
191. Álvarez-Sierra J. "Como nació la Odontología en España". ABC Madrid. 5 de Octubre de 1968: 30-31.
192. García Barbero J. La enseñanza de la Odontología en España. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 1981
193. Pérez, Tirso: "La Higiene Dental". La Moderna Odontología, vol. II, pp 296. Madrid, 1898 (A)
194. Pérez Cano, Vicente. "Vulgarización de la Higiene de la Boca "en Revista "la Odontología"vol.XIII pag 143, Madrid 1904
195. Carol P. El pasado, el presente y el porvenir de la profesión dental española. Revista La Odontología. 1918; 10: 537-541.
196. España. Gaceta de Madrid, núm 263, 20 de Septiembre de 1913 , pp 677- 680.
197. Monfort J. Estomatología y Medicina Preventiva. An Med. Civ. 1976 ; 243: 1-10
198. Anónimo. Legislación del Concurso para inspectores escolares. En Revista "La Odontología". Mayo núm 5. Zaragoza 1932, pp 17-18
199. Gaceta de Madrid, núm 11, 11 de enero de 1918, p.108
200. Anónimo. España Médica (Madrid, 1911 ), 10 de Marzo de 1921, p. 12
201. Anónimo, "La Nación", Madrid.16 de Enero de 1926, p.3
202. Sanz J. Historia del periodismo odontológico español. 1872- 1950. Guadalajara: AACHE. Ediciones Guadalajara; 2012.
203. Biblioteca Nacional de España, Gaceta Madrid 1927. Octubre 1925 Pp. 428-433
204. Domínguez Villagrà D, "Odontología Sanitaria". 1932, Biblioteca Nacional de España. Vc/1160718
205. Landete, B. "Odontología Clínica ", núm2, 1929, pag 122



206. Gallastegui I. La Odontología española del siglo XIX. Influencia de Florestán Aguilar en el desarrollo de la misma. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. 1981.
207. Carol P. Inspección Dental Escolar. Beneficios que reporta. La odontología, 1917; pp 219-223.
208. González-Iglesias J. La Odontología durante la Guerra Civil. En: González-Iglesias J. Historia de la Odontoestomatología Española. Madrid: Ed. Avances; 1994. p. 483-485.
209. González-Iglesias J. Las primeras promociones de odontólogos tras la Guerra Civil. En: González-Iglesias J. Cincuenta años de Estomatología en España con sus antecedentes históricos. Madrid: Ed. Fundación Dental Española; 1998. p. 110
210. Boletín Oficial del Estado Número 456. 20 de enero de 1938. Madrid, 1938. p. 5.338-5341.
211. Boletín Oficial del Estado. Núm. 107, 17 de Abril, 1942 pp 26-91
212. Boletín Oficial del Estado. Núm. 36, 5 de Febrero de 1943. Madrid, 1943. pp1204-1205
213. Ruiz Colmenar, Alberto. Reinauguración de la Ciudad Universitaria.I." La arquitectura para no arquitectos. La Arquitectura en la prensa española a través de ABC y La Vanguardia". Tesis doctoral, 2018
214. González-Iglesias J. Las primeras promociones de odontólogos tras la Guerra Civil. En: González-Iglesias J. Cincuenta años de Estomatología en España con sus antecedentes históricos. Madrid: Ed. Fundación Dental Española; 1998. p. 110
215. B.O.E. Número 36. 5 de febrero de 1943. Madrid, 1943. p. 1.2041.205.
216. González-Iglesias J. La Odontoestomatología Española de la postguerra civil. En: González-Iglesias J. Cincuenta años de Estomatología en España con sus antecedentes históricos. Madrid: Ed. Fundación Dental Española; 1998. p. 107-108.
217. Tapias Ledesma MA, Jiménez García R, Carrasco Garrido P, et al. Evolución de la prevalencia de caries en una población infantil de Móstoles entre 1988-1997. Av Odontoestomatol. 2005; 21-6:333-9.
218. Castaño A, Ribas D, ed. Odontología preventiva y comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla: Fundación Odontología Social, 2012: 625-632.
219. Pozuelo, I. (2003). «Características del desarrollo urbano reciente en Andalucía. El siglo XX». Geografía de Andalucía (Coor. López Antonio). Barcelona: Ariel Geografía. ISBN 84-344-3476-8.
220. Organización Mundial de la Salud (1988). "Salud para todos 2000" Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Sevilla.
221. Villanueva Díaz, Fernando. "Andalucía, siglo y medio de caciquismo", 4 de Mayo, 2011. Libertad Digital.



222. Ramos, Tano (2012). "El caso Casas Viejas: Crónica de una insidia (1933-1936)". Barcelona: Tusquets. ISBN 978-84-83833919
223. «Los requisitos para cobrar el nuevo PER», en Su Dinero, semanario de El Mundo (domingo, 29 de diciembre de 1996)
224. Alijo Hidalgo, Francisco: Málaga y la crisis de 1909, Mem. lic. inéd., Granada, 1972
225. Sanz Serulla, J. Los orígenes, con sus controversias, de la colegiación odontológica en España. Odontólogos de hoy. 13 de Marzo, 2019.
226. González-Iglesias J. Historia de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Madrid: Ed. Consejo General de Odontólogos y Estomatólogos de España; 1981. p. 37-39.
227. Portuondo R. El servicio dental en las fábricas y talleres. Libro de Actas del V Congreso Nacional de Odontología. Madrid, 1909; 84
228. Rahola Sastre J. los llamados dentistas y cirujano-dentistas del último tercio del siglo XIX y primero del XX, en Barcelona. (Apuntes para la historia de la odontología local III) Bol COEC. 1964; 41: 9- 22.
229. Ustrell JM. Consolidació de l'Odontología. En: Ustrell JM Història de l'Odontología. Barcelona: Ed Universitat de Barcelona; 1997. p. 127-166
230. García-Perla A. 100 años de historia de la Odontología sevillana (del "curandero-sacamuelas" al Médico Estomatólogo). Tesis doctoral. Sevilla. 1974.
231. Sanz R. Los practicantes y el ejercicio de la Odontología. Tesis. Madrid. Universidad Complutense de Madrid; 2006
232. Martínez y Vargas, Andrés. Ley de 12 de julio de 1941 de Sanidad infantil y Maternal. Semana médica española: revista técnica y profesional de ciencias médicas, ISSN 1131-0049, Nº. Extra 134, 1941, págs. 97-98
233. GALLEGO MÉNDEZ, María Teresa (1983). Divulgadoras sanitario rurales . En: Mujer, Falange y Franquismo, Madrid, Taurus, pp. 124-126.
234. Viciano Fernández, Francisco Javier. "La transición demográfica y sanitaria en Andalucía durante el siglo XX". Departamento de Ciencias Socio-Sanitaria Universidad de Sevilla, Tesis doctoral, 1998.
235. Ruiloba Quecedo C. Arquitectura sanitaria. Madrid; Instituto de Salud Carlos III, 2014. En prensa
236. Molero Mesa, J. Enfermedad y previsión social en España durante el primer franquismo (1936-1951). El frustrado seguro obligatorio contra la tuberculosis. Dynamis, 1994; 14: 199-225.



237. Rodríguez Ocaña, E. Enfermedad y sociedad en la Andalucía del siglo XIX: la epidemia de cólera de 1833 -35. Universidad de Granada, 1980. [Tesis doctoral].
238. Cordero MA, Castaño A, Fernández A, Casado A, González A. Demografía Profesional Odontológica en España. Dental Economics. 1998, 4 (3): 18-24.
239. Editorial. Aníbal González "Sevillano del año 1987". Rodríguez Brioso nuevo Presidente de Cádiz. Boletín Informativo del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la IV Región 1987; 3: 19- 28.
240. Boletín número 14, Decreto 32/1985, de 5 de febrero sobre fluoración de aguas potables de consumo público.
241. Gaceta dental: Industria y profesiones, ISSN 1135-2949, Nº. 247, 2013, págs. 86-87
242. RAPADO, J.R. (1983), Migraciones regionales y evolución de la ocupación en España. Revista Española de Investigaciones Sociológicas Volúmen 22, pp.77-100.
243. SANTILLANA, I. (1984), Las migraciones internas en España: necesidad de ordenación. Información Comercial Española, 609, pp.23-35
244. OECD (2001), Territorial Reviews, Teruel, Spain. Paris: 2001
245. MIKELARENA PEÑA, F. (1993), Los Movimientos Migratorios interprovinciales en España entre 1877 y 1930: áreas de atracción, áreas de expulsión, periodización cronológica y cuencas migratorias. Cuadernos Aragoneses de Economía. Volúmen 3, número 2, pp.213-240
246. ILBERY, B. (ed.) (1998), The geography of rural change. Harlow: Longman.
247. Demografía de Sos del Rey Católico (Zaragoza). Publicaciones estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas. INE.
248. GARCÍA MAINAR, I. (2004), Módulo VII. Despoblación y capital humano. Postgrado online en Políticas Demográficas y Económicas frente a la Despoblación. Zaragoza/Huesca: Universidad de Zaragoza.
249. FERRER REGALES, M. (1989), Redistribución espacial y jerárquica de la población española. En: Análisis del desarrollo de la población española en el periodo 1970-1986. Grupo de Población de la A.G.E. Madrid: Síntesis, D.L
250. DOMÍNGUEZ MARTÍN, R. (2002), Tendencias y tipologías de las desigualdades económicas regionales en España en la larga duración. Postgrado on-line en Políticas Demográficas y Económicas frente a la Despoblación. Zaragoza/Huesca: Universidad de Zaragoza.
251. Historia de Aragón, Vol. 2, 1989 (Economía y sociedad), ISBN 84-7820-316-8, págs. 469-476



252. Sarasa Sánchez Esteban. “Mudéjares y Cristianos en Aragón” Convivencia Coexistencia y Convivencia” Anuario del Centro de la Universidad Nacional de Educación a Distancia en Calatayud. N.º 22, pp. 45-54, 2016 ,Universidad de Zaragoza.
253. Antonio Ubieto Arteta, Historia de Aragón, Zaragoza, Anubar, 1981-1989, VI vols.
254. Guillermo Fatás Cabeza y Guillermo Redondo Veintemillas, Blasón de Aragón: el escudo y la bandera, Zaragoza, Diputación General de Aragón, 1995, pág. 4
255. Los movimientos de protesta social en el siglo XX. Autores: Julián Casanova Ruiz Localización: Historia de Aragón, Vol. 2, 1989 (Economía y sociedad), ISBN 84-7820-316-8, págs.469-476
256. Sanidad Protección y Políticas Sociales. Atlas Nacional de España.Capítulo 15 pp. 368-370
257. Monasterio y hospital de Santa Cristina de Somport. Patrimonio arquitectónico. Gobierno de Aragón.
258. Noguerol B, Llodrá JC, Sicilia A, Follana M. La salud bucodental en España. 1994. Antecedentes y perspectiva de futuro. Madrid: Ed. Avances; 1995.
259. “Bibliografía. Sobre la Patología dental del Sr. Riva Fortuño” La Odontología: Revista mensual de cirugía y prótesis dental, ISSN 0212-8128, Vol. 9, N.º. 9 (SEPT), 1900, págs. 447-448
260. Diccionario Histórico. Sociedad Española de Historia de la Odontología, Índice onomástico.
261. Avilés Gutiérrez Paloma. Evaluación del Sistema Dental Infantil en Extremadura desde el 2010 al 2015. Madrid 2019, Tesis doctoral.
262. Encuentro interterritorial por el cambio demográfico (2013): Declaración institucional sobre la crisis demográfica. Oviedo, 7 pp.
263. Comité económico y social europeo (2011): El papel de la política familiar en el cambio demográfico: compartir las mejores prácticas entre los estados miembros. Dictamen SOC/399, pp13
264. Bryden, j. (2000): “¿Declive? ¿Qué declive?: El renacimiento demográfico ya se percibe en muchos territorios rurales” LEADER Magazine, núm. 22.
265. Anónimo Gráfica de evolución demográfica de Demografía de Asturias. Lista de concejos de Asturias por población
266. Historia básica de Asturias. Francisco Erice y Jorge Uría. Gijón, Silverio Cañada, 1990.
267. Historia de Asturias. A. Fernández Pérez y F. Frieria Suárez (coordinadores), Jorge Camino Mayor, Miguel Calleja Puerta, José Manuel Fernández Álvarez, Marta Frieria Álvarez, Víctor Rodríguez Infiesta (autores). Oviedo, KRK Ediciones, 2005. ISBN 84-96476-60-X
268. FERRERÍA, J. P.: opus cit., pp. 107-109 Hispania, LXII/3, num. 212 (2002) 1059-109





269. Florentino del Valle SI. Sisinio Nevares SI (1878-1946). Realizador y guía en la Encrucijada social del siglo XX ISBN 84-7009-356-8
270. Ruiz González, David (1987). «La crisis de 1917». En: Manuel Tuñón de Lara. Historia de España. Revolución burguesa, oligarquía y constitucionalismo (1834-1923)
271. Álvarez Ceferino."El Sindicato Único de Mineros de Asturias (SUM) 1922-1935" Tiempo y Forma, Serie V, H." Contemporánea, t. 15, 2002, págs. 279-315.
272. Díaz Nosty, Bernardo (1974). La Comuna asturiana: revolución de octubre de 1934. Zero.
273. Sánchez García-Saúco, J.A.. (1974), La revolución de 1934 en Asturias. Editora Nacional. Madrid. ISBN 84-276-1217-6.
274. García Gómez, Emilio. (2019), Asturias 1934. Historia de una tragedia. 3ª edición. ISBN 978-84-1331-845-5.
275. Benito del Pozo,Paz, Carrera, J.L. "El Impulso del franquismo a la siderurgia en Asturias y su Eco patrimonial" Departamento de Geografía y Geología Universidad de León
276. García Gómez, E. Asturia 1934, Hospital Provincial Oviedo Llamaquique, 1ª edición septiembre 2009 ISBN: 978-84-7956-056-0
277. Reglamento del Hospital de Caridad de Avilés (1887) - Hospital de Caridad de Avilés. Biblioteca Virtual de Asturias.
278. Gran Enciclopedia Asturiana Ed. Silverio Cañada, Gijón (1970) ISBN 84-7286-022-1
279. Historia básica de Asturias. Francisco Erice y Jorge Uría. Gijón, Silverio Cañada, 1990.
280. Sanz M. Microbiología de la Enfermedad Periodontal. En: Bascones A. Periodoncia. Madrid: Antibióticos, S.A.; 1985. p. 87-97)
281. Linares Argüelles, Mariano; Pindado Uslé, Jesús; Aedo Pérez, Carlos. (1985). «Tomo III». Gran Enciclopedia de Cantabria. Santander: Editorial Cantabria, S.A. ISBN 84-86420-03-2.
282. Gráfica de evolución demográfica de Demografía de Asturias. Lista de concejos de Asturias por población.
283. BUSTELO, F. (1985): La población española del siglo XIX: un crecimiento preindustrial. ICE (Información Comercial Española), revista de economía 623: 21- 6. Madrid. CASADO SOTO, J. L. (1986)
284. Historia General de Cantabria. Tomo V. Ediciones Tantín. Santander.
285. GARAY SALAZAR, J., OJEDA S. MIGUEL, R. (2003): Notas históricas del noble Cabildo de Pescadores y Mareantes de S. Andrés y S. Pedro de Castro Urdiales. Ed. Beta III Milenio S. L. Bilbao
286. BARÓ PAZOS, J., ESTRADA SÁNCHEZ, M., SERNA VALLEJO M. (2003): De la Junta de Sámano al ayuntamiento constitucional; 1347-1872. Ed. Universidad de Cantabria. Santander.



287. J. Burgueño, Geografía política de la España constitucional, ob. cit., pp. 19 y ss.
288. Fernández Sebastián, Javier. «The Awakening of Public Opinion in Spain. The Rise of a New Power and the Sociogenesis of a Concept», en Opinion, Peter-Eckhard Knabe, ed., Berlín 2000, pp. 45-79
289. HOMOBONO, J. I. (1994): "La actividad minera en la zona de Castro Urdiales, 1791-1986" La cuenca minera vizcaína: Trabajo, patrimonio y cultura popular: 63-96. Ed. FEVE. Madrid.
290. Lanza, R. (1998): La población y el crecimiento económico de Cantabria en el antiguo régimen. Ed. Universidad Autónoma de Madrid: Universidad de Cantabria, Servicio de publicaciones de la. Santander.
291. Tesis Práctica Médica y Atención a la Salud y a la Enfermedad en la Villa Cántara de Castro Urdiales. (1830- 1930).
292. Práctica Médica y Atención a la salud y a la enfermedad en la Villa Cántabra de Castro Urdiales (1830-1930) Universidad de Cantabria. Departamento de Ciencias Médicas y quirúrgicas.
293. Muñoz Machado, S. (1975): La sanidad Pública en España. Evolución histórica y situación actual. Ed. Instituto de Estudios Administrativos. Madrid.
294. Navarro García, R. (2001): Historia de la sanidad marítima en España. Ed. Instituto de Salud Carlos III. Madrid
295. "UNIDAD DE SALUD BUCODENTAL DE LIENCRES Educación, asistencia y prevención hasta la pubertad".Diario de Montañes. 6 de Mayo, 2013
296. Consejo de Sanidad de Cantabria. Orden SAN/67/2019.Unidad de Salud Bucodental de Liencres
297. Población de España, datos y mapas. Página web de la Universidad de Castilla-La Mancha.
298. Instituto Nacional de Estadística. Menú de datos estadísticos sobre demografía y población.
299. Tizziano Bonazi: «Mito político», en Diccionario de Política (dirigido por Norberto Bobbio y Nicola Matteuci), Siglo XXI de España, Madrid, 1983, vol. 1, págs. 1022 y 1024
300. Reig Tapia , A. "El Asedio del Alcázar: mito y símbolo político del franquismo." Subvertere fidem, veritate corrumpiret, scinderet unitatem. Thascius Caecilius Cyprianus (SAN CIPRIANO),De Catholicae Ecclesiae unitate.
301. Rivas Moreno, Francisco, El regionalismo manchego, Cuenca, Universidad de Castilla-La Mancha, 2007, estudio introductorio de Esmeralda Muñoz Sánchez.
302. Sánchez Sánchez, Isidro, Castilla-La Mancha en la época contemporánea (1808-1939). Toledo, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 1986



303. Sánchez Sánchez, Isidro y Villena Espinosa, Rafael, Testigo de lo pasado. Castilla-La Mancha en sus documentos, Tomelloso, Ediciones Soubriet, 2005.
304. "Asistencia sanitaria y salud pública en Talavera de la Reina durante la Guerra Civil (1936-1939)" Juan Atenza Fernández, Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia 71(2), julio-diciembre 2019, p282 ISSN-L: 0210-4466
305. Bachiller, Carmen. Los sanitarios en Talavera de la Reina, historias de represión y el exilio en la Guerra Civil. ToledoDiario.09 de Agosto del 2019.
306. Navarro Montes, I .Estudio epidemiológico de salud bucodental en una población infantil-adolescente de Castilla la Manch,2010.
307. Caballero Fernández-Rufete, P, Delgado Urrecho J.M y Martínez Fernández L.C."La evolución demográfica de Castilla y León: una trayectoria que refleja los rasgos y manifiesta las contradicciones del modelo español". Departamento de Geografía
308. Miguel, Amando de; Moral, Félix (1984). La población castellana. Valladolid.
309. Martín, José Luis (1982). Castellano y libre, mito y realidad. Valladolid.
310. González Clavero, Mariano (2003). «Fuerzas políticas en el proceso autonómico de Castilla y León: 1975-1983». El Proceso autonómico de Castilla y León (Valladolid, tesis doctoral).
311. Fernández Díez, Gregorio (1926). El Valor de Castilla. Ávila
312. Blanco Rodríguez, J.A y Valdeón Baruque, J. Regionalismo y autonomía en Castilla y León, Consejería de Educación y Cultura, 2004
313. López Castrejón, Enrique, Historia de Castilla y León, Reno, 1986
314. Palacios Bañuelos, Luis, Historia de Castilla y León, Páramo, 1996
315. Plan de desarrollo regional de Castilla y León. (1984.) Valladolid : Consejería de Economía y Hacienda, 1984 159 p. ; 24 cm
316. Costa Martínez, Joaquín (1902). "Oligarquía y caciquismo como la forma actual de gobierno en España: urgencia y modo de cambiarla." Madrid: Los hijos de M.G. Hernández
317. "Asistencia hospitalaria en la ciudad de León a lo largo de diez siglos". Investigación en León, A. Álvarez, A. Diario de León (2009)
318. Distribución territorial de las áreas de salud de Castilla y León en el año 2000. Fuente Junta de Castilla y León.
319. Cortés Vázquez, Luis (1984). Ad summum caeli. El programa alegórico humanista de la escalera de la Universidad de Salamanca
320. San José Anai, "El Programa de Salud Bucodental de Castilla y León y su percepción por los profesionales sanitarios de atención primaria de Segovia". Tesis doctoral 2013



321. Moreno, A. Gunzberg, J. "Las crisis demográficas en Cataluña siglos XIV al XVII" Algunas reflexiones. Universidad de Barcelona
322. Demografía en Cataluña 1900-2000. Instituto Nacional de Estadística
323. Ben-Ami, Shlomo (2012) [1983]. El cirujano de hierro. La dictadura de Primo de Rivera (1923-1930) Barcelona: RBA. ISBN 978-84-9006-161-9
324. Autores diversos (editor: Josep Maria Solé i Sabaté). "El franquisme a Catalunya (1939-1977)". Barcelona: Edicions 62, 2007. ISBN 978-84-297-5985-3.
325. Puente, Julio (2018). "Cataluña entre la sensatez y el delirio". Madrid: Liber Factory
326. López Piñeiro, José María: La medicina en la Historia. Salvat. Barcelona. 1984, 64pp.
327. José Boniquet Colobrans. Galería de Metges Catalans.
328. Lecciones de historia de la Odontología. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia. Valencia. 1990, 116 pp.
329. Barcelo Sierra, Pablo: Historia de la odontoestomatología balear (1875-1936) Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Estomatología de Madrid. 1989, 240 pp.
330. Pérez Díaz, A. La población extremeña: de un pasado difícil a un futuro incierto Revista de Estudios Extremeños, 2017, Tomo LXXIII, Número I, pp. 861-910
331. Osta, J. Oligarquía y caciquismo. Colectivismo agrario y otros escritos. Alianza editorial. Madrid, 1969.
332. Uñón de Lara, M. El movimiento obrero en la historia de España. Ed. Laía. Madrid 1972
333. Details of the establishment and future legacy of the Rockefeller Foundation - see Ron Chernow, Titan: The Life of John D. Rockefeller, Sr., New York: Warner Books, 1998, (pp. 563-566)
334. SanjurjoTrigueros, "David Domínguez Villagrà and the Sanitary Dentistry". S. Licenciada en Odontología, UCM
335. Semata, Ciências Sociais e Humanidades, ISSN 1137-9669, 2006, vol. 18: 143-166
336. Beiras, X.M. y López, A. (1999): A poboación galega no século XX, Santiago, Ed. Laiovento
337. Hernández Borge, J (2003): "La inmigración exterior en Galicia", Papeles de Geografía, 37, pp. 155-164.
338. Plan galego de persoas maiores 2001-2006 (2001), Vigo, Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade e Servizos Sociais
339. Lorenzo García, V. La salud bucodental en los escolares gallegos. 1995.
340. Evolución demográfica de la población de Palma de Mallorca. Fuente INE.



341. Balfour, Sebastian (1999). Spain and the Great Powers in the Twentieth Century. Routledge. ISBN 978-0415180788.
342. Merino Álvarez, A .La sociedad abulense durante el siglo XVI: la nobleza en google books.
343. Rodríguez Tejerina, J.M. La Radiología balear en la primera mitad del siglo XX
344. Barcelo Serra, P. "Historia de la odontoestomatología balear (1875-1936)" Tesis de Pablo Barceló Serra, Rafael Riobóo García (dir. tes.)
345. "Pensaba que los dentistas eran poco solidarios, y descubrí que no" en <https://odsolidaria.org/> 31, 10,2015.
346. Anónimo. Evolución demográfica de la población de Islas Canarias. INE
347. Tous Meliá, Juan (1996). Museo Militar Regional de Canarias, ed. El plan de las afortunadas islas del Reyno de Canarias y la isla de San Borondón. p. 19. ISBN 84-920318-7-5.
348. Pezón Felpe, P.F "La represión franquista en las Islas Canarias 1936-1950", pág. 9
349. de Mesonero Romanos, Ramón; Fernández de los Ríos, Ángel (1844). Semanario pintoresco español. Madrid: Imprenta de D. F. Suárez. p. 288.
350. León Álvarez, Aaron. La Segunda República en Canarias Editorial: LeCanarien Ediciones ISBN: 9788461569922
351. González Vázquez, Salvador "La Semana Roja en La Palma". La Laguna (Santa Cruz de Tenerife), Centro de Cultura Popular Canaria, 2004, ISBN 84-7926-470-5
352. Salcedo-Cassal. Historia de la Medicina en Fuerteventura. Edita: Fundación Canaria del Colegio de médicos de las Palmas.
353. Bosch Millares, Juan. 1949. "Los Hospitales de Gran Canaria". Revista del Museo Canario 29-30
354. Barroso Alfaro, Manuel. 1997. Dr. Tomás Mena y Mesa. Médico Ilustre de Fuerteventura. 1802-1868. Puerto del Rosario: Cabildo Insular de Fuerteventura.
355. Gómez Santos G. Servicio de Epidemiología y Promoción de la Salud, Dirección General de Salud Pública, Servicio Canario de Salud. Gaceta Dental, 2000; 109: 72-76.
356. Fidalgo García, Pablo & Martín Espinosa, Agustín (2005). Atlas Estadístico de la Comunidad de Madrid 2005. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. ISBN 84-451-2786-1
357. González Iglesias, J."Cincuenta años de Estomatología en España con sus antecedentes históricos".
- 358 .Monedero Pardo, M.J. "La Cátedra de Prótesis de la Escuela de Odontología de Madrid".
359. Caricaturas de dentistas españoles. Sociedad Española de Historia de la Odontología.



360. Irigoyen Corta, Manuel, La odontología española del siglo XVIII, Salamanca, Universidad de Salamanca, 1967.
361. López de la Vega, José, "El cirujano dentista D. Antonio Rotondo", Revista Odontológica, 1, 1875, págs. 27-30.
362. Pardo Monedero, María Jesús, "La Escuela de Odontología de Madrid" (tesis doctoral), Madrid, Universidad Complutense, 2013
363. –"Historia del Periodismo Odontológico Español (1872-1950)", Guadalajara, AACHE Ediciones, 2012.
364. Sánchez-Sánchez T. del Rio-Highsmith J. López-Lozano JF. La literatura científica en medicina dental. Aguilar y la revista "La Odontología". Rev Act Odontoestomatol Esp. 1994; 434(Junio):64-69
365. Editorial. Concienciar a las autoridades municipales y sanitarias. Rev Act Odontoestomatol Esp. 1994; 433(Mayo):67-71.
366. Diccionario Histórico de Dentistas Españoles, Madrid, Acción Médica, 2001, págs. 35-37
367. INE. «Cifras de población referidas al 01/01/2008 Real Decreto 2124/2008, de 26 de diciembre». INEBase.
368. Martínez Carrión, J.M. Estadísticas Históricas de la Región de Murcia. Series Básicas de demografía ISSN: 2255-5005 Universidad de Murcia.
369. Región de Murcia Digital » Historia » José Martínez Tornel
370. Ayala, J.A. La Masonería en la Región de Murcia. Murcia: Ediciones Mediterráneo S.A.; 1986.
371. Salud pública y asistencia sanitaria en Cartagena durante el Regeneracionismo (1895-1923) Tesis de D. Ángel Julio Huertas Amorós ,2015. Universidad de Murcia. Departamento de ciencias sociosanitarias.
372. Bernabeu Mestre J. Estadística y salud pública: el argumento del método numérico. Gaceta Sanitaria 2007; 21: 416-417.
373. García-Sanz Marcotegui, A, Mikelarena Peña, F. Evolución de la población y cambios demográficos en Navarra durante el siglo XX , Gerónimo de Uztariz, núm. 16, 2000, pp. 125-138.
374. García Barbanho, A (1967): "Las migraciones interiores en España desde 1900". Madrid
375. Iñaki Sagredo, Navarra, "Castillos que defendieron el Reino. ISBN 84-7681-477-1
376. Jimeno Jurío, J.M. "Navarra, 1917-1919. Reivindicaciones autonómicas y reintegración foral". ISBN 84-7681-402-X.



377. Cobreros Mendoza, E La coordinación sanitaria estatal y las Comunidades Autónomas. DA-1992, núms. 230-231
378. Gran Enciclopedia de Navarra/.Sanidad
379. Univ. Pública de Navarra (UPNA). Dpto. de Trabajo Social
381. Anaut-Bravo, Sagrario. Oral history and medicine. Historical memory of Navarre's doctors
380. Ribas Pérez D, Castaño Séiquer A, González Sanz A. "20 años de salud pública oral en España". Madrid: Fundación Dental Española, 2002.
381. Cortés-Martinicorena FJ, Simón-Salazar F. El PADI a examen de sus profesionales. La opinión de los dentistas concertados del País Vasco y Navarra RCOE 2004;9(3):289-296
382. Aranda Aznar, José "La mezcla del pueblo vasco", en Empiria: Revista de metodología de ciencias sociales, ISSN 1139-5737, Nº 1, 1998, págs. 121-181.
383. INE. «Encuesta de Población Activa»
384. Aranda Aznar, J. "La mezcla del pueblo vasco", en Empiria: Revista de metodología de ciencias sociales, ISSN 1139-5737, Nº 1, 1998, págs. 121-180
385. Gutiérrez Arosa, Jesús (2007). La guerra civil en Eibar y Elgueta. ISBN 978-84-89696-46-4.
386. Santiago Urquijo, Fernando de: Historia de la medicina en la villa de Hernani, Tesis Doctoral, Salamanca 1985
387. La Medicina Vasca en la época del Conde de Peñaflores, Actas del Primer Congreso de la Sociedad Vasca de Historia de la Medicina, Bilbao 1985.
388. Tesis Doctoral. Odontología Social en el País Vasco y Navarra hasta mediados del siglo XX. Iñaki Izaguirre Mendicute.
389. Castaño Séiquer, A. El PADI Vasco. El principio de un modelo para la salud. 1990-2010. En: "Odontología Social. Un proyecto Iberoamericano para el mundo" pp 335-346.
390. Estudio epidemiológico de salud bucodental infantil de la Comunidad Autónoma Vasca (1988). Documentos técnicos de Salud Pública Dental num.2. Servicio Vasco de Salud, Vitoria-Gasteiz; 1990
391. INE: Poblaciones de hecho desde 1900 hasta 1991
392. Abad León, Felipe (1980). La Rioja provincia y región de España. Ochoa. ISBN 84-7359-088-0.
393. García Prado, Justiniano (1983). Historia de La Rioja. Caja de Ahorros de La Rioja. ISBN 84-7231-901-6.
394. B.O.E núm. 146, Ley Orgánica 3/1982, de 9 de junio, de Estatuto de Autonomía de La Rioja.



395. Cumbre Sanitaria de La Rioja. La Sanidad en La Rioja Historias, diagnóstico, alternativas y compromisos. Declaración conjunta.
396. De Santos, S. Los primeros dentistas de la Rioja. Historias del Comercio e Industria riojana.
397. Fuente: Explotación estadística del censo según el Instituto Nacional de Estadística de España.
398. Bolaños Mejías, Carmen (1999). El reinado de Amodeo de Saboya y la Monarquía Constitucional Madrid: UNED.p341. ISBN 84-362.3878-8
399. María José Solera Piña: Vida y obra de Bernardino Landete. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Odontología. Leída el 18 de febrero de 2011. ISBN 978-84-694-5109-0.
400. El Comité Ejecutivo Popular de Valencia. La Gerra Civil española. (1996) ISBN 84-413-0430-0
401. Deidre Hogan. Las colectividades anarquistas campesinas durante la Guerra Civil española
402. Ley Orgánica 5/1982, 1 de Julio, Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana. B.O.E num.164, 10 de Julio.
403. Gómez Fernández A. B. La labor político-social de Sección Femenina durante el franquismo en Jaén. El futuro del pasado. 2012; (3):161-84
404. Maset P. Política y salud en la transición democrática. EN: Perdiguero-Gil, E. Política, salud y enfermedad en España: Entre el desarrollismo y la transición democrática. Elche, editorial de la Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante), 2015 2015; 79-91
405. Rodríguez-Ocaña E.; Martínez Navarro Ferrán. Salud Pública en España: de la Edad media al siglo XXI. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública (Nueva Salud Pública; 1)
406. REGLAMENTOS. Reglamento del Instituto Municipal de Higiene de Valencia de 1911. Valencia, Ayuntamiento de Valencia, 1911
407. López Piñero, José María. Lecciones de historia de la odontología. Valencia: Universitat de València-CSIC; 1990, p. 21-27.
408. Montesinos Vicente, Fernando. Practicantes, matronas y cirujanos dentistas en la España contemporánea (1855-1932). (Tesis doctoral). Universitat de Girona; 2011, p. 327
409. Bueno y Nuñez de Prado, Emilio. Historia de la acción de España en Marruecos desde 1904 a 1927: final de la Campaña - Madrid : Editorial Ibérica, 1929. - 254 p. AFR/4867
410. Biblioteca Nacional (España). Inventario de documentos sobre África. - [Madrid] [Biblioteca Nacional]





411. Arqués, Enrique. Del diario de un cautivo / por Enrique Arqués. (S.I.) : (s.n.), (1ª mitad siglo XX) AFRGFC/510/9
412. Informes SESPAS. 2000. La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo
413. The Evidence of Health Promotion Effectiveness Shaping Health in a New Europe. Part Two. WHO, 2000.
414. Víctor Miguel Nieto García, V.M, Nieto García M.A , Juan Ramón Lacalle Remigio J.R y Laila Abdel-Kader Martín, Laia. "Salud Oral de los escolares de Ceuta. Influencias de la edad, el género, la etnia y el nivel socioeconómico". Instituto Nacional de la Salud, Ceuta, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla, N.º 6 - Noviembre-Diciembre 2001, Rev Esp Salud Pública 2001; 75: 541-550
415. Instituto Geográfico Nacional (IGN) (ed.). Mapa topográfico de España del Instituto Geográfico Nacional
416. Saldo vegetativo población melillense. Instituto Nacional de estadísticas.
417. Migallón Aguilar, Isabel M.ª. "Un escudo con abolengo". Melilla Hoy. Consultado el 19 de agosto de 2019.
418. Abdelmalik El Barkani Abdelkader. "Algunos aspectos de la acción sanitaria durante el Protectorado de España en Marruecos" Revista Aldaba nº 39 – 2014.
419. BRAVO, J (1932). La medicina española y la medicina indígena en Marruecos. Imp., Enc., Lib. y Pap. La Industrial
420. RASD (2016) Delegación Saharaui para España. Recuperado marzo 2016, desde: <http://delsah.polisario.es>
421. SADICUM. Asociación de Ayuda al Pueblo Saharaui "Sadicum" de Chicana, desde: <https://sadicum.wordpress.com>
422. Bolekia Boleká, Justo. Introducción histórica. Panorama de la literatura en español en Guinea Ecuatorial, en el Anuario del Instituto Cervantes
423. Mariano L. de Castro y María Luisa de la Calle, La colonización española en Guinea ecuatorial (1858–1900), CEIBA Ediciones, Vic, 2007, 363 pp.
424. Carlos Canales Torres, Miguel del Rey Vicente, Breve Historia de la guerra de Ifni-Sahara, Nowtilus, ISBN 978-84-9763-971-2.
425. Geographica: El hombre y la tierra. Tomo VII África. Plaza & Janés (de una obra de Ed. Labor, Milán). 1973. p. 293. ISBN 84-01-60608.
426. González Sanz A, Castaño Séiquer A. Los inicios de la Odontología Social en España en Castaño A, Odontología Social. Huelva, Diputación de Huelva. 2017, pp 69-75.
427. Ring Malvin, E. Historia de la Odontología. Ed. Doyma. Pp 271-284.



428. Guthurie, Douglas.A. History of Medicine. Philadelphia : J.B. Lippincott,1946.
429. Alcaide González, R. Las publicaciones sobre higienismo en España durante el período 1736-1939. Un estudio bibliométrico. Scripta Nova, nº 37, abril de 1999. Universidad de Barcelona.
430. López Piñer, J. M<sup>a</sup>. Medicina y sociedad en la España del siglo XIX. Madrid: Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1964. p. 135
431. Carol Monfort J, Un segle d'Odontología barcelonina. En "Annais de Medicina". Barcelona. 1962, XLVIII (3); 532-213.
- 432.Urberuaga M. Odontología Social en Guipúzcoa a comienzos del siglo XX en Castaño A, Odontología Social. Huelva, Diputación de Huelva. 2017, pp 77-80.
433. Inglis, Brian. A History of Medicine.Cleveland and New York: World 1975.
434. Lufkin, Arthur,W. A History of Dentistry. 2d ed. Philadelphia: Lea and Febiger, 1948.
435. Archivo Municipal de Eibar. E10.12.1.65.
436. Archivo Municipal de Eibar. E10.12.1.69
437. Archivo del Colegio de Guipúzcoa. Ficha Colegial.
438. Archivo Municipal de Irún. Sección A, Negociado 1, Libro 158, Folios 339-340.
439. Boletín Oficial de Guipúzca. Número 40. 1 de octubre de 1913. Pág. 318
440. González-Iglesias J. Año 1901. Nacimiento de los Odontólogos. En González-Iglesias J. Historia de la Odontoestomatología Española. Madrid: Ed. Avances; 1994. P. 407-422.
441. Ustrell JM. Antecedentes de la Odontología que vivió el Dr. Joan Carol. En: Ustrell JM. El Doctor Joan Carol i Montfort i la Catalunya de seu temps. Barcelona: Ed. Familia Carol; 2000. P. 91-93.
442. Ustrell JM. Odontología del nostre segle. En: Ustrell JM. Història de l'Odontologia. Barcelona: Ed. Universitar de Barcelona; 1997. p. 169-214.
443. Casado A, Romero A, Castaño A. The origins of School Dentistry in Spain. Journal of the History of Dentistry. 2000; 48 (3)
444. Casado A, Romero A, Castaño A. The origins of School Dentistry in Spain. Journal of the History of Dentistry. 2000; 48 (3)
445. Aguilar F. "Las Escuelas de Odontología en U.S.A.", Madrid 1908
446. González-Iglesias J. Año 1910. La primera reforma de los estudios odontológicos. En: González-Iglesias J. Historia de la Odontoestomatología Española. Madrid: Ed. Avances; 1994. P. 425-441
447. González Iglesias J. Últimos años del Siglo XIX. Peticiones de reforma. En: González-Iglesias J. Historia de la Odontoestomatología Española. Madrid: Ed Avances; 1994. p.383-406



448. Rahola Sastre J. Los llamados dentistas y cirujano-dentistas del último tercio del siglo XIX y del primero del XX, en Barcelona. (Apunts per a la historia de l'odontología local I) Bol COEC. 1964; 38: 6-22.
449. Rahola Sastre J. Los llamados dentistas y cirujano-dentistas del último tercio del siglo XIX y primero del XX, en Barcelona. (Apunts per a la historia de l'odontología local II) Bol COEC. 1964; 39: 4-14
450. Rahola Sastre J. Los llamados dentistas y cirujano-dentistas del último tercio del siglo XIX y primero del XX, en Barcelona. (Apunts per a la historia de l'odontología local III) Bol COEC. 1964; 41: 9-22.
451. Boletín Oficial de Guipúzca. Número 40. 1 de octubre de 1913. Pág. 318
452. Archivo Municipal de Éibar. Signatura A 5 6.22. Sección A: Administración General. Negociado 05: Sanidad. Caja 6.
453. Narbaiza Azkue, Antxon. Los Muguruza de Éibar: Medicina y Ansias de Saber. Ayuntamiento de Éibar. Comisión Ego Ibarra, 2017
454. Casado A, Romero A, Castaño A. The origins of School Dentistry in Spain. Journal of the History of Dentistry. 2000; 48 (3)
455. Casado A. Odontología y Ley (1875-1931). Tesis doctoral. Universidad de Sevilla 1996
456. Fernández López FJ. Florestán Aguilar y el origen en España de la nueva profesión de Odontólogo. Tesis doctoral. Universidad de Cádiz. 1990
457. Álvarez-Sierra J. Como nació la odontología en España. ABC Madrid 5 de octubre de 1968: 30-31
458. Ustrell-Torrent JM. Odontología Preventiva y Social. Barcelona: Ed. Gimbernat 1987; VII: 307-314
459. Carol Monfort J, Un segle d'Odontología barcelonina. En "Annais de Medicina". Barcelona. 1962, XLVIII (3); 532-213
460. González-Iglesias J. Petición del título de médico. En: González-Iglesias J. Cirujanos dentistas y odontólogos. Madrid: Ed. Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España; 2001. 212-219
461. López-Piñero JM. La colectivización de la asistencia médica. Una introducción histórica. En De Miguel JM. Planificación y reforma sanitaria. Madrid. Centro de Investigaciones sociológicas. 1978. Pp 21-47
462. Portuondo R. El servicio dental en las fábricas y talleres. Libro de Actas del V Congreso Nacional de Odontología. Madrid, 1909; 84
463. Rosen G. History of Public Health. New York, MD Publications. 1958



464. Brockington CF. A short history of public health. 2ª ed London, Churchill, 1966
465. Rosen G. The specialization of Medicine. New York, Froben, 1944
466. Castaño A, Doldán J. La odontología social y la Universidad Española. En: Castaño A, Doldán J. Lecciones de odontología social. Montevideo: Ed. Abrelabios; 2006. p.9-11
467. González-Iglesias J. La Odontoestomatología española durante la dictadura de Primo de Rivera. En: González-Iglesias J, Historia de la Odontoestomatología Española. Madrid. Ed. Avances; 1994. p. 455-464
468. El cese de D. Florestán Aguilar. Odontología Clínica. 1931; 6: 392393
469. Casado A, Castaño A, González A. Legislación sobre el intrusismo odontológico en España. Primeras Etapas. Dental Economics. 1998; 4 (2): 66-73
470. Rahola Sastre J. Los llamados dentistas y cirujano-dentistas del último tercio de siglo XIX y primero del XX, en Barcelona. Bol COEC. 1974; 150: 31-38.
471. González-Iglesias J. Historia del Intrusismo en Odontología. Protésicos Dentales, Charlatanes y otros personajes. Bol Inf Dental 1977; 291: 19-23.
472. González-Iglesias J. Historia del Intrusismo en Odontología. Protésicos Dentales, Charlatanes y otros personajes. Bol Inf Dental 1977; 291: 19-23.
473. Ribas D, Castaño A. Salud oral y nivel social. En Castaño A. Odontología Social. Huelva, Diputación de Huelva. 2017. Pp. 31-48
474. González-Iglesias J. La Escuela de odontología durante la República. Planes de Estudio. En: González-Iglesias J. Historia de la Odontoestomatología Española. Madrid: Ed. Avances; 1994. p. 471-472.
475. Anónimo. Creación de la Junta de la Ciudad Universitaria. Gaceta de Madrid de 23 de octubre de 1931. AGUCM. AH-28
476. Cebrián Carretero, J.L., Bilbao Alonso, A. "La otra cara de la Guerra Civil. Tributo al doctor Martín Sánchez."
477. Archivo Fundación Sabino Arana. La Sanidad Militar en Euzkadi. Pag 221-230
478. Larronde Jean-Claude "L'Roseraie" ko Ospitalea Hôpital de "La Roseraie". El Hospital de "La Roseraie". 1937-1940. Bilbao: Cuadernos Bidasoa, 2002
479. Archivo Histórico de Euzkadi. Archivo Histórico del Gobierno Vasco. R-782/5-8
480. Cebrián JL, Bilbao A. La otra cara de la Guerra Civil. Madrid, Ed. Planeta. 2013.
481. Cebrián JL, Bilbao A. La otra cara de la Guerra Civil. Madrid, Ed. Planeta. 2013
482. Anónimo. El doctorado en la Universidad española. "Signo". 1945; VIII (SEN-265): 10-2
483. Anónimo. Escalafones de antigüedad de los catedráticos de la Universidad de Madrid. Archivo General de la Universidad Complutense. Madrid. SG 1276



484. González-Iglesias J. La Odontología durante la Guerra Civil. En: González-Iglesias J. Historia de la Odontoestomatología Española. Madrid: Ed. Avances; 1994. p. 483-48
485. González-Iglesias J. Las primeras promociones de odontólogos tras la Guerra Civil. En: González-Iglesias J. Cincuenta años de Estomatología en España con sus antecedentes históricos. Madrid: Ed. Fundación Dental Española; 1998. p. 110.
486. González-Iglesias J. Aparición del seguro de enfermedad. En: González-Iglesias J. Historia de la Odontoestomatología Española. Madrid: Ed. Avances; 1994. p. 539-542
487. Mosquera, F. La Previsión social en el régimen franquista. Trabajo fin de grado, Universidad de Santiago de Compostela. 2012
488. Castaño A, Ribas D. El factor social como determinante de la salud oral. En: Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología Social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla: Ed. Fundación Odontología Social. Sevilla; 2012. p. 83-87
489. B.O.E. Número 36. 5 de febrero de 1943. Madrid, 1943. p. 1.2041.205.
490. Castaño Séiquer, A. Salud Oral y nivel social. En: La Odontología social.. Ed. Fundación Odontología Social. Sevilla; 2012. Pp 41-46.
491. Cordero MA. Estudio Descriptivo y Analítico de los Recursos Humanos Odontoestomatológicos en España: Situación actual. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla, 1992.
492. Cordero MA, Castaño A, González Serrano A. Evolución de los recursos humanos desde principios de siglo a la actualidad. Rev Act Odontoestomatol Esp. 1994; 8: 40-59
493. González-Iglesias J. Orígenes de la Odonto-estomatología en España. Cirujanos dentistas y Odontólogos. (1875- 1936). Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 1976
494. Ustrell JM. Consolidació de l'Odontología. En: Ustrell JM Història de l'Odontología. Barcelona: Ed Universitat de Barcelona; 1997. p. 127-166
495. López-piñero, J.M. Historia de la Medicina. Madrid, Alba libros. 2005
496. González-Iglesias J. La Odontología durante la Guerra Civil. En: González-Iglesias J. Historia de la Odontoestomatología Española. Madrid: Ed. Avances; 1994. p. 483-48.
497. González-Iglesias J. Las primeras promociones de odontólogos tras la Guerra Civil. En: González-Iglesias J. Cincuenta años de Estomatología en España con sus antecedentes históricos. Madrid: Ed. Fundación Dental Española; 1998. p. 110
498. McCluggage, Robert, W. A History of the American Dental Association. Chicago. American Dental Association, 1959.
499. Ustrell-Torrent JM. Odontología Preventiva y Social. Barcelona: Ed. Gimbernat 1987; VII: 308-311.



500. Coello JA, Lledó E. Pascual J, Márquez JA, Mayorga F. Odontología Hospitalaria En: Castaño A, Ribas D. Odontología preventiva y comunitaria. La odontología social. Un deber, una necesidad, un reto. p. 671-677.
501. González-Iglesias J. La estomatología preventiva en nuestros días En: González-Iglesias J. El pasado de higiene bucodentaria en España. Tarancón (Cuenca): Ed Goupil Ibérica; 1981. p. 113-126
502. González-Iglesias J. Historia del Intrusismo en Odontología. Protésicos Dentales, Charlatanes y otros personajes. Bol Inf Dental 1977; 291: 19 -2.
503. Editorial. Los Colegios de Odontólogos, contra la convalidación de títulos extranjeros. Rev Act Estomatol Esp. 1987;368(Julio-agosto):77
504. Editorial. Se han detectado falsos títulos de dentistas convalidados oficialmente. Rev Act Estomatol Esp. 1987; 368(Julio-agosto):77-78
505. Ribas, D., Castaño, A.,González Sanz, A. "0 años de Salud Pública Oral en España. Madrid. Fundación Dental Española.
506. Castaño,A, Doldán J. La Odontología Social. Nuestra visión. En La Odontología Social. Ed. Fundación Odontología Social. Sevilla; 2012. Pp 17-29.
507. Castaño A, Archanco S, Castro A, Herrera C, Ábalos C. Higienistas dentales. Un elemento clave para la universalización de la odontología. En: Castaño A, Ribas D. Odontología Preventiva y Comunitaria. La Odontología Social. Un deber, una necesidad, un reto. Sevilla: Ed. Fundación Odontología Social; 2012. p 609-612.
508. Castaño A, Fernández A. Higienistas Dentales. Su realidad profesional en España. Dental Economics. 1997; 6: 24-29.
509. Editorial. Aníbal González "Sevillano del año 1987". Rodríguez Brioso nuevo Presidente de Cádiz. Boletín Informativo del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la IV Región 1987; 3: 19- 28
510. Editorial. Fluorización de las aguas de Marbella. Boletín Informativo, colegio odont V Región 1987; 4: 71
511. Castaño A, Ribas D. Programa de Salud Bucodental en Cantabria.En: Castaño A, Ribas, D. La Odontología Social. Ed. Fundación Odontología Social. Sevilla; 2017. Pp. 313-322.
512. Castaño A, Ribas D. Programas comunitarios odontológicos en España (1990-1991).En: Castaño A, Ribas, D. La Odontología Social. Ed. Fundación Odontología Social. Sevilla; 2017.pp.323-335.





## 8. ANEXOS

### 8.1 LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Imagen del Monarca Alfonso XIII .....	4
Figura 2. Viñeta aparecida en la revista satírica ¡Cu-Cut! que provocó la ira de los militares.....	6
Figura 3. José Canalejas, presidente del Gobierno.....	9
Figura 4. Prat de la Riba.....	10
Figura 5. El conde de Romanones.....	12
Figura 6. Antonio Maura .....	14
Figura 7.El general primo de Rivera y el ministro de Fomento, Conde de Guadalhorce, en la inauguración de las Obras del ferrocarril Jerez-Almargen en Arcos de la frontera.....	16
Figura 8. Manuel Azaña y su equipo de gobierno.....	20
Figura 9. Prisioneros en la Revolución de Asturias.....	23
Figura 10. Golpe de Estado de Tejero .....	38
Figura 11. Día de la Hispanidad en la Ciudad Universitaria de Madrid.....	70
Figura 12. Revista de odontología la Voz de los Ministrantes.....	83
Figura 13.Gabinete dental municipal.....	85
Figura 14.Pirámide de población del Municipio del Sos del Rey Católico (Zaragoza).....	96
Figura 15. Evolución población del Sos del Municipio del Rey (Zaragoza).....	96
Figura 16. Hospital Provincial de Castrourdiales .....	101
Figura 17. Evolución demográfica de la población asturiana en el siglo XX .....	109
Figura 18.Evolución demográfica de la población de Avilés a lo largo del siglo XX.....	110
Figura 19.Evolución demográfica de la población de Cantabria.....	123
Figura 20. Pirámide de evolución de la población en Cantabria en el siglo XX.....	123
Figura 21. Hospital Provincial de Castrourdiales.....	131
Figura 22.Sanatorio de Morales.....	132
Figura 23.Sanatorio Maítimo de Cantabria.....	134
Figura 24. Grupo de sanitarias del Hospital Militar.....	148
Figura 25.Trabajadores del Centro Secundaria Rural de Talavera de la Reina.....	149
Figura 26.Médico González Cogotudo.....	150
Figura 27.Evolución demográfica de la población de Castilla y León en el siglo XX.....	156
Figura 28.Universidad de Salamanca.....	172
Figura 29.Universidad de Salamanca en los años 60.....	173





Figura 30. Evolución demográfica de la población de Cataluña en el siglo XX.....	179
Figura 31. José Boniquet Colobrans.....	190
Figura 32. Evolución de la población de Extremadura en el siglo XX .....	194
Figura 33. Domínguez Villagrá.....	202
Figura 34. Evolución de la población en Palma de Mallorca en el siglo XX.....	218
Figura 35. Francisco Valdés Guzmán.....	226
Figura 36. Clínica Juaneda.....	227
Figura 37. Acta de asistencia al congreso de Palma de Mallorca.....	229
Figura 38. Evolución demográfica del municipio de Valverde en las Islas Canarias.....	233
Figura 39. Pirámide de evolución de la población española por edades en el siglo XX.....	234
Figura 40. Pirámide de evolución población por edades en las Islas Canarias en el siglo XX...	234
Figura 41. Sociedad canaria tras la Guerra Civil.....	237
Figura 42. Negocio de la patata.....	238
Figura 43. Negocio del plátano en las Islas Canarias.....	239
Figura 44. Negocio de la pesca en Islas Canaria.....	239
Figura 45. Evolución demográfica de la población de Madrid en el siglo XX.....	248
Figura 46. Evolución demográfica de la población en Madrid en el siglo XX.....	248
Figura 47. Caricatura de los catedráticos de la Facultad de Odontología.....	254
Figura 48. Florestán Aguilar.....	255
Figura 49. Dispensario de higiene escolar.....	256
Figura 50. Recepción de Florestán Aguilar en la Real Academia de Medicina.....	259
Figura 51. Caricatura de Florestán Aguilar.....	259
Figura 52. Discurso de ingreso de Florestán Aguilar en la RAM .....	260
Figura 53. Bernardino Landete.....	261
Figura 54. Manuel Cuzzani Frontin.....	262
Figura 55. Caricatura Pedro Mayoral.....	263
Figura 56. Caricatura de Juan Mañes.....	264
Figura 57. Caricatura Pedro García Gras .....	266
Figura 58. Discurso de inauguración de Pedro García Gras de la RAM.....	266
Figura 59. Luis Subirana .....	267
Figura 60. Juan Pedro Moreno González.....	269
Figura 61. Evolución demográfica de la población de Murcia.....	272
Figura 62. Pirámide de población de Cartagena de 1900 .....	273
Figura 63. Pirámide de población de Cartagena en 1950.....	274



Figura 64. Pirámide de población de Cartagena en 1981.....	274
Figura 65. Periódico de primera mitad del siglo XX .....	276
Figura 66. Periódico primera mitad del siglo XX .....	276
Figura 67. Murcia en los años del desarrollismo.....	279
Figura 68. Hospital de la Caridad de Murcia .....	283
Figura 69. Hospital de San Juan de Dios en Navarra .....	303
Figura 70. Hospital de San Juan de Dios en Tudela.....	304
Figura 71. Convento hospital del Carmen.....	305
Figura72. Evolución demográfica de la población del País Vasco en el siglo XX.....	312
Figura 73. Territorio del País.....	313
Figura 74. Huelga general de 1917.....	318
Figura 75. Noticias de movimientos revolucionarios.....	318
Figura 76. Publicidad de dentista itinerante.....	329
Figura 77. Publicidad dentista itinerant .....	329
Figura 78. Evolución demográfica de la población de la Rioja.....	333
Figura 79. Laboratorio municipal sede de la Gota de Leche en la Rioja.....	341
Figura 80. Hospital de San Pedro. Logroño .....	342
Figura 81. Expediente de creación de la Casa de Socorro.....	343
Figura 82. Cruz Roja de la Rioja en día festivo. 1962 .....	344
Figura 83. Hospital Provincial de San Pedro .....	346
Figura 84. Publicidad de dentista de la época.....	347
Figura 85. Publicidad dentista de la época.....	347
Figura 86. Publicidad de dentista de la época .....	349
Figura 87. Publicidad dentista de la época .....	349
Figura 88. Publicidad dentista de la época.....	350
Figura 89. Publicidad dentista de la época.....	350
Figura 90. Publicidad de dentista de la época .....	351
Figura 91. Publicidad dentista de la época.....	351
Figura 92. Publicidad de dentista de la época.....	352
Figura 93. Evolución demográfica de la población de Valencia.....	356
Figura 94. Publicidad de dentista de la época.....	359
Figura 95. Dr Chornet.....	370
Figura 96. Ciudad de Ceuta.....	374
Figura 97. Evolución demográfica de la población de Ceuta.....	375



Figura 98. Evolución demográfica de la población de Melilla a lo largo del siglo XX.....	384
Figura 99. Barbero /sangrador en Melilla.....	391
Figura 100. Hospital indígena de Melilla.....	393
Figura 101. Dispensario de Tetuán .....	394
Figura 102. Escuela de formación de sanitarios marroquíes.....	396
Figura 103. Sello de Guinea Español .....	398
Figura 104.Españoles en Guinea Ecuatorial .....	399
Figura 105. Laboratorio en Ifni.....	401
Figura 106. Hospital de Sidi Ifni .....	403
Figura 107. Mapa del Norte de África, Sáhara Español.....	406
Figura 108. Tirso Pérez.....	409
Figura 109. Gabinete dental en Escuela de Odontología de Madrid.....	410
Figura 110. Pedro Carol y D. Florestán Aguliar (sentados) D.Alonso, D.Subirana,D.Losada y D.Plet (de pie de izquierda a derecha).....	413
Figura 111. Alumnos en la nueva Escuela de Odontología.....	414
Figura 112. Área clínica de la nueva escuela de Odontología de Madrid.....	415
Figura 113. Foto paciente del Dr. Martín Sánchez.....	415
Figura 114. Dibujo de un paciente de Dr. Martín Sánchez .....	416
Figura 115. Estado derruido de la ciudad Universitaria tras la Guerra .....	417
Figura 116. Ciudad Universitaria de Madrid en el año 1936 antes de la Guerra.....	419
Figura 117. Dentista y gabinete dental de la época.....	421
Figura 118. Biblioteca Florestán Aguilar.....	422
Figura 119. Dentistas en momento de operación.....	423
Figura 120. Vehículo sanitario de mitad de siglo.....	424
Figura 121.Unidad móvil del Hospital de Liencres: Programa de Salud Bucodental de Cantabria.....	424



## 8.2 LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Resumen propio de la Legislación vigente durante finales del siglo XIX y siglo XX...	54-56
Tabla 2. Evolución demográfica de la población de Andalucía.....	76
Tabla 3. Causas más frecuentes de defunción en Cantabria en el siglo XX.....	130
Tabla 4. Evolución demográfica de la población de Castilla la Mancha en el siglo XX.....	142
Tabla 5. Distribución territorial de las áreas de salud de Castilla y León en el año 2000.....	169
Tabla 6. Evolución demográfica de la población de Galicia y España en el siglo XX.....	205
Tabla 7. Indicadores demográficos de la población rural y urbana en Galicia.....	207
Tabla 8. Gabinetes dentales en la Ciudad de Cartagena a primeros de siglo.....	286
Tabla 9. Evolución demográfica de la población de Navarra.....	289
Tabla 10. Distribución por sectores de la población activa.....	289
Tabla 11. población rural y urbana de Navarra en el siglo.....	291
Tabla 12. Evolución demográfica de la población de Navarra y España en el siglo XX.....	292
Tabla 13. Evolución de los índices de utilización del Padi en Navarra y el País Vasco.....	310
Tabla 14. Porcentaje población joven en la Rioja.....	334
Tabla 15. Movimiento natural y vegetativo de la población en Ceuta en el siglo.....	376
Tabla 16. Salud Oral de la población en Ceuta en el siglo XX.....	383
Tabla 17. Crecimiento vegetativo de la población de Melilla.....	386

## 8.3 ACONTECIMIENTOS RELEVANTES DE LA ODONTOLOGÍA PÚBLICA Y SOCIAL DURANTE EL SIGLO XX

**1900.** Publicación de la Guía de Higiene Dental Bucal.

**1901.** Creación del título de odontólogo.

**1902.** Nacimiento de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), la agencia internacional de salud, aún vigente, más antigua del mundo.

**1903.** La FOE nació el 30 de abril de 1903, con el fin de aglutinar a todas estas sociedades en una, nombrando a Aguilar como presidente. Se fundó en Madrid la Asociación Antituberculosa Española.

**1904.** La Ley de Instrucción General de Sanidad (1904).

**1905.** II Congreso Dental en Palma de Mallorca/Se publica el libro de la Higiene Práctica de la dentadura.

**1906.** Concurso municipal: se crean 10 plazas en Barcelona para dentistas municipales para revisión de los niños en las escuelas públicas.

**1907.** Creación del Real Patronato de la Lucha Antituberculosa/Congreso Dental en Valencia.

**1908.** Creación del Instituto Nacional de Previsión.

**1909.** Se aprueba el “Reglamento Provisional de Sanidad Exterior”/ Se creó la Comisión Sanitaria Rockefeller.

**1910.** Se incluye la Profilaxis como asignatura de primer curso de Odontología explicada por el Dr. Aguilar./ R.O del 9 de Septiembre de 1910 creación brigadas de desinfección adscritas a la Inspección General

**1911.** Creación de la Sección epidemiológica para intervenir ante brotes epidémicos./ Godon publicó el modelo de ficha para la divulgación de higiene en las escuelas. Falleció Pérez Cano.

**1912.** Se celebra en Barcelona por parte del Círculo Odontológico Catalán un gran concurso de Higiene Dental Escolar.

**1913.** Se incluyen los odontólogos en la Inspección Médica Escolar.

**1914.** Ley de Inspección Escolar en Cuba./ Campaña contra la fiebre amarilla por parte de la Comisión Internacional de Salud

**1915.** Campaña contra el paludismo por parte de la Comisión Internacional de Salud./



D.Eusebio Alberdi Arrese, cirujano-dentista, es nombrado responsable de Beneficencia Municipal de Tolosa.

**1916.** Descripción consignada por la enfermera rusa Sofía Fedórchenko en 1916 revela la respuesta en salud durante los años de la Primera Guerra Mundial.

**1917.** No existen acontecimientos relevantes en salud pública debido a tratarse de años de la Primera Guerra Mundial.

**1918.** Inicio de la Pandemia de la Gripe en Estados Unidos.

**1919.** Creación del Retiro Obligatorio Obrero.

**1920.** C.E. A. Winslow definió la salud pública como: “ la ciencia y arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos organizados y la información seleccionada por la sociedad, organizaciones públicas y privadas, comunidades e individuos”

**1921.** La liga de Naciones lleva a cabo medidas para frenar la gripe: movilizó la acción internacional y para 1921 se había logrado casi contener la propagación de la epidemia con análisis masivos, exterminio de piojos, baños e imposición de cuarentenas.

**1922.** Congreso Nacional de Odontología de Madrid: se reactiva la Federación Dental Internacional.

**1923.** Se crea el Subsidio por Maternidad.

**1924.** Se empieza a publicar la *Odontología Clínica* en Zaragoza.

**1925.** R.D. de 20 de octubre de 1925: creó los Institutos provinciales de Higiene como centros técnicos competentes y dotados de la administración.

**1926.** La Revista de Odontología Clínica pasa a Madrid y se convierte en la portavoz oficial de la Federación Española de Odontólogos./ El Informe sobre la sanidad española (1926) de Charles A. Bailey, enviado de la Fundación Rockefeller\* dio su diagnóstico de situación sobre el estado de la sanidad española en marzo de 1926: «The whole public health service is fundamentally wrong, literally one might say almost non-functioning».

**1927.** Se inaugura la enfermería para Tuberculosos Victoria Eugenia en el Hospital del Rey.

**1928.** Creación de la universidad de medicina y hospital clínico de Valencia

**1929.** Seguro Obligatorio de Maternidad

**1930.** Comienza la Colegiación Obligatoria./ Se crea el Servicio Central de Estadística Sanitaria en España

**1931.** Se promulga la Constitución de 1931./Pittaluga presidió la Conferencia Internacional de Sanidad Rural de junio de 1931

**1932.** Se crearon los Servicios de Higiene infantil dentro de los Institutos Provinciales de



Higiene dependientes de la Dirección General de Sanidad. /La Sociedad Española de Odontólogos comienza una campaña de divulgación odontológica por toda España./ El 20 de mayo de 1932 Landete obtuvo la cátedra de “Odontología 2º curso” quedando libre la de “Prótesis I” de la que había sido titular.

**1933.** Domínguez Villagrà comienza su docencia sobre Odontología Sanitaria y se publica su libro. El 4 de julio de 1934 logró la cátedra de Prótesis I D. Pedro Trobo Hermosa.

**1934.** Se celebra el Primer Congreso Nacional de Sanidad de 1934.

**1935.** Nace la Odontología Pública Domiciliaria.

**1936.** Revolución Social Española e inicio de la Guerra Civil

**1937.** Gobierno vasco crea un servicio de odontología para refugiados en Biarritz.

**1938.** Se introduce el Fuero de Trabajo. Ese año tiene lugar el pico máximo en la curva de mortalidad de la tuberculosis.

**1939.** su libro Cirugía y restauración maxilofacial de guerra (1939)

**1940.** Gobierno Vasco abre una clínica dental en París para atender a exiliados y familiares. Se crea el Servicio Odontológico del Ejército de España.

**1941.** Tifus exantemático no produjo brotes durante la guerra, pero en 1941, la epidemia alcanzaba prácticamente a toda España.

**1942.** Creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

**1943.** Creación del Consejo de Sanidad .Fue el décimo cuarto congreso de Odontología. Se crea la Revista de Odontoiatría

**1944.** Se promulga la Ley de Bases de la Sanidad Nacional.

**1945.** Francisco Franco reinaugura oficialmente la Escuela de Odontología. Se crea el Colegio de Huérfanos de Odontología.

**1946.** Se celebra la Conferencia Sanitaria Internacional: se aprueba en Nueva York la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

**1947.** XV Congreso Nacional de Odontología en Barcelona. Establecimiento del servicio de información epidemiológica :un servicio de respuesta automatizada por telex para el seguimiento de las enfermedades que son objeto del Reglamento Sanitario Internacional y otras enfermedades transmisibles de importancia internacional.

**1948.** Se crean el título de Licenciado Médico-estomatólogo. Una comisión interina formada por representantes de 18 naciones convocó a la Primera Asamblea Mundial de Salud que tuvo lugar en Ginebra en agosto de 1948

**1949.** Se inicia la primera edición de Licenciados médicos-estomatólogos. . Se establece la Clasificación Internacional de Enfermedades : la pauta mundial de notificación y clasificación



de enfermedades, afecciones y causas externas de morbilidad o lesión.

**1950.** Tiene lugar el 4 de julio la Asamblea Mundial de la Salud. Se establece el día 7 de Abril como día oficial de la Salud.

**1951.** Dreizen empieza a utilizar técnicas de control de placa bacteriana

**1952.** Stewart amplió los estudios científicos sobre placa bacteriana.

**1953.** Primer congreso hispanoamericano y XVII Congreso Nacional de Odontología en Sevilla.

**1954.** Aleece y Forscher otros de los pioneros sobre la causa de dispersión de la placa bacteriana. Se crea la Sociedad Española de Ortodoncia.

**1955.** Lanzamiento el Jul 1, 1955 del Programa de Erradicación del Paludismo. Primer estudio de Buonocore sobre selladores dentales.

**1956.** La OMS establece una pauta de procedimientos para acabar con el paludismo.

**1957.** Segundo Informe de la Situación Sanitaria Mundial, sobre el periodo comprendido entre 1957-1960

**1958.** La Asamblea Mundial de la Salud inicia el programa de erradicación de la viruela

**1959.** Se crean la Sociedad Española de Implantología y de Parodoncia.

**1960.** XIX Congreso Nacional de Odontología en Granada.

**1961.** La OMS se marca como principal objetivo el progreso en la lucha contra las principales enfermedades transmisibles debido a que en 1961 se declararon brotes de cólera y de paracólera, de fiebre amarilla y de tripanosomiasis en varios países donde esas enfermedades llevaban algún tiempo sin manifestarse.

**1962.** Reforma de los artículos 321 y 572 del código penal sobre intrusismo profesional.

**1963.** Ley de bases de la Seguridad Social

**1964.** Comenzaron las primeras campañas de vacunación antipoliomielítica oral. XX Congreso Nacional de Odontología y Estomatología en Santa Cruz de Tenerife.

**1965** Se incorpora la vacunación de difteria, tétanos y tos ferina (DTP). Jan 3, 1965 Primer informe sobre la diabetes mellitus

**1966.** Se crea la "Escuela de Patología Bucal Experimental y Clínica" en diciembre de 1966.

**1967.** Se concede la Gran Cruz de la Orden Nacional de Sanidad al Dr. Muñiz Toca.

**1968.** Roydhonse y su experiencia en selladores dentales con resina Bis-GMA. estudio epidemiológico del Dr. José Javier Vines sobre profilaxis de caries dentaria a nivel comunitario y efecto del flúor en las aguas. Primer estudio epidemiológico sobre prevalencia de caries dental en España realizado por Gimeno de Sande y cols.

**1969.** Primer estudio epidemiológico bucodental Gimeno and Sande/ I Congreso Internacional de Odontología y XXI Nacional de Madrid. Jan 2, 1969 El Reglamento Sanitario Internacional





cambia su denominación en inglés (International Sanitary Regulations) por la de International Health Regulations, y abarca específicamente el cólera, la peste, la viruela y la fiebre amarilla.

**1970.** Söe and Schiott pioneros en los estudios del efecto antiplaca con clorhexidina.

**1971.** la creación de la Asociación Española de Profilaxis e Higiene Buco-dentaria /Primera exposición del estudio epidemiológico de Gimeno de Sande y cols: "La epidemiología de la caries dental y patología bucal en España", primer estudio realizado en España en el año 1968-1969.

**1972.** Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora.

**1973** documento escrito por la Oficina Ejecutiva de la OMS en 1973, titulado "Estudio sobre los métodos para promover el desarrollo de servicios básicos de salud".

**1974.** Ley Generas de la Seguridad Social

**1975.** Muere el General Francisco Franco.se implanta un calendario de vacunación infantil con la finalidad de que las vacunaciones se realicen de forma continuada y de mejorar las coberturas. Además el Jan 5, 1975 tiene lugar Creación de programa Enfermedades Tropicales

**1976.** Pérdida del Sáhara Occidental como colonia española. La Asamblea Mundial de la Salud adopta una resolución sobre prevención de la discapacidad y rehabilitación en la que se insta a integrar la rehabilitación en los programas de atención primaria de salud y en la vida comunitaria.

**1977.** II Congreso de la Sociedad Española de Educación Sanitaria en Sevilla.

**1978.** Constitución de 1978 y Declaración de Alma- Atá (Objetivos internacionales con el lema "Salud para todos en el 2000")

**1979.** III Congreso de la Sociedad Española de Educación Sanitaria en Mallorca.

**1980.** IV Congreso de la Sociedad Española de Educación Sanitaria en Madrid contando con el Dr. Rioboo de presidente.

**1981.** Inicio del proceso de la transferencia de las competencias sanitarias a Cataluña.

**1982.** Se empieza a desarrollar la Reforma Sanitaria en España a raíz de la victoria electoral del partido socialista

**1983.** Comienza la labor de campo del estudio epidemiológico de Möller y Marthaler publicado en 1985. Enrique Nájera gran impulsor epidemiología en España gestor de la Dirección General de Salud Pública.

**1984.** Transferencias de las competencias sanitarias a Andalucía/ RD 137/1984 sobre estructuras básicas de salud.

**1985.** Comienza el estudio epidemiológico de salud bucodental de Möller y Marthaler colaboración de la OMS y el Ministerio de Sanidad y Consumo español.



- 1986.** Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 y Ley 10/1986 sobre las profesiones dentales.
- 1987.** Comienza el trabajo de campo del estudio epidemiológico de Sicilia y cols., publicado en 1990.
- 1988.** Transferencias de las competencias sanitarias al País Vasco y a la Comunidad de Valencia./ Lanzamiento de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiélitis, en colaboración con la Asociación Rotaria Internacional, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, de los EE.UU. y el UNICEF. La Asamblea Mundial de la Salud adopta una resolución en que se insta a evitar toda medida discriminatoria contra las personas con SIDA.
- 1989.** Universalización de la asistencia sanitaria en España./El Gobierno de Cantabria pone en marcha el Programa de Salud Bucodental con equipos móviles.
- 1990.** Implantación en el País Vasco del Primer Programa de Atención Dental Infantil (PADI). La Asamblea Mundial de la Salud adopta una resolución para eliminar la lepra.
- 1991.** Transferencia de las competencias sanitarias por parte del Estado a Galicia y Navarra. Desarrollo del Programa de Atención Dental Infantil en Navarra (PADI).
- 1992.** Se funda la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO)
- 1993.** No existen acontecimientos a destacar en este año.
- 1994.** No existen acontecimientos a destacar en este año.
- 1995.** Proclamación del Pacto de Toledo .Real Decreto 63 /1995 de 20 de Enero sobre ordenación de prestaciones sanitarias (se realizan ciertos tratamientos dentales gratuitos financiados por la seguridad social a los usuarios adscritos al Sistema Nacional de Salud)
- 1996.** Se empiezan a realizar ciertas prestaciones gratuitas a los usuarios del Sistema Nacional de Salud financiado por la seguridad social y fondos estatales adscritos a la sanidad.
- 1997.** No existe datos de relevancia de salud pública en este año
- 1998.** Dra. Gro Harlem Brundtland es elegida quinta Directora General de la Organización Mundial de la Salud.
- 1999.** Se crea el Máster de Salud Pública Oral de la Universidad de Sevilla
- 2000.** Lanzamiento de la Alianza Alto a la Tuberculosis/ Informe mundial sobre la violencia y la salud.



## 8.4 ABREVIATURAS

- OMS Organización Mundial de Salud
- APS Atención Primaria de Salud
- CEDA Confederación Española de Derechas Autónomas
- CEE Comunidad Económica Europea
- UGT Unión General de Trabajadores
- GAL Grupos antiterroristas de liberación
- JONS Juntas Organizativas Nacional-sindicalistas
- ONU Organización Naciones Unidas
- GRAPO Grupo radical antifascista Primero de Octubre
- LOGSE Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo
- CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas
- ISOC internet Society
- OCDE Organización para la cooperación y el desarrollo económico
- PER Plan de Empleo Rural
- PNNs Profesores no numerarios
- NODO no me ha dejado
- IRPF Impuesto Renta Persona física
- UCD Unión Centro Democrático
- CCOO Comisiones Obreras
- INP Instituto Nacional de Previsión
- SOE Seguro Obligatorio de enfermedad
- SOVI Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez
- SS Seguridad Social
- ETA Euskadi Ta Askatasuna
- IRA Instituto de Reforma Agraria
- ONU Organización Naciones Unidas
- SEOEPYC Sociedad Española de Odontoestomatología Preventiva y Comunitaria.
- SESPO Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral.

