

El Dr. Francisco Ruiz-Morote Coello y la provincia de Cáceres: sus aportaciones a la Sanidad Pública republicana

LUISA CLEMENTE FUENTES
luisarufi@yahoo.es

RESUMEN

Durante la década de 1930 tiene lugar en la provincia de Cáceres una importante eclosión de Sanidad Preventiva. A los pueblos cacereños llegan los Centros de Higiene Rural. Esta labor es iniciada y desarrollada por el Inspector provincial de Sanidad, Dr. Ruiz-Morote Coello. La participación de este sanitario en la Conferencia de Higiene Rural de Ginebra (1931), así como la Public Health Demonstrations desarrollada en Cáceres merced al apoyo de la Fundación Rockefeller, sirvieron de punto de partida de la experiencia. El apoyo del Gobierno Republicano a la misma, contribuyó, en gran medida, al éxito de la misma.

PALABRAS CLAVES: Sanidad preventiva. Centros de Higiene Rural. Dr. Ruiz-Morote Coello. Fundación Rockefeller. Sanidad Pública republicana. Geografía rural cacereña.

ABSTRACT

During the 1930s an important preventive health hatching takes place in the province of Cáceres. Caceres peoples become Rural Health Centers. This work is initiated and developed by the Inspector Provincial of Health, Dr. Ruiz-Morote Coello. The participation of this health in the Conference of Rural Hygiene in Geneva (1931), as well as the Public Health Demonstrations in Cáceres developed thanks to the support of the Foundation Rockefeller, they served as the starting point of the experience. The support of the Republican Government to it, contributed largely to the success of the same.

KEYWORDS: Preventive Health. Rural Health Centers. Dr. Ruiz-Morote Coello. Rockefeller Foundation. Republican Public Health. Cacereña rural geography.



Francisco Ruiz-Morote Coello
(1895-1993)

0. INTRODUCCIÓN

El panorama de infraestructura sanitaria con el que arranca el siglo XX en la provincia de Cáceres está, como en el resto de España en general, bastante alejado, no sólo del que irradiaba en buena parte de los países europeos sino, incluso, de lo que marcaban las propias normas sanitarias españolas. El entorno rural extremeño se caracterizaba, en cuanto a condiciones de higiene, salubridad y prestaciones sanitarias, por una enorme precariedad, característica ésta, por otro lado, bastante común al conjunto del país¹. Términos como penuria, escasez, privaciones, miseria, son los calificativos que definirían en términos generales al panorama de la salud pública cacereña de aquella época.

¹ Cf. GALIANA SÁNCHEZ, M. E. y BERNABEU MESTRE, J.: “El problema sanitario en España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX”, en *Asclepio*, 2006, Vol. 58, Número 2, pp. 139-164.

Sin embargo, a lo largo de los años veinte y, especialmente en la década siguiente, esa situación va a verse en parte convulsionada por el asentamiento en la misma de instituciones sanitarias de gran relevancia en el campo de la Medicina Preventiva y Social. El primero fue la instauración de un Centro de investigación y lucha contra el Paludismo (El Instituto Antipalúdico y Escuela de Malariología de Navalmoral de la Mata²). El segundo consistió en el desarrollo de la *Public Health Demonstrations* llevada a cabo en el Instituto Provincial de Higiene de la capital, bajo el auspicio de la Fundación Rockefeller³. Y el tercero, que tuvo ya lugar durante el periodo republicano, consistió en la extensión por el medio rural cacereño de una red asistencial de Centros de Higiene Rural. En el origen de estas actuaciones de Salud Comunitaria hay que situar el contexto de partida en lo que a aspectos sociales, demográficos –especialmente en lo tocante al panorama de la mortalidad- y de prevalencia de determinadas enfermedades, se refiere. Efectivamente, la población cacereña, de marcado acento rural, sufría de una manera especialmente endémica el azote del paludismo y, paralelamente, soportaba con resignación unos altísimos niveles de mortalidad infantil cuya responsabilidad mayor recaía sobre las patologías conocidas como “evitables”. Pero aunque esta situación clamaba al cielo, era preciso que desde quien tenía la capacidad de obrar se adoptaran medidas sanitarias en línea a afrontar esas necesidades patentes. Y en este sentido, en la proyección de acciones de Salud Comunitaria fueron decisivas las intervenciones de la Comisión Central Antipalúdica en la comarca del Campo Arañuelo, de la Fundación Rockefeller en dicho enclave geográfico⁴ y, en la ciudad de Cáceres⁵, y los brillantes trabajos de sanitarios de “nuevo cuño” como Sadí de Buen y Francisco Ruiz-Morote.

² Sobre este pueden verse: CLEMENTE FUENTES, L.: “El Instituto antipalúdico de Navalmoral de la Mata: orígenes y funcionamiento hasta la guerra civil”, en *XV Coloquios Histórico-culturales del campo Arañuelo*. Navalmoral de la Mata, 2009, pp. 47-66. y *La intervención de la Fundación Rockefeller en Navalmoral de la Mata*”, en prensa.

³ Cf. CLEMENTE FUENTES, L.: *Los orígenes de la Medicina Preventiva y Social en España. El Instituto Provincial de Higiene de Cáceres (primer tercio del siglo XX)*. 2012, Edit. Diputación Provincial de Badajoz. Badajoz.

⁴ Cf. CLEMENTE FUENTES, L.: *La intervención de la Fundación Rockefeller...*, *op. cit.*

⁵ Cf. CLEMENTE FUENTES, L.: *Los orígenes de la Medicina Preventiva y Social...*, *op. cit.*, pp. 85 y ss.

Pensando no sólo en el Paludismo sino en el conjunto de las patologías sociales, la provincia tuvo la suerte de recibir como Inspector Provincial de Sanidad al Dr. Francisco Ruiz-Morote, quien será el principal responsable de que en ella se asienten los mecanismos de la Sanidad Pública más pioneros del momento. Su formación en esta materia (fruto, en buena medida, de haber sido becado por la Fundación Rockefeller y de sus visitas a Centros Sanitarios rurales de países de Europa Central) fue inteligentemente utilizada por este joven Inspector para ser proyectada sobre el territorio de su responsabilidad, la provincia de Cáceres. La confianza que sobre este profesional depositaron los representantes en España de la Fundación Rockefeller permitió desarrollar en ese territorio una *Public Health Demonstrations* que se inicia en la capital cacereña en 1929 y se extiende por el resto de la provincia a partir de 1931, adquiriendo durante toda la etapa republicana el carácter de modélica.

En la presente Comunicación nos vamos a centrar en las aportaciones que Ruiz-Morote hizo durante la etapa republicana y que, aunque estuvieron centradas desde el punto de vista de la materialización de las mismas en los enclaves cacereños, su fundamentos teóricos llegaron a influir más allá de esta delimitación geográfica.

1. EL PUNTO DE PARTIDA: LAS APORTACIONES DE F. RUIZ-MOROTE A LAS CONFERENCIAS INTERNACIONALES DE HIGIENE RURAL DE BUDAPEST Y GINEBRA

A finales de 1925 el Inspector Provincial de Sanidad cacereño es becado por la Fundación Rockefeller con la finalidad de formarse en los Estados Unidos (Universidad Johns Hopkins, ubicada en la ciudad de Baltimore, estado de Maryland) en el campo de la Sanidad Pública. A la vuelta a Cáceres se propuso aplicar el aprendizaje obtenido en la experiencia investigadora, sirviéndose para ello de la logística de la que disponía como máximo responsable de la Sanidad cacereña. Ello fue posible merced a la firma en 1929 de un Convenio de Colaboración con citada Fundación que convirtió a la ciudad de Cáceres (en concreto, a su Instituto Provincial de Higiene) en el centro de una *Public Health Demonstrations* destinada a aplicar un modelo de Medicina Social y Preventiva totalmente innovador para nuestro país. Tras algo más de un año de experiencia en la capital cacereña, desde el Instituto de Higiene se vislumbra con bastantes dosis de optimismo el desarrollo que está teniendo el trabajo de Higiene Social que desde él se está proyectando sobre la ciudad. Tal y como estaba previsto en la firma del acuerdo con la institución norteamericana, tras más de un año de recorrido se pensó que había llegado el momento de extender

el modelo sobre el resto de la provincia. Al finalizar 1930 se argumentaba desde el Instituto cacereño: *El propósito de la Mancomunidad*⁶ *es disponer de Dispensarios de Higiene Social primarios en casi todos los pueblos de la provincia en los que se atienda 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 coordinen los servicios de grandes Distritos*⁷.

Estos se ubicarían en Plasencia, Trujillo, Navalморal de la Mata y Hoyos⁸ y completarían la infraestructura de Salud Pública que, como decimos, tenía al Centro Terciario o Instituto Provincial de Higiene en la Capital como elemento central y eje rector de toda la organización. Y es que a lo largo de 1930 ya se había comenzado a poner en marcha uno de los componentes claves para tal empresa, la formación de los médicos de los pueblos en contenidos organizativos y funcionales, aquéllos que caracterizarían a los primeros Dispensarios de Higiene Social españoles⁹. Paralelamente, se organizan algunas tentativas en torno a ese tipo de prestaciones de índole higiénico-social en algunos pueblos cacereños: el Servicio Médico-escolar y la lucha contra la Tuberculosis.

Estos casi dos años de experiencias pioneras en Medicina Preventivo-social en tierras cacereñas sirvieron de base para que su gestor fuera elegido por el Gobierno español para que representara a nuestro país, en calidad de técnico, en la Conferencia europea que se celebraría en Budapest destinada a abordar el *Centro rural de Higiene, Asistencia Social y saneamiento rural*¹⁰. Esa reunión tendrá lugar en el Instituto Nacional de aquella ciudad a finales de octubre de 1930, bajo la presidencia del polaco, Dr. Chodzko. Esta Conferencia, que sería un prolegómeno de la que tendría lugar unos meses después en

⁶ Se refiere a la organización administrativa que sustentaba económicamente al IPHCC y en la que estaban representados todos los Ayuntamientos de la provincia.

⁷ Cf. *Memoria del año 1930. Instituto Provincial de Higiene de Cáceres*. (s. a.). Cáceres, 1930, pp. 7-8.

⁸ Como se ve, había una previsión inicial de instalar un Centro Secundario en Hoyos que será anulado posteriormente y sustituido por el de Coria.

⁹ Cf. *Memoria del año 1930. Instituto Provincial de Higiene de Cáceres*. (s. a.). Cáceres, 1930, p. 22.

¹⁰ Cf. GIMENO DE SANDE, A.: "Centros primarios de Higiene rural", en *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. 1933, Vol. VIII (pp. 573-590) y 1934, Vol. IX (pp. 34-49 y 119-129); la nota en p. 573.

Ginebra, marcaría un hito en la proyección de la Medicina Preventivo-social sobre el medio rural.

La propia extensión de la *Public Health Demonstrations* por el entorno rural cacereño que acababa de ser iniciada permite aportar a la delegación española que asiste a Budapest una experiencia de primera mano. La información que de ello se estaba obteniendo contribuye a proporcionar al ponente español información sustancial acerca de los problemas y dificultades que se generan en ese proceso y, como no, sobre aspectos que contribuyen a definir el propio modelo sanitario susceptible de aplicar en los enclaves agrícolas del entorno europeo. El representante español parte de una consideración, la cicatería que presidía la vertiente de la salud pública en los entornos rurales: *Esta Conferencia ha sido una manifestación más del creciente interés de todos los países por el mejoramiento de la población rural y del reconocimiento de que, en tanto que la organización de la Sanidad moderna ha puesto coto eficaz a los daños de las aglomeraciones humanas en las urbes, tiene casi todo por hacer en las zonas rurales; a tal punto, que las mejores condiciones en que viven, no impiden que hoy en día la mortalidad sea mayor entre los campesinos que entre los habitantes de las ciudades, a los que con frecuencia creen estar en el caso de compadecer*¹¹. En función de ello, la adopción de medidas paliativas no debería retrasarse más. Él, como los restantes intervinientes, defiende que la instauración en este medio de Centros de Higiene *constituye la forma más acertada* para abordar sus problemas sanitarios¹². La defensa que de ellos hace Ruiz-Morote se sustentaba, en parte, en los provechosos resultados que se estaban produciendo en España con los centros que servían de excelente precedente, los Dispensarios Antipalúdicos. En éstos se hacían intervenciones en diversos campos sanitarios (diagnóstico mediante el laboratorio, trabajos de saneamiento, educación popular) y sobre diferentes patologías, además del Paludismo, (Fiebre Recurrente española, Kala-Azar, Tuberculosis). Así pues, la “filosofía de trabajo” estaba ya dispuesta faltando únicamente *la dotación necesaria* para que los mismos llegasen a transformarse en los Centros Rurales de Higiene que se postulaba en esa Con-

¹¹ Cf. -RUIZ-MOROTE, F. “La Conferencia de Higiene rural en Budapest”, en *La Conferencia Internacional de Higiene rural convocada por la Sociedad de Naciones (29 de junio, 1931)*. Publicaciones de la Escuela Nacional de Sanidad, 1931, núm. 3, Madrid, pp. 43-48, la nota en p. 45.

¹² *Ibidem*.

ferencia y cuyo nuevo cometido debería abarcar la lucha contra las enfermedades sociales de mayor prevalencia (paludismo, tuberculosis, tracoma, sífilis, etc.), así como la Higiene maternal e infantil, la Higiene Escolar y la Educación popular en materia de Higiene¹³. Él estaba comprobando, y así lo expone en Budapest, que para esta empresa se hacía necesario implicar a los médicos de los pueblos, hecho comprobable por él en los años precedentes de lucha antipalúdica cacereña. Y para lograr esa colaboración, argumentaba, era necesario que el nuevo Centro de Higiene Social respetara los intereses del ejercicio médico privado; y, paralelamente, conseguir que el sanitario rural se interesara por los quehaceres de la medicina preventiva en los que cabía perfectamente su intervención. Para ello, la formación sería una de las armas fundamentales: *Acaso no sean precisos planes complicados de organización*, afirmaba, *y baste con prestar entrenamiento a cuantos médicos deseen prepararse para aumentar el rendimiento a la sociedad mediante la aplicación de sus conocimientos sobre la Medicina preventiva*¹⁴. Lo cierto es que fue en esta línea en la que él había iniciado el despliegue sanitario rural antipalúdico y con la que continuó en el caso de los Centros Primarios y Secundarios de Higiene Rural.

En esta Conferencia de Budapest se llega a la conclusión de que es preciso instaurar en las regiones rurales “*Centros de Sanidad*” que cuenten, por lo menos, con dos dispensarios (Maternidad y Tuberculosis) y con *un médico, una enfermera visitadora, un controlador sanitario y un conserje*¹⁵. Unos tendrían el carácter de comarcales y otros proyectarían su intervención únicamente sobre la localidad. Los segundos -*Primarios*- se consagrarían a intervenciones en torno a la protección de la maternidad, la infancia, la educación sanitaria, la ingeniería sanitaria, etc. Los comarcales ó *Secundarios* actuarían en una línea muy parecida pero sobre un campo más extenso complementando, además, a los anteriores en determinadas enfermedades (venéreas y tuberculosis, por ejemplo) y prestaciones (transporte de enfermos, entre otros)¹⁶. Servirán para dirigir y coordinar a los Primarios a la vez que harían de enlace entre éstos y el Instituto de Higiene de la capital.

La asistencia de Ruíz-Morote a la Conferencia Higiene Rural le sirvió para reforzar los planteamientos que ya tenía en mente aplicar sobre los pueblos

¹³ *Ibidem*, pp. 46-47.

¹⁴ *Ibidem*, p. 47.

¹⁵ Cf. GIMENO DE SANDE, A. “Centros primarios de ..., *op. cit.*, p. 573.

cacereños, extendiendo sobre ellos los beneficios de la Higiene Social, de tal manera que ese despliegue de Salud Comunitaria no debía ser retrasado más. Y lo inicia en el municipio de Trujillo como Centro Comarcal cercano a la capital. Las primeras experiencias que había obtenido en esa localidad en 1930, en la atención a la Tuberculosis, habían dado óptimos resultados¹⁷, de ahí que a la vuelta de Budapest se ponga en contacto con el Ayuntamiento para la instalación en esta población del que sería el primer Centro Secundario de Higiene Rural de España. La puesta en funcionamiento del mismo se hará ya instaurado el régimen republicano, a comienzos del verano de 1931, ofreciendo desde el principio toda la gama de prestaciones que iban a caracterizar a estos organismos sanitarios comarcales. La actividad impulsora continuó en los meses siguientes, de tal forma que antes de acabar el año ya se habían organizado en nada menos que 16 pueblos cacereños, los primeros Centros Primarios de Higiene Rural de nuestro país: Alcántara, Alcuéscar, Arroyo del Puerco, Casas de Don Antonio, Eljas, Hervás, Hoyos, Malpartida de Cáceres, Malpartida de Plasencia, Monroy, Montánchez, Tornavacas, Torremocha, Torrequemada, Villanueva de la Sierra y Zarza de Granadilla fueron los pueblos elegidos¹⁸.

El Centro Secundario de Higiene Rural de Trujillo constituyó el primer referente español en el marco europeo en torno a Centros polivalentes de Higiene Social. A nivel “urbano” el centro referencial es el Instituto de Higiene de la capital cacereña. A nivel “rural”, lo es el centro trujillano. Así lo pone de manifiesto un estudio francés que analiza el panorama europeo de los primeros años de la década de 1930 en lo que a Centros de Higiene Social se refiere. El repaso que en ese estudio se hace del caso español, se circunscribe a Cáceres y Trujillo, caracterizado a éste último como *nettement rural*¹⁹.

¹⁶ Cf. PITTALUGA, G. (ed.) *Trabajos de la Conferencia Internacional de Higiene rural convocada por la Sociedad de Naciones y celebrada en Ginebra*. 1931, Publicaciones de la Escuela Nacional de Sanidad, núm. 4, Madrid, p. 31.

¹⁷ A lo largo de ese año se inscriben en la misma 153 pacientes cuya asistencia a la misma origina 261 sesiones clínicas. Cf. *Memoria del quinquenio y trabajos del año 1933*. Instituto Provincial de Higiene de Cáceres. (s. a.). Cáceres, 1933, Estados números 1 y 2.

¹⁸ Cf. *Memoria del año 1931*. Instituto Provincial de Higiene de Cáceres. (s. a.). Cáceres, 1931, p. 7.

¹⁹ Cf. BARRAL, M. *Le centre polyvalent d'hygiène sociale. Pour l'instruction pratique des médecins et des visiteuses d'hygiène sociale*. Lyon, 1933, pp. 76-78.

IMAGEN NÚMERO 1



Palacio donde se instaló el Primer Centro Secundario de España en junio de 1931. Trujillo. Foto actual.

La experiencia trujillana recibe de inmediato el aplauso de la cúpula sanitaria republicana. Al frente de ésta se hallaba el Dr. Marcelino Pascua (primer Director General de Sanidad de la República) quien tenía entre sus propósitos políticos la organización de la sanidad rural sobre bases científicas²⁰. Por lo tanto, el experimento de Trujillo encaja a la perfección dentro de las pretensiones republicanas. Tan es así que, durante los primeros meses de su funcionamiento, ya se acercan a conocerlo de primera mano, el propio Director General

²⁰ Cf. BERNABEU-MESTRE, J.: "La utopía reformadora de la Segunda república: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad.1931-1933", en *Revista española de Salud Pública*, 2000, Número 74, pp. 1-13, la nota en p. 6.

de Sanidad y el Inspector General de Instituciones Sanitarias, cargo este último que por entonces recaía en el Dr. Sadí de Buen. No faltaron tampoco visitas de integrantes del Servicio de Higiene de la Sociedad de Naciones. Pero quizás, lo más significativo fue la llegada a él, procedentes de la Escuela Nacional de Sanidad, de *Médicos alumnos* que habrían de participar durante los meses de su periodo de prácticas, en la creación de los Centros Primarios que antes se han referido. La experiencia sanitaria trujillana permitía vivir en directo las primeras incursiones rurales que se hacían en nuestro país en el campo de la medicina preventiva.

El modelo organizativo y funcional de este Centro de Salud trujillano va a estar presente en la Conferencia Internacional de Ginebra -continuadora de la de Budapest ya referida- que se celebra en el mes de junio de 1931. Aunque Ruíz-Morote no asiste personalmente a esta nueva reunión, sin embargo el responsable de la Sanidad del nuevo régimen cuenta también con él para tal evento, encargándole la elaboración de las bases que conformarían una de las recomendaciones establecidas en la conferencia. Una de las Comisiones que se organizaron en la Conferencia, la Cuarta, presidida por el ya citado Dr. W. Chodzko, recomienda la adopción de una serie de *resoluciones*, entre las que se encuentra la necesidad de elaborar *una documentación más completa sobre el coste de los servicios de Sanidad y de Medicina rurales*. Este trabajo, patrocinado por la propia Organización de Higiene de la Sociedad de Naciones, sería llevado a cabo desde las Escuelas de Sanidad de diferentes países. La aportación española a este respecto también es, como decimos, obra de Ruíz-Morote.

El Informe se halla estructurado en varias partes. En un principio se recogen las bases administrativas, geográficas y de asistencia médica que sustentarían la organización sanitaria global de la provincia de Cáceres. En él se recoge la *concepción española* del distrito sanitario rural. Se trata del modelo de distrito sanitario que había comenzado a diseñarse en el territorio cacereño en los meses anteriores. El Informe toma como base esta delimitación geográfica, si bien se estima que sus características *son aplicables, sin grandes variaciones, a muchas provincias españolas*²¹. En el documento se realiza una descrip-

²¹ Cf. RUIZ-MOROTE, F.: "Informe sobre el coste de la organización sanitaria de un distrito rural. (Tema número IV de los aconsejados por la Cuarta Comisión de la Conferencia Europea de Higiene rural", en PITTALUGA, G.: *Trabajos de la Conferencia Internacional de Higiene rural convocada por la Sociedad de Naciones y celebrada en Ginebra, 1931*, Publicaciones de la Escuela Nacional de Sanidad, núm. 4, Madrid, pp. 83-91, la nota en p. 83.

ción pormenorizada acerca de cómo gestó la idea de “distritos sanitarios” en una provincia de carácter esencialmente rural como la cacereña: *Los 448.000 habitantes de la provincia están distribuidos en 225 Municipios, de los que solamente cuatro son mayores de 10.000 habitantes, alcanzando la capital, 25.000.* Un entorno geográfico en el que la mayoría de la población vive en pueblos que, aun los pequeños, alcanzan una densidad de población análoga a la de las urbes. Van al trabajo de campo durante el día y regresan por la noche al hogar. La escasez de cortijos (“farm”) y colonias, marca más netamente la separación de pueblo a pueblo, y acaso influya en la poca tendencia de agruparse con los municipios vecinos aún para servicios de común beneficio; pareciendo en todo caso más fácil la asociación de los pequeños Municipios al mayor más próximo, al que frecuentemente han de recurrir para fines comerciales o de otra naturaleza. Sobre ese medio el redactor defiende el nivel óptimo que caracterizaba a su asistencia médica, al menos en lo que al número de médicos se refiere. Había un *médico residente* en todos los Municipios a excepción de diez o doce de los más pequeños que concertaban dicha prestación con el pueblo más cercano, correspondiendo de manera global al conjunto provincial una media de *un médico por cada 1.200 habitantes*. Este panorama, en cuanto a la asistencia curativa se refiere, se completaba con la vertiente sanitario-preventiva que, en el campo de la lucha antipalúdica, existía ya bastante bien asentada y que se conformaba por la instauración de Dispensarios Municipales. Precisamente el funcionamiento de éstos llevaba al informador a defender el *interés por las actividades sanitarias* que mostraban los médicos locales cacereños. Dicha disposición constituyó uno de los factores que se tuvo en cuenta a la hora de organizar la distribución de la sanidad rural que se defiende. El Distrito sanitario se conforma a partir de referentes económicos, extensión geográfica, características demográficas y hasta las *facilidades* que para el servicio sanitario ofrecieran las *vías de comunicación*. En función de ello se establecen cinco distritos: el de la capital atendido desde el Instituto de Higiene (Centro de Higiene Terciario), el de Trujillo, el de Navalmoral de la Mata, el de Coria y el que se preveía establecer en la capital del Jerte²². Completarían el panorama los Primarios de índole local que se estaban instalando en los municipios más pequeños. El único que funcionaba en la fecha del Informe era, además del de la capital, el de Trujillo.

²² Este centro Secundario no llegó a crearse al no cuajar las conversaciones con el Ayuntamiento placentino.

IMAGEN NÚMERO 2

INFORME

SOBRE

EL COSTE DE LA ORGANIZACION
SANITARIA DE UN DISTRITO RURAL

(Tema número IV de los aconsejados por la Cuarta Comisión
de la Conferencia Europea de Higiene rural)

POR EL

Dr. D. J. MOROTE

Inspector provincial de Sanidad de Cáceres

Profesor de la Escuela Nacional de Sanidad

El prototipo de Centro Secundario que postula Ruiz-Morote estaba destinado a atender las necesidades sanitarias del lugar donde se hallara enclavado, así como *servir de modelo a los demás Municipios de su distrito* y ejercer las labores de *vigilancia, orientación y complemento* de los centros Primarios en él adscritos. Estaba dotado de médicos especialistas que proyectarían intervenciones sanitarias ligadas al uso de los Rayos X y del Laboratorio y que llevarían a cabo estudios epidemiológicos y de estadística demográfica del respectivo ámbito de actuación. Al no poder abarcar directamente todas las pretensiones sanitarias de la comarca, su labor se vería complementada por los Centros Primarios cuya apertura permitiría quedar bajo el paraguas preventivo a muchos habitantes cacereños. El Informe pormenoriza las prestaciones que éstos pequeños reductos de Sanidad Preventiva -algunos de los cuales ya habían sido puestos en marcha- iban a tener: Dispensario Antipalúdico, Inspección médico-escolar complementada en la corrección de defectos por el Secundario, Higiene Maternal e Infantil, vacunación, exámenes sencillos de laboratorio y tratamientos sifilíticos y tuberculosos.

De la propia experiencia en el territorio cacereño con la instalación de las prestaciones de la lucha antipalúdica en sus pueblos, Ruiz-Morote había aprendido dónde se hallaban las mayores dificultades de esta empresa. La mayor traba estaba en el propio arranque de la misma pues, una vez iniciada la andadura, las posibilidades de su paralización eran bajas, señalaba. Así había ocurrido con los Dispensarios Municipales de los que únicamente uno de ellos –de 38 que se habían creado hasta ese momento- había tenido que cerrarse. Y en este sentido muestra orgulloso la exitosa participación de los médicos rurales cacereños que se habían movido no por un afán economicista –la gratificación que recibían tenía muy poca monta-, sino por el *sentido de progreso* que experimentaban en su trabajo. Había esperanzas, señalaba el redactor, en que los médicos aplicasen para abordar la morbilidad infantil, el mismo entusiasmo que habían mostrado en el uso del microscopio para la profilaxis antipalúdica.

Para explicar el modelo de organización y funcionamiento de los Secundarios utiliza la información de la que ya se dispone procedente del centro de Trujillo. Con respecto al personal refiere la presencia de especialistas “*full-time*” y “*part-time*”. En el primer caso estaría el director que habría de estar Diplomado por la Escuela Nacional de Sanidad, así como un Practicante y las Enfermeras Visitadoras. En el caso de estas últimas alega la condición de que sean *diplomadas de la Cruz Roja*, cuenten con *veintisiete meses de entrenamiento en clínicas* y con preparación sanitaria en el Instituto Provincial de Higiene de Cáceres. Los especialistas (Odontólogo, Tisiólogo, Laringólogo, Oftalmólogo) desempeñarían su trabajo a tiempo parcial.

En la última parte del Informe se hace una descripción exhaustiva de la organización del Centro Secundario trujillano. En lo que se refiere al coste económico de este Distrito, centrado hasta ese momento únicamente en dicha institución de salud, se eleva a 20.500 pesetas en materia de personal y a 9.500 en gastos de funcionamiento (*locomoción, laboratorio y entretenimiento*). Se aclara que el Presupuesto corresponde a un *primer periodo de desarrollo*, debiendo ser objeto de ampliaciones a medida que se incremente el *desenvolvimiento* del mismo. Finaliza el Informe reflexionando en torno a la carencia que ostenta el distrito sanitario en el tema del saneamiento, privación que, dicho sea de paso, será uno de los puntos negros de la Higiene Rural ya que no se materializarán medidas efectivas sobre dicho problema en todo el decenio de 1930 e, incluso, en los años inmediatamente posteriores.

Concluyendo, la puesta en práctica de la recomendación de la Cuarta Comisión de la Conferencia de Higiene Rural de Ginebra se sustenta en el modelo cacereño de Centros de Higiene que Ruíz-Morote había diseñado para el

conjunto de la provincia y cuya aplicación había ya iniciado en la comarca de Trujillo. Hay que reconocer que, a pesar de las tempranas fechas del informe, el dibujo que hizo el centro trujillano se acercó bastante a lo que fue esta institución sanitaria en los años inmediatos posteriores, cuestión que podrá verse en una próxima publicación sobre este tema.

2. LA GENERALIZACIÓN DEL MODELO DE CENTRO DE HIGIENE RURAL POR LOS REPUBLICANOS. LAS APORTACIONES CACEREÑAS

La Conferencia de Ginebra supuso un reconocimiento oficial de la Higiene Rural, de tal manera que con ella se dio un paso muy importante en la proyección sobre ese entorno de las nuevas orientaciones sobre Higiene que hasta ahora habían estado limitadas, casi exclusivamente, al medio urbano²³. Sus aportaciones influyeron decisivamente en la definición de los pilares del modelo de organización sanitaria para los enclaves rurales que se había iniciado en el norte extremeño y que se generalizan de inmediato para el conjunto del país por la Administración republicana²⁴. En líneas generales, esta Administración puso en marcha varias de sus recomendaciones. En el caso de la provincia de Cáceres la secuela de la Conferencia no se detuvo tras la implicación de su máximo responsable sanitario en la misma, sino que continuó con la implementación por los pueblos de sus postulados y fundamentos higiénico-sanitarios y con la realización en ellos de experimentaciones de diverso calado. Con respecto a estos últimos, en pueblos cacereños se llevan a cabo investigaciones que emanan del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones, siguiendo las recomendaciones de Ginebra. Desde esa institución se diseñan una serie de trabajos de experimentación a realizar por Institutos y Escuelas de Higiene de diversos países, entre ellos España. De entre los que asume la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid, dos de ellos tienen lugar en la provincia cacereña. En concreto los titulados a) *Épidémiologie de la fièvre typhoïde dans les campagnes* ; y b) *procédés de traitement des ordures ménagères et du*

²³ Cf. VEGA VILLALONGA, J. T.: "Incorporación a la sanidad de las comarcas aisladas", en NÁJERA ANGULO, L. *Primer Congreso Nacional de Sanidad. Madrid, 6-12 de mayo de 1934, 1935*, Tomo II, Madrid, pp. 236-246, la nota en p. 237.

²⁴ Cf. BARONA VILAR, J. L. y BERNABEU MESTRE, J.: *La salud y el Estado. El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)*. 2008, Valencia, 162.

*fumier les plus aptes à empêcher l'éclosion des mouches*²⁵. En el balance que, sobre el trabajo desarrollado se llevó a cabo en ambos aspectos, en la *Rapport de l'Organisation d'hygiène pour la période octobre 1932-septembre 1933*, se hace la siguiente apreciación:

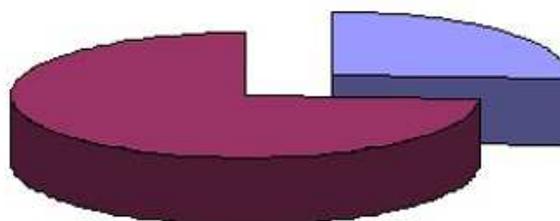
L'Enquête sur le fréquence et les sources des infections typhoïdes est en cours dans le district de Cáceres qui compte vingt-trois villages et qui dispose d'une armature sanitaire solide. C'est pourquoi ce district a également été choisi comme siège de l'enquête sur le coût des services sanitaires ruraux. Une évaluation détaillée y a été faite des dépenses qu'exigent la création et l'entretien d'une centre de santé secondaire.

*Le problème des mouches a été abordé au village de Torquemado (Sic), en collaboration avec les médecins praticiens, les autorités sanitaires locales et les agriculteurs*²⁶.

Pero sin duda la prueba contundente de que la provincia de Cáceres asumió los postulados internacionales la constituye la red de Centros de Higiene Rural con que logró poblar su territorio. En 1932 se pone en marcha el Centro Secundario de Navalmoral de la Mata al que le sigue el de Coria. Paralelamente, los pequeños pueblos van inaugurando sus respectivos Centros de Salud locales. De la variedad de prestaciones que en ellos se dieron, destacaron en cuanto a número de consultas e intervenciones clínicas, las referidas a la infancia. El gráfico número 1 nos ilustra esta apreciación.

²⁵ Cf. SOCIÉTÉ DES NATIONS: *Bulletin trimestriel de l'Organisation d'Hygiene*. 1933, Vol. II, núm. 1, mars, Geneve, p. 572.

²⁶ *Ibidem*, p. 576.

GRÁFICO NÚMERO 1**Distribución porcentual del número de “nuevos consultantes” en los servicios rurales cacereños (1931 a 1933)**

- Inscritos en patologías sociales (venéreas y tuberculosis)
- Inscritos en consultas maternas (Prenatal, Infantil, Preescolar)

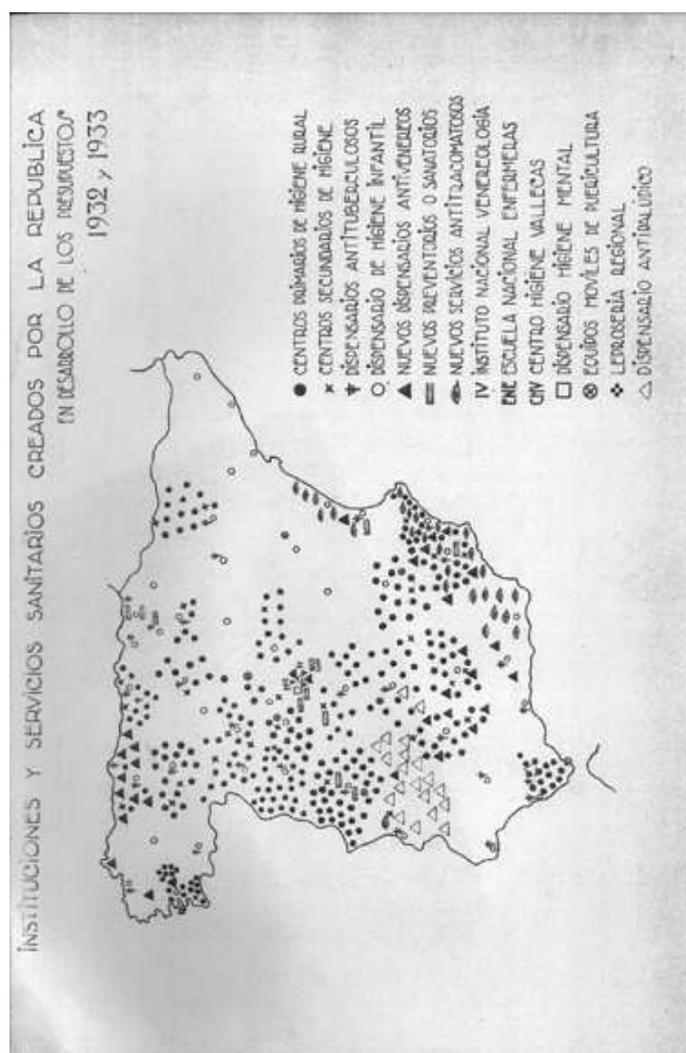
La asunción por la administración republicana del modelo de Centro de Higiene Rural definido en Budapest, va a suponer la generalización por el conjunto del país de la sectorización de la organización sanitaria rural a través de Centros de Salud locales y comarcales. Ello va a posibilitar que se implante en este entorno una sanidad esencialmente preventiva, que incida especialmente sobre aquellos aspectos estrechamente ligados a la morbilidad y mortalidad infantil y a las patologías de índole social. Con ello se consigue una evidente potenciación de la Sanidad Pública al extender la asistencia médica sufragada por el Estado a un número importante de personas, muchas de las cuales no tenían medios para recibir esas prestaciones en el ámbito privado.

Será en 1932 (Orden Ministerial de 22 de Abril) cuando vea la luz la primera disposición gubernamental que regule la creación de los Centros Secundarios de Higiene. El ritmo de las aperturas de estos Centros de Salud lo marcó la propia Administración sanitaria periférica, de tal forma que no todas las provincias

impulsaron con la misma intensidad la puesta en marcha de estas prestaciones de Sanidad Pública por el medio rural. En la imagen número 3 podemos comprobar el dibujo que de este hecho hizo la Administración Central en el año de 1933.

A pesar de esa diferencia en el ritmo, lo cierto es que la Administración Sanitaria de la II República mantuvo prácticamente siempre un empeño decidido a favor de la extensión y generalización de la Sanidad Preventiva por todo el territorio nacional. Se era consciente de que las pretensiones de mejora hacia el medio rural necesitaban de un marco político-sanitario que permitiese la puesta en marcha de una intervención esencialmente preventiva. Por aquellos años el Estado había comenzado a dar una serie de pasos legislativos tendentes a potenciar la infraestructura sanitaria del ámbito periférico y a la par que a darles mayor capacidad de acción, mayores cometidos en definitiva. Y, como hemos visto, el espacio europeo les estaba sirviendo de ejemplo. Lo que se suele catalogar como *programa de reconstrucción sanitaria* de los republicanos, tenía entre sus líneas prioritarias, la atención a la infancia –maternidad incluida–, las intervenciones profilácticas sobre las enfermedades catalogadas como “evitables”, y la medicina social (servicios de Higiene Social). Y es que los republicanos definieron nuevas estrategias para luchar contra las enfermedades, especialmente aquellas de elevada prevalencia y aquellas otras que estaban especialmente unidas a las clases más desfavorecidas -la vinculación entre pobreza y enfermedad estaba ya claramente asentada-. Para defender esta estrategia era preciso poner en marcha establecimientos sanitarios que tuvieran como principal objetivo la prevención y la profilaxis. Y como una de las armas fundamentales, la educación sanitaria de la población.

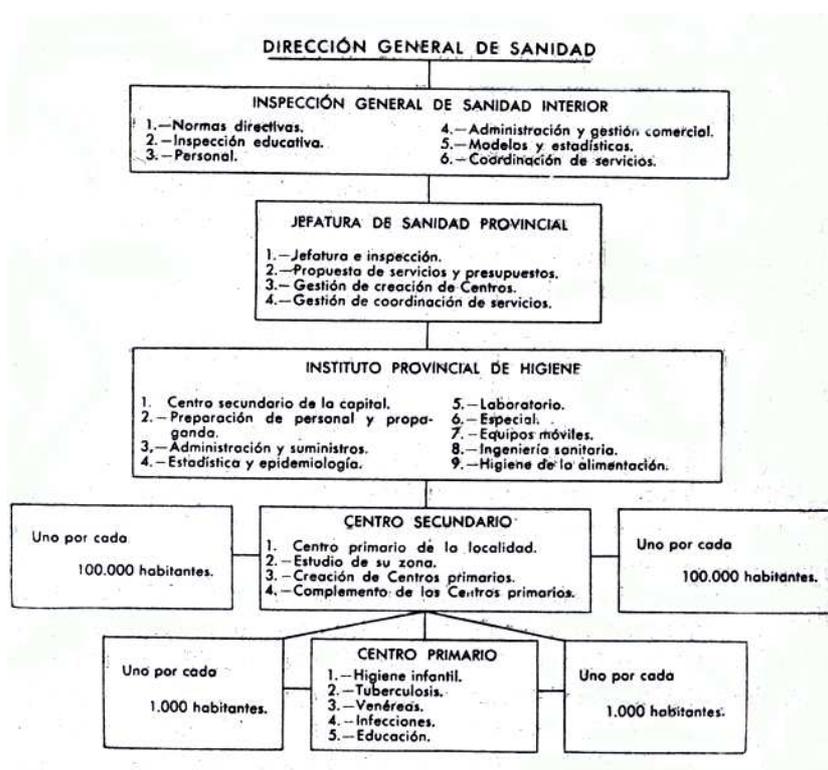
IMAGEN NÚMERO 3



FUENTE: *La Sanidad en la República: dos años de gestión.* (1933), Dirección General de Sanidad.

En 1934 los republicanos organizan el Primer Congreso Nacional de Sanidad. La finalidad del mismo es dar a conocer al estamento sanitario de todo el país la línea programática que en esta materia tenía planteada la República. La lectura de las ponencias oficiales permite comprobar cómo a los republicanos les interesó, sobre todo, la Salud Pública. Es decir, un ejercicio de la medicina con una fuerte proyección social. En ese contexto la enfermedad interesa, sobre todo, como un hecho de dimensión colectiva. Y por ello el diseño de la política sanitaria se proyecta especialmente sobre el ejercicio médico de índole social. La atención al medio rural constituyó uno de los ejes organizativos del Congreso. Dentro de esta temática, la Ponencia Oficial rezaba así: *Organización de los Servicios de Higiene Rural. Noticias que aconseja la experiencia adquirida para su total desenvolvimiento*. Las firmas de la misma correspondían a RUESTA MARCO, S. (Inspector General de Sanidad Interior), BECARES FERNÁNDEZ, F. (Inspector provincial de Sanidad de Valladolid), RUIZ-MOROTE, F. (Inspector provincial de Sanidad de Cáceres), AGUILERA ANGLÉS, A. (Director de Sanidad Exterior de Irún), CAMPO CARDONA, A. del (Subinspector provincial de Sanidad de Cáceres) y DE BUEN LOZANO, S. (Director del Centro de Higiene Rural de Navalmoral de la Mata). Estos autores -entre los que, como puede verse, figura una importante representación cacereña- definen el modelo de Sanidad Pública preventiva que la República contemplaba para nuestro país. El organigrama adjunto presentado en ella (Imagen número 4), dibuja a la perfección el organigrama sanitario republicano: la cúspide de la pirámide se ubicaba en la DGS de la cual dependían los Servicios periféricos representados por los Institutos Provinciales de Higiene. Estos equivalían a los Centros Terciarios que, ubicados en las capitales de provincia, servían de dirección, sustento y apoyo a los Centros Secundarios o comarcales que, a su vez, hacían lo mismo con los Primarios, eslabones últimos de la cadena sanitaria. En la ponencia se recogen muchas observaciones con respecto a la organización y funcionamiento de los centros rurales siendo, algunas ellas, reflejo de las propias vicisitudes por las que había ido pasando la puesta en marcha de esas instituciones en las poblaciones cacereñas.

IMAGEN NÚMERO 4



FUENTE: *Actas del primer Congreso de Sanidad. Madrid, 6-12 de mayo de 1934. Tomo I, p. 238.*

En este Congreso, además de en la Ponencia Oficial, son importantes las aportaciones de sanitarios cacereños implicados en la Sanidad Pública de esta tierra. Como puede verse en el Cuadro número 1, las Comunicaciones que estos presentan abordan un gran número de los aspectos que estaban siendo atendidos desde los Centros de Higiene.

Cuadro número 1

**Intervenciones de sanitarios cacereños en
el Primer Congreso Nacional de Sanidad de 1934**

Autor	Título de la intervención
Francisco Ruiz-Morote Coello	<i>Centros Terciarios de Sanidad y su relación con los Institutos Provinciales de Higiene.</i>
David Domínguez Villagrás	<i>La Odontología en los Centros Rurales de Sanidad.</i>
A. del Campo Cardona	<i>Función social de la Instructora de Sanidad.</i>
Cesar Martín Cano	<i>Resultados de una encuesta sobre el funcionamiento de los centros Primarios en la provincia de Cáceres.</i>
Cesar Martín Cano	<i>Importancia de la visita periódica de la Instructora de Sanidad a los centros Primarios.</i>
J. Merino Hompanera	<i>Cómo orientar la organización de la lucha antituberculosa en la población rural de la provincia de Cáceres.</i>
J. Roperó	<i>Defectos de visión en los escolares de la demarcación sanitaria de Cáceres y factores que intervienen en su corrección.</i>
Santiago Becerra	<i>Organización de los Centros de Higiene. Sus relaciones con el Estado y la Sanidad.</i>
Eliseo de Buen	<i>Hoja sanitaria de un pueblo Hoja sanitaria de la vivienda</i>

**3. A MODO DE EPÍLOGO: LAS PRETENSIONES PREVENTIVISTAS
DEL DR. RUIZ MOROTE**

La contribución que Ruiz-Morote hizo a la Sanidad pública cacereña es digna de poner en valor por varias razones. Él arribó en esta tierra por razones de trabajo y ello fue suficiente para que le entregara todo su buen hacer. Desde el

momento de su llegada proyectó sobre nuestro territorio sus excelentes inquietudes profesionales, no importándole la escasa implantación que en ella había de infraestructura sanitaria. Por el contrario, esta circunstancia le sirvió de detonante para luchar por su mejora. De inmediato mostró una extraordinaria sensibilidad por las pésimas condiciones en las que transcurría la salud de los cacereños y puso en juego las posibilidades que tenía en sus manos para mejorarlas. Para ello comenzó estudiando el territorio, obteniendo datos que permitieran hacer un diagnóstico preciso y científico de la realidad, cuantificando los morbos, descifrando el contexto en el que éstos se desencadenaban y desarrollaban, etc. Y todo ello mediante un acercamiento directo a ese entorno social.

La llegada a la Comarca del Campo Arañuelo de Paludólogos y sanitarios con parecidas inquietudes, así como el apoyo estatal a la Campaña Antipalúdica proyectada sobre ese territorio, le permitió acometer la primera gran empresa, el combate de la endemia palúdica. La presencia de la Fundación Rockefeller en ese cometido sirvió para que el representante de esta Fundación captara su profesionalidad y lo fichara para otorgarle nuevos cometidos. Él opta por mejorar su formación y, una vez logrado esto, poderla aplicar en el bien de los cacereños. Y así lo hace durante casi una década, hasta que logra quedar asentado todo un despliegue de Salud Comunitaria por el conjunto de la provincia. Cuando esto estuvo finalizado, la Administración republicana lo reclama para que dirija en Madrid una institución que se semejaba al centro cacereño que había conformado, pero con una proyección especial, de ámbito nacional, en el campo de la formación de personal sanitario.

Toda esta labor estuvo impregnada de trabajo y, a la vez, de afecto por nuestra tierra. Él logró crear en la ciudad un equipo de personal sanitario implicado en la Medicina Preventiva. Logró que muchísimos médicos rurales cacereños asumieran esos principios y se implicaran en hacer prevención en los pueblos. Y, quizás lo más difícil, consiguió que los alcaldes de los municipios, grandes y pequeños, se interesaran por la salud comunitaria y dispusieran para ello la logística precisa. Aunque para lograr todo esto tuvo que estar pateándose continuamente la provincia, al final el reconocimiento de toda ella hacia su labor se hizo patente en más de una ocasión²⁷.

²⁷ Cf. CLEMENTE FUENTES, L.: *Los orígenes de la Medicina....*, op. cit., pp. 161-176.

Sus ideas acerca de la labor sanitaria con una gran proyección social pueden verse reflejadas en el conjunto de sus aportaciones que han sido referidas en páginas anteriores. También la podemos vislumbrar en sus textos, conferencias, escritos en la prensa, intervenciones radiadas, etc. Si nos fijamos en una de las que mejor resumen su concepción de la Sanidad Pública, la Conferencia que imparte en 1934 sobre la implantación del Seguro Social de Enfermedad en nuestro país, podemos comprobar cómo coloca a la vertiente preventiva en primera línea de acción, otorgándole el calificativo de “imprescindible” si se querían aminorar los altos índices de morbilidad y mortalidad que todavía arreciaban en nuestra sociedad. Al igual que se reconocía por las autoridades gubernativas, para él las mayores dificultades para la aplicación preventiva estaban en el medio rural, enclave dónde la carencia tan grande de especialistas dificultaba ese mecanismo de salud. Él aboga por lo que en estos momentos ya tenemos, por una ligazón entre las vertientes curativa y preventiva de la salud. Y para lograr esto la única forma que él encontraba en ese momento era que los médicos rurales recibieran formación en materia preventiva y así pudieran desarrollarla. Ello era, además, factible porque esos médicos de familia eran los que mejor conocían el entorno en el que se desenvolvía la enfermedad (circunstancias sociales, laborales y económicas, condiciones íntimas de vida, etc. de cada paciente), factor esencial para la Medicina Social. Sostiene que los médicos debían *invadir* la medicina preventiva lo cual ayudaría, además, a que la propia sociedad rural se diera cuenta de las bondades de la misma y acudiera a recibir sus prestaciones.

Su visión comunitaria de los problemas de salud le lleva a abogar por un ejercicio médico-sanitario a gran escala. Y para ello Ruíz-Morote apuesta por la implantación del Seguro Social de Enfermedad, el cual permitirá que la Medicina curativa llegue a amplias capas de la población, incluso a aquellas que tienen escasas posibilidades de podérsela pagar. Pero, como ya se ha dicho, sin dejar de lado la coordinación entre la intervención curativa y la preventiva.

Esta concepción de la actividad asistencial, acompañada de la consideración de la enfermedad como fenómeno que afectaba a las colectividades, es la que él trató de llevar a los pueblos donde todavía se detectaban altos niveles de morbilidad. Y en esta empresa tuvo la suerte de encontrar el apoyo de la Administración republicana, especialmente de su primer dirigente sanitario.

