

UNA PERSPECTIVA SOCIAL DE LA TUBERCULOSIS EN ESPAÑA: 1900-1939

María del Carmen Palao Ibáñez
Universidad Complutense de Madrid

Resumen

A principios del siglo XX, la industrialización y la emigración masiva a las ciudades provocaron una expansión sin precedentes de la tuberculosis en toda Europa, haciendo de ella una enfermedad social. En España, la organización de la lucha antituberculosa alcanzó su mayor grado de desarrollo durante la segunda República; sin embargo, la guerra civil frenó los avances experimentados y favoreció una mayor incidencia de la enfermedad. La ciudad de Madrid es un excelente ejemplo del carácter social de la tuberculosis, ya que padeció durante todo el periodo una de las mayores tasas de mortalidad de España a causa de factores como la vivienda insalubre, el hacinamiento, las duras condiciones de trabajo y el elevado coste de los productos de primera necesidad.

Palabras clave: tuberculosis, lucha antituberculosa, enfermedad social, siglo XX, segunda República, guerra civil española, Madrid.

Abstract

In the early twentieth century, industrialization and mass migration to cities led to an unprecedented expansion of tuberculosis in Europe, making it a social disease. In Spain, tuberculosis control organization reached its highest level of development during the second Republic. However, the civil war halted the progress achieved and favored an increased incidence of the disease. The city of Madrid is an excellent example of the social nature of tuberculosis because it suffered of the highest mortality rates in Spain during the entire period on account of factors such as poor housing, overcrowding, harsh working conditions and high cost of staples.

Key words: tuberculosis, tuberculosis control, social disease, twentieth century, second Republic, Spanish civil war, Madrid.

1.- Introducción: la caracterización de la tuberculosis como enfermedad social

Cuando Robert Koch descubrió el bacilo causante de la tuberculosis, en 1882, esta era la patología de mayor letalidad, por delante de la sífilis y el cáncer (Sauret, 2001: 199), y lo seguiría siendo en España hasta mediados del siglo XX. Así, la tasa de mortalidad por tuberculosis no consiguió situarse por debajo de 100 muertes por 100.000 habitantes hasta 1951 (Del Campo, 1954: 449-450).

Con el descubrimiento de Koch se había logrado determinar el agente causante de la enfermedad y, por tanto, su carácter infecto-contagioso. A partir de este momento, la medicina se dividió entre ‘semillistas’ y ‘terrenistas’, esto es, entre aquellos que consideraban que el factor determinante para la difusión de la tuberculosis era el propio bacilo, y aquellos otros que concedían una importancia fundamental al estado del organismo al que el bacilo atacaba, en función del cual éste podría o no prosperar. Si bien los ‘semillistas’ creían que la profilaxis y el aislamiento eran las principales

herramientas en la lucha contra la tuberculosis, los ‘terrenistas’ se inclinaban, desde una perspectiva higienista, a conceder una gran importancia a una presunta predisposición genética que determinadas conductas de cuestionable moralidad (asistencia frecuente a prostíbulos, “emociones vivas”, alcoholismo, onanismo, etc.) se encargarían de activar (Molero, 1987: 15 y ss.). La faceta más extrema de esta teoría fue la eugenésica, en virtud de la cual incluso se propuso prohibir el matrimonio entre tuberculosos (Ibídem: 20) por “el interés supremo de la conservación y mejora de nuestra raza” (Camino, 1914: 6). Esta última postura establece una asociación clara entre control sanitario y control social, en la que la sanidad pública era considerada más como un instrumento de “policía sanitaria” (Soriano, 2000: 193) que como un medio para atajar “los problemas de base: miseria, insalubridad y hacinamiento” (Anaut, 1999: s.p.).

No obstante, todo el estamento médico coincidía en que la tuberculosis, independientemente de los factores que pudieran ser determinantes para su contagio, reunía las características necesarias para considerarse una enfermedad social (Molero, 1989: 192). Si bien la tuberculosis ha afectado a las comunidades humanas desde épocas muy tempranas¹, la industrialización originó una situación idónea para su propagación merced al hacinamiento de las masas obreras en arrabales insalubres y a las jornadas laborales agotadoras desarrolladas en condiciones antihigiénicas. A este escenario se sumaban la escasa cobertura sanitaria facilitada por el Estado² y una alimentación deficiente. De este modo, a la elevada frecuencia de la tuberculosis había que unir, como rasgo más sobresaliente para poder ser calificada como enfermedad social, su acusada incidencia sobre la clase trabajadora. Así, un ochenta por ciento de los casos recaía sobre obreros de entre quince y treinta y cinco años (Molero, 2001: 31).

Según los sucesivos Anuarios Estadísticos de España, entre 1901 y 1939 los muertos por tuberculosis en el país superaron durante la mayor parte de los años los 30.000 –el inicio del periodo republicano supone un punto de inflexión en una tendencia descendente–, con unas tasas de mortalidad que oscilaron entre el valor máximo de 202,8 por 100.000 habitantes de 1901 y el mínimo de 102,6 de 1936. Sin embargo, ya en la época se consideraba que las cifras oficiales estaban muy sesgadas, y que el número de fallecidos más bien se situaba en una horquilla de entre 50.000 y 75.000 al año (Molero, 1987: 20).

Si bien los médicos demandaron insistentemente a los poderes públicos la puesta en marcha de medidas para contener el avance de la tuberculosis, no es menos cierto que en muchas ocasiones estas exigencias respondían a motivaciones de carácter económico –librar al Estado de las enormes pérdidas provocadas por la muerte de tantos trabajadores– y, en última instancia, al deseo de asegurar la paz social frente a la amenaza obrera (Ibídem: 29 y ss.; y Quintanas, 1997: 201).

2.- Evolución de la organización de la lucha antituberculosa en España

En 1903 surgió la Asociación Antituberculosa Española (AAE), que un año más tarde se inscribió en el Buró Central Internacional para la Lucha contra la Tuberculosis

¹ Para conocer la incidencia de la tuberculosis en las comunidades humanas a lo largo de la Historia, ver, por ejemplo, SAURET VALET, J. (1990): *La tuberculosis a través de la historia*. Rayma. Madrid; y GUERRA PÉREZ-CARRAL, F. (1989): *Historia de la Medicina*, tomo III. Norma. Madrid.

² El Seguro Obligatorio de Enfermedad no sería instaurado hasta 1944, y el sistema de la Seguridad Social no empezó a funcionar hasta 1963. Antes de esas fechas, la previsión sanitaria presentaba un desarrollo carente de uniformidad, realizado en general a través de grupos de profesionales (CERVERA, 1999: 141 y ss.).

de Berlín (Molero, 1987: 22). Un año más tarde se ordenó a los gobernadores civiles que apoyasen o excitasen la formación de comités provinciales contra la tuberculosis, a los que debían ofrecerse cuantas facilidades precisasen³. En 1906, cuando ya existían 32 juntas provinciales, se ordenó la creación de una Comisión Permanente contra la tuberculosis dependiente del Ministerio de la Gobernación⁴ para “estudiar las medidas propuestas por la Asociación Antituberculosa Española, e informar a los Poderes públicos respecto a los medios o recursos de eficacia reconocida para disminuir los estragos de la tuberculosis”. Además, este organismo repartía entre las instituciones que de ella dependían las 100.000 pesetas que le asignaba el Estado anualmente. Un año después se creó el Real Patronato Central de Dispensarios e Instituciones Antituberculosas, formado por “damas aristocráticas y adineradas” y presidido por la reina Victoria Eugenia “para tutelar social y económicamente” los centros dependientes de la Comisión (Ibídem: 23-24).

La dictadura de Miguel Primo de Rivera supuso el fin de este aparato institucional con la creación, en 1924, del Real Patronato de la Lucha Antituberculosa de España. Sus principales responsables, así como las vocales de la sección administrativa, estaban provistos de título de nobleza, mientras que los vocales de la sección técnica eran los médicos directores de los dispensarios de Madrid y de los sanatorios de su provincia⁵. La sección administrativa era la única con derecho a decidir qué cantidades debían solicitarse al Gobierno para la financiación de las instituciones antituberculosas, lo que quizás explique que en 1926 los integrantes de la sección técnica dimitieran en bloque y pasaran a integrarse en una Junta Consultiva Nacional con escasas atribuciones⁶.

La Segunda República introdujo cambios importantes en la concepción que hasta el momento se había tenido sobre la organización de la sanidad. De este modo, los poderes públicos dieron los pasos necesarios para afianzar su liderazgo en la planificación de la política sanitaria, promoviendo un proceso de reforma integral y modernización del sistema (Barona, 2006: 6). Una de las primeras medidas del Gobierno republicano provisional en materia de lucha antituberculosa fue la supresión del Real Patronato y la encomienda de su organización a la Dirección General de Sanidad⁷. En 1932 se constituyó el Comité Nacional Ejecutivo de la lucha antituberculosa, en el que se integraban fisiólogos, un arquitecto especializado en construcciones y asistencia social de lucha antituberculosa y un miembro del Instituto Nacional de Previsión⁸. En 1935 se aprobó una reforma en profundidad de la organización de la lucha antituberculosa⁹ para impulsar la prevención y ahorrar costes al Estado mediante una organización más racional y uniforme de la asistencia médica. Tras la victoria del Frente Popular en las elecciones de febrero de 1936, el nuevo Gobierno dejó sin efectos esta reforma¹⁰ y

³ Real Orden Circular del Ministerio de la Gobernación, en *Gaceta de Madrid*, 19-6-1904.

⁴ Real Decreto del Ministerio de la Gobernación, en *Gaceta de Madrid*, 12-2-1906.

⁵ Real Decreto de la presidencia del Directorio Militar y Real Orden de las subsecretarías de los Ministerios de Guerra y Gobernación, en *Gaceta de Madrid*, 5-6-1924.

⁶ Real Decreto del Ministerio de la Gobernación, en *Gaceta de Madrid*, 6-2-1926.

⁷ Decreto del Ministerio de la Gobernación, en *Gaceta de Madrid*, 24-4-1931.

⁸ Creado en 1908, el Instituto Nacional de Previsión ejerció exclusivamente el papel de mero organismo promotor de un sistema de seguros voluntarios que fuese preparando la posterior introducción de otros obligatorios (LÓPEZ PIÑERO, 2002: 605).

⁹ Decreto del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, en *Gaceta de Madrid*, 3-9-1935.

¹⁰ Decreto del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, en *Gaceta de Madrid*, 12-5-1936.

ordenó crear un Comité Central de Lucha Antituberculosa¹¹ que elaborase “una propuesta de organización definitiva de la lucha”.

A lo largo de los primeros meses que siguieron al estallido de la guerra civil, la situación sanitaria general en el territorio leal a la República no pareció resentirse especialmente, manteniéndose los niveles habituales de incidencia de diferentes patologías (Barona, 2006: 14). Si bien los dispensarios antituberculosos trataron de continuar desempeñando sus funciones habituales (Sanz *et alii*, 1999: 70), a lo largo de 1937 las condiciones para el ingreso o la estancia en sanatorios fueron endureciéndose progresivamente dada la saturación y las dificultades para su mantenimiento¹², hasta que la falta de camas desembocó en la incautación de todas las dependencias dedicadas al tratamiento de tuberculosos¹³. Por su parte, en la zona rebelde se carecía inicialmente de una organización sanitaria propia, ya que las instituciones de planificación estatal habían quedado fuera de su poder (Barona, 2006: 8). Sin embargo, a finales de 1936 el Gobierno de Burgos creó el Patronato Nacional Antituberculoso (PNA). Concebido como “Obra Nacional”, sus cometidos serían la recaudación de fondos, la hospitalización de enfermos y el desempeño de funciones de carácter estadístico. Su consolidación como organismo oficial habría de esperar hasta el fin de la guerra¹⁴.

Mención aparte merecen las dificultades de abastecimiento, que, agravadas por la afluencia de refugiados, propiciaron el auge de las enfermedades carenciales. Éstas no sólo constituían un problema por sí mismas, sino también por su acción debilitante sobre el organismo, haciendo más sencilla y frecuente la transmisión de la tuberculosis (Barona, 2006: 20).

3.- La tuberculosis en las ciudades: el ejemplo de Madrid

En el tránsito del siglo XIX al XX, la mala situación higiénico-sanitaria de Madrid, que recibió el calificativo de “ciudad de la muerte”, se evidenció en unas elevadas cifras de mortalidad general, las cuales, especialmente en los últimos años del siglo XIX, fueron incluso más del doble del valor correspondiente a 1931, en torno al 17 por mil. Estas cifras, superiores a las de la mayoría de las ciudades europeas, fueron también, por lo general, mayores que las de España. No obstante, la mortalidad tanto en Madrid como en el resto del país fue experimentando un descenso progresivo a partir de 1900, sólo interrumpido por las epidemias de viruela de 1909 y 1918 y las de gripe de 1918-19 y 1919-20. Hasta 1921, la mortalidad en Madrid no comenzó a acercarse a las del conjunto de España (Porrás, 2002: 220 y ss.).

La tuberculosis fue uno de los principales problemas sanitarios de Madrid, que en un espacio de aproximadamente cincuenta años había visto como su población se incrementaba en algo más de un 126%, pasando de unos 271.000 habitantes en 1856 a más de 613.000 en 1909 (Álvarez y Rodríguez-Villamil, 1912: 159). No obstante, la capital española no fue una de las urbes más castigadas de los continentes europeo y americano. Así, en 1906 Madrid ocupaba el undécimo puesto en la lista de ciudades

¹¹ Decreto del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, en *Gaceta de Madrid*, 27-3-1936. Entre las personas designadas para integrarlo se encontraban médicos vinculados a la Administración sanitaria durante el primer Gobierno de la Segunda República, como Luis Sayé, Santiago Ruesta, Marcelino Pascua, Carlos Díez y Julio Blanco, que también había ejercido como vocal de la sección técnica del Real Patronato creado en 1924.

¹² Orden de la Subsecretaría de Sanidad, en *Gaceta de la República*, 23-6-1937.

¹³ Orden de la Subsecretaría de Sanidad, en *Gaceta de la República*, 12-8-1937.

¹⁴ Ley de Bases del Patronato Nacional Antituberculoso, en *Boletín Oficial del Estado*, 14-8-1939.

más afectadas, por detrás de París o Bucarest, pero también por delante de Ámsterdam o Londres (Sierra, 1912: 3 y ss.; Álvarez y Rodríguez-Villamil, 1912: 157). Algo similar sucedía con las cifras generales de todo el país, que situaban a España en mejor posición, en lo que a muertes por tuberculosis se refiere, que Austria, Francia y Noruega (Molero, 2001: 31).

Madrid registró altas tasas de mortalidad por tuberculosis pulmonar en este periodo, con valores superiores a 3 por mil a finales del siglo XIX, y por encima de las tasas del país en su conjunto. Con el cambio de siglo, si bien se inició un descenso progresivo de la mortalidad por tuberculosis aparejado al de la mortalidad general –con las excepciones de los años correspondientes a las epidemias de gripe–, las tasas continuaron siendo superiores a las de España. Hacia 1930 se consiguió reducir la tasa de mortalidad en torno a un 50% con respecto a 1900, si bien los fallecimientos por tuberculosis representaban todavía algo más del 9% del total de las muertes anuales (Porras, 2002: 241-242). Esta tendencia tuvo su continuidad durante la segunda República, tal y como reflejan los datos del Anuario Estadístico de 1943 (1.321-1.322), que sitúan a Madrid, junto a Barcelona, como la ciudad de España que mayor número de muertes por tuberculosis, tanto en términos relativos como absolutos, registró durante todo el periodo, incluida la guerra civil.

Como ya se ha apuntado, el factor vivienda, que desempeñó un importante papel en el contagio entre las clases bajas, preocupaba hondamente a los representantes de la medicina social (Buendía, 1933; Cerviá, 1933; Ibarrola Monasterio e Ibarrola Suárez, 1933), y sin duda fue determinante en Madrid. En este sentido, el testimonio de los médicos de la beneficencia municipal en los inicios del siglo XX es fundamental. Estos profesionales atendían aproximadamente entre 850 y 900 tuberculosos al año, lo que suponía el mayor número de casos atendidos en toda España. Según las estadísticas oficiales, el número de fallecidos por esta enfermedad oscilaba entre los 2.000 y los 2.200, lo que suponía una tasa de mortalidad cercana a 120 por 1.000. En el 45% de los casos, todos los miembros de las familias atendidas eran analfabetos, y subsistían a través de un salario diario medio de entre 1,50 y 2 pesetas. Asimismo, estas familias, que invertían un máximo de 15 pesetas al mes en vivienda, habitaban 42.000 habitaciones, 10.000 sótanos, buhardillas y desvanes, 200 casas “de dormir” (en las que se podía pasar la noche por 10 ó 20 céntimos) y 638 casas de vecindad o “de mortandad”, las cuales albergaban a más de 52.000 personas hacinadas, sin ventilación, iluminación natural ni agua corriente (Guerra y Cortés, 1903: 7 y ss).

De este modo, buena parte de las muertes por tuberculosis en Madrid se producía en los distritos en los que se concentraban las viviendas peor acondicionadas y, sobre todo, donde se daban las mayores tasas de hacinamiento, verdadera clave del problema (Álvarez y Rodríguez-Villamil, 1912: 146 y 159). Así, entre 1900 y 1909, el distrito más afectado fue el de la Inclusa, en el que se registraron 279 defunciones causadas por tuberculosis por 51.132 habitantes (54,6 por 10.000). En el lado opuesto se encontraba el distrito de Buenavista, con 126 defunciones por 57.559 habitantes (21,9 por 10.000). En total, a lo largo de esa década se produjeron en Madrid 18.000 muertes sólo por tuberculosis internas (Sierra, 1912: 5 y ss.).

En efecto, los distritos de Hospital, Inclusa y Latina concentraban la mayor parte de las casas de vecindad, verdaderos focos de contagio debido a las altas tasas de hacinamiento (Álvarez y Rodríguez-Villamil, 1912: 160). Adicionalmente, los distritos de Latina e Inclusa también contaban, a gran distancia del resto de distritos madrileños, con el mayor número de edificaciones no conectadas a la red de alcantarillado de toda la

ciudad (Fernández Quintanilla, 1929: 111). En estas construcciones, cada cuarto era ocupado por familias completas; además, todas las familias de un mismo piso compartían el mismo retrete. En todas ellas se concentraban al menos 200 personas, dándose en algunos casos aglomeraciones de más de 300 vecinos, e incluso de más de 700 en la Ronda de Segovia (Álvarez y Rodríguez-Villamil, 1912: 160). La estadística municipal comenzó a realizar en torno a 1928 un padrón sanitario de viviendas para identificar las manzanas más conflictivas en términos de hacinamiento, que continuaban localizándose en los “barrios bajos”, esto es, en los distritos de Hospital e Inclusa, a tenor de los primeros resultados. Estas construcciones, 46 en total, se localizaban en una zona delimitada al Sur por la Ronda de Valencia, al Norte por la calle Magdalena, al Este por las calles Santa Isabel y Salitre y al Oeste por la calle Ribera de Curtidores. Según el Estatuto Municipal, cada habitante de la ciudad debía disponer de 25 m²; sin embargo, en la mayoría de las manzanas estudiadas la ratio no llegaba a 10 m². El caso más extremo se daba en la calle de la Fe, junto a la plaza de Lavapiés, donde el espacio por habitante se reducía a 2,18 m² (Fernández Quintanilla, 1929: 116-117).

En 1910 las viviendas más deficientes en materia higiénica, esto es, aquellas que se alquilaban por menos de 15 pesetas mensuales, suponían el 36,11% de todas las que se habitaban en la capital. Sin embargo, en 1929 diversas circunstancias habían provocado que sólo el 4,5% de todas las casas se alquilaran a ese precio. Además de la inflación, el Ayuntamiento de Madrid aducía factores como “la mayor demanda por la concentración de gentes en las capitales”, “la subida de materiales y jornales, que gravó el precio de conservación de fincas” y “la tendencia de algunos propietarios al mayor lucro”. En este sentido, la corporación municipal reconoció que la regulación de los aumentos de los alquileres aprobada en 1920¹⁵ había sido contraproducente, ya que los propietarios, “que veían sus rentas mermadas y el alza en la construcción, abandonaron la conservación de las fincas, no realizándose ni aquellas obras absolutamente indispensables” (Fernández Quintanilla, 1929: 168). De este modo, las clases bajas no sólo se vieron obligadas a invertir un porcentaje mucho más elevado de su salario en vivienda, sino que, además, el estado de conservación de las casas empeoró, por lo que el problema de la vivienda antihigiénica estaba lejos de resolverse.

Por otro lado, el encarecimiento de los productos de primera necesidad que se produjo desde la segunda mitad del siglo XIX en Madrid, merced a las cada vez mayores posibilidades recaudatorias del impuesto de consumos (Vallejo, 1996: 348, nota 14 y nota 54), contribuyó igualmente a debilitar a la población con menos recursos económicos, y por tanto a hacerla más propensa a adquirir enfermedades como la tuberculosis (Espina, 1906: 122). A pesar de que el impuesto de consumos se eliminó finalmente en 1911¹⁶, las dificultades de las clases bajas para mantener una dieta que cubriera las necesidades nutricionales más básicas continuaron siendo una realidad cotidiana a causa de la carestía de los alimentos y la escasez de los jornales (Álvarez y Rodríguez-Villamil, 1912: 164 y ss.; Ibarrola Suárez, 1933: 50).

Por lo que se refiere al aspecto asistencial, en 1901 Madrid se convirtió en la sede del primer dispensario antituberculoso de España, fundado por el Dr. Verdes Montenegro (Anónimo, 1909: 5), y reinaugurado en 1908 como Real Dispensario antituberculoso María Cristina al ser cedido al Estado¹⁷. En 1906 abrió sus puertas, también en Madrid, el Real Dispensario antituberculoso Victoria Eugenia, al que se dotó de una subvención

¹⁵ Real Decreto del Ministerio de Gracia y Justicia, en *Gaceta de Madrid*, 22-6-1920.

¹⁶ Ley del Ministerio de Hacienda, en *Gaceta de Madrid*, 14-6-1911.

¹⁷ Orden de la Subsecretaría de Sanidad y Asistencia Pública, en *Gaceta de Madrid*, 3-10-1934.

estatal inicial de 25.000 pesetas¹⁸. En 1909 iniciaba su andadura un tercer dispensario en la ciudad, el Príncipe Alfonso (Arroba, 1933: 107). La red de dispensarios oficiales de Madrid no experimentó modificación alguna en lo sucesivo, ni siquiera en el periodo republicano¹⁹.

Sin embargo, la única institución que aceptaba el ingreso de tuberculosos pobres en el Madrid de principios del siglo XX era el Hospital Provincial, en el que la escasez de camas, la extrema saturación y la coexistencia en los mismos espacios de pacientes con distintas dolencias no hacían sino acelerar la muerte de los enfermos y favorecer el contagio (Guerra y Cortés, 1903: 10). De ahí que la creación de sanatorios populares fuera una vieja aspiración de algunos médicos y, especialmente, del asociacionismo obrero (Molero, 2001: 42). En 1916 se inauguró el sanatorio de Nuestra Señora de las Mercedes en Húmera, en el término municipal de Pozuelo de Alarcón, aunque relativamente cercano a la capital madrileña, al oeste de la Casa de Campo, con los fondos recaudados en la primera fiesta de la flor –cuestación a favor de la lucha antituberculosa– celebrada en Madrid en 1913. Asentado sobre un viejo edificio, y a pesar de haber sido rehabilitado, el establecimiento no estaba convenientemente adaptado a su nueva función (Ibídem: 46). En 1917 se fundó el primer sanatorio denominado propiamente “popular”, dedicado a la reina consorte Victoria Eugenia, al norte del término municipal de Madrid, en el paraje conocido como Valdelatas (Anuario Estadístico, 1919: 478; Fernández Quintanilla, 1929: 132). La creación de este tipo de centros respondía a la dificultad que ofrecía para muchos enfermos, especialmente para los más humildes, el traslado a lugares alejados de los núcleos urbanos, así como los problemas logísticos inherentes a la construcción y mantenimiento de instalaciones sanitarias en lugares poco accesibles (Sauret, 2001: 201). No obstante, el Estado fracasó en la creación de una red de sanatorios populares, pues el número de camas disponibles en toda España durante la segunda República continuaba siendo “extraordinariamente reducido²⁰”. Además, el 50% de estas camas se concentraba en la provincia de Madrid²¹. A esta escasez de plazas, y como era tradicional en las instituciones benéficas, el sanatorio de Valdelatas tenía una serie de camas reservadas para los donantes de grandes sumas de dinero para que ingresaran los enfermos por ellos elegidos. Este sistema generó tal grado de nepotismo que algunas veces los ingresados “no eran ni tuberculosos ni pobres” (Molero, 2001: 46).

El estallido de la guerra civil supuso un freno a los avances conseguidos por las autoridades sanitarias republicanas, que habían contribuido a afianzar los progresos conseguidos en los años precedentes (Aparicio, 1954: 3 y 5). Pasadas las primeras semanas del conflicto, y constatado ya el hecho de que el golpe de Estado inicial se había convertido en un auténtico enfrentamiento bélico, el Gobierno se aprestó a poner los dispensarios antituberculosos de Madrid, incluido su personal, a disposición de la Inspección Provincial de Sanidad con el fin de allegar todos los recursos posibles a los objetivos de la sanidad general²². En general y dadas las circunstancias, las fronteras entre establecimientos sanitarios civiles y militares fueron muy difusas (Coni, 2008: 120).

¹⁸ Real Decreto del Ministerio de la Gobernación, en *Gaceta de Madrid*, 24-10-1906.

¹⁹ Anuario Estadístico de 1930; Orden de la Dirección General de Sanidad, en *Gaceta de Madrid*, 12-6-1931; Decreto del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, en *Gaceta de Madrid*, 3-9-1935.

²⁰ Orden del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, en *Gaceta de Madrid*, 8-9-1934.

²¹ Decreto del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, en *Gaceta de Madrid*, 3-9-1935.

²² Orden del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, en *Gaceta de Madrid*, 25-8-1936.

En septiembre de 1937 se ordenó que los dispensarios madrileños se reorganizaran, de tal modo que el dispensario central de la capital, ubicado en el distrito de la Universidad, quedó inhabilitado, y se fusionaron los dispensarios auxiliares de Buenavista y Universidad, que pasaban a desempeñar las funciones de uno central²³. Estos cambios pudieron deberse bien a la decisión de clausurar el primero de ellos por seguridad, dada su cercanía al frente bélico de Ciudad Universitaria, bien por haberse destinado de forma exclusiva, por el mismo motivo, a los heridos en el frente. Sin embargo, en general los dispensarios no dejaron de funcionar a pesar del colapso de la vida ciudadana y la falta, en muchos casos, de los medios necesarios (Sanz *et alii*, 1999: 70).

La guerra trajo consigo grandes dificultades de abastecimiento en la capital, las cuales propiciaron el auge de las enfermedades carenciales o ‘enfermedades del hambre’, que no sólo constituían un problema por sí mismas, sino también por su acción debilitante sobre el organismo, favoreciendo el contagio de la tuberculosis (Barona, 2006: 20). La situación se agravó en los dos últimos años de la guerra (Coni, 2008: 98), de modo que en diciembre de 1938 la ingesta diaria de calorías per cápita en Madrid sólo llegaba a 770, cuando lo recomendable para adultos jóvenes es 2.900 en el hombre y 2.150 en la mujer. Los adultos madrileños perdieron, de media, de 20 a 40 kilos de su peso corporal, y en la ciudad se producían entre 300 y 400 personas al día por inanición. Precisamente 1938 fue el año en el que el incremento de muertes por tuberculosis en la capital durante el periodo de la guerra civil fue más acusado (Anuario Estadístico, 1943: 1.321-1.322). Además, se estima que, al finalizar el conflicto bélico, en Madrid, con una población de un millón de habitantes, existían 70.000 enfermos de tuberculosis (Coni, 2008: 84 y ss.).

La secular escasez de plazas hospitalarias que afectaba a todo el país se acentuó todavía más, y la saturación de los sanatorios fue la tónica dominante (Barona, 2006: 32). Un hecho que ejemplifica claramente las serias dificultades que el PNA y otras entidades encontraron para hacerse cargo de los enfermos que requerían tratamiento hospitalario fue la serie de desencuentros que se produjeron entre este organismo y la Diputación Provincial de Madrid, tan sólo unos días después de que se declarase el fin oficial de la guerra, por la incapacidad de ambos de asumir la tutela de nuevos enfermos. En efecto, en Madrid tan sólo quedaban operativos los sanatorios de Valdelatas y San Rafael, este último en el límite con la provincia de Segovia. Si bien las comunicaciones oficiales hablaban de que las “fuerzas rojas” habían destruido el resto de “establecimientos destinados a la Lucha Antituberculosa”, hay que tener en cuenta que todos ellos tenían su emplazamiento en la sierra de Guadarrama, importante frente durante toda la guerra civil²⁴.

²³ Orden de la Subsecretaría de Sanidad, en *Gaceta de la República*, 7-10-1937.

²⁴ Archivo Regional de la Comunidad de Madrid. Sección Diputación Provincial. Caja 4.381: 26-4-1939, 28-4-1939 (2 documentos), 11-5-1939, 22-5-1939 y 14-7-1939. Sin clasificar.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ Y RODRÍGUEZ-VILLAMIL, V. [1912] (1987): *Madrid y la tuberculosis*, en MOLERO MESA, J.: *Estudios medicosociales sobre la tuberculosis en la España de la Restauración*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. pp. 133-174.
- ANAUT, S. (1999): “Luces y sombras en la lucha médico-social contra la tuberculosis. Una mirada retrospectiva sobre la tuberculosis en Pamplona (siglo XX)”, en *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 22 (2). Pamplona. En www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/n2/salud1a.html (acceso 16-8-07).
- ANÓNIMO (1909): *Álbum del Real Dispensario Antituberculoso María Cristina*. Artes Gráficas Mateu. Madrid.
- ARROBA JUZGADO (1933): “Dispensarios antituberculosos”, en Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*. Plus-Ultra. Madrid. pp. 106-120.
- BARONA VILAR, J.L. (2006): “La salud de la población según los informes internacionales (1936-1940)”, en *Congreso Internacional La Guerra Civil Española 1936-1939*. Madrid. En www.secc.es/media/docs/10_2_JOSEP_LUIS_BARONA_VILAR.pdf (acceso 3-7-07).
- BUENDÍA, R. (1933): “La vivienda higiénica, factor importantísimo en la profilaxis antituberculosa”, en Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*. Plus-Ultra. Madrid. pp. 34-38.
- CAMINO GALICIA, J. (1914): *Conferencia sobre higiene y profilaxis tuberculosa en el Ejército, dada en Regimiento de Infantería de Asturias nº 31 el día 30 de mayo de 1914 por el Doctor D. Julio Camino Galicia*. Imprenta del Regimiento. Madrid.
- CERVERA SOTO, S. (1999), “La sanidad en un siglo de la historia de España (1898-1998). Cien años después”, en *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 22 (2). Pamplona. En www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/n2/colab.html (acceso 16-8-07).
- CERVIÁ CABRERA, T. (1933): “Vivienda”, en Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*. Plus-Ultra. Madrid. pp. 27-33.
- CONI, N. (2008): *Medicine and Warfare. Spain, 1936-1939*. Routledge. Nueva York.

- DEL CAMPO CARDONA, A. (1954): “Mortalidad por tuberculosis pulmonar en España. Años 1921-1950”, en *Enfermedades del tórax. Órgano oficial del Patronato Nacional Antituberculoso*, 11. Madrid. pp. 447-465.
- ESPINA Y CAPO, A. [1906] (1987): *El Impuesto de consumos y la tuberculosis. Discurso pronunciado en la información oral abierta por la Comisión extraparlamentaria para el estudio de la transformación de este impuesto*, en MOLERO MESA, J.: *Estudios medicosociales sobre la tuberculosis en la España de la Restauración*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. pp. 107-131.
- FERNÁNDEZ QUINTANILLA, E. (1929): *Ayuntamiento de Madrid. Información sobre la ciudad. Año 1929: Memoria*. Imprenta Municipal. Madrid.
- GUERRA Y CORTÉS, V. (1903): *La tuberculosis del proletariado en Madrid*. Baena Hermanos, Impresores. Madrid.
- IBARROLA SUÁREZ, F. (1933): “Alimentación”, en Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*. Plus-Ultra. Madrid. pp. 48-52.
- IBARROLA MONASTERIO, R. e IBARROLA SUÁREZ, F. (1933): “Vivienda en la profilaxis de la tuberculosis”, en Asociación Nacional de Médicos de la Lucha Antituberculosa: *II Asamblea Antituberculosa Médico-Social. 15-18 junio 1931. Libro de actas*. Plus-Ultra. Madrid. pp. 39-43.
- LÓPEZ PIÑERO, J.M. (2002): *La medicina en la historia*. La Esfera de los Libros. Madrid.
- MOLERO MESA, J. (1987): *Estudios medicosociales sobre la tuberculosis en la España de la Restauración*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- (1989): “La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos españoles anteriores a la guerra civil”, en *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 9. Granada. pp. 185-223.
- (2001): ““¡Dinero para la cruz de la vida!”. Tuberculosis, beneficencia y clase obrera en el Madrid de la Restauración”, en *Historia Social*, 39. Valencia. pp. 31-48.
- MOLINER Y NICOLÁS, F. [1896] (1987): *Aspecto social de la tuberculosis. Discurso leído el día 24 de enero en el Ateneo Científico de Valencia con motivo de la apertura del curso de 1895 a 1896*, en MOLERO MESA, J.: *Estudios medicosociales sobre la tuberculosis en la España de la Restauración*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. pp. 69-89.
- PORRAS GALLO, M.I. (2002): *Un acercamiento a la situación higiénico-sanitaria de los distritos de Madrid en el tránsito del siglo XIX al XX*, en *Asclepio*, LIV (1). Madrid. pp. 219-230.

- QUINTANAS FEIXAS, A. (1997): *Salut i poder en la gènesi de l'home contemporani*. Universidad de Gerona. Gerona. Tesis doctoral. En www.tdx.cat/TESIS_UdG/AVAILABLE/TDX-0223105-095000//taqf.pdf (acceso 1-8-07).
- SANZ VALERO, M. *et alii* (1999): *Dispensarios antituberculosos de la Comunidad Valenciana*. Generalidad Valenciana. Valencia.
- SAURET VALET, J. (2001): “La cura sanatorial de la tuberculosis”, en *Enfermedades Emergentes*, 3 (4). Barcelona. pp. 199-205.
- SIERRA Y ZAFRA, F. (1912): *La tuberculosis en Madrid durante el primer decenio de este siglo y la lucha social antituberculosa*. Imprenta y Encuad. de V. Torde-sillas. Madrid.
- SORIANO PALAO, J. (2000): “La asistencia sanitaria pública en Yecla (Murcia): 1850-1930”, en *Asclepio*, LII (1). Madrid. pp. 193-215.
- VALLEJO POUSADA, R. (1996): “El impuesto de consumos y la resistencia antifiscal en la España de la segunda mitad del siglo XIX: un impuesto no exclusivamente urbano”, en *Revista de Historia Económica*, 14 (2). Cambridge. pp. 339-370.