SANIDAD PÚBLICA ESPAÑOLA: APORTACIONES DE JOSÉ ALBERTO PALANCA MARTÍNEZ-FORTÚN, DURANTE EL SIGLO XX

Mª Cruz Menárguez Palanca
Mª Trinidad Menárguez Palanca

Prólogo: Juan Jesús Gestal Otero

Círculo Rojo
EDITORIAL

Sanidad Pública Española

Aportaciones de José Alberto Palanca Martínez-Fortún, durante el siglo XX

Sanidad Pública Española

Aportaciones de José Alberto Palanca Martínez-Fortún, durante el siglo XX

María Cruz Menárguez Palanca
María Trinidad Menárguez Palanca

PRÓLOGO ESCRITO POR Juan Jesús Gestal Otero

Círculo Rojo
EDITORIAL

Primera edición: diciembre 2019

ISBN: 978-84-1338-604-1
Depósito legal: AL 2652-2019
Impresión y encuadernación: Editorial Círculo Rojo

© Del texto: María Cruz Menárguez Palanca y María Trinidad Menárguez Palanca
© Maquetación y diseño: Equipo de Editorial Círculo Rojo
© Imagen de cubierta: Depositphotos y proporcionada por el autor.

Editorial Círculo Rojo

www.editorialcirculorojo.com

info@editorialcirculorojo.com

Impreso en España - Printed in Spain

Editorial Círculo Rojo apoya la creación artística y la protección del copyright. Queda totalmente prohibida la reproducción, escaneo o distribución de esta obra por cualquier medio o canal sin permiso expreso tanto de autor como de editor, bajo la sanción establecida por la legislación.
Círculo Rojo no se hace responsable del contenido de la obra y/o de las opiniones que el autor manifieste en ella.

El papel utilizado para imprimir este libro es 100% libre de cloro y, por tanto, **ecológico**.

"*Delante de nosotros está siempre el infinito*"

Saint Hilaire

"Ya hemos visto que en el mundo las cosas van contra los pequeños Estados y a favor de las grandes Nacionalidades. Igual pasa en el mundillo de la Sanidad. Las divisiones y las subdivisiones van mal para médicos, farmacéuticos, veterinarios, auxiliares etc. Somos muy pocos todos juntos, para tratar de empequeñecernos aún más. En cambio un servicio de Sanidad amplio con sitio para todos los profesionales sanitarios, conviene a todos".

Palanca J.A.

"Palanca supo escoger su gente para poder llegar a realizar una planificación de la organización sanitaria tan eficaz y lo consiguió".

Félix Rodero Jiménez

Palanca: *"Toda su existencia estuvo volcada a la ciencia y el arte de la Sanidad, con una perfección sorprendente, que hizo de él uno de los sabios y técnicos sanitarios más importantes de la época"*.

Dr. Royo Vilanova

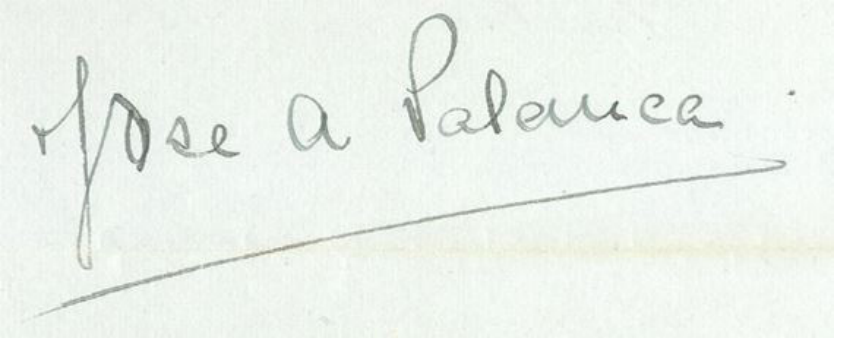


Figura 1. Firma de José Alberto Palanca Martínez-Fortún (6).

DEDICATORIA

En recuerdo a José Alberto Palanca y sus colaboradores que en épocas muy difíciles, tanto lucharon por evitar y tratar a tantos miles de personas que murieron y sufrieron en nuestro país a consecuencia de las epidemias que asolaron a España durante el siglo XX; el cólera, la fiebre amarilla, el paludismo, la viruela, la tuberculosis, la fiebre tifoidea, el tifus exantemático, etc.

La recopilación de todos estos trabajos, son una conclusión del gran esfuerzo que realizaron tantos sanitarios a lo largo del siglo XX, un buen ejemplo para las generaciones actuales y venideras, tan propensos a olvidar lo que debemos a los que nos han precedido.

AGRADECIMIENTOS

- A nuestro abuelo José Alberto Palanca Martínez-Fortún, por su constante preocupación y contribución a la mejora de la Salud Pública española, por habernos dejado una gran cantidad de escritos con sus experiencias con los que hemos podido elaborar estos libros y por el cariño que nos dio a toda nuestra familia.
- A todos los que colaboraron para que la Salud Pública avanzara y mejorara a lo largo del siglo XX en España.
- A nuestra madre María Catalina Palanca Bueno, por habernos abierto el camino hacia la realización de este trabajo.
- A todas las Bibliotecas españolas que han colaborado con su ayuda, a la recopilación de todos los trabajos publicados que se presentan en este libro.
- A todos los miembros de nuestra familia, por sus aportaciones durante la recopilación de los documentos.
- A José Ramón Polo Melero, cuyo apoyo y colaboración han sido fundamentales para la elaboración de este libro.

PRÓLOGO

Es un gran honor prologar un libro sobre el profesor José Alberto Palanca Martínez-Fortún, uno de los salubristas españoles más relevantes e influyentes de la primera mitad del siglo XX, fallecido en 1973, al que no tuve la fortuna de conocer personalmente. Con él inició en 1954 su andadura docente mi maestro el profesor Manuel Domínguez Carmona, continuándola, tras su jubilación en 1960, con su sucesor en la cátedra, el profesor Gonzalo Piédrola Gil.

El general Palanca, como solía llamársele, por el importante carácter que en él imprimió lo militar, lo fue todo y al máximo nivel en la Sanidad española: Catedrático de Bacteriología e Higiene, con treinta y tres años, en Sevilla y luego de Higiene y Sanidad en Madrid; médico de sanidad nacional ocupando las Inspecciones Provinciales de Sanidad de Guadalajara, Sevilla y Madrid; Director General de Sanidad en dos oportunidades, desde 1930 a 1931, y desde 1939 a 1957; presidente durante varios mandatos de la Real Academia Nacional de Medicina (RANM) en la que había ingresado siendo muy joven; diputado de la CEDA por Jaén en el Congreso, antes de la guerra (1933-1935), y tras ella, desde 1943 a 1967, en representación de los Colegios de Médicos y de las Reales Academias, y médico militar con una muy brillante carrera, en la que prestó importantes servicios, alcanzando el grado máximo de general de división de Sanidad en el año 1951, ocupando el puesto de jefe del Cuerpo de Sanidad Militar del Ejército hasta 1955.

Le tocó vivir una época de importantes avances y cambios en la Salud Pública de los que fue protagonista y responsable. De grandes logros en la lucha contra las enfermedades infecciosas como la fiebre tifoidea, que en 1900 causó la prematura muerte de su madre; la tuberculosis, cuyo Patronato Nacional Antituberculoso organizó; el tifus exantemático, que ocasionó una importante epidemia tras la guerra civil; el tracoma, entonces una de las causas importantes de ceguera, relacionado con el cultivo y maceración del esparto, importante en el sureste de la península, especialmente en las provincias de Almería, Murcia, Albacete y Granada; la lepra, frente a la que organizó el Instituto Leprológico de Trillo; las enfermedades venéreas, especialmente la sífilis; la mortalidad infantil; la difteria, él hizo obligatoria la vacunación frente a ella en 1943; la poliomielitis y el paludismo

en cuya eliminación trabajó. Enfermedades que, gracias a sus actuaciones y las de otros importantes sanitarios de la época fueron controladas o eliminadas.

Dejó una importante obra escrita, tanto humanística como profesional, que abarca desde su tesis doctoral (*La fiebre tifoidea en el ejército. Su profilaxis*), que defendió en 1913, hasta su último artículo publicado en 1972, un año antes de su muerte; que comprende libros, capítulos de libros, artículos científicos, ensayos, prólogos de libros, memorias, artículos de prensa y conferencias e intervenciones en la RANM.

Hoy la tenemos a nuestro alcance gracias a la encomiable labor de sus nietas María Cruz y Trinidad Menárguez Palanca que, a lo largo de 10 años, la han venido recopilando y publicando, como tributo del amor y veneración que sienten por su abuelo que dejó en ellas una importante huella. Si él viviese, sin duda alguna estaría muy orgulloso de ellas, por este importante trabajo, muy útil para todos aquellos que quieran adentrarse en el conocimiento de la historia de la salud pública española de la primera mitad del siglo XX. Mis cordiales felicitaciones.

Hasta la fecha han editado ya 4 libros: "*Deva. Estación de verano 1936*", "*Nuestros antepasados. Un estudio antropológico de las familias Wilson Palanca Martínez-Fortún*", "*Notas de mi vida, 1888 1923*" y "*Cosas que fueron*". Estos dos últimos conforman, junto con este, una trilogía que sus nietas se propusieron con el objetivo de difundir los escritos, ensayos y trabajos científicos realizados por el profesor José Alberto Palanca a lo largo de su vida.

Este libro, *Sanidad Pública Española: Aportaciones de José Alberto Palanca Martínez-Fortún, durante el siglo XX*, escrito por María Cruz y Trinidad Menárguez, es una obra para leer y para consultar, que contiene gran cantidad de información, una auténtica minería de datos. En ella encontrará el lector, tras una breve biografía del profesor Palanca, las reseñas de cada una de sus 270 publicaciones, pudiendo ir picoteando a su gusto sobre aquellos temas que más le interesen en cada momento, lo que le permitirá, de un modo sencillo y cómodo, ir conociendo las epidemias que asolaron nuestro país durante la primera mitad del pasado siglo y los medios que se utilizaron para controlarlas. Un buen libro que confío cumpla con la célebre frase del educador estadounidense Amos Bronson Alcott: *Un buen libro es aquel que se abre con expectación y se cierra con provecho*. Enhorabuena María Cruz y Trinidad, habéis hecho un magnífico trabajo.

En él se ofrece además la perspectiva de Palanca sobre lo ocurrido a finales del siglo XIX en Cuba, de donde era su madre y donde vivió un tiempo de pequeño, y en Marruecos durante el Protectorado español en los inicios del siglo XX, en donde estuvo destinado en varias oportunidades como médico militar.

Y termino con una curiosidad que hace al profesor Palanca todavía más próximo a mí. En 1911, el joven Palanca, con veintitrés años, fue profesor auxiliar de Anatomía en la Facultad de Medicina de Santiago.

Juan Jesús Gestal Otero
Catedrático emérito de Medicina Preventiva y Salud Pública
Universidad de Santiago de Compostela

ÍNDICE

DEDICATORIA **9**

AGRADECIMIENTOS **11**

PRÓLOGO **13**

PALABRAS CLAVE **27**

RESUMEN **29**

ABREVIATURAS **31**

BIOGRAFÍA DE JOSÉ ALBERTO PALANCA MARTÍNEZ-FORTÚN **33**
Infancia y adolescencia 33
Ingreso en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada (1900-1907) 35
Licenciatura, Doctorado e Ingreso en el Cuerpo de Sanidad Militar 36
Etapa de la obtención de la cátedra de Bacteriología e Higiene de Sevilla 37
Etapa como profesional sanitario 38
Ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina (RANM) 39
Etapa política 41
Relación de periodos legislativos en los que José Alberto Palanca fue Diputado en Cortes (18). 43
Acciones político-sanitarias que realizó José Alberto Palanca durante los años en que ocupó el cargo de director general de Sanidad 43
Resumen de la Biografía 45

APORTACIONES CIENTÍFICAS Y LITERARIAS DE JOSÉ ALBERTO PALANCA MARTÍNEZ-FORTÚN AL DESARROLLO DE LA SANIDAD PÚBLICA ESPAÑOLA **49**

Aportaciones científicas 49
Los progresos de la Clínica: el examen del líquido cefalo-raquideo (LCR) como medio diagnóstico en la meningitis aguda no tuberculosa. 1915 (24). 53
Sobre algunas alteraciones microscópicas de los ganglios sensitivos de la sífilis. 1917 (26). 55
El diagnóstico del paludismo en el laboratorio. 1917 (27). 55
Algunas consideraciones bacteriológicas sobre la bronco-pneumonía gripal. 1918 (28). 58
A propósito de la epidemia actual. 1918 (29). 60
El papel del bacilo de Pfeiffer en la Gripe. 1918 (30). 62
Tres casos interesantes de meningitis. (Gripal, meningocócica y piociánica). 1919 (31). 63
Sobre un caso de angiocolitis supurada. 1919 (33). 64
La fiebre sifilítica. 1919 (34). 65
Sobre el diagnóstico de la Parálisis General. 1920 (35). 66
La coloración rápida del treponema. 1920 (36). 67
Serología. 1922 (37). 67
El abastecimiento de aguas de Sevilla. 1923 (38). 68
Los cementerios y la Higiene. 1925 (40). 70
El paludismo en la provincia de Madrid. 1925 (41). 71
La Depuración de las aguas del Manzanares. Gaceta Médica Española. 1928 (43). 73
Resultados de un ensayo de vacunación antitífica por la vía gástrica. 1928 (45). 76
La epidemia de poliomielitis en el otoño de 1929 en Madrid. 1930 (47). 77
Sobre el problema del abastecimiento de aguas de Barcelona. 1950 (48). 79
Tesis Doctorales dirigidas por José Alberto Palanca y Martínez-Fortún 81
José H. Montalvo Cordero. El tratamiento de las parasitosis intestinales más frecuentes en Puerto Rico. Director Tesis: José Alberto Palanca Martínez-Fortún. 1953. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid (49). 81
Libros publicados 81
El paludismo en la zona del protectorado español en Marruecos y medios para combatirlo: Memoria oficial redactada para la Comisión encargada para el estudio del paludismo en Marruecos. 1921 (10) 81
Manual de Higiene General. 1926 (50) 86
Notas acerca de la organización sanitaria norteamericana. Impresiones de un viaje. 1927 (51) 87
Aspectos Sanitarios de la Reconstrucción de España. 1940 (58). 95
Medio Siglo al Servicio de la Sanidad Pública. 1963 (14). 97
Participación en la publicación de capítulos de libros 99
Infecciones de tipo gripal 1879-1918. 1919 (61). 99
Gripe y psicosis. 99
Tratado de Higiene y Epidemiología. 1941. (62). 100
Orientaciones Actuales en Sanidad Pública (Un esquema de Medicina Preventiva). 1947 (63). 106
Sinopsis de Higiene y Sanidad. Santander 1955 (65). 107
Prólogos de libros publicados por José Alberto Palanca Martínez-Fortún 112
El Peligro de la Peste en España. Delgado, Eduardo. 1924 (67). 112
Propugnadores ilustres. Primeras palabras del Dr. Palanca. Huerta Luis. Eugénica. 1927 (68). 113
Técnica epidemiológica y elementos de desinfección aplicados al medio rural. Vallejo de Simón, Antonio. 1928 (70). 114
El gran problema Farmacéutico. Sotero Baras Ríos. 1930 (71). 115

Esquema de Lucha contra las Enfermedades Infecto-Contagiosas. Morales y González Juan L. 1939 (72). 116
Higiene y Epidemiología Militar en Campaña. R. Criado Cardona y J. Martínez Bruna. 1940 (73). 116
El Problema del Cáncer, sus aspectos científicos más interesantes. Francisco Martínez Nevot. 1940 (74). 119
Tifus Exantemático: etiología, clínica y profilaxis. Clavero, G. Pérez Gallardo, F. 1941 (75). 120
Cartilla popular de defensa pasiva. Valero Carreras, L. 1942 (76). 121
Alcantarillado y depuración de aguas residuales. Paz Maroto. 1942 (78). 123
Climatología e Hidrología Médicas. Tomás de Benito Landa. 1942 (79). 124
Técnicas de Laboratorio en el Tifus Exantemático. Prof. Dr. Clavero del Campo y Dr. F. Pérez Gallardo. 1943 (80). 125
Trabajos realizados en la campaña de lucha contra el Tifus Exantemático (1941-1942). 1943 (81). 127
Técnicas de Laboratorio. Clavero del Campo, G. Pérez Gallardo, F. 1943 (80). 128
Guía de la madre y de la enfermera para el cuidado del niño sano y enfermo: lecciones de puericultura y pediatría. Giménez Guinea, R y Zamarriego, F. prólogos José Alberto Palanca y Dionisio Herrero García. 1943 (83). 129
Higiene rural. Zapatero Ballesteros, E. 1943 (84). 130
Obra de Perfeccionamiento Médico de España. Gómez Ulla M. 1944 (85). 131
Administración y legislación sanitarias. Ajustada al programa de oposiciones para el ingreso en el cuerpo de Médicos Titulares (APD). Trujillano Izquierdo, U. 1947 (86). 132
Plasmón. Textos de la Emisión Médica de Radio Nacional de España. 1949. (87). 133
Conferencias de divulgación sobre Higiene y Sanidad. 1950 (88). 134
Paliques radiofónicos. Publicaciones de la Jefatura Provincial de Sanidad. 1950 (89). 135
Estudio Bio-Demográfico-Sanitario de la ciudad de Jaén. Fernández, Miguel Benedict. 1953 y 1954 (90). 135
Puericultura Social. J. Bosch-Marín, M. Blanco Otero y José Mª Mingo de Benito. 1954 (91). 136
Labor del Patronato Nacional Antituberculoso durante el último Decenio. Bosch Marín, Juan. 1954 (92) 136
Aspectos sanitarios de la energía nuclear en paz y en guerra. Piédrola Gil, G; Amaro Lasheras, J. 1957 y 1958 (93) (94). 137
Historia de la Sanidad española, (1900-1925). Rico-Avello y Rico, Carlos. 1969 (95). 138
La vida médica rural. Lara J.M. 1970 (96). 140

Conferencias realizadas y publicadas en diferentes organismos e instituciones universitarias. 140

Facultad de Sevilla. Lección inaugural de la Cátedra de Higiene con prácticas de Bacteriología. 1923 (11). 140
Conferencia del Dr. Palanca. La Federación Sanitaria. 1926 (101). 143
La Federación madrileña en su momento actual. 1926 (102). 143
Discursos leídos en la sesión inaugural del año académico 1927-1928 de la Sociedad Española de Higiene. 1927 (103). 143
Las enfermedades profesionales. XVIII Conferencia Internacional del Trabajo. 1934 (104). 143
Silicosis y tuberculosis. 1935 (105). 144
Lucha social contra la tuberculosis. 1940 (106). 146
Toma de posesión del Dr. Mariano Gómez Ulla como Presidente del Consejo General de Colegio de Médicos de Madrid. Intervención del Dr. Palanca. Consejo General de Colegios Médicos de España. 1941 (108). 148

Importancia social de la Sanidad Pública. 1944 (109). 148
Reunión de Clausura de II Reunión Nacional de Sanitarios Españoles. Barcelona 1947 (111). 150
Conferencia de la sesión inaugural de la cátedra de Hidrología Médica (curso 1948-49) 1949 (112). 152
Memoria del VI Congreso Internacional de Leprología. Madrid, 1953. Organizado por el Gobierno de España en colaboración con la Asociación Internacional de la lepra y con la aportación económica del Consejo de las organizaciones internacionales de Ciencias Medicas, organización subvencionada por la OMS y la UNESCO (113). 152
Crónica del VI Congreso Internacional de Leprología. 1953 (114). 153
La lepra en España. 1954 (115). 156
Clausura de los XI Cursos Generales de la Obra de Perfeccionamiento Sanitaria. Coloquio del Dr. Palanca con los Sanitarios Españoles. 1955 (116). 157
I Curso sobre Radiactividad y Defensa Sanitaria contra las armas atómicas y termonucleares. Escuela Nacional de Sanidad. 1956. La Sanidad en la defensa de las poblaciones contra las armas atómicas. 1956 (117). 157
Asistencia y Sanidad. 1957 (119). 158
Discurso correspondiente a la Apertura del Curso Académico 1958-1959. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. 1958 (120). 161
Sociología sanitaria y Medicina Social en España. 1958 (120) 161

Conferencias, intervenciones y artículos publicados del Dr. José Alberto Palanca en la Real Academia Nacional de Medicina 179

Sesión Científica. Consideraciones acerca de la Organización Sanitaria en los Estados Unidos. 31 de mayo de 1927. J.A. Palanca (12). 179
Sesión literaria. 30 de abril de 1927. 180
Recepción pública del Excmo. Sr. Dº. José A. Palanca como académico electo. 3 de febrero de 1929: El problema de la fiebre tifoidea (FT) en España. Contestación Dr. Mariscal (16). 181
Sesión Científica. Reflexiones sobre mortalidad por tuberculosis pulmonar. 1929. Intervención Sr. JA. Palanca (126). 190
Sesión Científica. Agustín Van-Baumberghen. Intervenciones de Slócker, Martín Salazar y Palanca. La medicina militar en la evolución de las ciencias médicas. 1932 (127). 190
Sesión Científica. Sobre la Conveniencia de crear el Instituto Español de Hidrología y Climatología. 12 de noviembre de 1932. Contestación del Excmo. Sr. Dº. José A. Palanca al Discurso Leído ante la Real Academia Nacional de Medicina (128). 191
Sesión Científica. "El secreto profesional y los Seguros de Enfermedad". 1933. Contestación del Excmo. Sr. Dº. José A. Palanca (130). 192
Sesión Científica. Discusión del trabajo del Dr. Fernán-Pérez: El secreto profesional y los seguros de enfermedad: Intervenciones de los Dres. Vallejo Nájera, Palanca y Fernán-Pérez. 25 de febrero 1933 (131). 192
Recepción Pública por el Académico Electo: Excmo. Sr. Dº. José Verdes Montenegro. Deficiencias de nuestra organización tuberculosa. 3 de febrero de 1935. Contestación del Excmo. Sr. Dº. José A. Palanca al Discurso Leído ante la Real Academia Nacional de Medicina (132) (133). 193
Sesión científica. intervención sobre uso sobre Prontosil en Urología. Contestación Sr. Palanca. 20 de abril de 1940 (134). 196
Sesión científica. Las Epidemias de la Postguerra. 28 de marzo de 1943 (135). 196

El periodo de incubación en las enfermedades infecciosas: Discurso de Recepción del Académico Electo Excmo. Sr. Dr. D. Antonio Mª Vallejo de Simón y discurso de contestación del Académico Numerario Excmo. Sr. Dr. D. José A. Palanca y Martínez-Fortún. 15 de junio de 1945 (137). 202
Recepción de Académico electo Sr. Benigno Lorenzo Velázquez. Real Academia Nacional de Medicina. Algunas facetas de la personalidad de Fermín Palma García. Contestación José Alberto Palanca. 29 de noviembre de 1945 (138). 205
Recepción Pública por el Académico electo: Excmo. Sr. Dº. Juan Bosch Marín. 1 de julio de 1947. El Niño Español del Siglo XX. Contestación del Excmo. Sr. José A. Palanca y Martínez-Fortún al Discurso Leído ante la Real Academia Nacional de Medicina (139). 205
Sesión Científica. Discusión sobre la patología general de la lepra por el Dr. Palanca. Sesión del día 26 de enero de 1948 y Rectificación sobre la patología general de la lepra. Contestación del Excmo. Sr. José A. Palanca y Martínez-Fortún (140). 206
Sesión Científica. 28 de abril de 1953. La experiencia del Hospital del Rey en el tratamiento de la Meningitis Tuberculosa. Intervención del Dr. J.A. Palanca (141). 207
Sesión Científica. La radioactividad como problema de salud pública y de defensa de poblaciones civiles. Contestación del Excmo. Sr. José A. Palanca y Martínez-Fortún. 28 de febrero de 1956 (142). 208
Sesión Científica. Nuevas Orientaciones en la Lucha Antileprosa". D. José Gay Prieto. Contestación: Profesor Palanca, José Alberto. 29 enero de 1957 (143). 208
Sesión Necrológica en memoria de Excmos. Sres. D. Leonardo de la Peña y Díaz y D. Julián de la Villa y Sanz. Intervención del Excmo. Sr. José A. Palanca y Martínez-Fortún. 22 de octubre de 1957 (145). 209
Sesión Científica: Abandono y desesperanza del enfermo de manicomio. Intervención del Prof. Palanca. 4 de marzo de 1958 (146). 209
Sesión Necrológica en memoria de Excmos. Sres. D. Víctor Manuel Nogueras y D. Jorge Francisco Tello. 14 de octubre 1958. Intervención José A. Palanca (147). 210
Sesión Científica. El problema de la anquilostomiasis. Contestación del Sr. Palanca. 3 de mayo de 1960 (148). 210
Sesión Necrológica en memoria de D. Antonio Vallejo Nájera. 8 de marzo de 1960. Intervención Dr. JA. Palanca (149). 211
Sesión Necrológica en memoria de D. Gregorio Marañón. 26 de abril de 1960. Intervención Dr. JA. Palanca (150). 211
Recepción Pública por el Académico electo: Excmo. Sr. D. Carlos Blanco Soler. "Vejez, envejecimiento y la llamada lucha contra la vejez". Contestación del Excmo. Sr. José A. Palanca y Martínez-Fortún. 21 de noviembre de 1961 (151). 211
Sesión Necrológica. En memoria del Dr. D. José Casares Gil. Intervención del Dr. Palanca. 25 de abril de 1961 (152). 213
Ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina del profesor Clavero del Campo. 14 de noviembre de 1961. Dos Grandes Problemas Sanitarios. Contestación de José A. Palanca y Martínez-Fortún (153). 213
Sesión Necrológica. 4 de diciembre de 1962 en Memoria del Dr. Carlos Blanco Soler. Intervención del Dr. J.A. Palanca (154). 215
Sesion Científica. Nuevos aspectos de la epidemiología de la lepra. Intervención del Prof. Palanca. 6 de marzo de 1962 (155). 216

Sesión científica. Sistemas defensivos sanitarios de la capital de España. Intervención del profesor Palanca. 13 de febrero de 1962 (156). 216
Sesión científica. Histopatología de la silicosis. Intervención del Dr. Palanca. 12 de marzo de 1963 (157)..... 216
Sesión científica. Organización de la asistencia sanitaria en las calamidades públicas. Intervención del Dr. Palanca. 22 de enero de 1963 (158). 217
Sesión científica. Necesidad de mejorar la alimentación en el mundo. 1963. Intervención del Dr. JA. Palanca (159). 217
Sesión científica. Discusión sobre un estudio epidemiológico de la provincia de Madrid. Intervención del Dr. Palanca. 23 de febrero de 1965 (160). 217
Sesión científica. Discusión de la comunicación "Estudio de la alimentación de los trabajadores españoles", Dr. José Ruiz Gijón. Intervención del Dr. Palanca. 6 de abril de 1965 (161). 217
Sesión Necrológica en Memoria del Excmo. Sr. D. Fernando Enríquez de Salamanca. Julio de 1966. Intervención J.A. Palanca (162). 218
Sesión Necrológica en Memoria de Dr. Salvador Albasanz y Echevarría. 08 de diciembre de 1966. Intervención J.A. Palanca (163). 219
Sesión Necrológica en Memoria de Dr. Carlos Jiménez Díaz. 17 de octubre de 1967. Intervención J.A. Palanca (164). 219
Sesión científica. Bases para un adecuado Ministerio de Salud Pública, intervención del Dr. Palanca. 6 de febrero de 1968 (165). 220
Homenaje Académico Nacional al Excelentísimo Sr. D. José A. Palanca y Martínez-Fortún. Intervención de J. A. Palanca. 25 de noviembre de 1969 (166). 220
Todos los que hemos oído… In: Pasado, presente y futuro de la rehabilitación. Contestación Dr. JA. Palanca. 1970 (167)..... 222
Ensayos 222
Puntos esenciales para la implantación de la enseñanza sanitaria nacional. 1925 (168). 222
La Dirección de los Institutos de Higiene. 1927 (169). 223
Una Guardería infantil modelo. 1927 (170). 223
Cómo deben organizarse los servicios sanitarios de una ciudad. 1928-1929 (171)..... 224
Cómo deben organizarse los servicios sanitarios de una ciudad moderna. 1928-1929 (173)..... 227
De cómo era la Sanidad Nacional hace cien años. Libro Homenaje a Goyanes. 1929-30 (174). 228
Algo sobre guarderías infantiles. 1929 (175). 229
La obra sanitaria de la dictadura socialista. Con pluma ajena. 1930 (176). 231
Medidas indispensables de lucha para la tuberculosis. 1930 (177)..... 231
Reflexiones cerca de la organización de la Lucha Antituberculosa en España. 1931 (178). 231
Higiene Escolar. 1932 (180)..... 232
Política médica. 1932 (181)..... 233
Lucha Antituberculosa (LAT) y Seguro de Enfermedad (SE). 1933 (182)..... 234
Reflexiones acerca de la organización de la Lucha Antituberculosa en España. 1933 (183). 235
Enseñanza de Higiene en las Escuelas. 1933 (184). 237
Algunas reflexiones acerca del Seguro de Enfermedad. 1933 (185)..... 237
La Mujer en Sanidad. 1934 (186). 239
Ponencia sobre Sanidad Nacional. 1935 (188). 239
Evolución de los conocimientos sobre fiebre amarilla en estos dos últimos años. 1938 (189). 240
Ingenieros, arquitectos y Sanidad. 1941 (190). 242

Dos palabras de introducción. 1941 (191). 243
La Lepra en España, un problema sanitario de actualidad. 1941 (192). 243
Hacía el fin de una epidemia. 1941 (193). 244
La situación sanitaria en España. 1941 (194). 248
Ante la reaparición de la Gaceta Médica Española. 1942 (195). 249
La Sanidad oficial y el seguro de enfermedad. 1942 (196). 250
Impresiones de un viaje. El Dr. Palanca visita oficialmente los centros sanitarios de Alemania e Italia. 1942 (197). 250
Los servicios sanitarios españoles a través de nuestra guerra de liberación. 1942 (198). 252
Unidad Sanitaria de España. 1942 (199). 253
La revolución social en Medicina Social. 1942 (200). 254
La Sanidad Nacional y las Entidades Locales. 1943 (201). 256
Cajal, Ciudadano. 1943 (202). 256
La superpoblación de las capitales. 1943 (203). 258
Las últimas epidemias. 1943 (204). 259
Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo. 1945 (206). 262
El problema de la medicina preventiva. 1945 (207). 263
Acción sanitaria sobre la juventud. 1945 (208). 263
Los problemas médicos de actualidad. 1946 (209). 264
La Facultad de Medicina de la Universidad de Granada a principios del Siglo XX. 1950 (211). 265
El progreso sanitario de España en la primera mitad del Siglo XX. 1950 (212). 265
Los problemas rurales. 1950 (213). 270
Causas que dificultaban las resoluciones del problema. 271
Lucha de enfermedades infecciosas en el medio rural. 271
Los problemas rurales II. 1951 (214). 272
Pepe Pareja o la Bondad. 1952 (215). 274
En memoria de un médico militar. 1952 (217). 275
Cuestiones de propaganda en la asistencia médica. Modernas orientaciones de la Lucha Antituberculosa. 1953 (219). 276
Resultados y nueva orientación de la Lucha Antituberculosa en España. 1954 (220). 276
La acción sanitaria de las epidemias gripales. 1957 (221). 281
El Premio al Dr. Torres López. 1959 (222). 281
El lazareto de Mahón I. 1958 (223). 282
El lazareto de Mahón II. 1959 (225). 283
El lazareto de Mahón III. 1960 (226). 285
Marañón, sanitario. 1960 (227). 286
Cosas que fueron. Gaceta Médica Española. 1961 (228). 287
Obtención de la Cátedra de Higiene y Bacteriología de la Facultad de Medicina de Sevilla. 1961 (229). 288
La leprosería de Trillo. 1961 (230). 288
In Memoriam; D. Antonio Ossorio Bolaños. 1962 (231). 290
Frente Popular. 1962 (232). 291
El Dr. Palanca expone los errores iniciales del Seguro de Enfermedad. 1962 (233). 291
Diferencias entre la Organización Sanitaria de principio de siglo y la actual. 1963 (234). 292
Deva estación de verano 1936. 1963 (235). 293

En torno a un monumento español a Fleming. Algo sobre estatuas. 1963 (236). 294
Reflexiones sobre un problema epidemiológico. 1963 (240)..... 296
In Memoriam al Dr. Al Dr. Ángel Vinuesa. 1964 (241). 297
Mi trato con los Masones, Katyn. "Enfermedad Diplomática". Un jefe estupendo. 1964 (242). 298
Administradores y Capellanes. 1964 (243). 299
Gómez Ulla. 1965 (244). 299
Los Secretarios del Patronato Nacional Antituberculoso. 1965 (246). 301
Mallou o la vida de un Sanitario. 1965 (247). 301
Pequeña historia de una lucha. 1965 (248). 302
Contestación a D. Antonio Galiana en relación con un artículo llamado "Reflexiones de la ancianidad". 1965 (249). 303
Visita a Las Hurdes. 1965 (250). 304
La Burocracia, la Vejez, la Muerte y los Intereses creados. 1965 (251). 305
Estudiantes y Enfermeras. 1965 (252)..... 306
Los errores iniciales del Seguro Obligatorio de Enfermedad, en Felip Solé Sabaris "Apunte crítico del funcionariado de la Seguridad en España". 1965 (253). 307
Concierto y desconcierto. Profesión Médica. 1965 2ª Número especial (254)..... 309
Sanitarios y Finanzas. 1966 (255). 310
Ministerios para médicos y médicos para Ministerios. 1966 (256)..... 311
Un sanitario: BARDAJI. 1966 (258). 312
Algo de psicología barata. 1966 (259). 313
Carta abierta. En torno al tan deseado Ministerio de Sanidad. 1966 (260). 313
Carta abierta sobre el Ministerio de Sanidad. 1967 (261). 313
Lo bueno, lo malo, el tiempo y la juridicidad. 1967 (262). 314
Las Epidemias y los intereses creados. 1967 (263). 314
Dolorosas pérdidas en el Cuerpo de Sanidad Nacional. Panorámica del Cuerpo. 1967 (264). 315
El paludismo en Marruecos. 1967 (265)..... 317
La peligrosa memoria de los viejos. 1968 (266). 318
Un teniente Médico a principios de Siglo. 1968 (267). 319
Los anónimos y el nombre de las calles. 1968 (268). 319
Cómo se fundó el Patronato de Lucha Antituberculosa (PNA). Unas cuantas verdades para el Dr. Verdad. 1968 (269). 320
Antagonismo de Razas. 1968 (270)..... 321
Un libro de Gil Robles. 1968 (271). 322
Un libro y un hombre. 1969 (272). 322
Un homenaje visto por dentro. 1969 (273). 323
La mujer y la Sanidad. Artículo inédito (274)..... 324
Aciertos, errores y rectificaciones en la vida. 1969 (275). 328
Conócete a ti mismo. 1970 (276)..... 328
Dos amigos: Fermín Palma y Fernando Obregón. Profesión Médica 19 de noviembre 1970 (277)... 329
Sucesos pintorescos en Sanatorios Antituberculosos. 1970 (278)..... 331
Semblanzas de la vida y obra de Fermín Palma García (1886-1970). 1971 (279)..... 332
Dos sentimientos contradictorios: Vergüenza y Orgullo. Cuba – Filipinas – Marruecos I. 1971 (280)..... 333
Dos sentimientos contradictorios: Vergüenza y Orgullo. Cuba – Filipinas – Marruecos II. 1971 (281).... 334
El cólera y otras epidemias. 1971 (282). 335

Artículos publicados en prensa 336
Del momento sanitario actual. El Siglo Médico. 1930 (283). 336
Por una vez hablemos claro. El Huracán Sanitario. 1930 (285). 337
Dos comentarios para los Inspectores Provinciales de Sanidad. Federación Sanitaria Madrileña. 1931 (286) 337
De la Asamblea de Vallecas. Federación Sanitaria Madrileña 1932 (128). 337
A propósito de un lápiz rojo. Federación Sanitaria Madrileña. 1932 (288). 338
"Si Centeno viviera". Revista Federación Sanitaria. 1937 (289). 338
El momento sanitario actual. Semana Médica Española. 1938 (290). 338
Noticiario Nacional. Revista de Sanidad e Higiene Pública. 1939 (291). 339
La Deontología Médica ante los problemas actuales. Semana Médica española. 1940 (292). 340
Comienzo de la publicación del Boletín del Consejo General de Colegios Médicos de España. 1940 (293) 340
Entrevista con el Dr. Palanca, Consejo General de Colegios Médicos de España. Labor de iniciación. 1941 (294) 341
Una disposición que afecta a seis mil médicos. Profesión Médica. 1942 (295). 342
Canarias, en primer plano de la actualidad sanitaria. Viaje del Director General de Sanidad, Dr. Palanca. Dr. Lenzano. Gaceta Médica Española. 1944 (296). 342
La Reunión de la Oficina Internacional de Higiene de Paris (OIHP). Colegios Médicos Boletín Cultural e informativo. 1946 (297). 345
Opiniones sobre la Sanidad. Ser. 1949 (298). 345
Al habla con el Dr. Palanca. Profesión Médica. 1949 (299). 345
"Al habla con el Dr. Palanca". Mejoras obtenidas por los médicos de APD. Profesión Médica. 1950 (300) 346
La epidemia de parálisis infantil totalmente dominada. Ser. 1950 (301). 348
Sobre el personal sanitario y sus problemas y sus necesidades. Profesión Médica. 1951 (302) 348
Sobre las luchas sanitarias rurales. Profesión Médica. 1951 (303). 348
El sello para médicos senectos, casas para médicos. El alquiler y sus críticos. Nuevas normas del Patronato Nacional Antituberculoso, hacia el aumento de ingresos de su personal médico. Gaceta Médica Española. 1951 (304). 348
Noguera, E. Interviú veraniego. Profesión Médica. 1952 (4). 349
Noguera, E. El Dr. Palanca dialoga. Profesión Médica. 1952 (305). 349
Efecto en el cierre de los sanatorios antituberculosos. Noguera, E. Profesión Médica. 1953 (306) .. 349
El Director General de Sanidad habla de la Poliomielitis. Cabezas, A. Profesión Médica. 1953 (307). 349
Noguera, E. Profesión Médica. 1953 (308). 349
Noguera, E. Profesión Médica. 1953 (309). 349
Noguera, E. Profesión Médica. 1953 (310). 349
Noguera, E. Niebla en las calles y claridad en las palabras. Profesión Médica. 1955 (311). 350
Noguera, E. Profesión Médica. 1955 (313). 350
Noguera, E. Profesión Médica 1956 (314). 350
Aportación inédita al Homenaje Académico tributado al Dr. Palanca. Noguera, Enrique. Profesión Médica. 1969 (315). 351
Memorias presentadas 352
Inspección de Sanidad de la provincia de Madrid. Revista de Archivos de Higiene y Sanidad Pública. 1925 (317). 352

Memoria de la Inspección Provincial de Sanidad. 1928. Inspector Provincial de Sanidad de la provincia de Madrid. 1929 (318). 354
Les services sanitaires espagnols pendant la guerre civile. Ginebra, Societé de Nations. 1939 (319). ... 358
Rapport sur la situation epidemiologique de l'Espagne pendant l'année 1939. Ginebra, Societé de Nations. 1939 (320). 359
Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1943/ Prólogo de José Alberto Palanca. Dirección General de Sanidad. 1943 (321). 362
Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1945. Prólogo de José Alberto Palanca. Dirección General de Sanidad. 1945 (322). 364
Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1946. Prólogo de José Alberto Palanca. Dirección General de Sanidad. 1946 (323). 364
Servicios Sanitarios Nacionales en 1946. Medicamenta. 1946(324). 366
Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1947. Prólogo de José Alberto Palanca. Dirección General de Sanidad. 1947 (325). 366
Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1949/ Prólogo de José Alberto Palanca. Dirección General de Sanidad. 1949 (326). 366
Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1950/ Prólogo de José Alberto Palanca. Dirección General de Sanidad. 1950 (327). 366
Endemias y epidemias en el año 1951. Medicamenta. Madrid 1951 (328). 367
Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1952. Prólogo de José Alberto Palanca. Dirección General de Sanidad. 1952 (329). 370
El Año Sanitario. Medicamenta. Madrid. 1953 (330). 371
El Año Sanitario. Medicamenta. Madrid. 1954 (331). 372
Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1954. Prólogo de José Alberto Palanca. Dirección General de Sanidad. 1954 (332). 373
El año Sanitario. Medicamenta. 1955 (333). 374
El año Sanitario. Medicamenta. 1956 (334). 375
El año Sanitario. Medicamenta. 1957 (335). 376

LEYES APROBADAS POR JOSÉ ALBERTO PALANCA MARTÍNEZ-FORTÚN DURANTE SU MANDATO EN EL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS 381
Relación de elecciones en las que José Alberto Palanca, fue Diputado (18). 381
Ley de bases de Sanidad Nacional. España Dirección General de Sanidad. 1944 (19). 382
Ley de 14 de abril de 1955 creando el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica: Precedida del discurso ante las Cortes Españolas, por el Director General de Sanidad D. José A. Palanca y Martínez-Fortún. Dirección General de Sanidad. 1955 (338). 384

HOJA DE SERVICIOS 387
Hoja de Servicios de José Alberto Palanca Martínez-Fortún. Ejército de Tierra de Sanidad Militar (23). 387
Cuerpos y situaciones a los que perteneció desde su entrada en el servicio (23). 387
Servicios, vicisitudes, guarniciones, campañas y acciones de guerra (23). 388
Condecoraciones obtenidas (23). 391

Tabla 103. Condecoraciones obtenidas por José Alberto Palanca (23). 391

NOTAS NECROLÓGICAS 393

Sesión Necrológica en la Real Academia Nacional de Medina, realizada el 11 de diciembre de 1973, siendo Presidente de la Real Academia, el profesor D. Manuel Bermejillo (339). 393

Revista Profesión Médica. Noviembre 1973 (340). 394

Dr. Federico Bravo Morate, Director General de Sanidad (341). 395

Dr. García Orcoyen, Ex Director General de Sanidad, Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, Académico de la Real Academia Nacional de Medicina (342). 395

Lorenzo Guardiola (Murcia) (343). 395

Dr. Enrique Noguera (344) 396

Dr. Valentín Matilla. Catedrático de la Universidad Complutense de Madrid. Secretario Perpetuo de la Real Academia Nacional de Medicina (345). 397

Dr. Cordero Soroa. Médico Militar (346). 397

Profesor Rico-Avello. Director de la Escuela Nacional de Instructores Sanitarios (Madrid) (347). 397

Dr. Antonio Prieto Lorenzo. Miembro de la Sociedad Española de Escritores Médicos de Madrid (348) 398

Dr. Fernández Turégano. Jefe Provincial de Sanidad de Madrid (349). 399

Dr. Luis Contreras Poza. Cuerpo de Sanidad Nacional. Jefe Provincial de Sanidad de Guipúzcoa (350). 399

Dr. Francisco García Miranda. Presidente del Colegio de Médicos de Madrid (340) 399

Dr. Félix Rodero Jiménez. Secretario de Redacción de "Gaceta Sanitaria Española" (351) 399

Profesor Ricardo Royo Villanova. Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Académico de la Real Academia Nacional de Medicina (352). 400

Dr. Julio Bravo. Sociedad Española de Escritores Médicos (353). 400

Dr. Francisco Blanco Rodríguez. Cuerpo de Sanidad Nacional (354). 400

Un Gran estadista de la Sanidad. Dr. Carlos Zurita González-Vidalte. Revista Enfermedades del Tórax. 1973 (355). 401

Palanca la personalidad sanitaria española más destacada en el presente siglo. Dr. Jesús Galán. Presidente del Colegio de Médicos de Ávila. Profesión Médica. 1973 (356). 401

Tríptico del dolor. Daniel Mezquita – Juan Grinda – José Alberto Palanca. Antonio Soroa y Pineda. Beneficencia Provincial de Madrid. Profesión Médica. 1973 (357). 401

El Dr. Palanca veraneante en Laredo. Dr. J.M. Gómez-Ullate Itoiz. Profesión Médica. 1973. Jefe Provincial de Sanidad de Santander (358) 401

ANEXOS 403

ANEXO 1. Ley de Bases de Sanidad Nacional. España DGS. 1944 (19) 403

ANEXO 2. Ley del 14 de abril de 1955, creando el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (338). 413

ANEXO 3. Organigrama de la Dirección General de Sanidad en el año 1926 415

ANEXO 4. Organigrama de la Escuela Nacional de Sanidad en el año 1932. 416

ANEXO 5. Dr. Vallejo Simón. Reorganización de los servicios sanitarios durante la contienda de la Guerra Civil española. 1937 (360) 417

Reorganización de los Servicios Sanitarios al iniciarse el Movimiento. 417

ANEXO 6. Organigrama de la Dirección General de Sanidad en el año 1952 (329) ... 420

ANEXO 7 422

Dr. Gregorio Marañón “Homenaje al Doctor Palanca. Un brindis tardío” (361) 422
ANEXO 8. Recopilación del material bibliográfico 423

EPÍLOGO 425

BIOGRAFÍA DE LAS AUTORAS 427

ÍNDICE DE FIGURAS 429

ÍNDICE DE GRÁFICOS 435

ÍNDICE DE TABLAS 437

BIBLIOGRAFÍA 443

PALABRAS CLAVE

Sanidad pública, Higiene, Sanidad Militar, Epidemiología, Bacteriología, Medicina Preventiva.

RESUMEN

"*Sanidad Pública Española: Aportaciones de José Alberto Palanca Martínez-Fortún, durante el siglo XX*" forma parte del proyecto que comenzamos en 2014 con los libros "*Notas de mi vida 1888/1922*", "*Deva estación de verano 1936*", "*Cosas que fueron*" y "*Nuestros antepasados. Un estudio antropológico sobre las familias Palanca, Martínez-Fortún y Wilson*", con el objetivo de recopilar y difundir los distintos escritos, ensayos y trabajos científicos que José Alberto Palanca Martínez-Fortún realizó a lo largo de su vida. Hemos tratado de presentar y publicar de manera ordenada sus obras, desde el convencimiento de que su experiencia pueda ser de gran utilidad para las nuevas generaciones. En nuestra opinión, los escritos de José Alberto Palanca, que ocupó durante muchos años puestos de relevancia en la política sanitaria española, presentan en primer lugar una perspectiva de lo que ocurrió en España, en Cuba y Marruecos durante los siglos XIX y XX, y ofrecen una visión personal de la historia de España, como el propio autor escribe en uno de sus escritos: "*¿Por qué perder el tiempo contándola?* -su vida-*, … pienso que una vida española transcurrida con uso de razón en lo que va de siglo, puede reflejar una época y hasta ser consecuencia de ella……*".

Sus publicaciones transmiten el desarrollo de la vida profesional sanitaria y personal de un hombre que amó su trabajo y dedicó a él su vida, siendo un eslabón muy importante en la creación de la Sanidad Pública española.

En este quinto volumen hemos pretendido hacer una recopilación ordenada de toda su obra, con la intención de su consulta. Comienza con una biografía de José Alberto Palanca, en la que se presenta de manera resumida su trayectoria profesional en los distintos campos en que se movió: la docencia, la investigación, así como las acciones sanitarias llevadas a cabo por el autor en política sanitaria tanto civil y militar.

A continuación se incluyen las reseñas de cada una de sus aportaciones resumidas (con el fin de no alargar el contenido del libro) y sus datos han sido convertidos en tablas y gráficos para su mejor comprensión.

En este volumen se puede apreciar el desarrollo de la Sanidad Pública española durante el pasado siglo XX, han sido distribuidas en distintos campos y ordenadas cro-

nológicamente en cada uno de ellos: publicaciones científicas (19), tesis dirigidas, libros publicados (5), participación en la publicación de capítulos de libros (4), prólogos de libros (28), conferencias realizadas y publicadas en diferentes instituciones universitarias (19) así como las conferencias e intervenciones realizadas y publicadas en la Real Academia Nacional de Medicina (39), ensayos publicados (105), artículos publicados en prensa (33) y memorias (19). Hemos añadido también leyes sanitarias aprobadas en cortes durante el mandato del autor, con el objeto de comprobar los avances que se fueron consiguiendo en el ámbito sanitario en estos años.

En el desarrollo de este libro se puede apreciar cómo se fueron controlando las distintas epidemias que asolaron a nuestro país a lo largo del pasado siglo XX (tuberculosis, paludismo, fiebre amarilla, tifus exantemático, tracoma, lepra, difteria etc), los medios que se utilizaron y así como quienes fueron los personajes más relevantes que participaron en el control de las mismas.

El volumen finaliza con la Hoja de servicios del Ejército de José Alberto Palanca, notas necrológicas y la bibliografía utilizada. Adjunta se presenta también en una serie de anexos la siguiente iconografía: 138 fotografías, 103 tablas y 34 gráficos realizados a partir de los datos del autor.

ABREVIATURAS

Abreviatura	Descripción
APD	Asistencia Pública Domiciliaria.
BOE	Boletín Oficial del Estado.
BCG	*Bacillus* de Calmette y Guérin. Vacuna contra la tuberculosis. Biliado de Calmette y Guering.
CE	Cuerpo del Ejército.
CEDA	Confederación Española de Derechas Autónomas.
CNS	Consejo Nacional de Sanidad.
DGS	Dirección General de Sanidad.
CSM	Cuerpo de Sanidad Militar.
CSIC	Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
EE.UU.	Estados Unidos de América.
EDO	Enfermedades de Declaración Obligatoria.
ENS	Escuela Nacional de Sanidad.
FA	Fiebre Amarilla.
FET	Falange Española Tradicionalista.
FT	Fiebre Tifoidea.
FUE	Federación Universitaria Española.
IHM	Instituto de Higiene Militar.
JPS	Jefe Provincial de Sanidad.
JONS	Juntas de Ofensiva Nacional-Sindicalista.
LA	Lucha Antituberculosa.
LAT	Lucha Antitracomatosa.
LAP	Lucha Antipalúdica.
LCR	Líquido Cefalorraquídeo.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PAS	Ácido Paraaminosalicílico. Tratamiento farmacológico de la tuberculosis.
PNA	Patronato Nacional Antituberculoso.
RANM	Real Academia Nacional de Medicina.
SOE	Seguro Obligatorio de Enfermedad.
SE	Seguro de Enfermedad.
SP	Sanidad Pública.
SS	Servicios Sanitarios.
TE	Tifus Exantemático.
UCM	Universidad Complutense de Madrid.
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund o Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia.

BIOGRAFÍA DE
JOSÉ ALBERTO PALANCA MARTÍNEZ-FORTÚN

Figura 2. Busto realizado en bronce de José Alberto Palanca Martínez-Fortún ubicado en la Real Academia Nacional de Medicina (6)

Infancia y adolescencia

José Alberto Palanca nació en Palma de Mallorca el 23 de abril de 1888. A mediados de aquel año salió una disposición del Ministerio de la Guerra por la que los militares no podían permanecer destinados en la Isla de Cuba más de cierto número de años, transcurridos los cuales deberían volver a la Península. Esta disposición trataba de evitar que tuviesen de-

masiado arraigo en la isla, lo que pudiera perjudicar a la situación de España. Cumpliendo esta orden el capitán de caballería D. Carlos Palanca Cañas, casado con una cubana Dª Susana Martínez-Fortún Wilson durante su estancia en Cuba, tuvo que volver a España y fue destinado a Palma de Mallorca como ayudante del capitán general de Baleares. Allí nació su hijo José Alberto, número cuatro de sus doce hermanos. Esta disposición militar duró poco tiempo y cuando apenas José Alberto tenía seis meses de edad la familia fue destinada de nuevo a Cuba. Se establecieron en la ciudad de Placetas, ciudad fundada por el abuelo materno de José Alberto Palanca, José Andrés Martínez-Fortún y Erlés (3).

La fundación de la Villa de Placetas se debió a la iniciativa del ciudadano José Andrés Martínez-Fortún y Erlés, quién en 1867 hizo levantar los planos de un pueblo que iba a fomentar en las sabanas "Las Placetas" de la hacienda comunal "Ciego Rensoli". Sus primeras edificaciones comenzaron en 1868. Seguidamente, por razón de la guerra, se concentraron las familias del campo. En 1878 ya en pleno auge el poblado y con motivo de la Paz del Zanjón, el Gobierno designó a Elósegui, y se nombró a Placetas en su fundación, como Capitanía pedánea de Guaracabulla (3).

Figura 3. Mapa de localización de la ciudad de Placetas (isla de Cuba) (3).

José Alberto Palanca vivió en la ciudad de Placetas (isla de Cuba) durante diez años. En la única escuela que había en la ciudad, que regía un tal Sr. Angulo aprendió la primeras letras (14) y cursó los tres primeros años del Bachillerato que por aquella época sólo constaba de cinco cursos académicos con tres asignaturas por curso (14).

Años más tarde José Alberto escribirá en sus Memorias: "*Viví en este pueblo hasta los diez años y, en él presencié escenas de la guerra que dejaron en mi cerebro infantil huellas para toda la vida: la vista de muertos en acción, de heridos chorreando sangre, víctimas de algún "macheteo". Los combates dentro del mismo pueblo, con los incendios y saqueos subsiguientes, pero sobre todo la presencia de miles y miles de hombres. La mayor parte de ellos eran verdaderos espectros que en sus rostros llevaban impresas las huellas del paludismo, la disentería, el beriberi y sobre todo la fiebre amarilla. No había día que no viésemos salir del hospital del pueblo el triste cortejo que llevaba al cementerio a los que*

pagaban con su vida nuestra ignorancia sobre la manera de evitar aquellas enfermedades. Por eso andando el tiempo, cuando me hice médico y me dediqué a la Sanidad Pública, aquellas escenas estuvieron siempre presentes en mi memoria" (14).

Una vez perdida la guerra en Cuba en el año 1899, se tuvo que realizar la repatriación del Ejército, esta fue muy lenta y difícil, ya que faltaban barcos para realizarla. A la familia Palanca Martínez-Fortún le tocó un pequeño transatlántico francés de 2.500 toneladas que tardó más de 25 días en atravesar el Océano Atlántico, hasta España y llegar al puerto de Valencia a principios del año 1899 (14). Este barco "*El Cheribón*", era destinado a barco-hospital, estaba lleno de enfermos, médicos y llevaba muchas familias completas. A lo largo de la travesía, vieron como el barco se detenía para lanzar al agua más de treinta cadáveres, esta operación se realizaba durante la noche, se envolvían los cuerpos en sábanas, se les colocaba en un pié una bala maciza de cañón y se les lanzaba al mar para dar pasto a los tiburones que seguían al barco. Los pasajeros que viajaban en el barco se enteraban de que los cadáveres eran lanzados al mar, porque el barco tenía que parar durante unos momentos durante la travesía, para evitar que los cadáveres al caer al mar se enredaran en las hélices del barco.

La familia Palanca llegó a Valencia el 7 de enero de 1899 y, tras una breve estancia en Málaga donde su padre tuvo un destino, se establecieron en la ciudad de Granada. El 18 de julio de 1900, a los treinta y nueve años de edad, la madre de José Alberto falleció tras una grave enfermedad infecciosa –fiebre tifoidea-, relacionada con la ingesta de agua contaminada de un pozo de su casa, dejando tras su muerte a nueve huérfanos. Esta circunstancia, unida al fallecimiento de otros familiares suyos, también por distintas enfermedades infecciosas, durante su estancia en Cuba, así como la experiencia vivida de niño presenciando las consecuencias de las epidemias en el Ejército español en aquella isla, fueron los motivos por los que José Alberto ingresó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada y se mantuvo luchando durante toda su vida profesional por el control de las enfermedades infecciosas (14). Así mismo, la situación sanitaria y bélica vivida durante el periodo de su niñez en la isla de Cuba hasta la finalización de la guerra, la educación recibida en el ambiente familiar, de orientación castrense por influjo de sus antepasados, unidas a la imposibilidad de acceso temprano a la carrera militar por el cierre de filas debido al exceso de militares provenientes de las distintas repatriaciones de Cuba y Filipinas, fueron los móviles que instigaron a este joven estudiante a iniciar sus actividades profesionales ingresando en el Cuerpo de Sanidad Militar.

Ingreso en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada (1900-1907)

La llegada a la Universidad de Palanca la recoge muy bien un compañero suyo, Tortosa en una publicación (5) que data de 1930, en que describe, el día 2 de octubre del año 1900: "*Un alto caballero de serena gravedad, rigurosamente enlutado pasea por las calles de Granada rodeado de ocho o nueve niños igualmente vestidos de negro. Es el coronel Palanca que prematuramente acababa de perder a su mujer*", el cuadro que describía Tortosa le impuso y así conoció a Palanca, a su padre y a sus hermanos. Era un curso preparatorio de Medicina al que se presentaban 118 alumnos y del que aprobaron solo 19; Palanca tenía 12 años, el más joven de la clase vestía según su compañero; capa española de vueltas, a cuadros blancos y negros y conquistaba por su juventud y simpatía. Entró en la

Facultad de Medicina con Matrícula de Honor. En segundo de carrera Tortosa y Palanca fundaron un periódico que se llamó "la Trompa de Eustaquio" revista satírico-científica, tirada en ciclo-estilo, que estaba firmada con pseudónimos para no revelar los nombres de los autores por miedo a posibles represalias que fue un éxito completo. Palanca fue alumno interno a los 15 años en tercero de carrera, un "interno niño", bromeaba, saltaba con los niños en las salas, pero en las clases, en la clínica y en el laboratorio era la estrella de primera magnitud que no despertaba envidia, pero si admiración y simpatía. En cuarto año Palanca empezó a formalizarse y se convirtió en ayudante del Dr. Víctor Escribano donde adquirió con él normas de juicio y serenidad, responsabilidad y profesionalismo. Los últimos años de carrera fueron de mayor sosiego pues tuvo que estudiar mucho más en el internado y así terminó su vida estudiantil (figura 4).

"*El palanquilla de diminuto sombrero del 1900 acababa de tomar la alternativa en Madrid con el número uno de la numerosa promoción de 1907, tiene 18 años, la cara lampiña e infantil, pero ahora su sombrero es de anchas alas como las de su sabiduría y las de su voluntad que han de conducirle sin gran esfuerzo a las cumbres reservadas para los espíritus de noble ambición y despejado talento*" (5).

Figura 4. Palanca al fondo, de pie y a la izquierda, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada en 1906 (6).

Licenciatura, Doctorado e Ingreso en el Cuerpo de Sanidad Militar

José Alberto Palanca se licenció en 1907 a los diecinueve años, consiguiendo el premio extraordinario en la Licenciatura, y en septiembre de 1907 hizo oposiciones para el ingreso en el Cuerpo de Sanidad Militar obteniendo la plaza con el número uno. Realizó un curso reglamentario en la Escuela de Sanidad Militar como alférez alumno y a los pocos meses fue ascendido al grado de teniente médico, interviniendo en 1909 en los "Sucesos

de Melilla", lo que le supuso la imposición de varias Cruces del Mérito Militar. En este año obtuvo una plaza como médico en la Clínica de Urgencias de Madrid. En 1910 fue destinado a Alhucemas (Marruecos) y en 1911 al Cuartel de Alcalá de Henares en Madrid como médico segundo. Durante el periodo en que sirvió en las plazas españolas en el Protectorado de España en África, recibió su "bautismo de sangre" (7).

En 1911 accedió a la carrera docente al ocupar tempranamente una plaza de profesor auxiliar en la Universidad de Santiago de Compostela que desempeñó durante algún tiempo. Hizo el curso de Diplomado en Higiene Militar con la especialidad de Higiene y Laboratorio y de ahí su especialidad.

El 28 de junio 1912 defendió su Tesis Doctoral en la Universidad Central de Madrid, que tituló "*La Fiebre Tifoidea en el Ejército y su profilaxis*", obteniendo la calificación de Sobresaliente, con una posterior calificación de Premio Extraordinario. Tras la lectura de esta Tesis, el Ejército español adoptó para sus tropas la medidas propuestas en este trabajo para el control de la fiebre tifoidea (8).

En 1914 fue destinado al escuadrón de cazadores en Santa Cruz de Tenerife. En 1918 fue ascendido a capitán médico. Durante este año, antes de su incorporación como Académico de número a la Real Academia Nacional de Medicina (RANM), gracias a un trabajo que presentó en la Academia en un concurso anual, Palanca fue galardonado con el título de Académico correspondiente, como reconocimiento a su gran valía y su fecunda labor científica y sanitaria. Este trabajo trató sobre "*Histología normal y patológica de los ganglios sensitivos y simpáticos del hombre*"; durante este periodo comenzó la realización de sus más importantes estudios de investigación bacteriológica y sus primeras publicaciones. Esto sucedió cuando Palanca era médico primero del hospital militar de Carabanchel de Madrid (9).

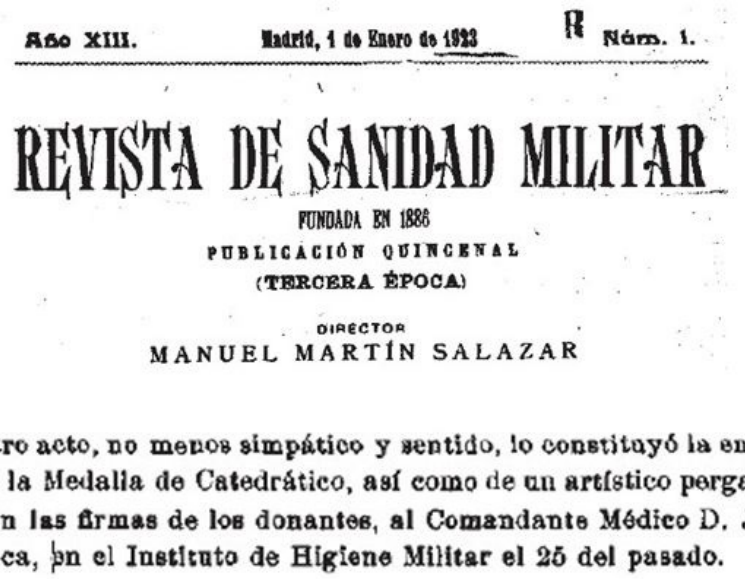
En 1920 formó parte de una Comisión junto con otros sanitarios para el estudio del paludismo en el Protectorado de Marruecos y realizó una Memoria que fue publicada tras su estancia allí. Fue Jefe del laboratorio de Bacteriología del Hospital Militar de Carabanchel. En 1920 fue ascendido a comandante médico (10). En 1921 participó en el enterramiento de cadáveres relacionado con las muertes producidas durante el "Desastre de Annual" en Marruecos. Ese año ingresó en el Cuerpo de inspectores provinciales de Sanidad y comenzó a desarrollar su trabajo, primero en Guadalajara y después en Sevilla (14).

Etapa de la obtención de la cátedra de Bacteriología e Higiene de Sevilla

En octubre de 1922 obtuvo la cátedra de Bacteriología e Higiene de la ciudad de Sevilla, ocupando simultáneamente las plazas de Inspector y Catedrático en aquella ciudad. Dos años más tarde fue nombrado inspector provincial de Sanidad de Madrid, abandonando definitivamente la cátedra de Sevilla (11).

Fue socio fundador y vicepresidente de la Asociación de Higiene Pública y de la Revista de Archivos Españoles de Higiene Pública.

En 1926 fue pensionado por la Fundación Rockefeller para una estancia de seis meses en Norteamérica en la *Public Health School of John Hopkins* de Baltimore y en otras universidades americanas, con el objetivo de recibir información sobre diversos temas de organización sanitaria americana y posteriormente poder trasladar parte de los conocimientos adquiridos a la Sanidad española (12).



Año XIII. Madrid, 1 de Enero de 1923 Núm. 1.

REVISTA DE SANIDAD MILITAR

FUNDADA EN 1886

PUBLICACIÓN QUINCENAL

(TERCERA ÉPOCA)

DIRECTOR

MANUEL MARTÍN SALAZAR

Otro acto, no menos simpático y sentido, lo constituyó la entrega de la Medalla de Catedrático, así como de un artístico pergamino con las firmas de los donantes, al Comandante Médico D. José Palanca, en el Instituto de Higiene Militar el 25 del pasado.

Figura 5. Entrega al Dr. Palanca de la Medalla de catedrático. Revista de Sanidad Militar. Madrid 1 de enero de 1923 (11).

Etapa como profesional sanitario

Las expectativas en buena parte de las clases medicas por el Golpe de Estado del general Primo de Rivera reavivaron la posibilidad de acometer una reforma radical de la Sanidad, lo que animó al director general de Sanidad a presentar al directorio militar, en noviembre de 1923, un ambicioso proyecto de ley de Reorganización Sanitaria, elaborado por una Comisión de notables. Este proyecto incluía la creación de un Ministerio de Trabajo y Sanidad, la creación de Institutos de Higiene y Brigadas Sanitarias en todas las provincias y la dependencia de la Dirección General de Sanidad (DGS) de toda la Beneficencia de carácter sanitario. La respuesta del general Severiano Martínez Anido -subsecretario de Gobernación- fue negativa, con el argumento: "*Los tiempos no están para perderse en la gestión de proyectos que desatienden y esquivan las realidades inmediatas, a las cuales hay que servir con el apremio que las circunstancias exigen*". Una de las primeras medidas tomadas, aparte de la suspensión de todas las oposiciones a cargos públicos convocadas antes del Golpe de Estado, fue un decreto contra la inmovilidad y compatibilidades de los inspectores provinciales de Sanidad. El real decreto disponía el traslado forzoso de los inspectores provinciales por: "*Conveniencias y necesidades del servicio*" y se disponía un límite de cinco años como tiempo máximo de permanencia en una provincia. Además se declaraban incompatibles los sueldos de los inspectores provinciales: "*Con el devengo de otros inspectores del Estado, la provincia o el municipio… Y no podrían ejercer fuera de su profesión, ni la industria ni el comercio, ni coparticipar en Empresas de la provincia de su destino*" (13).

Este real decreto no se llegó a aplicar en lo referido a las incompatibilidades, debido a que prácticamente todos los inspectores incumplían este requisito, pero si fue utilizado para mover de su provincia a un total de diez inspectores (14). En esta situación se encontraba el comandante médico José Alberto Palanca Martínez-Fortún, recién ingresado en el Cuerpo, que compaginaba su cargo en Sevilla con el de catedrático de Higiene, y que fue reclamado por el general Martínez Anido para la inspección de Sanidad de Madrid.

Tras este traslado la influencia de Palanca se dejó sentir en las esferas gubernamentales y entre sus compañeros del Cuerpo (13).

Todas estas incidencias, sobre todo el rechazo al proyecto de ley de Reforma Sanitaria, hicieron que el director general de Sanidad, el Dr. Manuel Martín Salazar, presentara su dimisión en el mes de diciembre de ese año y el cargo fuera ocupado inmediatamente por Francisco Murillo Palacios (1865-1944), hasta esa fecha inspector general de Instituciones Sanitarias. La aprobación de nuevas normas por las que se ingresaría en los Cuerpos de Sanidad, que tendrían como consecuencia la unificación de los mismos, puso en guardia a los inspectores provinciales que plantearon reivindicaciones al respecto.

Ante la ausencia de un órgano de expresión propio José Alberto Palanca creó en el año 1925 la revista mensual "*Archivos de Higiene y Sanidad Pública*" entre cuyos objetivos estaba: "*El perfeccionamiento de las clases sanitarias, dando a la palabra sanitario la especialización profesional que le corresponde".* En su primer número y antes de que se promulgara el Reglamento de Sanidad Provincial, Palanca hizo unas indicaciones muy generales sobre reorganización sanitaria que demostraban cuales eran las aspiraciones de los inspectores provinciales. La propuesta de Palanca era la creación de un Cuerpo de Sanidad único del cual saliesen todos los destinos (15).

El aumento de protagonismo de Palanca, tanto en el Ministerio de la Gobernación como entre los propios inspectores, significaba para Francisco Murillo una preocupación para su estabilidad en el cargo. La figura de Francisco Murillo en la DGS comenzó a decaer y en 1928 fue sustituido por Antonio Horcajada Mateo, teniente coronel de Sanidad Militar.

Ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina (RANM)

Años antes de su incorporación a la RANM, Palanca había sido galardonado con el Título de Académico correspondiente, por Premio de la Academia debido a uno de los trabajos que presentó en la misma en uno de los concursos anuales. Este trabajo, con el que fue premiado trataba sobre "*Histología normal y patológica de los ganglios sensitivos y simpáticos del hombre*"; con el lema "Voluntad", en el año 1918 (9).

El 13 de marzo de 1929 tomó posesión de su Sillón Académico número 17 correspondiente a Higiene y Microbiología en la RANM, con el discurso "*La fiebre tifoidea en España*". Desde entonces y hasta el año 1973 ocupó este Sillón, vinculado de manera simultánea a las diferentes etapas de la Sanidad Pública y de la Microbiología Médica, que tiene como objetivo el estudio de los microorganismos que hacen peligrar la salud (16).

Figura 6. Sillón Número 17 de la RANM (17).

El sillón nº 17 fue ocupado en un principio por el Dr. Sandalio de Pereda y Martínez entre los años 1861 y 1886. Le sucedió en este sillón el Dr. Ángel Fernández-Caro y Nouvillas en 1887, en 1929 ingresó en la Academia el Dr. José Alberto Palanca y Martínez-Fortún, el Dr. José Bravo Oliva lo haría en 1977 y desde 1990, el sillón número 17 pertenece en la actualidad al Dr. Juan del Rey Calero.

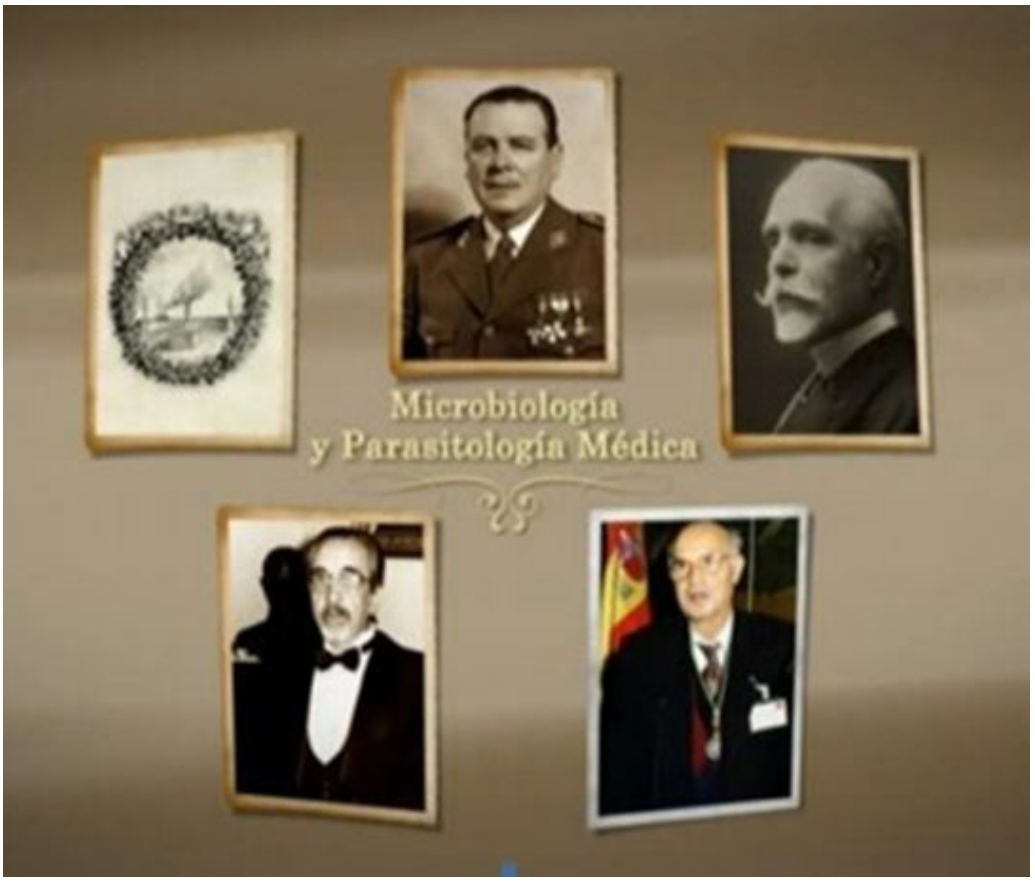


Figura 7. Dr. Sandalio de Pereda y Martínez, Dr. Ángel Fernández-Caro y Nouvillas, Dr. José Alberto Palanca y Martínez-Fortún, Dr. José Bravo Oliva y el Dr. Juan del Rey Calero (17).

Palanca fue elegido Académico de Número, por su reconocimiento a su gran valía y su fecunda labor científica y sanitaria. Tomó posesión de su Sillón Académico número 17, el 13 de marzo de 1929. La Sesión fue presidida por el profesor Dr. Recasens, titular de la presidencia y el novel Académico leyó un discurso, en el que glosó de entrada la figura destacada en la época anterior del Dr. Fernández-Caro y Nouvillas, jefe supremo de Sanidad de la Armada, al que sucedió Palanca.

En la sesión del 9 de junio de 1953, Palanca fue propuesto para la dirección de la Corporación, lo que fue aprobado por unanimidad y sucedió al anterior presidente Dr. Enríquez de Salamanca. Posteriormente fue reelegido en dos ocasiones más como presidente de la Academia en los años 1958 y 1966. En 1970 la salud del Dr. Palanca fue quebrantándose a consecuencia de un proceso degenerativo y paliativo, lo que le llevó a su fallecimiento el 8 de noviembre de 1973 (7).

José Alberto Palanca fue uno de los especialistas en Higiene más destacados del siglo XX, realizó una gran labor desde su puesto como director general de Sanidad y también fue destacado su paso por la RANM.

Figura 8. Dr. José A. Palanca Martínez-Fortún (17).

Etapa política

El 26 de febrero de 1930 José Alberto Palanca fue nombrado por primera vez director general de Sanidad, con el Gobierno de D. Dámaso Berenguer. Dirigió también un Instituto de Higiene Militar. La primera medida que tomó fue dejar sin efecto el real decreto de unificación del Cuerpo de Sanidad Nacional, así como las polémicas disposiciones de 1923 sobre incompatibilidades y traslados forzosos de los inspectores provinciales de Sanidad. Todo ello acompañado de un nuevo reglamento unificado del personal al servicio de la DGS (13). Durante este año, Palanca fue nombrado también profesor de la Academia de Higiene Militar.

Con la llegada de la República en el año 1931 Palanca cesó en su cargo, sucediéndole el Dr. Marcelino Pascua. En 1933 Palanca obtuvo una plaza de profesor de la Escuela Nacional de Sanidad como responsable de la asignatura Administración Sanitaria y Sanidad Internacional. En 1935 fue nombrado responsable Jefe de la Sección de Estudios Sanitarios del Instituto Nacional de Sanidad. Desde 1933 y hasta 1936 fue diputado en Cortes por la provincia de Jaén, a través de las elecciones legislativas, como miembro de la Confederación Española de Derechas Autónomas (CEDA) (18).

En los comienzos de la Guerra Civil, Palanca desempeñó como comandante médico el cargo de jefe de los servicios de Sanidad militar, adscrito al Estado Mayor del general Mola en el Ejército del Norte, ocupando, a la muerte del general Mola en el año 1938, el cargo de la jefatura nacional de Sanidad con sede en Valladolid, a las órdenes del gobernador general del Estado.

Una vez terminado el conflicto bélico la DGS, reincorporada al Ministerio de la Gobernación en el Gobierno de 1939, fue adjudicada de nuevo a José Alberto Palanca. El cargo de director general de Sanidad, que ya había ocupado con anterioridad, lo seguiría desempeñando hasta el año 1957, en que fue sustituido por Jesús García Orcoyen. Esta separación política marcó el desarrollo de la Sanidad política española al permitir la coexistencia de dos organismos paralelos; Sanidad Nacional y el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), puesto en marcha por el Ministerio de Trabajo en 1944.

Durante los años que estuvo al frente de la dirección general de Sanidad, mantuvo también activa su aportación en campos muy diversos. Creó el Reglamento de la Escuela

Nacional de Sanidad y el Instituto Nacional de Oncología. Colaboró con múltiples revistas españolas y extranjeras, siendo subdirector de la revista Gaceta Médica Española y socio fundador de la Sociedad Española de Escritores Médicos.

Mediante un concurso de traslado obtuvo, en el año 1941, la cátedra de Higiene de la Universidad de Madrid, que ocupó hasta su jubilación en el año 1959 (7).

En el año 1944 participó en la redacción y aprobación de la ley de Bases de Sanidad en el Congreso de los Diputados (19). En 1946 fue nombrado representante en la *L´Office International d´Hygiene Publique* de París. Fue también miembro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1951 a 1954, lo que supuso la entrada de España en esta organización (120).

Entre los años 1943 a 1958 y 1964 a 1967 representó como diputado en Cortes a distintas asociaciones, colegios y cámaras, entre ellos el Colegio de Médicos y las Reales Academias (18). Finalmente, en su carrera militar llegó al grado de general de división de Sanidad en el año 1951, y ocupó el puesto de Jefe del Cuerpo de Sanidad Militar del Ejército hasta 1955.

Las experiencias vividas por José Alberto Palanca los primeros años de su vida condicionaron en buena medida su trayectoria profesional, haciendo que se inclinara hacia diferentes aspectos relacionados con la Medicina: Medicina Preventiva, Epidemiología, Sanidad Militar, docencia y finalmente política médica. Uno de sus objetivos prioritarios a lo largo de su vida profesional en relación con la prevención de las enfermedades infecciosas fue la lucha contra el desconocimiento y la ignorancia, apoyando vivamente la intervención docente en los diferentes niveles de educación: escolar, universitario o profesional.

José Alberto Palanca Martínez-Fortún falleció tras una larga enfermedad el 8 de noviembre de 1973.

Figura 9. Dr. Palanca año 1928 (20).

Relación de periodos legislativos en los que José Alberto Palanca fue Diputado en Cortes (18).

Entre los años 1943 a 1958 y 1964 a 1967 representó como diputado en Cortes a distintas asociaciones, colegios y cámaras, entre ellos el Colegio de Médicos y las Reales Academias. En la tabla 1 se describen las distintas legislaturas en que Palanca fue diputado y a las distintas asociaciones a las que representó (18).

Tabla 1. Relación de elecciones en las que José Alberto Palanca, fue Diputado (18).

Fecha	Periodo	Apartado	Fecha Alta	Fecha Baja	Institución
19.11.1933	1933-1935	Jaén	28.11.1933	07/01/1936	* Agrario de la CEDA
16.03.1943	1943-1946	Asociaciones Colegios y Cámaras	16.03.1943	24/04/1946	Colegios Oficiales de Médicos
13.05.1946	1946-1949	Asociaciones Colegios y Cámaras	13.05.1946	07/04/1949	Colegios Oficiales de Médicos
13.05.1949	1949-1952	Asociaciones Colegios y Cámaras	13.05.1949	05/04/1952	Colegios Oficiales de Médicos
14.05.1952	1952-1955	Asociaciones Colegios y Cámaras	14.05.1952	13/04/1955	Colegios Oficiales de Médicos
14.5.1955	1955-1958	Asociaciones Colegios y Cámaras	14.05.1955	14/04/1958	Colegios Oficiales de Médicos
02.07.1964	1964-1967	Instituciones Culturales	03.07.1964	15/11/1967	Representante de las Reales Academias, Instituto de España

* Presidente de la Real Academia de Medicina. Jefe de Sanidad del Ejército. Director general de Sanidad. Catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid (18).

Acciones político-sanitarias que realizó José Alberto Palanca durante los años en que ocupó el cargo de director general de Sanidad

Las acciones político-sanitarias que realizó José Alberto Palanca durante los años en que ocupó el cargo de director general de Sanidad se resumen en la tabla 2.

Tabla 2. Acciones político-sanitarias realizadas durante los años en que el Dr. Palanca ocupó el cargo de director general de Sanidad (21).

Año	Acciones realizadas
1930	Fue nombrado director general de Sanidad, cese en 1931
1938	Puso en marcha el Reglamento del Cuerpo de Enfermeras de la Falange Española Tradicionalista (FET), organizado durante la Guerra Civil para reforzar a las Damas de Sanidad Militar y de la Cruz Roja. El Cuerpo se creó con posterioridad por ley del 3 de enero de 1942. El Dr. José Alberto Palanca, jefe del Servicio de Sanidad Nacional durante la guerra, volvió a encargarse de la DGS hasta el año 1957, afrontando con éxito los grandes problemas sanitarios de la postguerra (paludismo, tuberculosis, difteria, tifus exantemático, mortalidad infantil etc.).
1939	Organizó el Patronato Nacional Antituberculoso (PNA) para atender al problema de la tuberculosis (ley del 5 de agosto de 1939). Misión: afrontar la detección y hospitalización de los enfermos bacilíferos de la endemia, con 33.000 defunciones anuales. Se creó el Instituto Nacional de Enseñanza e Investigaciones Sanitarias. D. José Luis García Boente, del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional y jefe provincial de Orense, fue nombrado director del PNA.
1940	Estableció la Cartilla de Racionamiento. Misión: reparto equitativo de alimentos y tabaco, para mayores de 18 años. Duración: hasta 1957. Instalación de la DGS en la Plaza de España nº 17 junto con la sede del PNA.

1941	D. Valentín Galarza Morante, fue nombrado Ministro de la Gobernación. Reorganización de la DGS. Organización de la Sanidad Infantil y Maternal. Misión: descenso de la mortalidad infantil que alcanzaba 180/1.000 (ley del 12 de julio de 1941). Se organizaron los Cursos de Perfeccionamiento Sanitario en colaboración con la Facultad de Medicina y el Colegio de Médicos. Más adelante se llamaría Obra de Perfeccionamiento Sanitario, precursor de lo que hoy se llama Formación Continuada. El Dr. Bosch Marín fue el responsable de la Sanidad Infantil y Maternal Nacional hasta 1970. Se creó el título de Enfermera Puericultora que expedía la DGS en la ENS. La epidemia de tifus exantemático, ocasionó más de 20.000 casos con más de 2.000 defunciones (10,0%). El Dr. Vallejo Simón fue nombrado director del hospital del Rey. Se reconstruyeron los Centros Sanitarios, los Institutos Provinciales de Higiene, Centros Comarcales. El Dr. Víctor María Cortezo, fue nombrado inspector jefe de los servicios Centrales de la DGS. El Dr. Pedro González Rodríguez fue nombrado inspector Jefe de los servicios de Investigación, Enseñanza y Producción de la DGS, hasta 1962. El Dr. Benigno García Castrillo fue nombrado secretario técnico de la DGS, hasta 1946. Se crearon los Centros Maternales de Urgencia (Orden del 20 de diciembre).
1942	José Antonio Girón de Velasco fue nombrado Ministro de Trabajo y se creo el SOE. Misión: establecimiento de un plan Instalaciones Sanitarias. Fundación del Instituto del Trabajo. D. Blas Pérez González fue nombrado Ministro de la Gobernación.
1943	Se publicaron instrucciones para prevenir el paludismo, epidemia que alcanzaba 400.000 enfermos y 2.000 defunciones al año. El Dr. Gerardo Clavero del Campo fue nombrado director de la Lucha Antipalúdica (LAP). Se organizó del Instituto de Leprología de Trillo (Guadalajara). Se publicaron instrucciones de prevención de la Lepra. Se realizó el Mapa de Tracoma, causa de muchas cegueras. Se publicó la Cartilla de Prevención del tracoma. Se realizó el Mapa Nacional de camas psiquiátricas. Se implantó la vacuna antidiftérica con carácter obligatorio (Decreto del 11 de noviembre de 1943). Misión: acabar con los brotes epidémicos. Se realizó la primera Reunión del Cuerpo Nacional de Sanidad, base técnica de la organización sanitaria desde 1930 para la fusión de los tres Cuerpos Sanitarios: Sanidad Exterior, Sanidad Interior e Instituciones Sanitarias en la DGS. Se publicó sobre instrucciones para la prevención de las enfermedades venéreas. D. Blas Pérez González, Ministro de la Gobernación (1942-1956) fue el promotor de la Ley de Bases de Sanidad y de la Ley de Bases del PNA.
1944	Se aprobó el 25 de noviembre en las Cortes **la Ley de Bases de Sanidad**. Se realizó un esquema de la evolución histórica y legal de la Declaración de Enfermedades Obligatorias (EDO). Se creó el Organigrama de la DGS y la Memoria de la misma del año 1943. Se creó el Instituto de Medicina, Seguridad e Higiene del Trabajo dependiente del INP. Llegó a España la Penicilina antibiótico descubierto por Fleming.
1945	Se construyeron de forma intensiva sanatorios y hospitales para enfermos tuberculosos.
1946	Se reinstaló la Escuela Nacional de Sanidad en el Pabellón 1 de la Facultad de Medicina de Madrid. El Dr. Gerardo Clavero del Campo fue nombrado director de la Escuela Nacional de Sanidad, hasta 1975. Se publicaron las "Aleluyas sanitarias" del Servicio de Propaganda Sanitaria. Misión: mejorar y promover la educación sanitaria. Se crearon los Mapas de los servicios de Sanidad infantil y maternal. Se formó la Organización Mundial de la Salud (OMS), como agencia de las Naciones Unidas. Misión: conseguir el completo bienestar físico, psíquico y social en la población. España no fue admitida debido al régimen político, solo como miembro observador.
1948	El Dr. Abraham Waskman descubrió la Eritromicina, medicamento muy eficaz contra la tuberculosis. Se realizó de una intensa campaña de vacunación antituberculosa de recién nacidos BCG (Biliado de Calmette y Guering). Se realizó Radiofotografía masiva de tórax en los grupos de riesgo. Misión: detección de casos de tuberculosis y de tratamiento precoz.
1950	El Dr. Fernández-Turégano realizó una importante labor al frente del PNA.
1951	Se inauguró el Instituto Nacional de Oncología en un pabellón del Hospital Clínico San Carlos en Madrid bajo la Dirección de D. Julián San Ibáñez. Se aprobó el Primer Reglamento Sanitario Internacional de la OMS, que adoptaba medidas contra: fiebre amarilla, peste, cólera, paludismo, Viruela, tifus exantemático y fiebre recurrente.
1952	Se creó una red de Institutos Provinciales de Higiene, órganos técnicos de las jefaturas provinciales y centros secundarios de Higiene Rural.
1953	Se nombró el primer inspector general de Sanidad Veterinaria en la DGS.
1955	Se creó el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (Ley de 14 de abril de 1955).
1957	Se creó el Patronato Nacional de Poliomielitis, enfermedad que había causado en el año 1955 1.246 casos. El teniente general D. Camilo Alonso Vega fue nombrado Ministro de la Gobernación, en el año 1957 hasta 1969. El Dr. Palanca fue cesado como director general de Sanidad en 1957.

Finalmente, en su carrera militar llegó al grado de general de división de Sanidad en el año 1951, y ocupó el puesto de Jefe del Cuerpo de Sanidad Militar del Ejército hasta 1955.

Las experiencias vividas por José Alberto Palanca los primeros años de su vida condicionaron en buena medida su trayectoria profesional, haciendo que se inclinara hacia diferentes aspectos relacionados con la Medicina: Medicina Preventiva, Epidemiología, Sanidad Militar, docencia y finalmente política médica. Uno de sus objetivos prioritarios a lo largo de su vida profesional en relación con la prevención de las enfermedades infecciosas fue la lucha contra el desconocimiento y la ignorancia, apoyando vivamente la intervención docente en los diferentes niveles de educación: escolar, universitario o profesional.

Resumen de la Biografía

La Biografía de José Alberto Palanca Martínez-Fortún ha sido extraída a través de varios organismos oficiales: Escritos personales y familiares, Museo de Sanidad (22), Ministerio de Defensa (23), Real Academia Nacional de Medicina (7) y la Universidad Complutense de Madrid (UCM). En la tabla 3 se describen los diferentes cargos, oposiciones y condecoraciones que obtuvo a lo largo de su carrera profesional.

Tabla 3. Descripción de los diferentes cargos, oposiciones y condecoraciones que obtuvo el Dr. Palanca a lo largo de su carrera profesional (22) (23) (7).

Fechas	Institución	Cargos, situación, condecoraciones.	Lugar
23-04-1888	**Nacimiento**		**Palma de Mallorca**
Octubre 1888		Viaje a la Isla Cuba	La Habana
20-12-1898		Vuelta a la España. 07-01-1899	Valencia
01-10-1900 a 20-05-1907	Docencia	Ingreso Facultad de Medicina.	Granada
Octubre 1905	Docencia	Alumno interno (oposición). Cátedra de Patología Quirúrgica Facultad de Medicina	Granada
30-09-1907	Sanidad Militar	Oficial Médico alumno. Academia Médico Militar (oposición)	Madrid
1908	Docencia	Premio extraordinario de licenciatura. Facultad de Medicina.	Granada
30-06-1908	Cuerpo de Sanidad Militar	Médico Segundo (promoción). Clínica de Urgencias	Madrid
29-07-1909	Sanidad Militar	Intervención en los Sucesos de Melilla	Melilla, Marruecos
1909	Sanidad Militar	Brigada de Tropas	Madrid
1909	Sanidad Militar	Clínica de Urgencias	Madrid
1910	Sanidad Militar	Cruz de 1ª Clase del Mérito Militar (Distintivo Rojo)	Acciones en Melilla, Marruecos
1910	Sanidad Militar	Cruz de 1ª Clase del Mérito Militar (Distintivo Rojo pensionada)	Acciones en Melilla, Marruecos
Abril 1910	Sanidad Militar	Cruz de 1ª Clase del Mérito Militar (Distintivo Rojo)	Acciones en Melilla, Marruecos
Junio 1910	Sanidad Militar	Desplazamiento a Marruecos	Alhucemas
01-06-1911	Sanidad Militar	Médico Segundo (antigüedad)	Alcalá de Henares, Madrid
28-06-1912	Docencia	Grado de Doctor, Universidad Central	Madrid
17-03-1913	Docencia	Profesor Auxiliar de Anatomía. Facultad de Medicina	Santiago de Compostela

20-09-1914	Sanidad Militar	Escuadrón de Cazadores	Santa Cruz Tenerife
1915-1921	Sanidad Militar	Jefe de Laboratorio de Bacteriología del Hospital Militar	Carabanchel, Madrid
1918	Real Academia Nacional de Medicina	Premio Martínez Anido. Académico Corresponsal	Madrid
29-06-1918	Sanidad Militar	Capitán Médico	Carabanchel, Madrid
03-09-1920	Sanidad Militar	Comisión para el Estudio del Paludismo Protectorado	Marruecos
26-06-1921	Sanidad Militar	Comandante Médico (antigüedad)	Carabanchel, Madrid
1921	Sanidad Nacional	Ingresa en el Cuerpo de Inspectores Provinciales de Sanidad	Sevilla
01-06-1921	Sanidad Militar	Cruz de 1ª Clase del Mérito Militar (Distintivo Blanco)	Marruecos
10-09-1921	Sanidad Militar	Campaña del Desastre de Annual	Melilla, Marruecos
11-10-1922 a 30-11-1923	**Docencia**	**Cátedra de Higiene y Bacteriología. Facultad de Medicina**	**Sevilla**
27-05-1922	Sanidad Nacional	Inspector Provincial de Sanidad	Guadalajara
05-12-1923	Sanidad Nacional	Inspector Provincial de Sanidad	Madrid
1926-1929	Sanidad Militar	Instituto de Higiene Militar	Madrid
1926	Sanidad Nacional	Se desplaza 6 meses, pensionado por la Fundación Rockefeller Public Health School of John Hopkins	Baltimore, EE.UU.
1927	Sanidad Militar	Orden Civil de la Beneficencia (Distintivo Blanco y Morado)	Madrid
13-03-1929	**Real Academia de Medicina**	**Académico de número. Sillón Nº17 Higiene y Microbiología**	**Madrid**
1928	Sanidad Nacional	Delegado del Ministerio de la Gobernación (6 semanas). Sociedad de las Naciones	Italia
25-02-1930 a 26-01-1931	**Sanidad Nacional y Sanidad Militar**	**Director General de Sanidad. Profesor Academia de Higiene Militar**	**Madrid**
01-08-1931	Sanidad Militar	Comandante Médico retirado (extraordinario)	Madrid
22-09-1933	Sanidad Nacional Docencia	Profesor de la Escuela Nacional de Sanidad. Asignatura: Administración Sanitaria y Sanidad Internacional	Madrid
21-05-1935	Sanidad Docencia	Jefe de la Sección de Estudios Sanitarios. Instituto Nacional de Sanidad	Madrid
19-11-1933 a 07-01-1936	**Diputado en Cortes**	**CEDA por Jaén**	**Madrid**
07-10-1936	Sanidad Militar	Ejército del Norte	Valladolid
30-01-1938	Sanidad Militar	Comandante Médico incorporado al Movimiento. Ejército del Norte	Valladolid, Ávila y Talavera de la Reina (Toledo)
25-08- 1938	Sanidad Militar	Jefe Superior de Sanidad Nacional Civil	Valladolid
1939 a 29-07-1957	**Sanidad Nacional**	**Director General de Sanidad**	**Madrid**
16-06-1950	Sanidad Militar	Jefe de Sanidad Militar del Cuerpo del Ejército I de la Primera Región Militar	**Madrid**
-1940 19-04-1958	**Docencia**	**Cátedra de Higiene de la Facultad de Medicina de la Universidad Central**	**Madrid**
22-02-1941	Sanidad Militar	Comandante Médico en activo por reingreso	Valladolid
1941	Sanidad Militar	Cruz de San Hermenegildo	Madrid
26-06-1941	Sanidad Militar	Coronel Médico (antigüedad)	Madrid
16-03-1943 a 14-04-1958	**Diputado en Cortes**	Asociaciones, Colegios y Cámaras	Madrid
13-10-1948	Sanidad Militar	Inspector Médico de 2ª Clase	Madrid

1949	Sanidad Militar	Cruz de la Real y Militar Orden de San Hermenegildo	Madrid
Enero 1950	Sanidad Militar	Jefe de Servicios de Sanidad de la 4ª Región	Madrid
22-06-1950 a 1951	Sanidad Militar	Inspector Médico de 1ª Clase. Jefe de Servicios de Sanidad de la 1ª Región	Madrid
1952	Sanidad Militar	Cruz de la Orden del Mérito Militar (Distintivo blanco)	Madrid
02-07-1964 a 15-11-1967	**Diputado en Cortes**	**Representante de Reales Academias**	**Madrid**
1953-1969	**Real Academia de Medicina**	**Presidente**	**Madrid**
1951-1955	Sanidad Militar	General de División. Jefe del Cuerpo de Sanidad Militar del Ejército	Madrid
1954	Sanidad	Medalla de la Encomienda	La Habana, Cuba
Abril 1956	Sanidad Militar	Reserva	Madrid
08-11-1973	**Fallecimiento**		**Madrid**
Otros	Creador del Reglamento	Escuela Nacional de Sanidad	Madrid
Otros	Creador	Instituto Nacional de Oncología	Madrid
1925	Creador	Archivos Españoles de Higiene Pública	Madrid
Otros	Subdirector	Revista Gaceta Médica Española	Madrid
Otros	Socio Fundador	Sociedad Española de Escritores Médicos	Madrid
Otros	Vicepresidente	Sociedad Española de Higiene	Madrid
Otros	Representante de España	L´Office International d'Hygiène Publique. Octubre 1946	Paris, Francia
Otros	Representante de España	Organización Mundial de la Salud. 24 de marzo de 1951	Ginebra, Suiza
Otros	Representante de España	Organización Mundial de la Salud. 28 de abril de 1954	Ginebra, Suiza
Otros	Sociedad Española de Higiene	Vicepresidente	Madrid
Otros	Cofundador	Sociedad de Escritores Médicos	Madrid
14-12-1966	Académico de Honor	Real Academia de Medicina	Granada
Otros	Subdirector	Revista "Gaceta Médica Española"	Madrid
Otros	Creador	Ley de Bases de Sanidad 1944	Madrid
Otros	Creador	Ley de Asistencia Psiquiátrica 1955	Madrid
Otros	Miembro Honorario	Consejo Nacional de Sanidad	Madrid

APORTACIONES CIENTÍFICAS Y LITERARIAS DE JOSÉ ALBERTO PALANCA MARTÍNEZ-FORTÚN AL DESARROLLO DE LA SANIDAD PÚBLICA ESPAÑOLA

A continuación realizamos un resumen de todas las publicaciones de José Alberto Palanca desde el comienzo de su vida profesional. La primera publicación científica conocida fue tras la lectura de su Tesis Doctoral, escribió y publicó múltiples ensayos literarios, publicó libros, participó en la publicación de capítulos de libros, prólogos de libros científicos, realizó múltiples conferencias en diferentes entidades políticas, docentes y sanitarias y realizó entrevistas en prensa desde el año 1913.

Este documento recoge todo aquello que José Alberto Palanca publicó desde el comienzo de su vida profesional hasta su última publicación realizada dos años antes de su fallecimiento en el año 1971.

Aportaciones científicas

Tesis Doctoral. La fiebre tifoidea en el ejército, y su profilaxis. 1913 (8).

José Alberto Palanca defendió su Tesis Doctoral, el 28 de junio de 1912 ante el Tribunal formado por los profesores: Dr. Julián Calleja, Dr. Antonio Simonena, Dr. Arturo Redondo, Dr. Emilio Zola y el Dr. Enrique Fernández Sanz. José Alberto Palanca obtuvo la calificación de Sobresaliente con Premio Extraordinario, igual que la calificación que obtuvo en su Licenciatura. Después de leída la Memoria de su Tesis Doctoral, la vacuna anti-tífica, fue adoptada para la prevención de la fiebre tifoidea (FT) en el Ejército español y fue aplicada en todas sus tropas.

La hipótesis sobre la etiología de la fiebre tifoidea estuvo sometida a muchas vicisitudes a lo largo de la Historia de la Medicina, desde las antiguas miasmas y noxas, hasta la concepción que se tenía en el año 1913 del microorganismo causante de la fiebre tifoidea con sus toxinas, esta concepción ha pasado a lo largo de los tiempos por múltiples teo-

rías. El paso decisivo fue sin ninguna duda el que daba mayor importancia a la profilaxis, el tratamiento y la etiología de esa terrible enfermedad; fue el descubrimiento del bacilo tífico, realizado por Eberth en 1888, gracias a él se esclareció la causa de la fiebre tifoidea, lo que marcó una ruta fundamental para perseguir su propagación y erradicación. Desde hace muchos años antes los higienistas militares estuvieron uniendo sus esfuerzos para luchar contra la fiebre tifoidea, ya que esta enfermedad venía causando grandes estragos en los diferentes ejércitos. En la tabla 4 se expresan las cifras tan aterradoras con que las invasiones y muertes, consecuencias directas de la enfermedad, se cebaban en las tropas españolas desde el año 1887, hasta el año 1909, interrumpidas durante los años 1899 a 1902 en que no se presentaron datos (tabla 4, gráficos 1 y 2).

Tabla 4. Distribución de casos de fiebre tifoidea en el Ejército español desde 1887 a 1909; morbosidad y mortalidad por 1.000 habitantes (8).

Años	Tropas	Nº Casos	Casos/ 1.000	Muertes	Mortalidad/ 1.000	Mortalidad General/1.000
1887	95.284	581	6.0	272	2.9	17
1888	93.274	391	4.1	187	2.0	9
1889	86.100	442	5.5	201	2.3	11
1890	79.387	529	7.5	154	19	10
1891	80.968	407	4.9	219	2.7	10
1892	82.014	382	4.7	143	1.4	9
1893	81.268	395	4.8	151	18	8
1894	87.585	610	4.9	149	1.7	8
1895	73.961	575	7.7	155	2.1	10
1896	80.181	1035	12.0	195	2.4	16
1897	83.737	998	1.0	125	1.4	7
1898	114.120	1055	9.2	198	1.7	10
1899-1902	No existieron datos					
1903	96.253	199	2.5	44	0.5	4
1904	85.770	414	4.8	117	1.3	5
1905	79.768	322	3.6	75	0.9	5
1906	78.538	371	4.7	70	0.8	4
1907	81.655	296	2.8	57	0.7	4
1908	79.503	262	3.3	60	0.7	3
1909	81.321	317	3.2	67	0.8	3
TOTAL	**1.620.687**	**9.581**	**5.14**	**2.639**	**1.4**	**153**

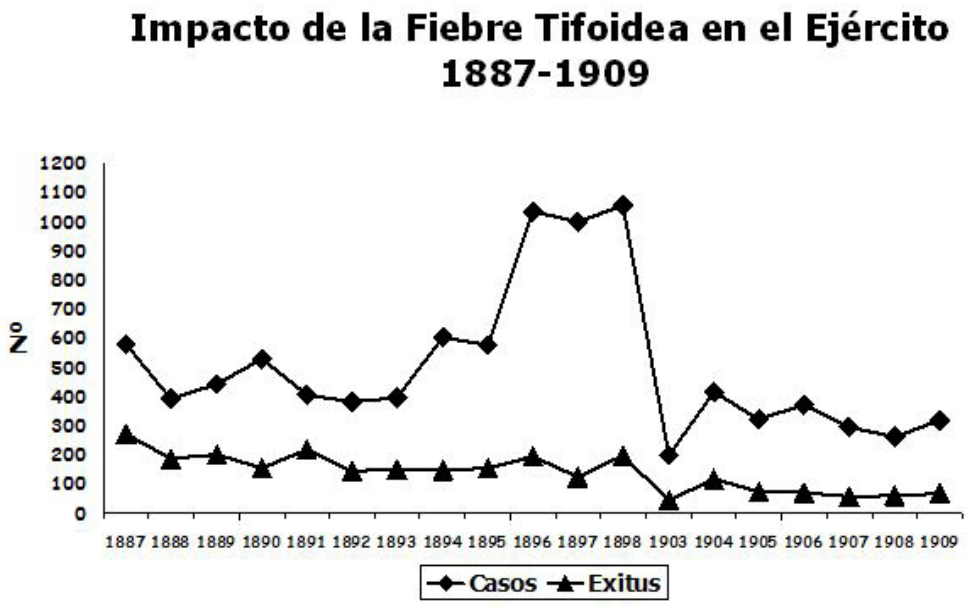


Gráfico 1. Datos de Mortalidad y Morbilidad/1.000 habitantes de fiebre tifoidea en el Ejército español durante los años 1887 a 1909 (8).

Tabla 5. Impacto de la fiebre tifoidea en Invasiones y porcentaje de mortalidad, durante las guerras de Alemania, Rusia, Cuba e Inglaterra en el siglo XIX (8).

	Año	Casos	Fallecimientos
Rusia (Crimea)	1850	24.473	8.900 (36,3%)
Alemania	1870	73.393	6.965 (9,5%)
Inglaterra (Transvaal)	1885	31.181	5.877 (18,8%)
EE.UU (Cuba)	1898	20.738	1.580 (7,6%)
TOTAL	**1850-1898**	**149.785**	**23.322 (15,6%)**

El objetivo de la Tesis Doctoral fue la lucha contra la fiebre tifoidea en el Ejército, basándose para ello en dos grandes pilares:

- Impedir que el microorganismo llegara a ponerse en contacto con el sujeto atacable.
- Fortificar al sujeto para que en caso de ser invadido pudiese luchar activamente contra el microorganismo y vencerle.

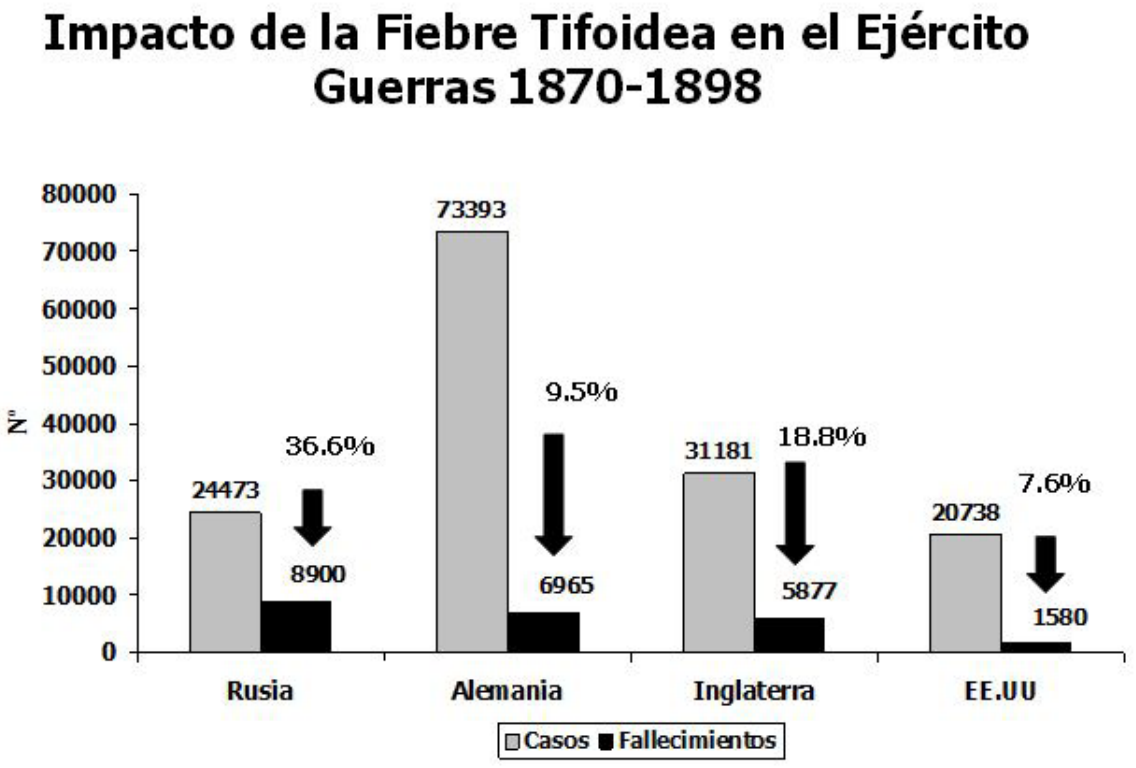


Gráfico 2. Impacto de la fiebre tifoidea en Invasiones y porcentaje de mortalidad, durante las guerras de Alemania, Rusia, Cuba e Inglaterra en el siglo XIX (8).

En la tabla 6 se resumen las medidas y recursos importantes a tener en cuenta para la lucha contra la fiebre tifoidea en el Ejército que Palanca, desarrolló a lo largo de su Tesis Doctoral.

Tabla 6. Medidas para luchar contra la fiebre tifoidea en el Ejército (8).

Medidas utilizadas en la lucha contra el Bacilo de Eberth	
Impidiendo la llegada al organismo	El cuartel higiénico
	Conferencias sanitarias
	Extrañamiento del cuartel durante mucho tiempo de los soldados que hayan padecido la fiebre tifoidea
Fortificando el organismo y confiriéndole inmunidad	Método de vida higiénico
	Vacunación antitífica

Las conclusiones de la investigación fueron las siguientes:

- La fiebre tifoidea era la enfermedad infecciosa que causaba más víctimas en el Ejército.
- Consideraba como indispensable la construcción de cuarteles en los que los soldados no estuvieran hacinados y pudieran disponer de medios para realizar el aseo personal.
- La instalación de filtros en cuarteles, hospitales y demás edificios debería ponerse a la práctica, evitando con esta medida el consumo de agua rica en microorganismos.

- La evacuación de las inmundicias y materias fecales exigía en los edificios militares un cuidado minucioso si no se quería convertir en focos de bacilos de Eberth.
- Era conveniente realizar sesiones formativas en la incorporación de los nuevos reclutas a cargo de los cuerpos médicos con el apoyo de gráficos donde se explicara el origen, los peligros y los medios para evitar la enfermedad de la fiebre tifoidea.
- Los convalecientes de la fiebre tifoidea no deberían jamás incorporarse al cuartel hasta que el examen micrográfico demostrara la ausencia del bacilo tífico en las heces.
- La vacuna antitífica debía considerarse un factor poderoso en la profilaxis de la fiebre tifoidea, lo que no evitaría el uso de las otras medidas que se debían observarse con igual rigor.
- La vacunación antitífica a semejanza de la variolosa, debía ser obligatoria en el Ejército, si no en todo el Ejército español, en las guarniciones de Ceuta, Melilla, Larache y Alcazarquivir y en las que las tropas no pudieran disponer de las suficientes medidas higiénicas que se pudieran desear.

Los progresos de la Clínica: el examen del líquido cefalo-raquideo (LCR) como medio diagnóstico en la meningitis aguda no tuberculosa. 1915 (24).

La meningitis cerebro-espinal primaria, se debía con mucha frecuencia, al meningococo de Weichselbaum, pero Palanca insiste a lo largo de su artículo que no había que olvidar que el estafilococo, el estreptococo piógeno capsulado, el *diplococcus crasus* y muy en especial el pneumococo podían causar procesos meníngeos. Insistía en que había que llegar a un diagnóstico bacteriológico preciso, para que no se siguiera inyectando suero antimeningocócico cuando el microorganismo causante resultaba distinto al descubierto por Weichselbaum, lo que podía causar un trastorno importante al paciente que agravara su estado. En cuanto a las meningitis secundarias, eran con frecuencia pneumocócicas y mas raramente estreptocócicas o estafilocócicas. Poco a poco se fueron conociendo otras localizaciones también relacionadas con el meningococo, como las anginas, otitis, pleuritis y bronconeumonías, algunas de las cuales estaban asociadas a la meningitis, pero otras se presentaban como independientes o como complicaciones derivadas de ella. Desde hacía tiempo se venía considerando a las meningitis meningocócicas, aún sin la utilización de suero, como de las más benignas, ya que la mortalidad era del 77,0% en los niños de menos de un año y de 44,0% en los niños que pasaban de esa edad. Todos los datos que se desprendían del análisis del LCR tenían una gran importancia diagnóstica y pronóstico, y según Palanca aunque alguno de ellos aisladamente no fuera muy demostrativo, de la suma de ellos y de su comparación se obtenían grandes resultados (tabla 7).

Tabla 7. Características de cada uno de los análisis del LCR de los microorganismos causantes de la meningitis (24).

Signos diagnóstico	Características de cada uno de los análisis del LCR de los microorganismos causantes de la meningitis
Probabilidad	Falta de transparencia Leucocitos mononucleares de Flexner Índice de refracción (> de 1,33513 en niños y 1,33528 en adultos) LCR opalinos o ligeramente turbios ➔ Meningococo LCR que presentan grumos amarillos (24h extracción) ➔ Meningococo LCR purulentos, amarillos, grisáceos ➔ Estreptococo, Estafilococo LCR ligeramente amarillo verdoso ➔ Meningococo Análisis histológico; polinucleares intactos ➔ Formas asépticas Predominan los polinucleares averiados ➔ Meningococo Mayoría de polinucleares senescentes ➔ Estreptococo, Estafilococo
Certeza	> de 10 Leucocitos mm^3 Cuando el LCR no fuera estéril
Seguridad	Elementos en cadena ➔ Estreptococo Elementos en racimo ➔ Estafilococo Diplococos en granos de café. Toman el Gram, se cultivan a 20ºC, fermentan la levulosa, precipitación negativa ➔ *Diplococcus crasus* No toman el Gram, se cultivan a 37ºC, medios de cultivos especiales, fermentan la levulosa, precipitación positiva ➔ Meningococo Diplococos capsulados. Toman el Gram, se cultivan muy bien en suero de conejo en 24 h. la cápsula es clara ➔ Pneumococo Toman el Gram, se cultivan muy bien en suero de conejo en 24h y se perciben cadenas de ocho a diez elementos. La cápsula es arrugada ➔ Estreptococo capsulado

Palanca finaliza su artículo confirmando la gravedad de la meningitis, en función de la presunción del pronóstico, según se cumplieran o no las siguientes circunstancias:

a. Si el LCR era extraído por punción precoz, se presentaba muy opaco o purulento.

b. Cuando el análisis citológico descubriera la presencia de un gran número de células mononucleares de Flexner o polinucleares averiados o senescentes de Widal.

c. En los casos en que los leucocitos polinucleares aparecieran brusca y súbitamente.

d. Cuando los microorganismos continuaran multiplicándose en el LCR, colocado en una estufa a 37ºC.

e. Si el índice de refracción se elevara considerablemente sobre las cifras indicadas.

El laboratorio de bacteriología en el año 1915, y estudiando cada caso con interés, podría responder a las tres preguntas del clínico: ¿Existía meningitis?, ¿qué microbio la producía?, y ¿qué consecuencias se podían desprender de su hallazgo para el pronóstico?

A continuación se presenta un comentario de este artículo por parte de Palanca en la Revista de Sanidad Militar el 1 de mayo de 1916: "*El examen del Líquido Cefalo-Raquídeo como medio diagnóstico y pronóstico en la meningitis aguda no tuberculosa*". Ex-profesor auxiliar por oposición de la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela, Médico Primero, jefe del laboratorio de análisis del hospital militar de Madrid. 1916 (25). "*Este artículo trataba de los resultados de un estudio del Laboratorio, que fue premiado en el concurso de artículos de la revista Los Progresos de la Ciencia en el año 1916. De su desarrollo se podían deducir consecuencias clínicas de mucha importancia, resultados de investigaciones y a la vez que el autor redacta una serie de consejos muy útiles para la realización de exámenes del LCR en el laboratorio. Entre las reacciones biológicas importantes que el autor resalta en este artículo, destaca la precipito-reacción, muy importante*

para el diagnóstico químico de la meningitis. En sus conclusiones puntualiza los distintos microorganismos productores del proceso meningítico. El meningococo de Weichselbaun era el que con mayor frecuencia se presentaba como el responsable del proceso. Finalmente en los casos en que el pronóstico era grave en función de distintas circunstancias, Palanca fijaba su sentido práctico como resultado de sus investigaciones y de su experiencia personal (25)".

Sobre algunas alteraciones microscópicas de los ganglios sensitivos de la sífilis. 1917 (26).
Palanca resume al final de este artículo, una serie de conclusiones desarrolladas en el mismo donde se demostraba que los ganglios sensitivos sufrían alteraciones muy notables en el desarrollo de las enfermedades infecciosas, aunque los enfermos estuvieran aparentemente bien –como era el segundo caso que presentaba-. Presenta como un hecho notable que a los distintos estímulos patológicos respondiera siempre el ganglio con variantes en su reacción, esto explicaba las dudas en el diagnóstico histológico de la rabia y la tendencia de aquellos momentos a buscar el signo de Cajal, la hipertrofia neurofibrilar, que parecía que se presentaba de forma más constante y que solo se encontraba en aquella enfermedad.

El diagnóstico del paludismo en el laboratorio. 1917 (27).
El paludismo era una epidemia que azotaba constantemente a las provincias españolas y nada era tan desconocido entonces como el diagnóstico exacto de la enfermedad debida al Hemozotoario de Laverán.

La importancia de un diagnóstico exacto. Palanca se refiere en este apartado a dos aspectos del diagnóstico del paludismo; las investigaciones de Lafora y Fernández Sanz en 1916, sobre las complicaciones nerviosas, generalmente tardías que se presentaban en el paludismo, mal conocidas y como consecuencia estas estaban mal tratadas y las investigaciones de García Arias también en 1916, afirmando la frecuencia de ataque de la malaria en el puerperio.

El examen de la sangre de los palúdicos. La ausencia del Hematozoario en la sangre periférica, no significaba que el organismo estuviera libre de aquél huésped. Las oscilaciones de la curva térmica en la malaria dependían de la evolución biológica del parásito, de la intensidad de la enfermedad, de su virulencia y de su número (Billet). El secreto del éxito estribaba en actuar cuando mayor número de microorganismos pudieran encontrarse, para ello había que guiarse de las tres características del acceso palúdico: escalofrío, fiebre y sudor.

- Terciana: el parásito empezaba a segmentarse desde que comenzaba el escalofrío hasta que la fiebre alcanzaba su mayor altura; cuando comenzaba el descenso de la fiebre sólo se encontraban formas jóvenes, que predominaban por espacio de diez horas, para transformarse posteriormente en formas gregaríneas hacia las 24h. Entre las 24h y las 30h, cesaban los movimientos ameboides comenzaba el proceso esquizogónico que avanzaba hasta llegar a todo su auge a las 48h, coincidiendo con la aparición de un nuevo episodio de escalofrío. Este era el momento de encontrar el parásito, por varias razones; por su abundancia, por su gran talla y por la coexistencia de los gametos, difíciles de confundir.
- Cuartana: según Gilbert y Weinger (1913)

- Esquizogonia completa en pleno escalofrío.
- Período anular durante la tarde y noche del primer día.
- Período cuadrilátero durante la mayor parte del tercer día.
- Período de esquizogonia al final del tercer día, para finalizar con el período rosáceo a las 72h del escalofrío y coincidiendo con el nuevo acceso.

El autor finaliza este apartado diciendo, que jamás podía negarse la existencia de paludismo por el examen de una sola preparación de sangre; ni siquiera tras la atenta observación de muchas de ellas podía excluirse totalmente la probabilidad de su existencia sin una punción del bazo.

Lugar apropiado para realizar la extracción de sangre. Para llegar a un mejor diagnóstico, era preferible realizar la extracción de sangre de las venas de la flexura del codo con una técnica de rigor y dejar caer una gota de sangre sobre un porta-objetos.

Examen de sangre fresca. Para el diagnóstico del laboratorio, se recurría al microscopio ordinario con un objetivo fuerte y un ocular débil. Con un porta-objetos bien limpio y desengrasado, se tocaba ligeramente la gota de sangre que asomaba por el lugar de la punción y se colocaba en el centro del porta-objetos y se tapaba con un cubre-objetos suavemente sin ejercer presión. Las coloraciones no daban buen resultado, se utilizaban gotas de suero artificial ligeramente teñido con azul de metileno. A lo largo de este apartado se detallan las diferentes formas de preparaciones con las que se podían observar al parásito en el laboratorio.

El diagnóstico del hematozoario en sus variadas fases de desarrollo. El agente productor de la malaria fue descubierto por Laverán en 1880 y fue confirmado más tarde por Celli y Marchiafava; se creía que los parásitos eran transportados por corrientes de aire, aunque también se atribuía a la propagación de la enfermedad a las aguas estancadas un importante papel.

En 1894 se comenzó a entrever la trascendencia de la propagación y transformaciones del hematozoario y en esta fecha Manson expresó su opinión de la propagación del mosquito, lo que hizo emprender a Ross en 1899 en el Instituto Pasteur sus estudios demostrativos de que en la India, protozoos muy parecidos a los del paludismo eran transmitidos por los mosquitos. Manson desde Roma envió a Londres unos anófeles infectados, a los que hizo picar a una persona en la que días más tarde se encontraron fenómenos palúdicos iguales a los de las especie del hematozoario infectado.

Los hematozoarios del paludismo pertenecían al género *Plasmodium*, de la clase de los esporozoos, caracterizados por multiplicación asexuada realizada en el seno de los hematíes humanos, por crecimiento y división de un núcleo de origen.

Al dar a conocer Laverán su descubrimiento del agente productor de la malaria, creyó que ni la clínica, ni la anatomía patológica, ni el parásito por él descubierto, le autorizaban para separarse en tres especies y se admitieron tres variedades dentro de la misma especie a la que denominó Hemameba malaria y a sus tres variedades Parva, Magna y Cuartana. En la tabla 8 Palanca resume las tres especies atendiendo a la estructura de los hematíes, a la forma de los esquizoontes, a la forma de verificarse la esquizogoma y a la forma de los gametos.

Tabla 8. Características de las diferentes especies de Plasmodium en función de su estructura y forma de invasión (27).

	Características	*Plasmodium*
Tamaño de la estructura de los hematíes	Aumentados de volumen, pálidos y con granulaciones pequeñas	*P.vivax*
	De tamaño natural sin granulaciones y más obscuros	*P.malariae*
	De tamaño natural con gruesas granulaciones	*P.falciparum*
Forma de los esquizontes	Redondos y más gruesas que un hematíe normal	*P.vivax*
	Cuadriláteros y más pequeños que un hematíe normal	*P.malariae*
	Redondos y del tamaño de un hematíe normal	*P.falciparum*
Forma de verificarse la esquizogoma	Formas frecuentes en la sangre periférica, segmentación en calota; 15-29 merozoitos	*P.vivax*
	Formas frecuentes en la sangre periférica, segmentación en rosas; 6-12 merozoitos	*P.malariae*
	Formas raras en la sangre periférica, frecuentes en bazo, segmentación irregular	*P.falciparum*
Forma de los gametos	Redondeados	*P.vivax* y *P.malariae*
	En forma de media luna	*P.falciparum*
Cultivo fuera del organismo humano	Se cultivó	*P.vivax* y *P.falciparum*
	No se logró cultivar	*P.malariae*

La punción del bazo. Cuando fracasaba el diagnóstico mediante la extracción de la sangre periférica, la punción del bazo constituía el medio más seguro de cuantos se disponían para el diagnóstico del paludismo; solo este tipo de punción podía resolver el problema. La punción podía conllevar dos peligros relacionados; la infección y la hemorragia, por el estado hipertrófico y congestivo en que se encontraba dicho órgano. El instrumental necesario era, una jeringa de cristal de uno o dos centímetros con una aguja fina de platino o de acero nueva perfectamente esterilizada. Primeramente el paciente era perfectamente explorado delimitando los márgenes del bazo, marcando la situación y contornos en la piel del mismo. Si el bazo no estaba aumentado de volumen no se realizaba la punción y esta se hacía siempre tras impregnar la piel con tintura de yodo. En cuanto a la punción del hígado, estaba abandonada por los accidentes a los que daba origen.

La orina y el líquido céfalo-raquídeo en los palúdicos. Hubo varias tentativas de caracterizar el pigmento palúdico en la orina, pero parece que no tuvieron trascendencia en el diagnóstico de la malaria. El LCR no se encontraba jamás el hematozoario, a no ser que lo hubiera mezclado con sangre. Las alteraciones más importantes de mención eran: aumento de presión del LCR leucocitosis enérgica y ligero aumento de albúmina.

Los cultivos del hematozoario. La técnica de obtención de cultivos era muy delicada y bastaba cualquier error para que los parásitos murieran y se estropeara el cultivo. La sangre se tenía que obtener a través de la flexura por medio de una delgada aguja de platino (las agujas metálicas causaban la muerte del parásito), la succión de la sangre tenía que ser extremadamente lenta y la cantidad de sangre era de 10 cc que se colocaba en un tubo de ensayo y se procedía con sumo cuidado a la desfibrinación con una varilla de vidrio moviéndose muy despacio. Posteriormente se introducía en una estufa a 38ºC. Todos los parásitos que se encontraban coloca-

dos en las capas inferiores de los hematíes, morían en pocas horas, pero aquellos que se encontraban en la superficie que contactaban con el suero, se desarrollaban como en un organismo invadido, se recogían con una pipeta estéril para acceder a su coloración y se procedía a su posterior a su estudio en fresco.

Hasta aquel momento solo pudieron cultivarse *Plasmodium vivax* o *Plasmodium falciparum*, mientras que el resto de las tentativas de cultivar *Plasmodium malariae* sufrieron un tremendo fracaso.

Algunas consideraciones bacteriológicas sobre la bronco-pneumonía gripal. 1918 (28). La frecuencia con que el bacilo de Pfeiffer estaba ausente en los pacientes que sufrieron la epidemia de gripe de 1918, era un hecho confirmado. Esto se pudo corroborar tanto en España como en el extranjero. A lo largo de este artículo se deja de lado todo lo referido a la enfermedad gripal en sus formas sencillas y el autor se centra únicamente en la bronco-neumonía gripal o lo que Piga llamó "*Gripe Complicada*", en aquellos casos en los que ocurrían fenómenos de localización pulmonar tras varios días de padecimiento de fiebre gripal. Este cuadro no solo estaba relacionado con la etiología sino con el pronóstico, lo que suponía una gravedad extrema de curso rapidísimo, ante los cuales se estrellaron con mucha frecuencia muchos recursos terapéuticos que en aquel tiempo se suponían muy eficaces.

En septiembre de 1918 aparecieron en el hospital 600 casos de gripe y se lamentaron 100 casos de muertes (16,6%), de estos pacientes fallecidos se llegaron a practicar más de 30 autopsias (30,0%). En los casos en los que la clínica no logró la localización pulmonar, casi siempre las lesiones se reducían a grandes congestiones pulmonares y focos bronco-pneumónicos muy extensos con tendencia a condensación en bases pulmonares. En este artículo se refiere a 25 casos muy puros, utilizando frotis del exudado obtenido por incisión del pulmón y cultivos efectuados de los focos flegmásicos, omitiendo los microorganismos cadavéricos y encontrando los siguientes microorganismos: 13 Estreptococos y Pneumococos asociados (52%), 8 Estreptococos (32%), 3 Pneumococos (12%) y 1 Estreptococos y Bacilo de Pfeiffer (4%). En una de las autopsias no se encontraron fenómenos inflamatorios pulmonares, pero sí una gran congestión de la tráquea y bronquios con exudado muco-purulento abundante con predominación de bacilo de Pfeiffer asociado a cadenas de cocos y escasos bacilos pseudo-diftéricos. La flora mixta era abundantísima. En la figura 10 se reproduce una del verdadero bacilo de Pfeiffer que además exigía para ser cultivado medios ricos en hemoglobina y otra de un microorganismo del tipo del cocobacilo para que se puedan apreciar las diferencias que lo separaban del bacilo de Pfeiffer y que lo aproximaban al estreptococo mucoso.

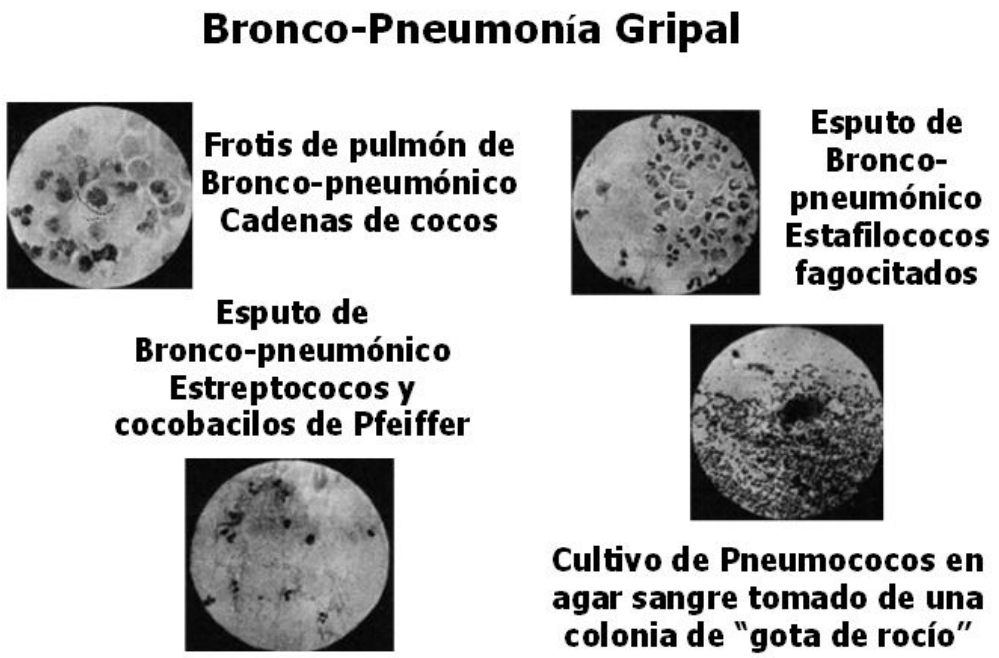


Figura 10. Bacilos responsables de la bronco-pneumonía Gripal (28).

En cuanto a las colonias de pneumococos, también fueron comparadas con "*Gotas de rocío*", que solo se diferenciaban de las del bacilo de Pfeiffer por ser algo mayores y más elásticas. Todos estos microorganismos que formaban parte del proceso persistían en los esputos hasta mucho tiempo después de finalizada la enfermedad y muchos de los pacientes quedaron con inflamaciones subagudas del pulmón, muchas de ellas francamente tuberculosas. Terminado el proceso los enfermos quedaron expuestos a complicaciones como pleuresías, meningitis, otitis etc.

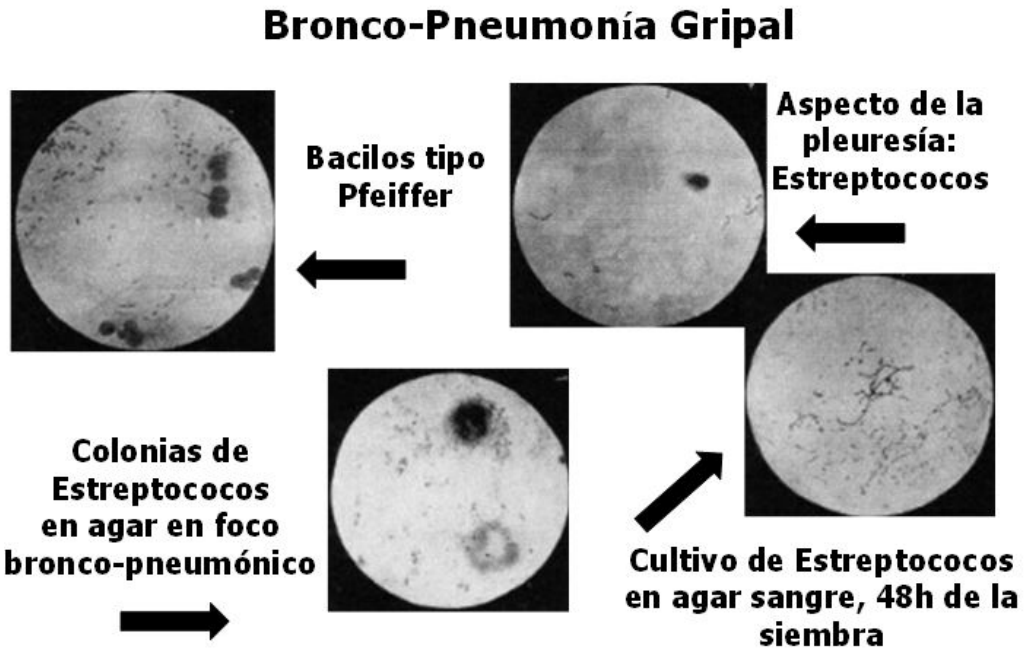


Figura 11. Microorganismos cultivados en frotis de pacientes con complicaciones derivadas de la bronco-pneumonía Gripal (28).

Con los datos presentados a lo largo de este artículo, el autor llega a las siguientes conclusiones:

- El bacilo de Pfeiffer no existía con la frecuencia con la que se imaginaba si efectivamente hubiera sido el causante primero del proceso gripal. Existía una gran dificultad de encontrar dicho microorganismo en las autopsias.
- La única causa de no encontrar el bacilo de Pfeiffer fue sencillamente que en la mayoría de los casos, el microorganismo no existió, ni en un principio, ni al final del proceso.
- Este microorganismo se limitaba a producir enormes congestiones, pero en cuanto el proceso llegaba a la supuración, el cocobacilo desaparecía. A juicio de estos bacteriólogos no era este bacilo el que lo provocaba, sino que estaba tan necesitado de hemoglobina y en ellas encontraba unas condiciones magníficas para su multiplicación.
- El bacilo de Pfeiffer no tenía un marcado poder piógeno, pero en algunas condiciones podía dar lugar a supuraciones y así se describieron pleuresías y meningitis relacionadas con él.
- Lo que ocurrió con la epidemia del año 1918 fue que el agente productor de la gripe, fue el causante de la enorme difusión, pero los responsables de las muertes fueron los microorganismos asociados.
- Mientras que no se conociera con certeza el origen real del microorganismo causante de la gripe, era muy lógica la vacunación preventiva por medio de los microbios asociados, los procesos gripales desaparecerían en el momento en que existiera un medio que confiriera cierta inmunidad contra esta enfermedad.

A propósito de la epidemia actual. 1918 (29).

En los primeros días del mes de octubre de 1918, se presentaron de nuevo episodios gripales en algunos soldados de la guarnición donde estaba destinado Palanca, esta enfermedad por su gran difusión y el grave cortejo de síntomas que la acompañaba, preocupó al equipo de médicos del hospital de Madrid. Cuando se iniciaron los primeros casos, se pensó que el causante de la enfermedad era el tifus exantemático. El objetivo de este trabajo fue exponer los resultados de los estudios que se realizaron tanto en el laboratorio como en la realización de las autopsias de los enfermos afectados. Se confirmó que el laboratorio era un servicio auxiliar importantísimo de la clínica, pero que si se deseaba hacer rendir al laboratorio su máximo de utilidad, era indispensable apoyarlo de datos clínicos, para ello era imprescindible que hubiera médicos en el laboratorio y no olvidar que los enfermos y los cadáveres, a veces enseñaban más que los microscopios y las reacciones.

- Examen morfológico de la sangre. El examen presentaba una ligera polinucleosis neutrófila; los núcleos de los leucocitos de los leucocitos polinucleares mostraban una estructura normal.

- Examen de los esputos. Los pacientes presentaban una expectoración abundante. En el microscopio se podía observar una flora abundantísima en la que predominaban *micrococcus catarralis*, pneumococos y estreptococos; alguna vez y en menos abundancia se encontraba el bacilo de Pfeiffer.

- Hemocultivos. Nunca se pudieron aislar microorganismos patógenos en el cultivo de la sangre, aún cuando esta fue extraída en condiciones asépticas perfectas.

- Aglutinaciones. Generalmente se realizaron aglutinaciones tanto para el bacilo tífico, como para el paratífico, en enfermos con ocho o diez días de evolución de su enfermedad y los resultados fueron siempre negativos.

- Inoculaciones. Se realizó una inyección por vía intraperitoneal de inoculación a un conejillo de Indias, utilizando sangre desfibrinada de un enfermo grave y el animal no presentó alteraciones posteriores. Se inyectaron con esputos cuatro ratas y tres murieron (75%) y se pudo comprobar que sufrieron una infección pneumocócica.

- Autopsias. Se practicaron 15 autopsias que fueron presenciadas por médicos del hospital de Carabanchel y un grupo de Médicos civiles. Los resultados fueron los siguientes: gran congestión de las meninges sin lesión cerebral, solo en un caso había exudado purulento bajo las meninges (6,66%) con diplococos Gram negativos que se pudieron llegar a cultivar. Los cadáveres presentaban una intensa congestión, a veces hemorrágica de la tráquea y gruesos bronquios, lesiones pulmonares constantes, inflamatorias y congestivas, limitadas a la base de uno o de ambos pulmones, adherencias pleurales, exudado pleural, ligera hipertrofia cardíaca y extensa pericarditis. Los alveolos pulmonares estaban llenos de exudado fibrinoso, células epiteliales tumefactas, leucocitos y glóbulo de pus. El aparato digestivo solía estar íntegro, muy frecuentemente presentaban congestión del páncreas, congestión renal y frecuente infarto de los ganglios linfáticos del cuello.

En el comienzo de la epidemia cuando se sospechaba la enfermedad, solo había dos medios de laboratorio que permitían diagnosticar la enfermedad. Uno de ellos era la fijación del complemento, que no se pudo realizar por que se carecía de antígeno conveniente. El otro método era la inyección de sangre desfibrinada en la cavidad peritoneal de un conejillo de Indias, este método se realizó en el Instituto de Higiene Militar y no se produjo ninguna alteración en el animal. La clínica y el laboratorio iban en un orden paralelo, negando así la existencia de una epidemia de tifus exantemático.

En los casos que se estudiaron se barajó la posibilidad de que estuvieran de nuevo ante una epidemia de Gripe, pero solo alguna vez se descubrió el bacilo de Pfeiffer y en los casos más graves era más raro que en los leves. Les parecía que el bacilo de Pfeiffer podría ser el causante de la difusión de la enfermedad, pero de ninguna manera de la gravedad de las formas hipertóxicas. Se llegó a la conclusión de que la enfermedad que trataban de averiguar, era una pleuro-pneumonía, quizás provocada por el bacilo de Pfeiffer, pero agravada por la asociación de pneumococos y estreptococos, dotados de una virulencia tal, que más de una bronconeumonía, se trataba de una septicemia con localizaciones pulmonares extensas.

Palanca explicaba de la forma siguiente las causas de aparición de esta enfermedad; tras incorporarse a filas los soldados excedentes de cupo, que casi ninguno de ellos había sufrido los efectos de la anterior epidemia gripal, estos fueron infectados por microorganismos muy difíciles de erradicar de las grandes poblaciones, que quedaban como residuo de la epidemia pasada en el mes de mayo anterior. Es por ello que los primeros casos ocurrieron diez días después de la llegada de los nuevos soldados. Quizás el cambio de régimen de vida y la depauperación que algunos de los soldados presentaban fueron las causas de las graves complicaciones pneumónicas que presentaron. Los soldados veteranos, inmunizados por la pasada epidemia o inmunes naturales, escaparon de esta nueva enfermedad.

El papel del bacilo de Pfeiffer en la Gripe. 1918 (30).

Este interesante artículo analiza el papel del bacilo de Pfeiffer en la epidemia gripe que asoló España durante el año 1918. En la epidemia gripal de 1890 Pfeiffer, cuando se estudiaron los esputos de los enfermos afectados de gripe, descubrió un cocobacilo muy delgado, que no se teñía con el Gram. Este bacilo solo se cultivaba en medios ricos en hemoglobina y su desarrollo era a 37ºC de temperatura. Pfeiffer creyó que era el microorganismo causante de la gripe. Poco tiempo después de esta afirmación comenzaron las dudas sobre la especificidad de este cocobacilo en la gripe, dudas fundadas en cuatro órdenes de hechos:

- Existencia del bacilo de Pfeiffer como saprofito. Este cocobacilo se encontró en el moco laríngeo de sujetos completamente sanos y también en los esputos de los enfermos tuberculosos cavitarios que no habían sufrido invasiones anteriores de esta enfermedad.

- Existencia del bacilo de Pfeiffer en afecciones no gripales. Se encontró el cocobacilo en casi todas las afecciones del aparato respiratorio: bronquitis, pleuresías purulentas, meningitis y osteoperiostitis, bronconeumonías infantiles, tos-ferina, varicela, sarampión y tuberculosis pulmonar.

- Ausencia del bacilo de Pfeiffer en algunas epidemias gripales. En la epidemia de gripe del año 1904, se estudiaron los esputos de los pacientes y ni por el examen microscópico, ni con los medios de cultivo apropiados, se consiguió descubrirlo. En la epidemia del mes de mayo de 1918, el cocobacilo fue encontrado por Falcó y por la Comisión del Instituto de Higiene Militar, pero en cambio no fue encontrado por otros bacteriólogos ilustres. Mientras unos pensaban que el bacilo de Pfeiffer era el causante de la epidemia, otros se lo achacaban al estreptococo o, a otras causas.

- Hechos difíciles de interpretar, suponiendo la especificidad del bacilo de Pfeiffer. El cocobacilo jamás se encontró en cultivo puro, siempre iba acompañado de una pléyade de microorganismos que iban con él: saprofitos de las vías respiratorias, estreptococos, estafilococos, pneumococos, catarralis etc. Para los bacteriólogos autores de este estudio, esta epidemia era gripal desde el punto de vista de la clínica, como fue la del mes de mayo anterior y la del año 1890. En ningún momento se refieren a que el causante fuera el cocobacilo de Pfeiffer. Para que un microorganismo se le pudiera imputar de ser el causante de una enfermedad, tenía que cumplirse alguna de las siguientes condiciones:

- su carácter constante en los atacados.
- su ausencia en otros procesos.
- facultad de reproducir la enfermedad en un cultivo puro.
- propiedad de ser aglutinado por suero de un convaleciente del proceso y propiedad de fijar el complemento.

Durante la epidemia de la gripe de 1918 cada investigador describió un microorganismo diferente, así unos lo atribuían a pneumococos, otros a estreptococos etc. Los mismos investigadores defensores de la especificidad del bacilo de Pfeiffer, redactaron sus informes de forma muy ambigua, como si no hubieran estado muy seguros de sus afirmaciones y preparando el terreno para unas posibles rectificaciones posteriores. Igualmente el papel patógeno tampoco era unánime y así bacteriólogos muy ilustres de la época ponían en duda su especificidad.

En este artículo se trataba de demostrar que no había unanimidad de pareceres en la cuestión de la etiología de la gripe y que había que continuar estudiando este problema que distaba mucho de estar resuelto.

En los casos de pacientes graves raramente se encontraba el bacilo de Pfeiffer, tras la realización de 20 autopsias, solo en 1 paciente (5,0%) que presentaba una intensa congestión traqueobronquial, con gran exudado se encontró el bacilo. Solo en una ocasión se pudo cultivar en sangre el bacilo de Pfeiffer en caldo. Realizando cortes finos en pulmón, hígado y bazo, se vieron bacilos en abundancia.

Palanca se realiza la siguiente pregunta: "*¿Qué papel tiene, pues el bacilo de Pfeiffer en la producción de la gripe*?". Responde diciendo, que la "Gripe clínica", era un conjunto de formas diversas de diverso origen. No se podía admitir la especificidad del bacilo de Pfeiffer, ya que había muchos otros microbios que podían reproducir el mismo cuadro clínico al igual que las septicemias podían producirse por diferentes microorganismos. Habría "gripes clínicas", generadas por el bacilo de Pfeiffer, pero las habría también generadas por el pneumococo, el catarralis etc. Lo que no se negaba era que el bacilo de Pfeiffer desempeñaba una gran importancia en el desarrollo de las enfermedades de la mucosa del aparato respiratorio y que en ella podía provocar desórdenes graves e incluso llegar a producir congestiones intensas, lo que podía servir de mediadores para que otros microorganismos como el estreptococo, encontrasen un excelente medio de cultivo. Un caso análogo ocurría con la asociación del bacilo diftérico y el estreptococo lo que podía llegar a provocar una angina maligna.

De todos modos se concluía, que la mortalidad de la gripe venía a oscilar entre el 2 y el 10% de los afectados; por debajo del cólera, por ejemplo, que registraba la muerte del 20 a 40% de los enfermos. Sin embargo, por una cuestión estadística, si el número de afectados era muy aumentado, como pasaba en aquellos momentos, un índice bajo de mortalidad, suponía también una cantidad insoportable de fallecimientos. Se caminaba así a lo largo de ese álgido mes de octubre, hacia la cifra final de muertos, calculada en unos 250.000 pacientes en España a lo largo de toda la epidemia.

Tres casos interesantes de meningitis. (Gripal, meningocócica y piociánica). 1919 (31). En este artículo resume Palanca tres tipos de pacientes con diagnóstico de meningitis, que comparten alguna característica que le llamó la atención en 1919 (figura 12).

- Meningitis por pneumococo en un varón de 22 años que presentaba bronconeumonía gripal.
- Meningitis por meningococo en un varón de 22 años que presentaba infección intestinal y lengua negra.
- Meningitis por bacilo pioceánico relacionada con una otitis media supurada.

Los tres casos tenían en común la punción del LCR obtenida por punción lumbar fue clara. En los tres casos el volumen de albúmina era superior a un gramo por litro y existía una linfocitosis de importancia.

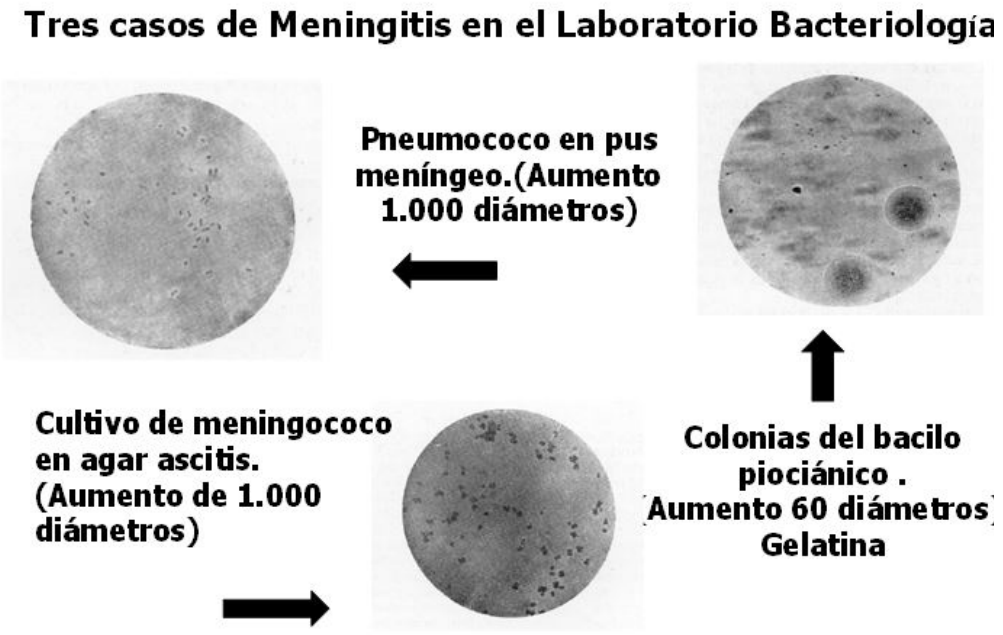


Figura 12. Los tres tipos de bacilos y cultivos que se presenta en su artículo Meningitis en el Laboratorio de Bacteriología (31).

La última consideración a la que se refiere es a la puerta de entrada de los microorganismos. En el primer caso fue a través de la sangre desde los focos bronco-pneumónicos hasta las meninges. No había duda de la vía del acceso a las meninges desde el oído, pero parece que había opiniones divididas y merece la pena leer a fondo el artículo para comprobar las distintas teorías que había en los años veinte del siglo XX acerca de las vías de acceso y las discusiones en cuanto a las causas de las meningitis.

El 1 de mayo de 1920 en la Revista de Sanidad Militar, se declaró en la Sección de Bibliografía, una reseña con los tres casos de meningitis, que posteriormente se publicaron en la revista anteriormente citada. En esta publicación se comenta la descripción del autor de este artículo de los tres casos de meningitis –gripal, meningocócica y piociánica-, en los cuales el LCR obtenido mediante punción lumbar era claro; en los tres casos se pudo observar un exceso de albúmina y una considerable linfocitosis; en las autopsias se pudieron apreciar lesiones locales características del proceso inflamatorio de las meninges. El autor comenta el valor de las asociaciones del piociánico (32).

Sobre un caso de angiocolitis supurada. 1919 (33).

Palanca escribe este artículo para demostrar como la realización de autopsias resolvía ciertos diagnósticos que se presentaban oscuros para los médicos clínicos. Al autor le parecía que era necesario realizar prácticas de enseñanza más exhaustivas.

La realización de la autopsia confirmó el diagnóstico clínico de angiocolitis supurada y clarificaba el proceso en un paciente que había presentado la enfermedad desde sus comienzos. Concluye con las siguientes anotaciones:

a. El enfermo palúdico en su comienzo y que había logrado superar su enfermedad, tuvo secuelas hepáticas evidentes: hepatitis congestivo-hiperplásica, con una reacción conjuntiva inicial, que lentamente evolucionó hacia cirrosis lo que le produjo la muerte.

b. El colibacilo y el *Proteus vulgaris*, que se encontraron en el intestino, tras atravesar varias localizaciones anatómicas, finalmente provocaron abscesos en las inmediaciones.

c. Una vez más se manifestaba la clásica separación entre microorganismos patógenos y saprofitos. En el caso que se presenta el colibacilo y el *Proteus vulgaris* -inofensivos normalmente-, en este caso estos microorganismos pasaron a ser los productores de la enfermedad aprovechando que el paciente tenía un órgano alterado por un antiguo paludismo.

La fiebre sifilítica. 1919 (34).

Cuando un proceso febril se prolongaba sin que existiera un diagnóstico clínico determinante, se acudía al laboratorio solicitando la extracción de hemocultivos o de las reacciones de aglutinación como apoyo al diagnóstico. Era muy frecuente que estas determinaciones fueran negativas, por ello era necesario en caso de fallecimiento del enfermo recurrir a realizar la autopsia en muchos casos para poder llegar a un diagnóstico certero. Muchas veces las técnicas de laboratorio tenían un marcado error, lo que hacían que el diagnóstico fuera difícil.

En este caso el objetivo del autor era llamar la atención sobre la frecuencia con que en los enfermos sifilíticos antiguos se presentaba una fiebre prolongada –en ocasiones con una duración de varios meses-, que era el único síntoma visible de la enfermedad. En este artículo se presentaban dos casos de cooperación diagnóstica de la clínica y el laboratorio.

a. Primer caso. Paciente trabajador como funcionario en oficinas militares, que padecía desde hacía varios meses un proceso febril de más de 38ºC, con escalofríos y sudoración previos a los periodos febriles. Presentaba alopecia, temblor en las manos y gingivitis. Ingresó en el hospital con diagnóstico de fiebre de Malta. Las pruebas de laboratorio fueron; Reacción de Wassermann positiva. El tratamiento médico consistió en Inyecciones de Arsenobenzol y el paciente obtuvo como resultado la curación.

b. Segundo caso. Paciente oficial de ingenieros, que padecía fiebre de cuatro meses de evolución por las tardes de 39ºC con sudoración. Las pruebas de laboratorio obtenidas fueron; linfocitosis, hemocultivos negativos, ligera aglutinación (1/10) y reacción de Wassermann positiva. El tratamiento médico consistió en una inyección de Salvarsán y el resultado fue la curación del paciente.

Conclusiones. En estos dos casos la clínica y el laboratorio fueron acordes. Palanca afirmaba que los datos clínicos debían ir unidos siempre a los resultados del laboratorio para poder llegar a un diagnóstico lo más certero posible.

Sobre el diagnóstico de la Parálisis General. 1920 (35).

Palanca se refiere en este artículo a intervención del laboratorio de análisis clínicos en el diagnóstico de los enfermos de las salas de pacientes infecciosos. La rapidez de los tratamientos tenía que estar precedida de diagnósticos precoces y muy seguros. Pensaba que una buena organización lejos de aumentar los gastos del Estado, suponía siempre una mejora en el terreno económico.

El objetivo de esta publicación era poner de manifiesto la forma en que intervenía el laboratorio en el diagnóstico de los enfermos como orientadores de los médicos clínicos en supuestos de sífilis cerebro-espinal, de tabes dorsal o de parálisis general. Casi todos los enfermos pertenecían a la sala de enfermedades nerviosas.

La reacción de fijación del complemento era positiva casi constantemente en el suero de los enfermos paralíticos generales y, no tanto en el resto de las posibilidades de presentación de la enfermedad. Se buscaron unos cuantos signos en el LCR que permitiera un diagnóstico seguro y precoz; se estudiaron distintas variaciones de la composición química del líquido extraído a través de punción lumbar y se concedió un gran valor a la determinación de: albúmina, glucosa, urea etc. Palanca y sus colaboradores estudiaron en el LCR las siguientes propiedades:

a. Reacción de fijación del complemento. La reacción de complemento era más sensible en el LCR que en la sangre. Cuando la reacción de complemento era positiva en el LCR y negativa en la sangre, indicaba permeabilidad anormal de las meninges. La técnica utilizada era la misma en ambas muestras.

b. Globulinas. La presencia de globulinas en el LCR estaba íntimamente ligada con los anticuerpos sifilíticos, cuando estas no aparecían la reacción de complemento siempre era negativa. El método empleado era Nonne Appelt (2cc de LCR más 2cc de reactivo). El reactivo era fácil de preparar; 85 gr de sulfato amónico puro y neutro disueltos en 100cc de agua destilada, después se hervía, se filtraba y se dejaba enfriar.

c. Numeración de células. Tenía un valor análogo a la presencia de globulinas, su valor indicaba la participación meníngea en el proceso. El método utilizado en el análisis del LCR y preferible era la Célula de Nageotte. Se conocía el número de linfocitos centrifugando el LCR, recogiendo y coloreando el sedimento. Se utilizaba la cámara cuenta glóbulos de Thomas Zeiss. El límite establecido como parámetro normal era de $3/m^3$.

d. Reacciones coloidales. Reacción de Lange.

a. Fundamento de la reacción. Los coloides metálicos precipitaban cuando se ponían en contacto con los electrolitos; algunas albúminas presentes en el LCR normal impedían la precipitación mientras que otras albúminas que abundaban en los enfermos sifilíticos -deuteroalbumosas- favorecían la precipitación. Si se utilizaba oro como coloide se originaban diversas tonalidades de colores que iban desde el rojo hasta el incoloro, pasando por rojo azulado, violeta y azul pálido.

b. Preparación de oro coloidal. Esta preparación tenía dificultades. El autor presenta todo tipo de detalles y como se procedía a la preparación de esta técnica.

c. Lectura de resultados. La reacción era muy rápida y se podía leer inmediatamente después de realizarla, pero lo más seguro era esperar 12-24h. Se trataba de la realización de unas curvas en función de la decoloración de la reacción de Lange.

Tabla 9. Parámetros de laboratorio de análisis del LCR que ayudaban al diagnóstico de sífilis a los médicos clínicos en las diferentes formas de presentación de la enfermedad (35).

	LCR normal	Cerebro espinal	Tabes	Parálisis general
Reacción complemento	-	+	+	+
Cantidad de LCR		0,3 cc	0,3 cc	0,2 cc
Sangre	-	-	-	+
LCR	-	+	+	+
Globulinas	-	+	+	+
Numeración células	3/mm^3	10/mm^3	10/mm^3	10/mm^3
Reacciones coloidales	Rojo vivo	violáceo	Decoloración incompleta	Azul pálido y rojizo

Conclusiones. La reacción de Lange producía en la parálisis general una curva típica, que variaba ligeramente según el periodo en que el paciente se encontraba y esta era modificada claramente por el tratamiento a que se sometía el enfermo. En el caso de la sífilis cerebro-espinal primero y en la tabes después, la reacción de Lange era mucho menos típica y no ayudaba significativamente en el diagnóstico. Por último en las meningitis agudas y crónicas la reacción de Lange no ofrecía ningún interés en aquella época.

Los datos obtenidos a partir de veinte muestras de pacientes tras realizar esta reacción de Lange, fueron confirmados por la exploración clínica y el desarrollo del proceso. El autor finaliza concluyendo los datos que se hacía constar en sus informes:

- Existencia y cantidad de albúmina del LCR en casos afirmativos.
- Existencia de globulinas (Nonne Appelt).
- Reacción de Wassermann en sangre.
- Reacción de Wassermann cuantitativa en LCR.
- Estudio citológico del LCR.
- Reacción de Lange.
- En algunos casos se añadía la cantidad de colesterina (en aquellos momentos se comenzaba a utilizar y no había experiencia suficiente).

La coloración rápida del treponema. 1920 (36).

El diagnóstico rápido de la sífilis desde el principio de los tiempos había ocupado un lugar principal, con el objetivo de una aplicación de tratamiento lo más temprana posible a los pacientes. La dificultad de cultivo de los microorganismos hizo que los esfuerzos se dirigieran a tratar de conseguir lo más rápido posible un medio de coloración. Conocida pues la dificultad para colorear el treponema, era lógico que se multiplicaran los métodos para conseguirlo. En los años 20 se emplearon tres métodos: la observación en fresco sobre fondo obscuro, el método de la tinta china para conseguir imágenes negativas y las impregnaciones argénticas. En este artículo se describen minuciosamente los diferentes tipos de coloraciones que existían durante este periodo para la coloración rápida del treponema.

Serología. 1922 (37).

En esta publicación, Palanca publica una nota sobre la reacción de Lange. Este método lo considera como fácil y seguro para la obtención del oro coloidal. Empleaba para ello vidrio neutro y esterilizado, prescindiendo del uso del agua bi o tridestilada. Utilizó una solución de oro amarillo en agua monodestilada al 2% y la reducción la obtenía con una

solución de cloruro potásico, glucosa y ácido tártrico en las siguientes proporciones: 4 gr carbonato potásico, 5 gr de glucosa, 2,5 gr de ácido tártrico y 100 cc de agua monodestilada. Al final el autor explica como realizaba la técnica y afirma que la manera de realizar la misma obtuvo muy buenos resultados y que el resto de sus compañeros en otros países del entorno obtuvieron resultados semejantes.

El abastecimiento de aguas de Sevilla. 1923 (38).

Palanca cuando era inspector de Sanidad y catedrático de la Facultad de Sevilla, fue invitado en el Real Colegio de Médicos de Sevilla para dar una conferencia en él sobre el "*abastecimiento de aguas en Sevilla*".

Comienza diciendo que el estado en que se encontraban las aguas en Sevilla era muy deficiente. La mortalidad media española en el año 1921, había sido del 23/1.000 habitantes y en Sevilla la cifra durante este periodo había subido a 26/1.000 habitantes. Con respecto a la incidencia de enfermedades infecciosas, Sevilla ocupaba el segundo lugar dentro de las capitales por detrás de Málaga.

Refiriéndose a la situación de las aguas de Sevilla, alude a dos problemas; en primer lugar que las aguas estaban contaminadas y en segundo lugar que hasta ese momento no había habido ningún propósito de arreglar ese problema. Durante el citado año 1921, Sevilla lamentó 41 muertes ocasionadas por fiebre tifoidea entre cada 100.000 habitantes. Para solucionar esta enfermedad, las poblaciones de importancia, dotadas de suficiente cultura y de recursos económicos, comenzaron su saneamiento, con lo cual la mortalidad relacionada con este microorganismo descendió considerablemente. Siempre ha sido muy importante para la salubridad de un pueblo, su aprovisionamiento de agua potable, pero lo fue más desde que se conoció el fenómeno de Mills-Reincke. Hamburgo sufrió en 1892 una epidemia colérica que quedaría para la posteridad como modelo de propagación hídrica. El cólera invadió Hamburgo (Alemania) masivamente, alimentada por agua no depurada del río Elba. La epidemia respetó totalmente a la ciudad de Altona donde sus habitantes bebían aguas previamente filtradas. La diferencia entre ambas poblaciones era su sistema de administración municipal, aunque compartían calles y algunos edificios de una misma jurisdicción.

El Dr. Reincke quiso comprobar la eficacia que tenía la filtración del agua en la prevención de la fiebre tifoidea, aunque ya se había comprobado previamente en Zurich (Suiza). Se confirmó una vez más en Hamburgo la influencia de la depuración de las aguas y de las invasiones sufridas correspondientes a 47/100.000 habitantes, descendieron posteriormente al cambio de sistema de depuración a 7/100.000 habitantes. A partir de los trabajos de Reincke en Hamburgo y Mills en Lawrence, se pudo demostrar perfectamente que la depuración de las aguas de bebida no solo limitaba la incidencia de fiebres tifoideas sino que disminuía la tasa de mortalidad por otras enfermedades infecciosas; este hecho se conoció en Higiene como el fenómeno de Mills-Reincke. Un ingeniero americano, Hazem quiso proponer una ley general y la formuló de la siguiente forma: "*Por cada defunción de fiebre tifoidea, que la depuración hídrica suprime, evítanse al mismo tiempo dos o tres defunciones debidas a otras causas morbosas*". Cabía suponer que la mortalidad relacionada con los abastecimientos de agua insuficientemente controlados podía suponer 2.000 vidas cada año.

Sevilla en 1923 disponía además de los pozos particulares de algunas casas, de dos pozos, ambos dos contaminados:

- Caños de Carmona: eran el origen de millares de enfermedades gastro-intestinales relacionadas con la cantidad de lumbreras que contenía.
- Cuenca de Guadaira: eran recogidas por una empresa inglesa, estas tenían dos tipos de defectos; unos dependientes de la naturaleza de la cuenca ya que era extremadamente permeable, poseía numerosas grietas y fisuras ocasionadas por la cual, por donde podían filtrarse bacterias de las deyecciones de los pacientes infectados. Otros defectos eran originados por el estado de abandono en el que se encontraban.

Palanca sugería que se realizara un plan de limpieza anual de cada pozo o depósito de agua, para evitar que el limo y la arena que arrastraba el agua, ensuciara el fondo. Además en uno de los pozos, se había construido cerca de él un depósito de basura, que actuaba como vertedero municipal de Alcalá de Guadaira y sobre el vertedero hociqueaban los cerdos.

Había algunos pozos que estaban abiertos, con lo cual podían contaminarse fácilmente. Palanca se pregunta: "*¿Qué se podría hacer para corregir los defectos que señalaba durante su conferencia*?". Responde a esta pregunta aportando una serie de soluciones: cambiar el vertedero de Alcalá de Guadaira colocándolo distante de los manantiales, subsanar los otros pozos restantes y proceder a la realización de análisis decenal de las aguas abarcando los dos aspectos tanto químico, como bacteriológico, realizados desde el Laboratorio Municipal.

La bondad de la depuración de las aguas destinadas al consumo era algo que estaba fuera de toda discusión. Fue precisamente un inglés el Dr. Snow uno de los primeros que demostró a principios del siglo XIX el origen hídrico de algunas infecciones. En España había instaladas depuradoras en las aguas de Madrid y estaban en preparación las instalaciones de Valencia, Coruña, Bilbao y Zaragoza. La ciudad de París, saneaba los 80.000 m^3 diarios de agua de manantial, ya que era la única manera de garantizar su pureza.

Era urgente que el Municipio de Sevilla, delegase en alguna persona, que podría ser el jefe de su laboratorio, para que vigilara que las instalaciones de las aguas estuvieran en buenas condiciones.

Palanca finaliza solicitando la cooperación para comenzar una campaña de divulgación dirigida al pueblo, enseñándole a través de ella que siempre que vieran morir a sus mujeres o a sus hijos, no se trataba de hechos fatales, sino que la única fatalidad estribaba en que el Municipio por una parte y la empresa abastecedora de aguas por la otra, o desconocían los principios elementales de Higiene o si los conocían preferían que la muerte arrebatara todos los años un buen puñado de habitantes que sufragar los gastos que significaba el arreglo de las conducciones de agua. Él más bien pensaba que era debido a la primera causa, que desconocían los principios elementales de Higiene.

Este artículo es referenciado en la Revista de Sanidad Militar, los comentarios que el crítico hace, reproducen a continuación: "*Con gran alteza de miras, con la noble franqueza a que obliga la responsabilidad de su cargo y con la competencia en él habitual, el comandante médico Palanca, pronunció en el Colegio de Médicos de la capital andaluza una interesantísima conferencia, encaminada a hacer eminente el desastroso estado sanitario de la urbe, debido principalmente a la indiferencia y abandono de las entidades llamadas a proveerla de sus medios de defensa sanitaria. El autor analiza las estadísticas de la morbilidad y mortalidad generales, y se detiene en las ocasionadas por la fiebre tifoidea,*

para deducir, después de eruditas referencias, la insanidad de las aguas de abastecimiento, haciendo una oportuna alusión al fenómeno Mills-Reincke y a la Ley de Hazem. Hace un severo juicio de los argumentos empleados por la Compañía abastecedora de agua para rechazar los procedimientos de depuración de dicho líquido; señala los peligros que pudiera ocasionar la traída de las aguas del Guadalquivir, y termina incitando al Municipio para que todas las obras se hallen bajo la inspección de un técnico que le garantice del cumplimiento estricto de las condiciones higiénicas, y solicitando la cooperación de los profesionales para una campaña de divulgación científica en el indicado sentido" (39).

Los cementerios y la Higiene. 1925 (40).

Palanca hace una crítica a un artículo publicado en la prensa diaria de Madrid, sobre la influencia de la vegetación en las características higiénicas de los cementerios por el Dr. Álvarez Sierra, en el que el autor defendía que los árboles eran un factor decisivo en el proceso de transformación de la materia orgánica y que además estos ejercían una acción bactericida aún tratándose de microorganismos esporulados.

El autor a lo largo de este artículo presenta una serie de fundamentos químicos que refutaban la teoría de Álvarez Sierra y llega a la conclusión de que el arbolado no influía en los cementerios en la transformación de la materia orgánica. Más adelante comenta la influencia que la vegetación ejercía sobre los microorganismos en general, para disminuir su acción sobre los microorganismos patógenos y después de un análisis de varias muestras de tierras realizadas en distintos cementerios, llega a la conclusión de que la presencia de microorganismos patógenos en un cementerio era completamente independiente de su arbolado. La relación entre microorganismos patógenos y arbolado era completamente inversa a la que comentaba el Dr. Álvarez Sierra y así la tierra con mucho arbolado presentaba gran cantidad de microorganismos y la tierra árida con escaso arbolado, se caracterizaba por la escasez de microorganismos telúricos.

Si los vegetales no tenían participación en el ciclo evolutivo de la materia orgánica ni en la presencia de microorganismos en los cementerios, Palanca se preguntaba: "*¿Cuáles, serían los factores sanitarios que habría que tener en cuenta para la instalación de los cementerios*?". La contestación fue; ni la distancia con las poblaciones, ni los vientos dominantes, ni otros factores secundarios tenían importancia alguna, solo la naturaleza del terreno y su relación con la capa de agua subterránea. El suelo ideal era aquel que uniera la porosidad sin grietas ni fisuras, con cierto grado de humedad y permeabilidad. En aquellas condiciones la destrucción del cadáver sería muy rápida y en un plazo de tres años solo quedaría el esqueleto. En suelos arenosos con temperaturas elevadas, se ocasionaría una desecación muy rápida del cadáver a modo de momificación del mismo y la destrucción se tardaría en finalizar muchos años. En los suelos calcáreos no se facilitaría la putrefacción, existirían facilidades para la creación de grietas con lo cual se produciría un escape de líquidos sin filtrar, lo que llevaría a la contaminación de las aguas subterráneas.

Palanca pasa a relatar una serie de preguntas muy interesantes, con sus respuestas que se plantearon unos años antes en relación con este tema en Schultzemberger: "*¿La tierra de los cementerios se saturaba al cabo de algún tiempo de uso y se volvía impropia para la desaparición de nuevos cadáveres*?", "*¿Cuál era la composición del aire telúrico a distintas profundidades y en la superficie del cementerio*?" y "*¿La destrucción lenta de*

los cadáveres en condiciones normales produce un gran desprendimiento de gases en la atmósfera de los cementerios?". La primera y la tercera pregunta recibieron una contestación negativa, después de múltiples experiencias; los suelos no se saturaban. Las experiencias que se relacionaron con la contestación a la segunda pregunta, parece que en los cementerios se desprendían gases que se difundían rápidamente en la atmósfera, lo que no hacía atribuibles grandes peligros relacionados. En un espacio de tiempo de cinco años, la totalidad de la materia orgánica se oxidaba y desaparecía, por lo tanto la tierra no se podía saturar.

Palanca termina diciendo: "*Y es que las injusticias no son privativas de la sociedad humana, y en los cementerios, como en nosotros, unos cardan la lana y otros llevan la fama. Los árboles viven simplemente de lo que los microbios quieren darles, pero no contentos con ello pretenden también adjudicarse los éxitos de aquellos. ¿Cabe semejanza mayor con los hombres*?".

El paludismo en la provincia de Madrid. 1925 (41).

Palanca presenta un informe muy detallado de la presentación de casos de paludismo en toda la provincia de Madrid durante el año 1925, así como el desarrollo histórico de la enfermedad en las décadas precedentes. En la tabla 10 se describen los diferentes casos de Paludismo declarados en los diferentes distritos de la Provincia de Madrid en el año 1925. De este informe se puede sacar la conclusión de que el paludismo no era un problema sanitario en la provincia de Madrid en 1925.

Tabla 10. Casos de Paludismo declarados en los diferentes distritos de la Provincia de Madrid en el año 1925 (41).

Distrito	Número de casos
Alcalá de Henares	13
Chinchón	8
Navalcarnero	25
San Lorenzo del Escorial	54
Torrelaguna	23
Getafe	3
Valdeiglesias	89
Colmenar Viejo	94
Total	**309**

Palanca hace una publicación en la *Revista de Archivos de Higiene y Sanidad Pública*, con el documento que presentó en el informe presentado al Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones durante su visita, a San Lorenzo del Escorial (Madrid) el 15 de agosto de 1925 (42).

El paludismo debió tener mucha más importancia con anterioridad a esta fecha y poco a poco se fue quedando reducido a casi una curiosidad más que a un problema sanitario. Presenta un estudio de la afectación de esta enfermedad en los pueblos de la provincia y llega a la conclusión de que en el año 1925, se asistía a una limitación de la enfermedad en toda la extensión de la provincia. En la figura 13 se pueden apreciar el mapa de los pueblos de la provincia con la incidencia de la enfermedad palúdica, realizado por las

Brigadas Sanitarias que se entregó en el citado informe. Las causas del retroceso de esta enfermedad estaban relacionadas con una mayor disposición de sales de quinina y el saneamiento de los pueblos. De este informe se puede sacar la conclusión de que el paludismo no era un problema sanitario en la provincia de Madrid en 1925.

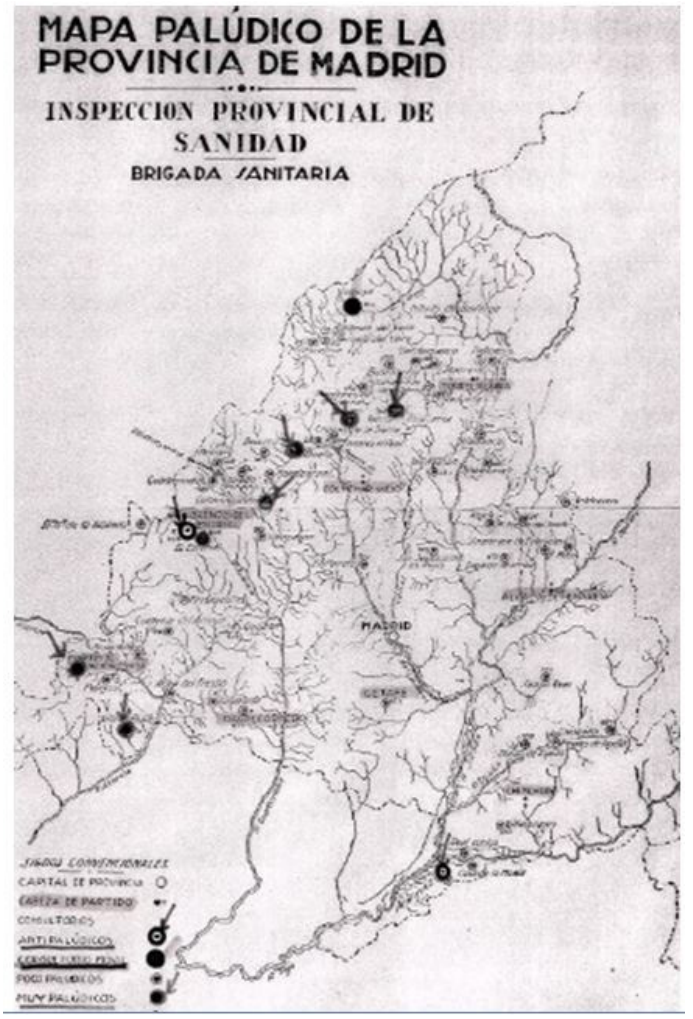


Figura 13. Mapa antipalúdico de la provincia de Madrid. Año 1925 (41).

La Depuración de las aguas del Manzanares. Gaceta Médica Española. 1928 (43).

Figura 14. Dr. Palanca. Inspector provincial de Sanidad 1928 (44).

La villa y corte de Madrid vertía al río Manzanares en el año 1926 la totalidad de sus aguas residuales en una cantidad de 250.000 m^3 diarios. La red de alcantarillado de Madrid estaba dispuesta de tal manera que disponía de treinta y dos cuencas con sus colectores principales, que vertían sus aguas en los dos márgenes del río y en el del Abroñigal. Las aguas residuales habían aumentado considerablemente en Madrid, en aquella época el volumen oscilaba entre un máximo de 4,13 litros/segundo y un mínimo de 3,26 litros/segundo. El caudal medio del río Manzanares era de 700 litros/segundo. Palanca y su equipo tomaron una serie de muestras en diversos puntos del río, en las tablas 11 y 12, se pueden apreciar los resultados de estas muestras realizadas. Unas de las tomas se realizaron en el río Manzanares antes de su unión con el río Jarama (tabla 11) y otras en el río Jarama a lo largo de su trayecto (tabla 12). Todas las muestras fueron analizadas en el Instituto Provincial de Higiene (IPH), en diversas épocas del año.

Tabla 11. Composición media de las aguas del río Manzanares en distintos puntos de su trayecto, antes de la unión con el río Jarama (43).

	Antes del Pardo	Puente San Fernando	Salida de Madrid	Vaciamadrid antes de unión con el Río Jarama
Residuo seco 180º	65	63	330	430
Cenizas	65	63	330	320
Materia orgánica	3,2	3,3	54,4	50,6
Amoniaco libre	0,0	0,0	4,7	3,3
Idem combinado	0,105	0,2	0,33	0,26
Idem albuminoide	0,155	0,205	4,6	4,57
Nitritos	0,18	0,06	1,48	1,52
Nitratos	0,13	0,20	0,066	0,44
Cloruros	1	1	29	17,4
Bacterias c/c	1	1	29	17,4
Estreptococos	No	No	No	No
Esporulados	No	No	No	No

Tabla 12. Composición media de las aguas del río Jarama, en distintos puntos de su trayecto, después de la unión con el río Manzanares (43).

	Tras unión Manzanares	Antes de La Poveda	Tras La Poveda	Antes S. Martín Vega	Tras S. Martín Vega	Puente Carretera Titulcia
Residuo seco 180º	290	200	270	120	120	No
Cenizas	170	190	150	80	75	No
Materia orgánica	12	19	1.8	4.27	4.7	3,9
Amoniaco libre	1,1	0.0	0.0	0.66	0.9	0,9
Idem combinado	0.108	0.0	0.0	0.062	0.3	0.11
Idem albuminoide	0.3	0.076	0,5	0.66	0,7	0.42
Nitritos	0.4	0.16	0.16	0.374	0.38	No
Nitratos	0,32	0.4	0.3	0.46	0.53	No
Cloruros	17,4	40.6	40.6	34.8	29	No
Colibacilos	1 cc	1 cc	1 cc	1 cc	No	No
Estreptococos	10 cc	10 cc	10 cc	No	No	No
Esporulados	1 cc	1 cc	1 cc	10 cc	No	No
Indol positivos	1 cc	1 cc	1 cc	10 cc	No	No

Era ya bien conocido el proceso de depuración de las aguas residuales después de llegar a los ríos. Tras unos kilómetros de su curso la composición química revelaba que se habían verificado una serie de reacciones químicas cuyo resultado era purificar el agua de una manera más o menos notable. Los principales factores eran los relacionados con los microorganismos que el agua contenía. Una porción de animales se nutrían de microbios, tales como gasterópodos, gusanos, larvas de insectos y especialmente dos elementos fundamentales; el sol y el oxígeno disuelto en el agua. El resultado final era que las partículas sólidas en suspensión se depositaban, la materia orgánica se oxidaba, transformándose al final en anhídrido carbónico. Amoniaco, hidrógeno sulfurado y carbonado, cuyo desprendimiento era la causa del mal olor que caracterizaba a los ríos contaminados y que se pudo comprobar en las estaciones de Arganda y Villaverde.

Hasta aquel momento la provincia de Madrid carecía de todo lo que podía significar un sistema de depuración de aguas residuales, existieron varios proyectos para su instalación, pero ninguno se pudo poner en marcha. Los colectores tenían solución de continuidad, por donde las aguas residuales se escapaban y se utilizaba para el riego de las huertas de los alrededores de Madrid. En gráfico 3 se pueden apreciar los datos correspondientes a las defunciones que causó la fiebre tifoidea en Madrid, desde el año 1889 a 1926, así como el índice de mortalidad por cien mil habitantes, destacando el pico más alto en el año 1896 con 509 fallecimientos y en el año 1909, 529 muertes por la misma causa. En la tabla 13 se presentan los resultados de los fallecimientos de la población de Madrid, desglosada por meses desde el año 1917 a 1926, los meses de julio a septiembre fueron durante esos años los de mayor incidencia de la enfermedad.

Tabla 13. Defunciones en Madrid durante los años 1917 a 1926, producidas con la fiebre tifoidea (43).

	AÑOS										
Mes	**1917**	**1918**	**1919**	**1920**	**1921**	**1922**	**1923**	**1924**	**1925**	**1926**	**Medias**
ENE	8	6	9	62	15	15	3	10	3	19	**15**
FEB	11	6	9	29	10	8	7	5	12	6	**10**
MAR	6	6	11	39	14	11	3	3	6	6	**10**
ABR	3	9	8	48	6	11	5	4	4	5	**10**
MAY	11	6	7	27	8	7	5	7	3	4	**8**
JUN	13	19	9	25	16	9	5	12	7	9	**12**
JUL	21	20	24	24	24	23	16	18	8	18	**20**
AGO	18	31	20	45	33	23	23	16	7	20	**24**
SEP	18	25	23	25	22	13	22	16	19	15	**20**
OCT	12	27	20	20	23	17	20	18	12	15	**18**
NOV	21	17	10	16	67	13	8	11	7	23	**19**
DIC	14	6	58	31	26	10	12	5	8	7	**18**
TOT	**156**	**178**	**208**	**391**	**264**	**160**	**129**	**125**	**96**	**147**	**184**

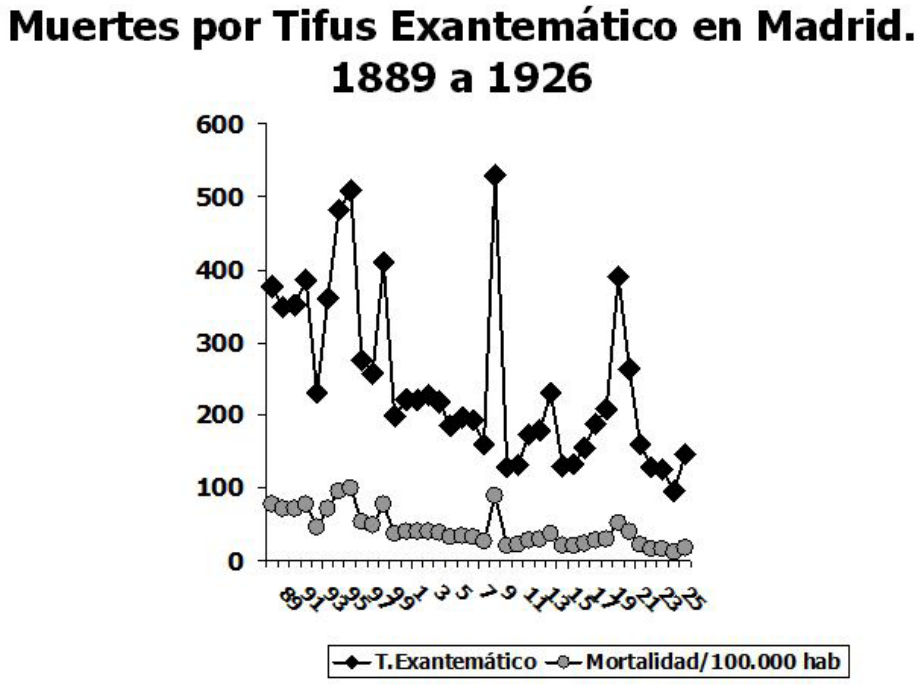


Gráfico 3. Número de fallecimientos y mortalidad/100.000 habitantes, por tifus exantemático en la ciudad de Madrid durante los años 1889 a 1926 (43).

Palanca se pregunta acerca de dos aspectos importantes: "*¿Cuál era el estado del problema de la depuración de aguas de las alcantarillas*?" y, "*¿Qué era lo que se podía hacer en Madrid para conseguirlo*?". En Madrid existía de hecho una depuración agrícola. El ingeniero D. Sergio Novales publicó un libro en 1890 acerca de "La purificación y aprovechamiento de las aguas fecales de Madrid", en él proponía el aprovechamiento de las aguas residuales que unidas al río Manzanares podrían regar hasta 3.000 hectáreas y así podrían convertir a Madrid en una inmensa huerta. Desde entonces los conocimientos de Higiene habían variado mucho y los procedimientos realizados, se deberían aplicar con todo rigor. Lo inadmisible entonces era que los terrenos regados con esas aguas de

alcantarilla, se utilizasen para la producción de vegetales para comida en crudo y que seguramente podrían tener una influencia en la propagación de la fiebre tifoidea.

Existían entonces en Madrid varios procedimientos que podían emplearse en la depuración de las aguas para uso agrícola. Palanca se detiene a explicar uno de ellos que estaba en ensayo en Madrid, el método de Barros Activos del Dr. Lorite, de los llamados procedimientos biológicos artificiales y que en último extremo utilizaba microorganismos aerobios excitando su actividad, con este método se llegaba a la mineralización de la materia orgánica por medio de los microorganismos que contenían los barros utilizando un "Sistema de rueda de paletas". El proceso se debía a una porción de fenómenos coloidales íntimamente ligados a la depuración del agua. Desde el punto de vista práctico, los sulfuros eran los primeros en desaparecer, dando por hidratación ácido sulfúrico e hidratos metálicos. Más tarde el amoniaco desaparecía para dar lugar a la formación de nitritos y nitratos, disminuían los microorganismos si eran anaerobios pero aumentaban los aerobios, suponiendo que durante la aireación existía la reproducción de microorganismos nitrificantes. Palanca señala dos factores importantes en la depuración de este método: la temperatura y el grado de acidez del agua. La obtención de barros de poder depurativo era variable en función de la estación del año, así se obtenía mayor depuración durante el verano que en el invierno. Este método no resolvía de ninguna manera el problema de los fangos que se depositaban en las aguas residuales, estos no debían verterse en los ríos, ya que suponían un grave perjuicio para la contaminación de los mismos.

El estado de la depuración de las aguas en Madrid era de tanta necesidad en cuanto a la acometida, que su instalación podría suponer un coste de más de treinta millones de pesetas para todo Madrid. Era de suponer que las mejoras en las condiciones sanitarias de este servicio hicieran bajar la incidencia de los casos de fiebre tifoidea debidos al mal uso que se hacía en aquellos años en la Villa y Corte de Madrid.

Resultados de un ensayo de vacunación antitífica por la vía gástrica. 1928 (45).

Este artículo fue el resultado de una comunicación oral presentada por Palanca en la Sociedad de Biología de Barcelona, para comunicar los resultados de la vacunación antitífica por vía gástrica. En esta sesión dejaba claro que no se iba a referir a los fundamentos científicos, ni a los técnicos, ni a los administrativos. Solo se trataba de los resultados de un ensayo en la provincia de Madrid, para poder compararlos con otros realizados en la ciudad de Barcelona. Se vacunó a 2.500 personas durante tres años y Palanca pensaba que el estudio debía proseguir, ya que los resultados en un principio eran buenos. El método no tuvo inconvenientes, no se presentaron accidentes, ni incidentes. Concluye que la vacunación por vía gástrica había sido eficaz y que no suponía una protección al 100% como todos los procedimientos, ya que hubo algunas recaídas aunque en formas leves, esta supuso un arma poderosa contra la fiebre tifoidea. No se sabía en aquel momento todavía el periodo de protección de la vacuna.

Estos resultados del ensayo de vacunación preventiva antitífica por vía gástrica, fueron publicados también en la Revista La Medicina Íbera en el año 1928 (46).

La epidemia de poliomielitis en el otoño de 1929 en Madrid. 1930 (47).

En los archivos de los Servicios Sanitarios madrileños apenas se conservaban declaraciones de casos de poliomielitis infantiles previas al año 1929. En aquella época la enfermedad se presentaba con mucha frecuencia lo que quería decir que no se declaraba a las autoridades sanitarias. En este artículo el autor describe los casos de poliomielitis que se presentaron desde el 30 de junio al 30 de noviembre de 1929 en Madrid, donde se produjeron un total de 318 casos y después de estos la epidemia se extinguió (gráfico 4).

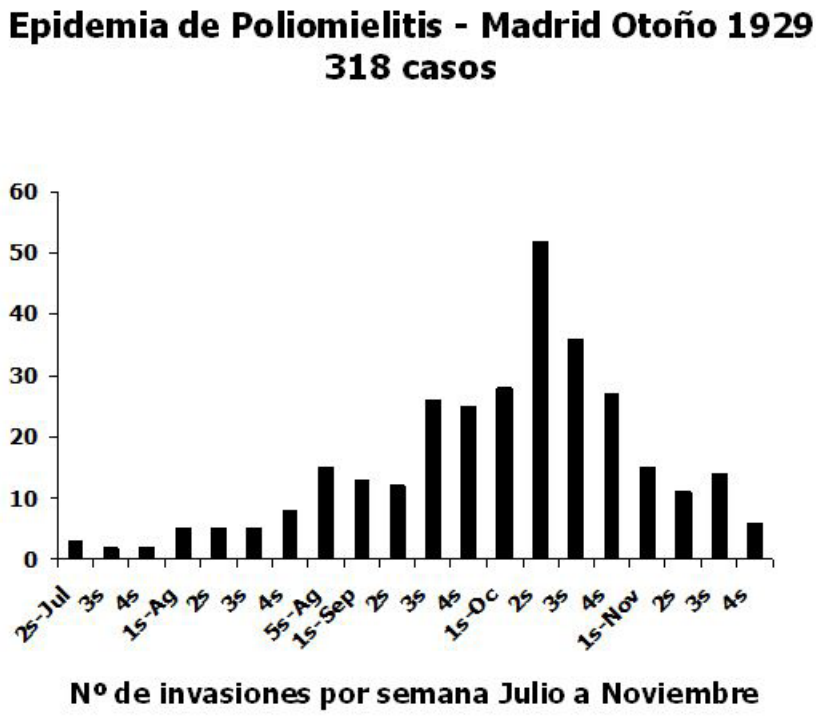


Gráfico 4. Número de invasiones por poliomielitis ocurridas durante la epidemia de Madrid en el otoño del año 1929 (47).

Igualmente se describe en este artículo como era la situación epidemiológica de poliomielitis en la Europa de la época; en Holanda se presentaron 215 casos en el mismo periodo, en Italia 756 casos, en Alemania 418, en Inglaterra 220 y en América del Norte sucedió el mismo fenómeno (gráfico 5).

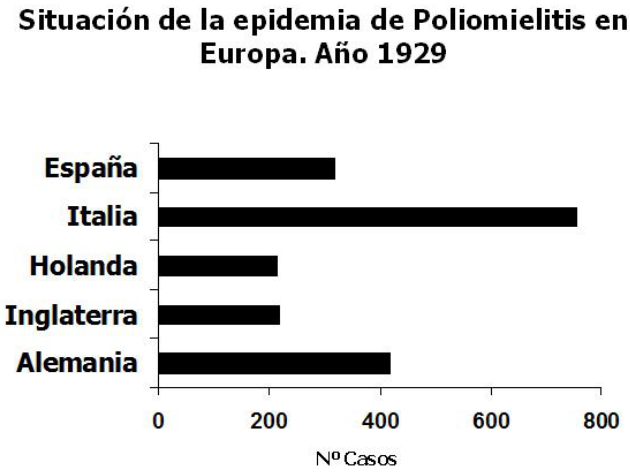


Gráfico 5. Situación de la epidemia de poliomielitis en Europa durante el año 1929 (47).

Epidemias de poliomielitis previas a 1929

Palanca describe en la tabla 14 como se comportaron las epidemias de poliomielitis antes del año 1929.

Tabla 14. Epidemias de poliomielitis previas al año 1929 (47).

Año	País	Eventos
1897	Estado de Massachusetts	1.189 casos (14,00% éxitus). 1916 (23,50% éxitus). 1920 (20,70% éxitus).
1926	Hungría	253 Parálisis infantil en Budapest (agosto).
1928	Manitoba (Canadá)	272 casos (14,70% éxitus).
1929		161 casos (128 (79,50%) parálisis).
	Broadstairs (Inglaterra)	62 casos ➔ causado por la leche.
1927	Sajonia (Alemania)	587 casos (12,0% éxitus).
1928	Glasgow	112 casos (58,71% varones), (7,14% éxitus).

Ritmo estacional de la enfermedad. Claramente existía una relación estrecha entre la poliomielitis y las estaciones del año. Se sabía que la enfermedad tenía un mínimo de intensidad en los meses de invierno; se despertaba en primavera, para presentar su máximo durante los meses de verano y principios del otoño.

Edad. En cuanto a la edad, se establece la proporción entre las distintas edades en que se presentaron los casos en aquella epidemia de 1929, los resultados se reflejan en la tabla 15.

Tabla 15. Edades en que se presentaron los casos de poliomielitis en el año 1929 (47).

Edades	Porcentaje
Menos de un año	18,07%
De uno a 2 años	47,58%
De 2 a 5 años	25,26%
De 5 a 10 años	5,65%
> de 10 años	3,14%

Periodo de incubación. El periodo de incubación de esta enfermedad, osciló entre seis y veinte días.

Métodos de Transmisión de la enfermedad. Los métodos de transmisión de la poliomielitis eran:

a/ Condición social: 68,0% procedían de clases pobres y vivían en casas insalubres

b/ Contacto: 60,5% habían tenido contacto con algún paciente previamente y en el resto de los casos no se pudo constatar

c/ Alimentos: no se presentó ningún caso de transmisión por alimentos

Algunas reflexiones sobre la epidemiología de la poliomielitis. Termina su artículo haciendo algunas reflexiones en relación con la estacionalidad del virus, la contagiosidad de la enfermedad y hace hincapié finalmente en el único recurso del que se disponía para combatir la propagación de la enfermedad; la observancia de las reglas de Higiene estrictas de carácter general por una parte y por otra el diagnóstico y aislamiento temprano de los pacientes, reduciendo al mínimo las infecciones que cada caso pudiera provocar. También insiste en la buena preparación de los Servicios Sanitarios para estar prevenidos ante la presencia de la presentación de cualquier epidemia y así estar en condiciones para luchar contra su propagación.

Sobre el problema del abastecimiento de aguas de Barcelona. 1950 (48).

La dirección general de Obras Hidráulicas planteaba el análisis de las aguas del rio Llobregat, que la Sociedad general de Aguas de Barcelona utilizaba para el abastecimiento de la ciudad en sus pozos de Cornellá y que pretendía utilizar las aguas de carácter superficial del mismo río. El límite de potabilidad excedía con mucho los señalados en la real orden del 30 de mayo de 1914. Esto no era grave ya que sucedía en muchos otros lugares de España. El estudio de una modificación de las normas y cualidades del agua eran las siguientes: Temperatura entre 4ºC y 15ºC. Aspecto incoloro clara, ningún olor, ni sabor, fresca, picante y no insípida, reacción neutra o débilmente alcalina para que no atacara al hierro ni al hormigón. Indicios de Amoniaco. Indicios de ácido nítrico. Presentaba una total dureza y era exenta de Hierro. Presentaba ligeras cantidades de manganeso, 0,30 mgr de Plomo, 30 mgr de cloro/litro, más de 10 mgr de potasa/litro, un nivel de sílice tolerable, ácido sulfúrico por encima de 30 mgr/litro. Sin niveles de ácido fosfórico, nivel de alúmina tolerable, nivel de residuo fijo inferior a 600 mgr/litro, un consumo de Permanganeso inferior a 4 mgr/litro y una ausencia de microorganismos patógenos.

En este sentido se pretendía poner en práctica un acuerdo similar al del Comité Consultivo de Higiene de Francia para la clasificación de las aguas (tabla 16 y 17) (48).

Tabla 16. Acuerdo realizado en relación con la clasificación de las aguas según su composición (48).

Elementos	Agua pura	Agua potable	Agua sospechosa	Agua mala	Agua Cornellá 1905
Cloro mgr/l	< 15	< 40	50-100	>100	79.5
Ácido sulfúrico mgr/l	2-5	5-30	>30	>50	108.4
Materia orgánica. mgr/ oxígeno absorbido	< 1	< 2	3-4	>4	¿?
Materias orgánicas y productos volátiles. mgr/l	<15	<40	40-70	>100	¿?

Tabla 17. Caudales medios de los ríos Llobregat y Cardoner. Años 1945 a 1948 (48).

Años	Río Cardoner	Río Llobregat	
Zonas de análisis	Cardona m^3/segundo	Vilumara	Martorell
1945-1946	3.149	10.021	20.949
1946-1947	2.255	6.736	13.290
1947-1948	2.626	6.394	13.028

A lo largo de esta publicación se van presentando los análisis de la calidad del agua de los diferentes pozos de agua. Al finalizar el artículo los autores realizan las siguientes conclusiones:

1. No se consideraba prudente exceder el límite de salinidad admisible en las aguas de 350 mgr de cloro, ya que a partir de este límite se consideraba que las aguas no eran aptas para el consumo.
2. Era muy importante la realización de un estudio inmediato, para la organización del abastecimiento de las aguas definitivo en la base de las cuencas catalanas.
3. En base a este proyecto, los autores consideraban importante la constitución de un organismo dotado de medios económicos, coercitivos y técnicos para la ordenación de los abastecimientos de aguas de la cuenca del Llobregat, entre Manresa y el mar.
4. Era importante conceder seis meses de plazo a las entidades explotadoras de minas en las cuencas del Llobregat y Cardoner, para la presentación de un proyecto de embalse regulador de vertido de aguas residuales en los cauces públicos, con el fin de conseguir que la dilución asegurara un máximo de 350 mgr de cloro en las aguas de estos cauces.

Tesis Doctorales dirigidas por José Alberto Palanca y Martínez-Fortún

José H. Montalvo Cordero. El tratamiento de las parasitosis intestinales más frecuentes en Puerto Rico. Director Tesis: José Alberto Palanca Martínez-Fortún. 1953. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid (49).

Esta Tesis fue defendida el 30 de abril de 1953 en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, ante el siguiente Tribunal; Presidente: Dr. Palanca, Vocales: Dr. Royo Villanueva, Dr. Matilla, Dr. Zabala y Vocal Secretario Dr. García del Villar.

El índice de materias tratado en la Tesis fue:

- Parásitos intestinales más frecuentes en Puerto Rico.
- Ascariasis.
- Uncinariasis.
- Trichuriasis.
- Medicamentos usados en el tratamiento de la Helmintiasis.
- Diagnóstico de las Helmintiasis.
- Experiencias en el tratamiento de las parasitosis intestinales más frecuentes en Puerto Rico.
- Tratamiento complementario de las Parasitosis.
- Resumen.
- Bibliografía.

Libros publicados

El paludismo en la zona del protectorado español en Marruecos y medios para combatirlo: Memoria oficial redactada para la Comisión encargada para el estudio del paludismo en Marruecos. 1921 (10).

El viaje que realizó el Ministro de la Guerra durante la primavera de 1920 a los territorios españoles en África, sirvió para conocer la situación en que se encontraba el Ejército en Marruecos. Las tropas presentaban una alta morbosidad de paludismo y no tardarían en crear serias dificultades, no solo en aquellos territorios sino posteriormente la colonización que estos provocarían a su regreso a la Península. Este problema no solo era militar, sino también Nacional. En el Diario Oficial del Ministerio de la Guerra del 5 de septiembre de ese año, se insertó una Real Orden, por la que se constituía una Comisión científica para estudiar el problema del paludismo en África, tendrían que realizar un plan completo de profilaxis y saneamiento de las zonas palúdicas. Dicha Comisión se compuso de médicos militares y fue presidida de un inspector médico.

La Comisión emprendió su marcha el 20 de octubre de 1920, sus miembros llegaron a Algeciras, Ceuta y Tetuán. Utilizaron toda clase de medios de transporte para el recorrido de todos los territorios a observar cómo fueron: automóviles, coches, caballos, trenes y vagonetas. El trabajo de campo de esta Comisión concluyó el 7 de diciembre.

1. Paludismo en la Región de Yebala

En la Tabla 18 se presenta la evaluación que hizo la Comisión de las zonas observadas.

Tabla 18. Evaluación de las zonas observadas por la Comisión (10).

Focos palúdicos/ Ciudades	Zonas evaluadas	Incidencias	Soluciones propuestas
		Región de Yebala	
Ceuta	**Río Negro**	Grandes charcas y pantanos con depósitos de agua. Conjunto depósito de mosquitos.	Saneamiento, cultivo con drenaje y canalizaciones.
	Río Smir	Semejantes al río Negro. Grandes charcas.	
	Río Rila	Grandes charcas. Barras arenosas.	
Tetuán	**Desembocadura río Martín**	Charcas aisladas.	Fácil saneamiento. Plantaciones eucaliptos. Limpieza de las riveras. Petrolizaciones.
	Afluentes río Martín		
	Focos en zona internacional. Río Gaia	Desarrollo de larvas.	
Larache, Alcazaquivir y Arcila			
Larache	**Embalse de Guedira**	Abundancia de anófeles. En solares y pozos. Huertas con agua contaminada.	Plantaciones eucaliptos. Limpieza de las riveras. Petrolizaciones.
	Río Lucus	Sacrificio de animales.	Rectificación del cauce y canalización.
Arcila	**Río Helu**		Limpieza de márgenes. Petrolizaciones.
	Fuente de Raisuli	Charcas con viveros de mosquitos.	
Alcarzaquivir	**Río Lucus**	Charcas por desbordamiento del río.	Desecación de las charcas.
Riff			
	Río Oro	Crecidas y desbordamiento.	Saneamiento del terreno. Protección mecánica de pozos y estanques de las poblaciones.
	Río Zeluán	Encharque con vegetación acuática.	Plantaciones eucaliptos. Limpieza de márgenes.
	Río Kert	Depósitos de necesidades de indígenas. Pozos mal protegidos.	Plantaciones eucaliptos. Desecación del terreno. Protección mecánica de pozos. Regularización del cauce.
	Río Baax	Focos en el valle de Chemorra. Charcas naturales.	Regularización del cauce. Desbrozamiento de las orillas.
	Otros focos	Depósitos de agua de Tahuima con criaderos de mosquitos.	Regularización del cauce. Desbrozamiento. Protección mecánica de pozos. Desbrozamiento de las orillas.

Tabla 19. Estadística de morbosidad y mortalidad por paludismo en los territorios de Ceuta, Tetuán y Larache (10).

Año	Fuerza en revista			Nº palúdicos/%			Mortalidad/%	
Zona	Ceuta	Tetuán	Larache	Ceuta	Tetuán	Larache	Ceuta-Tetuán	Larache
1917	129.906	** 146.931	149.647	3.148 2,3%	**2.722 1,85	4.592 3,12%	41 0,69%	58 1,26%
1918	139.424	138.374	152.700	2.476 1,8%	3.859 4,33%	4.682 2,94%	34 0,53%	50 1,06%
1919	151.005	113.464	145.297	1.580 1,1%	3.178 2,8%	6.040 4,09%	25 0,52%	43 1,35%
1920*	134.577	109.817	110.716	2.353 1,8%	3.824 2,7%	4.169 3,72%	40 0,60%	30 0,71%
Total %	554.912	508.586	558.360	9.557 1,72%	13.583 2,67%	19.483 3,48%	140 0,60%	181 0,92%
Total %	**1.621.858**			**42.623 2,60%**			**321 0,75%**	

*Excluidos los datos de los meses correspondientes de septiembre a diciembre del año 1920 **Datos correspondientes a seis meses.

2. Paludismo en la Región del Riff

En la Tabla 20 se presentan los datos observados en los cauces de los ríos de la región del Riff.

Tabla 20. Estadística de morbosidad por paludismo en el territorio del Riff (10).

Años	Cifras absolutas	Cifras relativas/1.000
1917	2.488	107.2/1.000
1918	1.734	70.6/1.000
1919	4.425	297.7/1.000
1920*	5.586	34.3/1.000
Total	**14.233**	**127.6/1.000**

*Excluidos los datos de los meses correspondientes de septiembre a diciembre del año 1920.

3. Causas que favorecieron el desarrollo de la endemia palúdica en la zona española de Marruecos

- Influencia de las operaciones militares en el desarrollo del paludismo

El aumento de la morbosidad de paludismo en África, se inició a partir de la ocupación de Nador-Zeluán en el año 1909. Al ocupar el monte Arruit se presentó un nuevo incremento y lo mismo ocurrió al llegar a los cauces de la zona del Kert que contenían entonces un vivero de mosquitos. La ocupación de las ciudades de Tetuán y Ceuta, la instalación de las tropas en los márgenes de los ríos Lila, Smir y Negro, tuvo consecuencias fatales en ellas por este motivo. Cada nueva franja de territorio que se ocupaba en África, llevaba consigo la construcción de caminos, carreteras y ferrocarriles, que cuando eran dirigidas insuficientemente desde el punto de vista sanitario llegaban a formar nidos de mosquitos y focos palúdicos asociados.

Otro punto importante fue el del alojamiento. Los campamentos carecían de medidas de protección adecuadas para la prevención de esta enfermedad. El tipo de vida de las tropas influía notablemente en el número de palúdicos y así se demuestra en los datos que se presentan en la tabla 21.

Tabla 21. Número de invasiones de paludismo y número/1.000 de sus efectivos, según los diferentes cuerpos militares (10).

Cuerpos	Nº Invasiones	Efectivos/1.000
Infantería	1.309	111.80
Caballería	135	144.60
Artillería	176	64.80
Ingenieros	139	100.00
Sanidad	36	89.50
Intendencia	115	114.50
Total	**1.910**	**104.40**

- Las medidas antipalúdicas que se tomaron en Marruecos y las causas de su fracaso posterior, fueron: plantación de eucaliptos, medicación preventiva, protección mecánica, medidas antilarvarias, saneamiento de fosos, encauzamiento de ríos y abandono de focos palúdicos.

4. Bases para luchar contra el paludismo en la zona del Protectorado español en Marruecos

En la tabla 22 se resumen las bases para luchar contra el paludismo en la zona del Protectorado español en Marruecos.

Tabla 22. Resumen de las bases para luchar contra el paludismo en la zona del Protectorado español en Marruecos (10).

Bases para luchar contra el paludismo en la zona del Protectorado español en Marruecos	
BASE 1. Servicio antipalúdico	
Constitución	Un jefe, un oficial médico y un ingeniero. Una pequeña brigada de tropas de ambos cuerpos nombrados por elección.
Deberes y atribuciones	Estadística que se remitiría al Alto Comisionado y al Instituto de Higiene Militar. Realización mapas anofelinos. Implantación de profilaxis. Campañas de difusión. Protección mecánica. Medidas antilarvarias. Saneamiento del terreno. Vigilancia de la salubridad de campamentos.
Medios necesarios	Medios de transporte. Medicación profilaxis. Petróleo y otros productos. Medios económicos para la divulgación, estadística etc.
Dependencia	Alto Comisario, mediante los comandantes generales. Técnicamente del Instituto de Higiene Militar.
BASE 2. Divulgación de medios de propagación y recursos científicos	
Organización	Servicio antipalúdico y de médicos de las posiciones.
Procedimientos	Conferencias educativas. Carteles de propaganda. Cartilla de divulgación. Recompensa en los observadores de profilaxis.
BASE 3. Protección mecánica antimosquitos	
Dirección	Servicio antipalúdico con los médicos de las posiciones.
Protección individual	Gasas, guantes, calcetines, polainas y botas. Prohibición de uso de alpargatas. Mosquiteros individuales.
Protección colectiva	Limitación del empleo de tiendas de campaña a casos indispensables. Construcción de barracones. Telas metálicas en puertas y ventanas. Protección de pozos y depósitos de agua.
BASE 4. Esquema de práctica de la quinización preventiva	
Dirección	Servicio antipalúdico y de médicos de las posiciones.
Épocas de la administración	Desde mayo a noviembre con modificaciones en función del clima y solo en zonas palúdicas.
Formas de administración	Diariamente en una sola toma. Comprimidos en adultos y bombones en niños, con presencia de los observadores.
Sal elegida/dosis	Uso de sulfato neutro de 40 centígramos.
Prevenciones generales	Gratuita a los Cuerpos y paisanos pobres. Administración a la tropa en el rancho de la mañana. Castigo a infractores.
BASE 5. Reducción del tiempo de servicio en África	
Tiempo de estancia	Reducción a dos años.
Licencias	Supresión de licencias a palúdicos.
BASE 6. Creación de sanatorios para convalecientes de paludismo	
Sanatorios	Ingreso a todos los pacientes dados de alta en los hospitales.
Laboratorio de análisis clínicos.	Microscopio de objetivos cromáticos. Utilización de colorantes.
Emplazamiento	Altitud conveniente. Creación de tres sanatorios para convalecientes de paludismo en los territorios de Marruecos. Alejados de zonas palúdicas.
Finalidad	Supresión de licencias por enfermo, evitar la difusión a la Península y corregir la alimentación.
Dependencia	Jefes de Sanidad.
Personal	Médicos. Laboratorio.
Número	Tres sanatorios: Región de Ceuta y Tetuán, Larache y Melilla.

BASE 7. Supresión de licencias por enfermo	
Causas	Evitar los vectores de hematozoarios y su diseminación a la Península.
Servicio Antipalúdico	Creación del servicio Antipalúdico. Implantación de las medidas paulatinamente.
Educación	Divulgación científica.
Medidas	Medidas de eliminación de larvas.
	Obras de saneamiento y creación de sanatorios.
	Protección mecánica.
Aspecto militar	Reducción del tiempo de estancia a dos años en África. Supresión de licencias a enfermos palúdicos.

En la tabla 23 se describen el número de estancias por año causadas en los hospitales militares de las zonas palúdicas (Ceuta, Tetuán, Larache y Melilla), el precio medio por estancia y total del coste que supusieron los ingresos. No se pudo calcular el coste derivado con el transporte de los pacientes a quienes se les había concedido una licencia por estar enfermos. El coste que supuso durante los años 1917 a 1920, ascendió a 6.965.582 pesetas con un total de estancias en los hospitales de 1.026.995. Es importante resaltar el aumento del coste desde el año 1917 (1.601.283 pesetas), en comparación con el gasto originado durante el año 1920 que fue de 1.817.108 pesetas, lo que significó un aumento de 215.825 pesetas sin incluir el tercer trimestre del año 1920.

Tabla 23. Número de estancias por año causadas en los hospitales de las zonas palúdicas, precio medio por estancia y total del coste que supusieron los ingresos (10).

Hospitales	Años	Estancias	Precio/estancia (pesetas)	Total (pesetas)
Ceuta	**TOTAL**	**79.839**	**3.59**	**2.790.558**
	1917	247.813	3.36	**832.651**
	1918	231.694	3.33	**771.541**
	1919	189.188	3.39	**663.346**
	1920	129.144	4.29	**523.020**
Tetuán	**TOTAL**	**212.478**	**3.53**	**758.469**
	1917	52.900	3.20	**167.280**
	1918	37.764	3.21	**121.222**
	1919	62.002	3.48	**215.766**
	1920	59.812	4.25	**254.201**
Larache, Alcazarquivir y Arcila		**492.712**	**4.86**	**2.438.247**
	1917	89.903	4.37	**393.685**
	1918	122.172	4.47	**546.719**
	1919	153.281	5.38	**828.078**
	1920	127.356	5.25	**669.765**
Melilla	**Total**	**241966**	**3.86**	**978.308**
	1917	70.384	2.94	**207.667**
	1918	42.219	3.11	**131.301**
	1919	63.435	4.24	**269.218**
	1920	65.928	5.16	**370.122**
TOTAL		**1.026.995**	**4.06**	**6.965.582**

Tabla 24. Resumen del presupuesto gastado por el Estado en hospitalizaciones producidas por el paludismo durante los años 1917 a 1920 (10).

Años	Ceuta	Tetuán	Larache	Melilla	Total
1917	832.651	167.280	393.685	207.667	**1.601.283**
1918	771.541	121.222	546.719	131.301	**1.570.783**
1919	663.346	215.766	828.078	269.218	**1.976.408**
1920	523.020	254.201	669.765	370.122	**1.817.108**
Total	**2.790.558**	**758.469**	**2.438.247**	**978.308**	**6.965.582**

En la tabla 24 se presenta el presupuesto que utilizó el Gobierno en gastos de hospitalización de las distintas zonas relacionado con las enfermedades palúdicas en las diferentes regiones del Protectorado de Marruecos. El informe realizado por la Comisión se firmó el 26 de enero de 1921.

Esta Memoria publicada sobre el Paludismo en la zona del Protectorado Español en Marruecos y medios para combatirlo, fue también publicada durante diferentes capítulos en la Revista de Sanidad Militar entre los meses de febrero y junio de 1921 (10).

Manual de Higiene General. 1926 (50).

En aquel momento cuando se publicó este libro, Palanca era comandante médico, inspector provincial de Sanidad y catedrático numerario de Higiene y prácticas de Bacteriología. En la tabla 25 se describen los distintos capítulos de que se compone el libro. En estos capítulos el autor trata ampliamente los diferentes aspectos generales que podían influir y preocupaban en la Higiene preventiva en los años veinte, como eran la medicina rural, el estado del terreno, los tratamientos del agua, la influencia del clima en la Higiene y la alimentación de la población así como las intoxicaciones alimentarias.

Tabla 25. Distribución de capítulos del libro escrito por J.A. Palanca "Manual de Higiene General". 1926 (50).

Nº	Capítulos
1	Disposiciones legales de carácter general concernientes a la Sanidad rural.
2	Estado higiénico del terreno.
3	Atmósfera en Higiene.
4	Luz, calor, vientos y grado higrométrico en Higiene.
5	Orígenes de agua.
6	Características del agua potable.
7	Estudio biológico del agua potable.
8	Climatología.
9	Principios generales sobre alimentación.
10	Estudio sobre los alimentos en particular.
11	Intoxicaciones e infecciones de origen alimentario.
12	Ideas generales de los alimentos.

Este libro constituyó un volumen de 430 páginas, a lo largo de las cuales se tratan clara y sintéticamente las cuestiones que integraban la doctrina higiénica de la época. Se estudia con gran lujo de detalles las características de los elementos naturales y su repercusión en la salud del hombre como eran; el terreno, la atmósfera, la luz, el calor, los vientos, el agua, según sus procedencias diversas, el agua potable y la climatología. A continuación fija la atención sobre los principios de la alimentación racional y los alimentos, así como de las

perturbaciones relacionadas con el mal uso o del aprovechamiento de los productos alimentarios adulteración, alteración etc. No podía faltar un capítulo sobre la administración sanitaria, que se sitúa al principio de la obra, con el estudio de cuestiones de orden sanitario-legal, que interesaba conocer tanto a los facultativos como a las autoridades sanitarias en el medio rural, al provincial y al nacional. En este apartado también se refiere a las bases sobre lo que se funda la organización sanitaria del país con sus escalones más inferiores hasta la DGS y su Real Consejo Asesor, sin olvidar las diferentes Luchas sanitarias (7).

Notas acerca de la organización sanitaria norteamericana. Impresiones de un viaje. 1927 (51).

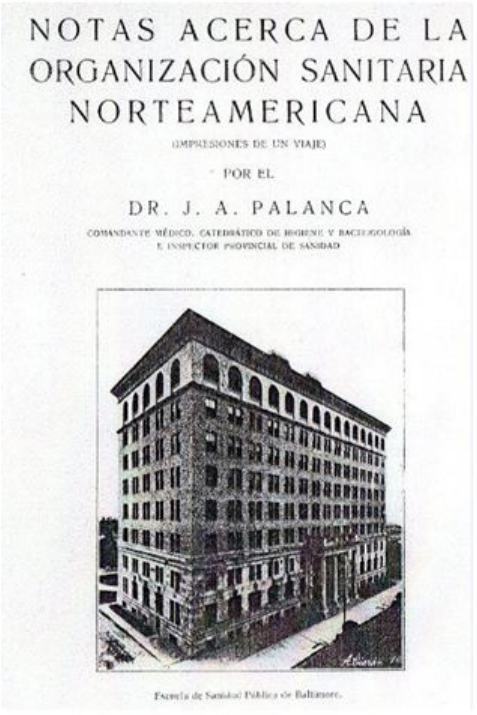


Figura 15. Portada del libro "Notas acerca de la Organización Sanitaria Norteamericana". Edificio de la Escuela de Sanidad en Baltimore. 1926 (51).

Esta publicación fue el resultado de una descripción del viaje que realizó el Dr. Palanca pensionado por la Fundación Rockefeller durante seis meses con el objetivo de conocer cómo era la organización sanitaria americana y, que llevó a cabo desde el mes de enero al mes de junio de 1926.

Durante los tres primeros meses se dedicó al estudio de los métodos de enseñanza en la *Escuela de Higiene y Sanidad de la Universidad John Hopkins*, en la ciudad de Baltimore. Más tarde se desplazó al Estado de Alabama donde estudió la organización sanitaria del Estado en Montgomery, el condado de Dothan y Andalusia, la ciudad de Birmhingham y la Lucha Antipalúdica de los ríos Tapallosa y Conecuh. En el Estado de Tennessee visitó las ciudades de Nashville, Franklin, Memphis y Trenton. Realizó un estudio sobre cómo era la organización sanitaria en una gran ciudad, en Detroit permaneciendo allí durante quince días. Finalmente realizó una estancia en Albany para conocer la organización en el Estado de New York.

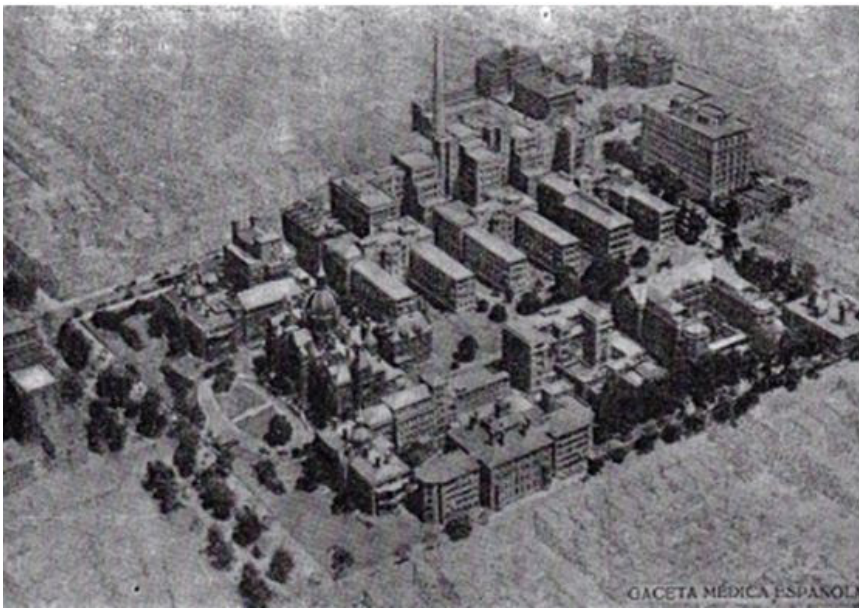


Figura 16. Fotografía aérea de la Universidad John Hopkins, en la ciudad de Baltimore (EE.UU.) (51).

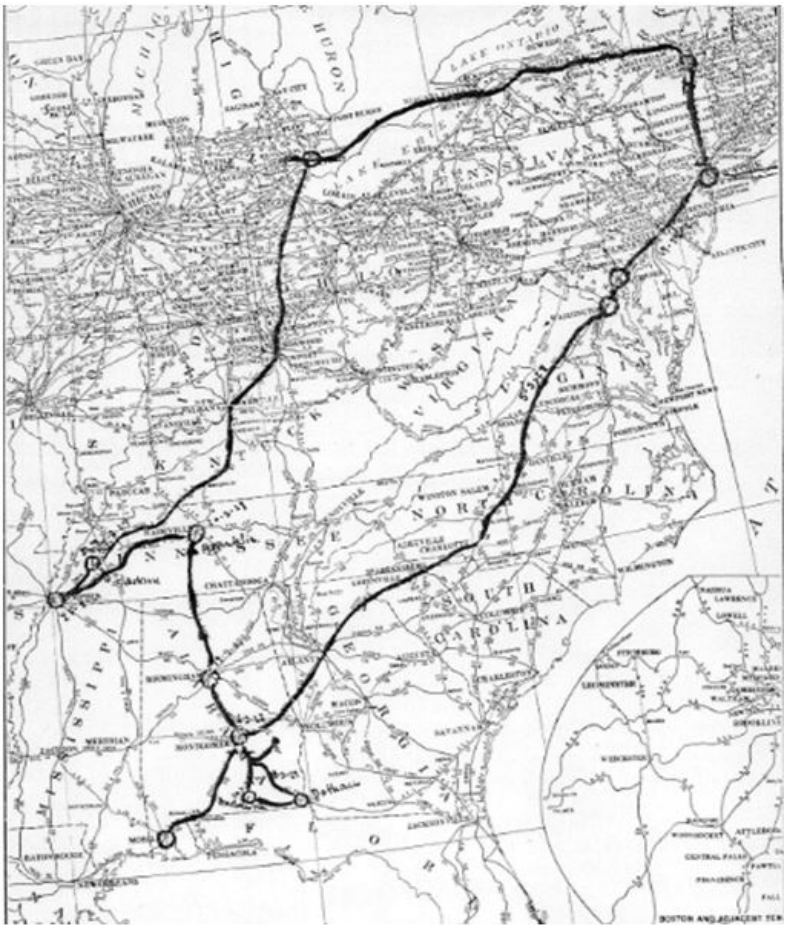


Figura 17. Mapa del recorrido de la estancia de Palanca en los EE.UU. (51).

Las bases de la organización americana eran; educar al pueblo y realizar una buena administración. Esta Escuela realizó sus inicios en el año 1918. La Fundación Rockefeller ofreció la posibilidad a la John Hopkins University de crear una Escuela de Higiene y Sanidad. La Universidad aceptó la idea y la creación de la Escuela supuso un coste de 1.000.000 de dólares, la Fundación ayudó con 5.000.000 de dólares para su sostenimiento. La Escuela era autónoma en cuanto a su funcionamiento, así el consejo de profesores se organizaba en función de sus iniciativas. Palanca hace unos comentarios comparando el funcionamiento de las Universidades americanas con las españolas. La Escuela de Baltimore disponía de trece profesores "full time". El profesorado se nombraba según los méritos e historial de cada uno de ellos.

El edificio que ocupaba la Escuela era un rascacielos, acoplado a las necesidades de los alumnos, con una clara ausencia de lujos y sentido de la economía. El edificio disponía de varios departamentos (figura 18): Administración Sanitaria, Epidemiología, Biometría y Estadística, Bacteriología, Inmunología, Zoología médica, Virus filtrables, Física y Química higiénica e Ingeniería Sanitaria.

La Escuela carecía de esa escalera monumental existente en los edificios oficiales españoles y la falta también de una lujosa sala de conferencias. En este caso había dos pequeñas escaleras de hierro, que ocupaban un reducido espacio sin elementos decorativos. La sala de conferencias tenía unas perfectas condiciones acústicas y unas butacas confortables para que el alumno pudiera estar cómodo durante las clases. La Escuela tenía diferentes tipos de alumnado:

- Aspirantes a título de doctor en Salud Pública. Estos alumnos debían ser Licenciados en Medicina y estudiar durante dos años en la Escuela con dos trimestres de trabajos prácticos en diversos países.

La Escuela tenía un carácter "no clínico", en la Escuela se repetía la siguiente frase: "*Por mucho que se haga* –decían ellos- *nunca se conseguiría que un clínico adaptara un criterio que debe informar a un sanitario*". Un aspecto que le llamó la atención a Palanca, era que se le concedía muy poca atención a la "desinfección". Quizá fuera esto porque en la mayor parte de los casos la desinfección, por muy tardía o incierta, era completamente inútil y su manejo era muy sencillo.

- Aspirantes a título de doctor en Ciencias Higiénicas. Este título podía ser concedido a diferentes profesionales, no solo a médicos. Los estudios duraban tres años con multitud de exámenes y la aprobación finalmente de la tesis doctoral.
- Los que deseaban conocer el funcionamiento de la Escuela o ampliar sus estudios en materia de Sanidad. Había una aplicación especial para los alumnos extranjeros. Todos llegaban a la Escuela bajo los auspicios de la Fundación Rockefeller, que costeaba todos los gastos.

Departamento de Biometría de la Escuela de Sanidad

Clases de la Escuela de Sanidad

Laboratorio de Zoología Médica

Laboratorio de Estadística

Figura 18. Fotografías de los diferentes tipos de aulas de la Escuela de Baltimore de los EE.UU. (51).

Programa de una Inspección sanitaria general. El programa constaba de varios apartados:

- Cuerpo de inspectores. Saneamiento del departamento de Sanidad del Estado
- Aguas. Fuentes de contaminación. Métodos de captación. Depósitos de purificación. Pozos públicos y privados. Análisis del agua y su interpretación.
- Excretas. Purificación de las aguas residuales. Sistemas de alejamiento. Peligros. Pozos negros.
- Basuras. Colección y separación. Basuras domésticas y urbanas. Deyecciones de animales. Destrucción de basuras. Incineración. Aprovechamiento agrícola.
- Inspección de alimentos. Leche. Granjas. Vaquerías. Técnicas de embase. Exámenes de laboratorio. Conservación y manejo de los alimentos. Manipuladores de alimentos.
- Causas de impurificación. Polvo. Humos. Ruidos molestos.
- Limpieza general y espacios sin edificar. Solares. Moscas y mosquitos. Palomares. Cochiqueras. Calles. Tranvías. Sistemas de locomoción.
- Condiciones industriales. Fábricas y talleres.
- Edificios públicos. Escuelas e instituciones. Hoteles. Sistemas de ventilación, iluminación, calefacción y limpieza.
- Enfermedades infecciosas. Declaración. Aislamiento y desinfección.
- Varios. Mercados. Tiendas. Mataderos. Almacenes frigoríficos. Cocinas de edificios públicos etc.

De entre las enseñanzas que se impartían en la Escuela, merecían una especial atención:

- Administración Sanitaria. Esta asignatura comprendía el estudio de las leyes sanitarias, métodos de aislamiento y desinfección de cada enfermedad, procedimientos de transmisión de cada infección, lucha contra la mortalidad y psicología de las colectividades.

- Epidemiología. Estudio de la búsqueda de los focos responsables de las enfermedades infecciosas y la forma de evitarlas aplicando criterios lógicos. La clase disponía de grandes mapas de EE.UU. que adornaban las paredes y de fichas epidemiológicas, planos, máquinas de calcular y reglas de cálculo. Los profesores repartían semanalmente un problema que luego los alumnos tendrían que resolver. El curso completo duraba un trimestre.
- Zoología médica. Esta asignatura estaba dividida en tres departamentos: protistología, helmintología y entomología. Los trabajos eran eminentemente prácticos.

Organización sanitaria del Estado y de una ciudad. Entre los dos tipos de organizaciones –Estado y una Ciudad- existían grandes semejanzas. En el Estado de Alabama, existía un *Commissioner* –similar al jefe provincial de Sanidad en España- El nombramiento del jefe de Sanidad era facultad del gobernador y era "*full time*" y no podía dedicarse a su clientela privada. Sus principales secciones eran las siguientes: Maternidad e Higiene Infantil, enfermedades comunicables, Profilaxis venérea, Propaganda, Saneamiento general, Lucha contra la Tuberculosis, laboratorios, estadística vital, enfermedades sanitarias. Recibían declaración del 80% de las enfermedades infecciosas. Disponían de una excelente organización social; las enfermeras sanitarias llevaban las acciones de los dispensarios hasta los hogares. En la figura 19, se puede comprobar cómo era la organización sanitaria en el Estado de New York.

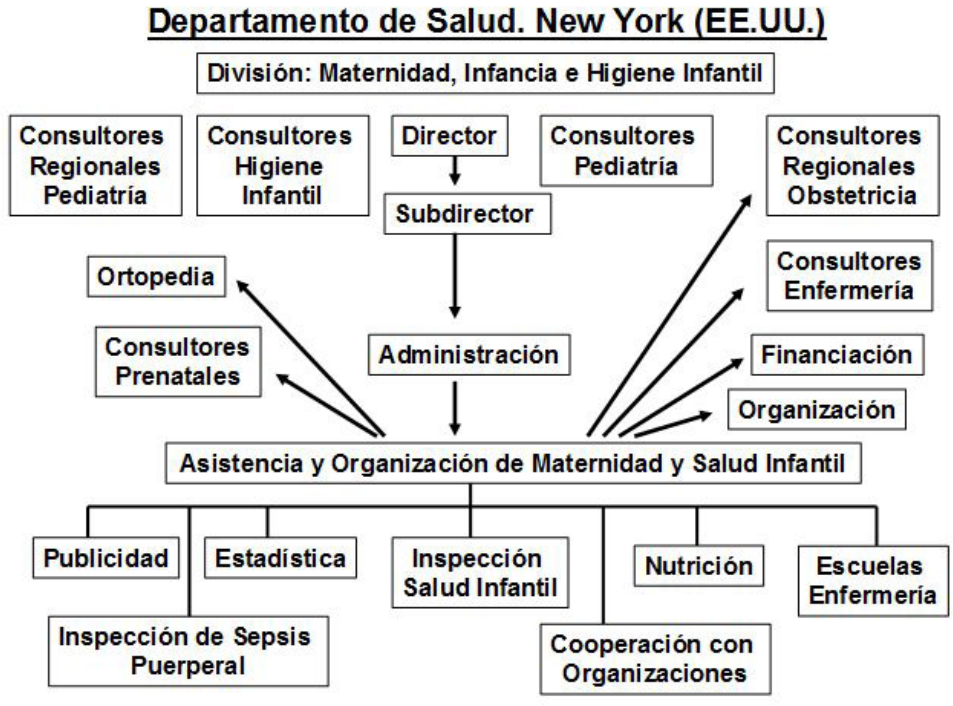


Figura 19. Esquema de la organización sanitaria en el Estado de New York (EE.UU.) (51).

El autor va comparando a lo largo de este documento, el funcionamiento de los Servicios Sanitarios americanos con los españoles. Los objetivos de sus servicios eran los siguientes:

- Preparar inteligentemente a las futuras madres.
- Hacer que el embarazo se desarrollara en buenas condiciones.
- Reducir al mínimo la mortalidad materno-infantil.
- Comenzar la educación higiénica del niño lo más tempranamente posible y prepararlo para la lucha contra las enfermedades infecciosas.

Lo que más le llamó la atención fue la propaganda a base de folletos que se enviaba a las casas de las recién casadas, en relación con su posible estado. A raíz de aquellos folletos, las mujeres acudían a los consultorios prenatales y hacían un buen seguimiento del embarazo y del niño después del nacimiento. Si esto no ocurría así, se movilizaba a las enfermeras visitadoras sanitarias para que acudieran a los domicilios. La figura de las enfermeras sanitarias era fundamental y alcanzaban los siguientes objetivos a controlar: enfermedades comunicables (tuberculosis y enfermedades venéreas), Inspección escolar, Higiene infantil, Higiene mental, inspección de comadronas, saneamiento general, servicio social, propaganda y servicios de administración.

El resultado era sorprendente, se consiguió disminuir la mortalidad infantil, el número de abortos, y la tasa de mortalidad maternal. En España hasta ese momento no había una organización seria de Higiene prenatal. La Escuela de Puericultura comenzaba a ocuparse de la puericultura intrauterina, pero era necesario que se unificaran los distintos organismos.

Existía una Inspección médico-escolar diferentes en el medio rural y en el medio urbano y existía un servicio de Odontología que ocupaba un lugar prioritario. La vacunación variólica y antitífica era voluntaria. Los escolares utilizaban vasos de papel que se destruían después de usarlos.

La educación física en las escuelas un lugar prominente, en esas clases los niños pasaban varias horas al día. La escuelas disponían de instalaciones con gimnasios, baños, duchas y grandes piscinas con el sistema de depuración de agua controlada. La Escuela americana suponía la base de la Sanidad, por el contrario la mayoría de las escuelas en España eran lóbregas. La Inspección médico-escolar brillaba por su ausencia y no había propaganda sanitaria en las mismas. Los tres servicios mejor cuidados en las escuelas americanas eran; la ventilación, la calefacción y el abastecimiento de agua potable. Con todos los puntos anteriormente descritos, se pretendía variar el estado sanitario de sus escuelas y fomentar la formación de la conciencia sanitaria. Palanca finaliza diciendo que una estrecha unión entre Sanidad y Enseñanza, podría comenzar siendo una medida efectiva para poder reducir las cifras de mortalidad (figura 20).

Figura 20. Esquema demostrativo de las actividades de las enfermeras (51).

Organización sanitaria del Condado. Durante los últimos diez años la organización sanitaria americana hizo un especial esfuerzo en el establecimiento de la Sanidad Rural. Esta organización comenzó en 1910 con catorce unidades bien organizadas y a finales del año 1925, existían ya 299 centros da Sanidad Rural. La organización del Condado suponía un coste de entre 6.000 y 20.000 dólares. El factor fundamental del éxito se basaba en la realización de una buena instrucción del personal.

La Escuela americana tenía una doble importancia desde el punto de vista sanitario, prestaba su apoyo a la escuela y el maestro se convertía en un colaborador del médico y un apóstol de la Higiene, inculcando a los alumnos desde la infancia conocimientos y principios que no abandonarían el resto de su vida. Así pues se estableció una verdadera colaboración entre la Sanidad y la Enseñanza. En las escuelas entregaban premios a los niños que cumplieran las normas higiénicas impuestas por los maestros (figura 21).

En los EE.UU., existía en las escuelas una clase especial llamada de Nutrición, en la que se les ensañaba a los niños las ideas fundamentales sobre alimentación y cuál era la ración alimenticia más apropiada para su edad. Existían una multitud de folletos, carteles, grabados, dibujos y cuentos de apoyo para los maestros (figura 22).

Figura 21. Una Escuela Rural americana (51).

Figura 22. Folletos, carteles, grabados, dibujos y cuentos de apoyo para los maestros utilizados en las escuelas americanas (51).

Proyecto de organización sanitaria en una ciudad americana de 50.000 habitantes.

- Necesidad de un plan. Lo primero era realizar un estudio a fondo de las necesidades de la ciudad, características, costumbres y recursos. El plan no podía ser una obra personal. Este plan se aprobaba en el Health Council y las autoridades de la ciudad.

- Carácter práctico del plan. Se realizaban planes en función de las necesidades de la ciudad.

- Tendencia hacia el estándar. Se unificaban los métodos sanitarios, lo que permitía comparar resultados.

- Necesidad de implantación lenta para la corrección posterior de posibles errores.

- Comité consultivo. Había un comité consultivo con reuniones quincenales compuesto de: un médico, un ingeniero sanitario, un hombre de negocios y una mujer y un hombre reconocidos en sus trabajos a favor de la ciudad.

- Jefe de Sanidad municipal. Este cargo lo ocupaba un titulado profesional versado en cuestiones sanitarias.

- Organización del departamento de Sanidad con las siguientes divisiones: administración, inspección, laboratorios (enfermedades comunicables, Higiene infantil), enfermeras sanitarias (administración, educación sanitaria pública (propaganda sanitarias a ciudadanos y a las escuelas, conferencias radiadas, boletines etc.))

Palanca decía que algunas personas pensaban que: "*Todo lo que se hace en EE.UU. era completamente inaplicable a España*", él pensaba que no era del todo cierto y que la mayor parte de lo que allí existía podía extrapolarse a nuestro país. Los americanos se caracterizaban por su amor a las cosas prácticas, por organizaciones sencillas y exentas de grandes complicaciones. Las bases de la Sanidad eran: la Educación y la propaganda a corto, medio y largo plazo. La verdadera base de la Sanidad americana había que buscarla en las escuelas, en los periódicos, en el cinematógrafo y en la radiotelefonía. En los EE.UU. estaban convencidos de que la función sanitaria exigía una perfecta especialización, obtenida a través de estudios especiales en dedicación en cuerpo y alma en el ejercicio de su cargo.

La división de enfermeras sanitarias constituía el eje de toda la organización sanitaria del Estado. Solo la ciudad de Detroit disponía de 300 enfermeras. Tenía una Escuela especial y podían dedicarse a una especialidad determinada. Sus principales funciones eran: cuidado de pacientes, lucha contra la tuberculosis, contra la indigencia, trabajos en los hospitales, dispensarios rurales, Higiene infantil, Higiene industrial, enfermedades comunicables en la infancia, epidemias etc.

Palanca resume: "*Si queremos obtener fruto de una nueva organización, hay que romper por completo los moldes antiguos y encaminar la Sanidad Nacional por nuevos derroteros*".

Palanca inicia una serie de publicaciones periódicas dedicadas a narrar sus experiencias vividas durante esta beca que obtuvo y que disfrutó en los Estados Unidos de Norteamérica. Desde allí envió una serie de "Cartas abiertas" a la Gaceta Médica Española desde los meses de septiembre a octubre de 1926 (52) (53) (54) (55) (56) (57).

Aspectos Sanitarios de la Reconstrucción de España. 1940 (58).

Palanca realiza una conferencia organizada a través de la dirección general de Regiones Devastadas. Inicia la Conferencia haciendo unas consideraciones acerca de la Higiene y Sanidad Rural que consideraba indispensable para la reconstrucción de los pueblos españoles. Hace una división de los españoles en dos grandes grupos: 18 millones de habitantes vivían en el medio rural (78,3%) y cinco millones de personas (21,7%) lo hacían en el medio urbano. En España la mortalidad había descendido desde un 30 a un 16/1.000 habitantes desde primeros de siglo y así estas cifras podían suponer un ahorro de 300.000 vidas hasta el año 1949. Las causas del descenso de la mortalidad se de-

bieron a varios motivos: económicos, culturales y sanitarias. Económicas, en España se vivía mejor a mediados de siglos que en su comienzo, las viviendas eran más higiénicas y el nivel de vida era más considerable. Culturales, el pueblo conocía mejor el origen de las enfermedades, la forma de prevenirlas y sobre todo la Higiene personal era mejor. Todos estos aspectos repercutieron directamente en el descenso de la mortalidad. Sanitarias, a principios del siglo XX no había organización sanitaria higiénica en España, se necesitó que acudiese una epidemia de peste a Portugal para que hubiese un atisbo de organización sanitaria en nuestro país. No se fabricaban sueros ni vacunas en España.

A lo largo de su discurso Palanca se hizo una serie de preguntas: "*¿Dónde fallecía más gente, en las zonas rurales o en las urbanas*?". La mortalidad en los años cuarenta era más alta en las ciudades que en las zonas rurales y las razones que daba, eran las siguientes: había un muy alto grado de contagio, allí donde las grandes multitudes se concentraban el contagio era más fácil. La tuberculosis era la primera causa de mortalidad que era lo que más se contagiaba entre persona a persona. En la práctica la mortalidad era muy alta en las zonas rurales ya que no existía una organización sanitaria, que si la había en las ciudades. En un pueblo era muy difícil acudir a un especialista. En las ciudades había servicios de desinsectación y desinfección de las aguas, sistemas de análisis de las aguas, vacunaciones preventivas y una mayor cultura sanitaria que en los pueblos. Todo este sistema hacía que las leyes naturales de prevención se invirtieran y que, en general, la mortalidad en las ciudades fuera más pequeña que en el campo.

La segunda cuestión era: "*¿Qué influencia podría tener la guerra sobre la mortalidad de la población*?". Pensaba que la mortalidad aumentaría, relacionada tanto con la tuberculosis como por otras enfermedades. Palanca opinaba que la Sanidad no era una premisa, sino una consecuencia. La Sanidad era un exponente de la cultura y de la situación económica de los pueblos. Los países atrasados en cuestiones económicas y culturales tenían una alta tasa de mortalidad y los que disponían de industrias florecientes, dinero y cultura su tasa de mortalidad era mucho más baja. Lo importante era que se volvieran a crear materias primas, para que los laboratorios pudieran producir y la gente pudiera estar mejor alimentada. Con la mejora de estos aspectos y con la puesta en marcha de medidas de vacunación preventivas, cesarían de inmediato las enfermedades infecciosas. La situación en España se tenía que resolver paulatinamente, no se podía soñar con que en poco tiempo la mortalidad decrecería a los límites de los países del norte de Europa, con climas, costumbres y razas totalmente diferentes a los nuestros.

Pueblos de menos de 5.000 habitantes: El presupuesto de estos pueblos no debía de ser mayor de 5% de sus ingresos. Palanca habla del abastecimiento de agua de los pueblos y así se refiere al Reglamento de Sanidad Municipal que decía; 50 ó 100 litros por persona. No pretendía que los pueblos de menos de 5.000 personas tuvieran distribución de agua en el domicilio, pero sí dispusieran de una fuente de agua pública controlada. Lo que más le interesaba, era una asistencia sanitaria eficiente en las zonas rurales o en su defecto mancomunarla con otros pueblos, lo mismo podía decirse de los farmacéuticos, lo que había supuesto la causa de la disminución de la mortalidad durante los años 1900 a 1940. Lo que le parecía indispensable, era que estos pueblos dispusieran de un local decoroso, donde el médico pudiera hacer sus reconocimientos, pasara visita y en caso de necesidad pudiera ingresar a dos o tres de sus pacientes y además se administraran vacunas. Otra de las cosas que consideraba esenciales era la modificación

de las profesiones auxiliares. Los practicantes y las matronas, podrían prestar servicios mucho más útiles de lo que lo hacían, consideraba importante que aumentaran su valor profesional con otro sistema de enseñanza que les permitiera auxiliar al médico en todos los terrenos, el de la asistencia, el de la prevención y el burocrático. También consideraba necesario que las matronas fueran transformándose en instructoras o por lo menos en divulgadoras sanitarias.

Población de entre 5.000 - 12.000 habitantes: en estos pueblos tampoco disponían de distribución de agua en domicilio, pero tenían una fuente de agua pública controlada cada 3.000/4.000 habitantes en su barrio correspondiente. En estos pueblos era indispensable el alcantarillado y estaban todos los propietarios obligados a enganchar las aguas residuales a la red de alcantarillado. Se prohibió la venta ambulante, teniendo que llevar todos los productos de venta a la zona de mercado. Era importante la creación de mataderos con control sanitario.

Población de entre 12.000 - 25.000 habitantes: en estas poblaciones ya era indispensable la red de distribución de agua en domicilio, como el sistema de alcantarillado, servicio municipal de limpieza y destino final de eliminación de basura, un buen matadero, mercado de ganado, cementerio, servicio y transporte de cadáveres y una asistencia sanitaria. En esta zona aparecían ya las organizaciones sanitarias conocidas con el nombre de Centros Secundarios de Sanidad, que eran consultorios con distintas especialidades; mortalidad infantil, tisiología etc. con doble finalidad de prevención y de asistencia.

Población de entre 25.000 - 50.000 – 100.000 habitantes: en estas poblaciones los servicios sanitarios se complicaban mucho más, con los Institutos Provinciales de Sanidad, los hospitales generales, los manicomios, las casas-cunas, los asilos de ancianos, las maternidades, las casas de salud, etc.

Después de la implantación de toda la organización de los servicios que se desarrolló en Regiones Devastadas, a la vez se tuvo que coordinar a las personas, que era lo que, le parecía lo más difícil de todo el proceso; unir y complementar a las personas para que resultaran homogéneos y eficientes.

Medio Siglo al Servicio de la Sanidad Pública. 1963 (14).

"Medio siglo al servicio de cualquier actividad, proporciona siempre un material de observación rico y abundante; pero si esa actividad es tan trascendente como la Sanidad de un país y el actor es un hombre de tan acusados perfiles como el Dr. José Alberto Palanca, el resultado no puede ser otro que un libro lleno de interés y ameno, que este libro que puso en circulación Cultura Clásica y Moderna. Este libro no trata de unas memorias más o menos elaboradas, ni de un ramillete de recuerdos bien adobados, sino de un buen puñado de anécdotas y sucedidos reales seleccionados al azar entre el cúmulos de acaecidos a lo largo y ancho de "Medio siglo al Servicio de la Sanidad Pública", en el que su autor, actuando en los lugares como la Cátedra, la Academia, los Ateneos, en los mandos del Ejército español, o en las Direcciones provinciales y en la DGS, fue constantemente un protagonista destacado de la pequeña historia en casi todo el presente siglo. Por todo ello, este libro abarca un panorama impresionante y si su interés es tal, que cautiva al lector y le descubre aspectos parciales de momentos históricos grandes y pequeños, que nadie como el Dr. José A. Palanca – catedrático de Higiene en la Facultad de Higiene de la facultad de Medicina, de la Universidad Complutense de Madrid, general de Sanidad del Ejército español, director general de Sanidad de España durante muchos años,

acaso más que ninguno de sus antecesores-, puede dominar como él ha dominado desde su magnífica atalaya lo que hace que su lectura sea un permanente deleite y una inagotable fuente de noticias". Texto transcrito literalmente de la contraportada del libro (14).

Figura 23. Portada del libro "Medio siglo al servicio de la Sanidad Pública" (14).

D. Juan García Torres, director de la revista Actualidad Médica, publica una nota en su revista, donde habla de este libro y dice así: "*A través de varios artículos publicados en la revista Gaceta Médica Española, la sagacidad, la fina ironía, la inteligencia y amenidad del Dr. Palanca habían quedado suficientemente patentizados. En este libro Palanca cuenta la pequeña historia de su vida, tan ligada a la historia de nuestra Patria. Especial atención tienen los capítulos de su etapa universitaria en la Facultad de Medicina de Granada con las cualidades de la época que le tocó vivir con sus virtudes y sus defectos. Se podrán cuestionar muchas de sus actuaciones públicas, pero lo que no se le puede negar es su sinceridad a la hora de enfrentarse con espinosos problemas ante los que siempre adoptó una postura con la que siempre se entregó con todo su entusiasmo. Es por otra parte digno de consignarse, la valentía con que personas e Instituciones son analizadas. En este caso, este libro corresponde a la última etapa de esta ilustre figura de nuestra Sanidad. A la hora de los comentarios como el autor del libro dice, ello todavía no es posible, porque: "A la hora de comentar algo, se necesita siempre cierta imparcialidad de juicio que solo se logra con el tiempo. Los relatos necesitan, como los monumentos de perspectiva"* (59).

El profesor Velázquez -catedrático de Farmacología de la Universidad Complutense de Madrid-, hace una crítica de este libro y publica las siguientes frases: "*La fecunda y ya larga vida del profesor Palanca, dedicada a la milicia, la docencia y a la Sanidad, servida por una gran inteligencia, no menor memoria, y un gran tacto humano y político, hacen del mayor interés todos los episodios que en la publicación relata con amenidad y sencillez*" (60).

Participación en la publicación de capítulos de libros

Infecciones de tipo gripal 1879-1918. 1919 (61).

A lo largo de este libro se describe la epidemia que sufrió España durante el año 1918, en él participan los doctores: Albasanz, Carro, Fernández Sanz, Grinda, Jiménez Asúa, Juarros, López Durán, Marañón, Márquez, Mut, Oliver, Palanca, Perera, Sievert, Tolosa Latour y Verdes Montenegro. En la tabla 26 se describen los capítulos de los temas de los que se compone el libro.

Tabla 26. Descripción de capítulos del libro "Infecciones de tipo gripal" del profesor Piga y Pascual (61).

Cap	TOMO I
1	¿Qué es la gripe? Sintomatología, definiciones, sinonimia, historia y epidemiología, caracteres generales de la epidemias, la gripe en España, epidemia gripal de 1918 y datos estadísticos 1913-1918.
2	Etiología, bacteriología y anatomía patológica.
3	Patogenia; formas torácicas, gastro-intestinales y nerviosas.
4	Sintomatología; invasión, estado, declinación y convalecencia.
5	Formas clínicas; gripe común, abortiva, predominio de un síntoma, reumatoidea, torácica bronquitis aguda, neumonía gripal, congestión pulmonar, pleuresía, formas nerviosas, cerebral, bulbar, medular, comatosa, gastro-intestinal, disenteriforme, coleriforme, tífica, formas eruptivas, metamorfósica, formas complicadas y complicaciones de la gripe.
6	Relaciones de la gripe con otras enfermedades. Pronóstico.
7	La gripe en los niños.
8	Profilaxis de la gripe. Terapéutica. Nuevas orientaciones.
	TOMO II
1	Dengue: definición, historia, tratamiento, epidemiología, diagnóstico etc.
2	Fiebre de las trincheras de Volinia de cinco días.
3	La gripe de España de 1918. La gripe en el Ejército Español. Septiembre 1918. Hospital militar de Carabanchel.
4	La gripe de España de 1918. La gripe en el Ejército Español. Septiembre a diciembre 1918.
5	Trabajos modernos relativos a la etiología de la gripe.
6	Pneumonías gripales y peste neumónica.
7	Consideraciones en el tratamiento de la gripe durante la pandemia de gripe de 1918.
8	Artículos de autores varios, entre ellos **J.A. Palanca pág. 244-257 "Gripe y psicosis".**
9	Bibliografía.

Gripe y psicosis.

Palanca realiza un análisis de la afectación del sistema nervioso por los procesos gripales no sólo en la fase aguda sino en fases posteriores a su curación. El primer estudio de gripe y psicosis se realizó durante la epidemia gripal europea 1889-1890. Se mencionan otros trabajos realizados en Europa entre 1790 y 1874 pero sin proporcionar citas bibliográficas aunque se dice que se trataba de observaciones puntuales. El autor comenta que había pocas infecciones agudas a excepción de la tífica que sobrepasasen a la gripe en origen de afecciones mentales. Las causas de la enfermedad se relacionaron no sólo la acción de los microorganismos y sus toxinas sino a alteraciones endocrinas secundarias y -ambiguamente-, refiere que los síntomas iban desde la astenia post-infecciosa hasta los "*Síndromes mentales de la más desconcertante fenomenología sintomática*".

Los fenómenos psíquicos se derivaban de la acción de las toxinas que también podían afectar a los nervios periféricos produciendo neuritis. Relacionado con ellos también existían fenómenos nutricionales y endocrinos. Otro factor importante era la condición

previa del sujeto o psicosis latente desencadenando a la infección como la facilitación del *delirium tremens* en pacientes alcohólicos. Se descartaba como psicosis gripal aquellos casos en que había meningitis o abscesos cerebrales secundarios a la infección gripal. Como causa principal relacionaba las psicosis con la acción de las toxinas que tenían una afinidad por el sistema nervioso central afectando al equilibrio vago-simpático con predomino vagal. Esta vagotonía ocasionaría las cefaleas y una meningitis serosa acompañante produciría estados estuporosos y alteraciones de carácter maníaco. Las neuritis periféricas ocasionarían vértigos y parálisis faciales o faríngeas.

La evolución de las psicosis post-gripales conducía generalmente a la curación, si es que no existía una afectación real mental previa, hasta antes insospechada. El pronóstico era en general favorable, salvo en algunos casos de estados de regresión mental incurable, en los que se hablaba de "demencia secundaria a la primitiva psicosis". El autor termina el capítulo recomendando una serie de medidas terapéuticas que podrían resultar beneficiosas apoyadas por la bibliografía de la época.

Tratado de Higiene y Epidemiología. 1941. (62).

En este libro participa Palanca con un capítulo sobre la influencia del clima en la Higiene. Al comienzo presenta una serie del concepto que tenían los distintos autores sobre la influencia del clima en la Higiene, destacando a Bouchardat y Proust, que se basaban en el aspecto higiénico: "*El clima es el conjunto de condiciones físicas de una localidad en cuanto afectan o influyen sobre los organismos vivientes*". A lo largo del capítulo desarrolla los siguientes temas: Clasificación de los climas y su influencia en la aparición de determinadas enfermedades. Estudio climatológico de la Península Ibérica. Régimen de lluvias. Estepas españolas. Estaciones climáticas de España. En la figura 24 se puede observar como era el mapa pluviométrico de España en el año 1941.

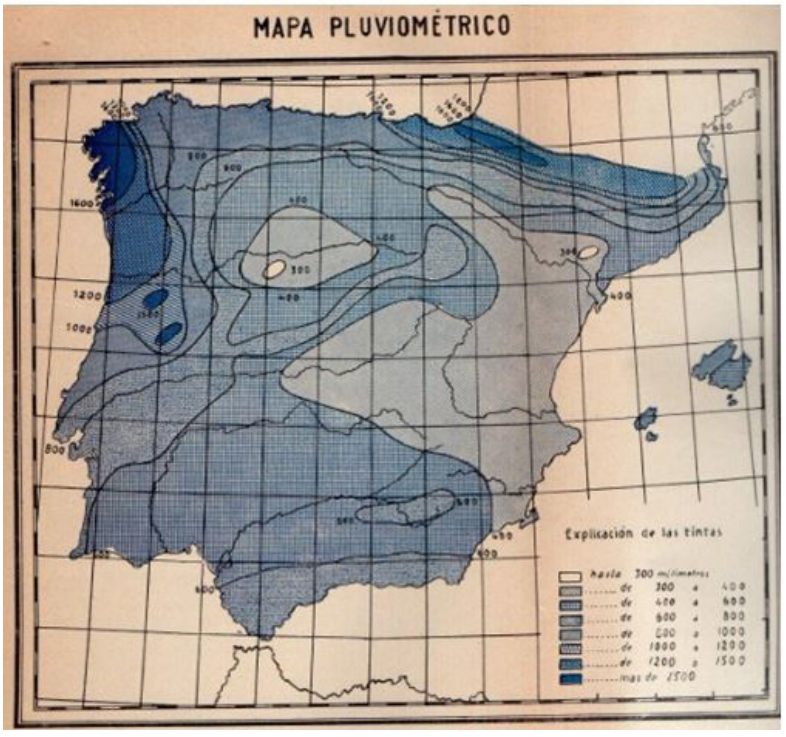


Figura 24. Mapa pluviométrico de España (62).

En la tabla 27 se presentan los diferentes capítulos desarrollados a lo largo del libro "Tratado de Higiene y Epidemiología".

Tabla 27. Índice de materias desarrolladas en el Tomo I del libro "Tratado de Higiene y Epidemiología" (62).

Capítulo	Índice de matérias Tomo I
Introducción	Concepto división histórica. Dr. Vallejo de Simón.
1	El suelo. Dr. Ulpiano Villanueva.
2	La atmósfera. Dr. Vallejo de Simón.
3	Propiedades químicas del aire atmosférico. Dr. Gerardo Clavero del Campo.
4	**El clima en Higiene. Dr. José Palanca.**
5	El agua. Dr. Sanchís Bayarri.
6	Los alimentos. Dr. Emilio Zapatero Ballesteros.
8	Higiene del vestido. Dr. Ulpiano Villanueva.
9	Higiene de la piel y del cabello. Dr. Ulpiano Villanueva.
10	Higiene de la vista y del globo ocular. Dr. Ulpiano Villanueva.
11	Higiene de la boca y de los dientes. Dr. Ulpiano Villanueva.
12	Higiene de la vivienda. Dr. Gerardo Clavero del Campo.

Tabla 28. Índice de materias desarrolladas en el Tomo I Final del libro "Tratado de Higiene y Epidemiología" (62).

Capítulo	Índice de matérias Tomo I Final
1	**Evacuación de inmundicias. Dr. José Palanca.**
2	**Las basuras. Dr. José Palanca.**
3	**Servicios complementarios de las urbes. Dr. José Palanca.**
4	**Higiene rural. Dr. José Palanca.**
5	Técnica estadística. Dr. Gerardo Clavero del Campo.
6	Dermografía. Dr. Gerardo Clavero del Campo.
7	Herencia. Dr. Valentín Matilla.
8	Higiene del recién nacido. Dr. Valentín Matilla.
9	Higiene del niño. Dr. Valentín Matilla.
10	Higiene escolar. Dr. Antonio Cienfuegos.
11	Higiene de la juventud y de la edad adulta. Dr. Valentín Matilla.
12	Higiene de la vejez y de los enfermos. Dr. Valentín Matilla.
13	**Higiene militar. Dr. José Palanca.**
14	Higiene naval. Dr. Valentín Matilla.
15	**Higiene colonial. Dr. José Palanca**

En el segundo Tomo Palanca participa en el mismo con seis capítulos.

Capítulo 1. Evacuación de las inmundicias. Aguas residuales: realiza un estudio general de las aguas residuales, peligros, recogida (excreta de hombres y animales, aguas de riego y limpieza de calles, aguas industriales y aguas de lluvia), retretes, fregaderos, aguas urbanas, alejamiento de aguas residuales de las zonas urbanas, alcantarillas, destino final de las aguas residuales, depuración artificial de las aguas residuales y procedimientos de depuración biológico artificial.

Capítulo 2. Las basuras. Recogida y transporte de basuras: destino final de las basuras, utilización agrícola, cámaras zimotérmicas, clasificación de las basuras, incineración de las basuras o destrucción por el fuego, servicio de limpieza en las ciudades.

En la figura 25 describe como eran los diferentes sistemas de recogidas de basuras en el año 1941. La figura A se refería a un coche de motor de recogida de basuras con motor giratorio; en la figura B se puede apreciar como la basura se recogía a través de toneles de intercambio; en la figura C se puede observar un detalle de un dispositivo de carga de los coches de recogida de basuras análogo al del coche de tambor giratorio de la figura A; en la figura D se puede observar cómo eran los coches de transportes de basura de la ciudad de Lyon en Francia; en la figura E se describe como eran los recipientes para la recogida de basuras tanto de los pisos de las viviendas (izquierda) como recipientes para los patios (derecha).

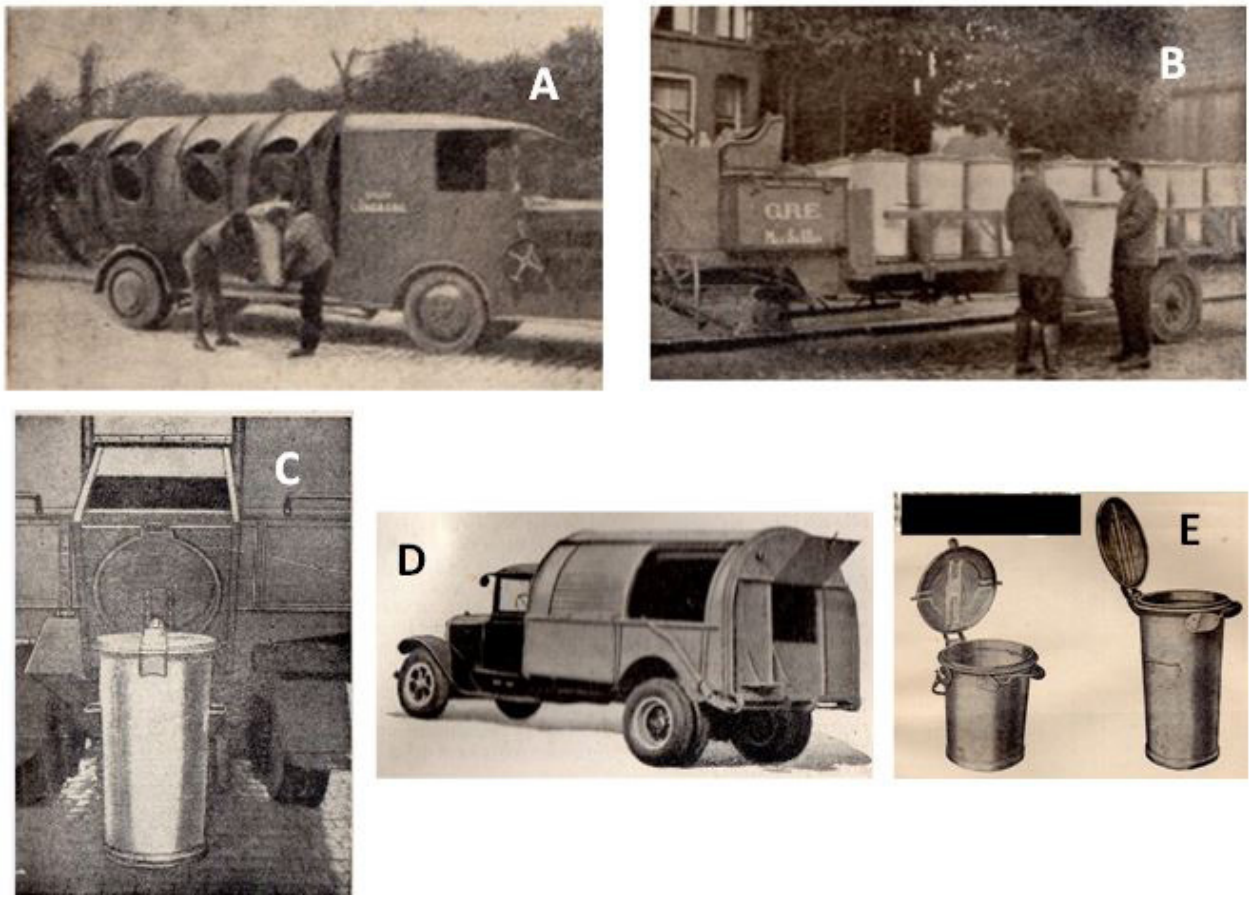


Figura 25. Vehículos de recogida de basuras (62).

Figura 26. Una pequeña estación de incineración de basuras aplicable al medio rural (62).

Capítulo 3. Servicios complementarios de las urbes

- Abastecimientos de las urbes: Mataderos y mercados.
- Higiene mortuoria: Peligros sanitarios del cadáver, embalsamamientos, enterramientos, cementerios, inhumación y cremación.

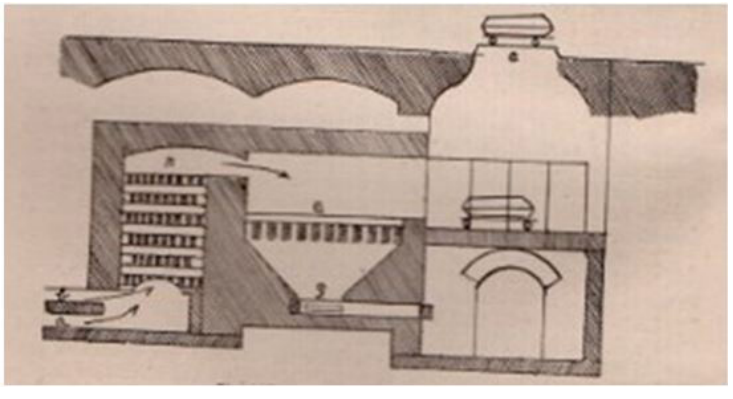


Figura 27. Horno Crematorio de Siemens (62).

- Condiciones sanitarias de los locales de reunión pública: establecimientos de albergue, asilos, espectáculos públicos, locales destinados a servicios especiales.

Capítulo 4. Higiene Rural

- Características sanitarias del medio rural: Limitación del medio rural, diversos aspectos de las colectividades rurales y características sanitarias del medio rural.
- Características económicas: Habitación, evacuación de inmundicias, trabajo rural y alimentación.
- Características culturales: Preparación del sanitario rural.

Condiciones que debían reunir un sanitario rural, condiciones de la vivienda rural, emplazamiento de una habitación rural, diferencias entre la casa rural y la urbana. En la figura 28 se pueden observar cómo era una habitación rural para organizar una cochiquera (A), como era un gallinero (B) y como se hacían las trampas para moscas (C).

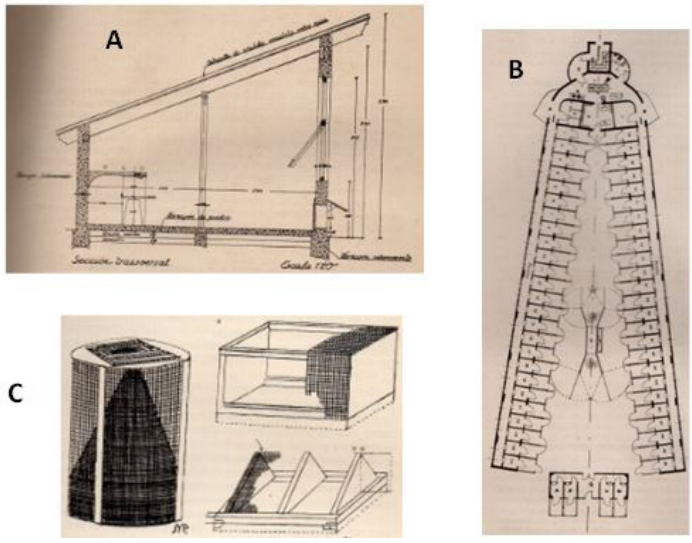


Figura 28. Disposición de las habitaciones rurales (62).

- Aprovisionamiento de agua y evacuación de inmundicias en el medio rural: Cantidad de agua necesaria, los pozos rurales, pozos Norton, pozos filtrantes, condiciones que deben reunir los pozos rurales, galerías de captación de aguas, depuración del agua en el medio rural, servicios accesorios de abastecimiento de agua en el medio rural, la evacuación de aguas en el medio rural, fosas sépticas, lechos bacterianos, las basuras en el medio rural y Servicios Sanitarios en los pueblos.

Capítulo 13. Higiene militar

- Importancia de la Higiene militar: Alojamiento de las tropas, emplazamiento de los cuarteles, distribución de los locales de un cuartel y alojamiento temporal de las tropas y trincheras.
- Vestuario y equipo del soldado: Vestuario del soldado español y equipo del soldado. En la figura 29 podemos observar cómo era la forma de la colocación del equipo en la espalda de los soldados, para evitar así las lesiones en la espalda que se pudieran ocasionar. En la figura A el equipo se colocaba en la región dorsal; en la figura B el equipo se colocaba en la región lumbar y en la figura C el equipo era colocado lateralmente.

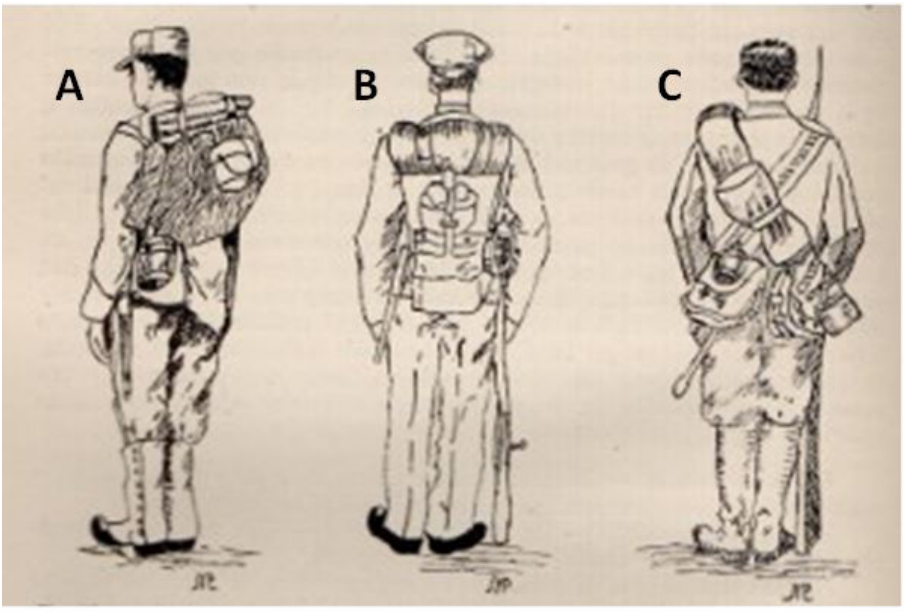


Figura 29. Diferentes formas de colocación de los equipos militares (62).

- Educación física del soldado: Se recomendaban ejercicios gimnásticos, juegos (polo, water polo, balompié, tenis), deportes (equitación, ciclismo, esquí y natación).
- Higiene individual del soldado.
- Alimentación del soldado (ración de paz y ración de guerra).
- Aprovisionamiento de agua en el medio militar: Filtración, destilación, calor y depuración química.

En Francia se utilizaba como aprovisionamiento de agua de las tropas el coche modelo Touring Club (figura 30), constaba de un aparato de depuración y de filtración, se dotaba de un coche de agua potable a cada división de Infantería.

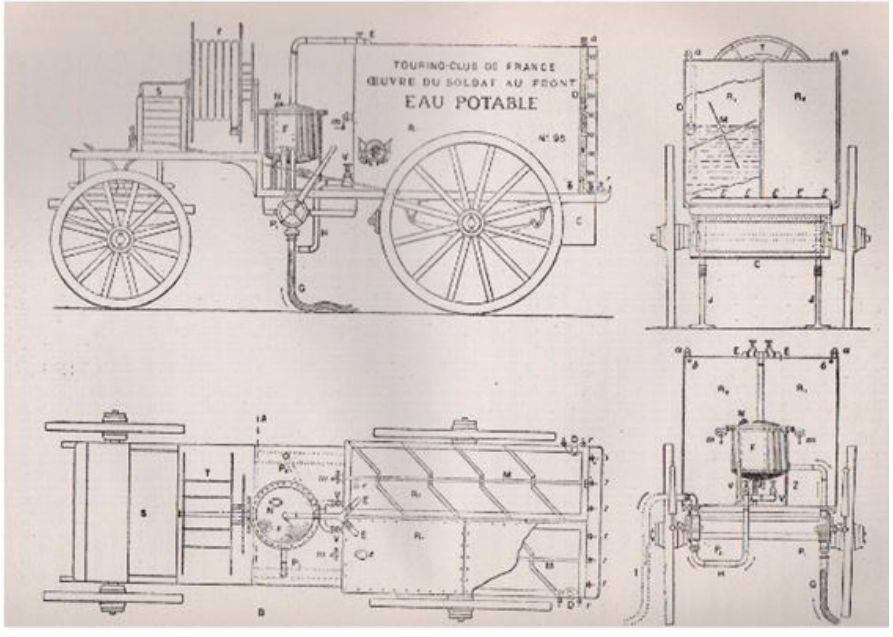


Figura 30. Coche de agua potable modelo Touring Club utilizado en Francia (62).

- Enfermedades contagiosas en el ejército (venéreas, tuberculosis, fiebre tifoidea, paludismo etc.
- Selección mental del soldado; prisioneros de guerra.
- Gases de guerra; profilaxis.
- Reclutamiento del ejército desde el punto de vista higiénico.

Capítulo 15. Higiene colonial

- Características de nuestro territorios del Norte de África: Paludismo en la zona del Protectorado español en el Norte de África, enfermedades más comunes en nuestras colonias del oeste africano (aclimatación y aclimatación artificial)

Orientaciones Actuales en Sanidad Pública (Un esquema de Medicina Preventiva). 1947 (63).

Este libro se publicó en el año 1947 en Madrid. Se realizó en colaboración con varios catedráticos; J.A. Palanca catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid; G. Clavero, catedrático de Higiene y director de la Escuela Nacional de Sanidad; E. Zapatero, catedrático de Higiene de la Universidad de Medicina de Valladolid y L. Nájera Angulo, director del Centro de Higiene de Vallecas (Madrid). El libro a lo largo de todos sus capítulos trata de cubrir parcial o totalmente la necesidad sentida en los medios sanitarios españoles de disponer de una obra de carácter didáctico de Medicina Preventiva. Los autores tenaces en su deseo de poner un poco de orden en la mente de los sanitarios, mientras ordenan la suya, se decidieron a encauzar y modelar sus propósitos hacia unas "Orientaciones Actuales en Sanidad Pública", que como no podía prometer de otra manera, sería el fruto del día, ya que los tiempos cambiaban continuamente, como se ha podido comprobar posteriormente. Este libro iba dirigido a todo el mundo sanitario. En la tabla 29 se describe la distribución de los capítulos según su forma de autoría.

Tabla 29. Distribución de capítulos y autores del libro "Orientaciones Actuales en Sanidad Pública" (63).

Autor	Capítulos
J.A. Palanca	**Lucha Antituberculosa. Orientaciones epidemiológicas.** **Lucha Antituberculosa. Bases de la organización.** **El problema de la lepra en España: Bases y orientaciones de la Lucha Antileprosa.** **Lucha contra las Enfermedades Venéreas.** **Higiene escolar.** **Higiene militar.** **La Sanidad internacional.** **Los seguros sociales sanitarios.**
G. Clavero	Conceptos y actividades de la Medicina Preventiva. La higiene en la mesología humana. Los problemas y soluciones de soleamiento, ventilación, aislamiento térmico e iluminación de la vivienda. El hombre y los animales como fuente de reservorio de virus. El aire como vehículo de infección. Los transmisores indirectos de la epidemiología: fómites. Inmunizaciones preventivas en la lucha contra las enfermedades infecciosas. Demografía sanitaria.

E. Zapatero	Evacuación sanitaria de aguas residuales. Principios fundamentales de la dietética. El agua como vehículo de infección. La leche como vehículo de infección. El aislamiento en la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas. Mortalidad infantil en España. Mortalidad maternal en España. El problema sanitario de las psicopatías: Orientaciones de la Higiene mental. Lucha contra la silicosis y otras coniosis.
Nájera Angulo	La inmunidad en general: conceptos fundamentales. La inmunidad. Resistencia específica e inespecífica. Los mecanismos de transmisión de las infecciones. La carne y otros elementos como vehículo de infección. Artrópodos: vectores de las enfermedades infecciosas en España. Desinfección. Lucha Antipalúdica. Lucha contra la Leishmaniosis visceral mediterránea. Lucha contra las Cardiopatías. Lucha contra el Cáncer. Lucha contra las intoxicaciones profesionales.

Este libro fue valorado en una publicación en la Revista de Sanidad e Higiene pública, de la siguiente manera: los temas eran abordados por los autores de una forma sencilla pero con literatura precisa. Tratan de todos aquellos temas que los sanitarios podían plantearse con mucha frecuencia y se tenían que enfrentar ante: "*La laberíntica complejidad de los problemas higiénicos*". La obra comienza con actividades en el campo de la Medicina Preventiva y el análisis en el medio presente en que el hombre se desenvuelve. Dedica un apartado especial al análisis de la vivienda y la ciudad, en lo referido a los aspectos sanitarios. Más adelante se tratan principios de la alimentación, la inmunidad, en el capítulo relacionado con la transmisión de las enfermedades infecciosas, estudia al hombre y a los animales como fuente y reservorio de virus y bacterias. También dedica un capítulo a la desinfección y desinsectación, a los métodos de aislamiento. Hay un capítulo sobre demografía sanitaria y a los medios más potentes para combatir las enfermedades infecciosas como la tuberculosis, el paludismo, la lepra etc. Incluye un capítulo sobre mortalidad y morbilidad infantil y maternal. Dedica capítulos a la Higiene en determinados ambientes como el Ejército y la Escuela, la profilaxis infecciosa internacional y un apartado sobre seguros sociales sanitarios. Los médicos, farmacéuticos y veterinarios cuyas actividades tuvieran alguna relación con la Salud Pública, tendrían a través de su lectura resuelto el agobio de su preocupación en alguno de sus apartados (64).

Sinopsis de Higiene y Sanidad. Santander 1955 (65).

En este libro se publican los resúmenes de las resoluciones de los problemas sanitarios que el médico general podía tener necesidad de conocer. En la tabla 30 se describe el índice de materias desarrolladas en el libro

Tabla 30. Índice de materias del libro "Sinopsis de Higiene y Sanidad" (65).

Capítulos	Desarrollo de capítulos
1	Elementos de estadística vital y demografía española.
2	Medio ambiente: atmósfera y el clima.
3	El agua.
4	Basuras domésticas y urbanas.
	Higiene Social.
5	Influencia de la vivienda sobre la salud.
6	La construcción.
7	La alimentación.
8	Higiene social de la infancia.
9-20	Epidemiología y profilaxis de las enfermedades transmisibles.
21	**Organización de la Sanidad Nacional e Internacional. Dr. Palanca.**

Capítulo 21. Organización de la Sanidad Nacional e Internacional. Dr. Palanca

a. Evolución de la organización sanitaria en España.

Palanca comienza hablando en este capítulo de los defectos más graves de la organización sanitaria española. Apunta como defectos graves la inestabilidad tanto en los mandos como en la propia organización. El grave defecto de nuestros centros asistenciales, era que estaban dirigidos por médicos que estaban más atentos a su clientela que a las necesidades crecientes de un hospital.

Rico Avello en una Reunión de Sanitarios Españoles, trató este tema con todo detalle. Hasta el año 1900 España fue a remolque de la situación causada por las epidemias, que actuaron como motores de la organización sanitaria. No existía dirección en los servicios sanitarios provinciales. La verdadera organización sanitaria, comenzó hacia 1900 y también lo hizo a consecuencia de una epidemia, la peste de Oporto. La DGS recayó sobre el Dr. Cortezo. Cortezo colaboró con los gobernantes que en aquel momento eran, Maura y La Cierva, de ellos nació la instrucción general de Sanidad. También surgieron entonces, los inspectores provinciales de Sanidad, que tuvieron posteriormente un magnífico desarrollo. En España, donde no existía el Ministerio de Sanidad, se necesitaba una conjunción del poder político, representado por el Ministro y el técnico, representado por el director general de Sanidad. Si cualquiera de los dos poderes fallara o lo rebasara, el resultado podría llegar a ser desastroso. En España, esta organización puede decirse que comenzó a funcionar así desde el año 1900 y ha pasado por varias etapas:

- Etapa bacteriológica. Esta etapa fue debida al Dr. Martín Salazar, coincidió con el florecimiento del Instituto de Higiene "Alfonso XIII", dirigido por Ramón y Cajal y después por Tello. La Bacteriología en España, tenía muy pocos cultivadores. Se logró crear una muy buena Escuela de sanitarios en la Sanidad Exterior y la clínica jugaba un papel secundario en el diagnóstico de las enfermedades infecciosas. Cada puerto, se convirtió en un laboratorio de Bacteriología. En ese momento surgieron también la Brigadas Sanitarias que proporcionaron medios de acción a los inspectores provinciales de Sanidad. Se creó en Madrid el hospital del Rey para enfermos infecciosos, que fue la primera incorporación de la clínica a la Sanidad oficial del Estado. Comenzó la lucha contra el Paludismo, de la mano del Dr. Pittaluga, gracias a la administración de la quinina y la acción contra la larva y el mosquito. Comenzó la Lucha contra la Tuberculosis, creándose un Patronato de Lucha Antituberculosa, presidido por la reina Dª. Victoria Eugenia. De aquella época fue también la creación en la provincia de Madrid de los sanatorios de Húmera, Valdelatas y

San Rafael. La DGS, habilitó para transformar en sanatorios los viejos lazaretos, como los de Oza en La Coruña y Pedrosa en Santander.

- Etapa Social. El inicio de esta etapa, se debió al Dr. Murillo. En materia de tuberculosis, se inauguró el sanatorio de Tablada en Guadarrama. Se iniciaron las colaboraciones con las Diputaciones Provinciales para la organización de las "Enfermerías Victoria Eugenia", destinadas en su mayoría al fracaso. Se organizaron los Institutos Provinciales de Sanidad. La lucha Antivenérea entró en una etapa de vigor y claridad social. El Estado comenzó a preocuparse del control y vigilancia de los medicamentos y se creó el control de los sueros y vacunas. La medicina rural que hasta entonces había estado abandonada, comenzó a organizarse mediante un Reglamento. Se creó la Escuela de Puericultura. España comenzó a oírse en la Oficina Internacional de Higiene Pública de París.

b. organización actual de la Sanidad en España

La Guerra de Liberación colocó la Sanidad, en un primer plano, en parte por salvaguardar a las tropas y en parte por propaganda. El criterio fue atender a lo más urgente, dejando para más adelante lo que se consideraba menos esencial. Para ello se hizo la instauración de los Institutos de Provinciales de Sanidad, los Centros primarios con la construcción de la Casa del Médico y los Centros Secundarios, una vez se estableciese la ocupación de Madrid. Los primeros objetivos tras la finalización de la Guerra Civil fueron: lucha contra las epidemias, tuberculosis, disminución de la mortalidad infantil y el control de la lepra. Más adelante se marcó otro objetivo: la lucha contra el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y el tracoma. En el momento de la publicación de este libro, la Sanidad española estaba organizada en función de las normas aprobadas en La Ley de Bases de Sanidad, aprobadas el 24 de noviembre de 1944 (Anexo 5).

La organización central estaba representada por una DGS, dentro del Ministerio de la Gobernación. De ella dependía por una parte la Organización sanitaria de Puertos y Fronteras y por otra la Sanidad Provincial y a su través la Municipal. La Sanidad Veterinaria y la Farmacéutica estaban integradas en la organización central igualmente que la Escuela Nacional de Sanidad, el hospital de infecciosos, los Servicios de Higiene Infantil y el Centro de Farmacobiología para la vigilancia de fármacos, sueros y vacunas. Existía también una Comisaría Sanitaria encargada de la vigilancia de las sociedades de asistencia médica y toda la dirección se consideraba como una entidad colaboradora del SOE para todos sus empleados.

La organización provincial. Dependía de un jefe de Sanidad médico del Cuerpo de Sanidad Nacional, subordinado en parte del Gobernador Civil de la provincia. Cada provincia tenía un Consejo de Sanidad compuesto por diversos especialistas expertos en las materias de los diferentes presidentes de los Colegios Profesionales. Además el alcalde y el presidente de la Diputación Provincial. Cada provincia contaba con un Instituto Provincial de Sanidad, con laboratorios químicos y bacteriológicos y con especialistas en diversas ramas clínicas. Un eslabón más avanzado lo constituían los Centros Secundarios de Sanidad, que eran Institutos en miniatura, situados en pueblos de importancia. Otro paso más adelante se configuró al crear los Centros Primarios y la Casa del Médico. Se trataba de proporcionar al médico de APD, una vivienda higiénica y capaz para un matrimonio con cuatro hijos, con independencia de las habitaciones de la casa, un consultorio y material para pequeñas intervenciones. Estos centros tenían la posibilidad de ingreso de

dos pacientes, aparatos de radiología y material elemental de laboratorio. El personal se reclutaba mediante el sistema de oposiciones. En cada pueblo existía un jefe de Sanidad Local, asistido por un Consejo de Sanidad Municipal y estaba presidido por el Alcalde.

Lucha contra la Tuberculosis. La Lucha contra la Tuberculosis estaba dirigida por el Patronato que presidía el Ministro de la Gobernación y del que era presidente el director general de Sanidad. Esta enfermedad era de declaración obligatoria. El número de defunciones ascendía hasta hacía dos o tres años de esta publicación a 26.000 pacientes, con la puesta en marcha del plan y la utilización de drogas descubiertas en el momento, la mortalidad descendió a 12.000 pacientes (46,15%). Se construyeron numerosos sanatorios con grandes capacidades para pacientes tuberculosos e igualmente se construyeron preventorios para evitar enfermedades a los familiares de pacientes. La acción se complementó con la vacunación preventiva de la BCG y medidas de carácter social.

Lucha contra la Lepra. Al terminar la Guerra Civil, solo existía una leprosería, la de Fontilles en España. El primer trabajo fue conocer con exactitud el número de pacientes con lepra que había en España. Se censaron 4.000 pacientes. Se eligió el Balneario de Trillo en Guadalajara y se construyó una leprosería para 800 enfermos. Igual que en el caso de la tuberculosis, se crearon preventorios. Se complementaron medidas en el aspecto del campo laboral de los pacientes, proporcionando trabajo entre los leprosos y ayuda a sus familiares.

Lucha Antivenérea. Se crearon equipos móviles en los Institutos Provinciales para la búsqueda de pacientes con enfermedades venéreas.

Lucha Antipalúdica. El paludismo en España ya estaba camino de extinción en los años cincuenta, gracias a las medidas que se habían implantado. Los descubrimientos terapéuticos, los modernos insecticidas usados contra las plagas del campo, hicieron que de más de 500.000 enfermos palúdicos, se descendiera a 4.000 casos.

Mortalidad infantil. En los años cincuenta la mortalidad infantil estaba en descenso. Al final de la Guerra Civil, morían 100/1.000 niños nacidos (10,00%). En 1954 se consiguió que esta cifra bajara a 48/1.000 en menores de un año (4,80%). Estos resultados se obtuvieron a consecuencia de la mejora del aumento de la cultura de las madres en materia de Higiene materno-infantil a través de los dispensarios de Puericultura diseminados por todo el país y especialmente por la acción de las Escuelas de Puericultura.

Lucha contra las cardiopatías y el cáncer. Fue Bilbao la primera ciudad en establecer un centro dedicado a estas enfermedades.

Lucha contra las epidemias. Las epidemias exigían unas medidas permanentes, que se llevaban a cabo desde los Institutos Provinciales de Sanidad.

Asistencia Psiquiátrica. Fue el asunto más descuidado de este país. Hubo que vencer muchas dificultades, pero al final las Cortes en marzo de 1955, aprobaron una nueva organización y fue regida por un Patronato de Psiquiatras, religiosos, representantes de Diputaciones, el Ministro de la Gobernación y el director general de Sanidad (Anexo 2).

c. Crítica de la Organización Sanitaria española

La Organización Sanitaria española fue construida muy deprisa y, a retazos, por lo tanto presentaba muchísimos defectos, especialmente una falta de unidad, que disminuía eficiencia y hacía que aumentara la carestía. Los servicios se superponían, así pues existían servicios dobles destinados a una misma finalidad en muchas poblaciones españolas. La retribución del personal sanitario era escasa y corta, lo que les obligaba

a tener múltiples destinos para poder sobrevivir. Daba la sensación de que todos habían querido ir muy deprisa sin contar con los demás y de que ninguno había querido o podido llegar al fondo de los problemas, limitándose con ello a desflorarlos. Así y todo se hicieron muchas cosas tanto en el campo del diagnóstico como en la terapéutica y la profilaxis. Las epidemias desaparecieron y la mortalidad descendió considerablemente. Quedaba el trabajo de suprimir lo innecesario, para poner en relación unos servicios con otros y dotar a todos de la máxima eficiencia.

d. Sanidad Internacional

En la Conferencia de Roma (Italia) celebrada en el año 1907, se formó la Oficina Internacional de Higiene Pública, que residió en París (Francia), hasta el final de la Segunda guerra Mundial. Esta oficina tenía varios objetivos: aviso de situaciones epidemiológicas, publicación de un Boletín Epidemiológico, realización de trabajos sanitarios y realización de Reuniones Anuales en París (Francia). Todos los países tenían que pagar una cuota moderada. Más adelante comenzó a funcionar en Ginebra (Suiza), el Comité de Higiene de la Sociedad de Higiene de la Sociedad de Naciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS), era un organismo dependiente de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). La misión era la de informar acerca del estado sanitario del mundo y la ayuda a la realización de las campañas sanitarias en los países pobres. El presupuesto de la OMS era de 10.000.000 de dólares. Los países miembros tenían que pagar una cuota de ingreso de 30.000 dólares y una prima anual relacionada con los gastos. La reunión anual se celebraba en Ginebra, aunque aquel año, en 1955, se celebró en Méjico. En América existía además El Bureau Sanitario Panamericano, que residía en Washington. Su principal objetivo era la lucha contra la fiebre amarilla en todos sus aspectos. En el mundo entero también existía una organización UNICEF, que en España intervenía en tres campañas sanitarias: Lucha Antivenérea, Lucha Antitracoma y en la colaboración de los cuidados de niños prematuros.

e. consideraciones finales

Palanca finaliza este capítulo apuntando varias cuestiones:

- La organización sanitaria internacional sería más potente cada día, pues las enfermedades infecciosas no reconocerían fronteras y por otra parte, la facilidad de comunicaciones tanto marítimas como aéreas, haría más intenso el intercambio de las mismas.
- Las autoridades sanitarias tendrían que estar atentas en el futuro, al movimiento sanitario internacional, para conocerlo y estudiarlo en todo momento.
- También había que tratar de implantar solo aquellos conocimientos en España, que fueran útiles, que pudieran convenir y siempre tener presente un espíritu de crítica para poder rectificar aquellos aspectos sanitarios, que se debieran modificar.

Figura 31. Solemne Sesión Inaugural de la RANM del Curso Académico 1955 (66).

Prólogos de libros publicados por José Alberto Palanca Martínez-Fortún

El Peligro de la Peste en España. Delgado, Eduardo. 1924 (67).

Palanca comienza el prólogo diciendo que desgraciadamente se había perdido el miedo que las epidemias de peste provocaban entre el pueblo a principios de siglo XX. Había caído en el olvido el horror descrito por nuestros antepasados en relación con las plagas del siglo XIV, ocasionadas por el bacilo de Yersin. La aparición de un foco de peste en Oporto en 1899, provocó en España una alarma, que después no tuvo gran trascendencia. Todo esto obligó al Gobierno a adoptar medidas defensivas, y en consecuencia a la creación de la DGS y el nombramiento del Dr. Cortezo, que supo defendernos de aquel peligro de invasión pestosa y, asentar las bases de la organización sanitaria. El Instituto Alfonso XIII tuvo su origen en aquella epidemia pestosa de Oporto. Palanca alude al dicho popular: "*Hágase el milagro y hágalo el diablo*."

En este libro se recopilan los conocimientos que se tenían en relación con la peste de primeros de siglo XX. En la tabla 31 se presentan los temas tratados a través de los diferentes capítulos del libro.

Tabla 31. Índice de materias que se desarrollan en el libro "El peligro de la peste en España" (67).

Capítulos	Índice de materias
Prólogo	**Dr. JA. Palanca**
1	Preámbulo histórico.
2	Etiología, agente determinante de la peste.
3	Especies animales que pueden transmitir la enfermedad: ratas, marmotas, espermófilo, musaraña, gato, perro, camello, otros animales y hombre.
4	Insectos, pulgas, chinches, piojos y moscas.
5	Desarrollo de epidemias, focos epidémicos, extinción de focos, intervenciones, causas de epidemias, influencias en las epidemias (humedad, temperatura, inmunidad, lluvias y portadores de microorganismos).
6	Diagnóstico: clínico, bacteriológico y de laboratorio.
7	Profilaxis: declaración obligatoria, aislamiento, vacunación, desinfección, desratización, desinsectación y despiojamiento.
9	La peste en España.
10	Profilaxis de la peste en los puertos, gas Piktolin, profilaxis en las urbes, profilaxis en cuarteles, vacunación y sueroterapia antipestosa.
11	Bibliografía.

Propugnadores ilustres. Primeras palabras del Dr. Palanca. Huerta Luis. Eugénica. 1927 (68).

Palanca conoció a Luis Huerta siendo este último alcalde de San Lorenzo de El Escorial (Madrid). Junto a él trabajaba Pérez Lorente, un delegado gobernativo que define como modelo. Juntos consiguieron que la estación sanitaria de El Escorial se llevase a cabo con éxito. Más adelante comenzaron los primeros trabajos de la organización sanitaria. Este modelo de funcionamiento pudo después ser imitado a otras localidades. En aquel caso la unión de un inspector de Sanidad y un maestro puso en realidad la iniciativa de aquel, así aseguró su desarrollo posterior.

En aquel momento Huerta habló con Palanca acerca de sus iniciativas en relación con la custodia integral del niño en el ciclo de pre-escolar que él cristalizaba en su proyecto de Hogar Infantil. Definía el proyecto como una institución de salvaguardia del niño y actuaba entre el Instituto Nipiológico (el objetivo de la creación de estos institutos era disminuir la mortalidad infantil mediante consejos a las madres del modo de cuidar los niños, así como la ayuda en su alimentación) y la escuela primaria, ocupando así el espacio existente entre el periodo de lactancia y el escolar, apartando al párvulo del ambiente callejero tan frecuente en aquel pueblo. Unos meses más tarde comenzaron las obras del Hogar Infantil y finalmente este fue inaugurado. Palanca insiste en la estrecha unión que debería existir entre maestros y sanitarios, para poder mejorar el porvenir español. El camino hacia el progreso se abriría si se pudiera contar con alcaldes cultos, concejales que tuvieran una ligera idea de las nociones de Higiene y Sanidad para el desarrollo de su pueblo y supieran inculcar a la masa de su población estas ideas. Todo ello correspondía claramente a los maestros, que debían ir por delante, abriendo camino y librando de los peligros que jamás se podrían sortear de otra forma. El presente libro trata de conocer los principios generales de la Eugénica y además lucha contra la hipocresía en materia de educación sexual. Tendrían que pasar muchos años hasta que las costumbres del pueblo español se pudieran llegar a modificar sin alarmar a nadie.

Figura 32. Primer Curso Eugénico Español celebrado en Madrid, 1930. Reunión preparatoria del curso, celebrada en la Redacción de Gaceta Médica Española, bajo la presidencia del profesor S. Recasens y con asistencia de los señores Palanca (segundo por la izquierda), Hoyos Sainz, Samper, Huerta, Noguera, Sainz de los Terreros, Carrillo Guerrero, Bauer, etc. (69).

Técnica epidemiológica y elementos de desinfección aplicados al medio rural. Vallejo de Simón, Antonio. 1928 (70).

Palanca describe la definición de la Epidemiología y de las técnicas epidemiológicas. Entendía la "*Epidemiología como una serie de sumandos que es preciso conocer y combinar para poder llegar a conclusiones de carácter práctico*." El laboratorio debía dar un diagnóstico firme y le correspondía a la Epidemiología sugerir el método de propagación de la enfermedad. La verdadera finalidad de la investigación epidemiológica era la investigación de las condiciones relacionadas con cada caso y así deducir las fuentes esenciales de contagio y los caminos posteriores de propagación, para después poder fijar las leyes que regían los fenómenos epidémicos. La determinación de las leyes que regían las epidemias era un asunto muy complejo, que requerían observaciones muy extensas y la aplicación de técnicas estadísticas y métodos matemáticos avanzados. Además podían estos ser utilizados como métodos predictivos para en el futuro la resolución de otras epidemias desde sus comienzos. Este libro finaliza con nociones sobre desinfección, lo que era considerado muy útil ya en los años veinte. El Dr. Vallejo resumió en este libro sus grandes conocimientos, contrastándolos con su experiencia en el hospital del Rey y el Instituto Provincial de Higiene. En la tabla 32 se pueden observar los temas que se tratan a lo largo del libro.

Tabla 32. Índice de capítulos del libro "Técnica epidemiológica y elementos de desinfección aplicados al medio rural" (70).

Cap.	Índice de Materias
Prólogo	**Dr. Palanca**
1	**Diagnóstico**; diagnóstico clínico, obtención de muestras microbiológicas, investigación epidemiológica, tipos y medios de cultivo.
2	**Investigación Epidemiológica**; fuentes de infección, vehículos de infección (insectos vectores, agua y productos alimenticios).
3	**Aislamiento de pacientes**; técnicas.
4	**Desinfección**; diferentes agentes (naturales, físicos y químicos), desinsectación, desratización, depuración de aguas.
5	**Desinsectación**; mosquitos, piojos y otros insectos.
6	**Desratización**; sulfurización, cianhidrización.
7	**Depuración de las aguas**; javelización y clorinación.
8	**Declaración de obligatoria de casos y estadística.**

El gran problema Farmacéutico. Sotero Baras Ríos. 1930 (71).

Para Palanca el trabajo del Dr. Baras tenía una notable actualidad, ya que el problema farmacéutico era un problema siempre candente, pero además hubo un decreto farmacéutico por aquellas fechas que transformaba o pretendía transformar la profesión farmacéutica. El primer paso suponía la limitación del número de farmacias. Los nuevos partidos farmacéuticos, la nueva clasificación de titulares, no era otra cosa que una limitación condicionada parcial de las farmacias. Más tarde se iría hacia la unificación de los precios una etapa indispensable para acometer los problemas de los grandes laboratorios de producción nacional, punto final hasta donde llevó el autor de este libro sus entusiasmos profesionales. Alude a una frase de Rousseau que decía: "*Empobrécelos y los envilecerás*", esta frase que con tanta oportunidad traía a colación este libro. Termina su prólogo diciendo: "*De la sabia amalgama de unos y otros tiene que salir la Farmacia del porvenir, que, hay que esperar pensando de una manera optimista, que borre para siempre los tristes recuerdos que la situación nos inspira en la actualidad*" y así el libro del Dr. Baras comenta Palanca llegó como "*pedrada de ojo de boticario*".

El autor relata unas notas en el prólogo y dice que en el año 1923 en un artículo de la "Dignificación Farmacéutica", ya dio la voz de alarma ante la evidencia de la situación tan grave en que se encontraba la Farmacia en España y así señaló la conducta que se debía seguir para salvar esta situación. Los farmacéuticos españoles se sentían desalentados ante la situación silenciosa de la administración. En 1926 este autor comenzó a publicar en un diario jienense, el "Norte Andaluz" una serie de artículos sobre: "*El gran problema farmacéutico*", que fueron progresivamente interesando a la población andaluza. Todo esto hizo que el autor decidiera acceder a la prensa de Madrid y así el diario El Sol realizó su publicación. Este libro se fraguó con las materias publicadas en aquellos artículos y con otras que se consideraron posteriormente de interés para la Farmacia.

Tabla 33. Temas tratados en el libro "El gran problema farmacéutico" (71).

Capítulos	Temas
Prólogo	**Dr. Palanca**
1	Qué es la Farmacia. Quién es al farmacéutico.
2	Necesaria organización de la Farmacia y sus servicios.
3	Laboratorios de productos farmacéuticos en España.
4	Específico y especialidades farmacéuticas, definición y alcance. Reglamentación de 1918.
5	Carestía especifiquista. Hacia el derrumbe de la terapéutica.
6	Hispanofobia y xenofilia. Especialidades extranjeras.
7	Enseñanza en las facultades.
8	El farmacéutico al salir de la facultad.
9	La farmacia mediatizada en su función social.
10	Análisis previo de los medicamentos. Farmacias centro-provinciales. Inspección farmacéutica.
11	Derechos de las viudas y huérfanos. Auxiliares de farmacias.
12	Farmacéuticos titulares, gratificación por residencia. Farmacias municipales.
13	Intrusismo profesional.
14	Colegios farmacéuticos. Pensiones a viudas, huérfanos e inutilizados por enfermedad, edad o accidente.
15	Las especialidades farmacéuticas, reglamentación científica.
16	La ciencia en Sanidad. La Farmacia, la Medicina; consideraciones. Resumen de la organización.

Esquema de Lucha contra las Enfermedades Infecto-Contagiosas. Morales y González Juan L. 1939 (72).

Este libro como escribe Palanca en su prologo, sale a la luz en un momento en España en que el país no pensaba en nada que no estuviera relacionado con la Guerra Civil, mientras que los sanitarios españoles no habían perdido el entusiasmo por su profesión -palabras de Palanca, en los trágicos momentos aquellos-. Las guerras no solo se ganaban en los frentes, también en las retaguardias, en donde las enfermedades hacían estragos en las poblaciones. Había una retaguardia desmoralizada, un peligro inminente, falta de alimentación, pero había ansias de renovación.

Palanca presenta al autor del libro como una persona de 40 años de edad, entusiasta, publicista, clínico y sociólogo. Representaba a la moderna generación de puericultores, dinámico y ambicioso en el buen sentido de la palabra, que salen al encuentro de la enfermedad apartándola del camino del niño. El libro era un eslabón más, en la cadena de trabajo de este médico sevillano.

Higiene y Epidemiología Militar en Campaña. R. Criado Cardona y J. Martínez Bruna. 1940 (73).

Palanca comienza el prólogo del libro "Higiene y Epidemiología Militar en Campaña", considerando a la Higiene como el tipo de ciencia de aplicación y por lo tanto la Higiene Militar tenía la característica que le daba el medio castrense, especialismo. Consideraba absolutamente necesario la existencia de una Higiene Militar y una Epidemiología castrense. Palanca utilizó el término "fracaso del higienista", ya que solo era valorado en ese aspecto. Cuando existía el triunfo nadie lo veía, ni nadie lo comentaba, ya que esto era de tipo negativo. Nadie se preocupaba de que no existiera el tifus ni la viruela, el público creía que era natural la no existencia de enfermedades infecciosas y jamás se preguntaban por qué no existían.

Cuando aparecía el juicio crítico era cuando se presentaba una anormalidad sanitaria y en aquel caso los comentarios siempre eran en contra. Lo único que se podía esperar era una aprobación de una minoría selecta limitada a los mismos higienistas.

En cuanto a comentarios militares, en el prólogo describe como los desastres militares solían depender más que de la acción de los proyectiles, de las faltas o de la ignorancia en materia de Higiene. En la tabla 34 se describen las bajas de los soldados por diferentes causas en varias batallas diferentes libradas y se puede observar como la mayoría de ellas fueron causadas por problemas de carencias de Higiene.

Tabla 34. Causas de bajas en las diferentes guerras y años (73).

Año	Guerra	Bajas
1489	Real Santa Fe. Reyes Católicos	**17.000 defunciones por tifus exantemático.**
1792	Campos Valmy Francia. Duque Brunswick	**30.000 defunciones.** 2.000 heridos. 28.000 enfermos.
1855	Guerra Crimea (Franceses)	**95.000 defunciones.** 20.000 heridos. 75.000 (cólera, FT, tifus y disentería).
1869	Ceuta, O´Donnell	Cólera.
1896	Cuba	**10.610 defunciones enfermedades.** 23580 fiebre amarilla. 33402 paludismo. 1056 Tuberculosis. 1262 Disentería. 363 Heridas.

En el caso de Francia se movilizó a 9.000.000 de hombres, los muertos por enfermedad supusieron el 19/1.000. En la tabla 35 se describen 1.325.000 defunciones, de ellas: 674.700 (50,90%) soldados muertos en combate, 250.000 (18,9%) muertos por consecuencia de las heridas, 175.000 (13,2%) muertos por enfermedad y 225.300 (17,0%) desaparecidos, lo que supuso un total de 1.325.000 (14%) defunciones.

Tabla 35. Cifras de fallecimientos referentes al Ejército francés en la Gran Guerra (73).

Fallecimientos	Número (%)
Muertos por consecuencia de heridas	250.000 (18,9%)
Muertos por enfermedad	175.000 (13,2%)
Desaparecidos	225.300 (17,0%)
Muertos en Combate	674.700 (50,9%)
TOTAL	**1.325.000 (14,0%)**

Palanca comentaba que las tropas en aquel momento se encontraban bien alimentadas, no faltaba el agua y el jabón, elementos esenciales en la epidemiología. Por primera vez en la historia de España, se disponía ya de una buena organización sanitaria y las tropas estaban bien vacunadas, se disponía de elementos de desinfección y despiojamiento. Todos aquellos aspectos unidos hicieron que desaparecieran las enfermedades infecciosas. Hizo alusión a aquella frase del Mariscal de Sajonia cuando afirmaba que en las piernas de los soldados estaba todo el secreto del triunfo de un ejército, aquello era verdad cuando los soldados tenían que atravesar el desierto para llegar a San Juan de Acre y les importaba más el llegar que el librarse de la peste. En aquel momento lo que

era más interesante era no tener enfermedades, porque los camiones sustituían a las piernas de los soldados.

Termina creyendo que lo más eficaz era la colaboración anónima de todos, no el trabajo de un hombre, sino el esfuerzo de muchos de ellos. Y esto es lo que parece que logró el teniente coronel Criado, autor de este libro, una organización sanitaria a la cual contribuyeron todos, civiles y militares, combatientes y población civil. Cada uno dio lo que tenía y a cada uno se le colocó en el sitio en que podía rendir más.

Tabla 36. Temas tratados en el libro "Higiene y Epidemiología Militar en Campaña" (73).

Capítulos	Temas
Prólogo	**Dr. Palanca**
1	Alimentación del soldado.
2	Alimentación insuficiente.
3	Vestuario-equipo.
4	Marchas.
5	Aseo Personal.
6	Higiene de los campamentos.
7	Alojamiento del soldado en campaña.
8	Aprovisionamiento hídrico de las tropas en campaña.
9	Tratamiento de las deyecciones sólidas y líquidas.
10	Basuras y estercoleros.
11	Profilaxis general de las enfermedades infecciosas.
12	Epidemiología especial: sarampión, escarlatina, viruela, gripe, meningitis, parotiditis, difteria, infecciones tifi-paratificas, profilaxis de las afecciones tifo-paratíficas, afecciones disentéricas, cólera, paludismo, leishmaniasis, grupo de los tifus exantemáticos o rickettsiosis, tifus recurrentes, fiebre de las trincheras, tularemia, peste, tracoma, brucelosis, rabia, muermo, triquinosis, sodoku, carbunco, anquilostomiasis, espiroquetosis ictero hemorrágica o enfermedad de Well, tiñas, sarna, tétanos, gangrena gaseosa y enfermedades venéreas.
13	Epidemiología y profilaxis de las intoxicaciones alimenticias.
14	Afecciones parasitarias del aparato digestivo.
15	Higiene colonial.
16	Desinfección.
17	Desinsectación.
18	Desratización.
19	Saneamiento del campo de batalla.
20	Servicios de Higiene en campaña.
21	Alimentación, campamentos, marchas, aprovisionamiento hídrico, letrinas, hornos crematorios.
22	Ficha epidemiológica de la fiebre tifoidea, ficha epidemiológica del tifus exantemático, rabia, profilaxis venérea.
23	Desinfección y desinsectación.
24	Laboratorios automóviles.
25	Identidad del personal en campaña.
26	Agresivos químicos.
27	Tropas de Sanidad Militar. Cartilla de Higiene del soldado en campaña.
28	Higiene Militar.
29	Bibliografía.

El Problema del Cáncer, sus aspectos científicos más interesantes. Francisco Martínez Nevot. 1940 (74).

El Dr. Martínez Nevot llegó a Burgos en diciembre de 1938 para dirigir uno de los hospitales militares de la entonces capital de España. Un día en Radio Nacional había comentado un médico, que había descubierto un procedimiento infalible para curar el cáncer, esta noticia cayó muy mal en el estamento médico y se tachó de injusta. Aparte de una rectificación oficial inmediata al servicio de propaganda, se realizó una conferencia en la que el Dr. Nevot enseñó el estado actual del problema del cáncer en todos sus aspectos. Este fue el origen de las páginas que se publican en este libro. Las conferencias se realizaron en el Instituto de Higiene y en el Colegio de Médicos de Burgos. Cada noche la radio transmitía un resumen de su conferencia. El famoso médico que curaba el cáncer, no quiso acompañar al resto de sus compañeros. Fue indudable que la Sanidad española no podía quedar impasible ante una noticia sin ninguna base científica. Cuando terminó la guerra el Instituto del Cáncer quedó destruido, hubo que reconstruirlo. Todo estaba por hacer y el edificio ya no existía. El *radium* fue robado y era irrecuperable, no había instalaciones de radioterapia. La novedad que se avecinaba era la reconstrucción de España.

Tabla 37. Índice de capítulos del libro "El Problema del Cáncer, sus aspectos científicos más interesantes" (74).

Capítulos	Temas
Prólogo	**Dr. JA. Palanca**
1ª parte	
1	Introducción; motivos de las conferencias, enigmas del cáncer.
2	Interés del problema, trascendencia (científica, social y familiar).
3	Concepto actual del cáncer.
4	Generalidades, causas de orden físico y químico. Seres vivos como causa del cáncer.
5	Conclusiones.
2ª parte	
6	Evolución histórica de las ideas científicas.
7	Insuficiencia de los resultados de las investigaciones.
9	Nuevas doctrinas.
10	Teorías antiguas.
11	Primeras Proposiciones; Alfa, Beta, Gamma.
12	Segundas Proposiciones; Alfa, Beta, Gamma.
13	Conclusiones.
14	Tercera proposición.
15	Conclusiones.
3ª parte	
16	Métodos diagnósticos.
17	Resumen y conclusiones.
18	Tratamiento del cáncer.
19	Energía radiante: Alfa y Beta.
20	Terapéutica médica del cáncer: Alfa y Beta.
4ª parte	
21	Historia de la obra anticancerosa española.
22	Labor realizada en la Sección de Investigaciones químicas del Instituto del Cáncer.
23	Proyecto de organización de Lucha contra el Cáncer.

Tifus Exantemático: etiología, clínica y profilaxis. Clavero, G. Pérez Gallardo, F. 1941 (75). En los años cuarenta del siglo XX este libro tuvo un valor excepcional cuando existía una gran preocupación por el tifus exantemático, y fue muy oportuno por el momento epidémico en que se publicó. El Dr. Clavero hace una descripción del tifus exantemático en su libro, desde todos los puntos de vista; histórico, geográfico, etiológico, clínico, anatomopatológico, inmunológico, terapéutico y profiláctico. Palanca trata en su prólogo de los aspectos político y administrativo de la epidemia del tifus exantemático. Él consideraba que aunque los científicos despreciaran estos aspectos sería un error el hacerlos, ya que era evidente que el epidemiólogo que se tenía que enfrentar a este problema, requería estar muy bien preparado para dirigir a un medio social cambiante y cuyas características no podían preverse en los tratados epidemiológicos.

El estado sanitario de un país no era algo aislado y sin conexión con su situación social y económica, sino su consecuencia. Pasa a continuación a describir como fueron sucediéndose los diferentes brotes epidémicos de tifus exantemático que fueron ocurriendo desde la guerra civil, lo llamaban "*Tifus castrense… Tifus de las cárceles… Tifus del hambre y de la miseria*". Ninguno de los nombres era fruto del capricho, sino estaba relacionado con la observación. En el caso de España, mezcla de la Guerra Civil y la Segunda Guerra Mundial, todo complicó la llegada de abastecimientos, movimientos extraordinarios de población hacia sus zonas de origen, una maravillosa danza de ciudadanos, no existía el Instituto de Sanidad de Madrid, no había parques de desinfección, lo que junto con difíciles transportes y hoteles inexistentes, desembocó en una eclosión y difusión de grandes epidemias. Los piojos no fueron los únicos culpables de la situación, hubo más circunstancias que influyeron tanto como ellos. Por todo esto consideró esta enfermedad como el prototipo de enfermedad social. En la Tabla 38 se describe como fue la distribución de tifus exantemático en las provincias más afectadas durante los años 1940 y 1941.

Tabla 38. Provincias españolas más afectadas por tifus exantemático y distribución de casos (75).

Año	Provincias más afectadas por Tifus Exantemático
1940	Madrid (29 casos).
	Cárcel de Salamanca y Valladolid.
	Villarrobledo (Madrid).
	Granada (200 casos), Málaga (4.000 casos) y Sevilla (200 casos).
	Cádiz (100 casos) Valencia (100 casos).
1941	Almería (50 casos) y Murcia.
	Madrid (1.500 casos).

Teniendo en cuenta que apenas se disponía se material sanitario, Palanca solicitó al Ministro de la Gobernación un crédito extraordinario de un millón de pesetas para la compra de material, tiendas de campaña, mantas, estufas y aparatos de cianhidrización con lo que se pudo salir de apuros en los primeros brotes de Madrid. Se construyó una nueva estación de desinsectación en el hospital del Rey. No existía el Consejo Nacional de Sanidad; Palanca solicitó la creación de una Junta o Comisión que sustituyera al Consejero de Sanidad mientras este se constituía. La Comisión se formó con los Ministerios interesados en el problema; la Armada, el Ejército, el Aire, el servicio de prisioneros, dirección general de Prisiones y DGS. Tras unas cuantas sesiones se protocolizaron las conductas para todas las provincias y la distribución de un crédito que concedió el Gobierno para la

lucha de la enfermedad, junto con una gran campaña de divulgación dirigida a profesionales y al gran público. Todas las provincias españolas intervinieron impartiendo en ellas cursos de especialización y tuvieron a su disposición cartillas editadas, carteles etc.

Finaliza este prólogo dirigiéndose a los sanitarios españoles, pidiéndoles y exhortándoles a ayudar a la lucha contra el tifus exantemático y la fiebre tifoidea, con la prudencia y la inteligencia que exigieran las circunstancias: "*Es cierto que nuestra misión, la misión de los epidemiólogos es harto ingrata, porque el buen éxito estriba en que no ocurra lo previsto y quede, por tanto, oculto el peligro que no se transformó en realidad. Es decir, en caso favorable, se obtiene éxito negativo, que solo se valora por una minoría inteligente, mientras que si se fracasa, la falta de éxito parece tan evidente que salta a la vista, tanto para los médicos como para los profanos.*"

Tabla 39. Índice de capítulos del libro "Tifus exantemático": etiología, clínica y profilaxis (75).

Capítulos	Materias
Prólogo	**Dr. Palanca**
1	Historia y distribución geográfica.
2	Etiología. Características generales de las Rickettsias. Sistemática y estudio particular de las Rickettsias patógenas.
3	Cuadro clínico. Sintomatología. Complicaciones. Convalecencia. Pronóstico. Tratamiento.
4	Anatomía patológica.
5	Inmunología.
6	Epidemiología.
7	Profilaxis.
8	Apéndice: tifus murino, tabardillo, fiebre de las Montañas Rocosas, fiebre exantemática, fiebre fluvial del Japón, fiebre de las trincheras y fiebre "Q" de Australia y de Estados Unidos.
9	Bibliografía.

Cartilla popular de defensa pasiva. Valero Carreras, L. 1942 (76).

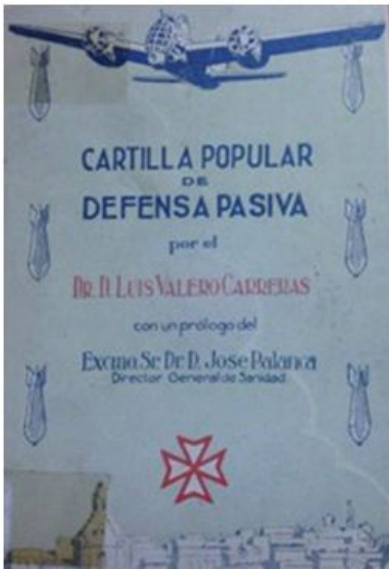


Figura 33. Portada del libro "Defensa Pasiva" (76).

Comienza el prólogo de este libro relatando que se encontraba prestando servicios en el año 1937, durante la Guerra Civil en el Ejército del Norte en Valladolid, cuando en un

momento determinado se produjo un bombardeo realizado desde aviones enemigos que causó más de cien muertos. La mayor parte de ellos fueron niños ya que las bombas cayeron en una zona escolar y se produjo en un momento en que los escolares habían terminado su hora de clase. Esta catástrofe causó una gran impresión en la capital castellana, la gente no sabía qué hacer ni que aconsejar, lo que llevó a pensar que no se podía volver a vivir desprevenido aunque se viviera lejos del frente. Aquél día se decidió tomar medidas; organizar y publicar un conjunto de reglas que se conocieron con el nombre de "Defensa Pasiva" y que en realidad no eran tan pasivas, ya que exigían una diligencia, un trabajo y una precisión, contraria a toda pasividad. El primer capítulo se llamaba "Instrucciones de carácter general en casos de ataque", lo primero era tener serenidad, que se adquirieron con la experiencia y reflexión. Todo esto llevó al afrontamiento de posteriores agresiones con un menor número de víctimas. Toda la Cartilla Popular del Dr. Valero estaba inspirada en estas consideraciones. Pretendía convencer a los ciudadanos de que ante un ataque aéreo, la solución no era estarse quietos esperando que cayera la muerte del cielo, sino defenderse activamente frente a la agresión. El Dr. Valero también recoge en la Cartilla, la asistencia a los lesionados durante el bombardeo, sin olvidar la defensa frente a los gases, las condiciones ideales que debían tener los refugios tanto en las ciudades como en el campo abierto.

Palanca opinaba que esta cartilla debía divulgarse por todo los rincones del país para que llegase a todo el mundo y así se instruyese a toda la población. La clientela del Dr. Valero estaba en los campos y en las trincheras. Antes actuó curando heridos en las carreteras, en el año 1942 era higienista, evitando que se produjeran enfermedades.

Tabla 40. Índice de capítulos del libro "Defensa Pasiva" (76).

Capítulos	Temas
Prólogo	**Dr. Palanca**
1	Transporte del lesionado.
2	Defensa contra los gases.
3	El oscurecimiento como medio de defensa.
4	Protección individual.
5	Refugios.
6	Gráfico de bajas producidas por bombardeos aéreos.
7	Gráfico de bajas producidas bombas que arrojan los aeroplanos actualmente.

Figura 34. Homenaje al Dr. Palanca (1942) en el despacho del director general de Sanidad (segundo por la izquierda), se celebró un íntimo acto de homenaje a su figura el 23 de enero de 1942 (77).

Alcantarillado y depuración de aguas residuales. Paz Maroto. 1942 (78).
En este prólogo Palanca habla del Dr. Paz Maroto, Ingeniero de Caminos con una persistente vocación de problemas urbanísticos. Este libro se publicó como un tratado general de Ingeniería Sanitaria Urbanística, la doble combinación de urbanística y Sanidad solo interesaba a un reducido grupo de ingenieros y de higienistas que trabajaban dentro de la rama preventiva de la Medicina.

España tenía una población eminentemente rural y de ella las tres cuartas partes eran agrícolas. Las capitales de provincia tenían una escasa industrialización y por lo tanto sus condiciones eran intermedias urbano-ruralistas, lo que las hacía singulares desde el punto de vista del saneamiento. En muchas zonas se carecía de medianos abastecimientos de agua potable y de sistemas de evacuación de aguas fecales. Las ciudades se fueron saneando en mayor o menor medida, pero el campo no sufrió este influjo de bienestar en la misma medida. Sanidad y bienestar económico eran dos condiciones muy relacionadas.

Durante el siglo XVI las ciudades españolas se desrabizaron, se limpiaron y ensancharon sus calles, abriéndose sus casas al exterior. Nuestro "siglo de oro" de las letras, el siglo XVII, durante un respiro de paz entre la guerra de sucesión y la postguerra, se ejecutaron en nuestras ciudades y nuestro campo numerosas obras públicas, durante el reinado de Carlos III. A la época de paz y relativa prosperidad de finales del siglo XIX, se debió a el urbanismo de nuestras ciudades. Finalmente durante los años de la Dictadura del general Primo de Rivera, se construyeron innumerables abastecimientos de aguas, sistemas de alcantarillado trazado y las instalaciones generales que funcionaban en España.

Los sanitarios no se ocuparon durante muchos años de los problemas del saneamiento, por varias razones. En aquella época hubo que prestar mucha atención a la Medicina Preventiva, los sanitarios encariñados con la técnica bacteriológica, con la Estadística y la Epidemiología, se olvidaron de la Higiene pura, pensando injustificadamente que carecía de contenido científico.

Finaliza el prólogo aludiendo al Congreso de Medicina y Ciencias Naturales, que se había celebrado en Fráncfort (Alemania) en mayo de 1940. En este Congreso, se había tratado un tema tan interesante como "Biología de la gran ciudad" y allí se estudiaron por distintos especialistas las numerosas influencias biológicas que la vida en las grandes urbes produce sobre los hombres, las plantas y los animales que en ella vivían. Los ingenieros sanitarios debían tratar de evitar o encauzar las enfermedades que se producen derivadas de estas situaciones que se producen en las grandes aglomeraciones poblacionales. En la tabla 41, se presentan los temas desarrollados en el libro del Dr. Paz Maroto.

Tabla 41. Temas desarrollados en el libro "*Alcantarillado y depuración de aguas residuales*" (78).

Capítulo	Tema
Prólogo	**Dr. JA. Palanca**
Título I	**Alcantarillados.**
1-3	Generalidades, sistemas de evacuación, composición y volumen de las aguas residuales.
4-6	Trazados, secciones de tuberías y colectores, tuberías y juntas.
7-10	Cálculos mecánicos, registros, cámara limpia y sumideros.
11-14	Aliviaderos de crecida, instalaciones elevadoras, confluencia, sifones y rápidos y acometidas.
15-17	Instalaciones interiores de edificios, Construcciones de alcantarillado y explotación de alcantarillado.
18	Saneamiento de terrenos urbanos.
Título II	**Depuración de aguas residuales**
1-2	Generalidades sobre depuración, efluentes y su regulación.
3-5	Aguas industriales, vertidos directos y clases de depuración.
6-9	Procedimientos mecánicos, físicos, químicos y biológicos.
10-12	Fangos activos, sistemas especiales y tratamiento de fangos.
13-14	Instalaciones depuradoras e instalaciones modernas.
Título III	**Parte administrativa**
1	Legislación del Estatuto; Reglamento de instalaciones sanitarias.

Climatología e Hidrología Médicas. Tomás de Benito Landa. 1942 (79).

Palanca escribe en el prólogo de este libro cómo los adelantos científicos aplicados a la vida, habían repercutido lógicamente en el tratamiento de las enfermedades para las que no existían antiguamente otra solución que la climática. Los sanatorios antituberculosos de mediados del siglo XX lo demostraron claramente, así como los de la sierra del Guadarrama, los del Pirineo etc., todos ellos basaban la curación de los pacientes tuberculosos en la acción de los agentes naturales. Pocos años bastaron en que surgieran otros medios de curación tan eficaces o más que aquellos. Se pregunta en el prólogo acerca de si es que había disminuido la influencia del clima sobre la curación de la tuberculosis y respondía que se podían manejar con otros métodos mejor que lo era el clima.

Algo parecido pasaba con las aguas minero-medicinales, o sobraban manantiales o faltaban bañistas; con lo cual la industria balnearia no podía organizarse con el lujo que tenía en otros países, ni siquiera con el mínimo de comodidad y eficiencia a exigir por parte del Estado. La meta del Estado debía ser llegar a la situación de los balnearios extranjeros. La política a seguir sería ir eliminando balnearios, que por la composición química de sus aguas o por sus emplazamientos no pudieran pasar jamás de sus modestísimos límites que les caracterizaran y así desviar hacia los buenos establecimientos la clientela de los otros balnearios. Para obligarles a acometer las reformas indispensables para conseguir que los balnearios españoles reunieran la doble condición de ser eficientes en sus aspectos terapéuticos y cómodos en el sentido turístico.

Este libro supuso una recopilación de estudios, un recordatorio para un problema que ya no tenía espera en España, el problema de las aguas minero-medicinales, urgentísimo encauzarlo, ya que no se podía resolver en aquel momento.

Tabla 42. Temas tratados en el libro Climatología e Hidrología Médicas (79).

Capítulo	TOMO I
Prólogo	**Dr. JA. Palanca**
1	Bosquejo histórico de la climatología.
2	Estudio físico de los climas.
3	Los distintos climas.
4	Climatología general.
5	Fisioclimatología normal y patológica.
6	Clima de montaña.
7	Clima marino.
8	Climas de llanuras y valles.
9	Curas climáticas en general.
10	Curas climáticas y enfermedades en general.
11	Curas climáticas y enfermedades en especial. Climatoterapia.
12	Historia de la Hidrología y del descubrimiento de las aguas medicinales.
13	Constitución química de las aguas medicinales.
14	Estudio físico químico de las aguas medicinales.
15	Energía cinética de las aguas medicinales.
16	Caracteres físicos de las aguas medicinales.
Capítulo	**TOMO 2**
1	Las curas hidro-medicinales en general.
2	Práctica de la cura hidro-medicinal.
3	Práctica de la cura hidro-medicinal en particular. Advertencias.
4	Aguas radiactivas.
5	Práctica de la cura hidromedicinal en particular. Las enfermedades crónicas. Terapia hidro-medicinal en las enfermedades.
6	Nutrición.
7	Aparato digestivo.
8	Aparato circulatorio.
9	Sangre.
10	Sangre.
11	Aparato urinario.
12	Ginecología.
13	Piel.
14	Huesos y articulaciones.
15	Sistema nervioso y trastornos motores.
16	Infancia.
17	Importancia de la Industria Balnearia en España.
18	Métodos de propaganda de las aguas medicinales y legislación.

Técnicas de Laboratorio en el Tifus Exantemático. Prof. Dr. Clavero del Campo y Dr. F. Pérez Gallardo. 1943 (80).

En la primavera de 1941 España sufría una catástrofe epidémica, tuvo que ponerse en movimiento toda la Sanidad civil, se decidió desde la DGS la elaboración y posterior publicación de un libro sobre tifus exantemático al profesor Clavero del Campo. La epidemia entonces fue dominada, el prólogo del libro terminaba con las siguientes palabras: ¿Pronósticos para el porvenir? Nadie podía hacerlos, ni nadie podía saber lo que va iba a pasar, evidentemente, nuestra situación epidemiológica era francamente mala. Le era grato saber que si por alguna circunstancia alguna epidemia se reactivara no les iba a pillar desprevenidos pues tenían un sistema de alerta sobre ellas y otras enfermedades infecciosas y así pues serian sofocadas de inmediato. En aquel momento el sistema sanitario

contaba con una organización carcelaria que no habían tenido hasta entonces y con servicios ilimitados de vacunación preventivos. Se construyeron nuevas instalaciones de despiojamiento, se arreglaron las salas de infecciosos de los hospitales provinciales y en algunas localidades se instalaron baños populares en los primeros días del mes de enero de 1941 apareció el tifus exantemático, con un aparatoso brote en el Reformatorio que el Tribunal de Menores poseía en Carabanchel Bajo. Mediante los métodos que disponían (vacunación, despiojamiento, etc.), se consiguió obtener buenos resultados sin ninguna defunción, la yugulación del contagio interior a los pocos días y ni una sola propagación al vecino pueblo de Carabanchel. A este episodio siguió el de la Chopera, en el Asilo de Mendigos, que se propagó posteriormente a un Hogar Infantil. Presentó problemas el llamado "Batallón de trabajadores"; una unidad infectada que llevó un contagio de tifus exantemático a Jerez desde Algeciras; posteriormente lo trasportó a Quintana del Puente; de allí a Reus, para terminar por propagarlo a Cataluña.

Palanca dijo haber estado orgulloso de haber sido durante su mandato siempre claro y haber puesto de manifiesto la realidad de la situación sanitaria sin ocultar nada, esa actitud le permitió en todo momento una propaganda informativa no solo entre los médicos, sino entre el pueblo en los momentos críticos de la epidemia. Decidió desplazarse y estar presente constantemente en los lugares más castigados. El 2 de agosto de 1941 consiguió elevar al Consejo de Ministros una detallada Memoria que contenía el plan de la lucha para lo que restaba de año y para el año siguiente. Para el año 1941 se otorgó un crédito de tres millones de pesetas y para el siguiente ejercicio diez millones más, -hecho único en la historia-, lo que obligaba a gestionarlo bien. Se consiguió que cada cárcel dispusiera de una cámara de cianhidrización, para la desinfección de las mismas. Aunque era temida en otros países por los problemas que podía causar por las posibles intoxicaciones derivadas de su uso.

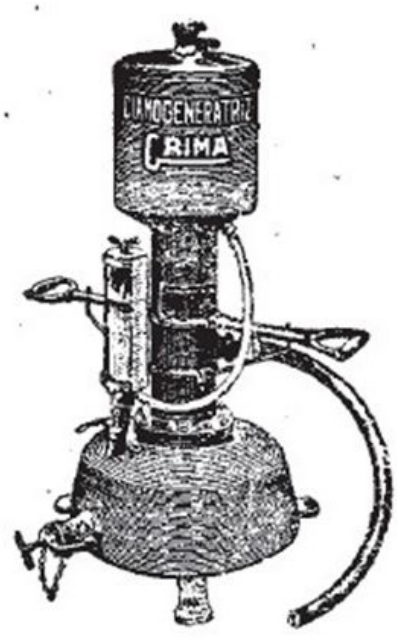


Figura 35. Cámara de Cianhidrización (80).

Se realizó otro ensayo interesante; el despiojamiento domiciliario, practicado por los Doctores Nájera y Clavero, en el Centro Secundario de Sanidad de Vallecas. Se trataba de la implantación de equipos domiciliarios compuestos de una enfermera, una peluquera y

una planchadora, que con una simple plancha eléctrica, una tabla de planchar, lendreras metálicas, loción parasiticida y unos kilos de jabón.

Los aspectos científicos de laboratorio de la epidemia fueron motivo de numerosos estudios posteriores y motivaron la realización de este libro potenciado desde la DGS.

Tabla 43. Temas tratados en el libro Técnicas de Laboratorio en el Tifus Exantemático (80).

Capítulos	Índice de temas
Prólogo	**Dr. JA. Palanca.**
1	Aislamiento del virus murino.
2	Técnicas serológicas del tifus exantemático.
3	Reacción de sero-protección Giroud.
4	Vacuna de Weigl.
5	Vacuna de Cox.
6	Vacunas de origen pulmonar.
7	Control de las vacunas antifoexantemáticas.

Trabajos realizados en la campaña de lucha contra el Tifus Exantemático (1941-1942). 1943 (81).

Palanca prologa este trabajo explicando que este trabajo era el fruto de tres años de experiencia tras la importante lucha realizada contra el tifus exantemático. El cambio de los tiempos, los progresos científicos y sociales, la manera de vivir de aquella época y, la rapidez de las comunicaciones, incidieron en el cambio de la marcha de esta epidemia. Lo importante para el control de las epidemias fueron la suma de varios sucesos ocurridos: el diagnóstico rápido y la instauración de los tratamientos eficaces, el aislamiento, despiojamiento y desinfección de las personas afectadas por la enfermedad. Los Institutos de Higiene colaboraron con éxito en esta lucha, apoyados en la Ley de Coordinación Sanitaria. En la tabla 44 se puede apreciar el índice de temas tratados en este artículo.

Termina el prólogo dando las gracias a todos los sanitarios españoles por su colaboración en la lucha contra esta epidemia y por los buenos resultados obtenidos.

Tabla 44. Índice de temas tratados en este libro "Trabajos realizados en la campaña de lucha contra el Tifus Exantemático" (81).

Cap.	Descripción de las materias de los distintos capítulos
1	**Prólogo. Dr. Palanca.**
2	Epidemia del tifus exantemático en Cádiz. Dr. Fuejo.
3	Tifus exantemático. Consideraciones epidemiológicas. Dr. Sebastián.
4	Informe sobre la epidemia de tifus exantemático en Madrid 1941. Dr. De la Quintana.
5	Nuevas aportaciones al estudio epidemiológico del tifus exantemático. Dr. Mezquita.
6	Cámara de desinsectación "Turlabo". Dr. Fernández Turégano.
7	Tifus exantemático en Sevilla. Dr. Peset.
8	Epidemia del tifus exantemático en Valladolid 1942. Dres. Becares y Romo.
9	Casos de tifus exantemático en Zaragoza 1942. Dr. Mallou.
10	Tifus exantemático. Consideraciones epidemiológicas en Málaga. Dres. Horqués y Mezquita.
11	Notas sobre la campaña contra el tifus exantemático en Toledo. Dr. De la Cámara.
12	Notas sobre una campaña anti exantemática. Dr. Nájera.

Técnicas de Laboratorio. Clavero del Campo, G. Pérez Gallardo, F. 1943 (80).
El Dr. Palanca describe en el Prólogo de este libro, los diferentes brotes epidémicos de tifus exantemático, como se detectaron y como se fueron solucionaron. Cuando en la primavera de 1941 se presentó un nuevo brote de tifus exantemático, que puso en marcha nuevamente toda la Sanidad civil. Esta enfermedad se había padecido ya en 1908 y 1909, la epidemia fue dominada. En 1923 los Dres. Tapia y Blanco escribieron un libro sobre esta enfermedad llamado tifus exantemático, "Etiología, Clínica y Profilaxis". El prólogo terminaba en 1923 con las siguientes palabras: "*¿Pronósticos para el porvenir*? *Nadie puede hacerlos, ni nadie puede pretender saber lo que va a pasar*." En 1941 las circunstancias eran diferentes, había una vigilancia atenta a la naturaleza de los focos causantes y serían atacados desde el primer momento de conocerlos, contaban con una mejor organización carcelaria, ilimitados recursos de vacunación preventiva, se construyeron centros de despiojamiento, contaban con salas de pacientes infecciosas en los hospitales, se iban a instalar baños populares y la clase médica estaba dispuesta a prestar apoyo para salir airosos de la contienda.

Focos epidémicos:

- Brote en el Reformatorio del Tribunal de Menores en la zona de Carabanchel Bajo en Madrid, donde no hubo propagación de la enfermedad y se controló el brote.
- Brote de la Chopera, en el Asilo de Mendigos de Yeserías, que se propagó al Hogar Infantil.
- Ejército: Unidad de Jerez hacia Algeciras y transporte a Peñaranda de Bracamonte, Quintana del Puente a Reus y Gerona.
- Epidemia en Cádiz, Barbate y San Fernando.

La epidemia mostró muchos datos de interés, las medidas más importantes para terminar con los brotes fueron:

- Despiojamiento, base fundamental de la lucha.

SANIDAD EN EL REGIMEN PENITENCIARIO

UNOS DATOS PRECISOS PARA LOS QUE EN EL EXTERIOR DESACREDITAN EL ESTADO DE NUESTRAS CARCELES

Hemos venido informando con datos ciertos y detalles comprobables acerca de diversos aspectos del régimen penitenciario español.

Condición importantísima para el bienestar, tanto físico como moral del penado, es su estado sanitario, y para lograrlo es el problema a tener primeramente en cuenta el profiláctico y epidemiológico. Nuestra Sanidad Penitenciaria se ha ocupado de él, dedicándole los mayores desvelos. A todos los individuos que pasan por los establecimientos penitenciarios, se les aplica la vacunación antivariólica y antifoparatífica. La desparasitación se aplica con el mismo rigor, así como una sistemática vigilancia en las 64 cámaras de cianhidrización, y las 44 cabinas dispuestas para idéntica técnica, en pequeños establecimientos penales, a más del procedimiento ambulatorio en sacos-gas al cianhidro estabilizado, de fabricación propia del Parque Laboratorio Central

Figura 36. Artículo del Periódico ABC, donde se describe la instalación de 64 Cámaras de Cianhidrización en las cárceles. 26 de junio de 1946 (82).

- La cianhidrización tan temida en otros países, no exenta de precauciones, se puso en marcha y cada cárcel construyó una cámara. En la figura 36, se presenta una fracción de un artículo del Periódico ABC, donde se describe la inauguración de las instalaciones de 64 Cámaras de Cianhidrización en las cárceles, el 26 de junio de 1946.
- Equipos de "Acción Domiciliaria"; se trataba de una enfermera visitadora, una peluquera y una planchadora, que llevaban una plancha eléctrica, una tabla de planchar, una liendrera metálica, una loción anti parasiticida y unos kilos de jabón. La plancha eléctrica se sustituía a veces por una calentada por carbón seco. También se construyeron pequeñas estufas portátiles y desarmables, en las que el calor seco era introducido dentro de la cámara por medio de un sistema adecuado de ventilación.

La Guerra Civil se llevó entre sus garras el antiguo Instituto de Sanidad y la moderna sección de virus que había proporcionado la Fundación Rockefeller, pero no se pudo llevar el espíritu investigador de los sanitarios. El Dr. Pérez Gallardo y su equipo estuvieron investigando con muy pocos medios vacunas profilácticas, más tarde éste fue enviado a Alemania y Polonia.

Guía de la madre y de la enfermera para el cuidado del niño sano y enfermo: lecciones de puericultura y pediatría. Giménez Guinea, R y Zamarriego, F. prólogos José Alberto Palanca y Dionisio Herrero García. 1943 (83).

Doctor R. GIMENEZ GUINEA
Profesor de número de la Institución Municipal de Puericultura de Madrid
y
Profesor F. ZAMARRIEGO
Catedrático de Pediatría

GUÍA DE LA MADRE
Y DE LA ENFERMERA
PARA EL CUIDADO DEL NIÑO SANO Y ENFERMO

LECCIONES DE PUERICULTURA Y PEDIATRIA

PRÓLOGOS
del
EXCMO. SR. D. JOSÉ ALBERTO PALANCA
Director general de Sanidad
y del
Doctor D. DIONISIO HERRERO GARCÍA
Decano de la Beneficencia Municipal de Madrid

M. AGUILAR, - EDITOR
MADRID
1943

Figura 37. Fotografía de la portada del libro Guía de la madre y de la enfermera (83).

Palanca inicia este prólogo diciendo, que en el comienzo de los años cuarenta en España la Puericultura se encontraba en su momento de mayor auge. El objetivo del mundo era el aumento de la población, para así disponer de más soldados, de más obreros, de más agricultores, de más ciudadanos que conservaran la independencia y el bienestar de cada país. Se plantearon dos circunstancias; o nacían más niños, o morían menos personas y si se podían dar las dos situaciones a la vez, mejor. Los sanitarios españoles impulsados con aumento de la natalidad y orientados por el Estado, se pusieron a trabajar en esta línea. Se propulsaron los estudios sobre Sanidad infantil, tisiología, cirugía

torácica etc. La Puericultura ocupaba un primer rango en el campo sanitario, era la rama del campo sanitario más barato y con mejores resultados.

Palanca termina su prólogo, agradeciendo a los dos autores de este libro la ayuda a difundir sus conocimientos de Sanidad infantil, considerados indispensables para el buen logro de aquella cruzada emprendida por el Estado español, que seguro hizo suponer marchar por el buen camino.

Tabla 45. Índice de capítulos del libro "Guía de la madre y de la enfermera" (83).

Capítulo	Índice de materias
Prólogo	**JA. Palanca.**
1	Puericultura; fines y división.
2	Asistencia social en la infancia.
3	Primeros cuidados del recién nacido.
4	Interpretación del llanto del niño.
5	Alimentación del lactante.
6	Lactancia mercenaria.
7	Lactancia artificial.
8	Vigilancia del lactante.
9	Trastornos digestivos del lactante.
10	Alimentos medicamentos.
11	Higiene del niño enfermo.
12	Helioterapia.
13	Enfermedades más corrientes en los niños.
14	Enfermedades en las vías respiratorias.
15	Enfermedades más frecuentes de los ojos. Enfermedades cutáneas.
16	Parásitos más frecuentes de la piel y mucosas. Parásitos intestinales. Traumatismos de la piel. Quemaduras.
17	Profilaxis e Higiene de las enfermedades infecciosas.
18	Enfermedades infecciosas más frecuentes en la infancia.
19	Enfermedades eruptivas.
20	Profilaxis e Higiene de las enfermedades crónicas más frecuentes: tuberculosis y sífilis.
21	Vitaminopatías más frecuentes de la infancia.

Higiene rural. Zapatero Ballesteros, E. 1943 (84).

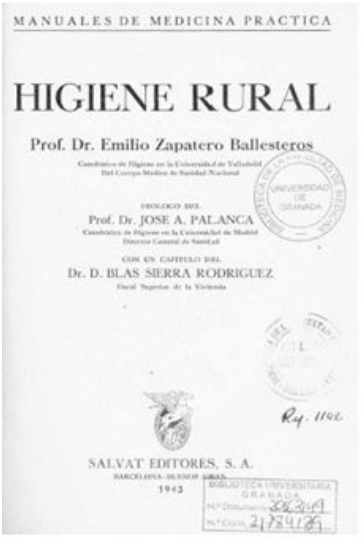


Figura 38. Portada del libro Higiene Rural (84).

Palanca comienza el prólogo narrando como era la vida en los años cuarenta del siglo XX en las grandes ciudades, que por entonces ya estaban llenas de gente y con dificultades de encontrar viviendas. La demanda ya era más grande que la oferta y se plantearon diferentes soluciones para resolver los problemas. En materia de propagación de epidemias, Palanca habla en su prólogo de que las ciudades eran mucho más peligrosas que las zonas rurales debido al hacinamiento de la población en pequeños espacios. Era prioritaria la disminución del movimiento de la población de los pueblos a las ciudades, que en aquella época era tremendo. Los hospitales de Madrid se llenaban con pacientes que llegaban continuamente desde las provincias debido a una epidemia de tifus exantemático. Una de las medidas que se tomaron fueron impedir el acceso a la capital y el envío a los pacientes de alta de los hospitales que se podía, a sus lugares de referencia pagando los billetes de ferrocarril y la comida para que se marcharan a sus casas, de esa manera pudieron quedar camas disponibles para otros posibles ingresos.

Con este libro el Dr. Zapatero trató de contribuir a una obra humanitaria, lo que mereció un cumplido elogio por su iniciativa (tabla 46).

Tabla 46. Índice de capítulos del libro Higiene Rural (84).

Capítulos	Índice de materias
Prólogo **Introducción**	**Dr. JA. Palanca. El problema sanitario rural en España.**
1º parte	
1	El ambiente.
2	El abastecimiento de aguas.
3	Las inmundicias.
4	La vivienda.
2º parte	
1	Higiene de la alimentación.
2	Higiene social de la infancia.
3	Elementos de la demografía y estadística sanitaria.
3º parte	
1	Epidemiología general.
2	La evolución de las epidemias.
3	Profilaxis general.
4	Epidemiología especial: fiebre tifoidea, disentería bacilar, brucelosis, sarampión, escarlatina, viruela, difteria, tos ferina, enfermedad de Heine-Medin, meningitis cerebro espinal epidémica, rabia, tifus exantemático y paludismo.

Obra de Perfeccionamiento Médico de España. Gómez Ulla M. 1944 (85).

Palanca prologa este libro para explicar la segunda edición de los Cursos de Perfeccionamiento Médico en España, ya iniciados en el año 1942. En esta edición se trataba de acentuar el carácter práctico de las enseñanzas, se establecieron cupos de alumnos en función de las posibilidades docentes y se buscaron autoridades docentes en cada una de las materias tanto clínicas como sanitarias. Se trató de disminuir el tiempo de desplazamiento de los alumnos y se duplicó el apoyo económico a los necesitados según valoración de las solicitudes. Esta obra de Perfeccionamiento Sanitario se amplió a farmacéuticos, odontólogos y veterinarios con el objetivo de la mejora de la asistencia a los españoles.

Para ello se crearon nueve Centros de Perfeccionamiento, que se pueden observar en la figura 39 y en la tabla 47, que englobaban todas las provincias españolas donde se instauraron estos centros.

Figura 39. Mapa de distribución de los Centros para la realización de Cursos de Perfeccionamiento Médico (85).

Tabla 47. Distribución de provincias españolas en los diferentes Centros de Perfeccionamiento Médico (85).

Centros	Provincias incluidas
Madrid	Madrid, Toledo, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Segovia y Badajoz.
Barcelona	Barcelona, Gerona, Tarragona, Lérida y Baleares.
Valencia	Valencia, Alicante, Castellón, Murcia y Albacete.
Zaragoza	Zaragoza, Huesca, Teruel, Soria, Logroño y Navarra.
Valladolid	Valladolid, Burgos, Santander, León, Palencia, Álava, Vizcaya y Guipúzcoa. Santander-Valdecilla y Bilbao.
Salamanca	Salamanca, Ávila, Zamora y Cáceres.
Santiago	Coruña, Santiago, Lugo, Orense y Oviedo.
Sevilla	Sevilla, Córdoba, Huelva, Cádiz, Ceuta, Canarias, Tenerife y Las Palmas.
Granada	Granada, Almería, Jaén y Melilla.

Administración y legislación sanitarias. Ajustada al programa de oposiciones para el ingreso en el cuerpo de Médicos Titulares (APD). Trujillano Izquierdo, U. 1947 (86).
Este libro se dirigió al colectivo médico, fue escrito por un autor que dominaba a fondo la Legislación Sanitaria Española. El Dr. Trujillano, Miembro Honorario de la Asociación Española de Escritores Médicos, era una persona que no supo desprenderse del estilo literario habitual con el que se escriben las órdenes ministeriales, los decretos y las leyes. Este libro estaba escrito con flexibilidad en el manejo del léxico, su agudeza crítica y su facilidad para la síntesis, hacía que fuera legible para el lector. Palanca pensaba, que era

necesario disponer en todas las bibliotecas médicas de una obra de Legislación Sanitaria, escrita con exacto conocimiento de las disposiciones oficiales. Esta obra se escribió pensando en el médico Titular, como el primer beneficiario de la misma. En la tabla 48 se puede ver el índice de capítulos desarrollados a lo largo de la obra.

Tabla 48. Índice de capítulos del libro "Administración y Legislación Sanitarias" (86).

Capítulo	Desarrollo
Prólogo	**JA. Palanca.**
1	Organización de la Sanidad Nacional. Instituciones.
2	Organización consultiva. Consejo Nacional, municipales y provinciales de Sanidad.
3	Administración Sanitaria Municipal; Facultades, Ayuntamientos y Obligaciones.
4	Inspecciones municipales de Sanidad. Deberes y derechos de los médicos de la APD. Padrón de Beneficencia.
5	Institutos Provinciales de Sanidad. Centros Primarios y Secundarios de Sanidad Rural.
6	Organización de la Lucha Antituberculosa.
7	Organización de la Lucha Antipalúdica.
8	Organización de la Lucha contra el Cáncer.
9	Organización de la Lucha contra el Reumatismo y las Cardiopatías.
10	Organización de la Lucha Antivenérea y Antitracomatosa.
11	Organización de la Lucha contra las toxicomanías. Institutos de Higiene Mental. Recetas especiales de estupefacientes.
12	Fiscalía de la vivienda.
13	Ley de Coordinación Sanitaria. Mancomunidades sanitarias provinciales.
14	Los Servicios Sanitarios y el SOE.
15	EDO. Declaración de Epidemias. Estadísticas sanitarias.
16	Sanidad materno-infantil.
17	Provisión de plazas de médicos titulares.
18	Clasificación de plazas de médicos titulares.
19	Residencia de médicos titulares.
20	Instituciones benéficas relativas a los médicos y sus familiares. Previsión Sanitaria Nacional. Patronato de Huérfanos de Médicos.
21	Recursos contra las resoluciones de la Administración Central, en relación con los médicos titulares.
22	Legislación sobre policía mortuoria.
Apéndice	Ley de Sanidad Nacional. Ley de 17 de julio de 1947, por la que se mejoran las plantillas de médicos titulares, practicantes, matronas de APD, inspectores farmacéuticos y Municipales.

Plasmón. Textos de la Emisión Médica de Radio Nacional de España. 1949. (87).

En esta obra se traslada a letra impresa, lo que fue un sonido emitido desde un programa de Radio Nacional de España en el año 1948. Recoge una síntesis a lo largo de veinticinco capítulos al azar, de la historia de la Revista Plasmón, por petición de sus oyentes. Comienza diciendo, que era una buena obra de propaganda sanitaria a muy bajo coste. Al principio pensó que este programa no tendría gran transcendencia y, que poco a poco desaparecería, pero según se fue desarrollando y tuvo que rectificar en su primera afirmación, ya que los oyentes de "Plasmón", esperaban las noticias de este programa con gran interés. Desde aquel momento Palanca dio una orden de facilitar con regularidad, las noticias de carácter sanitario difundidas a través de los periódicos, con el objetivo de que llegasen lo más rápidamente posible al público, a donde otros medios de comunicación serían difíciles de alcanzar.

Estas emisiones, causaron polémica como no podía ser de otra manera entre los diferentes colectivos. Finalmente se pudo dar a comprender que el objetivo de estas emisiones era poder grabar en la mente de los profanos en materia sanitaria dos o tres principios fundamentales. Esto solo se conseguía enmascarándolos y dorándolos, merced a un relato interesante o a unos cuantos compases musicales gratos.

Palanca comenta, "*Una de las muchas condiciones que tiene que tener la propaganda sanitaria, es que no redunde en beneficio material o moral de la que realiza*." Por ello Plasmón no dependía de la DGS, y pensaba que en las manos de la DGS hubiera tenido mucha menor eficacia.

Palanca finaliza agradeciendo la labor a la emisión de Plasmón, por sus servicios prestados en aquellos difíciles momentos que exigían una muy hábil propaganda, que realzaría la labor sin hacerla exagerada y odiosa para la población. En la tabla 49 se presenta el índice de capítulos de este libro (tabla 49).

Tabla 49. Índice de capítulos tratados en el libro "Plasmón" (87).

Cap.	Temas tratados	Cap.	Temas tratados
Prólogo	**Dr. Palanca**		
1	Profilaxis de la gripe.	14	Importancia de la mano.
2	Intoxicación por la atropina.	15	Úlcera gástrica.
3	Pasteur.	16	Geriatría.
4	Profilaxis antipalúdica.	17	Intoxicación por curare.
5	Paranoia.	18	Erisipela.
6	Medicina rural.	19	Cloromicetina.
7	Carditis reumática.	20	Urticaria.
8	Latirismo.	21	Amigdalitis.
9	Morfina.	22	Vacuna BCG.
10	Quiste hidatídico.	23	Plantas medicinales.
11	Moral médica.	24	Abdomen agudo.
12	Cólera.	25	Intoxicación por Arsenio.
13	Silicosis.		

Conferencias de divulgación sobre Higiene y Sanidad. 1950 (88).

Palanca prologa estas Conferencias de divulgación explicando como se gestaron estas. Fueron el resultado de un trabajo conjunto con la dirección general de Enseñanza Laboral, con el objetivo de divulgar conocimientos de Higiene y Sanidad entre los alumnos de los Institutos Laborales. Los médicos encargados de realizar estas tareas docentes eran de reconocido prestigio en sus diferentes especialidades médicas. Esta publicación recopiló una serie de lecciones que servirían a los alumnos de base para el estudio. Estas lecciones abarcaban diferentes aspectos de la Higiene como; nociones elementales de anatomía y fisiología, Higiene (general, de las poblaciones, desinfección y desratización, dental, de la vista, de la piel, del aparato digestivo, del aparato respiratorio y de la bebida), uso de la leche y sus derivados, nociones de puericultura, ventilación e higienización del ambiente, enfermedades infecto-contagiosas, alcoholismo y tabaquismo, toxicomanías, intoxicaciones más importantes, Higiene del ejercicio físico, organización sanitaria nacional y primeros auxilios en casos de accidentes.

Paliques radiofónicos. Publicaciones de la Jefatura Provincial de Sanidad. 1950 (89).
Palanca realiza el prólogo de una serie de libros llamados: "Paliques radiofónicos". En ellos se publican temas de divulgación para la población en general y su objetivo fue la prevención de las enfermedades infecciosas, la mejora de la salud para en definitiva mejorar el índice de mortalidad y morbilidad de la población española. Palanca pensaba, que uno de los métodos más eficaces para la divulgación sanitaria eran las "charlas radiofónicas", ya que permitían al público sin tener que desplazarse del domicilio escuchar una serie cuestiones que podrían colaborar a la mejora de los aspectos antes citados. El jefe provincial de Sanidad de Zaragoza, el Dr. Mallou, recoge en estos pequeños libros una selección de sus "Paliques radiofónicos" y Palanca los recomienda con mucho interés.

Estudio Bio-Demográfico-Sanitario de la ciudad de Jaén. Fernández, Miguel Benedict. 1953 y 1954 (90).
En este libro se presenta un estudio Bio-demográfico Sanitario de la ciudad de Jaén en el año 1953, complementando el punto de vista etnográfico, con el artístico y el monumental. El propósito del autor fue hacer un breve resumen biográfico de la ciudad de Jaén, recogiendo hechos históricos, etnográficos, de sus monumentos más importantes y de sus costumbres. El autor trata de considerar al hombre, no como un individuo, sino como conviviente de una colectividad, y así se expresa en el prólogo: "*El cual al nacer, enfermar y morir, ejerce su influencia o repercute en la totalidad del medio social en que vive o del que forma parte*." El autor consideró tras la publicación de este libro, que la provincia de Jaén era una de las más avanzadas en el campo de la Sanidad e Higiene Pública ya que se habían realizado muchos progresos en aquella época.

Palanca añade a este apartado que además de las excelencias de los aceites y la belleza de los olivos estos no eran suficientes para dar calidad de vida a la provincia de Jaén. También se necesitaban hombres inteligentes y activos que crearan industrias, fábricas, pantanos y ferrocarriles que fueran seguidos por el impulso de los otros y añadieran a esa provincia tan bella otras actividades económicas que le dieran un avance de calidad. En la tabla 50 se especifican los capítulos que se desarrollan en este libro (tabla 50).

Tabla 50. Índice de capítulos del libro "Estudio Bio-Demográfico-Sanitario de la ciudad de Jaén". 1953 (90).

Capítulos	Tema
Prólogo	**Dr. Palanca.**
1	Biografía; clima, hidrografía, flora y fauna. Pueblos y número de habitantes.
2	Vías de comunicación.
3	Coste de vida.
4	Fuentes de producción; industrias.
5	Etnografía; numismática; arqueología.
6	Historia; folklore; romancero; refranero.
7	Jaén en lo eclesiástico.
8	Jaén en lo docente.
9	Jaén en lo artístico y monumental.
10	Vivienda.
11	Estudio demográfico.
12	Estudio sanitario; organización sanitaria provincial; problemas sanitarios.
13	Balnearios.

Puericultura Social. J. Bosch-Marín, M. Blanco Otero y José Mª Mingo de Benito. 1954 (91).

Palanca describe a los autores de este libro como a los más eficaces colaboradores en el campo de la Sanidad infantil y maternal del Estado, ya que gracias a ellos España brilló con luz propia en muchas épocas de la historia. En cuanto a Puericultura y sus progresos este trabajo "Puericultura Social" a Palanca le parece oportuno y un honor para los puericultores españoles.

Los temas tratados en este libro se describen en la tabla 51.

Tabla 51. Temas tratados en el libro "Puericultura social" (91).

Capítulos	Temas
Prólogo	**Dr. Palanca.**
	Generalidades.
1	Antecedentes históricos.
2	La Puericultura del lactante en España.
3	Demografía.
4	Natalidad.
5	Mortinatalidad.
6	Mortalidad precoz y neo-natal.
7	Mortalidad infantil.
8	Higiene pre-natal; Acción e importancia contra la morbilidad y mortalidad infantil y maternal.
9	Higiene pre-natal; estudio de las causas de morti-natalidad.
10	Higiene pre-natal; morbilidad y mortalidad materna.
11	Higiene de la gestación.
12	Higiene pre-escolar.
13	Higiene escolar.
14	Higiene mental infantil en España.
15	El niño sin familia.
16	Trabajo, maternidad y lactancia.
17	Tutela jurídica del menor.
18	Tutela sanitaria.
19	Instituciones internacionales.
	Bibliografía.

Labor del Patronato Nacional Antituberculoso durante el último Decenio. Bosch Marín, Juan. 1954 (92) .

Este libro tuvo como objetivo exponer de forma gráfica la labor realizada por el Patronato Nacional Antituberculoso desde el comienzo de la Guerra Civil. En la documentación gráfica se exponen las preocupaciones que tenía el Gobierno español y trató de dotar a la Lucha Antituberculosa de los medios que se consideró como más eficaces posibles en aquella época. Todos los escalones de la prevención y del tratamiento quedaron prácticamente cubiertos, lo que no quería decir que las cosas se hicieran perfectamente, sino que se tuvieron que vencer muchas dificultades en una época muy complicada. El Ministro de la Gobernación D. Blas Pérez González fue el iniciador de esta labor, supo atender las necesidades en este campo, dando con ello una máxima prioridad y eficacia a la Lucha Antituberculosa.

Aspectos sanitarios de la energía nuclear en paz y en guerra. Piédrola Gil, G; Amaro Lasheras, J. 1957 y 1958 (93) (94).

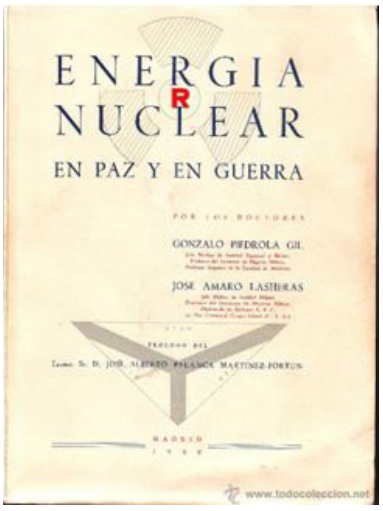


Figura 40. Portada del libro "Energía Nuclear en Paz y en Guerra". Piédrola y Amaro, Prólogo; Palanca (94).

La guerra y la enfermedad lograron consolidar los vínculos de solidaridad. Para defenderse cada uno hay que contar con los demás y había que trabajar con equipos bien dirigidos. Estos fueron los principios en que se basó Palanca a lo largo de su mandato en los dos aspectos de la Sanidad; Civil y Militar. También reconoce el autor en este prólogo que uno de sus fracasos fue no haber impregnado suficientemente en el ánimo de los de arriba, ni a sus subordinados que la especialidad de Higiene no se podía improvisar, que exigía una preparación especial, con una total dedicación y una renuncia a determinadas ventajas económicas inherentes al ejercicio clínico.

La Novena Asamblea Mundial de la Salud acordó en Méjico, en 1955, la necesidad de formar personal médico en aspectos sanitarios del empleo de la Energía Nuclear; en España, se realizó el primer Curso en abril de 1956, que se tituló "*Autoprotección familiar y personal ante las Armas nucleares*", en tanto que el primero de la Oficina Regional de la OMS en Europa, fue en noviembre de dicho año en París. Ante la buena acogida de los cursos, se quiso aumentar la defensa contra las radiaciones expuestos a ellas a médicos, pacientes y obreros que trabajaban en fábricas donde se manejaban materiales ionizantes, pero en aquel sector fracasaron sus empeños pues no hubo apoyo, ya que se mostraron indiferentes.

Este libro pretendía crear un clima de apoyo a lo emprendido. Palanca también se refiere a la intensificación de la construcción en las ciudades y la falta de construcciones con defensa pasiva contra las armas nucleares, pensando en que en al futuro pudiera volver a repetirse alguna vez la catástrofe de Hiroshima y Nagasaki (Japón). Piédrola y Amaro, dedicaron una gran extensión en este libro a las medidas de protección por parte del Estado, que se reducían a dos; evacuación y dispersión, pero había que tenerlas previstas con tiempo y haberlas ensayado una y otra vez hasta que la población las aprenda. En la introducción del libro, los autores fijaban exactamente lo que se proponían, nada de objetivos complejos, sencillamente demostrar que los conocimientos necesarios para defenderse y ayudar, eran mucho más sencillos de lo que a primera vista parecía y recordar que en la Energía Nuclear hay en potencia muchas aplicaciones útiles que si

todos ayudamos podían llevarnos a un mundo mejor. Termina este prólogo con una frase del filósofo que los autores invocan: "*Es una antorcha que hay que encender*." (Tabla 52).

Tabla 52. Índice de capítulos del libro "Energía Nuclear en Paz y en Guerra" (93).

Capítulos	Materias
Prólogo	**Dr. Palanca.**
1	Fundamentos científicos indispensables para el estudio de la radiactividad.
2	Importancia del Uranio, Torio, minerales radiactivos en la naturaleza. Uranio y su producción industrial. Reactores nucleares.
3	Aparatos detectores de radiactividad, manejo y los efectos de la radioactividad.
4	Armas nucleares. Bomba atómica, bomba de cobalto, bomba de uranio. Medios de lanzamiento. Lluvia de polvo. Ataques radiactivos.
5	Efectos generales de explosiones nucleares, efectos mecánicos, efectos térmicos y radiactivos. Explosión aérea alta y baja. Explosiones en superficie, submarinas y subterráneas.
6	Efectos de las radiaciones ionizantes en el organismo humano.
7	Disminución de la radiactividad en el tiempo.
8	Organización de la defensa colectiva en caso de agresiones atómicas y termonucleares.
9	Cálculo de espesores de materiales diversos.
10	Organización de la defensa civil desde el punto de vista sanitario, cálculo de bajas. Unidades de asistencia sanitaria.
11	Postulados militares. Doctrina táctica y organización atómica.
12	Isótopos radiactivos: obtención manejo y aplicaciones médicas y biológicas.
13	Radiaciones ionizantes en la industria. Prevención, vigilancia de accidentes y lesiones.

Historia de la Sanidad española, (1900-1925). Rico-Avello y Rico, Carlos. 1969 (95).

Figura 41. Dr. Carlos Rico Avello (82).

Palanca describe como Rico-Avello, era la figura que mejor podía relatar la evolución de la Sanidad española en los últimos años y así explicar las causas del atraso sanitario que España sufría. Las causas se debieron al ambiente en que se vivía y a las características de ignorancia del pueblo español. España se había pasado cien años guerreando en sus colonias en Cuba y Filipinas, teniendo muchas más cosas que resolver mucho más importantes que los problemas sanitarios.

El trabajar a marchas forzadas para recuperar el tiempo perdido solo era aceptable con ciertas reservas, antes pensaba que había que meditarlo a conciencia, pues lo sucedido en Sanidad, mas adelante lo demostró. Por ir demasiado deprisa se creó una

organización demasiado compleja y muy costosa, a menudo con organismos duplicados de escasa conexión entre ellos.

Figura 42. Portada del libro Historia de la Sanidad Española (1900-1925). Carlos Rico Avello. Prólogos José Alberto Palanca y García Orcoyen (95).

El autor resalta a lo largo de este libro el avance de la Sanidad española, como se desarrolló la Sanidad en España desde los comienzos del siglo XX, en que los gobernantes empezaron a dar más importancia a la salud pública. Lo primero y más importante fue la pérdida de las colonias españolas, lo que hizo que España empezara a concentrarse en la península y dejara de temer a la fiebre amarilla ni al contagio de los repatriados. Las epidemias que se sufrieron a lo largo del comienzo del siglo XX sirvieron para aprender a que para mandar no servían solo los clínicos, aunque fueran eminentes. Surgieron las epidemias y a su remolque llegaron los avances como suele ocurrir en medicina. Palanca alude a las eminencias surgidas en este periodo como fueron Cortejarena, Alonso Sañudo, Bejarano, Martín Salazar y Murillo. Finaliza animando a Rico Avello a continuar con sus trabajos de historiador sanitario, entendiendo que a través de ello prestaría un gran servicio a la Sanidad española. Trata de animar a la Escuela Nacional de Sanidad a utilizar este libro como libro de texto para que los estudiantes pudieran conocer la evolución de la organización Sanidad española, al igual que en el resto de las disciplinas se profundiza en el estudio de la historia de la filosofía o del derecho etc. Termina dando la gracias al autor por el enorme esfuerzo y análisis de los datos encontrados que pacientemente ha recopilado (tabla 53).

Tabla 53. Temas desarrollados en el libro "Historia de la Sanidad Española" (1900-1925) (95).

Capítulos	Temas	1900-1910	1911-1920	1921-1925
Prólogo	**Dr. Palanca.**			
1	Postrimerías del siglo XIX.	x	x	x
2	Ambiente político.	x	x	x
3	Ambiente sanitario.	x	x	x
4	Ambiente universitario y cultural.	x	x	x
5	Ambiente epidemiológico.	x	x	x
6	Miscelánea y glosario médico social.	x	x	x

La vida médica rural. Lara J.M. 1970 (96).
Palanca prologa este libro aduciendo, que el Dr. Lara presenta una serie de anécdotas todas ellas interesantes, unas cómicas y otras trágicas, que podían servir como experiencia y ser muy útiles para futuros profesionales. El Dr. Lara comenta, que la ciudad de Sevilla, había cambiado para mejor en muchos aspectos a lo largo de los veinticinco años de su vida, pero sin embargo no lo había hecho en otros aspectos, como eran los intereses de la clase médica especialmente la rural.

Conferencias realizadas y publicadas en diferentes organismos e instituciones universitarias.

Facultad de Sevilla. Lección inaugural de la Cátedra de Higiene con prácticas de Bacteriología. 1923 (11).
Palanca inicia su discurso comentando que la Universidad no influyó para nada en la orientación de lo que sería posteriormente su futuro profesional, ya que en aquella época en las facultades no se dedicaban horas docentes a la enseñanza de la Higiene y en aquella etapa jamás tuvo la oportunidad de observar a través de un microscopio un microorganismo ni manejar un cultivo de alguno de ellos. Finalizó sus estudios universitarios sin apreciar la importancia que podría tener la Higiene en la vida de los pueblos y si bien al contrario, antojándose esto tan árido y tan inútil que no podía comprender que hacía esta asignatura independiente, en aquel plan de estudios. Pudo comprobar las investigaciones bacteriológicas que podían realizarse en las enfermedades infecciosas y lo poco que se servían de ellas para sus diagnósticos sus profesores y aún más que en la Universidad no existía un Laboratorio de Higiene pensó que lo que decían los libros eran fantasías científicas.

Una vez terminados sus estudios ingresó en el Cuerpo Médico del Ejército, primero en la Academia Médico-Militar y después en el Instituto de Higiene, empezó a entrever que la Higiene no era una materia tan estéril como había pensado hasta entonces. Durante este discurso quiso rendir un homenaje a los médicos militares españoles, que fueron profesores suyos fundadores de esta enseñanza, con especial atención a los doctores Martín Salazar, Alabern y Pérez Nogueras. Pretendió a lo largo del desarrollo de su Cátedra dar un cambio radical a la asignatura. Aludió a lo absurdo que era tener tan lejos de la Facultad de Medicina el hospital Clínico, ya que casi todos los Institutos de Bacteriología ya a principios del siglo XX disponían de un departamento o un hospital de enfermedades infecciosas en donde estaba la materia de sus estudios de investigación y cuando esto no ocurría, se convertían en centros burocráticos sin que su labor de investigación fuera apreciable. Dentro de la asignatura de Higiene había partes más importantes y otras más secundarias. Sería imperdonable que un estudiante al finalizar sus estudios desconociera los recursos de los microorganismos para la propagación de la enfermedades infecciosas, ni los medios con que la ciencia contaba para evitar aquella propagación y no podía perdonarse porque todo el edificio de la Sanidad Pública, descansaba sobre la cultura higiénica del cuerpo médico y pensaba que una de las causas del retraso sanitario español era precisamente la falta de preparación de los médicos que durante el periodo de aprendizaje recibieron una enseñanza insuficiente. Pensaba que cada profesor de Higiene que no cumplía con su obligación retrasaba años la regeneración sanitaria del

país y, debería llevar sobre su conciencia la responsabilidad que supone la pérdida de muchos millares de vidas que pudieron ser salvadas.

Uno de los primeros pasos en el camino de la regeneración sanitaria era la creación del Ministerio de Sanidad y así lo comprendieron los países que fueron a la cabeza de la civilización como fueron: Inglaterra, Francia, Checoslovaquia, Servia, Canadá, Cuba, Austria, Polonia y Turquía. En España en aquella época la Sanidad dependía del Ministerio de la Gobernación, junto con los asuntos de Comunicaciones, Orden Público y los de naturaleza política, lo que suponía que la Sanidad siempre se quedara en último lugar. De aquella situación nació la imposibilidad de conseguir que el Parlamento aprobara las Leyes sanitarias y se siguiera rigiendo por la Ley de Sanidad de 1855. La futura creación del Ministerio propio de Sanidad debería de hacerse de forma muy bien planificada, eligiendo a un personal adecuado que se integrara entre unos técnicos cuya historia garantizara su futura gestión. Bajo su punto de vista los técnicos deberían tener dos características como condiciones indispensables para el desempeño del cargo: capacidad y solvencia moral.

Más adelante Palanca pasa a comentar brevemente las ventajas de los países que antes que nuestro país ya habían implantado el Ministerio de Sanidad:

- Cuba: durante la epidemia de la fiebre amarilla que afectó a tantos miles de víctimas durante la dominación española. Los norteamericanos nombraron una Comisión para el estudio de la misma y propusieron medidas para combatirla, siguieron la senda que puso en marcha el Dr. Finlay al que nuestros médicos españoles no hicieron el menor caso y esta epidemia fue acorralada y extinguida en La Habana y después en el resto de la isla. La mortalidad en la Habana pasó a ser de 30/1.000 a 12/1.000 habitantes tras la implantación de medidas.
- Francia: la organización antipalúdica en Argelia organizada por Sergent.
- Italia: la Lucha Antipalúdica con Golgi, Bastiani, Celli etc., el mundo entero puso en marcha los métodos italianos de lucha contra la enfermedad y sus leyes favoreciendo el empleo de la quinina.

Insistió a lo largo de su discurso que combinando los conocimientos bacteriológicos y la epidemiología con una acción sanitaria adecuada se podían obtener beneficios incalculables para la vida de los pueblos. Otro punto que consideraba importante y que encerraba el estudio de la Higiene; unas veces eran las cuestiones del trabajo las que hacían que interviniese el higienista en provecho del obrero y de la misma industria, la legislación sobre el trabajo de los niños y la mujer, el descanso semanal, la duración de la jornada y las condiciones del trabajo. En otras situaciones también como; las condiciones de las urbes, sus necesidades, saneamiento y finalmente los conflictos sociales, la vivienda, los seguros de enfermedad y la invalidez.

Finaliza su intervención insistiendo en la instauración de una política sanitaria y en la educación del pueblo y hace un resumen de cómo era la situación sanitaria de la provincia de Sevilla en el año 1920.

Tuberculosis. En el año 1921 la provincia tenía, 705.000 habitantes con 1.709 afectadas de tuberculosis (2.5/1.000 habitantes) lo que suponía en comparación con el resto de las provincias una cifra intermedia. Entre los 250.000 habitantes que tenía la capital hubo en aquel año 866 defunciones, lo que elevaba la proporcionalidad a 4.2/1.000 habitantes, estas cifras suponían una de las tasas mayores de España. Los tres factores

preponderantes que mantenían a Sevilla a la cabeza de la estadística en la mortalidad por tuberculosis eran:

- Habitaciones caras y en malas condiciones de habitabilidad.
- Existencia de falta de cultura popular, lo que se traducía en la práctica de la suciedad y desorganización de los servicios públicos de la población que nadie reclamaba ni parecía necesitar.
- Un aumento progresivo del consumo de alcohol.
- Estructura de las calles estrechas, húmedas y tristes, lo que impedía la correcta ventilación de las casas.
- No existían hospitales de asistencia a tuberculosos, se fumaba y se escupía en el suelo. Se compraba la ropa usada de los enfermos y no se desinfectaba.

Fiebre tifoidea. En el año 1920 Sevilla tuvo 291 defunciones debidas a fiebre tifoidea (41/100.000 habitantes); 81 (39/100.000 habitantes) en la capital y 210 (41/100.000 habitantes) en el resto de la provincia. La aparición de casos siempre estaba relacionada con la ingestión de aguas contaminadas o en malas condiciones. La construcción de alcantarillado empezaba a realizarse tarde, lentamente y en malas condiciones. No se disponía de suficiente cantidad de agua necesaria para el funcionamiento. Las aguas tenían una presencia de microorganismos incompatibles con el concepto higiénico, de lo que debía de ser el agua potable y en todos los análisis los colibacilos estaban muy por encima de lo admitido.

Viruela. No pasaban los días sin noticias de algunos casos de pacientes con noticias oficiales de viruela en pueblos o en la capital.

Paludismo. El paludismo era endémico en buena parte de la provincia, especialmente en la rivera de los ríos Guadalquivir, Genil y Guadaira.

Palanca termina diciendo que merecía la pena que los estudiantes consagraran unas cuantas horas al estudio de la Higiene en profundidad durante la carrera de Medicina.

Esta lección inaugural de la Cátedra de Higiene con prácticas de Bacteriología realizada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla, fue también publicada en la Revista de Sanidad Militar a lo largo de diferentes capítulos. (97) (98) (99) (100).

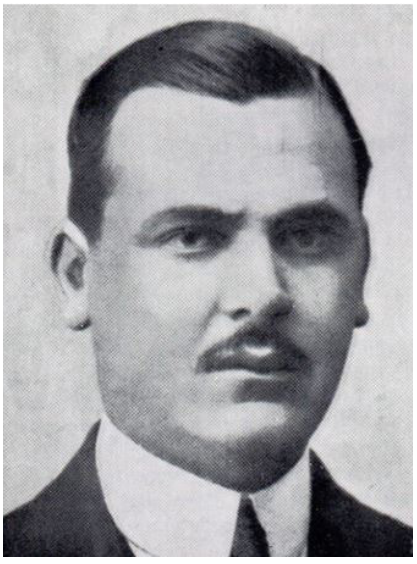


Figura 43. José Alberto Palanca. 1923 (95).

Conferencia del Dr. Palanca. La Federación Sanitaria. 1926 (101).
Se celebró una conferencia en el pueblo de Colmenar Viejo, organizada por la Federación Sanitaria, donde Palanca desarrolló el tema: "*Algunas consideraciones sobre la reciente epidemia tifoidea*". Comenzó diciendo que en España existían dos epidemias con graves repercusiones; la tuberculosis y la fiebre tifoidea con estadísticas ambas de alta mortalidad. La fiebre tifoidea producía una tasa de mortalidad de 27/100.000 habitantes, en Madrid era endémica y aún lo era más en Cataluña, Sevilla, Córdoba y Almería. Presenta un estudio y afirma que una ciudad con una tasa de mortalidad de más de 20/100.000 habitantes, tenía sin duda el origen en sus aguas contaminadas. A continuación describió las modernas teorías bacteriológicas de esta enfermedad relacionando el bacilo de Eberth con el coli bacilo y el bacilo *faecalis alcalígenes*, colaborando con las teorías de Ferrán. Explicó el mecanismo de contagio según grupos: contagio directo (orinas y heces de los enfermos). Deja claro que cuando en una ciudad se controlaban sus aguas, disminuían otras enfermedades infecciosas relacionadas como las diarreas, neumonías etc. y descarta el contagio de esta enfermedad a través de insectos.

Más adelante describe la epidemia ocurrida en Madrid y enumera las posibles causas que la originaron: los alimentos en especial las verduras que eran regadas con aguas contaminadas. Otra fuente que describe como posible fuente de contaminación, eran los carros de transporte de las frutas y verduras desde los pueblos a Madrid y volvían de regreso llenos de estiércol.

En cuanto a la profilaxis citó los resultados obtenidos con la enterovacuna por vía oral, que se empleó en grandes cantidades en Madrid. Terminó su discurso prometiendo seguir con su labor ya comenzada cuando se hizo cargo de la Higiene Provincial.

La Federación madrileña en su momento actual. 1926 (102).
Este artículo ha sido citado en muchas publicaciones, pero ha sido imposible encontrar el original.

Discursos leídos en la sesión inaugural del año académico 1927-1928 de la Sociedad Española de Higiene. 1927 (103).
Este libro ha sido imposible de encontrar aunque se cita en muchos artículos.

Las enfermedades profesionales. XVIII Conferencia Internacional del Trabajo. 1934 (104).
En junio de 1934 se inauguró en Ginebra la Conferencia Internacional del Trabajo, entre otros aspectos se trató el tema de la revisión parcial del Convenio relacionado con la reparación de enfermedades profesionales, con el objetivo de ampliar la lista de estas enfermedades, con su consiguiente derecho a indemnización, que ya establecía el Convenio anterior del año 1925. A esta Conferencia asistieron representantes tanto de la administración como de los patronos y obreros.

Hasta el mes de agosto del año 1933, el convenio había sido ratificado por veintidós países y estos habían dado su consentimiento a un convenio que englobaba como enfermedades profesionales solamente a las intoxicaciones por plomo, mercurio y al carbunco. En la Conferencia se trataba de que cada país procurase ampliar su legislación nacional. Uno de los pocos países que cumplió esta recomendación fue España. En la

Conferencia del año 1931, se trató de que se aceptase la silicosis como lugar preferente en la lista de enfermedades profesionales.

A lo largo de este artículo Palanca explica cómo se desarrolló dicha Conferencia, las aportaciones de los representantes de los diferentes países asistentes y las líneas de trabajo en las que se basaron para ampliar la lista de enfermedades profesionales.

La resistencia de los patronos a admitir la modificación del convenio fue muy fuerte, se presentaron más de 200 radiografías de enfermos con silicosis como apoyo a la discusión. Tras la discusión sobre la silicosis, comenzó la de las intoxicaciones producidas por Arsenio, Fósforo y otras enfermedades que finalmente quedaron aprobadas.

Finaliza este artículo presentando la proposición que se llevó al pleno de la Conferencia se desarrolla en la tabla 54. Al acabar la Conferencia y aprobar la lista de enfermedades, el representante italiano presentó una petición para que el la siguiente Conferencia Internacional se ampliase esta lista y se incluyera la anquilostomiasis, a lo que se opuso el representante de la India alegando que en su país esto sería impensable debido al número de afectados, ya que esta era una afección común.

Tabla 54. Proposición que se llevó al pleno de la Conferencia con la lista de enfermedades profesionales (104).

Enfermedades y consecuencias directas de las intoxicaciones.	Profesiones e Industrias o procedimientos correspondientes.
Silicosis con o sin tuberculosis, siempre que la silicosis sea la causa determinante de la incapacidad o la muerte	Las industrias o procedimientos reconocidos por la legislación nacional como capaces de exponer al riesgo de la silicosis.
Intoxicación por fósforo y sus compuestos.	Todos los procedimientos capaces de producir el desprendimiento o la utilización del fósforo y sus compuestos.
Intoxicación por el arsénico y sus compuestos.	Todos los procedimientos capaces de producir el desprendimiento o la utilización del arsénico y sus compuestos.
Intoxicación por el benzeno y sus homólogos, sus derivados nitro y aminados.	Todos los procedimientos capaces de producir el desprendimiento o la utilización del benzeno, sus homólogos o sus derivados nitro y aminados.
Intoxicación por los derivados halógenos de los hidrocarburos de la serie grasa.	Todos los procedimientos capaces de producir el desprendimiento o la utilización de los derivados halógenos de los hidrocarburos de la serie grasa, designados por la legislación nacional.
Trastornos patológicos debidos a: Sustancias radioactivas.	Todos los procedimientos que exponen a la acción del radio, sustancia radioactivas y Rayos X.
Epiteliomas primitivos de la piel.	Todos los procedimientos que utilicen alquitrán, brea, betún, aceites minerales, parafina, compuestos de estos productos o residuos de estas sustancias.

Silicosis y tuberculosis. 1935 (105).

Esta publicación fue el fruto de una conferencia que impartió Palanca en la apertura del curso de la Sociedad Española de Tisiología. La tendencia en la década de los años treinta, era reparar en la medida de lo posible las enfermedades profesionales. La enfermedad profesional se definía como toda lesión orgánica, funcional e incluso alteraciones psíquicas sobrevenidas por una causa externa en relación con el trabajo. En algunos casos esta lesión era muy grave y podía ocasionar la muerte de la persona. Palanca alude a distintas definiciones extraídas de la literatura y de diferentes autores. Siguiendo el criterio

de Lefort y de Peri, establece las diferencias siguientes: origen y naturaleza, modalidad del trabajo, patogenia, evolución, características individuales y muerte.

Los sistemas de reparación de las enfermedades profesionales se realizaban a través de los siguientes procedimientos:

- Admitir que los enfermos que pudieran presentarse en una industria determinada eran de tipo profesional y tratarlos como tales, incluyéndolos en el cuadro del seguro.
- Partir de qué era enfermedad profesional y qué era accidente de trabajo. Había que concederle el mismo tratamiento
- Dedicar a la enfermedad profesional una legislación específica.

Todos estos puntos tenían sus ventajas y sus inconvenientes. Palanca discute en el siguiente párrafo cuales eran unas y otras según los países en los que estaban establecidas las distintas leyes. Así recuerda el Proyecto de convenio para la reparación de las enfermedades profesionales aprobado en la Conferencia Internacional del Trabajo realizado en el año 1927 y ratificado con posterioridad en el año 1933 por veintidós países, entre ellos España. En este convenio se consideraron enfermedades profesionales, el saturnismo, el hidrargirismo y el carbunco. España, amplió esta lista incluyendo más enfermedades, entre una de ellas la silicosis.

XVIII Conferencia Internacional del Trabajo de 1934. Palanca fue nombrado delegado de España y se le encomendó que contribuyera a la aprobación con su voto de la ampliación de enfermedades profesionales incluidas en aquella lista. En aquella conferencia, los patronos negaron la existencia de la silicosis. La segunda posición fue negar que existiera un diagnóstico satisfactorio y precoz de la misma. El punto final fue la relación existente entre la tuberculosis pulmonar y la silicosis y se llegó a formular la siguiente pregunta; *"¿Era una consecuencia de la otra?, ¿Cuáles eran las participaciones de estas enfermedades en la invalidez y por lo tanto en la reparación de una u otra enfermedad?"* La conferencia finalizó aprobando un apéndice que añadía nuevas enfermedades profesionales.

Cómo reparaban la silicosis algunos países. Hasta aquel momento existía una legislación especial contra la silicosis varios países. Según lo que refiere esta enfermedad se establecieron los siguientes grados:

- Grado anteprimario, con síntomas físicos perceptibles y con disminución de la capacidad de trabajo.
- Con síntomas físicos perceptibles y con disminución de la capacidad de trabajo existente, pero no permanente.
- Con síntomas físicos perceptibles y con disminución de la capacidad de trabajo muy seria y permanente.

La legislación especificaba cuáles eran las minas susceptibles de producir enfermedad, clasificándolas en registradas y mencionadas. Las cantidades necesarias para el pago de indemnizaciones, salían de una caja especial, con ellas se pagaban también los gastos por enfermedad.

La aplicación de esta ley se confió al organismo llamado *Miners´Pthisis Board*, compuesto de personas expertas y que tenían los cometidos siguientes:

- Mejorar la formación profesional de los mineros y sus familias.
- Conseguir trabajo a sus herederos.
- Realizar estudios con todo lo relacionado con las dos enfermedades, tuberculosis y silicosis.

- Establecer talleres cooperativos.

Lucha contra la silicosis en España. Después de esta conferencia, y tras comprobar que no existía nada en España en la prevención de esta enfermedad, se aprobó un artículo que preveía la creación de un Patronato para la protección del minero en el año 1935. Palanca explica cual era la composición del Patronato, los recursos económicos que necesitaría, la limitación de su campo de aplicación, la coordinación con los servicios sanitarios oficiales, las orientaciones sanitarias del Patronato, la propaganda que se realizaría, la orientación para el porvenir y el apoyo que tendría que tener por parte de los tisiólogos.

Lucha social contra la tuberculosis. 1940 (106).

Este artículo fue el resultado de una conferencia que dio Palanca a propósito de un curso de Eugénica. Durante la misma trataba de dar una visión del conjunto del problema social que supuso la tuberculosis en España, el impacto de los factores individuales en el desarrollo de la enfermedad, especialmente durante la infancia. Comenzó realizando una serie de preguntas: "*¿Porqué la tuberculosis es un problema social?, ¿Porqué es un problema social la prevención de la tuberculosis, y no lo es el de otras enfermedades como el sarampión o la escarlatina*?" El autor decía que mientras mayor fuera el impacto de la propagación de la enfermedad y, mientras mayor fuera el número de víctimas ocasionadas, mayor sería la cuantía del problema.

En el caso de la tuberculosis, se reunían tres factores característicos, que no se encontraban en otras enfermedades: su extensión, su intensidad y la naturaleza de las medidas que se tenían que utilizar para impedir su propagación.

En España en aquellos momentos había un censo de 500.000 enfermos, lo que se traducía en una desaparición anual de 30.000 vidas (6%). Esta situación era un reflejo del estado sanitario, social y económico del país. Aún así la enfermedad tuberculosa se encontraba en franca disminución en el mundo entero. Las provincias de Sevilla, Madrid y Santander ocupaban los primeros puestos de incidencia de tuberculosis.

Palanca se quiso limitar a agrupar los medios defensivos de que se disponía en tres grandes capítulos:

- Cuidados a la infancia. La tuberculosis se adquiría durante los primeros años de la vida, por lo tanto era fundamental todo lo que se pudiera hacer para robustecer a los niños y con ello ponerlos a salvo de los ataques del bacilo de Koch.

- Vigilancia a los adultos. Era importantísima la vigilancia del comienzo de los síntomas de la tuberculosis en la edad adulta, evitando así que se pudieran convertir en instrumentos de contagio.

- Asistencia sanatorial y hospitalaria. Se trataba de separar a los contagiados para así poderlos someter a tratamiento mientras que pudieran constituir un contagio peligroso para la sociedad.

Estimaba absolutamente necesario que previamente y antes de la implantación del Seguro de Enfermedad, se debía realizar un estudio que recogiera los siguientes datos:

-Número y emplazamiento de los dispensarios que se debían instalar.

-Emplazamiento y capacidad de los sanatorios necesarios.

-Número de camas de hospitalización necesarias para los enfermos afectados de tuberculosis.

-Establecimiento de las diferentes funciones y si estas las debía dirigir la DGS o el Seguro, con el objetivo de disminuir gastos y evitar duplicidades y rozamientos inútiles.

El Seguro tendría ante sí una serie de hechos que le obligaría a realizar una doble gestión:

1. Se tendría que exigir al estado que organizara la Lucha Antituberculosa directamente o a través de una Asociación, en toda la extensión del concepto; desde las consultas prenatales, hasta la legislación social del trabajo, de la alimentación y de la vivienda.

2. Se tendría que exigir a sus asegurados tuberculosos que se trataran la enfermedad así como realizar la correcta prevención en sus contactos.

Finaliza diciendo como al principio, que la enfermedad tuberculosa era un prototipo de enfermedad social y solo podría resolverse aplicando medidas eminentemente sociales, como era la de la inclusión en el Seguro de Enfermedad. El objetivo de la Lucha contra la Tuberculosis era librar al país del terrible azote que representaba la tuberculosis, al margen de todo espíritu político.

LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS

Clausura del curso de divulgación para los maestros madrileños

Con extraordinaria solemnidad ha tenido lugar, bajo la presidencia del director general de Sanidad, la clausura del cursillo de divulgación de problemas de tuberculosis, que la Jefatura Provincial de Sanidad organizó para los maestros madrileños.

Durante veinte días, 250 maestros han recibido las enseñanzas fundamentales de tisiología, en lecciones dadas por los más destacados especialistas, poniéndose en condiciones de coadyuvar, dentro de sus actividades profesionales, a la obra del Caudillo, en lo que a la lucha contra la tuberculosis se refiere.

El doctor Palanca

En la sesión de clausura, el jefe provincial de Sanidad, doctor Quintana, dió una luminosísima lección sobre "La tuberculosis como problema social".

Figura 44. Clausura del Curso de divulgación de tuberculosis para maestros madrileños. Periódico ABC, 21 de febrero de 1940 (107).

Toma de posesión del Dr. Mariano Gómez Ulla como Presidente del Consejo General de Colegio de Médicos de Madrid. Intervención del Dr. Palanca. Consejo General de Colegios Médicos de España. 1941 (108).

En relación con la toma de posesión del Dr. Mariano Gómez Ulla como presidente del Consejo General de Colegio de Médicos de Madrid, varios de los personajes médicos de la época intervinieron en esta ceremonia con una serie de discursos.

Palanca interviene en esta ocasión y relata una serie de anécdotas que le habían ocurrido en los momentos en que ambos –Gómez Ulla y él- estuvieron destinados en Marruecos. También explica al público los motivos por los que se le eligió como presidente del Consejo. Termina diciendo: "*En la vida profesional como presidente de un Consejo, los clientes ya no son los enfermos* –dice Palanca-, *los clientes son los médicos y la única recompensa que se puede esperar es la propia estimación, que procede de la unión con el talento; la bondad y una buena dosis de paciencia por parte de todos*."

Importancia social de la Sanidad Pública. 1944 (109).

Este trabajo hace referencia a una Conferencia que Palanca realizó en la Escuela Social. Comenzó su discurso agradeciendo al director de la Escuela Social su invitación y al Ministro de Trabajo su presencia. Inicia haciendo una diferenciación entre los cuatro conceptos siguientes: "*Higiene, Sanidad, Medicina Social y Medicina Preventiva*", estas palabras tenían según él matices que merecía la pena aclarar. La dos primeras –Higiene y Sanidad- se referían al arte de conservar la salud, prolongar la vida y mejorar la especie. En cuanto a –Medicina Social y Medicina Preventiva- la medicina ya en los años cuarenta había variado en cuanto el campo de acción, no bastaba pues solo curar a la persona, sino que había que sanar a otras muchas simultáneamente, "*Era ya, más útil prevenir que curar*". Lo primero tenía una consecuencia de una acción colectiva, y de ello nacieron lo que se conocieron como las "luchas sanitarias, antituberculosas, antipalúdicas, antitracomatosas y en general antiinfecciosas". Se trataba de actuar sobre todo ante un grupo social o sobre la sociedad entera, una campaña social, colectiva de asistencia médica, lo verdaderamente útil era que la totalidad de los ciudadanos fueran asistidos de sus dolencias en la colectividad. El ejercicio de la Medicina Social requería profesionales adiestrados en ella, para la realización de campañas de tipo preventivo. En la práctica de esta Medicina había tres tipos de aspectos diferentes; el clínico, el científico y el social. Las Universidades hasta aquel momento no habían tenido en cuenta según Palanca el problema de la medicina Social. Los principios de Higiene de los años en los que se refería Palanca durante su conferencia, se afianzaban con los nuevos conocimientos de epidemiología en los que la fuente más peligrosa de contagio era el cuerpo humano. En épocas relativamente recientes a ese momento el contagio se atribuía a objetos inanimados, al viento se le acusaba de esparcir la viruela en su dirección. También se tenía mucho miedo a los cementerios y por ello se les ubicaba en la dirección contraria a los vientos reinantes. Poco a poco se fue centrando la atención en los seres vivos, entre los cuales el hombre ocupó el primer lugar en la cadena epidemiológica. Se planteaba una gran polémica entre la salubridad del campo y la ciudad, lo que no dependía de otra cosa más que del factor humano, mientras más pobladas eran las ciudades, más peligros ofrecían desde el punto de vista sanitario. En la tabla 55, se describen los diferentes aspectos que describe Palanca que podrían ser desarrollados por la Medicina Preventiva.

Tabla 55. Grupo de aspectos a desarrollar por la Medicina Preventiva (109).

Grupo	Grupo de aspectos a desarrollar por la Medicina Preventiva
1	Todas las enfermedades producidas por microorganismos microbianos y virus filtrables: viruela, TE, gripe, etc.
2	Enfermedades producidas por alimentación defectuosa o insuficiente: latirismo ➔ harina de almorta.
3	Enfermedades provocadas o sostenidas por un ambiente defectuoso: iluminación, vivienda, etc.
4	Enfermedades derivadas del embarazo y del puerperio.
5	Enfermedades de tipo hereditario.

Más adelante pasa a describir en el siguiente apartado, las pérdidas que se podían producir derivadas de las enfermedades "evitables", y que resumió en los siguientes puntos:

I.- Incapacidad para el trabajo mientras dura la enfermedad, sus complicaciones y sus secuelas.

II.- A los gastos que suponía la pérdida de jornales, había que sumar los que producía la curación de la enfermedad en sí.

III.- Regiones del globo donde el clima era mortífero, y los obreros que trabajan en ellas eran palúdicos.

IV.- La aplicación de las reglas de la Medicina Preventiva disminuirían, según el autor, el número y amplitud de esos establecimientos benéficos: Asilos, Manicomios que eran la ruina de las Diputaciones provinciales.

V.- De la Medicina preventiva, tenía su aplicación también el campo de la Veterinaria, hacia los alimentos de origen animal.

Palanca se realiza una pregunta al final de su discurso: "*¿Cómo se podía encauzar y contribuir a resolver este problema sanitario, que cada día se presentaba con mayor complejidad*?". Una de las grandes misiones de la DGS fue preparar al personal sanitario y dotarle de la capacidad necesaria para realizar el trabajo con la eficacia suficiente. Creía que había dos maneras distintas de impulsar los servicios sanitarios y la transformación sanitaria de un pueblo:

I.- El poder público; la Sanidad oficial tendría que caminar por delante de las costumbres creando un ambiente tras el cual las masas marchasen

II.- Creando un ambiente sanitario que exigiera, pedida por el mismo pueblo, una reforma sanitaria.

El primero era utilizado por los pueblos más incultos y el segundo por los pueblos más adelantados. En España se llegó a un término medio entre los dos métodos, desde las esferas gubernamentales, se hacía todo lo posible para imponer la Medicina Social con disposiciones legales, pero al mismo tiempo se realizaban propagandas constantes para llegar al convencimiento de las masas, para vivir en consonancia con los conocimientos científicos de la época. Había que esperar que con las reformas que se llevaron a cabo y la creación de nuevos Centros sanitarios y sobre todo con la implantación del Seguro de Enfermedad y la estrecha colaboración con los distintos Departamentos oficiales que dirigían la Sanidad, se podría en un plazo no lejano alcanzar la meta establecida.

Esta publicación corresponde a al discurso realizado por el Dr. Palanca en el Ministerio de Trabajo. Posteriormente este discurso se publicó en Gaceta Médica Española durante aquel mismo año (110).

Reunión de Clausura de II Reunión Nacional de Sanitarios Españoles. Barcelona 1947 (111).

Figura 45. II Reunión Nacional de Sanitarios Españoles. Barcelona 1947 (6).

En esta Reunión Palanca trata de estimular a los sanitarios en el avance de las técnicas de la Medicina Preventiva, ya que consideraba que éstas no eran fijas ni inmutables, los problemas iban variando en sí mismos como también los procedimientos en acometerlos con arreglo a múltiples factores ambientales y psicológicos que podían intervenir. Describió las diferentes épocas por las que pasaron los higienistas como fueron: la época que llamó "burocrática" en la que no hacían otra cosa que aconsejar a los gobernadores y éstos no siempre respondían a los consejos, después llegó la "Era del laboratorio y la desinfección" en la que la actuación fue vivir entre microscopios, estufas de cultivos y espectaculares aparatos de desinfección a cual más estimado, lo que casi ahogaba la misión sanitaria y finalmente entraron en la "Etapa Social". Todas estas transformaciones se lograron gracias al esfuerzo del colectivo sanitario y el trabajo en equipo de todos ellos. También dio las gracias en su discurso a los Ayuntamientos, Diputaciones, Universidades, Seguro de Enfermedad, Entidades Benéficas, ya que con veintiocho millones de habitantes en España se necesitaba la colaboración de todos y cada uno de ellos para lograr el éxito sanitario. Para conseguir una buena coordinación de todas las entidades nombradas anteriormente era necesaria la creación de un Organismo superior que marcara cada campo de acción y que evitara gastos innecesarios, este "Estado Mayor de la Cruzada Sanitaria", sería la llamada Sanidad Nacional. Por eso se creó en Madrid la Escuela Nacional de Sanidad en 1947, para que los médicos que lo quisieran se formaran en esta materia.

Palanca se refiere a la aprobación de dos Leyes en las Cortes Españolas:

- Ley del 2 de diciembre de 1943 sobre la Lucha contra la Tuberculosis con la creación de 2.320 camas distribuidas en diferentes sanatorios a lo largo de la geografía española (sanatorios del Sabinal y Las Palmas de 300 camas, Valle del Tena de 90 camas, Tenerife 245 camas, Burgos 150 camas, Málaga 250 camas, Palma de Mallorca 120 camas, Sardáñola (Gerona) 120 camas, Guadalajara 160 camas y Bilbao 585 camas). Además se aumentaron las capacidades de los viejos sanatorios en 1.190 camas (180

camas en Ávila, 180 en Zamora, 180 en Vigo, 300 en Valdelatas (Madrid), 150 en La Malvarrosa, 150 en Pedrosa y 50 en Motril (Córdoba)). En total el aumento supuso una creación de 3.510 camas en el programa. Más tarde se inauguró un hospital en Tarrasa con 1.600 camas el más grande España y de Europa

- Ley de Bases de Sanidad del 24 de noviembre de 1944, sustituyó a la vieja Ley de Sanidad que estaba vigente desde el año 1854 (Anexo 1).

En cuanto a la Higiene infantil, se refirió en su discurso a la disminución de la mortalidad maternal durante aquella etapa sanitaria. Se abrieron centros de seis a ocho camas, para parturientas y se inauguraron Escuelas de Puericultura.

Se crearon cien dispensarios antipalúdicos. En la tabla 56 se presentan las cifras con la distribución de casos de pacientes con paludismo que se presentaron durante los años 1943 a 1946 y el número de fallecimientos por esta causa.

Tabla 56. Número de casos de paludismo y número de fallecimientos y porcentaje de mortalidad (111).

Año	Casos	Nº Fallecimientos	% Mortalidad
1943	389.318	1202	0,30
1944	240.960	523	0,21
1945	125.659	303	0,24
1946	108.462	229	0,21
TOTAL	**864.399**	**2.257**	**0,26**

En cuanto a la mortalidad infantil, Palanca se refirió en su discurso al esfuerzo realizado en cuanto al ahorro de vidas (tabla 57).

En la reducción de la mortalidad del país intervinieron muchos factores: unos sociales, otros sanitarios y otros climáticos, pero la gran parte de ellos -según Palanca- se debieron al esfuerzo de los esfuerzos de los puericultores y de los sanitarios, a las mejoras en la asistencia médica y también a la implantación de grandes campañas preventivas antiinfeciosas. Palanca acabó su discurso dando las gracias al Ministro de la Gobernación D. Blas Pérez por su dedicación, entusiasmo y preocupación por la Sanidad española como jamás ningún Gobierno pudo antes presentar.

Tabla 57. Mortalidad infantil antes de un año de vida y la Mortalidad general (111).

Año	Niños que murieron antes de un año de vida	Mortalidad general
1942	103.251/1.000	14,7
1943	99.16/1.000	13,2
1944	92.96/1.000	12,9
1945	84.83/1.000	12,1
1946		12,7
Año	**Habitantes**	**Natalidad**
1942	26.251.849	20,08
1945	27.285.489	21,34
Diferencia	**1.033.640**	**01,26**

Conferencia de la sesión inaugural de la cátedra de Hidrología Médica (curso 1948-49) 1949 (112).
Ha sido imposible encontrar este artículo, aunque se encuentra citado en otros muchos artículos.

Memoria del VI Congreso Internacional de Leprología. Madrid, 1953. Organizado por el Gobierno de España en colaboración con la Asociación Internacional de la lepra y con la aportación económica del Consejo de las organizaciones internacionales de Ciencias Medicas, organización subvencionada por la OMS y la UNESCO (113).
Palanca en su cargo de presidente del VI Congreso Internacional de Leprología en el año 1953, inaugura éste con una Conferencia. Durante el discurso narra las razones por las cuales en la sede del Congreso anterior en La Habana (Cuba), se eligió España para la realización de este Congreso, y estas fueron: por un sentimiento de orgullo ya que querían enseñar al resto de los sanitarios extranjeros la obra sanitaria realizada en España y en especial en materia de la Lucha contra la Lepra en unas condiciones económicas especialmente difíciles sin ayuda de nadie. La segunda razón que expone, para poder mejorar este plan por personas expertas ya que su opinión les merecía mucho respeto.

Tras la aprobación por parte de las Cortes de La Ley de Bases de Sanidad en 1944, ya se disponía de un instrumento jurídico para poder instaurar el tratamiento y asilamiento obligatorio a los pacientes con lepra si este fuera necesario. Tras escuchar a la Comisión Permanente de la Lepra del CNS, la DGS, procedería como órgano ejecutivo a establecer las decisiones de la lucha. Para iniciar esto era muy importante conocer el número de afectados por esta enfermedad en España, con esta finalidad se encargó la realización de un censo de pacientes al Dr. Cordero. Se tenía en la mano los recursos para fijar el número de pacientes con lepra, una medicación eficaz controlada y las reformas establecidas por el Ministerio de Trabajo que hicieron salir a la luz a los pacientes para acogerse a los beneficios y que dejaban en muy malas condiciones a aquellos pacientes que no lo hicieran. Con estas medidas se censaron 2.728 enfermos, que conllevaron a 14.100 convivientes en contacto con ellos, a los cuales se comenzó a realizar una vigilancia sanitaria con el objetivo de impedir el avance de la enfermedad. En la tabla 58, se puede observar, cuáles eran los focos en España con mayor incidencia de la enfermedad.

Tabla 58. Focos más importantes de la enfermedad de la lepra en España. Proporción por 1.000 habitantes (113).

Focos	Habitantes	Enfermos con lepra/ Proporción por 1.000 habitantes
Andalucía	5.600.000	1.364/0,243
Levante	2.668.000	503/0,188
Canarias	793.328	301/0,379
Galicia	2.604.000	227/0,087

Durante la planificación se prefirió construir o mejorar grandes leproserías debido a los problemas que conllevaba sus emplazamientos, ya que no eran fácilmente admitidas por sus vecinos. En ocasiones se establecieron dispensarios móviles donde se trataban a pacientes en las provincias con gran intensidad leprosa. En estos equipos había un especialista, una enfermera y un practicante que hacían funciones de diagnóstico y tratamiento.

La acción de la organización fue variando en función de las necesidades que fueron surgiendo. Palanca finaliza a los asistentes a visitar todos los centros, lo que serviría de mejora para la Lucha contra la Lepra.

Crónica del VI Congreso Internacional de Leprología. 1953 (114).

El VI Congreso Internacional de Leprología, se celebró en Madrid durante los días 3 al 11 de octubre de 1953. Fue todo un acontecimiento científico tanto por el interés de los temas tratados como por las exposiciones de gran categoría científica que en él se presentaron. Palanca ocupó la Presidencia del Congreso. A él asistieron 700 especialistas de 47 países diferentes. El I Congreso de esta especialidad se había celebrado en Berlín (Alemania) en el año 1897, el II Congreso en 1909 en Bergen (Alemania), el III Congreso se desarrolló en 1923 en Estrasburgo (Francia), el IV Congreso en El Cairo en 1938, el V Congreso en La Habana (Cuba) y el VI Congreso se celebró en Madrid. El Dr. Palanca realizó el pregón del Congreso, significando cuál era la misión, la significancia y la trascendencia del mismo. Se presenta una entrevista donde Palanca responde a una serie de preguntas que le realizan en relación con la Lucha Antileprosa en España y sobre los temas que se tratarían a lo largo del Congreso.

Figura 46. Sede del IV Congreso Internacional de Leprología, ubicada en la Universidad Complutense de Madrid (6).

Figura 47. Dr. Gay a la izquierda de la fotografía, Dr. Contreras a la derecha y el Dr. Palanca en el centro. IV Congreso Internacional de Leprología (6).

Figura 48. El Dr. Palanca en el centro de la fotografía, durante la inauguración del IV Congreso Internacional de Leprología (6).

El Congreso se celebró en Madrid debido a la votación realizada en el anterior Congreso de La Habana. Palanca a lo largo de la inauguración trató los siguientes apartados:

- Instrumento jurídico y órgano ejecutivo. Para la lucha contra la lepra, desde el Ministerio de la Gobernación nació la Ley de Bases de Sanidad, que permitió la aplicación del tratamiento médico y el aislamiento obligatorio de los afectados de esta enfermedad.

- Número de enfermos con lepra. La endemia no era muy intensa. Se realizó una campaña para conocer el número de enfermos que había. Se tenía en la mano dos poderosos recursos para lograr el fin de la lepra en España: una medicación eficaz y las reformas establecidas por el Ministerio de Trabajo, que hicieron emanar a los enfermos de sus ocultamientos para la obtención de beneficios. Se crearon equipos móviles, se realizó un censo de 2.728 pacientes y 14.100 convivientes, a los que se establecieron campañas de vigilancia.

- Focos de enfermos afectados de lepra. En la tabla 59 se pueden apreciar los diferentes focos que se identificaron

Tabla 59. Distribución de los diferentes focos de lepra en España en relación con el número de habitantes (114).

Focos	Población	Enfermos de lepra	Proporción/1.000 habitantes
Andalucía	5.600.000	1.364	0.243
Levante	2.668.000	503	0.188
Canarias	-	301	0.379
Galicia	2.604.000	227	0.087
TOTAL	**10.872.000**	**2.395**	**0.224**

- Objetivos de la campaña. Los objetivos que se marcaron durante esta campaña fueron: impedir la emigración de nuevos casos de lepra, aislamiento de casos necesarios, clasificación de pacientes por niveles de contagio, censo de enfermos y convivientes, reformas sociales, separación de menores convivientes en preventorios, educación sanitaria y preparación técnica del personal.

- Leproserías. Se realizó un proyecto de construcción de leproserías que abarcara 2.500 camas para estos enfermos, pero fue equivocado y hubo que disminuir el aforo por no ser necesarias todas ellas. Se devolvió la leprosería de Fontilles a la Compañía de Jesús –su anterior responsable- y se construyeron varias grandes y sólidas leproserías nuevas en: Canarias, Orense y en Trillo (Guadalajara).

- Equipos móviles. Se crearon equipos móviles con un especialista al mando, un practicante y una enfermera como medios de realizar el censo, propaganda de educación, diagnóstico y tratamiento para que los enfermos no tuvieran que trasladarse.

- Otras medidas. Se hicieron reformas sociales desde el Ministerio de Trabajo y se impulsó la industria farmacéutica.

La lepra en España. 1954 (115).

Antecedentes históricos. Los antecedentes históricos de la enfermedad de la lepra se reflejan en la tabla 60.

Tabla 60. Antecedentes históricos en España de la lucha contra la enfermedad de la lepra (115).

Año	Acontecimiento
1855	Ley de Sanidad. Orden de declaración de casos a los médicos rurales. Publicación de Méndez Álvaro: "La lepra en España a mediados del siglo XIX".
1872	Orden de declaración de casos.
1878	Censo de casos declarados: 521.
1877	Publicación de Peset: "La lepra en España".
1879	Publicación de Coquet y Calatayud: "La lepra en España".
1881	Publicación de Benito Hernando: "La lepra en Granada".
1884	Orden de búsqueda y localización geográfica de casos: 522 casos.
1887	Publicación de Benito Hernando: "La lepra en la provincia de Alicante".
1904	Publicación de artículos sobre Lepra.
1914	Dr. Martín Salazar: 898 casos.
1916	Publicación de Juan Azúa: 89 casos vistos en el hospital de San Juan de Dios, de Madrid.
1917	Reflejo del problema de la Lepra en los Presupuestos Generales del Estado. Subvención a la leprosería de Fontilles.
1920	Ángel Pulido, representante de España en la Oficina de Higiene de Paris, lleva una comunicación: "Estado de la lepra en España".
1923	El Gobierno de Primo de Rivera, proyecta la leprosería de Toen (Orense). Finaliza la Leprosería de Armilla (Granada). Censo de casos declarados: 474.
1924	Censo de casos declarados: 579.
1928	Censo de casos declarados en Jaén: 70. Conferencia de ingreso en la RANM de Sánchez Covisa: "Estudio de la lepra en España".
1929	Publicación de Gil Casares: "Trabajos sobre la lepra". Publicación de Bejarano: "Manual de profilaxis. Tratamiento y estado actual de la lepra en España".
1930	Publicación de Montañés: "Trabajos relacionados con su experiencia en la leprosería de Fontilles".
1932	Incautación por el Gobierno de la República de leprosería de Fontilles.
1934	Peyry hace constar que ha visto solo en Cataluña 242 leprosos.
1940	Restablecimiento de la leprosería de Fontilles a la Compañía de Jesús.
1942	Censo de casos declarados: 883.

Plan de trabajo. Se realizó un censo de enfermos, familiares y convivientes de lepra. En el momento en que se realizó este artículo, en España había 3.300 fichas de familiares que suponían 14.100 personas viviendo prevenidas del peligro que podía suponer la enfermedad y auxiliadas por los servicios sanitarios oficiales que les instruía de forma apropiada. Una vez establecido el censo de enfermos y convivientes, se comenzó a ocupar del resto de los factores que podían influir en el control de la lepra, como eran: las colonias sanatoriales y los preventorios.

En el año 1949 el Cuerpo Nacional de Sanidad, estableció una serie de normas generales, con el objetivo de evitar la propagación de la lepra: Impedir la inmigración de nuevos casos, descubrir los casos autóctonos, mantenimiento del censo de enfermos, estudio epidemiológico, clasificación de enfermos, aislamiento de casos, separación de menores, tratamiento obligatorio de todos los enfermos afectos, vigilancia sanitaria, asistencia social y educación sanitaria. En la tabla 61 se pueden observar las medidas que se implantaron en España para luchar contra la enfermedad.

Tabla 61. Plan Nacional que se puso en marcha en España para la Lucha contra la Lepra (115).

Plan Nacional de Lucha contra la Lepra	
Leproserías	Ubicaciones y Capacidad.
Trillo	Ubicación: Trillo (Guadalajara), viejo balneario de Carlos III. 120 Hectáreas. Capacidad: 500 camas.
Abona	Ubicación: Abona (Tenerife). Capacidad: 110 camas.
Toen	Ubicación: Orense. Capacidad: 100 camas.
Fontilles	Ubicación: Fontilles (Alicante). Capacidad: 300 camas.
Las Palmas	Ubicación: Las Palmas (Gran Canaria). Capacidad: 250 camas.
Barcelona	Ubicación: San Lázaro de Barcelona. Capacidad: 30 camas.
Granada	Ubicación: San Lázaro de Granada. Capacidad: 30 camas.
Santiago de Compostela	Ubicación: San Lázaro de Santiago (La Coruña). Capacidad: 40 camas.
Madrid	Ubicación: San Juan de Dios, Madrid. Capacidad: 30 camas.
TOTAL	1.230 camas.
Dispensarios	Nº: 84; 50 en los Institutos provinciales y 34 en los Centros de Higiene Rural. 141 médicos especialistas.
Preventorios	
Chapinería	Ubicación: Chapinería, Madrid. Capacidad: 30 camas 80 niños.
Fuencarral	Ubicación: Fuencarral, Madrid. Capacidad: 200 niños.
Alicante	Tormos y Alcira (Alicante).
Equipos móviles	Objetivo: acercamiento de los Servicios Sanitarios a los enfermos, despertar la atención de la población, descubrimiento de casos nuevos, realización del censo de enfermos.
Cursos	Realización de cursos de instrucción, a cargo de la Escuela Nacional de Sanidad. Participantes: 83 médicos. Objetivo: periodos de incubación, aprendizaje de las distintas formas de presentación, tratamiento de la enfermedad, transmisión.
Propaganda	Elaboración de folletos, carteles, periódicos, cinematógrafo, etc.
Coste de la Lucha contra Lepra	Presupuesto General del Estado, crédito de 8.352.000 pesetas, que se dedicó a la compra de medicamentos. Protección del Fondo benéfico Social: Lotería del mes de octubre 4.000.000 pts. Total: 12.352.000 pesetas.
Mortalidad general	9.5/1.000 habitantes.

Clausura de los XI Cursos Generales de la Obra de Perfeccionamiento Sanitaria. Coloquio del Dr. Palanca con los Sanitarios Españoles. 1955 (116).

En esta entrevista se le pregunta al Dr. Palanca por su opinión sobre las siguientes cuestiones: lo que sucedía en los concursos, las bibliotecas en las casa de los médicos, el precio de los libros, problemas de los médicos titulares de Navarra, la desaparición o transformación del cuerpo de médicos titulares, los "*númerus clausus*", la futura creación de la Asociación de Médicos Titulares, elección de directivos, campaña contra los farmacéuticos y finalmente sobre la acumulación de cargos.

I Curso sobre Radiactividad y Defensa Sanitaria contra las armas atómicas y termonucleares. Escuela Nacional de Sanidad. 1956. La Sanidad en la defensa de las poblaciones contra las armas atómicas. 1956 (117).

Palanca en este artículo hace un resumen para la introducción del I Curso sobre Radioactividad y Defensa Sanitaria contra armas atómicas y termonucleares. El curso, se realizó por iniciativa del Ministro del Ejército, bajo los auspicios del Estado Mayor y el material lo

proporcionó la DGS. Era muy difícil separar la defensa sanitaria de la Defensa Pasiva general. La DGS, debía colaborar a la formación profesional de los sanitarios que actuarían en los planes generales de la Defensa: creación de depósito de antibióticos, vendajes, placas radiológicas, etc.

El curso también tenía el objetivo de evitar incidentes adversos, relacionados con los rayos X tanto en los enfermos como en los profesionales. Colaboración en la creación del Decreto sobre protección de los profesionales que manejaban estos aparatos.

En aquella época se tropezaba con la falta de preparación técnica del personal en materia defensiva y el Dr. Piédrola venía trabajando en materia de defensa sanitaria contra las armas atómicas y termonucleares. Un colaborador suyo el Dr. Amaro, fue enviado a los EE.UU. y a su vuelta presentó multitud de información junto con películas y documentales muy valiosos, para la realización de cursos de preparación del personal sanitario. El curso tuvo mucha aceptación entre los sanitarios y hubo que restringir el número de asistentes a 70.

Palanca finaliza este artículo hablando del material que se tendría que disponer en el caso de un ataque con armas atómicas y dando las gracias a los presentes y a los Ministros del Ejército y de la Gobernación, ya que ambos participaron en el acto.

Asistencia y Sanidad. 1957 (119).

Figura 49. Inauguración de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, el 8 de julio de 1944, después de su remodelación. Ministro Ibáñez, Rector de la Universidad, Gobernador Sr. Fontana, el alcalde y Palanca (6).

Palanca fue invitado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada para hablar de "*Asistencia y Sanidad, experiencia en veinte años al frente de los Servicios Públicos*" Comienza esta conferencia haciendo un resumen de varios puntos:

- "*La gran sabiduría y misericordia divina que no permite saber el porvenir que nos espera*". Hizo este comentario después de contemplar unas fotografías que había en la exposición del Congreso en la que se veían sanitarios compañeros de él de la Facultad, en los que muchos de ellos se les veían caras alegres y en aquel momento en que Palanca observaba las fotografías, ya habían fallecido.

- Otro punto era una alusión a Huarte de San Juan, cuando este afirmaba que los triunfos en la etapa escolar no garantizan el éxito posterior en el ejercicio de la profesión. Muchos de los personajes que sobresalieron en aquella etapa, carecieron después de dotes de triunfo.
- También hubo un gran número de estudiantes equivocados, que emprendieron la carrera de Medicina y se percataron de ello demasiado tarde para rectificar.

Figura 50. Palanca en el centro, a la izquierda el Decano de Farmacia y a la derecha Carlos Palanca (sobrino de Palanca), durante la reunión de profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada (6).

Para entrar de lleno en el tema formula tres preguntas: "*¿Había realmente malestar entre los profesionales médicos?, ¿A qué era debido ese malestar?* Y finalmente, *"¿Cuáles eran las soluciones*?"

Para poder contestar a las tres preguntas, Palanca compara la situación sanitaria de aquella época con el ambiente de principios de siglo, en el que había: libertad absoluta de ejercicio profesional, escasez de médicos, número muy bajo de estudiantes de medicina, enseñanza muy defectuosa en cuanto material pero con un profesorado excelente y una carencia total de organización sanitaria. Las facultades en el año en que Palanca está hablando ya disponían de 13.000 alumnos matriculados en la Facultad de Medicina. Los profesores asistían a clase con regularidad, sin delegar a los auxiliares. En la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada los profesores conocían a los alumnos por sus nombres y apellidos, esta íntima unión entre ellos influía en el aprovechamiento de los estudiantes. La asistencia sanitaria benéfica era detestable, el único Centro era el hospital de San Juan de Dios, las camas eran insuficientes, una sala elemental de operaciones y el mejor cirujano, era el más rápido. Se trataba de evitar al máximo el riesgo de aparición de infecciones que terminaran con la muerte del paciente y no había espíritu crítico. Los servicios sanitarios propiamente dichos no existían. La mortalidad de Granada era superior al 30/1.000 habitantes. En el año 1900, al presentarse la epidemia de peste de Oporto (Portugal), que llenó de espanto la zona fronteriza con Portugal, se comenzó la

transformación sanitaria de España. A esta epidemia se debió la creación del Instituto Alfonso XIII, dirigido por D. Santiago Ramón y Cajal. El avance principal conseguido a la sombra de esta epidemia fue la "Instrucción General de Sanidad", obra de D. Carlos Cortezo, amparada por D. Antonio Maura, que sustituyó la vieja Ley de Sanidad de 1855.

La epidemia gripal de 1918 supuso un gran avance que se llevó a 300.000 españoles por delante, sin poder evitarlo, ya que se desconocía la etiología y la propagación de la enfermedad. Esta epidemia permitió la puesta en marcha de la Lucha Antipalúdica que luego dio entrada a las campañas antituberculosas, más adelante se fundó el Instituto del Cáncer y la Lucha contra la Lepra.

Con la Dictadura del general Primo de Rivera se publicaron los Estatutos provinciales y municipales de donde derivaron los Reglamentos Sanitarios. También de esta época, se puso orden en las especialidades farmacéuticas, se aprobó su primer Reglamento y se creó el Instituto de Farmacobiología.

En el periodo de transición de la Dictadura con la República, se dio cima al Instituto Nacional de Previsión, haciéndolo obligatorio y se aprobó la Ley de Coordinación Sanitaria que permitió el florecimiento de los Institutos Provinciales de Sanidad y de los Centros Secundarios. En esta época se comenzaron también las primeras negociaciones para la creación del SOE.

Palanca no se vanagloria de sus resultados obtenidos durante los veinte años de su gestión, desde el punto de vista sanitario, ya que un periodo tan largo le había dado tiempo a hacer muchas cosas.

Uno de los factores que creía Palanca que hacía que los médicos estuvieran descontentos era el número excesivo de profesionales que cada año salían de las facultades de Medicina, lo que suponía que hubiera un déficit de trabajo y una impaciencia en los jóvenes médicos.

Como posibles soluciones pone encima de la mesa varios puntos: cambiar en el futuro con prudencia e ir realizando paulatinamente una discreta disminución en el número de estudiantes matriculados en las facultades de Medicina, Farmacia y Veterinaria. Mejorar los sistemas de enseñanza y elevar los sueldos de los profesores. Limitación de los cargos: un solo médico en cada empleo y un sueldo suficiente para vivir de un solo cargo. En cuanto al SE aunque ya se habían corregido varios defectos, tenía que continuar por el camino de mejora. La única manera era la disminución de los gastos de carácter medicamentoso, el beneficiario tendría que pagar una parte de los medicamentos. El problema de los Colegios de Médicos era mucho más difícil de corregir, ya que estaba basado en características políticas, económicas y psicológicas del momento. Deberían plegarse a los mandatos de lo que pedía la masa o separarse muy pronto de ella.

Palanca finaliza diciendo que en los negocios de esta vida nunca hay nada que se resuelva definitivamente y que lo mismo las victorias que las derrotas, eran siempre provisionales. Termina deseando al público, lo que le pasó a él: "*Enemigos que exciten nuestro amor propio y nos hagan superarnos. Los viejos miramos la maldad humana como algo natural y aunque os parezca algo monstruosa y los obstáculos insuperables. Hay que mirarlos como antígenos sociales que engendran anticuerpos y terminan por hacernos inmunes*."

Discurso correspondiente a la Apertura del Curso Académico 1958-1959. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. 1958 (120).

En este discurso Palanca dio su última lección como catedrático, ya que se trataba de su despedida en la Universidad Complutense de Madrid, su jubilación. Palanca comienza su intervención diciendo, que la actividad docente no terminaba en una disposición del Boletín Oficial sino perduraría mientras lo hicieran las fuerzas morales y materiales y así tenía que ser, porque la misión de enseñar la entendía como vocación, entusiasmo, espíritu de sacrificio, aunque ampliamente recompensados con júbilo y la satisfacción que le producía el contemplar la pléyade de promociones adiestradas y educadas en tres grandes afinidades: sanitarias, científicas y sociales. Palanca alude a las pérdidas que tantos docentes había tenido la Universidad a lo largo del siglo XX. Finalmente le dio la bienvenida a los recién incorporados a la misma, deseándoles los mejores triunfos a lo largo de su carrera docente.

Sociología sanitaria y Medicina Social en España. 1958 (120)

a. Limitaciones y limitación de conceptos. Comenzó aludiendo a Leibniz, diciendo que una buena parte de las diferencias de criterios que surgían en cualquier problema se debían a que se concedían distintos valores a las mismas palabras y a los mismos conceptos y que un previo acuerdo sobre un verdadero significado, ahorraría muchas discusiones: "*Higiene Pública, Medicina Preventiva, Medicina Social*" y en este caso "*Sociología Sanitaria*". Palanca presenta a los diferentes autores y distintas definiciones que cada uno de ellos tenían de la Medicina Social y sus divergencias aunque todos ellos coincidían en el fondo. Medicina Social, Sanidad o Higiene Pública tenían como base fundamental la Medicina Preventiva y los dos la Eugénica, tratando de asegurar una vida mejor a las generaciones futuras. Más adelante surgió el concepto de la Sociología Sanitaria, que era el resumen de una ciencia combinada. Palanca decía, que si se pudiera relacionar las ciencias médicas con las sociológicas, se podrían determinar las leyes que regirían fenómenos que hasta entonces eran desconocidos. La Sociología Sanitaria era una ciencia muy reciente que comenzó a mediados del siglo XX y que no pudo surgir anteriormente por la falta de información que se tenía de muchos países. Sería necesaria por tanto una amplia colaboración entre la Sanidad Pública y la Sociología respetando la autonomía de ambas, que daría después origen a una nueva disciplina la Sociología Sanitaria.

b. La Sanidad desde principios de siglo hasta la Guerra Civil. A principios de siglo la nación apenas se estaba restableciendo de las últimas guerras coloniales y el grado de cultura que revelaba el analfabetismo era muy bajo. La productividad agrícola e industrial y escasa; las luchas políticas enconadísimas y entre unas cosas y otras la reforma sanitaria no encontraba lugar para realizarse. En aquel momento aparecieron dos sanitarios importantes el Dr. Martín Salazar y el Dr. Carlos María Cortezo. El estado sanitario era lamentable, las epidemias se sucedían y llevaban a la muerte a miles de españoles. La peste apenas existía, existían muy malos hábitos de Higiene, limpieza, incultura de vacunación etc. los datos de la incidencia de las distintas epidemias se describen en la tabla 62.

Tabla 62. Años 1900 a 1918. Incidencia de la mortalidad de las distintas epidemias ocurridas en nuestro país durante el comienzo del siglo XX (120).

Años	Nº Muertes	Tasa/1.000 habitantes
1901-1905	21.226 Viruela	1,12
	23.577 Difteria	1,24
	41.881 Fiebre tifoidea	-
1905-1910	31.831 Fiebre tifoidea	-
	16.629 Paludismo	-
1918	300.000 Gripe	-

La organización sanitaria era prácticamente nula, no existían hospitales dedicados a las enfermedades infecciosas. Así se concluyó este periodo político en el que si la Sanidad Pública consiguió algunos avances fue gracias a los esfuerzos del Dr. Martín Salazar.

En 1923 se produjo el golpe de Estado y subió al Poder el general Primo de Rivera, comenzando el periodo llamado de la Dictadura que llegó hasta 1930.

- Primera época: Dr. Murillo Palacios director general de Sanidad, con José Calvo Sotelo en la Administración local. Murillo publicó los Reglamentos de Sanidad (municipal y provincial), que supusieron un gran avance en la organización sanitaria. En la tabla 63 se describen los centros y proyectos que se realizaron durante esta primera época.

Tabla 63. Descripción de los centros y proyectos realizados durante la primera época (120).

Centro e Institutos inaugurados	Dedicación
Hospital del Rey (Madrid)	Enfermedades Infecciosas.
Hospital antituberculoso de Tablada (Madrid)	Tuberculosis.
Real Patronato de Lucha Antituberculosa (Madrid)	Tuberculosis.
Instituto del Cáncer (Madrid)	Tratamiento de pacientes con cáncer.
Sanatorio de La Malvarrosa (Valencia)	Tuberculosis.
Sanatorio de Pedrosa (Santander)	Tuberculosis.
Sanatorio de Valdelatas (Madrid)	Tuberculosis.
Sanatorio de Húmera (Madrid)	Tuberculosis.
Escuela Nacional de Puericultura (Madrid)	Lucha contra la mortalidad infantil.
Instituto de Alfonso XIII (Madrid)	Formación de bacteriólogos.
Instituto de Fármaco-biología (Madrid)	Decreto de reglamentación de especialidades farmacéuticas.

- Segunda época: esta época fue menos brillante, pues desaparecieron las circunstancias que se habían presentado en la etapa precedente. Las perturbaciones políticas aumentaron de día en día, con lo que el avance sanitario se detuvo. Entre 1923 y el advenimiento de la República la población aumentó hasta 23.563.667 habitantes, las epidemias siguieron presentándose, aunque la mortalidad relacionada con las enfermedades infecciosas descendió ligeramente. La República tenía demasiadas cosas de que preocuparse antes que de los problemas sanitarios.

Palanca resumió este apartado diciendo que el avance sanitario de España en el periodo comprendido entre el comienzo del siglo y la Guerra Civil era claro pero intermitente, correspondía a un país que no se sentía seguro, que resolvía sus problemas al día pero que no sabía exactamente adonde le llevaban los acontecimientos y por lo tanto no podían ocuparse de más problemas que los estrictamente urgentes para vivir.

c. La Guerra de Liberación y la Salud Pública. Al estallar la Guerra Civil, la organización sanitaria de nuestro país tenía un gran carácter centralista. En Madrid a parte de la DGS, estaba el Instituto de Alfonso XIII, la Escuela Nacional de Sanidad, el Instituto del Cáncer, el

Centro de Farmacología, el Parque de Sanidad, la Escuelas de Puericultura y de Instructoras sanitarias. Los sanatorios antituberculosos de la Sierra del Guadarrama cayeron en manos del otro bando y fueron destruidos. En enero de 1937 el Dr. Palanca reunió en Valladolid a los jefes de Sanidad de las provincias liberadas para resolver los asuntos más urgentes. En la tabla 64 se describen los objetivos que se pusieron en marcha desde el centro neurálgico de Valladolid y gracias a ello, no se presentó ninguna epidemia durante la guerra.

Tabla 64. Acciones desarrolladas, para el control de las epidemias durante la Guerra Civil española (120).

Objetivos	Acciones que se desarrollaron
1º	Preparación de sueros y vacunas para el ejército y la población civil.
2º	Reconocimiento médico a prostitutas.
3º	Se encargó a los Institutos de Sanidad de Burgos la preparación de Bismutos insolubles.
4º	Lucha antipalúdica imprescindible para las tropas que estaban concentradas en el sur de España.
5º	Creación de estaciones de despiojamiento, lucha contra epidemia de tifus exantemático.
6º	Conversión de Balnearios en hospitales militares.

El Patronato Nacional Antituberculoso se creó el 20 de diciembre de 1936 y comenzó a funcionar en Valladolid el 11 de enero de 1937, se le asignaron 12 millones de pesetas y 3.400 camas. Palanca se preguntaba qué impacto supuso la Guerra Civil en cuanto a la disminución de la población y contestó, que se pudo hacer una estimación de 1.200.000 habitantes, en los que estarían incluidos 700.000 niños que habrían dejado de nacer. Al final de la guerra, hubo un gran triunfo sanitario debido al colectivo sanitario español que se esforzó en que así fuera, a pesar de las trágicas circunstancias que atravesaron en las que cumplieron su cometido con acierto.

d. Las epidemias posteriores a la guerra. Las cifras que se presentan en el gráfico de la gráfico 6, señalan la mortalidad y la natalidad desde el comienzo de la guerra hasta el movimiento epidémico que se presentó en los años 1941 y 1942. Explica el aumento de la mortalidad que se produjo por el influjo de los acontecimientos sociales, que hizo que la natalidad también disminuyera en estos años.

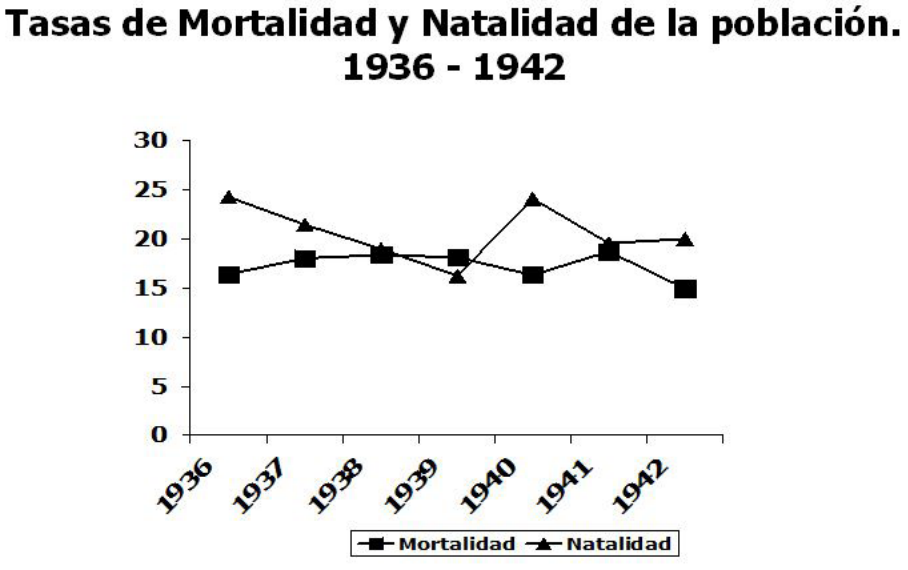


Gráfico 6. Tasas de Mortalidad y Natalidad global en España desde el año 1936 a 1942 (120).

Cuando la Guerra Civil se acabó se multiplicaron los contactos debido a un gran movimiento de la población, lo que bastó para propagar las epidemias como un gran incendio, el incesante tráfico de colectividades que volvían a sus hogares en busca de sus deudos desaparecidos o sus bienes perdidos. Batallones que cambiaban de residencia, todo en muy malas condiciones de transportes, imposibilidad de limpieza corporal, sin desinfección, todo en conjunto rompió el equilibrio inmunitario que difícilmente se venía sosteniendo. Todos estos factores hicieron factibles que surgieran las epidemias. Alude a una frase que un político le dijo en aquellos días tan horribles: "*Pídame lo que quiera, pero que se acaben esos casos de tifus*" y, lo que él no sabía era que lo que se necesitaba era carbón, víveres, transportes, hospitales etc., el autor de la frase puso a disposición solo lo que podía una cantidad no muy grande de dinero con lo que se pudo controlar aquella epidemia.

e. Epidemia de viruela. Tras la entrada en España de una familia portuguesa en 1939 con una niña enferma con viruela, hizo que posteriormente surgieran varios focos en las provincias de Badajoz, Córdoba, Málaga y más tarde llegara a Madrid. Se llegaron a vacunar 3 millones de personas y en 1941 la enfermedad ya había ocupado toda España.

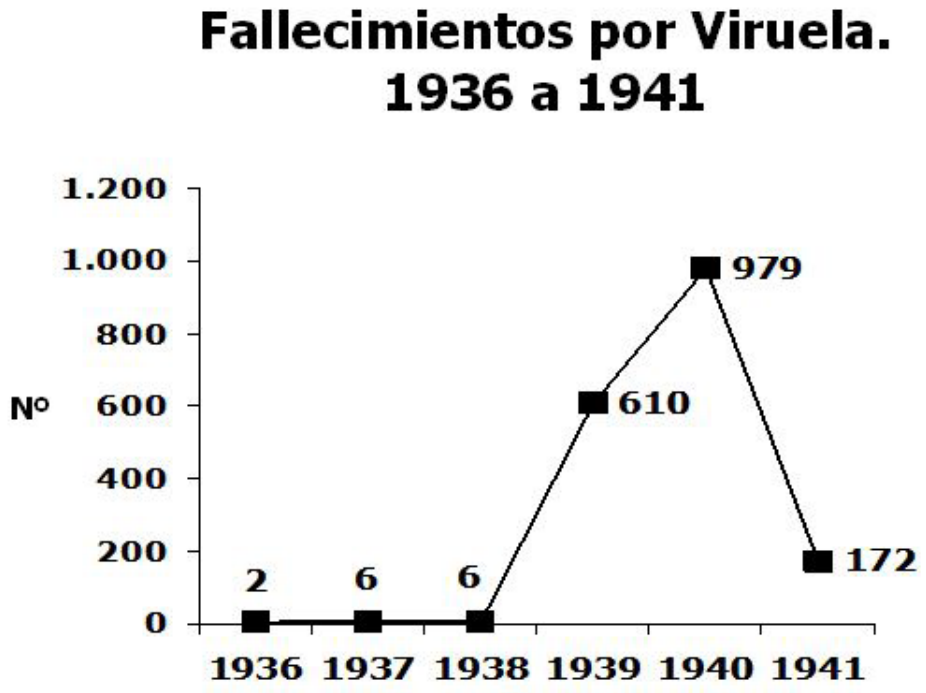


Gráfico 7. Número de fallecimientos por viruela desde 1936 a 1941 (120).

En el gráfico 7 se describen las muertes relacionadas con la viruela que se sucedieron durante los años 1936 a 1942. La viruela desapareció más tarde hasta llegar a cero casos gracias al esfuerzo de la población y a la inteligencia de los sanitarios españoles.

f. Epidemia de la difteria. En otoño de 1939 apareció en Madrid la difteria de forma epidémica, mas tarde se propagó desde la meseta castellana a Barcelona. En el Gráfico 8 se describe como se comportó la epidemia en número de muertes desde el año 1936 al año 1941. Las tres epidemias tenían los mismos factores comunes: suciedad, hacinamiento, sufrimiento y hambre. La enfermedad no se limitaba solo a los niños también

atacaba a los adultos. Se carecía de suero, no se podía producir porque no había caballos suficientes ni piensos para alimentarlos, se recurrió a la importación de sueros extranjeros, hasta que se pudo restablecer la fabricación en España.

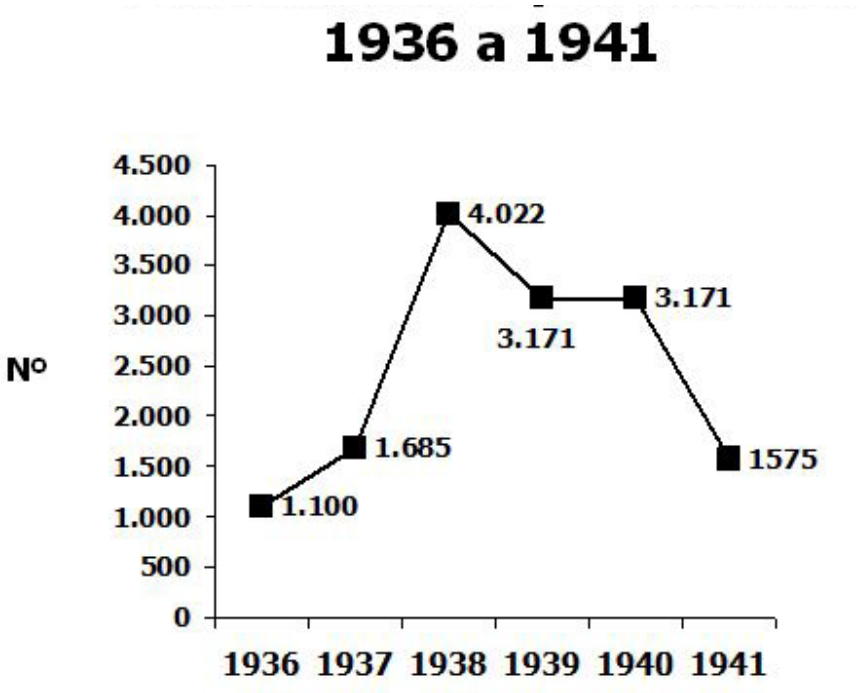


Gráfico 8. Número de fallecimientos por difteria ocurridos durante los años 1936 a 1942 en España (120).

El 8 de abril de 1941 se hizo obligatoria la vacunación de la difteria a través de una Orden Ministerial. Con estas medidas se consiguió solo en el año 1941 vacunar a 500.000 niños y erradicar prácticamente la difteria en España.

g. Tifus exantemático. Poco después de la ocupación de Madrid apareció un caso de tifus exantemático en Cuenca, seguido de otros en Murcia. La epidemia se extendió por toda la península ocasionando muchos casos, en el año 1941 se presentaron 9.439 pacientes con 1095 defunciones (14,32%) y en 1942 descendió a un 12,98%. La técnica empleada contra la epidemia fue la siguiente: se concedió un millón de pesetas con lo que se compraron barracones, tiendas de campaña, sábanas, mantas, estufas de despiojamiento y de desinfección. Se arreglaron viejos pabellones del hospital del Rey en Madrid y en el resto de España se habilitaron camas de pacientes tuberculosos transformando su uso por pacientes con fiebre tifoidea donde hacía falta ingresarlos. Se construyeron estaciones de despiojamiento, asilos para mendigos y baños municipales. También se hicieron campañas para vulgarizar los conocimientos epidemiológicos entre el pueblo y entre los mismos profesionales. El Gobierno volvió a otorgar un segundo crédito de tres millones de pesetas y al año siguiente un tercero y último crédito de diez millones de pesetas para este fin. El último procedimiento de desinfección que se utilizó fue el de cianhidrización. Se compraron cianuros, estableciendo un gran depósito de abastecimiento en Valencia. Gracias a estos recursos y la implantación de la vacuna desapareció la fiebre tifoidea de las estadísticas españolas.

h. Espiroquetosis de los arrozales. La enfermedad de la espiroquetosis de los arrozales estaba ocasionada por el cultivo del arroz en Levante, se refería más al orden

económico que al vital, pero causó en aquella época 9 millones de pesetas. Se fabricó gracias a la OMS una vacuna preventiva que se empleó en las zonas de los arrozales con muy buenos resultados.

i. Nuevas leyes sanitarias. Desaparecidas las epidemias y restablecida la normalidad sanitaria en el país, se pudo empezar a pensar en emprender la reforma sanitario-social. En aquel momento llegó al Ministerio de la Gobernación D. Blas Pérez y González joven, entusiasta, inteligente, gran capacidad de trabajo y con una gran preparación jurídica. Los ministros anteriores solo se habían dedicado a la política y al orden público, lo demás les importaba poco, con este Ministro parece que el tema de la Sanidad era una excepción y Palanca aprovechó la ocasión para transformar la Sanidad Pública. La ley sanitaria con la que se contaba databa de 1855 con un siglo de antigüedad, que la habían dejado inservible. La Ley había nacido del miedo que provocaba la fiebre tifoidea surgida entre las guerras civiles y la fiebre amarilla traída de América, de la peste de algunas zonas de Portugal etc. También existía el problema de las fronteras profesionales entre las profesiones sanitarias: médicos, farmacéuticos y veterinarios poderosos auxiliares de la Sanidad; se constituían en verdaderos castillos roqueros imposibilitando con ello la ordenación jurídica sanitaria.

Después de muchas luchas se aprobó el 13 de enero de 1944 en el Cuerpo Nacional de Sanidad, fue elevado al Consejo de Ministros y pasó posteriormente a las Cortes, la **Ley de Bases de Sanidad Nacional** (Anexo 1). Las finalidades de la nueva Ley se podían sintetizar en cinco o seis apartados.

"*Se persiguió ante todo que la tutela jurídica quedase perfectamente coordinada con la realidad sanitaria actual y con los avances científicos modernos. Hacer homogénea y unitaria la legislación sanitaria, terminando con el cajón de sastre de disposiciones sanitarias. Movilizar todas las fuerzas vitales del país personas y cosas, para acomodarlas a finalidades sanitarias, compensando la injusticia notoria que se ha cometido a través de los años postergando la Sanidad rural*."

Se reformó la Escuela Nacional de Sanidad, para elevar la cultura sanitaria del pueblo y de los profesionales. Esta Escuela se creó en la Base tercera y para evitar interferencia entre los campos docentes y sociales se colocó en un Patronato mixto en el que figuraban el Ministerio de la Gobernación y el de Educación. Por primera vez en España surgía una Ley, un hecho sanitario con verdadera importancia epidemiológica: el de los portadores de microorganismos, el de los delitos sanitarios, que habían sido muy discutidos entre los juristas. La Ley constaba de 34 bases y sus principales novedades eran en resumen las siguientes:

- La Sanidad tenía que actuar siempre, no en situaciones de epidemia como había sucedido anteriormente.
- Se reconocía a la Sanidad como un fin permanente del Estado como lo era la Justicia o la Instrucción.
- Las autoridades sanitarias tenían facultades para imponer obligatoriamente la vacunación, el aislamiento y la hospitalización de pacientes infecciosos en el caso de necesidad. Se sometía a los Ayuntamientos al régimen de tutela para casos de terrenos insalubres en mal estado sanitario.
- Lo relativo a la investigación científica quedó conectado con el Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

El Proyecto de Ley se presentó en la Cortes y se presentaron 94 enmiendas, que finalmente tras largas discusiones fue aprobada el 22 de noviembre y sancionada por el jefe del Estado.

No se llegó a hacer un Reglamento de la Base de Viviendas, la Base de Educación Física e Higiene del Trabajo tampoco fue desarrollada y quedó en letra muerta. Los Ayuntamientos y las Diputaciones hicieron caso omiso de la nueva Ley convencidos de que en ningún caso se les penalizaría. Las facultades de Medicina creyeron en principio que la Escuela Nacional de Sanidad iba en contra de sus atribuciones. En definitiva se presentaron muchos inconvenientes con aquella Ley de Bases que se aprobó, pero a pesar de sus defectos y sus muchos incumplimientos. Palanca finalizó este apartado afirmando que los resultados de la aprobación de esa Ley fueron muy beneficiosos porque el tener un texto legal donde apoyarse, hizo que muchas veces evitara extralimitaciones y abusos, lo que sirvió para salir de situaciones muy difíciles, todo aquello gracias al Ministro de la Gobernación.

j. <u>El paludismo después de la guerra civil.</u> El paludismo fue siempre en situación de endemia en España. En 1920 se inició la Lucha Antipalúdica dirigida por una Comisión central, desde el Ministerio de Fomento anteriormente creado en 1910, se había creado también una comisión para sanear previamente los campos españoles y así los casos de paludismo comienzan a descender lentamente en España hasta 1936.

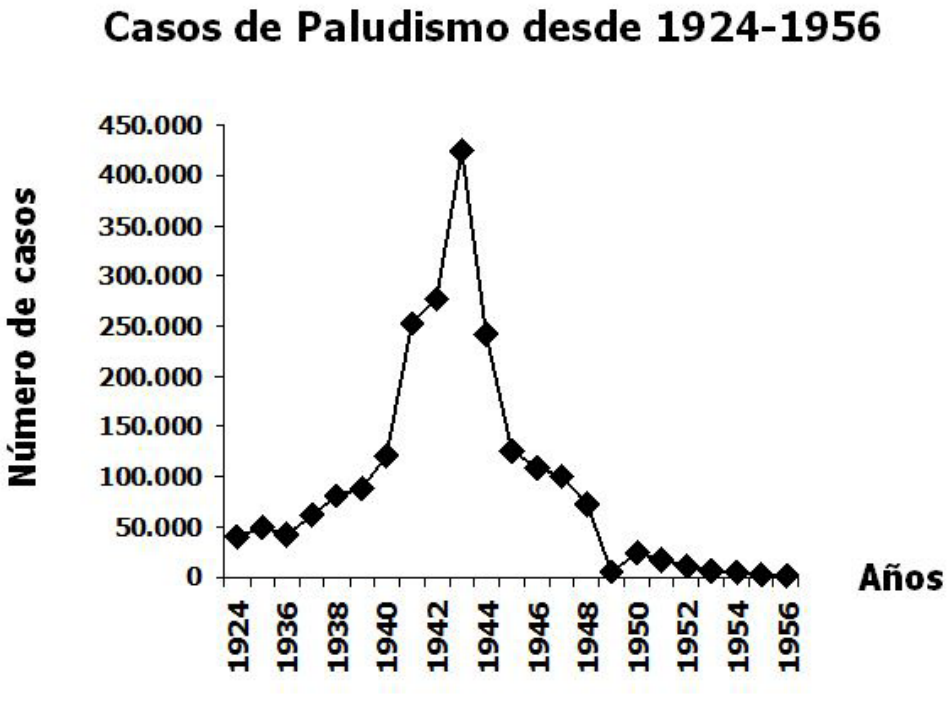


Gráfico 9. Número de pacientes paludismo desde 1924 a 1956 (120).

En 1936 ocurrió lo contrario y el número de casos comenzó a aumentar (gráfico 9), hasta que en los años 1941 y 1942 la situación se hizo más dramática y alcanzó las cifras de 1.781 muertos y en el año 1943, se presentaron más de 400.000 casos. En la tabla 65 se describen los diferentes tipos de formas paludismo que se presentaron, aunque la mayor parte de ellos fueron debidos a *P. vivax*.

Tabla 65. Distribución del porcentaje de casos de tipos de paludismo desde 1936 a 1943 (120).

Año	% Cuartana	% Mixtos	% Laverania	% Vivax
1936	0,90	-	3,7	95,40
1937	0,30	-	4,0	95,70
1938	0,10	0,3	2,9	97,90
1939	0,01	0,3	3,9	95,79
1941	0,04	1,0	7,2	91,76
1942	0,01	1,2	8,0	89,99
1943	-	0,2	6,0	93,80

Las características fueron; benignidad y afortunadamente regresión espontánea, lo que permitió sospechar que la incidencia fue mayor que la declarada oficialmente.

Las causas de la epidemia fueron; el paludismo ya era endémico, la población había sufrido por causas de la guerra un enorme descenso de sus defensas orgánicas e inmunitarias, lo que alcanzaba no solo al paludismo sino a otras enfermedades infecciosas como la viruela, tifus exantemático, difteria etc. Todas estas se unieron a la movilización de los reservorios de bacterias y virus, explicando el rebrote de epidemias que sucedió después de la finalización de la guerra.

Tabla 66. Distribución de casos de paludismo en diferentes países durante los años 1939 a 1945 (120).

Países	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Egipto	14.527	13.344	9.320	20.937	16.530	37.847	5.887
Cuba	1.240	1.105	5.667	7.386	4.862	3.953	1994
EE.UU.	182.665	78.130	68.075	60.071	54.555	57.629	62.763
Guatemala	37.356	40.454	38.581	34.539	97.406	75.004	64.115
Méjico	**93.764**	**93.403**	**69.868**	**-**	**125.426**	**129.148**	**2.945**
Panamá	958	2.055	2.616	7.374	2.987	1.555	1.231
Perú	57.066	46.289	56.778	37.331	42.267	95.343	81.311
China	**199.718**	**386.360**	**336.291**	**363.880**	**193.523**	**253.648**	**989.023**
España	**88.505**	**120.487**	**253.259**	**276.774**	**424.414**	**241.625**	**125.659**

También ocurrió un suceso que Palanca relató en su discurso, en otros países en que en aquel momento no había un periodo de guerra también aumentaban los casos de paludismo en aquella época, según se puede observar en la tabla 66. Se utilizaron durante este periodo, fuerzas procedentes de Marruecos, todo esto quiere decir que existió una gran difusión del parásito lo que aumentó el riesgo de contagio, esta situación produjo tres hechos como señaló Rico Avello:

I. Agregación de enfermos palúdicos a regiones de anofelismo sin paludismo.

II. Incorporación a regiones claramente palúdicas de portadores parasitarios de extrañas procedencias.

III. Desplazamiento a regiones palúdicas de población sana procedente de regiones indemnes.

Terminada la Guerra Civil en el año 1939, España pasó dos años muy difíciles; la disminución del ganado, además del régimen climático hizo que la situación se volviera francamente adversa, una vez más aludió a la frase de Grassi: "*El problema del Paludismo está en la cazuela*". La disminución del ganado afectaba de dos formas; una por la disminución de las proteínas en la dieta y por el medio de defensa contra el mosquito en su preferencia de picar al ganado frente al hombre, ya que preferiría la sangre del ganado a la del hombre.

En 1942 Palanca decidió reunir a los Jefes de Sanidad Provinciales para tratar de la epidemia del paludismo, con la Presidencia del Ministro de la Gobernación y ponente el profesor Matilla. Hasta entonces se habían conseguido pequeñas cantidades de quinina procedentes de Holanda y Suiza (un par de Toneladas). En aquel momento se presentó la ocasión de hacer un cambio de hígados de bacalao y merluza, que había en excedencia en los puertos de San Sebastián por medicación antipalúdica al Gobierno alemán. Ante la imposibilidad de conseguir la financiación en dinero ante el Ministerio de hacienda, los alemanes entregaron en el Puerto de Barcelona cantidades suficientes de antipalúdicos para cubrir las necesidades durante varios años. Poco a poco se fue mejorando la alimentación de la población y se fueron aumentando el número de centros de tratamiento ayudando así a las condiciones naturales, lo que hizo a marchar hacia el camino de la erradicación de la epidemia. Finalmente se utilizó el DDT experimentalmente primero en el laboratorio y después en el campo obteniendo brillantes resultados.

k. La campaña contra la tuberculosis. A comienzos del siglo XX, el problema social que planteaba tuberculosis, era entre los sanitarios el más importante. La mortalidad total registrada en el primer quinquenio ascendió a 181.418 defunciones, durante el segundo quinquenio, se redujo a 169.505 defunciones, lo que sumó en diez años 350.923 muertes (3,13/1.000 habitantes). Las provincias con mayor mortalidad fueron; Guipúzcoa, Madrid, Vizcaya, Santander y Oviedo. Martín Salazar invocaba la distinta insolación de cada provincia y las condiciones de alimentación, condiciones sociales, consumo de alcohol y naturaleza de trabajo. Tras el transcurso de medio siglo, Palanca seguía pensando que el laboratorio continuaba conservando su importancia y el factor social era cada vez más apreciable en la marcha de la endemia tuberculosa, seguían siendo la ignorancia y la miseria los dos grandes aliados del bacilo de Koch. En 1906 se creó la Comisión Permanente contra la tuberculosis, que se configuró como un verdadero Parlamento en miniatura, pero con poca utilidad. También se creó el Real Patronato Antituberculoso con 100.000 pesetas anuales que no fue suficiente tampoco, pero crearon en Madrid los sanatorios de Humera, San Rafael y Valdelatas. En el año 1936 se inauguraron 35 enfermerías con capacidad de 100 camas. Se dedicó el dinero obtenido por la lotería del mes de octubre a la lucha contra la enfermedad; la Fiesta de la Flor y las aportaciones de los Ayuntamientos y Diputaciones. Estas organizaciones se consiguieron dotar a la Lucha Antituberculosa 26.000 camas (una por cada defunción de tuberculosis pulmonar (gráfico 10)), aunque el objetivo era llegar a 40.000 que era imposible por la escasez de los materiales de construcción que había en España en aquel momento. Se decidió a construir los sanatorios cerca de las ciudades para que los pacientes estuvieran ingresados cerca de sus familias, ya que había pasado de moda la teoría de que el clima influía en la curación como único elemento terapéutico en la tuberculosis. Se dividieron los sanatorios en tres tipos: 26.000 camas destinadas a pacientes con tuberculosis pulmonar, 1.900 camas a enfermos con tuberculosis osteo-articulares y 2.400 camas para preventorios contra la enfermedad. También se construyó una red de dispensarios antituberculosos. Todo este plan sumó un total de 366.049.450 pesetas con un plazo de terminación no superior a dos años. También se construyó una red de dispensarios antituberculosos.

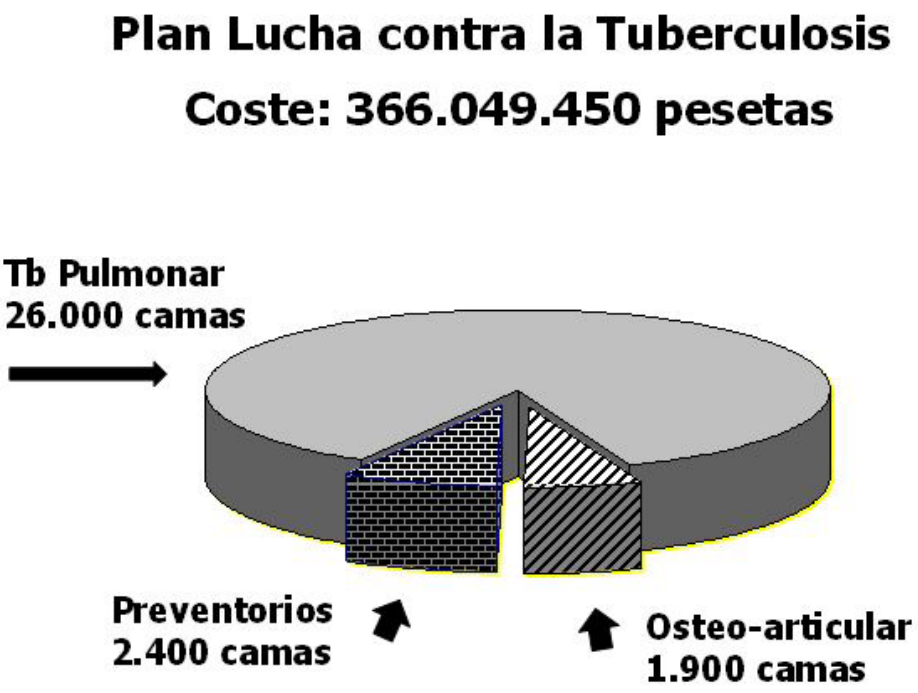


Gráfico 10. Plan Nacional de la Lucha contra la Tuberculosis (120).

Resultados: La mortalidad por tuberculosis iba decreciendo lentamente. Palanca presenta en la tabla 67 los resultados de la mortalidad por 100.000/habitantes y en cifras absolutas por regiones, ya que existió una gran variabilidad como se puede apreciar.

Tabla 67. Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, mortalidad absoluta y mortalidad cruda por regiones en España (120).

Regiones	Mortalidad /100.000	Mortalidad absoluta	Mortalidad cruda total
Galicia, Oviedo, león	127,1	2.710	10,58
Zamora	124,2	1.708	6,67
Valladolid, Palencia, Burgos y Santander	124,4	1.323	5,16
Vascongadas, Navarra y Rioja	111,3	1.403	5,48
Aragón y Castellón	82,9	981	3,82
Castilla la Nueva y Valencia	96,5	4.520	11,63
Extremadura y Andalucía la Baja	151,2	3.907	15,26
Ciudad Real, Murcia, Albacete y Alicante	123,5	2.279	8,90
Andalucía Oriental	110,5	2.802	10,94
Baleares	87,7	294	1,14
Canarias	122,6	669	2,61

A partir del año 1939 se presentaron pequeñas reducciones desde la terminación de la Guerra Civil, un poco mayores en el año 1946 y 1947, cuando empezó a utilizarse la Estreptomicina y se comprobó una caída repentina de casos en 1952 al comenzar el tratamiento con la Isoniacida. Todo esto estaba directamente relacionado con la mortalidad, pues en la morbilidad los resultados eran muy diferentes. A partir de 1952 la endemia tuberculosa se modificó profundamente y los cálculos que habían servido de base para

la planificación, se convirtieron en erróneos, varió la proporción de la mortalidad según la edad y el sexo, lo que llevó a la modificación de los planes de nuevo. El desarrollo de los presupuestos económicos destinados a esta causa se describe en la tabla 68.

Tabla 68. Presupuesto destinado a la Lucha contra la tuberculosis años 1945 a 1957 (120).

Años	Presupuesto en pesetas
1945	121.077.281,43
1946	146.780.644,94
1947	135.923.488,55
1948	162.004.182,30
1949	174.082.655,16
1950	215.871.190,29
1951	266.899.699,81
1952	304.355.082,14
1953	337.904.929,22
1954	371.120.390,47
1957	443.333.466,62

Las cifras de la mortalidad por tuberculosis en el periodo comprendido entre 1941 y 1945 antes de la aparición de los medicamentos específicos se describen en el gráfico 11, oscilando entre 26.685 pacientes que fallecieron en el año 1941 por tuberculosis respiratoria y un descenso a 24.227 en el año 1945. En el caso de la mortalidad por toda clase de localizaciones el descenso fue también parecido. En la tuberculosis meníngea sin embargo hubo un ascenso de casos de mortalidad, ya que en el año 1941, se presentaron 2.976 casos y en el año 1945 murieron 3.407 pacientes por esta causa.

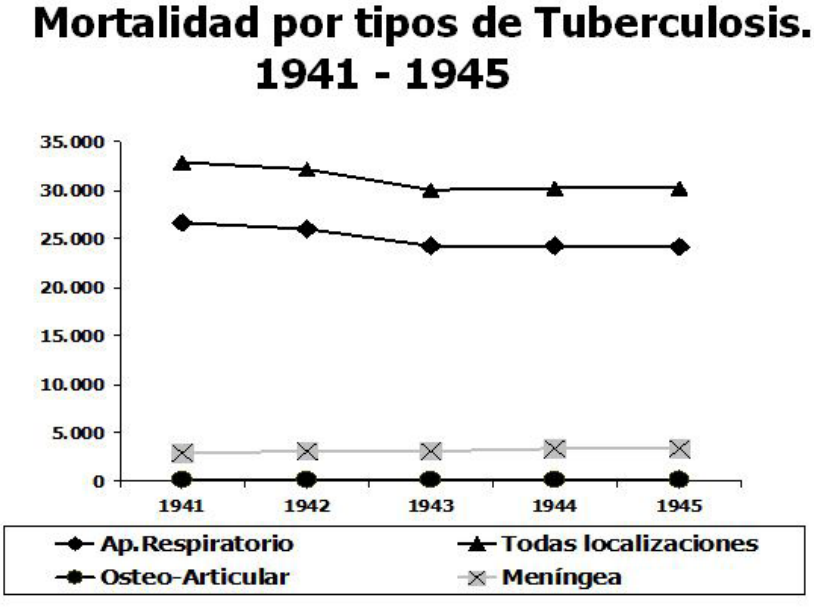


Gráfico 11. Mortalidad por diferentes tipos de tuberculosis (Aparato Respiratorio, Osteo-Articular, Meníngea y otras localizaciones), desde el año 1941 a 1945 (120).

En el gráfico 12 se puede observar cómo va descendiendo la mortalidad por este motivo desde el año 1946, hasta el año 1955. El descenso de la mortalidad según Palanca, coincidió con las innovaciones en el tratamiento de la tuberculosis, lo que supuso una verdadera revolución terapéutica.

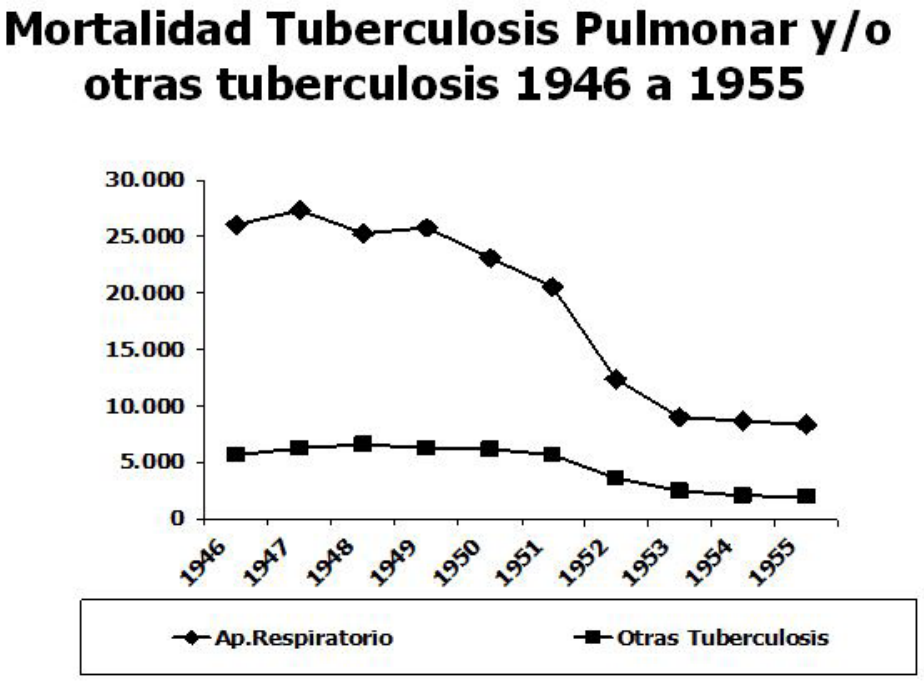


Gráfico 12. Mortalidad por tuberculosis pulmonar y otros tipos de tuberculosis desde el año 1946 a 1955 (120).

Tras la presentación de estos datos, se llegó a las siguientes conclusiones; en España la mortalidad en las capitales era muy superior a la del campo, ambos trazados eran fundamentalmente paralelos y en las capitales las curvas eran de mayor amplitud.

Finalmente se consiguió crear una organización antituberculosa en España, que previamente no existía; preparar al personal y emplearlo en esta organización logrando disminuir enormemente la mortalidad. Lo más importante fue poder llegar a modificar la profilaxis y el tratamiento de la tuberculosis. Primeramente durante la etapa de la guerra con los sanatorios y las enfermerías y, más adelante con el régimen sanatorial y la lucha integral. Toda esta evolución de la Lucha Antituberculosa consiguió una evolución descendente desde 32.000 defunciones anuales a solo 11.000. Es cierto que en aquel momento salió a la luz la medicación específica para el tratamiento de la tuberculosis lo que ayudó en gran medida para el control de la epidemia, pero si no se hubieran puesto en marcha las medidas anteriores no se hubiera podido aprovechar debidamente el recurso terapéutico.

l. La lepra en España. Hasta la terminación del año 1939, se hizo muy poca cosa y muy mal coordinada por la lucha contra la lepra en España. En la primera Ley de Sanidad en 1855, se ordenó que los gobernadores denunciasen los casos de lepra, más adelante en 1923, se estableció una leprosería en Toen (Orense) y se hicieron varios intentos de realización de censos todos ellos defectuosos. Terminada la Guerra Civil, se decidió hacer una campaña a fondo contra las enfermedades evitables y entre ellas la lepra. Se decidió

hacer entonces un censo lo más exacto posible ajustado a la realidad, para poder ampliar el número de camas. En cinco años de trabajo se llegaron a catalogar 2.728 pacientes (gráfico 13).

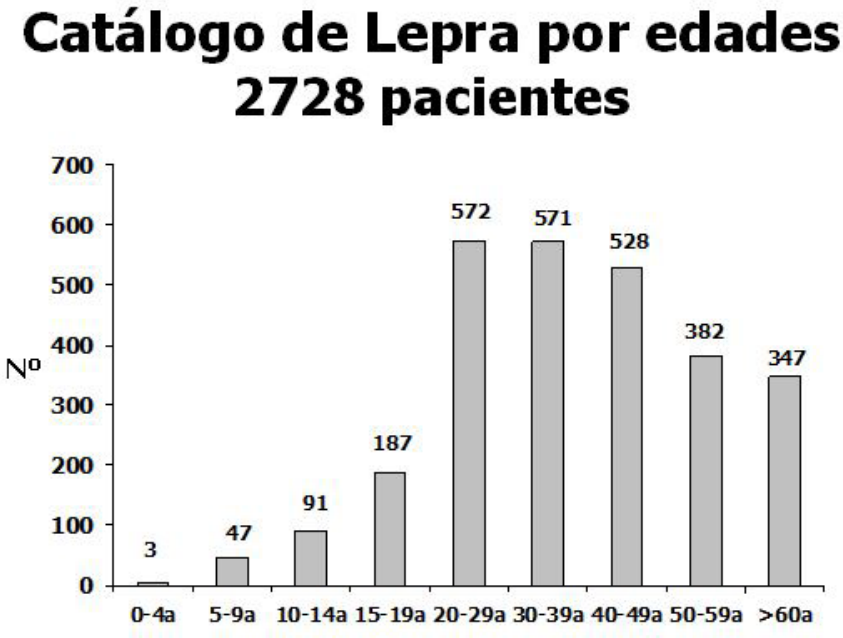


Gráfico 13. Catálogo de pacientes de lepra por edades. Año 1952 (120).

El 53,8% de los pacientes eran hombres y 30,1% correspondían a trabajadores del campo. En cuanto a las formas clínicas, la distribución fue la siguiente: 48,20% formas lepromatosas, 15,87% formas tuberculoides y 11,59% formas indeterminadas (gráfico 14).

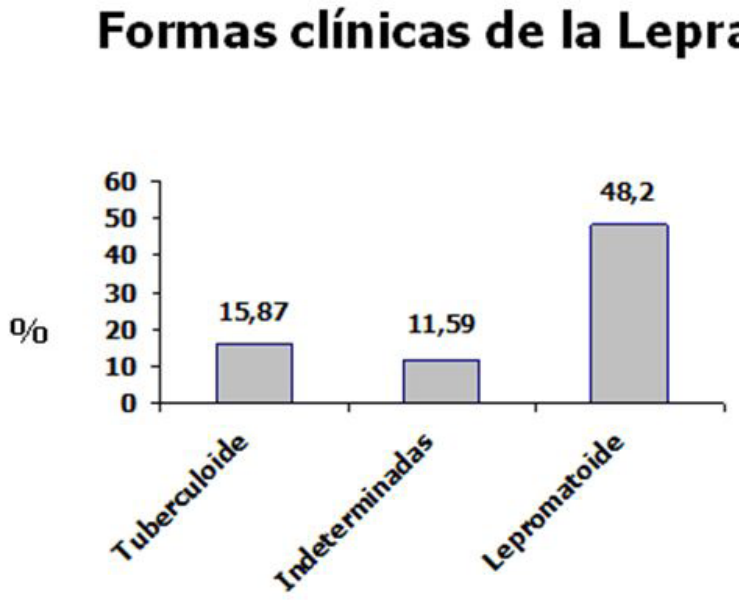


Gráfico 14. Formas clínicas de presentación de la enfermedad de la lepra (120).

En una enfermedad como la lepra en que el comienzo era insidioso, con largos periodos de incubación, era preciso someter a las personas en contacto con los pacientes a una discreta y efectiva vigilancia con el objetivo de descubrir lo antes posible los primeros síntomas de la enfermedad y así la única manera de tratarla de una forma efectiva. En el año 1949 el Consejo Nacional de Sanidad, estableció las normas generales en las que tendría que apoyarse la campaña para evitar la propagación de la lepra y que se podían resumir en las siguientes:

- Impedir la inmigración de nuevos casos de lepra.
- Creación de censos.
- Descubrir casos autóctonos.
- Estudio epidemiológico de casos conocidos.
- Clasificación de los pacientes.
- Aislamiento obligatorio de los pacientes con formas lepromatosas, de los indigentes y de todos aquellos que por su profesión o género de vida resultasen peligrosos para la sociedad.
- Separación obligatoria de los menores, con aislamiento de focos de contagio.
- Tratamiento obligatorio de todos los pacientes y gratuito para los que carecieran de medios de pago.
- Vigilancia sanitaria a los enfermos, de los convivientes y de los casos dudosos.
- Asistencia social de los enfermos y familiares.
- Educación sanitaria de los leprosos, familiares y convivientes.

Terminada la Guerra Civil se devolvió el sanatorio de Fontilles al Patronato que lo regía con anterioridad y se amplió su capacidad con 300 camas. Se resolvió aumentar la capacidad de las leproserías y se edificó una en la zona central en el antiguo Balneario de Carlos III, en Trillo (Guadalajara) con una capacidad de 300 camas. A 30 Km de Orense se construyó en Toen otra leprosería. Al sur de la isla de Tenerife en Abona, se construyó otra leprosería, lo que hizo un total de 2.000 camas para el proyecto. El plan de la lucha contra la lepra creó 16 equipos en distintas provincias, que constaban de: un especialista, una enfermera o practicante, un coche ligero, lo que les permitía recorrer los pueblos de alrededor. El resultado fue excelente. También se creó un preventorio en la zona de Chapinería a 50 Km de Madrid con capacidad para 100 niños.

La lucha anti-leprosa se complementó con medidas legales y sociales, en la base de la Ley de Sanidad de 1944. Los leprosos tendrían derecho preferente a ocupar las vacantes de personal jornalero en las leproserías, con el cobro reglamentario.

Los medicamentos que necesitaban también fueron motivo de preocupación, especialmente en los momentos que se estaba desarrollando la Segunda Guerra Mundial, en los que se presentaron verdaderas dificultades de abastecimiento. El coste que supuso a las arcas del Estado fue de 8.352.000 pesetas, la lotería del mes de octubre ayudó a su subvención. Las razones por las que el número de casos de lepra descendió fueron las mismas por las que el resto de las enfermedades infecciosas descendieron también; aumento de los hábitos de limpieza, mejora de la cultura de los pueblos, mayor cuidado individual, unidos a los mayores conocimientos técnicos y sobre ello el descubrimiento de una medicación específica, fueron seguramente las causas de aquella regresión. Todo ello como en el caso del paludismo unido a una organización que se creó hizo que se terminara con la lepra. Palanca termina este apartado dando las gracias a los doctores

Martínez Kleisser, Sanz de Aja, Álvarez Lovel Such, Piñerúa, Gay, Cordero, Contreras, el padre Romaña y otros.

m. La organización de la asistencia psiquiátrica. En la Ley de Bases de Sanidad de 1944, figuraba en lugar preferente la salud mental, pero no llegó a desarrollarse por varias razones. Una de las cuales se relacionó con el mal estado sanitario en que se encontraba el país, lo que obligó a dirigir los esfuerzos a otros problemas más urgentes. También existían otras razones que hicieron especiales al desarrollo de la Psiquiatría. Nuestra estadística era muy defectuosa y se carecía de datos, por entonces en EE.UU. 1.750.000 ciudadanos no se consideraron útiles para el servicio de las armas y lamentaron 16.000 suicidios. En España existían 32.000 pacientes ingresados en centros psiquiátricos, pero el número de pacientes se acercaba al medio millón.

Tras la aprobación de la Ley de Bases del 44, se procedió a la aplicación práctica, que fue aún más laboriosa que la misma ley, para lo que se requería tiempo y dinero. Se constituyó el Patronato y se obtuvo un crédito de nueve millones de pesetas para la subvención de los costes, que se gastó en mejorar la asistencia de los enfermos que dependían del Estado, los manicomios de Leganés y Zaragoza. Quedó dispuesto el centro de Toen para instalar en él, el primer centro psiquiátrico del Patronato. Termina este apartado con la satisfacción de haber participado en la iniciación de la puesta de las piedras fundamentales para la mejora de la asistencia psiquiátrica en España y dejando firmes los principios jurídicos y técnicos sobre los cuales habrían de basarse sus continuadores.

n. Relaciones sanitarias internacionales.

- La Oficina Internacional de Higiene Pública de París, se fundó en 1907 y España formó parte de ella desde entonces, había reuniones dos veces al año en otoño y primavera donde se discutían temas sanitarios de gran importancia.
- Tras la Primera Guerra Mundial, se creó en Ginebra (Suiza) el Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones con misiones más amplias que el anterior.
- Tras la Segunda Guerra Mundial, con residencia también en Ginebra, se creó la Organización Sanitaria Mundial, en la que por razones políticas fuimos excluidos. Primero fuimos invitados como observadores y al año siguiente en el año 1951, fuimos invitados en la OMS al mismo tiempo que Alemania y Japón. Palanca tuvo el honor de representar a España en aquellos momentos tan emocionantes para España. En el discurso de salutación, expresó lo siguiente:

"*Nosotros tenemos el más vivo deseo de formar parte de la OMS. España nunca ha rehusado cumplir sus deberes de beneficencia y sus obligaciones humanitarias y sanitarias en el plano internacional. Más aún teníamos que adherirnos a esta institución de tan alto valor. Llegamos hoy a ser miembros de vuestra Organización. ¿Se dirá que es demasiado tarde? No; aún es tiempo. Pero, en todo caso, este retraso no se puede imputar a mi país. No hemos sido nosotros los que han hecho depender las obligaciones humanitarias y sanitarias de orden internacional, de divergencias políticas, momentáneas y de poca importancia. España es un viejo país; tenemos detrás de nosotros dos mil años de historia, lo que nos da una gran serenidad para juzgar y para actuar sobre un plano internacional. Y ello nos permite esperar que el tiempo y los acontecimientos y tal vez la necesidad, terminen por darnos la razón.*"

Por pertenecer a la OMS se pagaron 30.000 dólares y la cuota anual era de 60.000 dólares, hasta llegar a 100.000 dólares en los años sucesivos. Lo que afloraba de aque-

llas reuniones, era que en el panorama internacional la salud era un elemento prioritario en la vida moderna y que el bienestar estaba íntimamente ligado a la dignidad humana y a su desarrollo corporal y espiritual. Se obtuvieron becas desde la OMS para diferentes contratos:

a. Lucha Antitracomatosa: El número de personas reconocidas fue de 7.683. Para el tratamiento se utilizó pomada de Terramicina al 1%, dos veces al día durante seis meses. El resultado fue definitivo, primero se pidieron recursos para un plazo de cuatro años en el medio escolar.

b. Lucha contra la Mortalidad Infantil. En el Gráfico 15 se pueden observar las cifras de mortalidad y natalidad infantil española, desde los años 1944 a 1957.

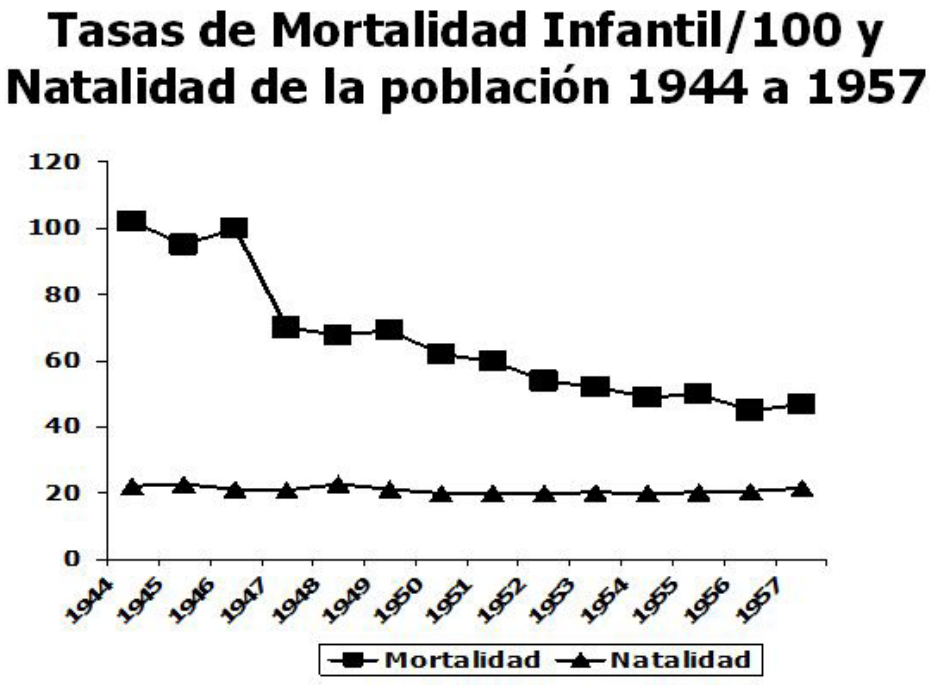


Gráfico 15. Tasas de mortalidad y natalidad infantil por mil de la población española desde el año 1944 a 1957 (120).

Para llegar a este objetivo se eligieron cuatro localidades; Madrid, Barcelona, valencia y Bilbao. Se pusieron a disposición los locales y el personal para ello y la OMS instruyó al personal y proporcionó el material necesario.

Se celebraron en Madrid dos Congresos Internacionales muy brillantes, uno contra la tuberculosis y otro contra la Lepra con la presencia de multitud de profesores extranjeros.

o. Otros problemas tratados. Otros problemas que se abordaron fue el bocio que hasta entonces había sido ajeno y había varias regiones españolas con este problema. Con el apoyo de la DGS, se llevó sal yodada a los sitios afectados y la reducción a los que antes afectaba antes del tratamiento era del 60% tras el tratamiento se curaron el 26% de ellos.

p. En marzo de 1942 se creó la Escuela de Instructoras Sanitarias, para paliar los efectos derivados de la mala instrucción del personal auxiliar, con el apoyo de la Fundación Rockefeller y situado dentro del hospital del Rey.

La Ley de Sanidad infantil y maternal del 12 de julio de 1941 dispuso que se estableciesen Centros maternales y Pediátricos de urgencia en todos los cabezas de partidos y

poblaciones de más de 5.000 habitantes. Se trataba de centros de asistencia a los niños lactantes y partos distócicos, en definitiva se trataba de acercar al medio rural pequeñas maternidades en beneficio de la protección sanitaria. Se dotaron de un corto número de camas en una sala general y dos departamentos generales para previsión de aislamiento. Se dotó de un obstetra, un puericultor, una enfermera y personal subalterno.

Finalmente el último escalón sanitario-asistencial, lo constituyeron conjuntamente "La Casa del Médico" y los "Centros Primarios de Sanidad". La ley de Bases de Sanidad de 1944 instituyó la obligación de construir casas para los médicos, lo que supuso un gran avance sanitario. En total se construyeron más de dos mil casas, se trataban de edificaciones con dos plantas, una vivienda para el médico y su familia y otra para la consulta con dos entradas independientes, para que la familia del médico tuviese independencia. Las casas de los médicos fueron costeadas por el Ministerio de la Gobernación a través de la dirección general de las Regiones Devastadas.

Otro de los grandes avances fue la implantación del SOE, en el que no intervino la DGS, ni el Ministerio de la Gobernación. Era necesaria su creación por los avances terapéuticos y la falta de asistencia a los pacientes y el alza de los costes de esta asistencia, pero Palanca señala que se cometieron muchos errores que más tarde se tuvieron que subsanar.

q. La era atómica y la Sanidad Pública

Las guerras comenzaron por ser problemas casi privados, que interesaban a un sector muy reducido de los pueblos y por lo tanto la solución afectaba solo a los interesados, a los magnates, a los reyes y al pequeño círculo que les rodeaba. Pasado el tiempo esta situación cambió radicalmente y el ejército pasó a ser una situación de ejércitos profesionales, la guerra era una profesión y los combatientes se aniquilaban. Entonces la guerra afectaba a una nación o a varias naciones, a todos los ciudadanos y tenían que defenderse. La guerra y la enfermedad lograron apretar los vínculos de solidaridad de tal forma que para defenderse de ella había que trabajar conjuntamente en equipo. A partir del uso de los isótopos radiactivos los problemas eran de tal magnitud que había que manejarlos en colaboración para evitar grandes problemas internacionales de prevención.

Todo esto estaba muy confuso en los años 50 y, no se conocían las consecuencias adversas para la humanidad que conllevarían en el futuro. Palanca hace alusión a los efectos que la bomba atómica tuvo en los seres humanos y como un hecho "lleno de buena fe" y que solo en principio pensaban ampliar las fronteras del saber humano puso en peligro miles de vidas humanas y el porvenir de la humanidad.

En la X Asamblea celebrada en Ginebra en mayo de 1957, se reafirmó el número de especialistas que deberían trabajar en la protección de cursos de prevención en esta materia. España fue la primera en Europa en trabajar en esta labor. Los métodos de defensa fundamentales de las ciudades eran; la dispersión de la población y su evacuación, ninguno de los dos podría improvisarse en los momentos trágicos de un ataque, ya que no había tiempo y había que ensayarlos hasta que la población lo aprendiese. Esto fue uno de los objetivos que se plantearon en los cursos.

El aumento incesante de la población era una de las causas de malestar de la población del planeta que se sentía en el mundo entero. En la edad media, el agente regulador fueron las epidemias que terminaron con una gran parte de la población, así en el siglo XIII, la peste ayudó eficazmente, la viruela lo hizo en Europa y la fiebre amarilla en el siglo XIX.

Palanca termina este apartado diciendo que las sendas que llevaban al mundo a la era de la paz no se vislumbraban todavía y mientras llegaba ese momento era indispensable preparar a la población civil y militar a la totalidad de la población, para que pudiera defenderse contra una energía aún no bien conocida en muchos aspectos, pero sí perfectamente en el daño que producía.

r. Los resultados de una política sanitaria

En el mundo entero en la primera mitad del siglo se registró una disminución de la mortalidad general del 55% (gráfico 16).

Gráfico 16. Mortalidad general en España por mil habitantes desde 1900 a 1957 (120).

Las curvas no fueron iguales para todos los grupos de enfermedades, estableciéndose las siguientes enfermedades:

1. Enfermedades con curva de mortalidad gradualmente decreciente del año 1900 a 1950.
2. Enfermedades con curva decreciente gradualmente decreciente del año 1900 a 1950, pero que presentaban descensos repentinos por distintas causas.
3. Enfermedades con curvas irregulares, presentando entre el principio y el final disminución de la mortalidad.
4. Enfermedades con curva de la mortalidad gradualmente ascendente del año 1900 a 1950.
5. Entre 1950 y 1955, la mortalidad mundial relacionada con las enfermedades infecciosas y parasitarias disminuyó en un 50% en 28 países, lo que supuso un ahorro de 816.000 vidas humanas. Dichas enfermedades fueron: tuberculosis, sífilis, poliomielitis, disentería, escarlatina, difteria, tos-ferina, meningococia, peste, viruela, sarampión, tifus, paludismo y cólera.

s. Resumen. Palanca incide en este resumen de su discurso en la importancia que se dio durante su mandato a la educación sanitaria y a la propaganda, apoyada y realizada

en la masa del pueblo español con el personal sanitario, los médicos, las enfermeras, los farmacéuticos, las matronas, los practicantes y los veterinarios. Todos ellos colaboraron, tuvieron siempre presente una frase de un pensador: "*Para hacer grandes cosas no hace falta ser una gran genio, ni siquiera estar por encima de los hombres; basta vivir entre ellos*", es decir no aislarse ni ser solo único en el trabajo. Palanca siempre pensó que no era bastante que el médico se limitase a prestar su asistencia; la enfermera a atender a los enfermos, ni el odontólogo a curar una caries dental. Todos ellos debían llevar una misión informativa que aumentara la eficacia de su intervención lo que lo hizo más social y más humano, ese fue el secreto del éxito obtenido, hubo que buscarlo en la comprensión, en la adhesión y hasta en la comprensión activa de todos los profesionales.

Termina su discurso aludiendo en el estudio de los nuevos factores que podrían causar enfermedades en el futuro, como los efectos de los insecticidas en los campos, pesticidas, en la agricultura, en los consumidores etc. Los efectos de las toneladas de gases de los motores de explosión que impurificaban la atmósfera, el consumo creciente de medicamentos, el creciente número de accidentes de tráfico etc. También alude a la importante incoordinación existente en los años 50 entre las instituciones y la necesidad de corrección de los errores que existían entre las mismas.

La Revista Gaceta Médica Española, publicó a lo largo de cuatro capítulos, el Discurso que realizado por el Dr. Palanca en relación con la apertura del Curso 1958-1959 Académico de la Universidad Central de Madrid y que supuso su Jubilación como catedrático en esta Universidad (121) (122) (123) (124).

Conferencias, intervenciones y artículos publicados del Dr. José Alberto Palanca en la Real Academia Nacional de Medicina

Sesión Científica. Consideraciones acerca de la Organización Sanitaria en los Estados Unidos. 31 de mayo de 1927. J.A. Palanca (12).

El Dr. Palanca comenzó su Conferencia declarando que los americanos se caracterizaban por su amor a las cosas prácticas, por organizaciones sencillas y exentas de grandes complicaciones. Las bases de la Sanidad eran: la Educación y la propaganda a corto, medio y largo plazo. La verdadera base de la Sanidad americana había que buscarla en las escuelas, en los periódicos, en el cinematógrafo y en la radiotelefonía. En los EE.UU. estaban convencidos de que la función sanitaria exigía una perfecta especialización, obtenida a través de estudios especiales en dedicación en cuerpo y alma en el ejercicio de su cargo. El origen de la Escuela de Sanidad de la Universidad de John Hopkins era reciente. En 1916 la Fundación Rockefeller propuso a la Universidad John Hopkins construirla, regalársela y dotarla con un capital de cinco millones de dólares.

La enseñanza de Bacteriología merecía una detención. El profesor pertenecía al servicio sanitario del Gobierno, que era quién le nombraba. El sistema de enseñanza consistía en entregar al alumno ocho problemas reales durante el trimestre. El alumno debía clasificar los datos, someterlos a estudio, sacar sus deducciones acerca del posible origen del problema de la epidemia y finalmente hacer una propuesta de las medidas correctoras necesarias para su extinción. La enseñanza se basaba en

un sistema lógico de deducciones. La enseñanza de estadística también era muy interesante, con un alto nivel de matemáticas, gráficos y cifras sobre medios de propagación y clínica de infecciones.

Palanca resume: "*Si queremos obtener fruto de una nueva organización, hay que romper por completo los moldes antiguos y encaminar la Sanidad Nacional por nuevos derroteros*".

En la segunda parte de su conferencia describe la Sanidad en el Estado de Baltimore. El nombramiento del jefe de Sanidad era facultad del gobernador y era "*full time*" y no podía dedicarse a su clientela privada. Sus principales secciones eran las siguientes: Maternidad e Higiene Infantil, Enfermedades comunicables, Profilaxis venérea, Propaganda, Saneamiento general, Lucha contra la tuberculosis, Laboratorios, Estadística vital y Enfermedades sanitarias. Recibían la declaración del 80% de las enfermedades infecciosas. Disponían de una excelente organización social; las enfermeras sanitarias llevaban las acciones de los dispensarios hasta los hogares.

Un apartado que consideró importante fue la Estadística Vital; se trataba del registro de todos los matrimonios, divorcios, defunciones y nacimientos.

La división de enfermeras sanitarias constituía el eje de toda la organización sanitaria del Estado. Solo la ciudad de Detroit disponía de 300 enfermeras. Tenía una escuela especial y podían dedicarse a una especialidad determinada. Sus principales funciones eran: cuidado de pacientes, lucha contra la tuberculosis, contra la indigencia, trabajos en los hospitales, dispensarios rurales, Higiene infantil, Higiene industrial, enfermedades comunicables en la infancia, epidemias etc. Palanca resalta que en aquella época, en los EE.UU. se daba muy poca importancia a la desinfección.

En cuanto la organización del condado era la que mejores resultados alcanzaba y la que tendía a sustituir a la Inspección Sanitaria Municipal. Cada pueblo tenía un oficial sanitario bien pagado y con su actividad dedicada a función sanitaria, éste era nombrado por el jefe de Sanidad. Estos médicos recorrían constantemente el Condado y tenían todas las funciones sanitarias, incluso las médico-escolares, que verificaban, recorriendo las escuelas con los automóviles personales.

El problema más importante que tenían en EE.UU. era la neumonía por neumococo, verdadero asesino americano, seguido de las muertes violentas y en tercer lugar lo ocupaban los accidentes de tráfico relacionados con el aumento de la industria del automóvil. La fiebre tifoidea apenas era un problema en América, había dejado de ser un problema, ya que las poblaciones disponían de buenos abastecimientos de agua, sistemas de depuración y con filtros rápidos.

Finaliza preguntándose: "*¿Quiere decir con esto que los EE.UU. no tengan ya problemas sanitarios que resolver*?", contesta a esta pregunta diciendo, que de ninguna manera; en América había dos enfermedades infecciosas que les preocupaban mucho que eran la difteria y la escarlatina. Ambas enfermedades causaban muchas víctimas. Palanca finaliza diciendo que tras su visita a EE.UU. comprobó que España no tenía tanta falta de libertad como creía, ni por el extranjero dejaban de presentarse casos que por España no eran en aquel momento tan frecuentes.

Sesión literaria. 30 de abril de 1927.

Ha sido imposible de encontrar aunque se encuentra citado en varios artículos.

Recepción pública del Excmo. Sr. Dº. José A. Palanca como académico electo. 3 de febrero de 1929: El problema de la fiebre tifoidea (FT) en España. Contestación Dr. Mariscal (16).

a. Introducción. El Dr. Palanca Comienza su discurso recordando a su antecesor en el cargo el Dr. Fernández-Caro (Figura 51), hablando de los servicios que éste prestó a lo largo de su carrera profesional desde 1866 hasta 1913, en los diferentes lugares donde estuvo destinado como: Servicios Sanitarios de la Armada.

Figura 51. Excmo. Sr. Dº Ángel Fernández-Caro y Nouvillas (6).

El Dr. Fernández-Caro y Nouvillas Senador, fue electivo a lo largo de diferentes legislaturas, Consejero de Sanidad, autor de numerosas obras de Higiene, fue el alma de la Sociedad Española de Higiene. A lo largo de su introducción el Dr. Palanca también dedicó una especial mención, al Dr. Martín Salazar mencionado como maestro de médicos militares y civiles a quienes: "*No solo enseñó los principios de la ciencia de cómo prevenir las enfermedades, sino algo fundamental; enseñó la bondad, el amor a la verdad, el espíritu de sacrificio y la honradez de los procedimientos*".

a. El problema de la fiebre tifoidea en España. A principios del siglo XX se podía decir que no había pueblo español donde el bacilo de Eberth no estuviera presente. Palanca decía en su discurso que era urgente librarse de él, ya que después de la tuberculosis era en aquel momento lo que más españoles arrebataba, la tasa de infección por fiebre tifoidea medía la cultura sanitaria de un pueblo. Así como la viruela había sido la infección por excelencia de la situación sanitaria durante épocas anteriores, en aquel momento lo era la fiebre tifoidea. Estaba convencido de que los factores más importantes que influían en su prevención eran la educación, alimentación correcta, ingeniería y una buena organización sanitaria. Las autoridades sanitarias estaban muy preocupadas en aquellos años por la depuración de las aguas y el destino final de sus residuos.

En el año 1929 en España murieron 4.532 personas debido a fiebre tifoidea que supuso una incidencia de 21/100.000 habitantes, sin embargo en la ciudad de Nueva York (EE. UU.) en un mismo año solo hubo 4 casos de muerte. Se podría haber ahorrado la vida a cuatro mil españoles si se hubieran puesto medidas para poder evitarlo.

b. Los primeros conocimientos epidemiológicos acerca de la fiebre tifoidea. Fue en el año 1887 cuando se constituyó uno de los momentos más interesantes en la historia de la enfermedad de la fiebre tifoidea. Nadie dudó de las características clínicas del tifus abdominal. Bacteriológicamente estaba aclarado con los trabajos de Eberth y Gafky cultivando y diferenciando el microorganismo dando todo tipo de garantías. Munich era una de las ciudades europeas con peor reputación sanitariamente hablando por la frecuencia de fiebre tifoidea que se presentaban. Un ilustre higienista Petenkoffer pensó que las letrinas que abundaban en la ciudad eran la causa de la enfermedad, permitiendo éstas que el virus productor pasara al suelo, donde después de un proceso de maduración, se dirigía a la superficie merced al movimiento del agua telúrica. Este higienista tenía tal confianza en su teoría que no dudó en ingerir un centímetro cúbico de caldo fresco de vibrión colérico incorporado a un vaso de cerveza, lo que afortunadamente, solo le conllevó ligeros trastornos intestinales. Esta teoría llamada *Localista*, que durante mucho tiempo gozó de un extraordinario crédito y frente al cual no tardó en surgir la teoría *hídrica*, que atribuía al agua de bebida el papel de vehículo del virus tífico.

En 1833 un buque de guerra inglés desembarcó en Oporto (Portugal) un contingente polaco para intervenir en una guerra civil, que por aquella época se desarrollaba en aquel país; a la vez que la tropas llegó también el cólera que alcanzó su máximo nivel de intensidad en 1834, entrando en España por Vigo, pasando a Extremadura, después a Andalucía y después junto al ejército hacia las provincias del Norte llevando consigo la enfermedad y la muerte; esta epidemia no tardó en llegar a Madrid. Pronto la creencia popular propagó la que las aguas "tenían cosas malas" y que estaban siendo envenenadas por los frailes, los cuales pagaron por ello el 16 de julio de 1834. Pasaron casi cien años desde aquel día y nadie dudó de que era cierto que las aguas estaban envenenadas, sin que nadie de aquella contaminación en cuestión fuera el culpable, nada más que el atraso y la ignorancia en que vivían los ciudadanos que en aquella ocasión fueron puestas al servicio como en otras ocasiones de malquerencias políticas y enemistades personales.

En 1857 Murchinsson (Inglaterra) otro inglés, demostró también la importancia de las fiebre tifoidea en las materias fecales. La situación en 1887 era de suma importancia en Europa de tal manera que, en el VI Congreso Internacional de Viena (Austria) de Higiene y Demografía se produjeron diferentes e interesantísimos debates en relación con los distintos puntos de vista de las dos teorías *localista* e *hídrica* de la fiebre tifoidea. Brouardel pronunció una brillante conferencia en relación con la transmisión de la enfermedad -agua, aire, ropa contaminada y manos-, 440 personas sufrieron las epidemia de Windsor (Inglaterra) en 1858, aunque en el castillo no hubo ningún afectado de fiebre tifoidea ya que disponían de alcantarillado; la epidemia de Ginebra (Suiza) de 1884; la epidemia de Clermont Ferrant (Francia) en 1886, y la de Paris (Francia) en 1887. Buscó con la defensa de los estudios de Koch y Pasteur las condiciones que necesitaban los microorganismos para su desarrollo y multiplicación, resistencia a agentes exteriores y vías de transmisión de persona a persona.

Brouardel terminó su conferencia de la siguiente manera: "*En Higiene pública no basta disertar y traer pruebas académicas, es necesario deducir de los hechos científicos establecidos, conclusiones aplicables, es preciso que nuestra convicción en el valor de las demostraciones sea bastante fuerte, para que ante los Poderes públicos asumamos la responsabilidad de nuestros consejos. Los microorganismos de la fiebre tifoidea tienen por vehículo el agua, el aire, la ropa de los asistentes; pero desde el punto de vista que las poblaciones pagan a esta enfermedad, el agua es el agente que la distribuye 90 veces de cada 100. Cuando el agua se halla contaminada por el bacilo tífico envenena a una familia, si es de un pozo, a un grupo de casas, si es una fuente a una población entera si es un río o un manantial canalizado. Ahora bien, felizmente en Higiene nos es más fácil poner el agua de una población al abrigo de toda impureza que impedir que el aire lama una deyección inmunda. La experiencia nos ha enseñado que de las grandes ciudades, donde se perpetuán las epidemias de fiebre tifoidea, es de donde se irradian las transmisiones de esta enfermedad. Podrá ser oneroso recoger un agua pura y distribuirla por toda la población, pero ello es posible. ¿No se ha repetido hasta la saciedad que nada es más costoso que una epidemia?, ¿No es cierto que una enfermedad que anualmente hace perecer a 1.000 ó 2.000 personas, hiere desde el punto de vista económico, más cruelmente a una población que el impuesto que hubiera permitido conservar la vida de algunos millares de ciudadanos muertos a los quince o veinticinco años, cuando han costado ya mucho y aún han dado producto alguno a su patria? Es necesario, si compartís mi opinión, que en todos los países hagamos un esfuerzo enérgico, que prediquemos la buena guerra, la de preservación de la vida humana. Nuestras pruebas son suficientes. Los Poderes públicos solo piden que se les convenza. Vacilan, porque encuentran disidentes entre los médicos. ¿Hay alguno, entre vosotros, que se atreva a sostener la opinión contraria y que tenga razones bastante poderosas para negar que el agua en que se vierten deyecciones tíficas produzca la fiebre tifoidea? Pues bien que el que tal crea, que se levante y asuma con nuestros sucesores la responsabilidad de las muertes que su resistencia haya causado*".

Las conclusiones del VI Congreso Internacional de Viena de Higiene y Demografía fueron las siguientes: "*En atención a la posibilidad probada de la propagación de las enfermedades infecciosas por las aguas potables contaminadas, debe considerase el cuidado de tener agua absolutamente pura, como una de las prescripciones más importantes de la Higiene pública*"

La epidemia colérica atacó con severidad en Valencia en 1885, y el Dr. Ferrán verificó sus primeros ensayos de vacunación preventiva. Sin embargo la aplicación real de la vacuna antitífica preventiva utilizando microorganismos muertos no se realizó hasta 1887. Todos los trabajos que se realizaron en la década de 1910-1920 fueron más teóricos que prácticos según relata el Dr. Palanca en su discurso haciendo alusión a las medidas utilizados a la lucha contra la fiebre tifoidea en aquella época dirigidas hacia el agua y el suelo como medios únicos de propagación y olvidando los portadores de microorganismos, las epidemias de origen alimenticio y la necesidad perentoria de estudios epidemiológicos serios que demostrasen el origen de la enfermedad y por lo tanto la mejor manera de combatirla.

c. Aguas potables y fiebre tifoidea. Cualquiera que estudiase la legislación de la época sobre abastecimiento de aguas creería que España disponía de una buena red de agua potable. De los 14.000 abastecimientos de agua que surtían España entonces, más del

75% procedían de manantiales y solo podían considerarse protegidos aproximadamente 4.000 entre la totalidad de aquellos. En la mayor parte de los pueblos españoles el primer problema en los años 30, era contar con la cantidad suficiente de agua suficiente para el consumo. Según varios autores a los que aludía en su discurso; Costa, Picavea, Malladas, la sequía era la responsable del atraso, porque detrás de la sequía venía la pobreza y esta traía de su mano la ignorancia. Palanca contó que más del 80% de los abastecimientos de agua de España estaban contaminados o susceptibles de contaminarse. La falta de agua constituía una verdadera maldición que pesaba sobre los pueblos. Fue desde pocos años antes desde que se empezó a pensar seriamente en este problema para la corrección de estos defectos y poder dotar así a los pueblos y ciudades de agua buena y abundante. El método de purificación de las aguas se comenzó a realizar en la ciudad de Madrid por aquella época con el uso de los hipocloritos, el uso del cloro en el Canal de Isabel II en Madrid y el nuevo abastecimiento de Sevilla. Hasta hacía pocos años los hipocloritos fueron los preferidos para la esterilización de las aguas, aún luchando con su inestabilidad, con la necesidad que se tenía de valorarlos constantemente. Con el uso del cloro se presentaron dos problemas, el primero derivado de la cantidad que se debería utilizar y el otro la manera de evitar que el agua tratada con el cloro ofreciera mal sabor. La acción bactericida no estaba todavía muy bien aclarada, para Barker actuaba sobre la cubierta del microbio sin llegar a destruirlo, siendo lo suficientemente enérgico para detener su función reproductora. No se debe esperar de él la esterilización completa de las aguas, ni esperaban la ilusión de que fuera a desaparecer por completo la fiebre tifoidea. Ya era suficiente una reducción importante de la mortalidad.

En España existían 14.000 pozos de agua que abastecían a 9.000 Municipios, de los cuales 2.467 (36,1%) transportaban sus aguas a través de cañerías de hierro fuerte y resistente, 3.162 (43,3%) lo hacían a través de cañerías de barro, 1.195 (17,7%) lo realizaban a través de distintos sistemas, en 1.040 (14,5%) casos el agua discurría encauzado por una acequia y en el resto 6.136 (85,5%), lo hacía sin cañerías ni cubierta alguna y expuesta a cualquier tipo de contaminación (figura 52).

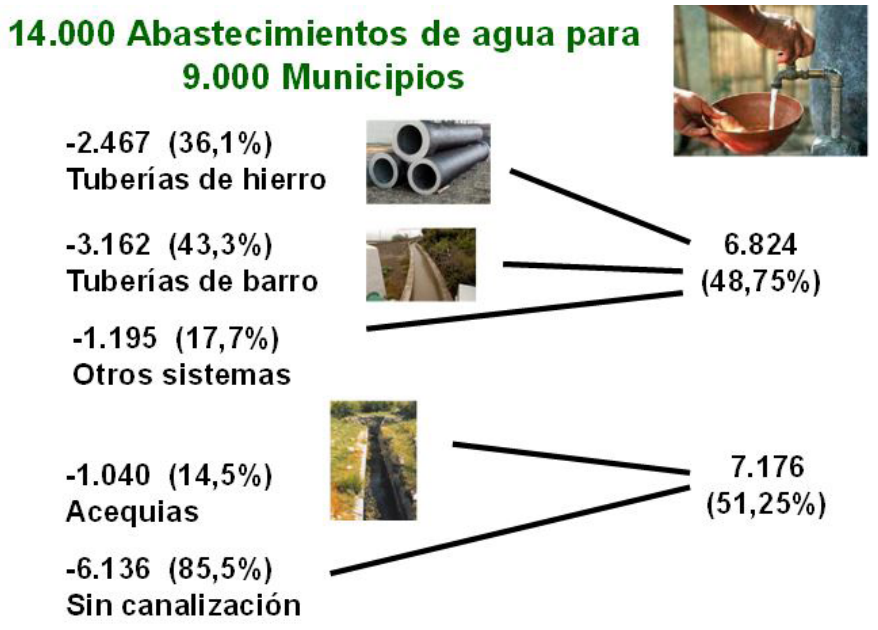


Figura 52. Distribución de agua en los años treinta del siglo XX (16).

d. Depuración de aguas residuales y fiebre tifoidea. Se refirió en su discurso a los diferentes tipos de depuración de las aguas que existían en aquel momento en el mundo. Para ello describió el método de depuración biológica natural que se siguió en Lubook (Texas, EE.UU), los pozos filtrantes, las grandes pelvis de decantación, los aireadores Imhoff experimentados en el Ruhr, los lechos de los percoladores, la cloración de las aguas y las estaciones de depuración. Finalmente se extendió el método que en aquel momento más preocupaba a los ingenieros y a los higienistas que era el método de los barros activos, que paso a describir en los siguientes pasos: Clasificación, Reactivación, Nitrificación y Reactivación de los barros. Una de las estaciones que se acababa de instalar en aquel año fue la de Hartford (Inglaterra), que era capaz de depurar el agua de una población de 10.000 habitantes y 9.000 m^3 de agua de alcantarilla que supuso un coste de 29.000 libras esterlinas. En España en el año 1929 el problema de la depuración de las aguas residuales no había pasado prácticamente de la fase de curiosidad científica.

e. La vacuna contra la fiebre tifoidea en España. Las reacciones provocadas por la vacuna contra la fiebre tifoidea, los distintos procedimientos empleados para su preparación y algún accidente causado por ella, impidieron que adquiriera una difusión comparable con la obtenida por la vacuna antivariólica.

Los médicos militares con su empleo lograron un gran triunfo, y en el medio civil los resultados obtenidos destruyeron focos epidémicos y cooperaron a su limitación lo que fue muy estimable. Se afirmó que la vacunación era obra española, a través del Dr. Ferrán como primer inmunizado contra la fiebre tifoidea y el primero que inmunizó frente a ella. Dos años después de su campaña contra el cólera, en Valencia en 1887, se inoculó bacilos tíficos e inmediatamente después inoculó a una brigada de obreros que trabajaban en las alcantarillas de Barcelona. La mortalidad por fiebre tifoidea en el ejército español, fue siempre más elevada, que en el medio civil. Los datos que publica Palanca en su Tesis Doctoral lo demuestran claramente.

La fiebre tifoidea era un problema muy conocido y aceptado por las autoridades militares. Por aquel entonces la vacunación antitífica había sido aceptada en Ladysmith (Inglaterra) por el ejército inglés y la habían ensayado brillantemente en la India. También el ejército francés se había visto favorable a la vacuna, Alemania obtuvo grandes resultados en el proceso de su inmunización en el sudoeste de África y finalmente el ejército norteamericano en el mes de junio de 1911, la había implantado obligatoriamente.

El procedimiento en España no fue de una manera súbita, sino paulatina. Hubo una primera fase durante los años 1913 a 1914, en los que la vacunación fue voluntaria y la segunda que finalizó en 1920 y que se caracterizó por ser absolutamente obligatoria. Durante todas las etapas, el método de Vincent sufrió diversas modificaciones, pero nunca perdió su condición de polivalente, emulsionada en solución salina ya tratada por el éter para privar a los microorganismos de vitalidad.

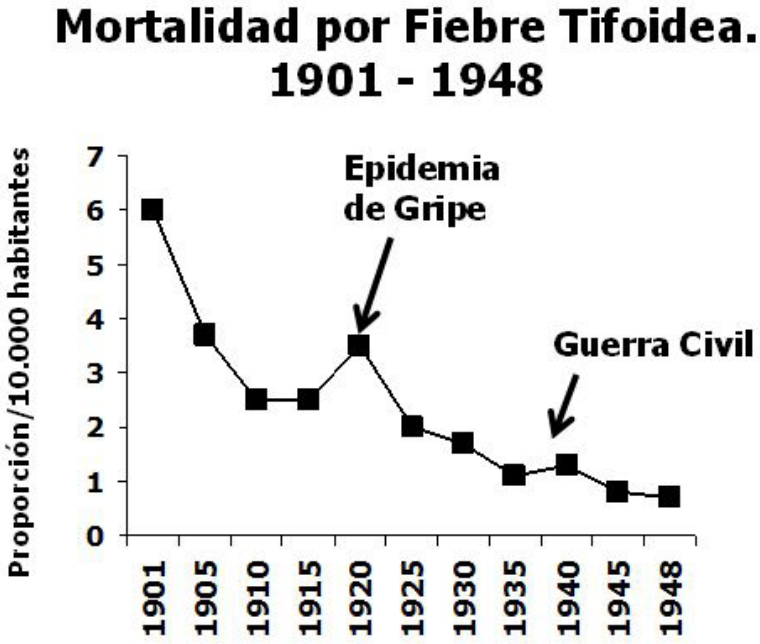


Gráfico 17. Tasa de mortalidad/10.000 habitantes de fiebre tifoidea en España desde el año 1901 a 1948 (16).

En el desarrollo de este apartado insistió en que fue absolutamente nula -por el resultado de sus datos-, la recomendación de la voluntariedad de realizar inmunizaciones, lo que llevó a resultados mediocres y lo natural es que en aquella situación se hubiera impuesto la vacuna como se tuvo que hacer en el siguiente periodo con muchos mejores resultados al final. De todas formas se consiguió crear un cierto ambiente favorable, y años más tarde el primero de diciembre de 1921, se publicó una nueva Real Orden en la que se encontraba ya el precepto de vacunación para toda clase de personas –sin distinción de circunstancias-, siempre que se dedicaran a la asistencia de tíficos, estuvieran en relación con ellos, salvo que existieran contradicciones. Existía en aquella orden prohibición de uso de microorganismos vivos para el uso de la vacuna.

Concluyó este apartado con el convencimiento del la transmisión del papel del agua en la fiebre tifoidea, pero que también podrían existir otros factores hasta ese momento desconocidos y con muchas incógnitas aún por resolver que pasaban para ellos desapercibidos.

f. Distribución de la fiebre tifoidea en España. Hasta el año 1900 no se encontraron datos estadísticos veraces que permitieran estudiar el desarrollo de la fiebre tifoidea en nuestro país, fue a partir de entonces cuando se pudo estudiar a fondo como se comportó la epidemia en términos de morbilidad y mortalidad (gráfico 17). La mortalidad descendió en una proporción de 150/100.000 habitantes en 1901. Palanca habló durante su discurso de los problemas que la fiebre tifoidea que produjo en Madrid en 1927, ya que estaba rodeada de una serie de pueblos con abastecimientos de aguas y excretas comunes lo que hacía que los servicios de limpieza de los mismos fueran igualmente comunes e hicieran muy difícil el control de la Higiene y esto repercutía directamente en la ciudad de Madrid. Por otra parte las aguas del Canal de Isabel II estaban sometidas a

la influencia de la cuenca del Lozoya y cualquier caso de fiebre tifoidea en la sierra influía en la Corte. Palanca pensaba que era imprescindible la implantación de mecanismos de coordinación entre las autoridades sanitarias.

g. Últimas epidemias de la fiebre tifoidea. En Alemania los datos suministrados por la Comisión de la Lucha contra el Tifus no solo demostraron que entre 6.069 casos, 4.202 de ellos (69,23%) fueron debidos a transmisión por contacto y solo 1867 (30,76%) fueron debidos a otros procedimientos de propagación. Estas cifras proporcionadas orientaron a las autoridades a las medidas a tomar para impedir la difusión de la enfermedad. En la Tabla 69 se describen varias epidemias de fiebre tifoidea con distintos orígenes en el territorio español y en todas se solucionaron los problemas con un estudio epidemiológico precoz, erradicación radical del foco, educación sanitaria y vacunación a la población susceptible.

Tabla 69. Descripción de diferentes tipos de epidemias de fiebre tifoidea, que ocurrieron durante los años 1912 a 1928 en España (16).

Ciudad	Foco contaminación	Casos
Madrid, 1912	900 Ostras contaminadas colibacilos paratíficos B.	141 casos 21,9% mortalidad
Caborana (Pirineos) 1927	Manantial de Villalonga.	103 casos
Linares (Jaén), 1924	Pozo de San José.	400 casos 11,2% mortalidad
Avilés (Asturias)		1.004 casos. 7,8% mortalidad
Villanueva de la Cañada (Madrid), 1928	Charca contaminada situada a 6 metros al pozo que surte del agua potable.	7,5% mortalidad

El Dr. Palanca Termina este apartado considerando que estos hechos no eran aislados o excepcionales, todos ellos podrían haber sido el resultado y representativos de la España de aquella época. Con esta demostración no quería decir que solo las ostras, el agua o el contacto pudieran ser las causas aparentes de las epidemias tíficas, y así él pensaba que el origen real había que buscarlo más adentro; en la falta de conocimientos sanitarios, en la deficiente cultura de los pueblos. De la misma manera el remedio que él aportaba sería la mejora en los abastecimientos de agua, la vigilancia de los alimentos; pero si se quisiera hacer una labor fundamental, esta sería llegar hasta la médula de la cuestión, mejorar la educación del pueblo y subir el nivel cultural.

h. Los conocimientos actuales acerca de la propagación de la fiebre tifoidea. A pesar del perfeccionamiento de los recursos clínicos y del laboratorio, una gran parte de los pacientes quedaban sin diagnóstico, unas veces por tratarse de formas atípicas, otras veces porque la enfermedad no introducía un trastorno en la vida del enfermo lo que podía pasar desapercibido y sin grandes molestias y lo que a la vez lo hacía innecesario a la visita al médico. Esto podría explicar que los orígenes de las epidemias permanecieran ocultos, a pesar de las más sagaces investigaciones. También tuvieron importancia los sujetos que seguían eliminado microorganismos, tanto portadores como convalecientes según fuera al principio como al final de la enfermedad. Esto se comportó en algunos casos en el origen de algunas epidemias. Describió un caso en el que Scheller refirió como un individuo sano portador de microorganismos qué contaminó la leche de una vaquería y como consecuencia llegó a contaminar a 17 personas que ingirieron dicha leche.

También en Norteamérica la famosa cocinera "María la Tifoidea" (figura 53) contaminó a 51 personas en el Estado de New York donde se la detuvo y se la puso en libertad con la condición de que abandonaría la profesión. Cinco años más tarde hubo un brote de fiebre tifoidea en un hospital en Nueva York y descubrieron que la cocinera que se hacía llamar Misstress Brown, no era otra que María la Tifoidea.

Figura 53. María "la Tifoidea o la Tifosa". Ilustración de un periódico en el año 1909. Primera persona en los EE.UU., a la que se identificó como un portador sano de los patógenos asociados con la fiebre tifoidea. María fue puesta en cuarentena en dos ocasiones por las autoridades de salud pública, y murió después de casi tres décadas en cuarentena total (125).

Los conocimientos acerca de la transmisión de la fiebre tifoidea a través de los alimentos eran relativamente modernos, así el pan fue el vehículo utilizado por el microorganismo para su propagación en la epidemia de los Dragones de Bedfort (Inglaterra) en 1906. Las hortalizas fueron incriminadas muchas veces. En el caso de las carnes parece que tuvieron más relación con la transmisión. Friesleben demostró que el 52% de las ratas de los mataderos contenían en las heces fecales bacilo paratífico B patógeno para el hombre. El agua del baño rica en microorganismos de todas clases, pudo contener el microorganismo de la fiebre tifoidea y contribuir a la difusión de la enfermedad. En el caso de las moscas, tras realizar la deyección de su tífico se posaban sobre el labio o sobre un vaso de agua dejando tras de sí un nuevo caso de fiebre tifoidea. Según Schuder la leche fue la causante del 17% de los episodios de fiebre tifoidea. De 650 epidemias ocurridas en Alemania, 462 (71%) se debieron a la leche.

Finaliza resumiendo este capítulo afirmando que el origen y la transmisión de las epidemias se basaba en el contacto y la suciedad, que eran los medios habituales por los que perduraban y se propagaban las infecciones eberthianas. Esta era la razón por la

cual Vincent afirmó que en el contagio directo eran las manos los órganos receptores y los agentes transmisores del microorganismo. Por esto mismo se insistió tanto en que la fiebre tifoidea transmitida por contacto era la enfermedad de las manos sucias. También se encontró relación con el polvo, ya que también podía transmitir el bacilo de Eberth según se demostró posteriormente en Chicago y Argelia.

Los conocimientos en aquella época claramente tenían que ser mucho más investigados, se desconocían muchos aspectos de la enfermedad y convendría no cerrar el espíritu a toda innovación acabando con Cajal: "*El culto a la consecuencia, que en política pasa por la virtud, en ciencia resulta casi siempre señal inequívoca de orgullo o de cortedad de luces*".

i. La fiebre tifoidea y el problema sanitario general. Comienza refiriéndose a Ortega y Gasset; "*Son las cosas, a veces, de tal condición, que juzgarlas con sesgo optimista equivale a no haberse enterado de ellas*". El problema de la fiebre tifoidea se veía como arduo y difícil y se achacaba a varios causas, por una parte el deficiente sistema que tenían a algunos pueblos de provisión de aguas potables y de eliminación de aguas residuales y a la escasa atención que la colectividad rural prestaba a las cuestiones de saneamiento. "*Lo más importante* –decía- *era la falta de deseo de orientación a las masas y a las autoridades por el camino de la verdad, la lisonja en que se envuelve al que manda y al que obedece. No se quería decir la verdad al que está arriba por miedo a enfadarle, ni al que está abajo por temor a disgustarle*".

Decía Ortega y Gasset que España vivía entregada al Imperio de las masas y Palanca repetía que el influjo de estas masas tenía una gran repercusión en los asuntos sanitarios, decía que era inútil que los mejores trataran de encauzar y conducir a los demás, pues la masa solo escuchaba las opiniones salidas del ambiente colectivo que en general no eran las más discretas ni las más acertadas. La masa anónima no se dejaba convencer por el que tenía razón, prefería siempre el que para engañarla recurría a fomentar sus inclinaciones, sus gustos y hasta sus pasiones.

Palanca hablaba de los colectivos médicos y decía, que cuando actuaban en cuestiones sanitarias es como si no tuvieran nada que ver con otros colectivos, y así actuaban independientes a otros colectivos profesionales. Creía que el factor verdaderamente primordial en una sabia y buena organización era el factor humano. Se sorprendió como punto importante, de como en España no se había establecido todavía en aquella época desde varios puntos:

- Dirección de primera enseñanza: la tarea de enseñar, vulgarizar y propagar los conocimientos fundamentales de la Higiene, necesarios para vivir bien y sacar de la vida el mejor rendimiento.
- Facultades de Medicina: la enseñanza de Epidemiología de forma rutinaria.

Concluye este apartado diciendo que no se podría esperar que la situación sanitaria mejorara mientras que no lo hicieran todas las manifestaciones por las que se traducían las actividades del país, se debía cooperar mientras que esto sucediera, con pequeñas medidas. Los países considerados avanzados en Sanidad como eran Alemania, América del Norte, Inglaterra etc., lo eran por su comercio en pleno florecimiento, instituciones políticas notables, etc., la Sanidad era allí una faceta más del aspecto del país que había llegado al estado de higienización. La Sanidad era una consecuencia pues, del estado general de un país. Estaba firmemente convencido de que la educación y la Sanidad

tenían que ir de la mano y por eso mientras no mejoraran las características materiales y morales de nuestros pueblos, mientras no supieran leer y escribir, mientras el grado de bienestar de que disfrutaban no les permitieran una alimentación y un albergue adecuado a todos, absolutamente a todos los que vegetaran en las comarcas rurales, seguiría creyendo que el mejor programa a seguir para la lucha contra la fiebre tifoidea se debía hacer por alguien que no necesariamente fuera médico sino mediante las escuelas y las despensas.

Sesión Científica. Reflexiones sobre mortalidad por tuberculosis pulmonar. 1929. Intervención Sr. JA. Palanca (126).

Palanca se refiere durante esta sesión a la tasa de mortalidad relacionada con la tuberculosis, afirmando que por aquella época se fijaba en 32.000 pacientes por año, pero se creía que esta se elevaba a 50.000 personas, lo que podía suponer más o menos 500.000 enfermos. El número mayor de casos se atribuía a la provincia de Sevilla y el menor en Cuenca. Esta incidencia estaba directamente relacionada con la densidad de la población que era mayor en las zonas con una mayor acumulación industrial, carestía de la vida, mortalidad infantil y especialmente con la mortalidad de fiebre tifoidea. En España en los años treinta, se precisaría fijar en 25.000 camas para ingreso de estos pacientes lo que supondría un presupuesto de 450.000.000 de pesetas anuales, lo que era irrealizable. Palanca termina afirmando que el problema del control de la enfermedad no se tendría que basar solo en número de camas disponibles y sanatorios, sino más bien en casas higiénicas coordinadas por el Estado y un consorcio antituberculoso parecido al que se creó en Italia que supuso un mejor control de la tuberculosis y disminución de la mortalidad infantil.

Sesión Científica. Agustín Van-Baumberghen. Intervenciones de Slócker, Martín Salazar y Palanca. La medicina militar en la evolución de las ciencias médicas. 1932 (127).

El Dr. Agustín Van-Baumberghen realiza una conferencia en la RANM sobre el papel de la Medicina Militar en la evolución de las ciencias médicas. Durante la conferencia hace un recorrido por la historia y como había sido la intervención de unos cuantos médicos y cirujanos ilustres. Cita a Hipócrates, Galeno y concluye en que los servicios de estos cirujanos y médicos durante las intervenciones militares a las tropas, estas sirvieron para obtener una gran experiencia. Las contingencias guerreras acumulaban en periodos muy cortos problemas que durante el transcurso de los años no hubieran aparecido y estos había que resolverlos inmediatamente agudizando el ingenio para llegar a dar una solución adecuada. Hizo un recorrido por las diferentes etapas por las que ha pasado la humanidad; la dominación árabe y sus profesionales etc., también se refirió durante su discurso a los diferentes Colegios de Médicos españoles como el de Madrid, Barcelona o Santiago de Compostela.

El Dr. Slócker intervino en este discurso para alabar su presencia diciendo que se alegraba de escuchar a un médico militar en la Academia de Medicina y pregunta sobre los datos de la Campaña del Protectorado de Marruecos que eran inexistentes en aquel momento. El Dr. Martín Salazar comentó la celebración próxima del Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militar que se realizaría en España con el objetivo de poder intercambiar conocimientos en relación con las estrategias sanitarias militares.

Finalmente el Dr. Palanca intervino para unirse a las palabras de los anteriores académicos y además concluyó diciendo que los datos de la campaña de Marruecos del año 1921, ni se conocían ni se conocerían al menos en los referidos a los servicios de Higiene, de los que él formaba parte. En el Diario oficial de la Guerra decía que se dotaría a la Comisión de una serie de materiales que necesitaban, pero en la práctica esto no se llevó a cabo.

Sesión Científica. Sobre la Conveniencia de crear el Instituto Español de Hidrología y Climatología. 12 de noviembre de 1932. Contestación del Excmo. Sr. Dº. José A. Palanca al Discurso Leído ante la Real Academia Nacional de Medicina (128).

Figura 54. Comité elegido por los inspectores municipales de Sanidad de Madrid
Comité de la Inspección Municipal de Sanidad de Madrid elegido en 1930, con su director general el Dr. D. José Alberto Palanca y Martínez-Fortún (129).

Este artículo trata de una intervención en la RANM, en la que Palanca hace un discurso de contestación al Dr. Rodríguez Pinilla, acerca del propósito de la creación del Instituto Español de Hidrología y Climatología. Durante su intervención le muestra un apoyo sin ningún género de duda, pero le hace mención a unos puntos débiles de su discurso que creyó necesarios y que se deberían subsanar antes de la creación del mencionado Instituto. Parece que este proyecto llevaba tiempo intentándose poner en marcha y no se había iniciado todavía, lo que hizo pensar a Palanca, que podía presentar problemas de base en tres sectores; en la propiedad, en los médicos y en la Administración sanitaria pública. Por un lado en los gastos que ocasionaría a las arcas de los balnearios y también porque sería tomado como la tumba de la libertad balnearia. Finaliza su intervención diciendo que creía que estas pequeñas dificultadas se podrían solventar con un poco más de estudio y buena voluntad y que el Dr. Rodríguez Pinilla lograría la creación de su propósito.

Sesión Científica. "El secreto profesional y los Seguros de Enfermedad". 1933. Contestación del Excmo. Sr. Dº. José A. Palanca (130).

Durante esta sesión realiza una intervención del Dr. Vallejo Nájera. Exponen sus opiniones en relación con El secreto profesional y los SOE. Palanca, contesta y dice durante su intervención, lo siguiente: Hace diez años, los médicos defendían el establecimiento del Seguro de Enfermedad, pero en el año 1933 el colectivo médico pensaba que esto llevaría a un fracaso si no se variaban en cuanto los aspectos científicos y prácticos. Los problemas derivados del concepto del secreto médico habían variado en el transcurso de los años. En esto había colaborado la legislación sanitaria y principalmente la epidemiológica**.**

Sesión Científica. Discusión del trabajo del Dr. Fernán-Pérez: El secreto profesional y los seguros de enfermedad: Intervenciones de los Dres. Vallejo Nájera, Palanca y Fernán-Pérez. 25 de febrero 1933 (131).

El Dr. Vallejo Nájera presenta una sesión sobre el secreto profesional y el Seguro de Enfermedad, diciendo que este no tenía relación alguna con los partidos políticos sino con un acuerdo con la Sociedad de las Naciones, y que por lo tanto tenía que implantarse en España.

Con la experiencia de la implantación del Seguro de Enfermedad en otros países en términos de éxito o de fracaso se podrían tener intereses para el país ventajas a la hora de la implantación tanto para los asegurados como para los profesionales. La tradición hipocrática del secreto profesional era bien clara, ya que Hipócrates decía en el texto: "*Guardaré secreto acerca de aquello que no sea preciso que se divulgue*". Desde aquellos tiempos se reconocía a los pacientes el derecho a estar garantizados contra las posibles indiscreciones, por la estricta obligación que tenía ya el médico de guardar el secreto profesional. El Dr. Vallejo pone el ejemplo de una enfermedad infecciosa y comenta que el derecho individual finaliza donde comienza el derecho colectivo, contrario al secreto médico ilimitado. En una fábrica en que trabajaba un paciente que padecía una tuberculosis, era su médico el responsable de declarar a las autoridades la enfermedad del paciente, para evitar el contagio al resto de los trabajadores de la fábrica.

Palanca intervino contestando a los doctores como miembro de la Corporación y como elemento integrante de la Comisión encargada del anteproyecto del reglamento del Seguro de Enfermedad. Comentó que diez años antes era partidario del Seguro de Enfermedad, pero que en aquel momento, había de hacerse según el convenio de 1927, al que estaban adheridos. De todos los problemas que planteaba el Seguro de Enfermedad en aquellos momentos, este le parecía el de menor relevancia. También era de la opinión de que en cuanto a enfermedades infecciosas, no debía existir el secreto médico, se debía declarar el caso a la autoridad competente y así en esta línea, el derecho individual de la persona no se debía anteponer al derecho colectivo. Los médicos debían trabajar desde luego a favor del respeto del secreto profesional, pero los beneficiarios deberían también secundar los esfuerzos, ya que, el secreto profesional interesaba más a ellos que a los facultativos. Finalizó comprometiéndose a presentar una comunicación más adelante en la RANM, monográfica acerca del secreto profesional y Seguro de Enfermedad.

Recepción Pública por el Académico Electo: Excmo. Sr. Dº. José Verdes Montenegro. Deficiencias de nuestra organización tuberculosa. 3 de febrero de 1935. Contestación del Excmo. Sr. Dº. José A. Palanca al Discurso Leído ante la Real Academia Nacional de Medicina (132) (133).

Figura 55. Recepción del Dr. Verdes Montenegro en la Real Academia de Medicina. 25 de febrero de 1935. Dres. Carro, Cortezo, Del Villar, Alarcón, Cospedal, Olea, Verdes, F. Alcalde, Sarabia, Decref, Estadella (Ministro de Trabajo), Martín Salazar, Hoker y Palanca (6).

Realiza la Contestación a la Recepción Pública del Académico Electo y para ello comenzó con la siguiente pregunta: "*¿Era buena o era mala la organización contra la tuberculosis en España*?". Esta pregunta sirvió de título al discurso del Académico electo. Se presentó un poco escéptico en cuanto a la valoración de los resultados, invocó para ello a su propia experiencia. La curva de descenso en la tuberculinización, comenzó antes de que se organizasen los servicios, dirigidos específicamente contra la propagación de la enfermedad, ya que les precedió una mejora en las condiciones de vida del pueblo y una higienización de sus costumbres. Todos estos aspectos se consideraron "medios indirectos" que se utilizaron como lucha contra la tuberculosis. Para los españoles la tuberculosis en aquel momento era el primer problema sanitario y uno de los primeros problemas sociales ya que la mayor parte de las ciudades presentaban una mortalidad muy alta. La realidad que se observaba en cuanto a diferencias de tasas de incidencia de casos de unas provincias con otras relacionadas por el clima tenía que ver con fenómenos que obedecían a causas muy complejas en las que las circunstancias se entrelazaban, sin contar con muchas de ellas que no habían sido estudias todavía en 1935.

Responde al profesor Verdes Montenegro, ya que éste había aludido a la situación de limpieza y salubridad de las casas y recuerda a la frase de Brauenigs, que afirmaba: "*Una casa sana es por sí misma un sanatorio económico*".

Palanca trata de relacionar la tuberculosis como aspecto social, su relación social entre los jornales de los obreros industriales de los españoles y el coste de la vida comparándolo con otros países del momento citando un documento de D. José Sáinz publicado en 1934. En la Tabla 70 se describen los datos presentados en el citado documento.

Tabla 70. Datos que presenta Palanca en relación con la publicación de D. José Sainz en 1934 (133).

Aspectos estudiados	Comparación con respecto a España
Coste de la vida	50% > en Francia 62% > en Alemania
Porcentaje de gastos de alquiler de pisos	> en Berlín > en Paris
Gastos de alimentación	> en Paris > en Berlín
Cantidad de productos alimenticios por familia de cuatro personas (obrero español)	España; 200 Kg Francia; 210 Kg

Las cifras de paro obrero involuntario que había en 1935, se presentan en la gráfico 18, las relaciones conocidas entre la hipo alimentación y la tuberculinización de una parte de la población debían someter según Palanca a una estrecha vigilancia a la población para evitar así a su tuberculinización masiva.

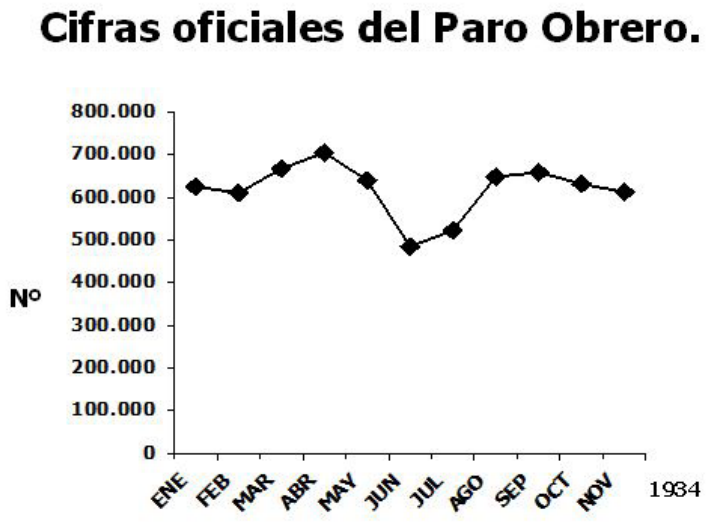


Gráfico 18. Cifras de paro obrero en España en el año 1934 (133).

En cuanto quienes eran los organismos responsables de la Lucha Antituberculosa en Europa, Francia disponía de un "*Comité Nacional*", Inglaterra tenía el "*National Association for the prevention of the tuberculosis*", en Alemania era el "*Deutsches Zentral Komitee fur die Bekamfung der Tuberkulose*", en Bélgica la "*Oeuvre National*" y en los EE.UU. la "*National Association*". España era uno de los pocos países en que el Estado en materia de tuberculosis era dirigida por la iniciativa de algunos funcionarios, que alternaban sus ideas particulares con los directores generales sucedidos al vaivén de la política, lo que a su juicio no podía ser más perjudicial ni menos recomendable. En resumen existía una falta de interés en torno al problema de la propagación de la enfermedad.

Palanca creía que había llegado la hora de que la Universidad se preocupara de enseñar Medicina Social dentro de su marco, utilizando su profesorado y su presupuesto. Esperaba para ello que las facultades de medicina, se dieran cuenta de ello, de las necesidades modernas que planteaba la sociedad y no dieran la espalda a la realidad.

En el capítulo de presupuestos, el Real Patronato de la Lucha contra la Tuberculosis, -que tuvo su antecedente en la Liga Popular-, tenía un presupuesto en 1934 de 34 millones. En la tabla 71 se puede apreciar los diferentes presupuestos de los distintos países en la misma época en Europa.

Tabla 71. Presupuesto de países europeos en la Lucha contra la Tuberculosis en 1934 (133).

Países	Presupuesto
España	34.000.000 Pesetas.
Inglaterra	3.013.536 Libras esterlinas.
Francia	360.000.000 Francos.
Alemania	160.000.000 Marcos.
Holanda	12.000.000 Francos Oro.
Dinamarca	15.000.000 Francos Oro.
Italia	311.000.000 Liras.

Palanca refiere que no había posibilidad científica, ordenada ni económica de Lucha contra la Tuberculosis, sin primero saber las cifras existentes de morbilidad. Cuando se conocieran las estadísticas, de ellas se derivarían posteriormente las inversiones en cuanto al cálculo del número de camas necesario para el tratamiento y el aislamiento hospitalario y domiciliario de los pacientes tuberculosos. También consideraba que era muy importante que pudiera existir entre la enfermedad tuberculosa durante los diferentes períodos de la vida.

Palanca pensaba que la solución para terminar con esa situación tan angustiosa pasaba por un remedio como era la creación de "un Seguro". No había posibilidad de acudir más que a un Seguro, ya que no solo la asistencia médica lo que un obrero necesitaba, sino un jornal para que su familia no se muriera de hambre mientras que él se curaba de la tuberculosis. Se creía que todo era posible, menos una sola cosa: "*Cruzarse de brazos ante el espectáculo diario del condenado a muerte que sabe que con su sentencia se ha firmado la de su familia*". La creación del seguro pensaba Palanca, era el camino eficaz para plantear y resolver la Lucha contra la Tuberculosis, unido a los conocimientos epidemiológicos y científicos que se poseían.

Palanca finaliza su intervención resumiendo el *Currículum Vitae* del Dr. Verdes Montenegro realizado a favor de la Lucha contra la Tuberculosis. El primer Dispensario que se dedicó en España a la tuberculosis fue fundado en 1901, en la Policlínica del Dr. Cervera, en la calle Jorge Juan en Madrid. Más adelante se reformó y se llamó María Cristina. El primer sanatorio popular fue el de Húmera (Madrid). Más adelante surgió la "Liga Popular contra la tuberculosis" de la que el Dr. Verdes Montenegro fue Vicepresidente y organizó la Primera Fiesta de la Flor (Figura 56), de cuyos ingresos surgió el sanatorio de Húmera y él, el primer director.

Una de las labores científicas que realizó el Dr. Verdes Montenegro fue, la elaboración de "La Cartilla Popular contra la Tuberculosis" con la que obtuvo la Medalla de oro en el Congreso de la Tuberculosis, en el año 1910 en Barcelona. Realizó numerosas publicaciones en muchas revistas científicas. Comenzó sus trabajos cuando no existía nada, cuando las facilidades eran nulas, cuando las dificultades eran mayores y las ayudas no existieron. Palanca termina y le da la bienvenida a la Academia de Medicina, diciendo que El Dr. Verdes Montenegro reunía las condiciones que Balmes consideraba necesarias

para acometer empresas tan arduas como para él realizarlas y la que el porvenir le auguró, "*Conciencia tranquila, designio premeditado y voluntad firme*".

Figura 56. Fiesta de la Flor realizada en la década de los años cuarenta. Entrevista de prensa con el Dr. Palanca (6).

Sesión científica. intervención sobre uso sobre Prontosil en Urología. Contestación Sr. Palanca. 20 de abril de 1940 (134).

Palanca responde que el Gobierno había realizado las gestiones necesarias para que se importase alguna cantidad de Prontosil (antibacteriano antiestreptococos) y que en fechas próximas se podría disponer en España, así como su preparación en el país.

Sesión científica. Las Epidemias de la Postguerra. 28 de marzo de 1943 (135).

Palanca habla durante su discurso de varios aspectos relacionados con las epidemias que se desarrollaron tras finalizarse la Guerra Civil española y los relata cómo los pudiera haber vivido a través de: "*Un capitán de un barco que desde un puente de mando dirige las maniobras de una embarcación combatida por un furioso ciclón y trata de llevar la nave a buen puerto. Tiene siempre presente los intereses y las vidas que se le confían y no olvida que toda acción colectiva no dirigida se cambia pronto en confusión y desorden*".

a. Situación sanitaria del país. La situación sanitaria reflejaba la situación social que España atravesaba, ofrecía características optimistas, como lo refleja la gráfico 19. Se trataba de reducir la mortalidad y aumentar la natalidad, luchando con cada una de las causas que lo motivaban, mientras que finalizaba la Segunda Guerra Mundial y todo volviera a la normalidad.

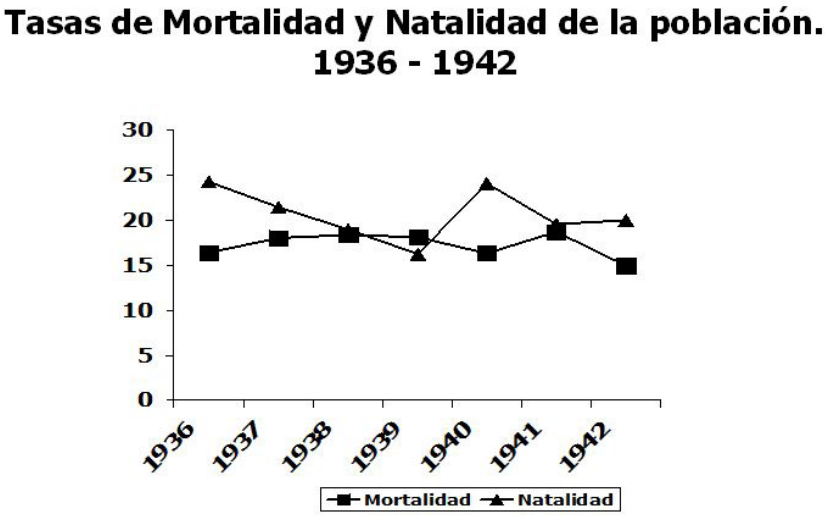


Gráfico 19. Tasas de Mortalidad y Natalidad de la población desde el año 1936 a 1942 (135).

Palanca en la práctica se refería a combatir las epidemias, impedir su aparición, al mismo tiempo que se sentaban las bases de una nueva organización sanitaria, cuyos frutos se reconocerían solo en un futuro lejano. La persona que tendría que dirigir la Sanidad española tendría que enfrentarse a muchos inconvenientes, muchas horas de trabajo, muchas molestias, tendría que tener muchos conocimientos en administración pública, en Higiene, en psicología y ciencias distantes de la sanitaria. Las enfermedades infecciosas aumentarían, como la tuberculosis, en la gráfico 20, se pueden ver las cifras de mortalidad por tuberculosis durante los años 1936 a 1941, tanto pulmonar como por otras causas.

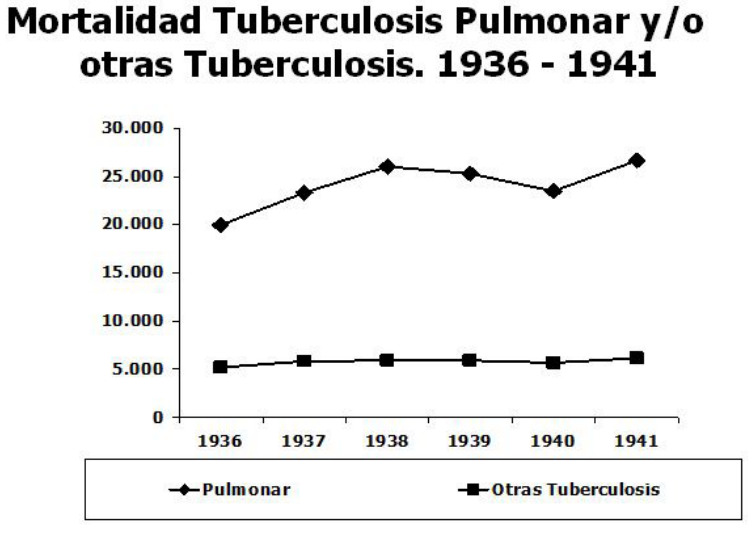


Gráfico 20. Mortalidad relacionada con tuberculosis pulmonar y con otros tipos de tuberculosis durante los años 1936 a 1941 (135).

b. Estado sanitario de Europa. La situación del continente europeo y de la zona mediterránea no era nada satisfactorio, Europa vivía sobre un volcán. Desde la Guerra Civil española, Portugal padecía una endemia de viruela, toda la franja costera de África era

endémica en tifus exantemático y existía peste bubónica en Casablanca. Había pasado una ola endémica en los Balcanes que había acabado con 135.000 personas de 2.500.000 habitantes (5,4%) y en Rusia se llegaron a producir 700.000 invasiones en 1918.

c. Condiciones necesarias para la aparición de las epidemias. Se presentaron varias condiciones que hicieron que las circunstancias fueran muy favorables para el desarrollo del tifus exantemático tras la finalización de la Guerra Civil:

- Insectos vectores y unidades parasitadas.
- La población carecía de inmunidad adquirida en épocas recientes.
- Sufrimientos morales y materiales padecidos, alimentación insuficiente.
- Movimientos incontrolados de población en condiciones infrahumanas.

d. La viruela. Los primeros casos se presentaron en noviembre de 1938, por una familia portuguesa, por la provincia de Orense. En el gráfico 21, se presenta las defunciones por viruela producidos en España, durante los años 1936 a 1941.

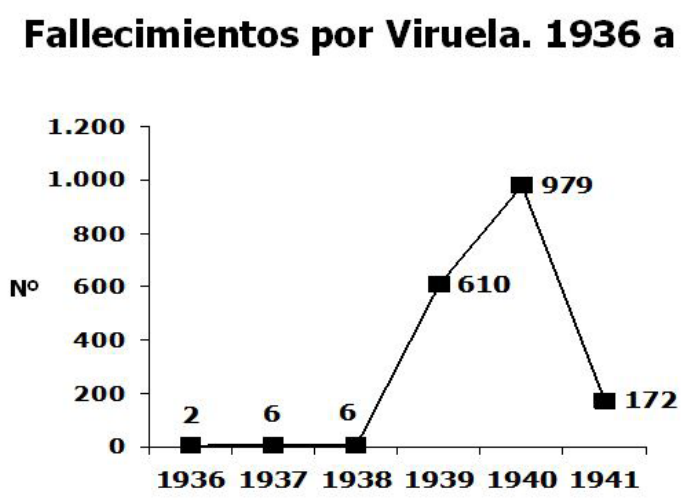


Gráfico 21. Mortalidad por casos de Viruela desde el año 1936 a 1941 (135).

Palanca durante el mes de enero de 1937 se dedicó a que se pudieran fabricar y distribuir sueros y vacunas entre los distintos Centros Sanitarios situados en la zona nacional; para lograrlo se reunieron en Valladolid los Jefes de Sanidad y durante toda la Guerra Civil se dedicaron a ello. Uno de los Institutos se le olvidó someter a uno de los lotes de vacuna al proceso de esterilización y tuvo como consecuencia 21 muertos (20 niños (95,23%) y 1 adulto (4,76%)) por una infección estafilocócica muy agresiva, que coexistía en algunas lesiones de la mano del envasador, lo que excitó y aumentó los ánimos en plena guerra. El problema se solucionó retirando totalmente aquel lote contaminado. Terminada la Guerra Civil España se encontró ante una epidemia regular de viruela, que se extendió por todas las provincias españolas. En las primeras semanas de abril de 1939 se vacunaron más de 3.000.000 de personas, la epidemia continuaba sin remitir, hasta que se dieron cuenta de que el problema estaba en la calidad de la glicerina que destruía el virus vacinal de la vacuna. Se encargó por avión glicerina neutra y se repitieron las campañas de vacunación y a los pocos meses se pudo controlar la epidemia de viruela. Finaliza Palanca con la conclusión de este episodio, diciendo que la solución de los problemas era: "*Darse cuenta del porqué de los fracasos, corregirlos y dominar la situación. Lo estrepitoso es el fracaso*,

porque lo ve todo el mundo, mientras que el triunfo es tan discreto, que solo lo perciben los técnicos, que no necesitan del término de comparación, tangible para valorarlo".

e. Difteria. Las circunstancias epidemiológicas que precedieron a esta epidemia fueron como en el resto de las epidemias: falta de limpieza, miseria, sufrimiento y una alimentación defectuosa. Pero para cada una de ellas hubo un factor clave, en este caso fue la falta de sueros y vacunas antidiftéricas. Durante la guerra el Centro encargado de su fabricación era el Instituto de Badajoz, donde estaban situados los caballos y el material necesario para ello. En aquel momento se desarrolló una epidemia de gripe equina, que acabó por arruinar la producción de suero antidiftérico. La epidemia nació en Madrid y se extendió a la meseta castellana y a Barcelona. A los pocos meses se solucionó el problema de la alimentación del ganado, desapareció la epidemia sufrida de los caballos y lograron poner en marcha de nuevo la producción del suero. Por Orden Ministerial del 21 de marzo de 1942, se ordenó la vacunación obligatoria a la población y la falange femenina se encargó de la vacunación a la población, con lo que se consiguió controlar la epidemia a través de: conferencias, propaganda, folletos, películas. En el gráfico 22, se puede apreciar las defunciones que causó la difteria en nuestro país, durante los años 1936 a 1941.

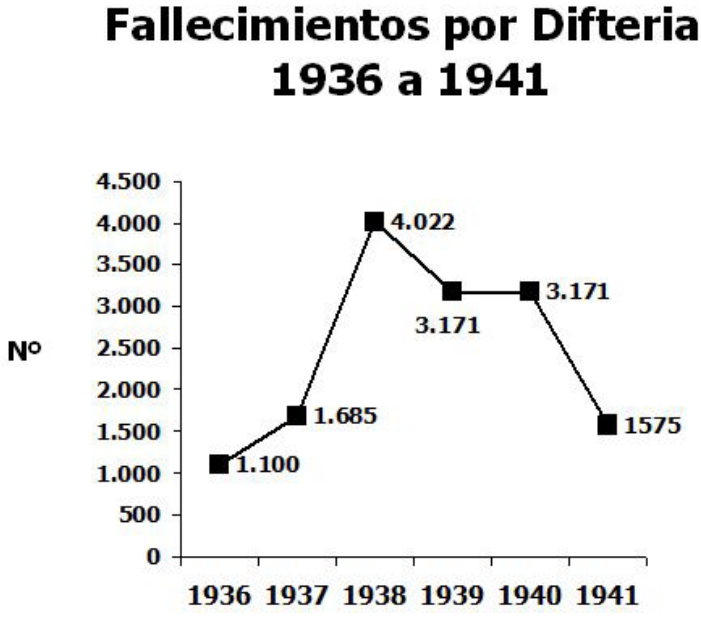


Gráfico 22. Mortalidad por casos de difteria desde el año 1936 a 1941 (135).

f. Tifus Exantemático. Durante la Guerra Civil no se presentó ningún caso, pero al finalizar la misma durante la ocupación de Madrid apareció el primero, procedente de Cuenca, seguido de varios en las ciudades de Málaga, Albacete, Granada, Sevilla, Murcia. A finales de 1940 en el hospital del Rey en Madrid ya había 1.221 pacientes y 190 defunciones (15,6%). La situación era terrible, todas las provincias se encontraban afectadas. En 1942 se presentó un brote de tifus exantemático en el Reformatorio del Tribunal de Menores de Carabanchel en Madrid, sin agua, destruido y sin servicios. Los 300 niños allí ingresados estaban parasitados. Se despiojaron los niños y se vacunaron la mitad de

ellos por el método de Cox y la otra mitad por la acción del suero de convalecientes. No se presentó ninguna defunción y los resultados fueron buenos. Detrás de este episodio se presentó otro en La Chopera con 3.000 afectados. Hubo momentos en que Madrid estuvo acordonado para evitar la entrada de mendigos. La provincia con más afectados fue la de Cádiz. En gráfico 23, se puede apreciar la mortalidad por tifus exantemático durante los años 1936 a 1941, donde se pueden observar los números de pacientes afectados de tifus exantemático llegando a un número de 4.022 enfermos en el año 1938.

g. Lucha contra el Tifus Exantemático.

- Evacuación de los enfermos de los sanatorios antituberculosos situados en las zonas epidémicas.
- Construcción de estaciones de despiojamiento, asilos de mendigos, baños municipales (figura 57).
- Consejo Nacional Consultivo.
- Cursos a facultativos sobre la profilaxis del tifus exantemático mediante, cuartillas, folletos, carteles, radio, Prensa, Radio y el Cine.
- Instalación de cámaras de cianhidrización en todas las cárceles del país.
- Transporte de parques de cianhidrización por parte de equipos de enfermeras domiciliarias para realizar procedimientos de desinfección a barrios infectados. Los resultados con este método fueron excelentes.
- Equipos de planchadoras y peluqueras domiciliarias que desparasitaban y desinfectaban a los pacientes (figuras 58 y 59).

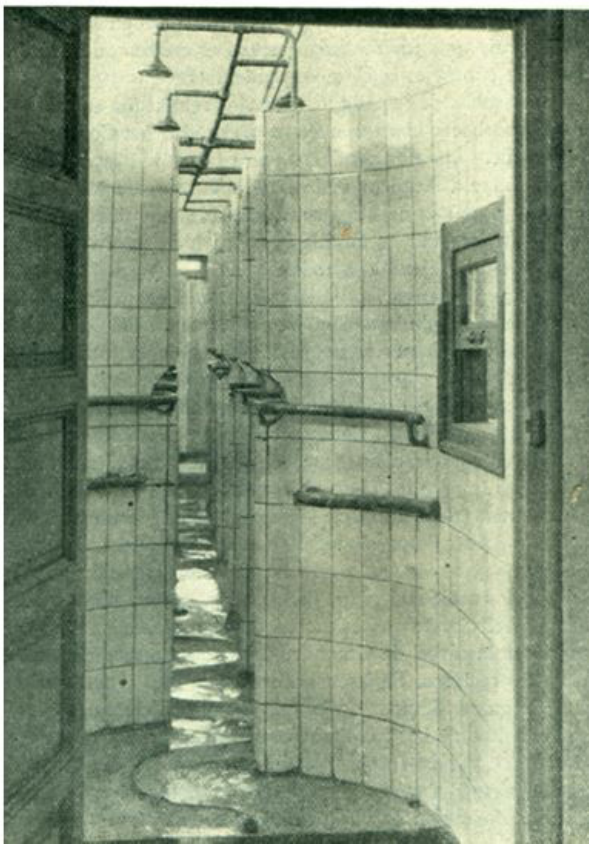


Figura 57. Estación de despiojamiento (135).

Figura 58. Enfermeras Visitadoras Sanitarias, haciendo un despiojamiento en un domicilio (135).

Figura 59. Equipos de planchadoras y peluqueras domiciliarias que desparasitaban y desinfectaban a los pacientes, junto con una Visitadora Sanitaria en un domicilio de un paciente afectado (135).

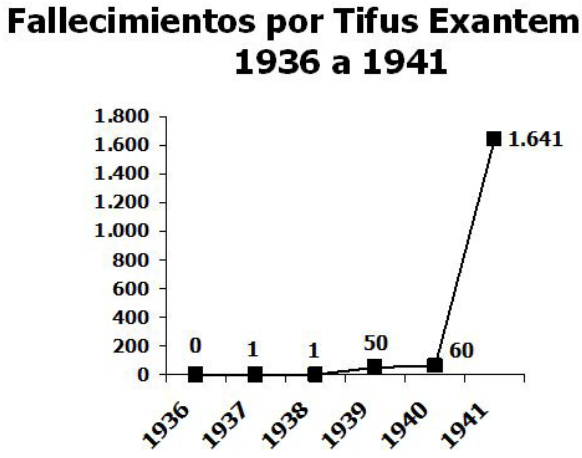


Gráfico 23. Mortalidad por casos de tifus exantemático desde el año 1936 a 1941 (135).

h. La vacunación preventiva antiexantemática. Desde el invierno de 1939 Palanca estaba convencido de que se enfrentaría a una gran epidemia de tifus exantemático, para ello se necesitarían grandes cantidades de vacuna preventiva y así evitar la extensión del mal. No disponían de recursos para su fabricación, el Dr. Gallardo realizaba la técnica de Laigret y logró la fabricación de grandes cantidades de la vacuna, cultivada en el cerebro de cobayas y emulsionada en yema de huevo. Se utilizaron al principio, hasta que aparecieron otras más eficaces. Después de varios estudios y otras aplicaciones se dieron cuenta de la necesidad de poseer grandes cantidades considerables de plasma de convaleciente para el tratamiento y para la profilaxis de la enfermedad.

i. El concepto de aquella época de las epidemias. Palanca cita en este apartado a los médicos que lucharon activamente contra las epidemias como fueron: Vallejo, Quintana, Clavero, P. Gallardo, Torres, Gost, Castillón, Sans, Gallardo, Lastra, Colomo, Mezquita, Zapatero, Gracián etc. Finaliza este apartado diciendo que el tifus exantemático era un problema social más que un problema sanitario, y que por lo tanto en la solución tendrían que intervenir tanto los equipos sanitarios como los no sanitarios. El concepto de las epidemias fue cambiando a lo largo de la historia, sin que durante su difusión perdieran protagonismo los microorganismos o los virus, ni los insectos. El trastorno social que produjo la Guerra Civil primero y la Segunda Guerra Mundial posteriormente, ofrecieron a los microorganismos unas características distintas con las que no se habían encontrado anteriormente y estas les abrieron el camino, hacia la producción de las enfermedades infecciosas.

Este discurso realizado en la Real Academia de Medicina en marzo de 1943 fue publicado posteriormente en la Gaceta Médica Española en mayo de 1943 (136).

El periodo de incubación en las enfermedades infecciosas: Discurso de Recepción del Académico Electo Excmo. Sr. Dr. D. Antonio Mª Vallejo de Simón y discurso de contestación del Académico Numerario Excmo. Sr. Dr. D. José A. Palanca y Martínez-Fortún. 15 de junio de 1945 (137).

El Dr. Palanca comienza contestando al discurso del Dr. Vallejo narrando su trayectoria profesional. Comenzó su carrera en el Instituto de Sanidad de Madrid, fue profesor y cate-

drático de Higiene en la Facultad de Medicina de Valladolid, compartiendo momentos trágicos durante la Guerra Civil con Palanca. Obtuvo mediante méritos propios la dirección del hospital del Rey y sirvió a epidemias leves y graves durante su mandato. Si Palanca hubiera tenido que definir al Dr. Vallejo, lo hubiera hecho por los trazos salientes de su carácter atendiendo a las tres cualidades que en él dominaban: honradez, laboriosidad y tenacidad. Sus ideas políticas eran firmes e inamovibles y a su lado había que trabajar con fe y con el mismo entusiasmo que él. El Dr. Vallejo descendía de una dinastía sanitaria en que todos los sanitarios se habían distinguido por las mismas cualidades, fue un alumno brillante, su hoja de estudios fue excelente, obtuvo el premio extraordinario en la Licenciatura en 1916 y el doctorado el año siguiente. Ingresó en Sanidad Nacional, en su rama de Sanidad Exterior como número uno en 1924. En 1925 opositó a una plaza de médico en el hospital del Rey, donde comenzó sus trabajos de investigación y que la Guerra Civil interrumpió. Cuando finalizó la guerra volvió al hospital y ocupó la Dirección del mismo, reformó el hospital, que se encontraba lleno de goteras y en muy mal estado. En cuanto el aspecto pedagógico, su labor fue muy estimable, ocupó una plaza de profesor de Higiene en la Facultad de Medicina de Valladolid y desde 1939 fue agregado a la Cátedra de Patología Médica de Madrid.

El Dr. Vallejo tenía en materia de Sanidad un criterio perfectamente definido, en oposición con el que tenía el Dr. Palanca. Vallejo separaba los conceptos de "Sanidad", "Beneficencia", y "Asistencia", sin embargo para Palanca la Sanidad debería abarcar todas las ramas del ejercicio profesional en todos sus aspectos. Puso como ejemplo los dispensarios antituberculosos comentando que en aquellos casos nada más infundía más confianza en una familia que el ver mejorar un miembro de ella, en aquel ambiente se podía hacer una buena labor de prevención. Para Vallejo, por el contrario, era mejor la búsqueda de la fuente de contagios y la prolongación de los tratamientos en los dispensarios, que sobre saturar a las familias con tratamientos complejos ambulatorios.

En cuanto a la divulgación de trabajos científicos el Dr. Vallejo tenía un amplitud de ellos: "*Recogida de productos patológicos*", "*Estudio comparativo de los métodos refractométricos y químicos para la determinación de las albúminas del plasma sanguíneo*", "*Técnica epidemiológica y elementos de desinfección aplicados al medio rural*". Muchos de estos tratados sirvieron durante muchos años a los médicos de la Asistencia Médica Domiciliaria de la Provincia de Madrid. Palanca recordó el sistema de desinfección que se utilizó durante la epidemia gripal de 1918 que fue considerada más psicológica que bactericida contra la población a la salida de las estaciones, consistía en la aplicación de sistemas de irrigación de un líquido maloliente a los viajeros que, voluntariamente, pasaban bajo el chorro del pulverizador que, a riesgo de estropearles la ropa, les suponía una cierta confianza en la prevención de la gripe.

Cuando el Dr. Vallejo se incorporó a la dirección del hospital del Rey, el hospital se encontraba en pésimas condiciones. Con la llegada de la paz tras la finalización de la guerra civil, se invirtieron bruscamente los factores que había previamente. Se tuvo que empezar a compartir víveres con una población que casi doblaba a la previa, faltaban ropas, no había jabón y el movimiento de la población era incesante. El hospital del Rey duplicó sus expectativas, pero logró salir hacia delante gracias al esfuerzo de toda su plantilla.

No había acabado el episodio de la viruela cuando la difteria hizo su aparición, se trató de aislar los casos de ambas enfermedades y no mezclar a los enfermos afectados y

apareció un brote de tifus exantemático, lo que llegó a suponer más de 3.600 casos a lo largo del año 1939. Todas estas epidemias y el amor al estudio se tradujeron por parte del Dr. Vallejo en diez publicaciones en relación con la clínica de diferentes enfermedades infecciosas (tifus exantemático, paludismo, brucelosis, meningitis etc...). Conforme declinaban las epidemias el Dr. Vallejo fue reconstruyendo el hospital.

Durante la Guerra Civil el Dr. Vallejo se presentó a las autoridades y desde marzo de 1937 actuó como asesor sanitario del Gobierno General del Estado en el Instituto Provincial de Valladolid, allí coincidió con Palanca. Su misión era fomentar la fabricación de sueros, de vacunas y de productos sanitarios y colaborar con el Servicio sanitario del Ejército. En 1941 fue nombrado profesor de Enfermedades Infecciosas de la Escuela Nacional de Sanidad. En 1943 fue nombrado jefe de la subsección de enfermedades infecciosas de del Instituto de Medicina Experimental de Madrid.

El trabajo que presentó el Dr. Vallejo como discurso de entrada en la Academia fue muy meticuloso, detallado y completo, fue el fruto de la revisión 35.000 historias clínicas estudiadas en su hospital.

En la época de las grandes catástrofes sanitarias, en la Edad Media, cuando el terror era la consecuencia de las Epidemias, se prefería: "*Pecar por carta de mas*", y ante el temor de ser contagiado que podía significar miles de víctimas y no miles de millones de pérdidas, no se dudaba en hundimiento de barcos o quema de enseres sospechosos. Se hablaba de que en Europa la Peste Negra supuso un coste de veinticinco millones de vidas, lo que influyó en la evolución de la Humanidad. Con este panorama y la ignorancia de cómo se realizaba el contagio de las enfermedades, no era de extrañar que las medidas de defensa fueran brutales, se pusieron en marcha los famosos cordones sanitarios que no solo separaban naciones, sino también pueblos.

Las publicaciones más importantes del Dr. Vallejo Simón en aquella época fueron:

- Una epidemia de tifus exantemático observada en Madrid, 1939.
- Estado actual de la clínica de enfermedades infecciosas, 1942.
- Síntomas y diagnóstico del tifus exantemático, 1942.
- El diagnóstico de las enfermedades infecciosas, 1942.
- El periodo de incubación del tifus exantemático, 1942.
- Aportaciones al problema del paludismo, 1943.
- Diagnóstico de la brucelosis, 1943.
- Tratamiento del tifus exantemático, 1944.
- Tratamiento de la meningitis-espinal epidémica, 1944.

Papel del Dr. Vallejo Simón en la Guerra Civil. Actuó como asesor sanitario en el Gobierno general del Estado, representando al Ministerio de la Gobernación. Se instaló en el Instituto de Sanidad de Valladolid y reorganizó los Servicios Sanitarios en la zona liberada. En 1941 fue nombrado profesor de Enfermedades Infecciosas de la Escuela Nacional de Sanidad. En 1943 se le nombró jefe de la subsección de enfermedades infecciosas del Instituto de Medicina Experimental de Madrid. Más tarde se le premió con la Placa de la Orden Civil de Sanidad, heredera de la Vieja Cruz de Epidemias (anexo 5).

Palanca termina su discurso acogiendo al nuevo académico a quién la Academia abría ese día sus puertas, a un nieto de un médico rural quién dio su vida por ayudar a un compañero en época de epidemias.

Recepción de Académico electo Sr. Benigno Lorenzo Velázquez. Real Academia Nacional de Medicina. Algunas facetas de la personalidad de Fermín Palma García. Contestación José Alberto Palanca. 29 de noviembre de 1945 (138).

Palanca conoció a Fermín de Palma en Granada durante el año 1903, mientras que él cursaba tercer curso en la Facultad de Medicina y Fermín de Palma era estudiante de primer curso. Las ideas monárquicas de Fermín de Palma, nacieron durante una visita de Alfonso XIII a Granada. Ambos terminaron la carrera y los dos ingresaron en Sanidad Militar y fueron destinados a África para el estudio del paludismo y así recorrieron la zona del Protectorado de Marruecos. Todos los allí destinados estaban convencidos de que el Gobierno no era capaz de acabar con el problema africano y que caminaban derechos a una catástrofe.

Cuando se sublevó el general Primo de Rivera, Palanca fue director general de Sanidad con el Gobierno de Berenguer. Unido a Fermín de Palma y a Obregón construyeron el sanatorio del Neveral en Jaén. Palanca iba liberando 50.000 pesetas para su construcción –que enviaba-, hasta que un buen día uno de los envíos le fue devuelto por medio del interventor del Estado (Cánovas del Castillo). La República llegó e hizo permanecer inactivos a Palanca y a Fermín de Palma. Los dos se reunían en una finca que el general Saro tenía en Jaén, donde planificaban sus acciones, aunque no tardó mucho tiempo en desencadenarse la Guerra Civil. Obregón fue fusilado. Palanca se incorporó al Ejército del Norte a las órdenes del general Mola.

Terminada la guerra el Ministro de la Gobernación llamó a Palanca y le dijo, que había recibido un documento a modo de proclama monárquico y que como primer firmante lo encabezaba un amigo suyo. Palanca viajó a Jaén y habló con Palma e insistiéndole en que retirara la firma del documento, Palma no quiso retractarse de lo firmado ya que se declaraba monárquico y además le parecía que aquello no debería tener consecuencias políticas, convenció a Palanca y éste regresó a Madrid. El Ministro cuando se enteró de lo contestado por parte de Fermín de Palma dijo: "*De todas las personas que usted ha visitado, no hay más que una que merezca el mayor respeto, su viejo amigo Fermín de Palma*". Desde aquel momento Fermín de Palma dejó de intervenir en la política y se dedicó exclusivamente al ejercicio profesional y a su sanatorio.

Recepción Pública por el Académico electo: Excmo. Sr. Dº. Juan Bosch Marín. 1 de julio de 1947. El Niño Español del Siglo XX. Contestación del Excmo. Sr. José A. Palanca y Martínez-Fortún al Discurso Leído ante la Real Academia Nacional de Medicina (139).

La primera de las finalidades y por la que se podrá juzgar la obra realizada, será la de disminuir la mortalidad general aumentando la salud y la vida media de los españoles. La mortalidad en España en los albores del siglo XX era de 28,97/1.000 y en 1947, había descendido a 12,07/1.000. Se pregunta cuál había sido la causa de este descenso y la respuesta la encontraba en la lucha realizada contra las epidemias, especialmente contra la tuberculosis y contra la mortalidad infantil. Pasa a comentar que la reducción de la mortalidad infantil era considerada muy fácil y muy difícil al mismo tiempo. Sus gastos eran moderados, exigía menos dispendios, no necesitaba instalaciones complicadas, ni costosas. Lo más importante era un personal muy bien cualificado y entrenado, entusiasta y eficaz, para aumentar la cultura de la población. Esta mejora de la cultura de la población tenía que ir dirigida desde las madres a las Autoridades. Las grandes tareas

del siglo XX fueron crear los Puericultores, que hasta entonces no existían y sobre ellos crear la Puericultura y La Ley de Protección a la Infancia de Tolosa Latour.

Otro aspecto importante que describe Palanca fue la creación de las Maternidades Rurales, en el momento en que el Dr. Recasens contaba que las parturientas de los pueblos morían en sus míseras casas, huérfanas sanitarias, sin alimentación adecuada y sin asistencia facultativa. Estas maternidades, se crearon con el objetivo de que: "*La función augusta de dar la vida, jamás debía de convertirse en causa de muerte*". Estas campañas debieron impresionar a los dirigentes e impulsaron a los municipios a contar con Tocólogos. Al principio estos fueron recibidos con desconfianza, pero poco a poco fueron teniendo el efecto contrario y la mortalidad altísima en el medio rural fue retrocediendo.

Palanca describe la trayectoria biográfica del Dr. Bosch Marín, diciendo que perteneció a la primera promoción de la Escuela de Puericultura, más adelante marchó al extranjero para realizar una instrucción a Berlín, a París, Bélgica, Alemania, Austria, Italia y Suiza. Fue catedrático en Valencia y en 1932 entró en el Cuerpo de Puericultores del Estado. Terminó este discurso dando la bienvenida al nuevo miembro de esta RANM.

Figura 60. Dr. Juan Bosch Marín (17).

Sesión Científica. Discusión sobre la patología general de la lepra por el Dr. Palanca. Sesión del día 26 de enero de 1948 y Rectificación sobre la patología general de la lepra. Contestación del Excmo. Sr. José A. Palanca y Martínez-Fortún (140).

Palanca realiza su contestación al discurso del Dr. Gay diciendo que el ponente había hablado mucho de clínica pero poco de lucha contra la lepra. Existieron muchas luchas entre los especialistas, se debatían en artículos, publicaciones etc. Lo que no eran perjudiciales en el aspecto profesional, gracias a aquello se consiguieron maravillas en otros campos como la creación de la Escuela Nacional de Sanidad, la Escuela de Tisiología y con la Lucha Antileprosa, Palanca pensaba que ocurriría lo mismo. En cuanto al tema de los medicamentos se consiguió por medio del Ministerio de la Gobernación un crédito por valor de 50.000 dólares para adquisición de medicamentos para tratamiento de la lepra. El tema del censo estaba todavía sin terminar, ya que no conseguían que fuera del todo fiable, se hicieron varios censos. En España salvo la Compañía de Jesús y el padre Ferri, que iniciaron la Lucha contra la Lepra en la leprosería de Fontilles, nunca ningún

Gobierno se había ocupado de la lucha contra la lepra, por otra parte salvo el Dr. Gay ningún dermatólogo se ha ocupado tampoco de este tema. En aquel momento se estaba trabajando en las obras de unos preventorios en la provincia de Jaén, que era la más castigada en esa enfermedad.

Sesión Científica. 28 de abril de 1953. La experiencia del Hospital del Rey en el tratamiento de la Meningitis Tuberculosa. Intervención del Dr. J.A. Palanca (141).
Palanca interviene a lo largo de su conferencia en respuesta a la que realiza el Dr. Vallejo Simón, en relación a las cuestiones relacionadas con la publicidad o de propaganda en la asistencia médica, también se referiría a las repercusiones que en la Lucha Antituberculosa ocasionarían los nuevos medicamentos para el tratamiento, y aún más que ellos los nuevos métodos de tratar esta enfermedad durante aquellos años. Palanca se preguntaba lo que hubieran pensado sus predecesores en los sillones de la Academia los Dres. Cortezo, Martín Salazar, Pulido, etc., escuchando la conferencia del Dr. Vallejo y recordando la mortalidad que esta enfermedad tenía a principios del siglo en 1912. Estos eminentes científicos quedarían maravillados al saber que la mortalidad relacionada con la tuberculosis habría descendido en el año 1953 a 9,5% y que la meningitis tuberculosa se podría al final curar en muchos casos. Todos estos datos junto con la desaparición y disminución de otras epidemias hicieron que España anteriormente con un nivel mayor de atraso sanitario, se pusiera al mismo nivel que otros países europeos y aún superarlos. Palanca explicó que esta situación se pudo deber a dos factores: la voluntad del Gobierno suministrando los medios oportunos y los nuevos medios de tratamiento como las sulfamidas, antibióticos, insecticidas etc. En el caso de la meningitis tuberculosa se creó en el hospital del Rey en el año 1948, un Pabellón específico infantil para tratar esta patología que obtuvo muy buenos resultados. Palanca pensaba que el descenso de la mortalidad pudo también estar relacionado con la elevación de la cultura sanitaria del pueblo, ya que se realizaron diversas campañas sanitarias desde la DGS incidiendo en este problema.

Palanca insistió en que se necesitaban métodos rápidos de diagnóstico precoz, especialmente durante la edad temprana. Ya se disponía entonces del diagnóstico a los 20 años de edad, ya que el ejército tenía acababa de instalar fotoseriadores en número suficiente para catalogar a todos los reclutas en su ingreso en filas. Los reclutas que se diagnosticaban de tuberculosis recibían un tratamiento apropiado sanatorial y probablemente se curaban en pocos meses. Tenían en marcha un proyecto similar para que el Ministerio de Educación Nacional siguiese la misma conducta en las escuelas primarias.

Pensaba que el problema de la meningitis tuberculosa tendría que sufrir una importante modificación en cuanto a su organización, no era suficiente el hospital del Rey para el tratamiento, necesitaba la creación de centros apropiados en otras grandes capitales españolas. Terminó su discurso dando la enhorabuena a los Doctores Vallejo de Simón, García Alonso y Torres Gost por su labor realizada durante aquellos años.

Sesión Científica. La radioactividad como problema de salud pública y de defensa de poblaciones civiles. Contestación del Excmo. Sr. José A. Palanca y Martínez-Fortún. 28 de febrero de 1956 (142).

Palanca comienza su contestación al discurso haciendo una llamada de atención a las noticias en la prensa referidas a los asuntos que relacionaban con la defensa pasiva de las poblaciones, esto no ocurría solo en España, sino en el mundo entero. Existía una preocupación internacional por prevenir daños provocados por bombardeos hacia poblaciones abiertas por el efecto de modernos explosivos atómicos. El Dr. Piédrola había expuesto cuáles eran los métodos de prevención antes tales explosivos y así trató durante su discurso de involucrar a los sanitarios del país, como: farmacéuticos, biólogos, médicos y veterinarios, que sirvieran de esqueleto en un sistema de defensa contra aquellos peligros tan amenazantes. Palanca veía este asunto de defensa no solo civil, ni militar sino que implicaba a muchos organismos más, tendría que implicar al conjunto de todas las instituciones y no podría llevarse a cabo sin la colaboración de todas ellos.

Sesión Científica. Nuevas Orientaciones en la Lucha Antileprosa". D. José Gay Prieto. Contestación: Profesor Palanca, José Alberto. 29 enero de 1957 (143).

Figura 61. De izquierda a derecha, el profesor D. José Gay Prieto, el Dr. José Alberto Palanca y Martínez-Fortún, Dr. Ricardo Royo-Villanova y Morales -el rector de la Universidad Central-, y el Dr. Sáenz de Miera - jefe nacional del SOE- (144).

Palanca contesta al discurso realizado por el Dr. Gay y estima el censo de pacientes leprosos realizado en España muy cercano a la realidad, ya que para realizarlo se emplearon dos medidas coercitivas de gran valor; la intervención de la medicación y los subsidios que concedía el Ministerio de Trabajo. Quedarían fuera del censo, los pacientes desconocidos, los errores de diagnóstico y los pacientes de una posición social acomodada, que serían los menos, el resto deberían haber pasado por el fichero del censo.

El presupuesto de la Lepra se nutría de tres fuentes: un empréstito de la Caja de Ahorros, del presupuesto de la lotería del mes de octubre y el Presupuesto General del Estado. Al realizarse el censo, se calculó que había 10.000 leprosos de base, con lo que la Junta aprobó un plan de construcciones en función a ese número. Más tarde llegó la influencia de los leprólogos de Brasil y esto determinó el auge de los preventorios, como

pieza fundamental de la Lucha Antileprosa. No se llegó a construir ninguno, gracias a la morosidad de la DGS y con ello acertó la Dirección, ya que dejaron de ser la pieza esencial en la prevención. Palanca finaliza su contestación diciendo que en aquel momento España se encontraba en el buen camino, que el saldo era favorable y que era necesario que se tuviera en cuenta la realización de una propaganda muy intensa para lograr la desaparición del horror que aún inspiraba al pueblo y a los mismos médicos.

Sesión Necrológica en memoria de Excmos. Sres. D. Leonardo de la Peña y Díaz y D. Julián de la Villa y Sanz. Intervención del Excmo. Sr. José A. Palanca y Martínez-Fortún. 22 de octubre de 1957 (145).

Palanca y D. Julián de la Villa, compartieron cincuenta años de amistad y profesión, sin ser enturbiada a través de distintos caminos muy diferentes. Hace un relato muy ameno de los años coincidentes durante la juventud del Dr. Villa y la suya en el Ejército.

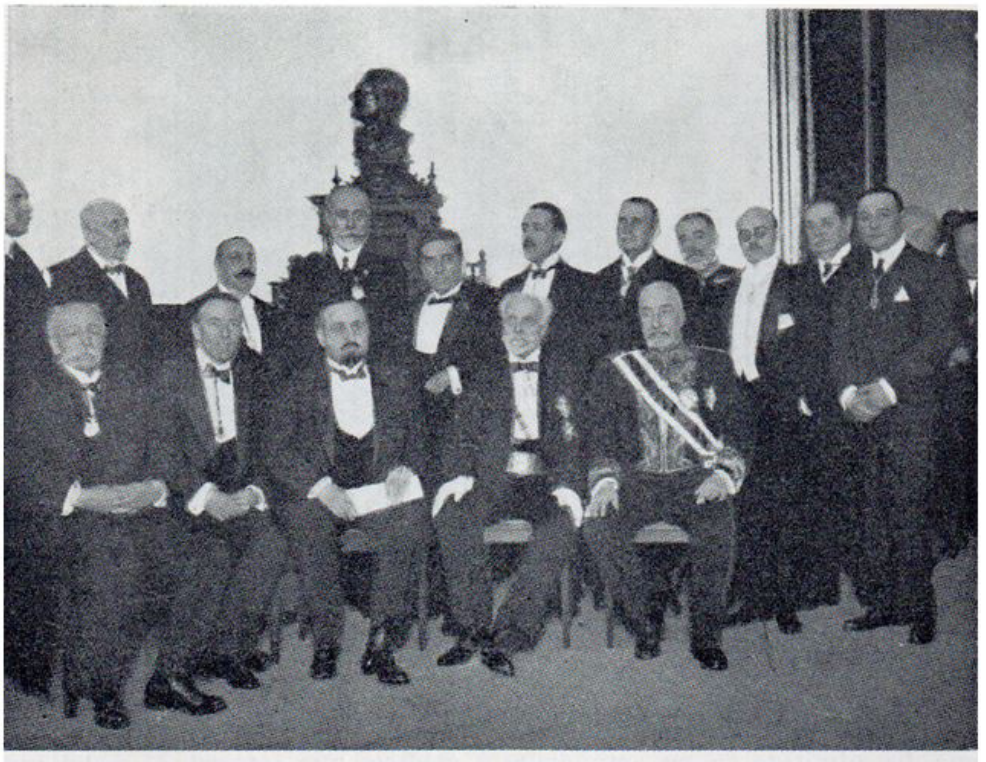
En cuanto a D. Leonardo, Palanca comenta que durante varios años entre ambos existieron rivalidades profesionales. Más adelante durante la Guerra Civil, las circunstancias les hizo que se aproximaran, pero la paz se volvió a entibiar al dirigir el hospital Clínico, ya que sus aspiraciones no encajaban con las de la DGS. Palanca lo describe como una persona que en el fondo tenía un buen corazón, que se escondía bajo su aspecto rudo, a veces agrio y una honradez sin límites. Al final de su vida durante los últimos, años Palanca lo consideró como uno de sus mejores amigos.

Sesión Científica: Abandono y desesperanza del enfermo de manicomio. Intervención del Prof. Palanca. 4 de marzo de 1958 (146).

Palanca interviene en la contestación al discurso del Dr. Vallejo Nájera, diciendo que el atraso en materia de psiquiatría en España se debía en parte a que nuestro país había estado involucrado en guerras durante los últimos cien años, lo que privó del uso de recursos económicos para otros asuntos. Muchos otros antes que él, como el Dr. Ángel Pulido realizó una campaña para ello y no lo consiguió. Palanca convencido de que había que hacer una campaña de modernización de la Asistencia Psiquiátrica, como pedía el Dr. Vallejo, se prestó a ello. Ya en la Ley de Sanidad de 1924 figuraba una Base de Higiene Mental, pero no se desarrolló por varias razones; había problemas sanitarios más urgentes como la presencia de epidemias muy virulentas que azotaban al país. Las enfermedades psiquiátricas eran enfermedades muy obscuras en sus causas, poco obedientes en su terapéutica y profilaxis, pero en los últimos años se había producido un claro avance en su desarrollo y el número de pacientes aumentaba. El Ministro de la Gobernación nombró una Comisión de psiquiatras para realizar un anteproyecto para la aprobación de la Ley. Esta Ley se presentó al Consejo de Ministros y después se pasó a las Cortes donde al final tras muchos escollos fue aprobada el 14 de abril de 1955. La consignación en presupuesto para el sostenimiento de los asilados de los manicomios situados en Leganés y Zaragoza; era de 4 pesetas por paciente para alimentación y cantidades insignificantes para lo demás. Al final se crearon diecisiete dispensarios de Higiene mental y no llegó a la DGS la cantidad de dinero que se había asignado. Palanca dedicó la asignación de nueve millones de pesetas para arreglar los dispensarios; 10 pesetas por asilado para comida, compró carbón, ropa, etc. Palanca finaliza su intervención dando un consejo: "*Cuando un problema no se soluciona, es que es difícil, lo que pasa es que no siempre se puede*".

Sesión Necrológica en memoria de Excmos. Sres. D. Víctor Manuel Nogueras y D. Jorge Francisco Tello. 14 de octubre 1958. Intervención José A. Palanca (147).

Palanca se adhiere en esta intervención de la Sesión Necrológica a los ponentes que hacían uso de la palabra, cimentando con ello la estrecha amistad que le unió con los dos académicos fallecidos. Alabó la labor realizada por ambos tanto en el terreno científico, en la Academia, como en el profesional. Los dos académicos dejaron con su desaparición un hueco difícil de rellenar.



La recepción del doctor Tello en la Real Academia de Medicina. (Sentados, de izquierda a derecha, Carracido, Goyanes, Tello, Martín Salazar y Pulido.)

Figura 62. Recepción del Dr. Tello en la RANM (95).

Sesión Científica. El problema de la anquilostomiasis. Contestación del Sr. Palanca. 3 de mayo de 1960 (148).

Palanca comentó en su contestación, que ante el problema de la anquilostomiasis ocurrido en las zonas de Mejorada del Campo y Velilla y desde la DGS, se tendría que realizar una encuesta a los habitantes de las zonas colindantes, ya que las huertas de los ríos regaban también otras zonas cercanas a las afectadas y podrían suceder que se ocasionara lo mismo en otros términos municipales como en otras épocas anteriores ya pasó. Con los datos recogidos la Jefatura de Sanidad podría subsanar la situación. En el aspecto político la cuestión había salido ya a los periódicos y en el económico amenazaba con una devaluación de los productos de la zona, por lo tanto era necesaria una rápida actuación.

Sesión Necrológica en memoria de D. Antonio Vallejo Nájera. 8 de marzo de 1960. Intervención Dr. JA. Palanca (149).
Palanca cierra el acto de la Sesión Necrológica haciendo un breve resumen de su convivencia con el Dr. Vallejo Nájera en los años en que coincidieron en el Ejército especialmente durante varios períodos compartidos en África. Después recordó su coincidencia en Burgos durante la Guerra Civil. Finalmente insistió en el apoyo recibido por el Dr. Vallejo en las Cortes en el Proyecto de Ley de Organización Psiquiátrica.

Sesión Necrológica en memoria de D. Gregorio Marañón. 26 de abril de 1960. Intervención Dr. JA. Palanca (150).
Palanca recordó al Dr. Marañón y decía que todos los médicos querían en aquella época ser como él, esto les obligaba a trabajar más y mejor. Todo esto hizo que salieran varias promociones de médicos ilustres arrastradas por su influencia, influencia oculta, quizá según Palanca por su excesiva modestia. El Dr. Marañón ingresó en la Academia de Medicina muy joven y causó gran admiración en los académicos mayores.

Figura 63. Fotografía realizada durante la recepción del Dr. Marañón en la Real Academia Nacional de Medicina. Rodean a Marañón; el Ministro Silió y los Académicos Cortezo, Pulido, Cortejarena, Martín Salazar, Pittaluga, Goyanes, Fernández-Caro etc. (95).

Recepción Pública por el Académico electo: Excmo. Sr. D. Carlos Blanco Soler. "Vejez, envejecimiento y la llamada lucha contra la vejez". Contestación del Excmo. Sr. José A. Palanca y Martínez-Fortún. 21 de noviembre de 1961 (151).
Palanca conoció al Dr. Blanco Soler durante el año 1924 en Madrid, cuando este llegó desde Sevilla para la toma de posesión de la Inspección Provincial de Sanidad. La docencia constituía para él una verdadera obsesión. Su amor por la enseñanza y la investigación se traducía en la generosidad con la que creó varios premios, como la que anualmente dedicaba la Sociedad de Médicos Escritores "Samuel Ros" para música y otras poesías. Fue uno de los primeros que se preocupó de los problemas de la alimentación en España, siendo el primer profesor de Higiene de la Alimentación que tuvo la Escuela Nacional de Sanidad. También ocupó el puesto de director del Instituto Municipal de Alimentación. Nunca le gustó la política ni pretendió entrar en burocracia estatal.

Blanco Soler en su discurso se quejo del retraso español en relación con la Geriatría. Ya Martín Salazar lo decía en su discurso a primeros de siglo, la mortalidad era elevadísima, más de un 30/1.000 habitantes. La situación sanitaria era tan mala que no se iban a ocupar prioritariamente de los mayores. A pesar de la enconada y larga discusión que esto originaba y que Blanco Soler dijo en su discurso: "*La vejez no es una enfermedad, sino la fatal consecuencia de una vida más o menos larga y, por tanto no es evitable. Llegará más pronto o más tarde, pero siempre llega, lo que no puede decirse de la tuberculosis, de la lepra o de la viruela. Podemos eso sí retardarla, hacerla más grata, más útil, pero de ninguna manera evitarla. Podemos mejorar la asistencia a los viejos, utilizando procedimientos más lógicos, más científicos y, sobre todo más humanos. No se puede hablar de una prevención en el sentido estricto de la palabra, pero debemos cuidarlos con más respeto y con más cariño*".

Palanca se pregunta: "*¿Cómo podía él ocuparse de los viejos, si lo urgente en aquellos momentos era salvar la vida a los jóvenes que las epidemias se los llevaban a montones*?". Al resurgir el país, la duración de la vida crecía y con ello la esperanza de vida, surgió de ello una nueva situación y llegó el momento de cuidar menos a los jóvenes en beneficio de los viejos. Surgió de nuevo otra nueva pregunta: "*¿Qué se había hecho en beneficio de los viejos*?", nada. Las primeras campañas de los geriatras cayeron en el vacío, pero no fueron perdidas, poco a poco el ambiente fue cambiando y la creación de la Geriatría como disciplina universitaria fue arraigando.

Pensaba que el error más grande que se podía cometer era separar la vejez del resto de las edades de la vida. Todas las acciones preventivas se deberían hacer antes de llegar a la vejez, de tal forma que la lucha comenzaba al nacer. Así se complicó el trabajo de los geriatras y lo que llevó aparejado la posibilidad de ser un buen geriatra, sin ser un buen internista dominando toda la patología médica.

Con el aumento de la duración de la vida, lleno de "bienandanzas", tuvo sus "controversias", se había modificado el orden económico, el social, el patológico y hasta el fisiológico. Mientras tanto disminuía la natalidad en los países más avanzados, pero no en los afroasiáticos, que con ello aumentaron la población. Donde más claro estuvo el papel de la regulación de la población fue en la epidemia de la peste del siglo XIV, que en Europa se llevó a 25 millones de habitantes. La población pasó de una época de pánico a una de felicidad, pues los que quedaron no solo se libraron del contagio sino, eran más ricos y tuvieron más trabajo. A partir de aquel momento el aumento de la población adquirió una velocidad vertiginosa y con ello el número de viejos ascendía sin parar.

Palanca formula una nueva pregunta: "*¿Cuáles son las consecuencias de la prolongación de la vida*?". Las respuestas eran muchas tanto en el orden social como en el económico. Algunas de ellas eran culturales, ya que los planes de estudio en las Universidades se alargaban y los casamientos se retrasaban hasta la treintena, con lo cual los matrimonios se iban ya retrasando a mediados de siglo XX. La edad de jubilación de los funcionarios del Estado era setenta años, seguir con este sistema conllevaría muchos gastos. El otro peligro del envejecimiento de la población era el que las ideas de los viejos no eran muy progresistas en general, y serían un obstáculo para el progreso para el país. Palanca comenta que en el año 2000 los viejos supondrían el 21% de la población. Recomendaba, que se debería hacer era una buena orientación social, humanitaria y un tratamiento a los pacientes seniles. Los ancianos que necesitan de cuidados especiales, requerirán residencias, pero para ello necesitaran modernización y adaptación social de las existentes, tan distintas a las antiguas.

Al final de su discurso, alabó las características del Dr. Blanco Soler, sus aficiones artísticas y literarias. Era Vicepresidente del Museo de Arte Contemporáneo y Patrono del Museo Lázaro Galdeano. Sustituir al Dr. Marañón era difícil, exigía más que ser internista, por esto se eligió a un humanista, historiador, amante del arte, escritor e internista. Termina aludiendo a una frase de Corneille: "*Qué es el atardecer cuando llega la dicha completa al que supo emplear con fruto su jornada*".

Sesión Necrológica. En memoria del Dr. D. José Casares Gil. Intervención del Dr. Palanca. 25 de abril de 1961 (152).

El Dr. Casares desempeñó el cargo de Rector de la Universidad de Santiago de Compostela, y fue Académico de la Corporación. Fue socio fundador de la Real Sociedad Geográfica, Miembro de honor de la Sociedad Española de Hidrología Médica y presidente de la Real Sociedad Española de Física y Química. Sus actividades investigadoras trabajos culminaron en interesantes trabajos. Palanca interviene para dar el pésame a la familia del Dr. Casares por tan sentida pérdida.

Ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina del profesor Clavero del Campo. 14 de noviembre de 1961. Dos Grandes Problemas Sanitarios. Contestación de José A. Palanca y Martínez-Fortún (153).

Palanca desarrolla en la contestación al discurso del profesor Clavero del Campo sobre la epidemia sufrida de paludismo por los españoles a lo largo de tantos años. Desde principio del siglo XX en que España tuvo más de 600.000 afectados, descendiendo el número de casos en 1958 a 17. Esta enorme erradicación se debió al esfuerzo de muchos sanitarios. La actuación activa contra el paludismo comenzó en el año 1900. En la tabla 72 se comenta como se fueron desarrollando los acontecimientos en este terreno.

Tabla 72. Desarrollo de los acontecimientos a lo largo de los años (153).

Año	Desarrollo de acontecimientos
1899	Congreso Internacional de Higiene y Demografía (Biblioteca Nacional). Dr. Úbeda "Paludismo de las tropas españolas en Cuba".
1900	Ley en Las Cortes; Lucha Antipalúdica a la Academia de Medicina (se desarrolló sin medios, fue un fracaso).
1908	Ley de Repoblación Forestal; sin consecuencias prácticas.
1910	Ministerio de Fomento: "Sanidad del Campo", de 9.261 municipios 1.818 (19,63%) eran palúdicos y 400.000 casos de paludismo (25/1.000 defunciones). Creación de la Comisión Central del Paludismo.
1918	Ley de Desecación de Terrenos; estimularon iniciativas particulares.
1920	Comisión Cívico Militar en el Norte de África.
1930	Mortalidad del paludismo 3,8/1.000.
1956	Declaración Obligatoria del paludismo, confirmada tras la Ley de Bases de Sanidad de noviembre de 1944.

Llegó la época de Pittaluga que fue el primero que planteó en profundidad la Lucha Antipalúdica en España. A los gobernantes les preocupaba más los problemas políticos y los económicos que los sanitarios, se produjo un escándalo impresionante cuando el Ministro de Hacienda presentó una cifra de gastos de mil millones, del que solo se destinaban 750.000 a Sanidad (0,075%). La ignorancia no solo afectaba pues al pueblo también lo hacía a las clases dirigentes y al Gobierno. Pittaluga consiguió la creación dentro del

Instituto de Alfonso XIII de cursos de Malariología y Entología, de la que salieron muchos y magníficos discípulos. En la primavera de 1920 el Ministro de la Guerra tras una visita del Protectorado, pudo comprobar que uno de los factores que más obstaculizaba a la labor pacificadora de las tropas españolas era el paludismo, a causa de ello se nombró una Comisión Cívico Militar para estudiar el problema, se empezó por Tetuán, Tánger, terminando en Melilla. El paludismo desmoralizaba a las tropas, preferían contraer la enfermedad, para así obtener una licencia y volver a la Península con probabilidades de no volver a África. A su vuelta infectaban a sus familiares, en consecuencia el paludismo aumentaba en España, abundando el *P. falciparum* casi tanto como el *P. vivax*.

Se propuso al Ministro de la Guerra una serie de medidas, entra las cuales las más importantes fueron:

- Creación de un servicio antipalúdico responsable de la dirección y de las medidas que se tomasen.
- Protección mecánica en tiendas de campaña, barracones, cuarteles y centinelas.
- Quinización preventiva.
- Supresión de licencias por enfermedad a los militares.
- Creación de sanatorios para convalecientes.
- Reducción del tiempo de servicio en África a dos años.

La imprenta del Ministerio publicó la memoria y puso en marcha algunas de las medidas, de la reducción del tiempo en servicio no hizo mención.

Los enfermos de paludismo entre 1924 y 1935 oscilaban entre 40.000 y 50.000 casos al año, pero a partir de la Guerra Civil, especialmente desde su finalización y debido a una grave situación alimenticia se produjo un aumento de casos que llegó en el año 1942 a suponer 276.774 pacientes palúdicos. La situación para Palanca era insostenible, para acallar la opinión pública y justificarse ante sus superiores se vio obligado a actuar con la mayor energía posible (gráfico 24).

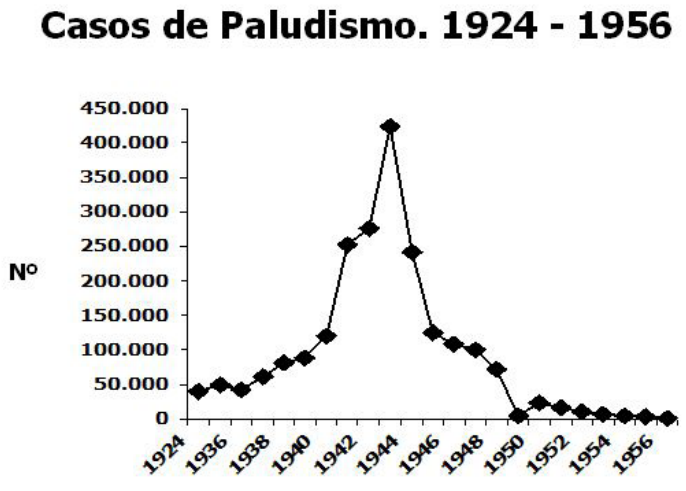


Gráfico 24. Casos de paludismo desde 1924 a 1956 (153).

En aquel momento la providencia apareció en su socorro de una manera imprevista y los imperios europeos ya no necesitaban tantos sintéticos antipalúdicos, y en cambio sí, recursos alimenticios, pues ocurrían los siguientes acontecimientos en Europa:

- los alemanes fueron derrotados en el Norte de África.

- El 9 de mayo el general Rommel abandonó el campo de operaciones llamado por Hitler.
- El 10 de mayo comenzó la rendición de sus tropas en el cabo de Bonn.
- El 12 de mayo cesó la resistencia, las tropas mandadas por los generales Cavalleiro y Ambrosio se rindieron.

Palanca habló de esta situación con un compañero y de esta conversación surgió la idea de hacer un cambio de anti-palúdicos por hígados de bacalao y merluza, de los que había grandes existencias en las factorías pesqueras del Puerto de Pasajes (productos eran muy ricos en vitaminas, de los que en aquellos momentos no se podían sacar rendimiento). Palanca visitó la factoría, se valoró la mercancía en ocho millones, recurrió al Ministro de la Gobernación, que comprendió el problema inmediatamente y ordenó la extracción del fondo benéfico a modo de préstamo a devolver en un plazo de cuatro años. Más tarde se llegó a un acuerdo con los alemanes y se hizo la entrega en el Puerto de Barcelona, una gran cantidad de medicamentos que se tuvo para controlar la epidemia durante algunos años y antes de dos años se devolvió el préstamo concedido.

En 1947 aparecieron nuevos tipos de insecticidas y así los agricultores pudieron desinfectar sus cuadras durante el invierno. Ciertamente el descenso del paludismo nunca se hubiera producido sin la creación de los dispensarios (un total de 3.209) y en el campo de la terapéutica de los nuevos medicamentos antipalúdicos y de los modernos insecticidas todo esto relacionado con una mejora en la alimentación de la población y mejora de las condiciones higiénicas. Todo es posible y puede que algo de esto hubiera en el antiguo "*genio epidémico*" de nuestros antepasados. Palanca termina su discurso diciendo: "*La Lucha Antipalúdica seguirá mientras exista un solo caso de paludismo*".

Sesión Necrológica. 4 de diciembre de 1962 en Memoria del Dr. Carlos Blanco Soler. Intervención del Dr. J.A. Palanca (154).

Figura 64. Dr. Carlos Blanco Soler (154).

Palanca hace una intervención en la RANM, en relación con la desaparición de uno de sus miembros, el Prof. Carlos Blanco Soler, autor de grandes estudios sobre la lucha contra el envejecimiento; la lucha para que esta fuera más llevadera y prolongar la vida con los menos achaques posibles. Esta fue su preocupación durante sus últimos años de su vida.

Finaliza añadiendo al discurso de sus antecesores que lo más importante del Prof. Carlos Blanco Soler no era el arte, ni la historia, ni la literatura. Todo eso lo fue y muy bueno, pero lo consideraba secundario; lo esencial para Palanca, aquello para lo que tenía verdadera vocación era la investigación, y sobre todo la enseñanza y sin embargo no formó ningún claustro de la Facultad de Medicina. Pensaba que pudo deberse a su temprano triunfo y a su clientela que le absorbía totalmente su vida. Para el Prof. Carlos Blanco Soler, salvar a los pacientes, conducirlos a través de la vida, le llenaba de satisfacción y cuando llegó a la etapa de su madurez, se dio cuenta de que la enseñanza era su verdadera aptitud, por la profundidad de sus conocimientos, por sus condiciones pedagógicas y por sus cautivadoras palabras, ya era tarde y se refugió en la Escuela Nacional de Sanidad y en la Cruz Roja. Su pérdida dejó una gran obra que perdurará en todos los campos.

Sesion Científica. Nuevos aspectos de la epidemiología de la lepra. Intervención del Prof. Palanca. 6 de marzo de 1962 (155).
Palanca contesta en su discurso al realizado por el Dr. Gay. Habla de la desaparición de la lepra en Suiza, cuando no se conocía medicación específica para ello y lo relacionó con la influencia del ambiente, mayor nivel de vida y mayor nivel cultural; un paso más en el camino de la Sanidad. Entre los grandes medios de lucha contra la lepra, uno es la "Promoción de la Salud", esto no era otra cosa que el fortalecimiento del organismo, mejora contra la resistencia ante las enfermedades o modificación del medio exterior. En España en los años sesenta disminuían progresivamente los casos de lepra, gracias a la medicación específica, a la promoción de la salud, el Seguro de Enfermedad, la construcción de viviendas y la política social.

Sesión científica. Sistemas defensivos sanitarios de la capital de España. Intervención del profesor Palanca. 13 de febrero de 1962 (156).
Palanca contesta algunos puntos de la conferencia realizada por el Dr. Turégano, en relación con la importancia que tuvo el hospital del Rey en la lucha contra las infecciones. Dicho hospital fue obra del Dr. Martín Salazar al que asesoraron; como arquitecto el Sr. Guereta y como médicos a los doctores Marañón y Tello. El primer director fue Tapia. A pesar de que hubo grandes epidemias de viruela, no fueron contagios interiores, ya que el personal estaba vacunado. Palanca comentó que había proyectada en aquel momento una gran campaña en masa para esos meses contra la poliomielitis y una encuesta para conocer en que partes de España se necesitaba realizar mejoras sanitarias.

Sesión científica. Histopatología de la silicosis. Intervención del Dr. Palanca. 12 de marzo de 1963 (157).
Palanca comenta en la contestación a la conferencia del Dr. Abelló, que crearon una sala para estos pacientes en el hospital de Linares en Jaén. Más adelante mandó construir un hospital para el ingreso de estos pacientes y los tuberculosos que estuvieran entre ellos. Intervino la política y surgieron los intereses personales. El ministerio de Trabajo mandó construir otro sanatorio enfrente del anterior, rápidamente se dio cuente del error y lo pasaron al cargo de Sanidad. Al final los dos sanatorios se tuvieron que cerrar.

Sesión científica. Organización de la asistencia sanitaria en las calamidades públicas. Intervención del Dr. Palanca. 22 de enero de 1963 (158).

Palanca en su discurso de contestación le agradece al Dr. Piédrola su conferencia sobre calamidades públicas. En relación a este tipo de calamidades, Palanca alude a las producidas por las epidemias pasadas, las consecuencias de las guerras, algunas originadas por movimientos sísmicos y los efectos que éstas han producido en la población a lo largo de la historia. Por ello alude también a las recientes inundaciones que ocurrieron en esos momentos en las ciudades como Barcelona, Sevilla y Valencia, en donde causaron serios perjuicios, tanto en el orden económico como en el humano y que fueron verdaderas catástrofes. Evocó al futuro, pensando que la población en el año 2000, sería de muchos millones de habitantes y paralelamente no aumentaría la producción, no se extrañaría que ocurriera una de esas grandes catástrofes enumeradas por el Dr. Piédrola; epidemias, armas nucleares, que actuara como reguladora automática de la población.

Sesión científica. Necesidad de mejorar la alimentación en el mundo. 1963. Intervención del Dr. JA. Palanca (159).

Intervención de Palanca siendo presidente de la RANM, en una Sesión dedicada "El hambre, mal de las multitudes", tema del año 1963 en el Día Mundial de la Salud. Durante los años 1944 y 1945, España tenía grandes dificultades alimenticias; tiempos de escaseces y de cartillas de racionamiento, había casos de parálisis que no se conocía a que atribuir y se recurrió al Dr. Jiménez Díaz para su estudio. Se trataba de casos de latirismo asociados a consumo de harina de almortas, más de mil casos. El Comisario de Abastecimientos no quiso suprimir la citada harina. No había más que dos caminos, comer lo que había o no comer pan. El Dr. Jiménez Díaz propuso que se reservase la harina de almorta para pastelería y el cupo de la harina de trigo destinada a esta finalidad, a la confección del pan. Así se hizo, no sin protestas del Comisario. Con esta medida los casos de latirismo disminuyeron considerablemente y se evitó una gran catástrofe.

Sesión científica. Discusión sobre un estudio epidemiológico de la provincia de Madrid. Intervención del Dr. Palanca. 23 de febrero de 1965 (160).

La conferencia realizada por el Dr. Turégano, transportó a Palanca al año 1924 cuando ocupaba el cargo de inspector de Sanidad de Madrid y entonces había algunos aspectos de la Sanidad que al igual que en 1965 seguían sin estar resueltos. Las obras de la depuración de las aguas residuales se comenzaron cuarenta años antes y seguían sin estar terminadas. Parece que si se contaba con un completísimo estudio epidemiológico de todas las aguas del país, que supuso un gasto de 23 millones de pesetas, y que mejoraría de la potabilidad de las aguas concedido a través de las Cortes. Palanca termina su discurso dando la enhorabuena al Dr. Turégano por su comunicación y se despide con la esperanza de que en los siguientes cuarenta años aquel debate desapareciera.

Sesión científica. Discusión de la comunicación "Estudio de la alimentación de los trabajadores españoles", Dr. José Ruiz Gijón. Intervención del Dr. Palanca. 6 de abril de 1965 (161).

Palanca contesta al discurso del Dr. Ruiz Gijón, relacionando el reflejo de los problemas de la alimentación insuficiente con la tuberculosis y la relación de las guerras y la apa-

rición de epidemias. En lo referido a la guerra recuerda como se aprovechó el hambre de población de la zona republicana para la realización de propaganda a través de la radio, insistiendo en la abundancia de comida en la zona nacional y lo barato de su precio y con ello, rara era la noche en que millares de milicianos no se pasaban al otro lado en busca de una porción de alimentos. También recuerda el bombardeo sobre la ciudad de Madrid con panecillos, que fueron más eficaces que las metralletas. Al finalizar la guerra y reunirse los dos sectores de la población, el país se quedó sin reservas alimenticias y aquello fue el comienzo de nuevas epidemias. Otro ejemplo que sufrió el país posteriormente fue la enfermedad del Latirismo derivada de la ingestión de harina de almortas para la panificación, cesó la epidemia cuando se comenzó a usar el trigo para la fabricación del pan.

El último suceso que narra Palanca en relación con la alimentación, era el referido al cambio que tuvo que hacer con el Gobierno alemán que sufría los problemas del hambre durante la Segunda Guerra Mundial y España necesitaba prioritariamente tratamientos antipalúdicos. Se estableció un plan con ambos gobiernos para cambiar antipalúdicos por hígados de bacalao para extracción de vitaminas en Alemania. Aquel cambio se realizó sin problemas y ambos países obtuvieron los beneficios correspondientes.

Sesión Necrológica en Memoria del Excmo. Sr. D. Fernando Enríquez de Salamanca. Julio de 1966. Intervención J.A. Palanca (162).

Palanca interviene en esta sesión de la Academia de Medicina, para dar el pésame a la familia y a los académicos por el reciente fallecimiento del Dr. Enríquez de Salamanca. Palanca conoció al Dr. Enríquez en tiempo de la Dictadura del general Primo de Rivera cuando quedó vacante la dirección del hospital del Rey tras la vacante del Dr. Marañón. Para ocupar esta plaza vacante, se presentó D. Fernando, fue excelente, pero el ambiente político no le favorecía. Durante la Guerra Civil el Dr. Enríquez estuvo en Ávila y Palanca en Burgos y cuando terminó la misma él fue decano y Palanca director general de Sanidad. Más tarde ostentó el cargo de Vicepresidente de la Academia de Medicina durante los años 1942 a 1945 y presidente de la RANM desde 1945 a 1953 en cuyo cargo fue sucedido por Palanca. Desde 1953 en adelante se dedicó a la docencia en la Facultad de Medicina. Palanca termina su intervención dando el pésame a su familia.

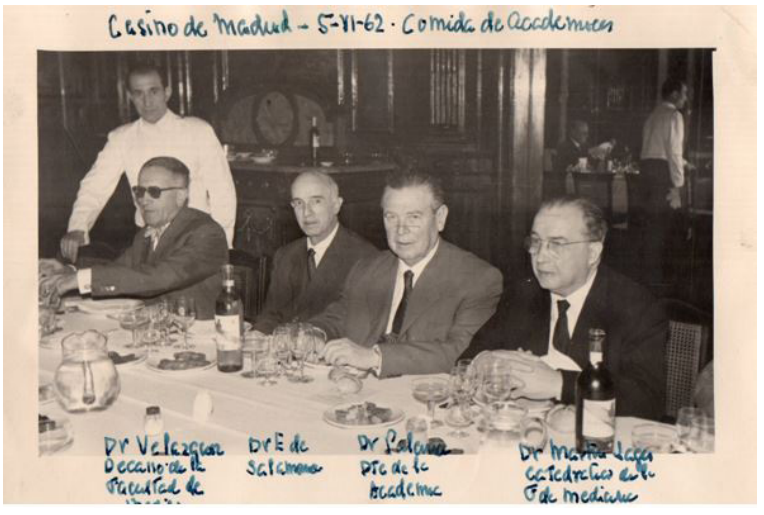


Figura 65. Fotografía tomada en el Casino de Madrid, el 5 de octubre de 1962, durante una comida de Académicos (6).

Sesión Necrológica en Memoria de Dr. Salvador Albasanz y Echevarría. 08 de diciembre de 1966. Intervención J.A. Palanca (163).

En esta ocasión Palanca interviene en la Sesión Necrológica celebrada, tras el Fallecimiento del Dr. Salvador Albasanz y Echevarría. Palanca hace comentarios sobre los problemas que se habló durante el discurso del Dr. Turégano y que ya se presentado previamente muchos años antes en 1924. En aquel momento la situación de las obras estaban en un momento de franco adelanto y que en 1966 por lo que decía el conferenciante seguían sin resolverse, "*La depuración de las aguas residuales*". Finaliza su intervención con la esperanza de que en el desarrollo de los siguientes cuarenta años y volviera a suscitarse este debate en esta Academia, no se repitiera el mismo problema y finalizó: "*Todo está igual, parece que fue ayer*".

Sesión Necrológica en Memoria de Dr. Carlos Jiménez Díaz. 17 de octubre de 1967. Intervención J.A. Palanca (164).

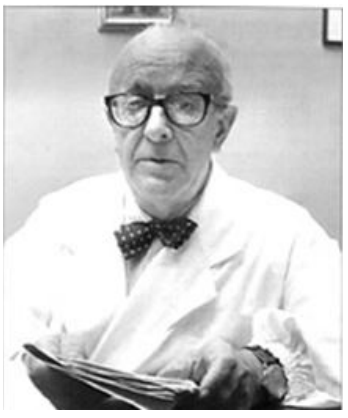


Figura 66. Dr. Carlos Jiménez Díaz (6).

La intervención de Palanca se resume en tres fechas que guardaba el autor en su memoria y así las describe:

- 1920, en su destino en el laboratorio de análisis del Instituto Higiene Militar, le asignaron a un muchacho que se les presentó como: "*Nos han destinado como sanitario a un muchacho joven que me da la impresión de que alcanzará los más altos puestos de la medicina*", era D. Carlos Jiménez Díaz, con el que entabló una íntima amistad.
- 1922, Palanca llegó como catedrático de Higiene a Sevilla y pocos meses después lo hizo D. Carlos Jiménez Díaz como catedrático de Patología Médica.
- 1938, en plena contienda se encontraron los dos en un Congreso en Santander, allí D. Carlos tuvo problemas con algunos enemigos que no le perdonaron el rápido encumbramiento y que se tradujeron en diferencias, las cuales Palanca le ayudó a solventar.
- El ingreso de D. Carlos en la RANM se tuvo que posponer por problemas de la Guerra Civil.

Los dos hechos más importantes que Palanca consideró más importantes como aportaciones de Jiménez Díaz a la Sanidad española fueron:

- El control de la epidemia del Latirismo con más de mil casos en la provincia de Cuenca, que con sus conocimientos pudo llegar a resolver.
- Sus trabajos en la alimentación en los niños y en la composición del pan del soldado.

Sesión científica. Bases para un adecuado Ministerio de Salud Pública, intervención del Dr. Palanca. 6 de febrero de 1968 (165).

Palanca realiza en esta ocasión la contestación al discurso del Dr. Piédrola acerca de las: "*Bases para la creación de un adecuado Ministerio de Salud Pública*". Palanca creía que una de las obligaciones de los profesores de Higiene, era la de impulsar al país y a las autoridades por el camino del progreso sanitario y uno de estos caminos sería la de la enseñanza de la Higiene al pueblo y, a los dirigentes. El suponer que la Higiene servía para conservar muchas vidas, Palanca lo veía como una verdad a medias, ya que desde el punto de vista económico la cosa era más discutible. La conservación de la vida debería caminar en paralelo con la creación de la riqueza nacional. Una de las finalidades de la Higiene sería la de hacer felices a los pueblos, y no lo serían, los que no produjeran suficiente para tener un mínimo bienestar y tuvieran entonces que enviar a sus habitantes fuera.

Finalizó su discurso diciendo, que habría que cambiar el tipo de propagandas, ya que en aquel momento ya se habían acabado las epidemias del tifus exantemático, el paludismo, la viruela, las sulfamidas le habían dado un cambio radical al problema de la lepra, la tuberculosis y la poliomielitis había disminuido gracias a la vacunación. En el año 1968, España se planteaba ir en el camino de la creación del Ministerio de Sanidad, y por otro la creación de la Seguridad Social.

Homenaje Académico Nacional al Excelentísimo Sr. D. José A. Palanca y Martínez-Fortún. Intervención de J. A. Palanca. 25 de noviembre de 1969 (166).

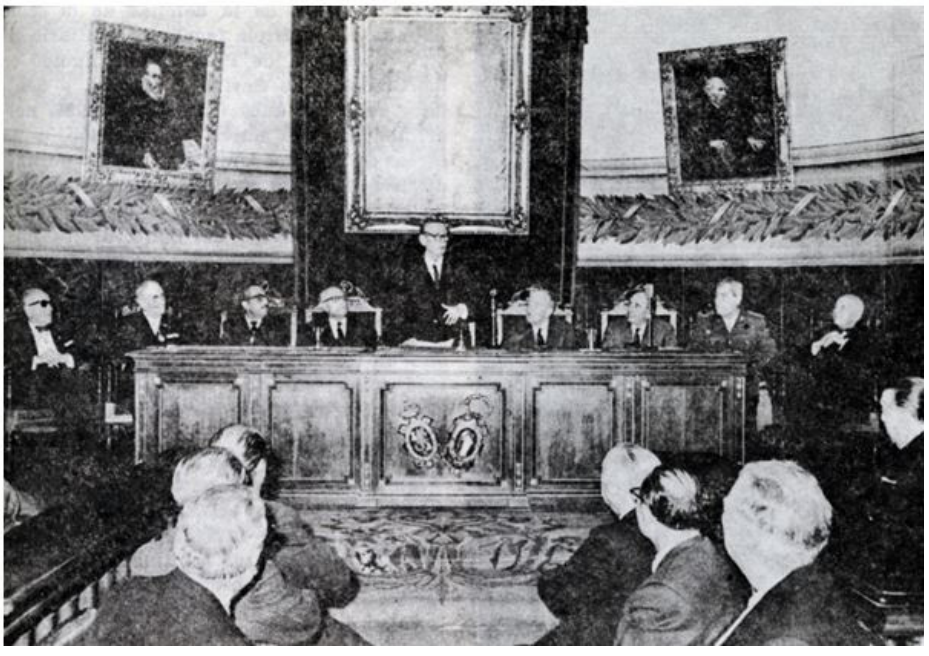


Figura 67. Fotografía realizada durante el homenaje a Palanca el 25 de noviembre de 1965. El profesor Palanca está de pie acompañado por la derecha de D. Blas Pérez González –Ex ministro de la Gobernación-, D. José Botella Llusiá –Rector de la Universidad Central de Madrid-, D. Manuel Bermejillo –Vicepresidente de la Academia-, Benigno Lorenzo Velázquez –Decano de la Facultad de Medicina de Madrid- y por su izquierda; D. Teófilo Hernando Ortega –Académico de Honor de la Academia-, D. Jesús García Orcoyen – director general de Sanidad-, D. Juan Jiménez Torres –general inspector de Sanidad Militar- y D. Valentín Matilla Gómez –secretario perpetuo de la Corporación Académica- (166).

El 25 de noviembre de 1969, se realizó una Sesión-Homenaje en la Real Academia Nacional de Medicina al Dr. Palanca, con el motivo de su Jubilación en la misma de sus dieciséis años como presidente y sus cuarenta años como académico. En ella participaron como participantes en las ponencias, el Secretario de la Academia el profesor Matilla, el general Jiménez Torres, El profesor García Orcoyen, el profesor Lorenzo Velázquez y el profesor Bermejillo. Se comenzó el acto relatando la biografía del Dr. Palanca, y más adelante cada uno de ellos fue aportando anécdotas que consideraron importantes a través de su relación a lo largo de sus vidas tanto profesionales como personales, que pasamos a narrar lo más interesante. Los personajes más destacados que hicieron comentarios durante el homenaje fueron:

a. Profesor Matilla. Destacó la entrada de Palanca en la RANM en el año 1929 y su elección como presidente de la Academia en el año 1953, fue reelegido por tres veces consecutivas, con el beneplácito de todos los académicos. Recordó la actividad incesante durante toda su vida al servicio de todos y a la defensa de la salud del pueblo español.

b. Profesor García Orcoyen. Conoció a Palanca en el hospital Clínico cuando este era capitán médico. Reconoció sus méritos al frente de la Sanidad española y en defensa de la Salud Pública.

c. General Jiménez Torres. Asistió al acto en nombre del Cuerpo de Sanidad Militar. Conoció a Palanca como estudiante en hospital Clínico San Carlos y le rindió homenaje en nombre de sus compañeros.

d. Profesor Lorenzo Velázquez. El profesor Velázquez habló de Palanca resaltando sus aspectos docentes, y como los fecundó en sus conocimientos de Higiene, Sanidad y Medicina Social. Comentó que fue un excelente didacta lleno de amenidad. Destacó en su discurso la doble vertiente en el trato con sus subordinados, el humano y el profesional y el don de la oportunidad práctica, que no siempre fue fácil.

e. Profesor Bermejillo. El profesor Bermejillo en su discurso quiso destacar otras cualidades que él apreciaba de Palanca y que no aparecían en ningún programa universitario: criterio independiente, bipolar, elástico, demostrado a lo largo de toda su carrera política y que le parecieron de gran ayuda en sus actividades profesionales. Palanca supo navegar en medio de distintas y opuestas opiniones, esquivando escollos, tuvo capacidad de captación del entorno y agilidad mental y de decisión que Bermejillo le llama "*gramática parda*". Lo que a muchas personas les parece "valor" despreciable a Bermejillo le pareció: "*Buena inteligencia, experiencia humana bien aprovechada y recta decisión; el trasfondo de tantos éxitos y servicios*".

Contestación del profesor Palanca. Comenzó su contestación dando las gracias por este homenaje y entró en el capítulo de confesiones diciendo que hacía ya muchos años que nos servía como médico clínico. Cuando estaba en tercero de carrera en la facultad, se dio cuenta de que no le gustaban los pacientes, ya era tarde para rectificar y siguió adelante aprovechando los magníficos profesores que tenía en la Universidad de Granada. Cuando acabó la carrera ingresó en la Academia de Sanidad Militar, donde encontró un futuro que le gustó mucho dentro de la Higiene Militar y después en el Instituto de Higiene. Palanca habló también de otro "pecado", su pluriempleo. Toda la vida jugó con tres factores distintos; el de la Higiene, que le convirtió en sanitario, su afición a la enseñanza, que le llevaría a la Cátedra y la tradición familiar, que le indicaba de una manera terminante la ruta castrense. No siempre fue fácil conjuntar los tres caminos, ya que le

hubieran llevado a situaciones difíciles si no hubiera estado bien protegido. Siempre procuró cumplir con sus obligaciones y jamás cobró más de un sueldo del Estado.

Palanca narró una serie de relatos de su vida profesional y al final se despidió diciendo que había procurado molestar lo menos posible y perjudicar sin motivo justificado a nadie, aunque seguramente no lo hubiera conseguido completamente. Finalizó su discurso pidiendo perdón a todos por el mal causado y dando las gracias a todos aquellos que le ayudaron durante sus años en los puestos ocupados y a todos los que fueron sus compañeros a lo largo de tantos años de vida profesional.

Todos los que hemos oído… In: Pasado, presente y futuro de la rehabilitación. Contestación Dr. JA. Palanca. 1970 (167).

Palanca contestó en su discurso al Dr. Cecilio González y notó en él un tono de amargura relacionado esta en gran parte a Palanca, ya que no le proporcionó a lo largo de su carrera los medios necesarios que le pidió para la consecución de sus fines.

Las relaciones de Palanca con el Dr. González coincidieron con circunstancias muy graves en España, no hubo en esta situación, ni un minuto para pensar en la rehabilitación de minusválidos. La DGS, compró (pensando que hacía un gran negocio) un edificio en la calle Francisco Silvela, lo que resultó un fracaso ya que era un edificio ruinoso, con muchas averías y muy caras. El Centro de Colapsoterapia, fue una verdadera ruina, los tiempos de ese tipo de tratamiento decaían. Posteriormente el precio del solar aumentó y el mal negocio se convirtió al fin en una magnífica adquisición. Palanca finaliza su intervención dando las gracias por su presencia al Ministro de Trabajo.

Ensayos

Puntos esenciales para la implantación de la enseñanza sanitaria nacional. 1925 (168).

El autor explica la preocupación que se tenía en aquella época acerca de los medios para mejorar la enseñanza de los conocimientos higiénicos entre los técnicos sanitarios. A lo largo del artículo trata cinco puntos importantes y estos eran: emplazamiento de la Escuela Nacional de Sanidad, medios económicos necesarios, elección del personal docente para la Escuela, materias que debía abarcar la enseñanza y la reorganización de los cuerpos sanitarios.

- Emplazamiento de la Escuela. Pensaba que el emplazamiento de la Escuela con el objetivo de dar facilidades a los alumnos, debía de estar situada en el hospital del Rey y en el Instituto Alfonso XIII en Madrid, distribuyendo las materias entre los dos lugares.

- Medios económicos necesarios. Se tendría que disponer de una partida económica suficiente para pagar debidamente al profesorado. También sería necesaria la creación de un museo de Higiene destinado a la enseñanza con la instalación de laboratorios para los alumnos y aparatos de proyecciones.

- Elección del personal docente. No solo consideraba importante la elección del personal docente, sino también la revisión de los métodos de enseñanza de modo que esto sirviera de estímulo tanto a los alumnos como a los profesores.

- Materias que debía abarcar la enseñanza. Habría cuatro materias fundamentales que servirían como base fundamental de la enseñanza sanitaria: Bacteriología con su técnica aplicada, Epidemiología con su clínica, Higiene general, Legislación y Servicios de Des-

infección. Las cinco materias se complementaban unas con otras y eran consideradas muy importantes para la formación de los sanitarios.

- Reorganización de los servicios sanitarios. Una buena enseñanza, tendría que ser completada con una total reorganización de los Cuerpos de Sanidad del reino:

- Creación de un Cuerpo de Sanidad único, del cual saliesen los inspectores provinciales de Sanidad, Sanidad Exterior, Instituciones sanitarias etc.

- Jefaturas de Sanidad únicas en cada provincia.

- Un sistema estrechamente unido a la provisión de vacantes, que permitiera garantizar el empleo a cada sanitario según su capacitación.

- Un reglamento a cuyo amparo se recompensase o sancionase a los funcionarios.

Finaliza diciendo que estos eran puntos muy generales acerca de una organización sanitaria muy diferente de la que existía en los años veinte y que estos cambios que proponía él, se podrían hacer sin grandes escollos y con un poco de buena voluntad por parte de los sanitarios.

La Dirección de los Institutos de Higiene. 1927 (169).

El estatuto provincial dio estabilidad a las antiguas brigadas sanitarias, modificándolas en los llamados Institutos Provinciales de Higiene. La acción sanitaria tenía la necesidad de un inspector que dispusiera de los elementos para realizar su labor, visitar los pueblos de su provincia con frecuencia, estudio de las necesidades y registro de las incidencias ocurridas. Para ello era necesario disponer de medios de transporte de enfermos, un servicio de desinfección y un laboratorio. Todos estos elementos se crearon dentro de los Institutos de Higiene, así ocurrió en Madrid, Sevilla, Valladolid, Córdoba y en casi la totalidad de las provincias. El Ministerio de la Gobernación tenía la misión de vigilar a los inspectores provinciales.

En el colectivo médico se comprendía muy bien la acción de la medicina curativa, pero muy pocos comprendían lo que podía significar la Medicina Preventiva. La labor de los inspectores no tenía ningún sentido si solo se dedicaban al control y no a las modificaciones que se tuvieran que realizar en relación con los resultados. El Gobierno que había creado en un principio el cuerpo de inspectores sin sueldo y sin atribuciones, más adelante los puso al frente de los Institutos de Higiene Provinciales. La Inspección de Sanidad y la Dirección tenían que estar en consonancia si se quería que el sistema funcionara correctamente.

Una Guardería infantil modelo. 1927 (170).

La guardería que describe el autor, formaba parte de un vasto programa, con pabellones aislados para refugio, reformatorios, casas de corrección, talleres y escuelas. En este artículo solo se hablará del proyecto de construcción de una guardería. Se trataba de construir una guardería especial donde aprovechando la estancia de los niños se instruyera a las nodrizas y niñeras en los cuidados de los que requería la infancia. Para la inauguración de la guardería se necesitaban los siguientes elementos: guardería infantil con sus servicios auxiliares, escuela albergue de nodrizas, escuela de niñeras, consultas, laboratorio y dependencias médicas.

El edificio constaría de tres plantas, acogería a niños desde quince días hasta siete años. Al ingreso en la misma se realizaría una inspección médica, un baño y un cambio

de ropas por las del establecimiento. Habría un espacio destinado a comedor, habitación de preparación de la leche y una zona de aislamiento en previsión de ingresos de niños con enfermedades infecciosas. El autor realiza una descripción de los sistemas de mantenimiento del edificio así como los servicios de apoyo domésticos. También se detallan las normas de funcionamiento de la guardería.

Las normas para que la guardería funcionase de una forma eficiente eran las siguientes: vigilancia médica constante, locales bien ventilados, con un sistema de limpieza esmerada con áreas de aislamiento para infecciosos, cuidado especial en la preparación de las comidas y fomento de la lactancia materna.

En el momento de la publicación de este artículo, las obras estaban muy adelantadas y era de esperar que la Junta Provincial de Protección a la Infancia tuviera un edificio modelo tras su inauguración.

Cómo deben organizarse los servicios sanitarios de una ciudad. 1928-1929 (171).

Figura 68. Reunión en redacción Gaceta Médica Española. El Dr. Palanca reúne en la redacción de "Gaceta Médica Española" a médicos escolares, maestros, arquitectos e ingenieros sanitarios para dar comienzo a la organización de una gran cruzada sanitaria de colaboración médico-pedagógica. 1929 (172).

La disminución constante de la mortalidad en España era algo indudable, lo que indicaba el progreso español. Las poblaciones se habían saneado y provisto de agua potable abundante, se derribaron barrios enteros y se construyeron hospitales de enfermos infecciosos en Madrid y en Barcelona. Los Servicios Sanitarios no eran perfectos y en aquel momento se estaban realizando tareas de perfeccionamiento. En la situación que describe Palanca había que tener en cuenta los puntos siguientes:

Higiene prenatal. No se conocían este tipo de servicios en España. Tras su implantación la reducción de la mortalidad relacionada con el embarazo y el parto fue del 33%.

Inspección médico-escolar. Las ciudades de Madrid y Valladolid acababan de hacer un ensayo de demostración.

Higiene industrial. El debate de la Sociedad Española de Higiene puso de relieve las buenas disposiciones del Ministerio de Trabajo en cuanto a la necesidad de que un médico llevase a cabo esta misión.

El Estado de New York (EE.UU.) calculaba que había salvado 3.000 vidas infantiles debido a las mejoras implantadas en su organización sanitaria durante el año 1927, con el control de la manipulación de la leche. No era posible aislar el servicio sanitario de una ciudad, del resto de la provincia, las instalaciones debían utilizarse para toda ella. Toda ciudad bien organizada tenía que disponer además de una sección de estadística, epidemiología y enfermedades infecciosas. Necesitaba un mando único a partir del concepto de la vida humana como factor integral del individuo y de la especie y hacer así de la Sanidad un arte de fomentar todo lo adecuado para mejorar las vidas humanas. En este artículo Palanca presenta un organigrama de cómo era la organización sanitaria en la ciudad de Madrid, en el queda patente la dificultad de las diversas jefaturas, lo que hacía que se duplicaran los servicios.

Estableció un sistema de puntuación que serviría como fundamento para posibles correcciones (tabla 73). La ciudad ideal debería tener 1.000 puntos, las autoridades norteamericanas se daban por satisfechas si conseguían llegar a 900 puntos. El autor invita a calificar el sistema de salud español en el que vivían en cada ciudad, con la seguridad de que se obtendrían resultados muy curiosos, este sistema de medida estaba basado en el sistema de calificación del servicio sanitario en ciudades de más de 25.000 habitantes del Estado de New York.

Tabla 73. Sistema de calificación del servicio sanitario en ciudades de más de 25.000 habitantes del Estado de New York (171).

Tipo de actividad evaluada	Condiciones	
	Idóneas	Reales
Tuberculosis: TOTAL PUNTUACIÓN	**40**	
Denuncia inmediata de casos	10	
Camas suficientes hospitalización: 1/defunción/año	10	
Enfermeras visitadoras: 1/100.000 habitantes	10	
Dispensario: 1/100.000 habitantes	10	
Enfermedades venéreas: TOTAL PUNTUACIÓN	**50**	
Dispensario	10	
Disposiciones especiales para tratamiento de sífilis congénita	10	
Cama hospital: 1/5.000 habitantes	10	
Enfermeras visitadoras: 1/50.000 habitantes para el servicio social	10	
Leyes satisfactorias para este aspecto de la Sanidad	10	
Otras Enfermedades infecciosas. TOTAL PUNTUACIÓN	**100**	
Denuncia rápida de los casos	20	
Información rápida y comprobación	25	
Desinfección oportuna	5	
Cooperación constante entre las autoridades sanitarias y las escolares	5	
Camas de infecciosos: 1/2.000 habitantes	10	
Enfermeras: 1/35.000 habitantes	20	
Vacuna antidiftérica	10	
Vacuna antivarióliva 95% población escolar	5	
Laboratorios. TOTAL PUNTUACIÓN	**100**	
Examen aguas potables. Bacteriología	9	
Examen aguas potables. Bioquímica	1	
Examen de leche	10	
Difteria. Examen morfológico	9	

Difteria. Virulencia	1
Fiebre Tifoidea. Asilamiento microorganismo	1
Fiebre Tifoidea. Aglutinación	4
Tuberculosis. Examen morfológico	5
Pneumonía. Diferenciación del tipo	5
Blenorragia	5
Sífilis. Examen morfológico	10
Sífilis. Reacción de fijación de complemento	5
Meningitis cerebro-espinal. Líquido espinal	9
Meningitis cerebro-espinal. Frotis naso-faríngeo	1
Análisis varios	10
Diligencia y cuidado en la distribución de sueros y vacunas a laboratorios filiales	15
Higiene infantil y maternal. TOTAL PUNTUACIÓN	**120**
Consultas prenatales, infantiles y preescolares e instrucción infantil	40
Clínica de enfermedades infantiles: 1/25.000 habitantes	35
Una enfermera/consulta	30
Informaciones y comunicados al Departamento de Sanidad del Estado sobre Higiene infantil	15
Inspección de leche y alimentos. TOTAL PUNTUACIÓN	**95**
Inspector: 1/300 vaquerías	20
Servicio de Inspección eficiente	15
Pasteurización	20
Clasificación en grados/Calidad	20
Reglamentación del abastecimiento	10
Inspección continuada de la carne y otros alimentos	5
Protección de los alimentos contra moscas y polvo	5
Abastecimiento de aguas. TOTAL PUNTUACIÓN	**100**
Cantidad de agua: purificación y análisis	80
Organización de la Inspección	20
Aguas residuales. TOTAL PUNTUACIÓN	**50**
Ciudad con completo alcantarillado	25
Desaparición de pozos negros	5
Depuración aguas residuales. Sistema de depuración	15
Depuración aguas residuales. Cumplimiento de las disposiciones ministeriales	5
Sistema de información. TOTAL PUNTUACIÓN	**60**
Empleados y personal auxiliar	15
Sistema estadístico	15
FICHAS. Casos de enfermedades infecciosas	4
FICHAS. Cuarentena	4
FICHAS. Casos de infección por la leche	4
FICHAS. Casos secundarios	4
FICHAS. Información de informes recibidos	4
FICHAS. Registro de nacimientos y defunciones	10
Educación sanitaria pública. TOTAL PUNTUACIÓN	**140**
Distribución de literatura sanitaria. Carteles y avisos	20
Conferencias	15
Artículos en la prensa	20
Conferencias en la radio regularmente	10
Periódicos cooperantes con la Sanidad	20
Liga que coopere con el departamento de Sanidad	15

Campaña contra la educación sanitaria/anual	20
Películas sanitarias: 12/año	20
Fondos para gastos sanitarios. TOTAL PUNTUACIÓN	**100**
Cincuenta centavos o más/habitante	90
Presupuesto uniforme	10
Actividades varias. TOTAL PUNTUACIÓN	**10**
Reglamentación barberías	5
Disposiciones para la limpieza de mesa	5
Trabajos especiales sanitarios de marcado valor reconocido. TOTAL PUNTUACIÓN	**35**
TOTAL PUNTUACIÓN	**1.000**

Cómo deben organizarse los servicios sanitarios de una ciudad moderna. 1928-1929 (173).

Palanca a lo largo de este artículo presenta un presupuesto de lo que podría costar la implantación de los Servicios Sanitarios en una ciudad española hipotética de 100.000 habitantes. Tenía la opinión de que los sueldos del personal, debían de estar relacionados con las costumbres, el coste de la vida y los antecedentes de la población. El número y la capacidad de los Servicios Sanitarios tendrían que ser iguales para todas las poblaciones, pero claro está -decía él- que había que relacionarlo con la morbosidad, la natalidad y la mortalidad. No sería lo mismo organizar los servicios sanitarios de una ciudad, que tratar de modificarlos en una vieja población. Tampoco sería igual organizar estos servicios en una zona urbana o en una zona rural. A lo largo de este artículo se refiere a la organización sanitaria en una ciudad de más de 100.000 habitantes. En la organización urbana de los años treinta el primer puesto lo desempeñaría el alcalde con una pequeña junta integrada por personas prestigiosas en la materia, que serían los encargados de elaborar la organización sanitaria para después ser aprobada en el Ayuntamiento.

Lo primero sería disponer de unos locales de trabajo o un edificio destinado exclusivamente a Sanidad, donde estuviesen ubicados los laboratorios, inspección de alimentos, dispensarios etc. Estableció la elaboración de un presupuesto de los costes adaptándolo a esta época con los siguientes sueldos:

Jefe de los servicios Sanitarios 18.000 pesetas, un secretario general 10.000 pesetas, dos mecanógrafas 7.000 pesetas, gastos de material y transporte 6.000 pesetas, jefe de propaganda 8.000 pesetas y material de propaganda 10.000 pesetas, lo que ascendería a un total de 59.000 pesetas.

Sección de Ingeniería sanitaria. Este departamento tendría que tener integrado el control del agua y alcantarillado; eliminación de residuos, limpieza general, abastecimiento de aguas y lucha contra las ratas. El presupuesto para ello lo estimaba con el nombramiento de varias figuras como: jefe de sección 8.000 pesetas, tres inspectores de distrito 5.000 pesetas, un secretario 4.000 pesetas y gastos de oficina y transportes 5.000 pesetas; lo que sumaría un total de 22.000 pesetas.

Laboratorio. Creación de un laboratorio habilitado para campañas sanitarias, donde sus funciones fueran: diagnóstico de enfermedades infecciosas, examen químico y microscópico de alimentos y de las aguas potables, análisis de sangre y orina etc. y distribución de sueros y vacunas. Para ello el presupuesto sería el siguiente: un director 10.000 pesetas, un químico 8.000 pesetas, un ayudante 6.000 pesetas, un secretario 4.500 pesetas y sostenimiento del departamento 12.000 pesetas. Esto sumaría un total de 40.500 pesetas.

Transporte de pacientes infecciosos. Para el transporte de los enfermos, sería necesaria la contratación de un mecánico conductor 4.000 pesetas, gastos de tracción 8.000 pesetas, reposición y reparaciones 8.000 pesetas, lo que sumaría un total de 20.000 pesetas.

Servicio de Inspección de alimentos. Para el control sanitario de los alimentos, se necesitaría: un jefe de sección 8.000 pesetas, cuatro inspectores 24.000 pesetas y gastos de material y visitas 5.000 pesetas. Todo esto sumaría un total de 37.000 pesetas. En la tabla 74 se detalla desglosado el presupuesto global de cada partida.

Tabla 74. Presupuesto de gastos totales de los servicios sanitarios de una ciudad de 100.000 habitantes (173).

Departamentos	Gasto/pesetas
Administración Central y Educación Sanitaria	59.000
Ingeniería Sanitaria	22.000
Servicio de Epidemiología	18.000
Sala de Infecciosos	125.000
Sección de Tuberculosis	23.000
Sección de Enfermedades Venéreas	32.000
Laboratorios y Estadística	65.500
Inspección de Alimentos	37.000
Higiene Infantil	49.000
Inspección Médico-Escolar	46.000
Enfermeras Sanitarias	107.000
Reposición de material	100.000
TOTAL	**683.500**

Termina este artículo haciendo una reflexión, diciendo: si nuestros pueblos estaban mal, era sencillamente porque era mala nuestra organización sanitaria, no cabía le defensa de achacarlo todo al incumplimiento de nuestros reglamentos. La mitad de las disposiciones no se llegaban a cumplir e igual ocurría con la otra mitad de ellas.

De cómo era la Sanidad Nacional hace cien años. Libro Homenaje a Goyanes. 1929-30 (174).

Palanca describe como era la Sanidad a principios del siglo XIX, para ello se sitúa en un pueblo a 2 Km de Leganés a las afueras de Madrid. Este pueblo se llamaba Polvoranca (Figura 69). En 1823 crecía alrededor de una iglesia dedicada a San Cosme y San Damián, estaba dedicado a la agricultura y una gran charca con abundante vegetación. Este pueblo desapareció a causa de una epidemia llamada “paludismo”, todos sus habitantes, los que sobrevivieron a la misma, emigraron a causa de él, supuso una importante tragedia campesina.

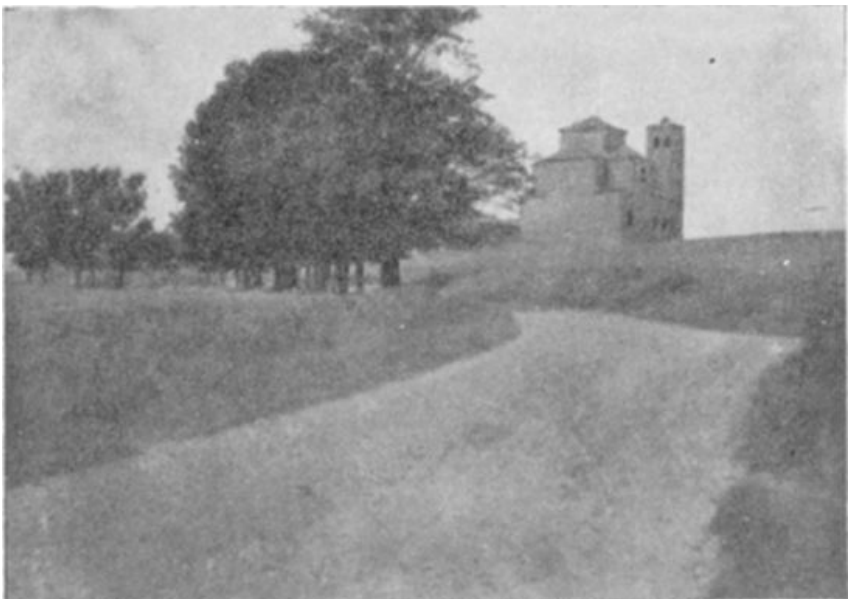


Figura 69. Despoblado de Polvoranca en 1930 (174).

Palanca realizó una búsqueda de documentos y presentó un registro donde estaban publicados casos de pacientes con enfermedades infecciosas, que en el año 1823 por ley, se habían sometido a cuarentena. Las cuarentenas no eran un eufemismo, eran cuarenta días y correspondían al desconocimiento de la enfermedad en cuestión. Faltaban casi cien años para que se descubriese el papel que ciertos mosquitos desempeñaban en la transmisión que ni siquiera eran sospechados en aquellos momentos y la única manera de librarse del contagio era someter a los pacientes a régimen de aislamiento. Las Juntas Municipales de Sanidad existían ya en tiempos del rey Fernando VII y se habían ido adaptando a través de los años y siglos a las características sociales de los tiempos. Existía también una Junta Superior de Sanidad de la Provincia que se ajustaba a los usos y costumbres. El servicio de información era exacto, aunque tardío, se enteraban de todo, pero tarde, en conclusión era ineficaz. La organización durante principios del siglo XIX era de Juntas y Cuarentenas mal aplicables, pero correspondía al desconocimiento que había entonces acerca de las enfermedades infecciosas.

Termina su artículo pensando que cuando a comienzos del siglo XXI, se volviera a publicar un artículo como el suyo y se describiera la Sanidad de principios del siglo XX, pasaría lo mismo que le pasó a él, se repetirían los mismos conceptos y comentarios al revisar los documentos sanitarios encontrados en el desaparecido pueblecito de Polvoranca.

Algo sobre guarderías infantiles. 1929 (175).

Este artículo se publicó en el Instituto de Puericultura de Reus y se relacionó con la inauguración en Madrid por una parte de la llamada “Casa del Niño”, y por la otra, de la inminente apertura del “Hogar Infantil”.

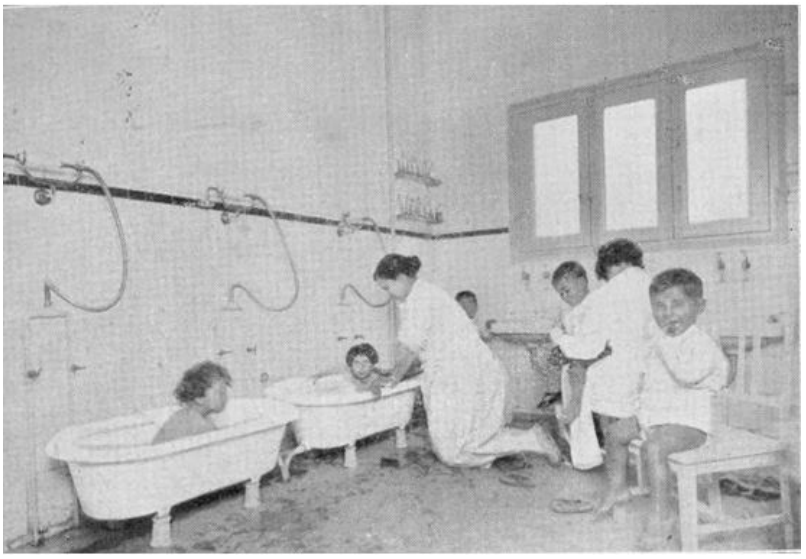


Figura 70. La Casa del Niño. Sala del baño. Madrid (175).

El autor trató de poner de manifiesto la misión de una guardería infantil, que no se reducía solo a conservar a los niños durante el día y devolverlos a su familia durante la noche. Se plantearon tres objetivos: 1. Higiene; enseñar a los niños hábitos de limpieza, juegos, comida y reposo, 2. Profilaxis; realización de vacunación antivariólica, antitífica y antidiftérica y 3. Educación. Todas las guarderías tenían que tener supervisión médica especializada en los problemas sociales infantiles, vigilancia de crecimiento, corrección de defectos y vigilancia de presentación de síntomas enfermedades infecciosas. Se comenzó a elaborar fichas personales que más adelante pasaran a la edad escolar, lo que luego pudiera ayudar a la mejora de la conservación de la salud. En las figuras 70 y 71, se presentaba unas fotografías que correspondían a la sala de baño y comedor de la Casa del Niño a la que se refiere Palanca en su artículo.

Figura 71. La Casa del Niño. Comedor. Madrid (175).

Las enfermeras visitadoras controlaban la situación de las guarderías, para evitar o detectar la aparición de posibles brotes de enfermedades infecciosas.

La Sociedad de Pediatría concluyó diciendo lo siguiente: Era necesario fomentar esta iniciativa, que ya había sido probada anteriormente, para ello consideraban indispensable que todas las guarderías estuvieran bajo vigilancia sanitaria y obedecieran a los mismos principios y orientaciones médicas. Por último correspondía a las Juntas Provinciales de protección a la infancia, procurando que en sus respectivas jurisdicciones aumentara el número de guarderías hasta llegar a resolver de una manera satisfactoria el problema que se presentaba a las madres, que no podían dedicar una atención a sus hijos durante la jornada laboral.

La obra sanitaria de la dictadura socialista. Con pluma ajena. 1930 (176).

A lo largo de este artículo Palanca hace una fuerte crítica de la gestión que realizó la DGS durante la "dictadura socialista". Para ello se basa en un folleto que la DGS publicó llamado "La Sanidad en la República". En el citado folleto se explicaban los presupuestos que se gastaron en Sanidad y Palanca compara con los gestionados por la DGS en el periodo anterior a la República.

Medidas indispensables de lucha para la tuberculosis. 1930 (177).

Palanca enumera una serie de medidas que consideraba indispensables para el control de la tuberculosis y estas en aquel momento eran:

- Coordinación de los esfuerzos del Estado, las provincias y los municipios, así como el resto de los organismos que se dedicaban a la lucha contra la tuberculosis. Se trataba de homogenizar todas las entidades para hacerlas más eficaces.
- Existencia de una íntima relación entre los organismos antituberculosos y los existentes dedicados a la protección de la infancia, relacionando la profilaxis de la infección tuberculosa con las otras infecciones, con el objetivo común de disminuir la mortalidad infantil.
- Creación de una asistencia sanitaria en toda la amplia aceptación del concepto. Dispensarios, sanatorios y hospitales para la asistencia a los enfermos tuberculosos.
- Establecimiento de medidas profilácticas. Leyes de carácter social, Higiene del trabajo, viviendas higiénicas, vigilancia de alimentos y control de la industria lechera.
- Enseñanza activa de la Higiene y propaganda de carácter popular.
- Enseñanza al personal sanitario, para que fuera competente. Creación de una Escuela de Tisiología ligada a la Sanidad Nacional.

Palanca finaliza diciendo: "*Llevemos paralelamente todos los esfuerzos destinados a prevenir y curar la tuberculosis, y no imitemos la conducta del que antes de hacer los hospitales hizo los pobres*".

Reflexiones cerca de la organización de la Lucha Antituberculosa en España. 1931 (178).

El Estado era el que debía asumir la obligación de la Lucha contra la Tuberculosis y podría seguir por tres caminos:

- La organización antituberculosa como tal tendría que ser una función del Estado.
- El Estado se podría dedicar a sostener moralmente y amparar económicamente a una Asociación Nacional que le sugiriera las medidas legislativas necesarias.

- Una serie de organismos locales, regionales o provinciales eran los que tendrían que dirigir la Lucha, aunque tuvieran una Asociación Nacional.

En resumen en España había que resignarse a que el Estado siguiera siendo el que dirigiese la Lucha, en tanto se organizara la Asociación Nacional que tarde o temprano se llegaría a formar. El día en que esto ocurriese, a las funciones de dicha Asociación serían: establecer las normas de la Lucha Antituberculosa, creación de una revista científica que resumiera sus actividades, celebración de reuniones periódicas científicas y sobre todo creación de foros de discusión de la organización, lazo de unión entre las diferentes organizaciones nacionales y extranjeras, realización de campañas con propagandas de la Lucha Antituberculosa, establecimiento de relaciones con las distintas organizaciones del Estado.

Las grandes líneas de actuación para conseguir que la Lucha funcionase correctamente, serían:

- Organización profiláctica: asistencia a la totalidad de los enfermos sin diferencia de tipo ni de condición social. Creación de dispensarios, sanatorios y preventorios.
- Profilaxis prenatal: aplicación de tratamiento en los pacientes con sintomatología de cuadro clínico de tuberculosis inicial.
- Vacunación específica: era necesario que figurase en el plan general de la Lucha Antituberculosa.
- Leyes sociales determinadas: la tuberculosis se consideraba un problema social por su extensión y por la intensidad con la que se presentaba. Se trataba de establecer leyes de curación a los enfermos y protección a los sujetos sanos.

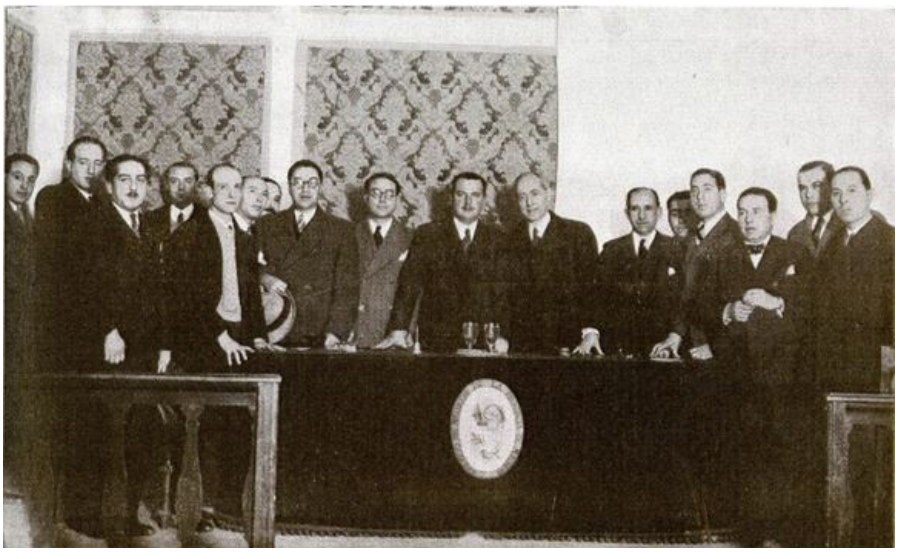


Figura 72. Sesión inaugural de la Sociedad Española de Tisiología año 1933 (179).

Higiene Escolar. 1932 (180).

Durante esta sesión se realizaron varias intervenciones de los siguientes ponentes: Dr. Alonso Muñoyerro, Dr. Sainz de los Terreros y Dr. Jiménez Quesada. Todos ellos hablaron y expusieron sus opiniones en relación con los planes de Salud Escolar. Al finalizar la sesión intervino Palanca.

A Palanca la Salud Escolar le parecía una cuestión interesante, pero lo que le parecía más útil que proponer una Inspección médico-escolar, conocer las causas por las que en España no había cristalizado todavía esta labor y así conociéndolas sería la manera de hacer un tratamiento causal.

Las razones eran variadas; unas de ellas eran de orden médico y otras de orden pedagógico. El maestro en España, no tenía en general un concepto de lo que podía significar una Inspección médico-escolar y por último las razones de orden escolar, ya que los alumnos no tenían nociones de lo que era Higiene, pues no se las enseñaban ni en el colegio ni en sus hogares. Para realizar una buena Inspección médico-escolar, se necesitaba una estrecha colaboración entre el médico y el maestro.

Política médica. 1932 (181).

Palanca comienza diciendo que debía al Régimen el favor o el disfavor de haber participado en andanzas políticas. El 12 de abril de 1931 era director General de Sanidad –el último año de la Monarquía- y ese mismo día tomó la decisión firme de apartarse de la República y turnar en su vida los asuntos sanitarios con los privados. Y dicho y hecho. Rechazó proposiciones: acató el mero estado de las cosas y, entre asistir a clase en la Escuela Nacional de Sanidad y al cuidado de sus asuntos agrarios, creyó encontrar la paz soñada. Pero bien pronto se dio cuenta de su error. La junta de profesores de la Escuela se reunió para darle un voto de censura y su plaza de profesor fue suprimida. Se trataba de no ascenderle en el Cuerpo de Sanidad Nacional, cuando le correspondía por antigüedad. En fin que el aspecto sanitario se le ponía negro y aún más negro el aspecto personal agrario. En su pueblo –Villanueva del Arzobispo (Jaén)- se le puso en estado de vigilancia. Fue catalogado como hombre de acción peligroso en el Gobierno Civil de Jaén. Sus fincas en el pueblo se vieron invadidas y desabastecidas y llegó un momento que por necesidad absoluta y, por la necesidad del que ve que le dejan sin comer, se dedicó francamente a hacer política en estos campos de Jaén.

Recorrió pueblos, fundó comités, organizó mítines, escribió en periódicos, escribió artículos y para él mismo era una sorpresa comprobar las energías que le habían infundido los nuevos gobernantes a los que nunca agradecerá bastante el tratamiento tónico a que le sometieron. Claro es que se trataba en suma: "*De la energía que el gato tiene cuando se ve acorralado y se juega el todo por el todo, lanzándose a la cara de su perseguidor*". Recordó algo que un viejo catedrático granadino, profesor suyo que le había dicho: "*A usted le han salido las cosas demasiado fáciles; es preciso que se acostumbre usted a luchar"*: y lo mismo que sus lecciones de Anatomía fueron para él fundamentales, también lo fue esta. Aguantó pedradas, insultos, multas –que no pagó-, tiros, y sufrió atentados etc.

Cuando desmayaba su tarea regresó a Madrid. El espectáculo de que no le saludasen los que le debían su posición; que le persiguiesen los que él había protegido; que le calumniasen los que todo se lo debían, era suficiente para devolverle sus energías y a Jaén se volvía a seguir luchando.

Recordaba que en uno de los viajes, asistió a un Consejo de Administración en "Gaceta Médica Española", pleno de figuras de la Medicina madrileña. Se trataba de acordar el rumbo a imprimir en la política profesional de la revista, y en esta reunión tan pequeña pero tan selecta, pudo ver un fiel reflejo de lo que pasaba en el país: no faltó en ella, quién

con muchos favores que deberle, quiso hacer "leña del árbol caído". Pero su desilusión llegó al colmo cuando oyó a un prestigioso clínico lleno de bondad, pero lleno de ignorancia, sus juicios sobre la situación. Para él, el nuevo régimen era la reconstrucción de España y la salvación del país. El 14 de abril era el valladar entre la inmoralidad y la justicia, entre la ignorancia y la cultura.

Y volvió a su propaganda y cada vez –todos los días- que se tropezaba con un Ayuntamiento ladrón, con algún gobernador, con aventureros agitando todos los odios de un pobre pueblo, se acordaba del pobre bueno y cándido endocrinólogo, que mientras tenía a su país entregado a toda clase de concupiscencias y de perversas pasiones, creía muy seriamente allá en su despacho de Madrid, que contribuir a una buena y patriótica obra. Finalmente y tras no pocos incidentes triunfó en las elecciones y le sobraron 50.000 votos para ser elegido diputado. Su caso no era único. Por el camino de la desesperación eran miles de ciudadanos los que llegaron a la política. No lo hicieron por afición, ni por novelería, fue simplemente por necesidad y lo peor es que esos miles de ciudadanos desatendían sus ocupaciones esenciales, la cátedra, el taller, la fábrica, el negocio etc.

Palanca quiso lanzar en la Casa del Médico, una idea para ver si alguien, sobre todo su cándido amigo que asistió a la reunión de "Gaceta Médica Española", la recogía e hizo una serie de preguntas: *"¿Por qué no probamos a separar la política de la Medicina?, ¿Por qué no probamos a dejar de proteger a las camarillas y a respetar a los que tienen cargos legítimos adquiridos?, ¿Por qué no probamos, en fin, a no perseguir a nadie en sus cargos y actividades médicas, a cuenta de sus ideas políticas?"*. Sería una gran cosa porque los profesionales se podrían dedicar tranquilamente al ejercicio de la profesión, sin temor a destituciones ni represalias y podrían huir así de esa terrible política, que pasó en nuestro país a primer plano con detrimento de la paz y de la prosperidad nacional.

Y además había felizmente –en el país de los precedentes- un precedente. Antes del 14 de abril, se tenía la seguridad de que el criterio del Gobierno no era perseguir a nadie por sus ideas políticas. Podría haber casos aislados, pero nada más. En fin de cuentas lo que él deseaba, era que, lo que el Gobierno llevaba haciendo un año, lo eligieran en línea definitiva de conducta. Se pudiera llegar a un pacto declarando terreno neutral -el de la Medicina-. Ese día regresarían a ella muchos de los que estaban deseando hacerlo. No más mítines, ni discursos, ni pedradas. "*La felicidad en una palabra*".

Lucha Antituberculosa (LAT) y Seguro de Enfermedad (SE). 1933 (182).

Palanca estaba convencido de que era necesario para la solución a los problemas sanitarios, la instauración de un buen Seguro de Enfermedad, pero también le parecía que la implantación del mismo realizado sin cautela y sin controles significaría renunciar a la posesión de un servicio sanitario con todas las consecuencias higiénicas, sociales y humanitarias. El autor se refería en este artículo a dos aspectos de la asistencia sanitaria que le parecían fundamentales para estudiar a fondo antes de la puesta en marcha del Seguro de Enfermedad: Sistema de Estadística. El Seguro de Enfermedad tendría que basarse para la creación de centros, en una serie de datos estadísticos que en aquel momento no estaban bien desarrollados. El sistema estadístico era muy deficiente, las EDO estaban mal declaradas y también había errores en la certeza de los diagnósticos en los certificados. Uno de los objetivos de la implantación del Seguro de Enfermedad era la prestación económica del enfermo. Instaurar la base del SE en datos erróneos era

un error todavía más grande que no implantarlo, pues se traduciría después en un coste de miles de millones de pesetas. La mortalidad en España era superior a la de los otros países del entorno y ello llevaba a una elevada morbosidad, por lo tanto la cuantía de las indemnizaciones también serían muy elevadas.

Según la opinión de los tisiólogos, el 50% de las enfermedades tuberculosas que aparecían en la edad adulta, eran contraídas durante el periodo de la niñez, estas aprovechaban una circunstancia favorable donde se desarrollaban reinfecciones y afecciones intercurrentes para hacerse aparentes.

La piedra angular del eje de la Lucha Antitracomatosa era el dispensario, donde se realizaban las vacunaciones preventivas, el tratamiento ambulatorio y además establecía el nexo de unión con la organización oficial y el hogar. Tras los dispensarios, seguían los hospitales, los sanatorios y los preventorios.

A la implantación del Seguro de Enfermedad, le debía preceder un estudio minucioso de la enfermedad tuberculosa, datos muy difíciles de recoger para poder llegar a un estado favorable: 1. Número y emplazamiento de los dispensarios a instalar 2. Número y emplazamiento de los preventorios necesarios 3. Colocación y capacidad de los sanatorios precisos 4. Número de camas necesarias para la hospitalización de enfermos tuberculosos 5. Decidir con exactitud qué parte le tocaría asumir a la DGS y que parte le tocaría al Seguro de Enfermedad y por último que organismo se encargaría de la dirección del proyecto.

De los tres grandes procedimientos en que se podían clasificar los métodos de organización de la Lucha Antituberculosa, se podían barajar distintas soluciones:

a. Que el Estado dirigiera toda la Lucha Antituberculosa.
b. Que se encargaran de ello entidades locales o regionales.
c. Que fuera una Asociación Nacional la que se encargara con sus reglas de dirigir la Lucha Antituberculosa –esta le parecía a Palanca la mejor solución para solucionar los conflictos-.

El Seguro tenía delante un programa que le obligaría a realizar una doble gestión:

- Tendría que exigir al Estado que organizase directamente o por medio de una Asociación, la Lucha Antituberculosa: consultas prenatales, alimentación, legislación social del trabajo, etc.
- Tendría que exigir a sus asegurados tuberculosos que se trataran a ellos y a sus hijos enfermos.

Conclusiones: Palanca finaliza diciendo que el Seguro de Enfermedad planteaba con toda amplitud la organización de la Lucha Antituberculosa. Hasta aquel momento los tisiólogos aducían la falta de dinero para llevar a cabo todos los proyectos de la Lucha Antituberculosa, no había nada más que ideas generales sin concretar nada con minuciosidad. Llegaba la hora de actuar y de que los dirigentes demostraran que disponían de ideas concretas, de planes específicos para poderlos llevar a la práctica en cada caso y en cada localidad.

Reflexiones acerca de la organización de la Lucha Antituberculosa en España. 1933 (183).

Una vez creado el ambiente, merced a un grupo de especialistas, de que se tenía que luchar contra la tuberculosis en España y de que el Estado debía de asumir la

obligación, se podrían seguir dos caminos que se habían seguido con anterioridad en el extranjero:

- La organización antituberculosa era una función del Estado.
- El Estado se limitaría a sostener moralmente y amparar en el terreno económico, a una asociación nacional que le sugiriera las medidas legislativas necesarias.
- Una serie de organismos locales, provinciales, regionales o nacionales, tendrían que regir la Lucha Antituberculosa, en coordinación con una asociación nacional como consejera.

A lo largo de este artículo se analizan todos estos aspectos, para concluir diciendo que en España el Estado era el que tenía que hacerse cargo de todos los aspectos de la Lucha. El día que se formara la Asociación –entonces no creada- sus funciones, serían las siguientes: Establecer las normas de la Lucha Antituberculosa, mantenimiento de una revista fruto de sus actividades científicas; Organizar reuniones científicas de discusión y divulgación de resultados; Lazo de unión entre las distintas organizaciones antituberculosas nacionales e internacionales; Fomentar campañas de mejora de las legislaciones; Realización de programas de propaganda antituberculosa; y la coordinación entre las distintas organizaciones del Estado con el objetivo de la obtención de recursos económicos para su financiación.

Los cuatro grandes procedimientos que podían utilizarse en la Lucha Antituberculosa serían:

a. Organización profiláctica. Se trataba de llegar a la total asistencia de los pacientes tuberculosos sin distinción de tipo clínico ni de situación social. Búsqueda de casos en la población infantil, creación de dispensarios, de una red sanatorial para el aislamiento y tratamiento de los enfermos. Realización de profilaxis en grupos prenatales, salas de aislamiento de casos en las maternidades, para el tratamiento a las embarazadas tuberculosas. Creación de una red de vacunación post-natal e implantación de medidas como: tratamiento de la tuberculosis inicial, observación de los lactantes, organización médica en las escuelas en colaboración con los tisiólogos y los pediatras. En cuanto a la profilaxis en el adulto, el punto de arranque serían los dispensarios con el objetivo de descubrir las fases iniciales de la enfermedad e inmediatamente crear sanatorios-hospitales.

b. Vacunación específica. La vacunación formaría parte del plan específico de profilaxis.

c. Creación de leyes sociales específicas. Se planteó la tuberculosis como un problema social, por su extensión, gravedad e intensidad de invasión. Como tal se requería una muy intensa colaboración entre diferentes grupos profesionales: sanitarios, ingenieros, arquitectos y sociólogos; estos grupos tendrían que participaran en la creación de leyes sociales y de trabajo específicas.

d. Elaboración de un sistema de recolección de datos estadísticos fiables que proporcionaran el número exacto de casos afectados.

e. Medicina rural. El médico rural se consideró un eslabón fundamental ya que podría controlar las fases incipientes a través de los dispensarios y prestar grandes servicios en la prevención y lucha contra la enfermedad.

Se abrió el debate de la declaración y el tratamiento obligatorio de casos de tuberculosis. Finaliza diciendo que el centro más importante donde se podría controlar

la enfermedad sería “el dispensario”, ya que al tratar los enfermos con tuberculosis incipiente se evitarían los ingresos posteriormente en los sanatorios.

Enseñanza de Higiene en las Escuelas. 1933 (184).
Para organizar la Sanidad de un país, era necesario empezar por la Escuela Primaria. El Maestro debía considerar la Higiene como una idea directiva y el punto de unión de todas las signaturas de forma directa e indirecta, esto llegaría a crear hábitos rutinarios como: limpieza corporal, alimentación higiénica, ejercicio físico y vida al aire libre. Este artículo se centra en la figura del maestro y pone varios ejemplos de cómo los maestros podían enseñar Higiene a sus alumnos en cualquier momento de la vida escolar.

Algunas reflexiones acerca del Seguro de Enfermedad. 1933 (185).
Palanca comienza este artículo, haciendo dos afirmaciones en relación con el Seguro de Enfermedad: nadie podía discutir la teoría de la bondad, la conveniencia y la necesidad de su implantación y como segunda afirmación comenta, que España adherida al Convenio de Ginebra de 1927 y estando regida además por un Gobierno Socialista, la implantación del Seguro de Enfermedad era cosa hecha y sería más pronto que tarde una realidad. Por lo tanto los médicos españoles tendrían la obligación de estudiar a fondo el tema, para que su implantación fuera lo menos traumática posible; era partidario de su implantación, pero en el momento de la publicación de este artículo su entusiasmo había disminuido considerablemente por varias razones. En los países europeos donde se había procedido a su implantación, habían sucedido una serie de problemas, que fueron causa de rectificaciones posteriores. El Seguro de Enfermedad solo sería viable, si al implantarse se atendiese con justicia y si se proporcionara al colectivo médico una compensación, de otra forma iría directo al fracaso. Unas semanas antes el Dr. Espinosa había publicado un libro, en donde se presentaba un resumen exhaustivo de todos los aspectos referidos al Seguro de Enfermedad en los países donde estaba ya implantado. En la tabla 75 se presenta un resumen de los aspectos que figuran en dicho libro.

Tabla 75. Resumen de los aspectos del cuerpo médico, de los países en los que estaba implantado el Seguro de Enfermedad (185).

Países	Situación tras la implantación del Seguro de Enfermedad
Alemania	Inconformidad del colectivo médico.
Austria	Insatisfacción con los honorarios.
Bélgica	Inconformidad del colectivo médico.
Bulgaria	Insatisfacción con los honorarios.
Dinamarca	Insatisfacción con los honorarios, tras lucha no consiguieron nada.
Dantzing	Insatisfacción con los honorarios.
Estonia	Insatisfacción con los honorarios.
Gran Bretaña	El estado económico no permitía fijar la cuestión.
Holanda	Los médicos consideran bajas las tarifas.
Hungría	Insatisfacción con los honorarios.
Letonia	Insatisfacción con los honorarios.
Luxemburgo	La tarifa oficial más baja de todos los países.
Palestina	Nula acción del cuerpo médico.
Polonia	Lucha continua del cuerpo médico.
Suecia	Insatisfacción con los honorarios.
Checoslovaquia	Insatisfacción con los honorarios.
Yugoslavia	Desacuerdo con las Cajas.

El SE sólo estaba medianamente bien implantado en Suiza y Noruega y en buenas condiciones en Francia, ya que estos países contaron con una poderosa organización. Los médicos franceses decían: "*El cuerpo médico sindicado, representado por los Delegados de la Unión de Sindicatos médicos de Francia, Federación Nacional de Sindicatos y del grupo de Sindicatos Generales de Médicos Especializados, rehúsa a colaborar en los seguros sociales, tal como han sido establecidos en el Proyecto de Ley, votado en el Senado*". Este colectivo estaba dispuesto a colaborar si se daban las siguientes condiciones: libre elección del profesional por parte del asegurado, libertad de prescripción, secreto profesional, derecho a fijación de honorarios, comisión médica de arbitraje en caso de desacuerdo entre cajas y médicos y representación del Sindicato médico en las Comisiones Médicas. Los médicos franceses consiguieron sus aspiraciones al cien por cien, porque de los 27.000 médicos, 15.000 (55,5%) estaban afiliados y además muchos de ellos eran diputados y senadores.

En Alemania se implantó el Seguro de Enfermedad sin hacer una consulta previa a los médicos. Tras unos años después de la Primera Guerra Mundial, en 1923, el Congreso Médico en Eberfeld, discutió una serie de puntos: convenios entre Cajas y los Sindicatos, retribución no inferior a 5,5 marcos, libre elección de médico por parte del asegurado y una duración de los contratos por un periodo no inferior a cinco años. Los médicos alemanes se encontraron con muchas hostilidades del público y falta de apoyo gubernamental, pero en un segundo congreso en Berlín, se consiguió que una Caja, la de Baviera apoyase a las peticiones de los profesionales.

En España los Colegios Médicos mostraban una gran pasividad ante este tema y la Asociación de Médicos Titulares, presentaba una situación de llegar a su fin. En resumen, pensaba que no se podía evitar la implantación del Seguro de Enfermedad, y que el proceso de implantación, bien meditado podía ser muy beneficiosa para los trabajadores y para la salud pública, sin ser perjudicial para el colectivo médico. Finaliza este artículo diciendo, que sería un error el oponerse a su implantación,

pero sería aún una mayor equivocación, el no tratar de condicionar el Seguro de Enfermedad a los intereses generales del país a las legítimas aspiraciones de la clase médica.

La Mujer en Sanidad. 1934 (186).

Palanca habla en este artículo de 1934 del papel que desempeñaría en el futuro la mujer en los diferentes aspectos de la vida pública española. Parte del año 1923 en el que en aquellos momentos no había ninguna mujer desempeñando algún papel dentro de la organización sanitaria española. Bajo su punto de vista, en el momento de escribir este artículo: "*La mujer tenía un camino a recorrer y estaba en sus comienzos*". Debía prepararse para invadir el campo sanitario, si así fuere probablemente se convertiría en un éxito y en una necesidad. Pensaba, que si se comenzaba con modestia durante los primeros años, no pasarían muchos años para bien de España y de la Sanidad, en que la mujer española se convirtiera en el eje de los Servicios Sanitarios y de ello, dice sentirse orgulloso por ser uno de los que en los primeros tiempos de la intervención sanitaria femenina en que se podían calificar de "heroicos".

Ponencia sobre Sanidad Nacional. 1935 (188).

Palanca realizó al final de este artículo, las siguientes conclusiones:

- La orientación sanitaria nacional debía ser función de un Consejo con escasos miembros, presidido por el secretario de Sanidad, de periodo de mandato limitado y no reelegible.
- Cualquiera que fuere la organización que se introdujese en la organización sanitaria central, se tendrían en cuenta la agrupación de servicios semejantes, pero nunca la de Cuerpos o escalafones sanitarios.
- Los Servicios Sanitarios nacionales debían llegar a un acuerdo con el Ministerio de la Instrucción Pública, para la modificación de la Higiene, la Sanidad y Medicina Social, en las Facultades de Medicina.
- Era necesario un acuerdo entre los Ministerios de Industria, Agricultura, Guerra, Justicia y Presidencia, para encauzar los servicios sanitarios de estos Ministerios, en coordinación con los servicios nacionales.
- Era necesario un acuerdo con el Ministerio de la Instrucción Pública para implantar un sistema de enseñanza de Higiene en las escuelas elementales.
- El ingreso en el Cuerpo de Sanidad Nacional, se realizaría siempre por sistema de oposición.
- El Consejo Nacional de Sanidad (CNS) confeccionaría un baremo bianualmente de puntuación, necesario para la resolución de concursos de plazas vacantes dentro del Cuerpo de Sanidad Nacional.
- No se realizaría ninguna reforma sin antes haber leído el informe emitido referente al aspecto a aprobar, por parte del Consejo Nacional de Sanidad.
- El Cuerpo Nacional de Sanidad tendría que redactar los Reglamentos técnicos y administrativos por medio de los cuales tendrían que regirse los servicios y/o departamentos sanitarios.
- Sería obligatoria una inspección al año de cada centro y/o servicio.

- Se establecía el SOE. Cada provincia se organizaría por medio de mancomunidades sanitarias. En este seguro estaría comprendido el seguro de maternidad y el seguro de accidentes de trabajo.

- Los ingresos de los Ayuntamientos pasaban a ser ingresos de las Mancomunidades. Todos los médicos titulares pasarían a ser un recurso de las Mancomunidades, de tal manera que a los servicios de asistencia tendrían que sumarse los servicios de prevención.

- El Estado intervendría administrativamente y técnicamente en todos los Ayuntamientos con una mortalidad superior a la media nacional, según lo que estableciera el Consejo Nacional de Sanidad.

- Anualmente el Cuerpo Nacional de Sanidad establecería el número de médicos necesarios para las necesidades nacionales.

Todas estas conclusiones se pondrían en vigor paulatinamente para llegar a su total implantación, durante los siguientes cinco años.

Evolución de los conocimientos sobre fiebre amarilla en estos dos últimos años. 1938 (189).

A lo largo de este artículo se describen las novedades recientemente aparecidas en la enfermedad de la fiebre amarilla (FA), que merecía la pena difundir ya que modificaban los conceptos epidemiológicos que hasta ese momento estaban vigentes. La enfermedad seguía retrocediendo en todos los países y así se declararon 352 invasiones en varios países en la Oficina Internacional de Higiene Pública en Paris (OIHPP) (tabla 76).

Tabla 76. Número de invasiones y tasa de mortalidad según países declaradas en la OIHPP (189).

Países	Invasiones	Nº fallecimientos/ %
Brasil	180	165 (91,6%)
Colombia	29	25 (82,2%)
Perú	33	13 (39,4%)
África occidental francesa	25	21 (84,0%)
África ecuatorial francesa	5	4 (80,0%)
África occidental británica	80	61 (76,2%)
TOTAL	**352**	**289 (82,1%)**

Hasta aquel momento la epidemiología de la fiebre amarilla era muy sencilla, un solo animal era capaz de padecerla, el hombre y un solo mosquito capaz de propagarla; *Aedes aegypti*. Como el mosquito solo vivía en las ciudades, la enfermedad era urbana y estaba ausente en las regiones con una temperatura ambiente menor de 20ºC. A raíz de las nuevas investigaciones realizadas, se comprobó que había tres formas epidemiológicas diferentes. Así aparecieron la fiebre amarilla rural y la fiebre amarilla selvática. Palanca se refiere a la clasificación que hizo Ricardo Jorge, que se transcribe a continuación en la tabla 77.

Tabla 77. Clasificación que hizo Ricardo Jorge en relación con los tipos de fiebre amarilla (189).

Tipos de Fiebre amarilla	Reservorio	Vector
Urbana	Hombre	*Stegomya*
Extraurbana selvática	Animales silvestres	Mosquitos salvajes

En este momento finalizaron los tópicos que existían en relación con la fiebre amarilla. El agente causante continuaba siendo el mismo así como las formas de propagación de la enfermedad, pero en lo referido a la distribución las formas eran diferentes. Aragao se refería a la modificación en la transmisión de esta enfermedad y la relacionaba con la influencia en el cambio de los sistemas modernos de transporte. Los mosquitos además de viajar en trenes y automóviles también lo hacían en las cabinas de las aeronaves. Durante la Guerra Civil española, también se presentaron casos de fiebre amarilla en las planicies y en las montañas. Todo esto no se derivó de un cambio en la biología del mosquito, sino en una observación más detenida o una consecuencia del progreso humano.

Fiebre amarilla selvática. Se pudo demostrar la existencia de la enfermedad en otros animales además de en el hombre y así constituir reservorios de la enfermedad. Los mosquitos salvajes procedían de especies de mosquitos no conocidas hasta entonces. Con la eliminación de uno de los dos vectores, se procedería a controlar las epidemias, pero este descubrimiento complicaba la cuestión ya que la cadena epidemiológica tenía ya tres eslabones: hombre, mosquito y animales salvajes. El descubrimiento no parece que fuera tan reciente ya que se habían descrito casos de fiebre amarilla selvática en San Paulo (Brasil) en el año 1898 y en 1907 en Colombia. Hasta finales de 1935, la fiebre amarilla recorrió zonas muy extensas de la selva brasileña con una gran difusión y su acelerada propagación. La enfermedad caminaba a través de los bosques, huyendo de las zonas habitadas y los enfermos afectados fueron llevados a los pueblos para no contagiar al resto. Primeramente se pensó en que podían ser los pájaros los culpables de los contagios, pero esta teoría fue rechazada y se le concedió más importancia a los medios de locomoción. Con el reconocimiento de esta nueva enfermedad surgieron inmediatamente una serie de cuestiones, que necesitarían ser estudiadas más a fondo por los investigadores.

Anatomía patológica. La Oficina Internacional de Higiene de Paris emitió una opinión de que era poco probable de que la lesión "necrosis hialina de Councilman" fuera patognomónica de la fiebre amarilla y que esta lesión se podría confundir con otras. Así surgieron diferencias de opiniones entre científicos estudiosos en esta materia. Se siguieron realizando estudios sobre protección y vacunación durante los años siguientes. Finlay realizó ensayos de vacunación a 600 personas por medio de una vacuna atenuada de cultivo de tejido.

Palanca relata la historia de este microorganismo, la fuente original se conocía con el nombre de "asibi", se aisló en un hombre africano en el año 1927 por los doctores Stokes y Bauer. Tras varias tentativas en el año 1933 Lloyd consiguió cultivarla en tejido de embrión de ratón en el laboratorio de la Fundación Rockefeller. El virus inoculado en el cerebro no producía encefalitis y sin embargo producía inmunidad. Como consecuencia de esto, se procedió a inocular este virus cultivado para la vacunación en humanos en Colombia, en Brasil y al personal de las líneas aéreas panamericanas.

Mosquitos y aeronaves. La transmisión a través del trasporte marítimo parece que perdió interés y sin embargo la transmisión a través de los aviones empezó a tener mayor

importancia. Las compañías aéreas pusieron en práctica una serie de medidas para evitar la transmisión de la fiebre amarilla: clausura de las cabinas de mando en el aterrizaje, cierre de todas las puertas tras realizar la carga y descarga, clausura por medio de las autoridades sanitarias de los aeródromos en lo que se refería a la llegada de los aviones, desinfección con fórmulas especiales (extracto concentrado de Pyretre Stratford Allen, Parafina de calidad y Tetracloruro de carbono) y por último establecimiento de sistemas de ventilación forzada.

Palanca termina concluyendo: "*Nuevas formas de enfermedad, nuevas formas de propagación y nuevos sistemas de profilaxis*".

Ingenieros, arquitectos y Sanidad. 1941 (190).

El problema del urbanismo suscitaba discusiones que apoyaban el derecho de cada profesión a intervenir en la colaboración en la transformación y reforma del Estado español. Durante este artículo Palanca trató de hacer una reseña histórica, que justificaba la posición de los sanitarios en esta pugna que existía entre diferentes profesionales.

En el año 1900 los servicios sanitarios se reducían, a un director general de Sanidad sin medios para actuar, apoyados en la ley de 1857. Más adelante se creó la figura del inspector provincial de Sanidad, en un número de 49 -uno por provincia-, que su trabajo consistía en aconsejar entre otras labores a los gobernadores provinciales. Los primeros hospitales fueron construidos a principios del siglo XX, ya que los antiguos lazaretos de la costa fueron transformados en hospitales marítimos. Nadie entonces se preocupó de arquitectos ni de ingenieros, ni nadie pensaba en aguas residuales, ni en aguas potables. Poco más adelante se comenzaron a construir los Institutos de Higiene Provinciales de Sanidad. El primer sanatorio que se construyó para enfermos tuberculosos pulmonares fue construido durante la Dictadura, más adelante se construyeron en Madrid sanatorios en Tablada, Húmera, Valdelatas, San Rafael y los preventorios de Guadarrama. Ya se había creado con anterioridad a su mandato la Escuela Nacional de Sanidad con programas para arquitectos e ingenieros. La República aportó a toda esta red sanitaria la creación de los Centros Secundarios de Sanidad Rural. Tras la llegada del Movimiento, el Patronato Nacional Antituberculoso (PNA) construyó treinta y cinco sanatorios y creó la Fiscalía Superior de la Vivienda y la dirección general de Arquitectura. El siguiente paso fue la homogeneización de los servicios sanitarios, incluyendo los aspectos preventivos y los asistenciales. Hasta 1940 la DGS tenía un papel directivo en todos los aspectos esenciales de urbanización, desde aquel momento y después de haber creado la dirección general de Arquitectura, Palanca propuso un cambio para establecer así una coordinación entre Arquitectos y Sanidad, con el objetivo de mejorar la cordialidad y la complementación entre ambos colectivos. Se trataba de que los arquitectos e ingenieros pudiesen llevar a la práctica las ideas de los sanitarios.

Finaliza el artículo diciendo que con el cambio realizado solo se había tratado de mejorar las relaciones entre los organismos oficiales de Sanidad y de Arquitectura, siendo más lógico más tarde que el plan sanitario fuera revisado y corregido por las personas que más conocían estos asuntos, lo que daría una garantía de calidad a los planes establecidos como exigían las circunstancias.

Dos palabras de introducción. 1941 (191).

Palanca hace una reflexión sobre la historia de la Sanidad Pública. El Instituto Nacional de Sanidad se creó en el año 1904 y recuerda dos nombres que para España fueron importantísimos en materia sanitaria: Cajal y Martín Salazar. Estos dos doctores supieron captar las inquietudes científicas de la Microbiología, de la inmunidad y su aplicación práctica a la prevención de las enfermedades transmisibles.

El Instituto Nacional de Sanidad, centro de la cultura microbiológica puso entonces en marcha sus servicios y aplicó las nuevas técnicas. Se contribuyó a que en España se aceptasen pronto la doctrina de Pasteur y los métodos de la Escuela Alemana. La formación de nuestros sanitarios se realizó en tres centros de estudios bacteriológicos: el Instituto Nacional de Sanidad, el Instituto de Higiene Militar y los laboratorios del Dr. Ferrán. Entre los años 1920 y 1930, la labor de enseñanza del antiguo Instituto Alfonso XIII, comenzó a dar sus frutos y un grupo de inspectores provinciales de sanidad organizaron las primeras Brigadas Sanitarias, que constituyeron el centro de los futuros Institutos Provinciales de Higiene. En el mismo periodo se amplió la Lucha Antipalúdica y Antivenérea y los esbozos de organizaciones dispensariales de Higiene Infantil y de Medicina Preventiva.

El Instituto Nacional de Sanidad, vio como se forjaban los Institutos Provinciales y como se establecía un mecanismo permanente de lucha sanitaria. En 1930 se pensó en que era necesaria la creación de la Escuela Nacional de Sanidad y así nacieron generaciones de sanitarios formados en las modernas técnicas epidemiológicas, en estadística, en Higiene de la alimentación, en ingeniería aplicada a Sanidad, en Higiene industrial etc.

Durante la Guerra Civil se destruyó el edificio de la Escuela Nacional de Sanidad y las instalaciones del Instituto. En el momento de esta publicación el autor explicaba su propósito, que era apelar a la creación de un nuevo Instituto y a la concesión de una nueva organización que subsanara los errores anteriormente realizados haciendo de él un organismo técnico de todos los Servicios Sanitarios de la DGS.

La Lepra en España, un problema sanitario de actualidad. 1941 (192).

A lo largo de este artículo Palanca explica como fue el impacto de la Lepra y en qué situación se encontraban las leproserías en España para el ingreso de los enfermos y su tratamiento en el año 1941. Previamente el autor realiza un recordatorio histórico de lo que fue la enfermedad en épocas antiguas.

La tradición asegura que la primera leprosería que se fundó fue a través de D. Rodrigo Díaz de Vivar, este se impresionó tras la aparición de San Lázaro bajo la apariencia de las características de un leproso. Víctor Heiser en un libro publicado cuenta una historia acerca de cómo llegó la lepra a las islas Filipinas, en él asegura que los japoneses molestos por los esfuerzos de la Iglesia católica española de implantar el Cristianismo allí, les habría enviado a Manila 134 leprosos como venganza. Esta historia se recoge en el Archivo de Indias en Sevilla, en donde se encontró un documento en el que Felipe IV hacía un acuse de recibo con fecha de 08 de junio de 1632, en el que un capitán general de Filipinas le informaba de la llegada de estos enfermos -conversos japoneses a Manila-. Tras la llegada de los 134 enfermos, estos, fueron ingresados en el hospital de San Lázaro.

Se inauguraron en la leprosería de Fontilles unos pabellones de reciente reconstrucción tras la guerra civil. El primer aspecto que se planteó fue conocer el número de enfermos que había en España, que entonces se ignoraba, el último intento se realizó en el año 1932 en que registraron 883 enfermos, aunque calcularon la posibilidad de llegar a 2.000 leprosos. La guerra con sus transgresiones sanitarias, la desorganización sanitaria en las leproserías, los movimientos constantes de población, las dificultades económicas y alimenticias, repercutieron muy negativamente en esta enfermedad como en otras epidemias importantes que se padecieron en España. Además existían otras causas que impedían la hospitalización de los afectados, como: la ocultación de la enfermedad, los errores de diagnóstico, la posición social etc. Los recursos para atacar este problema en España eran muy bajos, ya que aún con la inauguración de los nuevos pabellones en Fontilles, el número de camas era muy inferior al necesario. Se disponía de 400 camas destinadas a este fin y, es que la cosa no era tan fácil, ya que España estaba influenciada por circunstancias sociales y geográficas que era muy difícil de solventar; la incultura, ya que se tenían grandes dificultades para la ubicación de las leproserías –especialmente en Andalucía, donde el pueblo imposibilitaba la construcción de las mismas debido a las lacras sociales-. El fracaso pues se debía al miedo instintivo que a los pueblos les inspiran las leproserías no los leprosos.

Palanca va describiendo los centros de que disponían y los planes futuros que se pondrían en marcha. Finaliza su artículo diciendo que el mantener a 1.000 enfermos en las leproserías no exigía recursos nuevos ni talentos financieros, solo un poco más de severidad en las administraciones provinciales y algo más de cultura en los administradores, lo que daría solución al problema, que distaba de ser tan grande como el que España sufría en aquellos momentos con la tuberculosis. El rey Sancho IV, decretó ya la reclusión de los enfermos leprosos y tras él todos los Reyes de Castilla dedicaron una atención especial al problema para evitar su propagación. El autor termina diciendo que inspirándose en esta tradición histórica deseaba que se terminase con ese problema sanitario en honor y gloria del héroe al que se debió su iniciación en Castilla y en España.

Hacía el fin de una epidemia. 1941 (193).

Palanca comenta a lo largo de este artículo como se iba desarrollando la epidemia de tifus exantemático en España durante los años 1940 y 1941. Para el estudio de esta epidemia, se debía realizar desde varios puntos de vista; histórico, geográfico, etiológico, clínico, inmunológico, terapéutico y profiláctico. A lo largo de esta publicación solo se refirió a los aspectos políticos y administrativos, que al autor le parece que nunca se debían obviar, ya que para el control de cualquier epidemia se debían tener en cuenta la preparación de los sanitarios, con la conducta que se debería seguir. La función de dirigir –que englobaba ambos aspectos el político y el administrativo- en las luchas contra las epidemias, no se basaba en conocimientos científicos puros, sino en aplicar los conocimientos a un medio social que estaba en continua transformación y que a veces estas características no se encontraban en los libros de epidemiología. Los conocimientos científicos se deberían pasar por un filtro del "sentido común", para evitar causar muchos más perjuicios que la propia epidemia. Palanca

afirma: "*El estado sanitario de un país no es algo aislado y sin conexión en su situación social y económica, sino que muy por el contrario es su consecuencia*". Había que establecer en este aspecto una doble condición: cultura y dinero. Los pueblos cultos eran los que eran conscientes de los puntos importantes que intercedían en el desarrollo del estado sanitario de su país: importancia del control del agua, de la vivienda, de la buena alimentación y de cómo podían influir estos en la conservación de la salud; solo los pueblos ricos podían llevar a la práctica estos principios. Si el objetivo de las campañas solo era tratar las enfermedades infecciosas, se reduciría la catástrofe del momento pero solo se retardaría el proceso, pero no se acabaría con el problema.

El tifus exantemático se llamó también: "*Tifus de las cárceles", "Tifus del hambre y de la miseria*", se consideraba como un mal social. Estos nombres fueron impuestos como fruto de la observación a través de los siglos. Todos ellos establecían que existía una relación directa entre las guerras, las cárceles por una parte y la miseria por la otra.

Tras la finalización de la guerra civil, se presentaron varios factores de riesgo dentro de la cadena epidemiológica que indujeron a la explosión de una epidemia de tifus exantemático, y estos fueron: hombre-enfermo-insecto. El tifus exantemático era endémico en algunas provincias españolas y se comportaba en algunos casos como focos constantes de enfermedad.

Se dieron una serie de circunstancias: un movimiento extraordinario de la población -todos querían moverse, para regresar a sus hogares o para olvidar episodios ocurridos durante la guerra-. La Segunda Guerra Mundial complicó la situación española debido a las cosechas mediocres, la disminución de abastecimiento de alimentos y fármacos, la falta de material sanitario etc.

El autor va narrando los diferentes focos de tifus exantemático ocurridos en la geografía española durante esos años y presenta varias tablas de datos con las morbilidades y mortalidades en relación las provincias afectadas, edades y sexo de las invasiones declaradas. La tabla 78 presenta los casos que se declararon en cada una de las provincias. La epidemia se inició durante el año 1940 en el que se presentaron 230 invasiones, de las que 225 correspondieron a la provincia de Granada. Al año siguiente en 1941, se declararon 1.972 enfermos en la provincia de Málaga, 1.437 en Madrid, 1.051 casos en Granada, 1.034 en Sevilla, 441 casos en Almería y 423 en Cádiz durante el año 1941. Al final del mes de agosto del año 1941 se habían declarado 8.361 enfermos.

Tabla 78. Desarrollo de la epidemia de tifus exantemático por provincias españolas afectadas durante los años 1940 y 1941 (193).

Provincia	T	E	F	M	A	M	J	J	A	Total
	1940						1941			
Álava	-	-	-	-	-	2	87	-	-	**89**
Albacete	-	2	3	-	-	3	1	4	3	**16**
Alicante	-	-		-	-	3	16	2	-	**21**
Almería	-	-	10	52	72	109	120	78	-	**441**
Ávila	-	-	-	-	-	-	7	9	11	**27**
Badajoz	-	-	-	-	1	1	7	4	1	**14**
Barcelona	-	-	-	-	-	-	-	1	-	**1**
Burgos	-	-	-	-	24	2	-	-	-	**26**
Cáceres	5	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
Cádiz	-	-	-	-	11	104	118	152	38	**423**
C. Real	-	-	-	-	2	43	50	20	10	**125**
Córdoba	-	-	-	-	3	23	120	79	17	**242**
Cuenca	-	-	-	-	2	25	9	5	-	**41**
Granada	225	15	36	85	155	354	265	111	30	**1051**
Huelva	-	-	-	-	-	8	14	4	-	**26**
Jaén	-	-	-	1	10	23	35	37	2	**108**
León	-	-	-	-	-	-	5	19	1	**25**
Logroño	-	-	-	-	-	-	1	-	-	**1**
Lugo	-	-	-	1	-	-	1	-	-	**1**
Madrid	-	18	17	316	364	348	242	107	25	**1437**
Málaga	-	-			84	390	852	490	156	**1972**
Murcia	-	35	69	156	77	67	62	19	5	**490**
Navarra	-	-	-	-	1	-	-	-	-	**1**
Palencia	-	-	-	-	-	-	-	8	2	**10**
Santander	-	-	-	-	-	-	1	-	-	**1**
Segovia	-	-	-	-	1	-	-	-	-	**1**
Sevilla	-	-	-	20	143	361	329	157	24	**1034**
Teruel	-	-	-	-	-	3	2	-	-	**5**
Toledo	-	-	-	-	-	1	2	1	-	**4**
Valencia	-	-	-	1	33	137	141	32	5	**349**
Valladolid	-	-	-	-	1	1	-	-	-	**2**
Vizcaya	-	-	-	-	-	1	1	-	-	**2**
Zamora	-	-	-	-	1	1	-	-	-	**2**
Zaragoza	-	-	-	-	-	1	1	3	-	**5**
Melilla	-	-	-	-	21	123	121	67	9	**341**
Ceuta	-	-	-	-	-	2	1	-	-	**3**

En la tabla 79 se puede apreciar el número de enfermos que fueron afectados con esta enfermedad y su mortalidad atribuible en las distintas provincias españolas. Esta tabla muestra el parte semanal del 13 de julio de 1941 realizado al Ministro de la Gobernación, con el número de invasiones y su relación con la mortalidad: destacaba el número de 185 invasiones en Málaga con una mortalidad del 12%, Almería con 5 casos pero con una mortalidad del 31%, Melilla 26 casos con una mortalidad del 27%. El número total de casos en toda la geografía española fue de 652 con un 14% de mortalidad.

Tabla 79. Desarrollo de la epidemia de tifus exantemático por provincias afectadas. Parte semanal del 13 de julio de 1941. Número de invasiones y mortalidad relacionada (193).

Provincias	Nº de Invasiones	Nº de Fallecimientos
Almería	16	5 (31,25%)
Cádiz	112	13 (11,60%)
Ciudad Real	14	2 (14,28%)
Córdoba	15	3 (20,00%)
Granada	83	11 (13.25%)
Huelva	1	1 (100,00%)
Málaga	185	22 (11,89%)
Jaén	9	1 (11,11%)
Madrid	68	14 (20,58%)
Melilla	26	7 (26,92%)
Murcia	23	3 (13,04%)
Santander	1	0 (31,25%)
Sevilla	77	6 (7,79%)
Teruel	2	0 (0,00%)
Valencia	20	3 (15,00%)
TOTAL	**652**	**91 (13,95%)**

La situación era trágica, lo difícil era mantener la serenidad y se llegaron a tomar una serie de medidas que fueron las siguientes: se solicitó un crédito extraordinario de un millón de pesetas para la compra de material, se adquirieron pabellones Docker, tiendas de campaña, mantas y sábanas, estufas y aparatos de cianhidrización, se habilitaron dos pabellones en el hospital del Rey y se instaló una nueva estación de desinfección. Se formó una Comisión de expertos que asesoraran a la DGS con representación de los Ministerios afectados; Marina, Ejército, Educación. Esta junta formó a técnicos inteligentes, honrados y laboriosos, que prestaron unos servicios inestimables en momentos muy difíciles. Se convocó en Madrid en una reunión a todos los Jefes de Sanidad españoles con el objetivo de coordinar todas las acciones y trazar un plan de actuación inmediato que frenara la epidemia. Se realizó una gran campaña de propaganda dirigida a los profesionales y al público en general para fomentar los hábitos de limpieza, infiltrar confianza, se editaron carteles y folletos que se repartieron por todas las provincias y se realizaron talleres y cursos de formación. Se controló el movimiento de la población carcelaria, los campamentos de mendigos y todos aquellos puntos que podrían incidir en la lucha contra esta enfermedad.

Una atención especial tuvo el problema sanitario de las prisiones, el estado sanitario de muchas de ellas era muy malo, había un gran hacinamiento, suciedad y los reclusos presentaban problemas alimenticios. Afortunadamente los directores y los sanitarios fueron comprendiendo ante la realidad fatal de la situación, que era imprescindible la actuación dentro de las cárceles para mejorar la epidemia fuera de ellas. Todo esto exigió mucho tiempo y mucho esfuerzo y no pocos disgustos.

Palanca visitó todas las zonas afectadas y con ello los núcleos que se comportaban como fuentes de la infección. Como resultado de estas visitas a las zonas afectadas, se presentó una Memoria para su discusión en el Consejo de Ministros del 2 de agosto de 1941, que se aprobó en su totalidad. El Consejo concedió un crédito de 20 millones de pesetas con los cuales se preparó el plan de actuación. Las noticias que llegaron al extranjero en relación con la situación epidémica española, supusieron que varios sabios

quisieran estudiar el problema en nuestro territorio y en esta etapa se consiguieron buenos resultados. Se enviaron médicos expertos a laboratorios alemanes para la adquisición de los conocimientos necesarios para la fabricación de la vacuna. Las únicas vacunas que ofrecían ciertas garantías eran las de Cox y la de Weigl, pero se desconocían varios aspectos de la misma como; la duración de la inmunidad, el carácter real de esta, las dificultades de su preparación. La vacuna no podía emplearse como medida profiláctica universal, se reservó para lugares en que existían focos establecidos y para la aplicación al personal sanitario en contacto con enfermos infecciosos.

Palanca se hace la siguiente pregunta: "*¿Cuáles eran los pronósticos para el porvenir*?". La contestación, fue que no se podía prever ningún futuro en aquel momento debido a la mala situación de la epidemia. El tifus exantemático estaba causando grandes problemas en el Marruecos francés, en Túnez y Argelia. Era necesario para atacarlo tomar medidas simultáneamente en todas partes. Se contaba con una mejor organización sanitaria en las cárceles y la vacuna se utilizaría en el siguiente invierno. Se construyeron nuevas Estaciones de Despiojamiento en Madrid, Valencia, Almería. El autor termina este artículo aludiendo a la misión de los higienistas, que era muy ingrata, pues el éxito de las campañas consistía en que lo previsto no ocurriera y que el peligro no se transformara en una realidad: "*Es decir, que el caso negativo que solo se valora por una minoría inteligente, mientras que si fracasa, la falta es tan ruidosa que salta a la vista, no solo para los médicos, sino también para los profanos, que es la que puede estimar el esfuerzo realizado y cuyo apoyo no es indispensable para el próximo invierno*". La epidemia del año 1941 fue vencida con mínimas consecuencias, teniendo en cuenta que se desarrolló en un país que acababa de pasar por una durísima guerra seguida de una gran contienda europea.

La situación sanitaria en España. 1941 (194).

La existencia de algunos casos de tifus exantemático en Madrid y algunas otras provincias españolas al finalizar la guerra, levantó una gran alarma en Madrid, causando unas noticias muy exageradas de la situación sanitaria tanto en el territorio nacional como fuera de nuestras fronteras.

El tifus exantemático en España en la década de los cincuenta no era una novedad, en aquella época se disponía ya, no como en otras anteriores, de buenos hospitales para el aislamiento de los pacientes así como excelentes tratamientos. Palanca hace un recordatorio histórico de lo que fue él tifus exantemático en nuestro país, desde principios del siglo XX, hasta la década de los cincuenta.

Al final de este recorrido por nuestro país, se refiere a los hechos acaecidos en torno a esta enfermedad en los países de nuestro entorno, tomando como referencia el parte de la Oficina Internacional de Higiene Pública de Paris con fecha del 26 de marzo de 1941; en dicho parte, se declararon los siguientes casos semanales de fiebre tifoidea: 270 casos en Argelia; 76 casos en los EE.UU.; 43 casos en Guatemala; 36 casos en Alemania etc.

El objetivo de este artículo era hablar de la parte estrictamente social y epidemiológica, no científica del tifus exantemático. La epidemia se produjo en el momento en que se produjo el movimiento de la población y se unieron las zonas de los dos contrincantes, lo que hizo aumentar los problemas de abastecimiento de la alimentación. Cada brote que aparecía era más extenso que el anterior, lo que permitió perfeccionar al microorganismo,

su virulencia iba en aumento y el terreno era cada vez más favorable para su desarrollo. Había un paralelismo entre mendicidad callejera y aparición de focos.

- Situación del momento: se necesitó tomar medidas excepcionales de carácter general, en los focos aparecidos en Madrid, ya que se produjo un aumento de hasta cuarenta invasiones diarias. Se plantearon medidas de lucha local, despiojamiento, desinfección y limpieza. Se buscaron camas en un número suficiente para ingresar a todos los pacientes que lo necesitaran. Se enviaron telegramas a las provincias tratando de anular camas de los enfermos tuberculosos de las que se pudiera prescindir en los centros. Y el efecto fue inmediato.

Un problema importante que se presentó fue la producción insuficiente de vacunas y para ello se encargaron vacunas de Legret a cargo del Dr. Gallardo, se llegó a un acuerdo con los Laboratorios Lorente e Ibis para que la fabricaran y también se recibieron aportaciones de vacunas desde el extranjero. Se trató de disminuir en lo posible los movimientos de la población y de realizar hospitalizaciones forzosas a los afectados y con ello favorecer que no se ocultasen los casos.

- Predicciones para el porvenir: en el momento en que se escribió este artículo, la enfermedad estaba decreciendo, las declaraciones de casos eran cada vez menores, bastaron los aislamientos y el despiojamiento para hacer desaparecer el número de contagios.

Europa entera estaba salpicada de invasiones por tifus exantemático, África lo ofrecía con verdadera exuberancia, la Segunda Guerra Mundial continuaba cada vez con más extensión y más intensidad, el bloqueo inglés dificultaba los abastecimientos españoles, el jabón escaseaba.

El autor termina este artículo, preguntándose lo siguiente: "*¿Cuándo han existido tantos elementos adversos?, sólo tenemos a nuestro favor el conocimiento exacto de la propagación de la enfermedad y el de la biología del insecto vector. ¿Con esto nos debe bastar para evitar las grandes epidemias?"*. Opinaba que sí, pero sin padecer muchas incidencias, tan graves como las que se sufrieron en aquellos momentos y concluye que se debía estar siempre alerta.

Ante la reaparición de la Gaceta Médica Española. 1942 (195).

La Gaceta Médica Española, editó su último número en agosto de 1936, la revista se hundió en el acto, por voluntad de sus fundadores y reapareció en enero del año 1941, después de un periodo de estabilización de la política en España tras la finalización de la Guerra Civil española. Palanca no podía olvidar una época de recuerdos tanto profesionales como científicos dolorosos y gratos a la vez, qué el autor relata cómo: "*Una época de transición convulsiva de la vida nacional que mató a muchos hombres, reivindicó a muchos otros y puso a prueba a todos*". Expresa su punto de vista sobre la evolución que sufrió esta revista desde su orígenes en el que él era subdirector hasta aquel momento.

Por encima de todos los esfuerzos que hubo de conciliación, en los diferentes bandos, se procuró aglutinar ideales patrióticos y científicos, esta labor culminó en la organización del Primer Congreso español pro médico de Zaragoza. Las dos Españas estaban definidas y muchos de los españoles también, ocurrió lo que tenía que ocurrir. La reaparición de esta revista fue un nuevo sacrificio, se trataba de elevar la calidad científica de los profesionales médicos y de la Sanidad.

La Sanidad oficial y el seguro de enfermedad. 1942 (196).

El problema que más preocupaba a la clase médica desde hacía muchos años era el del Seguro de Enfermedad. Una reciente orden del Ministerio de Trabajo y el nombramiento de una comisión para estudiar su implantación, dieron actualidad a este asunto. La Revista Ser hizo una invitación al Dr. Palanca para que expusiera claramente cuál era el criterio de la DGS, ya que se le acusaba a la Dirección de "quietismo" y cerramiento a toda clase de progreso.

Comienza diciendo que desde el punto de vista sanitario, la asistencia médica en España desde el principio del siglo XX, había mejorado hasta aquel año, pero que no era defendible el sistema. Un proceso de higienización debía llevar aparejado la implantación de un seguro social de enfermedad. Pensaba que desde el punto de vista humanitario y desde el punto de vista sanitario, hacía falta instaurar con urgencia un SE. El Patronato de Lucha Antituberculosa tenía un programa ilimitado, que trataba como podía de acabar con la peste blanca en España. Solo había una solución, la implantación del Seguro de Enfermedad en un plazo breve, no había otra camino. Explica en este artículo una serie de condiciones para la implantación del Seguro de Enfermedad –desde su punto de vista- con un mínimo de garantías, sin las cuales no se llegarían a cumplir los objetivos de su instauración:

- Eficacia. El beneficiario se tendría que sentir perfectamente asistido en todos sus campos médicos, quirúrgicos y de diagnóstico.

- Colaboración con la DGS y con la Lucha contra la Tuberculosis. La DGS, no podía desentenderse de la profilaxis ni del tratamiento de las enfermedades infecciosas y habría que evitar duplicidades para evitar el aumento del coste.

- Colaboración con la Profesión Médica. En este apartado habla del respeto a los derechos de la profesión médica, condescendencia de sus aspiraciones y deseo de ayuda en aquellos duros momentos.

Impresiones de un viaje. El Dr. Palanca visita oficialmente los centros sanitarios de Alemania e Italia. 1942 (197).

Esta nota de prensa relata el viaje que realizó el Dr. Palanca por distintas ciudades europeas junto con una comisión sanitaria formada por los doctores: Primitivo de la Quintana, Clavero del Campo, García Boente, Blanco, González, Abelló y Benítez Blanco, para visitar los Servicios Sanitarios existentes en algunas ciudades como Munich (Alemania), la Cámara de Médicos de Babiera. Asistieron a una reunión de tisiólogos de Berlín (Alemania) en la "Unión de Lucha Antituberculosa de Europa", visitaron la Facultad de Medicina de Viena (Austria), el estudio de las epidemias de tifus exantemático y tracoma en Cracovia y Varsovia (Polonia), posteriormente viajaron a la Institución Forlanini en Roma, Turín y Milán en Italia. En resumen conocieron el funcionamiento de las instituciones implantadas en la Lucha Antituberculosa en ambos países.

Figura 73. Visita al Instituto Forlanini en Roma, año 1941 (6).

Figura 74. Visita al Instituto Forlanini en Roma, año 1941. Doctores Botai, Palanca, Boente, Clavero y Benitez (6).

Los servicios sanitarios españoles a través de nuestra guerra de liberación. 1942 (198). Conferencia pronunciada en la Cámara Médica del Reich, en Berlín, el 25 de noviembre de 1941 ante el Reich-gesundheitsfure. Al estallar la guerra, España estaba organizada de una forma centralista, Madrid lo era casi todo. Las fábricas de sueros, de vacunas y las de productos sanitarios también estaban ubicados en Madrid. La provincia de Madrid cayó en manos comunistas y hasta primeros de junio del año 1936, no fue realizado un esbozo de Sanidad civil. En junio de 1937 comenzó a funcionar la DGS civil, que tenía su residencia en Valladolid, que consistía en una mecanógrafa con una máquina de escribir. España tenía el apoyo de países totalitarios como Alemania e Italia.

Lo primero que se hizo fue la reunión de los elementos aislados y con ellos se creó un Instituto de fabricación de sueros y vacunas en Badajoz. A finales del año 1937, la Zona Nacional tenía un principio de organización sanitaria. Durante el periodo que duró la contienda en la Zona Nacional, no se presentó ninguna epidemia más allá de las proporciones ordinarias. Los republicanos dejaron en sus desplazamientos tres epidemias de fiebre tifoidea en Vizcaya, Santander y Bilbao, pero la vacunación a toda la población y la esterilización del material disminuyeron rápidamente la epidemia. En plena guerra, se organizó la Lucha Antituberculosa así, se crearon en la Zona Nacional 35 sanatorios uno por cada provincia liberada, y todos ellos estaban funcionando en el año 1938. Tras la finalización de la guerra civil, comenzó el periodo de paz, en el cual el trabajo de la Sanidad fue mucho más intenso. Se establecieron los siguientes objetivos: reconstruir los Centros sanitarios destruidos durante la guerra, luchar contra situaciones sanitarias adversas y modernizar en lo posible y con pocos medios económicos la organización sanitaria.

La reconstrucción sanitaria comenzó el día en que finalizó la guerra, el 1 de abril del año 1939. Se reconstruyeron la casi totalidad de los centros destruidos, estaba muy avanzada la construcción del nuevo Instituto de Sanidad y del Cáncer en la Ciudad Universitaria y se restauraron los sanatorios destruidos de la Sierra del Guadarrama. Todo esto significó mucho trabajo y mucho esfuerzo, muchas dificultades vencidas en medio de una situación sanitaria adversa tras dos años y medio de una Guerra Civil terrible, que trajo graves consecuencias para el país y en el campo sanitario.

El primer episodio serio que se presentó fue una epidemia de difteria en Madrid en el otoño de 1939, rápidamente se propagó a las otras grandes capitales y después a otros pueblos de gran importancia. Había muy pocas existencias de sueros, apenas había pienso para los caballos y además se presentó una epidemia de gripe equina. La mortalidad infantil era muy alta por esta causa y España salió adelante gracias a una campaña de vacunación con anatoxina que se consiguió extender a todo el territorio nacional. En el año cuarenta se recuperaron los niveles anteriores de pacientes y la afectación de gravedad anterior al desarrollo de aquella epidemia, los laboratorios produjeron la cantidad de suero antidiftérico normal.

Tras la difteria apareció la viruela, primero en Galicia, luego en Castilla y después se produjo una distribución por el resto de España. Hizo falta tras una primera campaña de vacunación, realizar una segunda para llegar a resultados estimables. Ni la difteria ni la viruela fueron las causantes de una situación tan delicada como la que produjo el fiebre tifoidea con 11.000 casos y 1.500 defunciones (13,63%). Esta epidemia afectó fundamentalmente en Madrid, Granada, Málaga y Sevilla. La lucha contra esta enfermedad

se realizó utilizando varios: aislamiento de casos, implantación de medidas higiénicas en general, una gran campaña de desinsectación en donde se emplearon varios cientos de toneladas de cianuro sódico. El Gobierno puso a la disposición de la DGS un crédito de 3.000.000 de pesetas y más adelante un segundo de 10.000.000 de pesetas. Con este presupuesto, se formaron múltiples equipos de despiojamiento, se realizaron varias casas de baños populares, se organizaron cursos para los médicos responsables de esta enfermedad, se modernizaron los hospitales de infecciosos y se enviaron dos médicos especialistas a Alemania para que estudiaran los métodos de preparación de la vacuna. Posteriormente se probaron diferentes tipos de vacunas.

También apareció la avitaminosis, relacionada con el bloqueo de aprovisionamiento inglés que padeció España. Sobraban hidratos de carbono, pero faltaban grasas animales, en consecuencia aparecieron enfermedades carenciales entre la población.

El autor presenta gráficos de mortalidad general, mortalidad infantil y natalidad. La tasa de mortalidad descendió en España desde el año 1900 que era de 29.2/1.000 a 20.1/1.000 habitantes en el año 1939. Relaciona este descenso de la mortalidad con la implantación de varias medidas: mejora de la asistencia sanitaria, especialmente en el medio rural, mejora en la enseñanza de la medicina, una mejor organización sanitaria con la creación de los Institutos de Higiene Provinciales, las campañas profilácticas realizadas (Lucha Antituberculosa y contra el paludismo), reconstrucción de los sanatorios que fueron destruidos a lo largo de la Guerra Civil y a la mejora social, económica y cultural de toda España en los años transcurridos desde los comienzos del siglo XX. Se crearon Leyes sociales, seguros de maternidad, subsidios familiares, leyes laborales, higienización de las minas, aumentó la producción agrícola y con ello se aumentaron los salarios y mejoraron las condiciones de habitabilidad de las viviendas.

El gran enemigo después de finalizar la guerra fue el problema de la tuberculosis, que antes de la misma produjo 22.322 pacientes con tuberculosis pulmonar –cifra por debajo de la realidad-. El proyecto era crear 20.000 camas sanatoriales para su tratamiento, 17.000 camas para la tuberculosis pulmonar, 2.000 camas para enfermedades tuberculosas osteoarticulares y 1.000 camas para preventorios infantiles. Se realizó la construcción de la Escuela de Tisiología inspirada en el Instituto Forlanini de Roma en Italia.

En cuanto al proyecto para la disminución de la mortalidad infantil y la mejora de la tasa de natalidad, se realizaron las siguientes acciones: programas de Higiene prenatal, programas de puericultura en la primera y segunda infancia y unificación de los servicios de Higiene infantil.

Unidad Sanitaria de España. 1942 (199).

Palanca comienza este artículo diciendo que: "*Nada es más barato que un buena organización y nada es más caro que una mala organización*". Cada vez que se hablaba de organización, esta llevaba asociado describir los gastos que podía conllevar. Entre los sanitarios existía una gran confusión en los servicios que dependían del Estado, los que dependían de los Gobiernos Civiles, de las Diputaciones Provinciales, de los Municipios y de otras organizaciones oficiales. Había que empezar a delimitar los campos en que cada organismo se desenvolvía y poniéndolos de acuerdo con los restantes de una forma práctica y definida. Se proponía suspender los gastos superfluos para dedicar a otros menesteres que en

aquel momento se encontraban desatendidos por falta de presupuesto: "*Dirección única en la administración sanitaria*". El autor pone un ejemplo (tabla 80) dentro de la organización sanitaria como era el regido por la Sanidad Pública en Madrid.

Tabla 80. Organización sanitaria de la Sanidad Pública en Madrid (199).

Organismos	Centros dependientes
Centros y servicios dependientes del Estado	Hospital del Rey. Instituto del Cáncer. Un sanatorio y dispensario antituberculoso. Una escuela de Puericultura. Dos laboratorios de Análisis.
Centros y servicios dependientes del Municipio	Lucha contra las enfermedades infecciosas. Un centro de Puericultura. Un dispensario antituberculoso. Un laboratorio de análisis.
Centros y servicios dependientes del Real Patronato Antituberculoso	Sanatorios y dispensarios antituberculosos.
Centros y servicios dependientes de la Junta de Protección a la Infancia	Un centro de Puericultura.
Centros y servicios dependientes de la Inspección Provincial de Sanidad	Dispensarios antivenéreos. Lucha contra las enfermedades infecciosas en los pueblos de la provincia.

Con varias jefaturas distintas no había forma de intentar una acción medianamente seria en la provincia de Madrid. La Dirección única en cada provincia permitiría llevar a la práctica las siguientes acciones: unificación de los Institutos de Higiene, la propaganda sanitaria, el transporte de los enfermos infecciosos, el estudio del saneamiento rural. Desde el año 1910, existió en Sevilla una Federación Sanitaria que era un sindicato sanitario compuesto por médicos, veterinarios, farmacéuticos, enfermeras, practicantes y matronas. Más adelante este sindicato se extendió por toda Andalucia y Palanca lo llevó a Madrid y a Castilla la Vieja. Este sindicato no fue bien visto por las autoridades de la época y después dio paso a la Asociación de Médicos Titulares y al Consejo General de Colegios Médicos.

Finaliza aludiendo a unas frases de Cajal en las que aconsejaba sobre el objetivo de la Investigación Biológica diciendo: "*Estudiar bien todos los antecedentes de un asunto, antes de emprender nuevas investigaciones, para conocer perfectamente donde están las dificultades y qué camino han seguido los que nos han precedido en la misma tarea*".

La revolución social en Medicina Social. 1942 (200).

Le pidieron a Palanca desde una revista titulada SER, -órgano de los médicos más influyentes desde el punto de vista político de los años cuarenta-, que escribiera un artículo para esta revista. Confiesa que no tenía que haberlo escrito, pues tras su publicación: "*Se armó la de San Quintín*" a pesar de haber recibido algunas felicitaciones, otros le dijeron que esta publicación podía haber sido motivo suficiente para su destitución. A pesar de varios intentos fallidos de ser destituido de su cargo de director general de Sanidad, aquello quedó en nada. Mucho tiempo después hablando con el Ministro de la Gobernación, Blas Pérez y reconociendo lo poco simpático que Palanca le era al Caudillo por los informes que a éste le llegaban de él a través de Agustín Aznar, de Morales y de Lafuente,

pero especialmente de Vicentón, médico protegido de Dª. Carmen Polo de Franco que entre él y un hermano se turnaban para la asistencia al Caudillo durante sus viajes y cacerías. D. Vicentón durante las cacerías entre tiro y tiro de escopeta, le soltaba al Caudillo las insidias que le preparaba Agustín Aznar.

Comienza el artículo diciendo: "*No hay nada más molesto que decir la verdad cuando ésta es desagradable. La gente se cree aludida: los de arriba se asustan por la manera descarnada de decirlo y los de abajo piensan que puede cambiarle su modo de vivir*".

La verdad es que nuestro país estaba muy retrasado desde el punto de vista sanitario y sobre todo en sus costumbres higiénicas, se carecía de formación sanitaria y la alta tasa de mortalidad que tenía el país se debía a estas causas. Para él la revolución estribaba en culturizar a la población, en mejorar la asistencia sanitaria, en aminorar los dolores morales y materiales de los miles de familias que sufrían y por lo tanto les hacían convertirse en rebeldes ante una sociedad que no se preocupaba en mejorar su situación. Para la superación de estos problemas había que luchar contra el quietismo, la ambición, la ignorancia y los intereses creados. Pensaba que para hacer la revolución sanitaria habría que comenzar por el principio y él consideraba que ese principio era la educación de las futuras generaciones a través de las escuelas, con una preparación previa de los maestros enseñándoles a éstos los fundamentos generales de la Higiene. Si un niño o niña dejaba el colegio sabiendo comer, vestirse y cuidarse, el trabajo de la Sanidad probablemente quedaría reducido a muchas menos proporciones.

Palanca pasa a opinar sobre los problemas derivados de la enseñanza universitaria y en especial con lo que sucedía en las cátedras. Así, decía que los catedráticos deberían dejar a un lado su dedicación absoluta a la clientela privada y dejar así mismo de entablar querellas con sus compañeros por cuestiones de sectarismos.

En el terreno estrictamente sanitario, la verdadera revolución desde el punto de vista de este autor, sería la modificación de la asistencia médica para cuidar debidamente a las clases humildes entonces mal atendidas. La asistencia médica era muy buena para los pacientes ricos, pero era mala para los enfermos pobres. Palanca hablaba de la curiosidad de haber dispuesto de una estadística que les hubiera permitido conocer la cantidad de vidas que se perdieron relacionadas con una asistencia insuficiente: tuberculosos no diagnosticados o insuficientemente tratados, infecciones que pudieron remediarse con métodos sencillos, accidentes mal tratados etc. Todos estos problemas podían finalizar en un mayor o menor grado de invalidez. Trataba de afirmar en este artículo que había que modificar el estado de la asistencia médica en el sentido de que permitiese tratar a los ciudadanos como quisiéramos que nos tratasen a nosotros mismos. Define el término revolucionario en Sanidad, si se pudiera llegar a agrupar en un solo Ministerio todas las actividades dispersas que en aquellos años estaban desperdigadas. Para lograr todo ello habría que empezar una batalla contra el "*Quietismo, la ambición, la ignorancia y los intereses creados*". Palanca decía: "*El pensar es algo que cuesta trabajo, el resolver, mucho más. ¿Para qué vamos a modificar esto o aquello si así lleva cientos de años*?". La revolución necesitaba profesionales expertos al frente de ella que fueran capaces de hacerla, gente libre de prejuicios, era preciso luchar, aguantar las acometidas de los quietistas, de los ambiciosos, de los ignorantes y de los bien situados. Finaliza diciendo que era precisa una unión íntima entre los organismos de Previsión, los servicios de la Asistencia y los de Sanidad, para juntos reducir las resistencias.

La Sanidad Nacional y las Entidades Locales. 1943 (201).

La Ley de Coordinación Sanitaria, cuya finalidad era asegurar el pago puntual de los médicos titulares, tuvo muy poca eficacia. Como objetivo secundario, esta ley trataba de fomentar la creación y desarrollo de los centros sanitarios provinciales incluyendo estos en las Mancomunidades, sin embargo, esta segunda parte, si se llegó a conseguir. Durante los primeros años del siglo XX, se creyó necesario elevar el nivel técnico de los cargos sanitarios a la vez que se les independizaba de las presiones políticas y mediante una oposición se cubrieron 49 plazas de inspectores provinciales de Sanidad –uno por cada provincia española-. Esto significó un importante progreso en la organización sanitaria. Estos actuaban como asesores de los gobernadores civiles en cada una de las provincial en materias sanitarias, pero esto no era suficiente para resolver todos los problemas que se presentaban e hicieron más bien poco. Años después de aquello, surgieron los Institutos Sanitarios Regionales distribuidos en las distintas provincias, que posteriormente fueron cayendo en el olvido. Al margen de la legislación, surgieron poco después las "Brigadas Sanitarias", que constituyeron el embrión de los llamados en los años cuarenta Institutos Provinciales de Higiene. En este artículo habla de los defectos que tuvieron estos Institutos independientemente de los grandes beneficios que de ellos se obtuvieron y plantea dos defectos: uno fue la fusión de los Servicios Municipales con los Provinciales y el segundo fue, el dotar a los servicios de una verdadera eficacia que les hubiera permitido desenvolverse con verdadera autonomía dentro de su zona de acción.

Finaliza diciendo que en realidad, el Seguro de Enfermedad iba a modificar esencialmente todas las Organizaciones Sanitarias Municipales y Provinciales y que de ello derivarían nuevas normas de organización.

Cajal, Ciudadano. 1943 (202).

"*Una vida es ante todo una lucha*". Cajal

Para Escribir un artículo sobre "*Cajal, ciudadano*" al autor le bastaba con coger las memorias de su vida y dedicarse a copiar capítulos enteros. Pero al tomar la pluma en la mano se advertía una formidable dificultad. La del sitio donde cortar nuestra tarea; y, estas no eran otra cosa más que canto a la ciudadanía y al patriotismo. Él decía: "*El sentimiento de patria podía tener un doble contenido. Por una parte, en él entra el amor al terruño, pero a este se añade al odio al extranjero*"; Cajal fue víctima de este sentimiento nacional y tuvieron que pasar muchos años para que se librara de la fase negativa del patriotismo para no cultivar, al fin, más que: "*El amor, la veneración a mi raza y el ferviente anhelo que mi país desempeñara en la historia del mundo y en el proceso de la civilización europea un brillante papel*". Para Cajal, España había vivido leves periodos de bonanza, empeñada en subir y triunfar volviendo del revés la famosa divisa política de Platón: "*Libertad, concordia, cultura*". Por eso para el sabio maestro, la causa del atraso de la raza española ha sido la intolerancia, la discordia y la ignorancia, y creía que se equivocaban los que imputaban nuestra decadencia al quijotismo político y religioso. Para él no fueron el altruismo ni la generosidad las causas morales de nuestra ruina, sino muy por el contrario, la desaforada ambición de los reyes de la Casa de Austria, empeñados en salvar con sangre y dineros españoles, intereses dinásticos que nada nos importaron.

Y ahondando en esta clásica intolerancia española. Cajal se preguntaba a qué podía deberse, y acudía a un ejemplo clarísimo. "*Todos tenemos* –decía- *un entendimiento bueno o mediano que nos ha dado la posibilidad de formarnos una imagen lógica del mundo. Supongamos que la representación resulta borrosa e incompleta, ¿Hay motivos para aborrecernos o vilipendiarnos por ello?*

Palanca no se resistió a copiar otro párrafo de sus memorias. Aquel en que Cajal comentaba la destrucción de las campanas de la iglesia de Ayerbe, realizada a consecuencia de la revolución de septiembre: "*Los destructores de aquellas campanas, ¿Cómo no sintieron que rompían también algo vivo y muy íntimo; que renunciaban a recuerdos queridos, que renegaban de fechas inolvidables?... ¿Cómo no acudió a su memoria que aquel bronce dobló en el entierro de sus padres…, que sus sonoros ecos anunciaron y realzaron mil veces en el pueblo los dos acontecimientos más grandes y solemnes del espíritu: la hora de nacer y el instante de morir?...*".

Palanca comenta ahora las razones que tuvo para dejar sus comodidades de Zaragoza marchando a Cuba y que nadie ni nada, lo detuvo. Y cuando efectivamente, llegó a Cuba, y apartado por completo de las intrigas políticas de España, se enteró allí con estupefacción de que el Ejercito entero, en masa, se había pasado al campo alfonsino. Hizo una serie de reflexiones al conocer estos detalles: "*En vano Castelar, con su prudencia política y espíritu discretamente conservador, había procurado consolidar la República, ideal de la revolución; el recuerdo de la indisciplina militar y de la vergonzosa lucha de Cartagena, la habían matado definitivamente en el corazón del Ejército y el pensamiento de las clases directoras del país*".

Volvió Cajal amargado de lo que en Cuba presenció y dijo: "*La característica de los políticos españoles consistió siempre en rechazar obstinadamente las lecciones de la historia; la frase efectista de: "Hasta el último hombre y la última peseta", ha pasado a la historia cual testimonio elocuente de cómo en España puede llegarse al pináculo del Poder sin poseer la perspectiva moral exacta de las cosas y sin la previsión y prudencia necesarias para salvaguardar los primordiales valores de una raza. Por no haber incurrido en la grosera equivocación de tomar como fortaleza real vanos alardes de un patriotismo teatral y garrulo, han conservado Portugal y Holanda sus colonias y las crea y acrecienta Italia…". "Ah qué hábiles fueron nuestros políticos prescindiendo de la habilidad*".

La catástrofe colonial de 1898 le coge en su retiro, cuando se enteró de la infausta noticia de la destrucción de la escuadra y de la rendición de Santiago, cayó en un profundo desaliento: "*Cómo filosofar* –dice- *cuando la Patria está en trance de morir*". Y sus trabajos sobre los entrecruzamientos ópticos, que estaban a punto de aparecer, quedan aplazados en espera de tranquilidad de espíritu que faltaba al sabio en aquellos momentos.

Aquel desfallecimiento tuvo la virtud de sacar a D. Santiago de la intimidad de sus trabajos de laboratorio, a la palestra política. Se marchó a los Estados Unidos solo cuando las autoridades y la prensa se lo exigieron para colocar al pabellón español a una altura envidiable, pero donde, en cambio, con todo sentimiento, tuvo que oír frases como la siguiente, que le dirigió su huésped M. Salisbury: "*Me complazco en alojar en mi casa a un español con sentido común*".

Mientras tanto la política preparaba al ilustre sabio una celada, la única que supo desprenderse a tiempo. Él mismo lo relató así: "*Por entonces ocurrían los vergonzosos*

sucesos de Barcelona. Montero Ríos hubo de dimitir y la jefatura del partido transmitida a Moret. Fue por marzo de 1906 cuando me expresó el deseo de que le prestara mi insignificante concurso. Excúseme como otras veces, escudado en mi inexperiencia parlamentaria, pero la elocuencia de D. Segismundo era terrible, y tuve la debilidad de apuntarle algunas reformas encaminadas a sacudir la Universidad española de su secular letargo. Y cuando yo esperaba que Moret se asustase de mi plan de reformas, que implicaba la demanda a las Cortes de créditos cuantiosos, constéstome jubiloso: "En cuanto se plantee la crisis, usted será mi Ministro de Instrucción Pública", y embobado por el ascendiente de su talento y la magia de su palabra, me abstuve de contradecirle. Semanas después recapacité seriamente acerca del arduo compromiso en que me había metido…, y bajo el peso de tales reflexiones escribí a Moret retirándole mi promesa y excusando mi informalidad…". Y aquí terminó la carrera política de D. Santiago, que en realidad no pasó de una conversación con Moret y unas reflexiones detenidas.

Para terminar reproduce unas frases de Cajal cuando este después de muchos años, ya en plena gloria científica, volvió a su pueblo nativo y, lleno de amargura, exclamó: "*Para la mayoría de los aldeanos no existen los placeres intelectuales que tan agradable hacen la vida y cuya brevedad compensan. Asomados a nuestros libros, periódicos, contemplando los dibujos, relaciones y fotografías de lugares lejanos, asistimos con la imaginación a todas las escenas y espectáculos del mundo haciendo nuestros en cierto modo los placeres de la Humanidad entera. Hay algo más triste que la miseria, y es la soledad mental*".

Y todavía lleno de piedad por los seres que vegetan en los míseros pueblos españoles, abrumado por la miseria y el abandono de aquel lugar y por la ausencia de toda comodidad y placeres capaces de hacer la vida amable, acabó el relato de su vista, preguntándose: "*¿Qué sería de estas existencias duras, de estos pobres solitarios del terruño, si la religión no acariciase sus almas rendidas por la fatiga y el dolor, con un rayo de esperanza? El escepticismo y las bellas filosofías materialistas o panteístas solo se compadecen bien con el aura mediocristas; el pobre, el atribulado, el enfermo, necesitan de una fe porque ni están para pensar en filosofías ni la ciencia puede hoy por hoy sustituir con nada los supremos consuelos de la religión*".

Palanca termina diciendo: "*Hombre de ciencia, desde luego. Maestro indiscutible. Pero, antes de todo, español. Y por buen español, hombre de ciencias sabio*".

La superpoblación de las capitales. 1943 (203).

Palanca se ocupa en este artículo de los problemas sanitarios derivados de la superpoblación en las ciudades. Desde la finalización de la guerra europea, la sensación era que las ciudades estaban llenas de gente, la circulación era muy difícil, las calles insuficientes. La situación se acusaba todavía más cuando el tiempo empeoraba y comenzaban las lluvias o las nieves. Si además la urbe –era el caso de Madrid- se asentaba sobre territorios pobres en agricultura y con escaso desarrollo industrial, las dificultades se acrecentaban. La convivencia humana estaba llena de incomodidades, ruidos y peligros.

Cuanto mayor era una ciudad mayores eran las posibilidades que tenían sus habitantes en adquirir una enfermedad infecciosa, por el mayor directo contacto con los afectados. Las grandes urbes no se hubieran llegado a formar si antes no se hubieran creado grandes hospitales destinados a descubrir y a tratar a los primeros casos de las epidemias.

Era importante disminuir el flujo de movimiento poblacional desde el campo a las ciudades. La mayor parte de los enfermos ingresados en la ciudad de Madrid tenían su origen en otras provincias. Durante los años anteriores a la publicación de este artículo y cuando España sufría una epidemia de tifus exantemático, una de las medidas que se adoptaron fue impedir el acceso a las ciudades como fuese. Se procedió al envío de los ciudadanos a sus provincias de origen. A estas personas se les entregó billete de ferrocarril, dinero y comida para el viaje, al mismo tiempo que se aumentaban las medidas de vigilancia de los viajeros que pretendían realizar su entrada en las ciudades. Todas las medidas fueron inútiles, los que parecía que se marchaban, aceptando el dinero y los billetes, aparecían a los pocos días de nuevo en la ciudad.

Los procedimientos de fuerza estaba destinados al fracaso, la única medida que podía haber sido eficaz hubiera sido mejorar las condiciones de la vida en el campo y en los pueblos, mejorando sus condiciones sanitarias y la asistencia médica.

En la antigua asignatura de Higiene que se estudiaba en las universidades españolas, no se hablaba de organización sanitaria –porque no existía-, ni de epidemiología, ni de estadística, ni de otros aspectos que ya en la década de los cuarenta eran inherentes a la Higiene. Convencidos de que la Universidad no iría hacia la Sanidad, se procedió a lo contrario, los sanitarios fueron a la Universidad y se consiguió que la asignatura de Higiene se pusiera en manos de los sanitarios profesionales.

Las últimas epidemias. 1943 (204).

El autor se refiere en este artículo a la descripción de tres focos de fiebre tifoidea muy interesantes que se desarrollaron en España a principios de los años cuarenta, cada uno de ellos fue diferente, ya que utilizó unos caminos muy diferentes de propagación de la enfermedad. A continuación pasa a describir los tres focos de fiebre tifoidea que se produjeron:

- **Epidemia del Puerto de Pasajes en San Sebastián**. Esta epidemia fue uno de los focos más importantes que se produjeron con 73 invasiones, 56 en un principio y 17 en los días consecutivos. La duración de la epidemia fue de mes y medio con 3 fallecimientos (4,22%), al comienzo de la epidemia se pensó que la causante era el agua contaminada, pero había barriadas enteras sin invasiones y los análisis bacteriológicos presentaban resultados de las aguas en perfecto estado sanitario. Sin embargo todos los enfermos habían comido almejas crudas, procedentes de un criadero espontáneo de una zona del puerto contaminado con aguas de alcantarilla. El olor de las almejas era característico y el comandante del puerto prohibió la pesca de estos moluscos, pero la gente siguió consumiéndolos. Las medidas que se pusieron en práctica fueron primero diagnóstico exacto de la enfermedad, del medio de transmisión, bacteriológico y epidemiológico e implantación de medidas en relación con los datos que se obtuvieron y que fueron las siguientes:

a. Medidas de aislamiento. Los enfermos afectados se aislaron en el hospital Municipal de San Sebastián.

b. Medidas de desinfección. Desde la estación sanitaria del Puerto de Pasajes se sometió a procesos de desinfección tanto a las ropas, a los enseres de los enfermos afectados como a sus casas.

c. Vacunación preventiva. El Instituto de Higiene de Guipúzcoa preparó una vacuna autógena, con el aislamiento del microorganismo en uno de los primeros enfermos in-

vadidos mediante la extracción de hemocultivos y con ella se vacunaron a más de 7.500 personas.

Como consecuencia de estas medidas, la epidemia se pudo controlar.

Las epidemias de tifus exantemático relacionadas con el consumo de moluscos no eran infrecuentes a principios de siglo XX y así en la tabla 81, se pueden observar las acaecidas a lo largo de estos años en España y en algunas ciudades europeas y sus causas.

- Epidemia en el Transatlántico "Magallanes". El vapor Magallanes tenía 5.312 toneladas de registro neto y se dedicaba al transporte de viajeros y mercancías entre los puertos del Norte de España y los de América del Norte y Central. Transportaba 600 pasajeros en buenas condiciones sanitarias. Contaba con siete tanques de almacén de hasta 1.191 toneladas de agua, se distribuían mediante una bomba accionada por la máquina del barco, y las hacía pasar por un filtro antes de entrar en las cañerías de distribución.

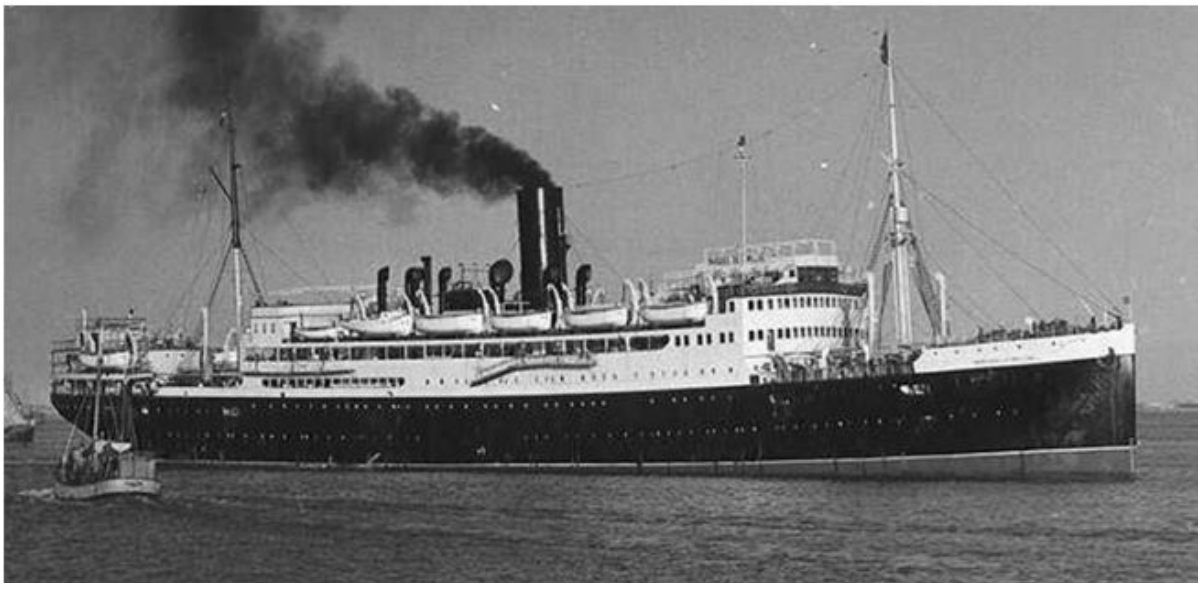


Figura 75. Trasatlántico Magallanes. 1942 (205).

El Magallanes tuvo varios incidentes epidémicos entre los cuales, el más importante fue el registrado en el año 1941 en que en La Habana (Cuba) existía una epidemia de fiebre tifoidea. El Magallanes desembarcó aquel año sus pasajeros en New York, después de tocar el puerto de La Habana y fue informado de que entre sus pasajeros había 10 (1,66%) de ellos que presentaban síntomas de fiebre tifoidea.

En los primeros días de agosto del año 1942, el Magallanes se dispuso a emprender un nuevo viaje y tras tomar agua en la traída de aguas de Santurce, embarcó a 193 tripulantes y se dirigió a Ferrol para limpiar fondos, tomando más agua de allí. En Vigo se embarcaron 268 pasajeros y tomó 263 toneladas de agua procedentes de manantiales libres de fiebre tifoidea. El barco demoró su salida por problemas relacionados con la guerra hasta el 6 de septiembre y mientras tanto se produjeron intoxicaciones alimenticias entre sus pasajeros, que muchos de ellos comían en tierra (23 casos de gastroenteritis aguda). El cuadro duraba un par de días sin lamentar ninguna muerte. Restablecidas las dificultades y achacada la epidemia a la batería de cocina del barco, el barco partió el

6 de septiembre rumbo a Puerto España, capital de la Isla de Trinidad. A los pocos días el día 11 de septiembre se presentó el primer caso de fiebre tifoidea. El barco llegó a su destino con cinco pacientes abordo y uno de ellos falleció durante el trayecto. El día 20 de septiembre partió hacia La Habana y durante el trayecto se produjeron un total de 16 invasiones y una defunción.

El servicio sanitario ordenó el desembarco y aislamiento de los enfermos y el lavado a fondo de las aguas del buque con hipoclorito cálcico. El 30 de septiembre el barco partió de nuevo para Nueva Orleans y tras realizar un análisis exhaustivo buscando portadores de microorganismos entre la tripulación, encontraron una persona lo que fue comunicado a las autoridades portuarias responsables. El barco llegó y atracó el 2 de noviembre en el Puerto de La Coruña y la epidemia con las medidas de aislamiento mencionadas, control de portadores y de desinfección se pudo controlar.

La Bacteriología junto con la Epidemiología pusieron en común el origen de las epidemias. La Inmunología y las prácticas de desinfección, actuaron contra los microorganismos productores, permitiendo una actuación inmediata, unidad a la hospitalización de los invadidos, fácil en todos los puertos. Mediante estas medidas se terminó con las grandes epidemias.

- Epidemia de Córdoba. En Córdoba la epidemia de fiebre tifoidea era endémica y su mortalidad era de 21/10.000 habitantes. Cada cierto tiempo esta epidemia se avivaba y se producían más casos de lo normal. Los casos se produjeron principalmente en los barrios enclavados en el paseo de Las Victorias, Gran Capitán y Las Margaritas. Se analizaron las aguas freáticas y las superficiales de 21 manantiales, que estaban en muy dudosas condiciones sanitarias. En la semana del 10 de mayo de 1942 se presentaron 72 invasiones y ante la alarma pública provocada, la Comisión implantó las siguientes medidas sanitarias:

a. Separación de las conducciones de agua destinadas al abastecimiento, de las destinadas al riego.

b. Remodelación del manantial, que parecía ser el origen del foco “Manantial Las Paradas” y sanear su lugar de captación, dotación de perímetro de protección, impermeabilización y cobertura del depósito.

c. Establecimiento de perímetros de protección en los manantiales de Vallehermoso, Santa Clara y Torrecilla.

d. Construcción de varios nuevos depósitos para poder alternar su limpieza en las aguas de Guadalmellato con depuración y construcción de filtros.

e. Implantación de medidas secundarias en las fábricas de hielo y establecimientos públicos.

Tabla 81. Características de las epidemias de tifus exantemático acaecidas en la primera mitad del siglo XX (204).

Ciudades Invadidas/ Año	Causa	Análisis químico	Invasiones	Fallecimientos/%
Puerto de Pasajes (S. Sebastián) (1942)	Almejas crudas		73	3/4,22%
Trasatlántico Magallanes (1942)	Agua contaminada	Control portadores	18	3/16,66%
Recordatorio histórico de epidemias europeas de tifus exantemático				
Southampton (1902)	Ostras		19	
Lorient (Francia) (1902)	Ostras		10	
Cette (Francia) (1906)	Ostras	275	67	
Madrid (1912)	Ostras	900 Ostras 144 (16,0%) contaminación	53	
Linares (Jaén)	Agua contaminada		400	45/11,25%

Finaliza este artículo aludiendo cómo algunos epidemiólogos clasificaban a las enfermedades infecciosas, y que era considerada muy poco científica –dice él-: "*Enfermedades de la incultura y enfermedades de la civilización*". Esta clasificación ofrecía una gran veracidad. De estos tres brotes que relata, todas ellos de la misma enfermedad, uno de ellos era secuela de las condiciones de la vida de aquella época, pero los otros dos eran ejemplos de las infecciones relacionadas con la incultura de la gente y termina diciendo que los sanitarios tendrían siempre que resolver problemas creados por una defectuosa educación del pueblo y de los políticos.

Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo. 1945 (206).

Hasta 1945 y comparando con otros países de nuestro entorno, en España no existía una verdadera Medicina del trabajo. Unos años antes era el Ministerio de Trabajo o sus antecesores en orden administrativo quién se ocupaba cuando existían conflictos entre los obreros y los patronos. Se trataba de solucionar los problemas puntuales, casi siempre con fines políticos pero sin entrar en el fondo de la cuestión o en el origen de los problemas, que en muchas ocasiones hubiera llevado al campo de la Medicina del trabajo. Por otra parte la Universidad tan celosa de sus derechos, no solía ir por delante de los acontecimientos, sino esperaban a que surgiesen y en esta cuestión, no se prestaba la menor atención.

Palanca explicaba que desde la DGS se realizaron varios trabajos de prevención y en especial se refiere a dos campañas; una sobre la "silicosis", en las minas de plomo de Linares y otra sobre la "Lucha contra el anquilostoma duodenal", con la que se logró la desaparición del parásito. Ambas campañas lograron el control de las dos enfermedades.

En el mes de agosto del año 1943 se celebró en Bilbao un Congreso de Medicina del Trabajo y en él se establecieron los fundamentos sólidos de la Medicina del Trabajo, se propuso la creación del Instituto de Medicina, Higiene y Seguridad del trabajo. El nacimiento del Instituto no fue nada fácil y en él se formaron grandes profesionales

especializados en la organización de cursos. Durante la formación de los especialistas se trataba de combinar clases teóricas con visitas a empresas, a fábricas y centros de importancia. El objetivo final de la formación, era que los especialistas fueran capaces de comprender y enjuiciar los problemas derivados de la Medicina del Trabajo.

El problema de la medicina preventiva. 1945 (207).

En este artículo se presenta un esbozo de los principales problemas para introducir en la sociedad una cultura higiénica y de medicina preventiva, entre los que se encontraban factores psíquicos y económicos. Por ello se centra en la salud escolar y la necesidad de la colaboración de los padres y maestros con el médico escolar. Se analiza el caso del tracoma entre la población escolar, sobre prevención, contagios, cuidados, tratamientos, censos de población enferma y sana entre los escolares y las dificultades de aprendizaje que provocaba y sus posibles soluciones. Esta grave enfermedad afectaba en España especialmente las provincias del litoral mediterráneo con una alta frecuencia en el Sureste. Se relacionaba directamente con el bajo nivel de vida y abarcaba con intensidad los años de la infancia, tratándose como una enfermedad crónica y acompañando al individuo hasta la vejez. En España se implantó una ficha epidemiológica muy completa adaptada a la modalidad de la endemia, donde se recogían datos epidemiológicos, datos de la exploración y datos de seguimiento. Las instructoras sanitarias se encargaban del seguimiento de los casos y los oftalmólogos realizaban las revisiones mensuales a todos los escolares. El maestro constituía un poderoso auxiliar del médico en la Lucha Antitracomatosa. Finaliza este artículo comentando, que si el niño afectado por el tracoma, se le añadía el fruto de la no asistencia a la escuela, sumado a una educación propia de unos medios sociales de bajo nivel económico, sería lógico que su futuro fuera de frustración, descontento y envidia en relación de sus compañeros.

Acción sanitaria sobre la juventud. 1945 (208).

El autor trata de transmitir a lo largo de este artículo, cuáles era los "puntos débiles" o los aspectos que no se habían desarrollado hasta 1945, sintetizando estos en tres grandes apartados:

a. Construcciones y mejora de edificaciones. Hasta ese momento se habían inaugurado una gran cantidad de nuevos Centros Sanitarios (dispensarios, sanatorios, institutos etc...).

b. Organización de servicios. Se refería a una enseñanza que aprendió durante su estancia en los EE.UU., en Baltimore en el año 1926: "*Los grandes edificios no sirven para nada si no están engarzados en una buena organización*". Insiste en que durante su mandato trató de influir sobre los siguientes puntos: contrato de número de personal sanitario necesario, controles de funcionamiento del personal, organización del trabajo en función de los intereses del público y de la Administración y adecuación de puestos de los funcionarios a su lugar de vivienda.

c. Acciones verdaderamente preventivas. El objetivo de él era, no disponer de muchos sanatorios y que estos estuvieran vacíos, lo que significaría la inexistencia de enfermedades infecciosas. Para conseguir esto se pusieron en marcha Campañas de Vacunación e higienización de las ciudades. Un aspecto que reconoce que se trató de forma insuficiente fue la "educación sanitaria de la juventud", referida a la enseñanza de Higiene en la escuela primaria. En la Ley que se había aprobado en relación con la Educación primaria,

solo se recogía en el artículo 8º: "*La educación primaria fomentará obligatoriamente la adquisición de hábitos sociales necesarios para la convivencia humana*", entre estos hábitos se supone que estarían incluidos los hábitos de carácter sanitario.

Hasta aquel momento la DGS en las medidas que venía tomando, no hacía otra cosa que recoger las bajas del "combate sanitario", pero Palanca pensaba que la única manera de evitar esas bajas era actuar sobre la infancia y la juventud, de forma que las generaciones futuras tuvieran un concepto diferente de la Sanidad. La creación de costumbres y hábitos higiénicos saludables eran absolutamente necesarios, si se quería que la mortalidad siguiera bajando en España.

Los problemas médicos de actualidad. 1946 (209).

Este artículo fue la transcripción de una conferencia que realizó el Dr. Palanca en el Colegio de Médicos de Madrid. Comenzó diciendo que siempre era peligroso someterse a la crítica de un auditorio selecto. Durante la conferencia habló sobre la situación profesional de los médicos, críticas de este colectivo y problemas de la clase médica de aquellos años. Los problemas eran muy complejos, derivados de casi todos ellos de fuera de la profesión y ponía como ejemplo: la mala distribución de los profesionales, la mala orientación de la profesión, el coste de la vida y la cuestión de dependencias y la desunión.

A lo largo del ejercicio de la Medicina pasó lo mismo que en el resto de las actividades humanas. Primero surgió un periodo de libertad total, en el que cada uno se ganaba la vida como podía, después surgieron las Sociedades Anónimas de asistencia médica y finalmente la intervención del Estado, que fue la llegada del SE. Para el porvenir Palanca preveía un ejercicio profesional parecido a la ley inglesa de la completa socialización de la Medicina. Los Colegios Médicos se podrían instituir en entidades colaboradoras del Seguro, pero sería un Proyecto completamente revolucionario, que Palanca pensaba que sería el mejor camino a seguir.

La gran aspiración de los médicos de APD era pasar a depender del Estado, ellos deseaban los beneficios económicos, pero no las consecuencias inmediatas de la responsabilidad y un régimen más severo que el anterior. Palanca no quiere presentar soluciones a los problemas y dice a los presentes que las colectividades se tenían que salvar por ellas mismas, aplicando la buena voluntad a la finalidad de defendernos a nosotros mismos y a la profesión médica.

Figura 76. Primera Casa del Médico Rural de España. Misa de campaña en el solar en donde se iba a construir la primera Casa del Médico Rural en España, en Gallur (Zaragoza) (210).

La Facultad de Medicina de la Universidad de Granada a principios del Siglo XX. 1950 (211).

En este artículo Palanca hace una descripción subjetiva de cómo fueron sus profesores de la Facultad Medicina de la Universidad de Granada de principios del siglo XX, cuando él cursó los estudios de Medicina. Llegó a la conclusión de que para sus profesores, la enseñanza de los fundamentos de la ciencia médica eran tan importantes como la educación social y si aquello se hubiera aprovechado por parte de todos los estudiantes hubiera sido seguro de gran utilidad. Cada profesor era un ejemplo a seguir, el contacto profesor alumno era muy íntimo y la ciudad muy pequeña, lo que hacía que la influencia fuera muy patente en sus vidas. El profesor que verdaderamente educó a Palanca durante cuatro años, fue D. Víctor Escribano, a quién le dedicó un artículo en la revista Actualidad Médica. La RANM le otorgó el Premio Courder. A continuación se resumen las características observadas por el autor en relación con sus profesores referidos en este artículo:

- Eduardo García Sola; catedrático de Histología, de él se aprendía que los esfuerzos jamás eran baldíos.
- Fidel Fernández Osuna, vida de trabajo y honradez.
- Federico Gutiérrez; profesor de Fisiología, corrección y serenidad. Llegó al convencimiento de la importancia que tenía en la vida de una frase agradable, una dicción correcta y una expresión correcta, lo que podría abrir muchas puertas en la vida.
- Antonio Amor y Rico; por su manera de tratar a los enfermos y su arte como cirujano.
- Antonio Velázquez de Castro; profesor de Patología Médica y por su caballerosidad.

Estos profesores sabían desempeñar su papel como maestros, con una importancia, con dignidad, unido a una simpatía personal que les llevaba a crearse influencia sobre los estudiantes que más tarde fue difícil de repetir.

También tuvo ejemplos de profesores para no seguir, como fueron:

- José Pareja Garrido; muy inteligente pero desprovisto de ambiciones y con excesiva modestia lo que le hacía no ser recomendable.
- Fermín Garrido; muy inteligente y de actividad prodigiosa, no comía, no descansaba y su salud se resentía debido a un trabajo excesivo.
- Martín Aguilar; muy arriesgado en sus intervenciones quirúrgicas, peligrosísimas en aquellos tiempos.

Palanca termina este artículo diciendo, que la mayor parte de las reacciones de nuestra vida profesional se deben a lo que aprendimos en las aulas, en momentos en que nuestro cerebro, joven y blando, se deja modelar fácilmente por el ejemplo de los maestros. No siempre más adelante se toma como modelo a profesores como Escribano, ni la caballerosidad de Velázquez, ni la corrección de Gutiérrez, pero Palanca declara que las enseñanzas que recibió en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada fueron algo más que los conocimientos de Medicina y que la mitad de los fracasados de la profesión médica no lo son por falta de conocimientos médicos, sino por falta de conocimientos sociales.

El progreso sanitario de España en la primera mitad del Siglo XX. 1950 (212).

Palanca divide su artículo en varios apartados: cómo era el ambiente sanitario a principios del siglo XX, desarrollo de las epidemias hasta la mitad del siglo, comportamiento

de la mortalidad general y la mortalidad infantil, desarrollo de labores legislativas y la organización sanitaria general, recursos económicos de que dispusieron y finalmente quiénes fueron los artífices que lo llevaron a cabo.

a. Ambiente sanitario a principios de siglo. Comenzó el siglo XX bajo la regencia de la reina María Cristina, con D. Mariano Azcárraga al frente del Gobierno, no existía ambiente entonces favorable para reformas sanitarias, a pesar de haber pasado por una epidemia reciente de peste que había causado mucho temor transmitida desde Oporto (Portugal). A nadie le extrañaba entonces que España padeciera constantes epidemias de viruela, tifus exantemático, tuberculosis y fiebre tifoidea que diezmase la población. Un ilustre sanitario de la época decía: "*Pocos países civilizados de Europa y de América hay que, en relación con su población total, tengan una mortalidad tan alta ocasionada por enfermedades infecciosas, o sea evitables como el nuestro*". Al llegar al poder Antonio Maura trató de modernizar la viejísima Ley de Sanidad de 1855, para ello le encargó a D. Carlos Cortezo el cambio y se llamó Instrucción General de Sanidad, que fue aprobada el 9 de enero de 1904. Desapareció la DGS y fue sustituida por dos inspecciones generales administrativas sin carácter político, una de Sanidad Exterior de Puertos y Fronteras y otra de Sanidad Interior para provincias. En 1922 se volvía a crear la DGS y a su frente fue nombrado el Dr. Martín Salazar que solo permaneció un año en el cargo y fue cesado al año siguiente. Existía también un Cuerpo Nacional de Sanidad con numerosos vocales.

b. Las epidemias del siglo XX. De las tres grandes pestilencias, solo dos nos visitaron en la primera mitad del siglo XX: la peste y el cólera. El cólera dio la cara por Vendrel (Tarragona) en 1912, ya la eficacia de la vacuna anticolérica no se discutía, se utilizaba con profusión y aquel brote aparecido fue reducido inmediatamente. Algo parecido ocurrió con la peste, tras lo ocurrido con el foco de Oporto, hacia 1923 hubo unos cuantos casos en Málaga y se terminó rápidamente el brote. La viruela fue la causa de 21.226 defunciones durante los primeros cinco años del siglo XX, este fue uno de los grandes triunfos de la Sanidad española. Las causas que consideró Palanca para que desapareciera la viruela fueron: la vacunación obligatoria que no existía previamente, la creación de hospitales para pacientes infecciosos, que reclamaba el Dr. Martín Salazar y los laboratorios productores de vacunas, pasó como la mejora de la incultura del pueblo que no creía en los efectos de la vacunación.

c. La Difteria. Durante el primer quinquenio del siglo XX las defunciones relacionadas con la difteria ascendieron a 23.577 pacientes, en los siguientes cinco años descendieron a 2.776, lo que supuso un ahorro de 21.000 vidas cada cinco años. Las causas de este descenso fueron, el uso de suero antidiftérico, centros diagnósticos y estudios de portadores, pero lo más importante fue la vacunación preventiva, que a raíz de la Guerra Civil se convirtió en obligatoria. La difteria prácticamente despareció de España.

d. Gripe. La epidemia de gripe sufrida en 1918 fue la más grande del siglo XX. En realidad fue una pandemia, acobardó a multitudes y causó grandes conflictos a muchos gobiernos, produjo 300.000 defunciones en España. Se presentó en dos fases una en primavera muy leve y otra en otoño muy seria. Hubo grandes contiendas entre los bacteriólogos de la época, disputándose el microorganismo causante, sin ponerse de acuerdo. La Guerra Europea tenía cerrada sus fronteras y para traer medicamentos de Francia hubo que realizar negociaciones diplomáticas.

La epidemia no respetó a nadie, ni a ninguna clase social, grandes debates violentos en las Cortes, con cruces de culpabilidades a distintos colectivos como los militares y especialmente al director general de Sanidad que hacía de "cabeza de turco". Se clausuraron las escuelas, se cerraron las visitas a los cementerios y la prensa publicaba las defunciones semanalmente. El Gobierno envió una Comisión a Paris (Francia) de médicos: Pittaluga, Ruiz-Falcó y Marañón, que a su vuelta tranquilizaron un poco a la población. La epidemia fue cediendo poco a poco y aquello, solo quedó en un triste recuerdo. Nunca se supo cuál fue la causa ni la propagación de esta epidemia.

e. Tifus Exantemático. El tifus exantemático, fue la enfermedad que más víctimas causó después de la tuberculosis en España a principios del siglo XX. En el primer quinquenio del siglo XX la epidemia supuso 41. 881 defunciones, había una relación directa con una gran contaminación en las aguas de consumo y en el descontrol de la evacuación de las aguas residuales. En el gráfico 25 se puede apreciar el descenso constante de la mortalidad por fiebre tifoidea en España desde el año 1901 a 1948 con el repunte del impacto de la epidemia de gripe y del periodo de la Guerra Civil española.

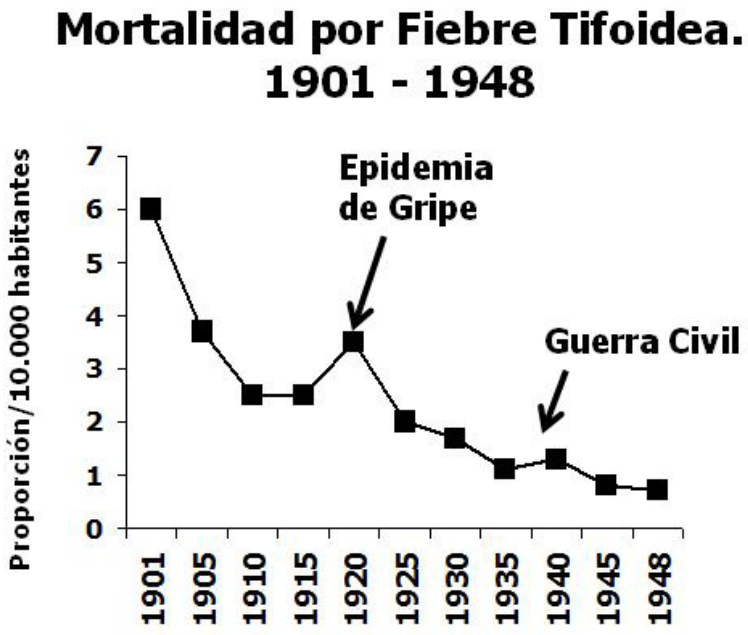


Gráfico 25. Mortalidad por fiebre tifoidea en España, desde 1901 a 1948 (212).

f. Paludismo. Hasta el año 1920 no se realizó una verdadera Lucha Antipalúdica. Los comienzos de la lucha fueron realizados por el Dr. Pittaluga, que hizo que se redujera a menos de un 10% las originadas por el *P. falciparum* e hizo desaparecer las formas de cuartana. La Guerra Civil supuso un retroceso y el aumento siguió hasta los años 1940-1943, en que se comenzó a hablar de "epidemia de paludismo". Desde ese año el Ministro de la Gobernación, intensificó la lucha, se importaron cantidades de medicamentos, se incluyó en la lista de EDO, se crearon 101 dispensarios nuevos y se usaron nuevos y modernos insecticidas de forma sistemática.

g. Mortalidad infantil. En el gráfico 26 se puede comprobar el descenso de la mortalidad infantil en nuestro país a partir del año 1944, con respecto al comienzo del siglo

XX. Este descenso supuso un ahorro significativo en vidas, que se debió a la labor de las Escuelas de Puericultura, las maternidades rurales y los servicios municipales y provinciales.

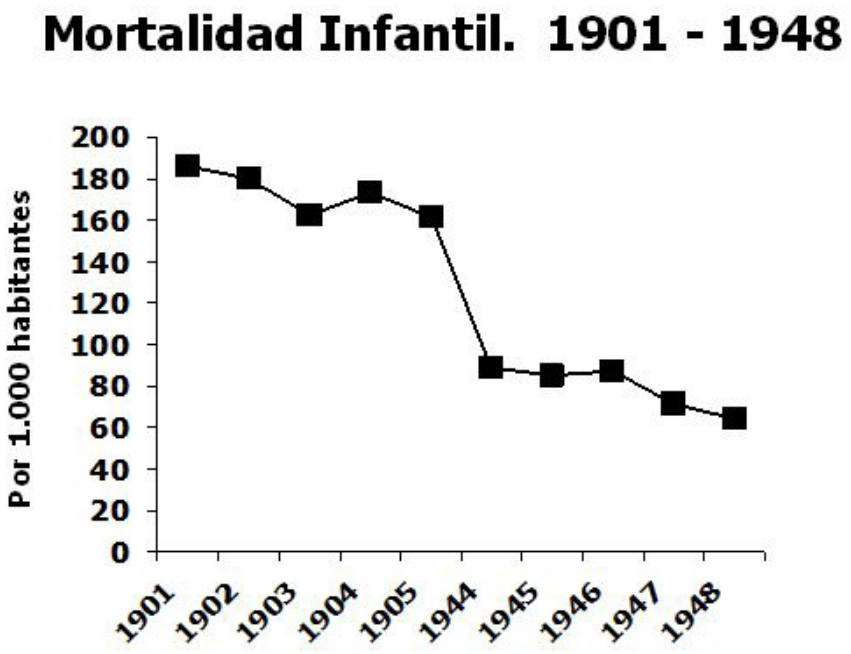


Gráfico 26. Mortalidad Infantil en España durante los años 1901 a 1948 (212).

h. Lepra. A comienzos del siglo XX se ignoraban todos los aspectos relacionados con la lepra, no había otro remedio en el tratamiento que las viejas leproserías que se encontraban instaladas dentro de los hospitales provinciales. Solo había una excepción; la leprosería de Fontilles, creada por el padre Ferri la única digna y todas ellas unidas sumaban 250 camas. A mediados de siglo XX se consiguió tener un censo de pacientes con lepra muy imperfecto, y se llegaron a catalogar 1.900 pacientes. Se construyeron tres leproserías más, una en Trillo (Guadalajara), otra en Toen (Orense) y otra en Arico (Canarias). Se inició la Lucha contra la Lepra y se construyó un preventorio en Chapinería (Madrid). Se realizó la compra de medicación para todos los pacientes y se inició el camino hacia la extinción esta enfermedad en un futuro próximo.

- Tuberculosis. Durante el primer quinquenio del siglo XX, la tuberculosis produjo 225.766 muertes. La tasa de mortalidad en 1945 había descendido, sin embargo el número de pacientes había aumentado, las razones eran las siguientes: los pacientes se veían más en los dispensarios, diagnosticaban y trataban mejor, la enfermedad por lo tanto era más larga, lo que se reflejaba en la mortalidad.

En 1901 no había camas para pacientes tuberculosos, dispensarios, la aportación del Estado eran 100.000 pesetas anuales. Desde entonces hasta mediados de siglo, se fueron construyendo a lo largo de la geografía española otros muchos centros. También se comenzó una campaña de vacunación de la BCG, que se extendió a toda España.

i. Labor legislativa y Organización Sanitaria General. El Estado a principios de siglo carecía de organización sanitaria, había obligaciones muy sencillas por parte de Ayuntamientos y Diputaciones, pero no había más. La organización empezó con Cortezo y con

Martín Salazar (figura 77), seguido de Murillo y Horcada. De ellos fue la idea de crear los Institutos Provinciales, que se transformaron en Centros Primarios y Secundarios.

Figura 77. Monumento al Dr. Martín Salazar en el sanatorio de La Pedrosa en Santander (6).

Figura 78. Inauguración de la "Casa del Médico". Centro Primario de Sanidad en Gerona. 1952 (6).

j. Recursos económicos. Los Presupuestos Generales del Estado, pasaron de 738.662 pesetas en el año 1900 a 169.183.000 pesetas en 1949. A esta cantidad había que añadir; 41.916.747 pesetas de Presupuestos de los Institutos Provinciales, 8.000.000 pesetas de la Lotería del mes de octubre, 1.000.000 pesetas de la Sobretasa de las postales de Navidad y 10.000.000 pesetas de las Aportaciones locales del PNA, lo que sumaba un total de 229.099.747 pesetas. En el gráfico 27 se expresa el descenso de la mortalidad por 1.000 habitantes, en relación con el aumento de los Presupuestos destinados a Sanidad y el aumento de la Población desde comienzo del siglo XX, hasta el año 1949.

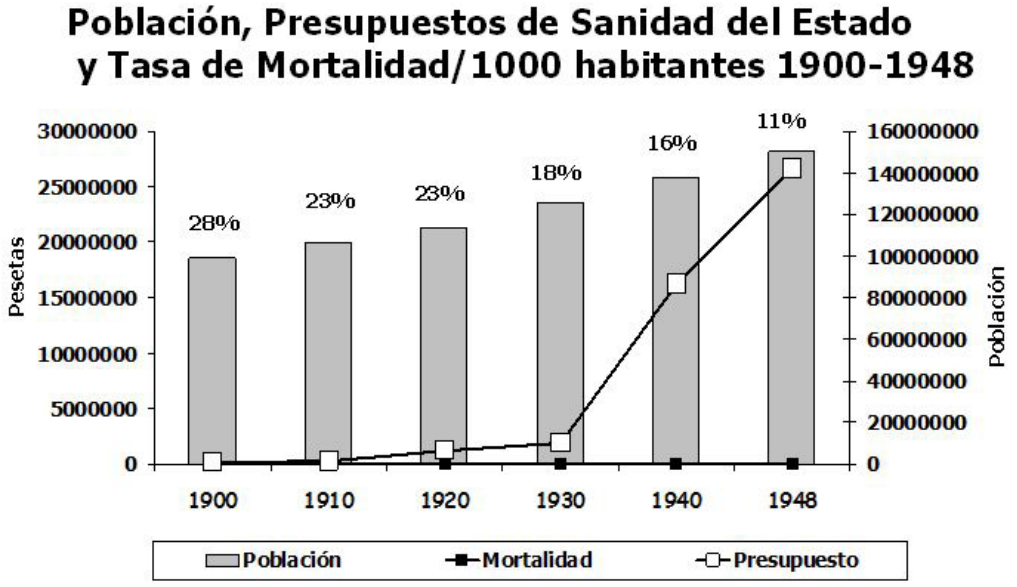


Gráfico 27. Relación entre la mortalidad general del país, la cuantía de presupuestos generales dedicados a Sanidad y el crecimiento de la población española desde 1900 a 1948 (212).

El descenso de la mortalidad según Palanca se debió a varios factores, la baja de toda clase de enfermedades, pero sobre todo a las enfermedades de la infancia de menos de un año y a la disminución de las enfermedades infecciosas. No fue solo el descenso de la tuberculosis, ni la Lucha Antipalúdica, sino las mejoras sanitarias en su conjunto. Palanca describe el fenómeno "Mills Reinke", que enseña la solidaridad entre distintas enfermedades, el saneamiento de las aguas de una ciudad disminuye las muertes por fiebre tifoidea, y también otras enfermedades transmitidas por el medio hídrico. Este fenómeno también se aplicaba a otras enfermedades que podían ser la causa de otras muertes, así las luchas anti infecciosas se entrelazaron y se complementaron dando como consecuencia un descenso de la mortalidad. Algunas enfermedades como el paludismo se favorecieron con los fenómenos climáticos, pero hicieron empeorar a otras como fue el caso de la tuberculosis, por su relación con la alimentación.

k. Los artífices. Palanca finaliza este artículo enorgulleciéndose de sus antecesores y recordando quienes fueron los artífices de la organización sanitaria en España durante la primera mitad del siglo XX, así mismo termina diciendo que esperaba que en el futuro se pudiera decir lo mismo de los futuros dirigentes.

Los problemas rurales. 1950 (213).

Palanca comienza diciendo: "*La Sanidad rural era el aspecto más olvidado y quizás el más importante de cuantos aspectos integran la organización sanitaria higiénica y nacional*". De los 28 millones de habitantes que tenía España en los años cincuenta, 20 millones vivían en el campo (71,5%), aunque había un alto movimiento migratorio de los pueblos a las ciudades, seguía siendo la población rural la que más influía en el estado sanitario del país. Había dos problemas sanitarios rurales que preocupaban a la DGS en esos años:

la organización sanitaria en sus aspectos de prevención y asistencia y por otra parte los problemas relacionados directamente con los profesionales. En este artículo Palanca se refiere únicamente a los primeros, los relacionados con la organización sanitaria y los divide en varios apartados:

Causas que dificultaban las resoluciones del problema.

- Enorme volumen del problema y la diversidad de regiones españolas afectadas.
- Multiplicidad de las jurisdicciones: el Ministerio de Educación se encargaba del régimen higiénico de las escuelas, el Ministerio de Trabajo regía él Seguro de Enfermedad, el Ministerio de Agricultura dirigía a los veterinarios, el Ministerio de Justicia se encargaba de la protección a los menores, los Departamentos de Defensa Nacional se encargaban del control higiénico de las concentraciones militares y el Ministerio de la Gobernación a través de la DGS el resto de las atribuciones desde el punto de vista sanitario.
- Superabundancia de las organizaciones que se estorban unas a otras en lugar de ayudarse. Cualquier modificación se traducía en muchos millones de pesetas de presupuesto.
- Necesidad de coordinación de servicios. Nadie podría pretender la unificación de todos estos servicios, pero sí de que existiese una coordinación entre ellos.

Centros Sanitarios Rurales. La creación de estos centros había pasado desde una fase de ensayo a otra fase de estabilización. Los Centros Primarios debían existir en todos los pueblos y los Centros Secundarios debían instalarse en los núcleos de población más grandes ya que en ellos existían especialidades y consultas de prevención.

Lucha de enfermedades infecciosas en el medio rural.

- Paludismo. El paludismo era la enfermedad infecciosa rural por excelencia, a primeros del siglo XX supuso el primer problema sanitario. Los nuevos tratamientos antipalúdicos, combinados con la aparición de los insecticidas modernos, hicieron que el paludismo comenzara a retroceder. Por ello los centros dedicados al control de esta enfermedad ya se iban reduciendo y los tratamientos de estos pacientes se debían transformar en el tratamiento de otras patologías.
- Las moscas como problema sanitario rural. En la ciudad de Madrid se habían reducido mucho las moscas tras la aparición de los motores de explosión y se iban sustituyendo los transportes de tracción animal por estos otros. La aparición de los modernos insecticidas fueron de una gran ayuda para la mejora de la Sanidad del campo.
- Fiebre tifoidea. La disminución del número de casos de fiebre tifoidea desde principios del siglo XX fue muy acusada, de 41.881 defunciones, descendieron en el año 1949 a 10.174, lo que supuso 31.697 menos de fallecimientos.

Las causas de las enfermedades infecciosas estaba muy relacionadas unas con otras entre sí. La mejora en los abastecimientos de agua repercutió en la tasa de enfermedades infecciosas transmitidas por el agua.

- Tuberculosis en los pueblos. La creación de la Escuela de Tisiología tuvo como objetivo el suministro de Tisiólogos a los Centros Secundarios y así que cada núcleo de población de 50.000 habitantes pudo disponer de una consulta de esta especialidad.
- La lepra en el medio rural. La lepra se manifestaba fundamentalmente en el medio rural. Todos los enfermos con esta afectación tenían que ser tratados y algunos de ellos

recluidos en centros. Se estableció como primera misión la prevención y en segundo lugar la curación de los enfermos. Fue muy importante la realización de un censo de pacientes para conocer la prevalencia de esta enfermedad.

- Mortalidad infantil y maternal. En el año 1949 se produjo un aumento de la mortalidad infantil pasando de un 64 a un 68/1.000 habitantes. Palanca lo achacaba a que tras un descenso previo tan pronunciado, con la implantación de medidas como: aplicación de medidas higiénicas, creación de maternidades rurales y grandes números de consultas de puericultura. Se debía pasar a actuaciones más finas con una labor más solida como campañas más extensas de vacunación, creación de hospitales de lactantes etc.

- Otros problemas rurales. Otros problemas eran los derivados de la vivienda por su falta o por estar estas en malas condiciones de habitabilidad, de los abastecimientos de agua potable y de la evacuación de las inmundicias.

Finalmente el autor termina explicando las causas de las diferentes epidemias surgidas a lo largo de la historia y como fueron resueltas.

Los problemas rurales II. 1951 (214).

Palanca dedica este artículo a comentar los problemas que tenían los médicos rurales en la década de los cincuenta del siglo XX.

Textos legales sobre Sanidad rural. Si se hubiera publicado una reglamentación sobre Higiene rural unos años antes, no se hubiera recogido en ese texto todo lo aprendido en la práctica desde 1945 a 1951.

Las realidades sanitarias del momento. Hasta ese momento se modificaron profundamente tres realidades sanitarias desde el año 1941: Las organizaciones sanitarias creadas por la DGS, el Seguro Obligatorio de Enfermedad y el alza de los precios en el coste de la vida.

1. Dirección General de Sanidad. Se extendió por todo el territorio nacional. Sus organizaciones eran las que más afectaban al mundo rural. Los beneficiarios eran los enfermos y en segundo lugar los profesionales que lo llevaron a la práctica.
2. Seguro Obligatorio de Enfermedad. En este apartado, el autor se hacía las siguientes preguntas: "*¿Van a seguir los médicos de APD dentro de su marco de organización actual, no variando ni en estructura, ni en funciones, ni en número?, ¿Van a ser necesarios los actuales hospitales dedicados a la beneficencia municipal o provincial?*"
3. Carestía de la vida. Este era un factor crucial en cuanto a las determinaciones sanitarias. Si en los sanatorios de la DGS el aumento del precio por ejemplo de un 400/100 en el aparataje de rayos X, el coste de los hospitales obligaba a ser mucho más alto y no era posible que el sueldo de los médicos quedara congelado.

El fundamento de la futura reglamentación. Tras los acontecimientos pasados se tendría que realizar una nueva ordenación del trabajo sanitario rural. Entre estos puntos tratados, el autor anota los siguientes:

a. Casa del médico. Este era un problema muy difícil de resolver ya que entraban en juego muchos aspectos personales y de los municipios en las cuestiones de habitabilidad. Después de hacerse varias preguntas, llega a la conclusión de que lo que había que construir son Centros Primarios de Sanidad, donde se pasasen consultas cómodas para los enfermos y para los profesionales y como complemento una vivienda donde el médico pudiera vivir junto con su familia. El propietario debía de ser el Ayuntamiento o

el Seguro. En la figura 79 se puede apreciar un grabado tipo de Casa de Médico tomado de la Diputación de Asturias, donde se construyeron veinticuatro casas para médicos. La planta baja se destinaba a Servicios Sanitarios y en la planta superior se ubicaba la vivienda del médico; con cinco alcobas, comedor, cuarto de baño y cocina. Su coste era inferior a 180.000 pesetas.

b. Multiplicidad de funciones. Otro problema que se planteaba era duplicidad de funciones en el caso de los médicos titulares, por una parte eran municipales de Sanidad, por la otra eran médicos de APD y además una tercera condición de ser médicos del Seguro. El autor presenta a continuación dos soluciones: que los ayuntamientos contratasen con él SE la asistencia de su población y que los ayuntamientos tuvieran exclusivamente el número de médicos necesarios para la asistencia a los enfermos de beneficencia.

El procedimiento que funcionaba en aquel momento para la provisión de plazas de APD, estaba lleno de defectos, aunque fue hecho por los mismos médicos de APD. Termina este apartado diciendo que en aquel momento había descendido la mortalidad gracias a que los médicos de APD diagnosticaban y trataban mejor a los enfermos en las zonas rurales, los centros sanitarios les proveían de medios de diagnóstico y tratamiento que anteriormente no disponían y porque la cultura del pueblo había también mejorado.

c. La edad de jubilación. Palanca pensaba que la edad de jubilación tenía que ir a remolque del estado sanitario del país.

Resumen. En un país en fermentación de nuevas ideas sanitarias, era muy difícil lograr una reglamentación perfecta de un servicio como la Sanidad rural. Exponer cual era la solución definitiva y más favorable en aquellos momentos era más difícil todavía. Lo más lógico sería implantar un servicio provincial de una única jefatura con tres ramas: sanitaria, asistencial e inspectora. Para que los centros funcionaran bien era indispensable una constante inspección de los mismos sobre ellos con personas con experiencia en ello.

Dificultades para conseguir las nuevas orientaciones. Era mucho más difícil modificar una estructura ya existente que crear un nuevo servicio. Desde la DGS se sabía que la asistencia médico-rural no estaba bien estructurada y que no debía seguir así, había que romper viejos moldes, modificar un sistema que venía de siglos atrás y sustituirlo por otro con otra reglamentación.

Figura 79. Grabado tipo de Casa de Médico tomado de la Diputación de Asturias (214).

Pepe Pareja o la Bondad. 1952 (215).

Palanca pensaba que los grandes triunfadores que lograban llegar a la meta, lo hacían gracias a una serie de circunstancias y condiciones muy complejas. Así se pueden obtener muy variadas versiones y juicios muy distintos de un mismo personaje, según la persona que los examina y según también las circunstancias que concurren en ellos y estas atienden a una o a otra faceta del enjuiciado. Los resultados nunca son del todo muy buenos ni muy malos. Había sin embargo ocasiones, en que se presentaba alguna condición muy acusada, en que Palanca llamaba "carácter dominante". En este caso todos trataban de enjuiciar a través de ese patrón. El caso de Pepe Pareja, parecía que ese patrón era "la Bondad". Coincidieron en la Universidad, era lo suficientemente inteligente para no tener que "matarse sobre los libros" y le sobraba cierto sentido del humor inocente. Cuando finalizó sus estudios, ambos partieron por caminos diferentes. Volvieron a encontrase durante la República, Pareja era Diputado en Cortes por Granada y Palanca lo era por Jaén y pertenecían a partidos políticos diferentes, aunque no había grandes diferencias entre ellos.

Finalizada la guerra, se volvieron a encontrar en Madrid, los dos años de guerra fueron más duros para Pareja que para Palanca, en su cara llevaba reflejados los sufrimientos que había padecido. Físicamente había envejecido y comenzaba a padecer enfermedades, sin embargo su espíritu no había cambiado, seguía igual que siempre. Una encantadora conversación, aunque con tintes de amargura, que nunca lo abandonó ya. La tragedia española, el odio entre los dos bandos, tan contrario a sus esencias, le debió dejar impresionado.

Finaliza este artículo diciendo que los médicos españoles tuvieron dos tipos de maestros: los que primorosamente enseñaron solo Medicina y los que prolongaron su profesorado fuera de la Universidad y enseñaron con su palabra y su ejemplo a ser buenos, honrados y a ser humanos. Palanca incluye a Pareja dentro de esta última categoría.

Figura 80. Solemne Sesión Inaugural Curso 1952 en la RANM (216).

En memoria de un médico militar. 1952 (217).

Palanca describe en este artículo cómo fueron concedidas dos cruces de La Orden Civil de Sanidad concedidas a título póstumo dos médicos residentes en La Habana, isla de Cuba el Dr. Delgado y a su hijo Abelardo Delgado Alonso. En aquella época pocos médicos españoles desconocían los desastres que causaba la fiebre amarilla en el Imperio Colonial español y las epidemias que había por esta razón en España. Por lo tanto las enfermedades no quedaban acantonadas en Cuba, pese a las grandes distancias y los medios de transportes de que se disponía entonces, la fiebre amarilla atravesaba las aguas del Atlántico, llegaba a las costas de levante y más adelante finalizaba en Madrid.

La historia de España colaboró durante el siglo XIX en algunos sucesos políticos en las devastaciones que logró la fiebre amarilla. Así relata Palanca que ocurrió cuando las tropas de Riego dieron el "grito" de Cabezas de San Juan, extendiendo la Constitución y el vómito negro por todo el Levante. Fue preciso que pasase casi un siglo para llegar a comprender fenómenos imposibles de comprender como la transmisión de las enfermedades infecciosas con sus contradicciones. El esclarecimiento corrió a cargo de un médico cubano; el Dr. Finlay auxiliado y asistido por el Dr. Delgado y de su hijo Abelardo Delgado.

Palanca desde los seis meses hasta los diez años de edad vivió en Cuba y pudo comprobar cómo las enfermedades infecciosas hicieron estragos en los ciudadanos cubanos y sesgaron muchas vidas, en especial la fiebre amarilla. Finlay tenía o no razón (del Dr. Delgado nadie hablaba), al suponer que algunos mosquitos podían ser los transmisores de la enfermedad. Los primeros estudios experimentales los realizó Finlay, con Delgado con los soldados afiliados en la Cabaña en Cuba, gracias al capitán general D. Ramón Blanco.

Figura 81. Carlos Finlay de Barres (218).

La idea de una posible transmisión de enfermedades por insectos era antiquísima y se remontaba a Lancisi en 1718, fue Manson en 1878, el que demostró que algunas filarias podían vivir y desarrollarse fuera del organismo de algunos mosquitos, pero su transmisión al hombre sano no se confirmó por Bancroft hasta el año 1899. Manson y Ross en la India, en 1897, establecieron el ciclo del mosquito y su transmisión al hombre sano. Sólo

a partir de aquel momento pudo inferirse que lo que era seguro para el paludismo, podía ser también para la fiebre amarilla, aunque ya se barruntaba era más difícil de comprobar que en el caso del paludismo que ya se conocía a la perfección el agente causal.

En enero del año 1952 un médico guipuzcoano, el Dr. Valle Lersundi visitó a Palanca llevándole una biografía del Dr. Delgado y explicándole las aportaciones científicas en la ciudad de La Habana junto al Dr. Finlay. El Dr. Valle hizo ver a Palanca el injusto olvido en el que había quedado Delgado y su hijo, es por ello que se condecoró a este médico y a su hijo con la Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad. Esta condecoración no premiaba ciertamente la personalidad, sino a sus descendientes.

Cuestiones de propaganda en la asistencia médica. Modernas orientaciones de la Lucha Antituberculosa. 1953 (219).

Palanca se refiere en este artículo a las repercusiones que en la Lucha Antituberculosa ocasionaban los nuevos medicamentos y los nuevos métodos diagnósticos de la enfermedad tuberculosa. Los fenómenos que ocurrían en España, también sucedían al mismo tiempo en el resto del mundo civilizado, la mortalidad bajaba y las epidemias poco a poco iban descendiendo. En relación con la meningitis tuberculosa, el autor se refiere a una reunión de tisiólogos que se realizó en el año 1952 para estudiar los primeros resultados de los nuevos tratamientos y las opiniones adversas que estos causaron. La DGS creó dentro del hospital del Rey un pabellón dentro del infantil dedicado a la meningitis tuberculosa, que hasta ese momento había llegado a tratar a 304 niños.

La propaganda y la publicidad eran importantes en la organización sanitaria ya que estaban dirigidas al aumento de la cultura sanitaria de la población. Ya nadie discutía la valía de los nuevos tratamientos contra la tuberculosis si esta se hacía desde un especialista competente con receta facultativa. Había un potencial peligro en el tratamiento con las nuevas drogas y es que algunos enfermos pensaban que estos tratamientos ofrecían un mayor éxito y que con ello se podía evitar el ingreso en los sanatorios.

Otro punto a resaltar es que se necesitaban métodos diagnósticos en las edades tempranas de la vida, ya que se disponía de estos métodos de detección de los afectados a partir de los veinte años de edad, el Ejército acababa de instalar fotoseriadores en número suficiente para catalogar a todos los reclutas al ingreso en el mismo. Palanca pensaba que el Ministerio de Educación debería establecer el mismo sistema en las escuelas primarias, con lo cual se habrían establecido dos líneas de lucha contra la tuberculosis. Tras esto el Patronato Nacional Antituberculoso podría transformar algunas de las 27.000 camas hospitalarias de que disponía, en preventorios y sanatorios infantiles. El problema de la meningitis tuberculosa precisaba de una mayor organización que la que existía, no bastaba con el hospital del Rey, necesitaba un pabellón para estos pacientes en cada capital importante.

Palanca termina felicitando a los Dr. Vallejo de Simón, García Alonso Torres Gost y a tantos otros que durante muchos años en silencio lucharon por estos enfermos.

Resultados y nueva orientación de la Lucha Antituberculosa en España. 1954 (220).

La primera vez que Palanca asistió a un acto académico, fue en Granada, tras haber fundado un ateneo médico-escolar en diciembre de 1901. Encargaron una conferencia al profesor D. Víctor Escribano titulada “Anatomía de los Anatómicos del siglo XVI”. Este

profesor, dijo algo que a Palanca se le quedó grabado para el resto de su vida: "*Llevemos a los anfiteatros, laboratorios y clínicas, el trabajo redentor, que si lo hacemos, yo me reiré de esos tristes augures que graznan y zumban pronosticando la inmediata pulverización de nuestra noble España, como graznan y zumban las cornejas, pájaros de mal agüero, alrededor de los castillos señoriales cuarteados. Yo me reiré de los libros y folletos de esos personajes; pues mientras seamos laboriosos seremos verdaderamente sabios y libres*".

Antecedentes históricos. Palanca parte de la evolución de la historia sanitaria de España en este artículo, de lo que sucedía en este país desde los últimos días del siglo XIX, en el momento en que comenzaba su vida universitaria. En España ocupaba la regencia Dª María Cristina de Habsburgo y era el jefe del Gobierno y Ministro de la Gobernación, el general Azcárraga de quién dependía D. Javier Ugarte, los servicios Sanitarios. En España había demasiados conflictos y poco dinero, como para pensar en solucionar problemas sanitarios. La mortalidad general era enorme (29/1.000 habitantes año) y solo la tuberculosis, había sido la causa en diez años de 350.000 defunciones. El presupuesto que dedicaba el Estado no pasaba de 738.000 pesetas, de las que 100.000 se dedicaban a combatir la tuberculosis. Hacia 1916 la situación con respecto a la tuberculosis comenzaba a variar, no se debía solo a lo tisiólogos, sino a los médicos generales y a los sanitarios, y los índices de mortalidad empezaban a tender a la baja. La reina Victoria Eugenia creó el Real Patronato Antituberculoso que abrió en Madrid tres dispensarios: María Cristina, Victoria Eugenia y Príncipe Alfonso. Se instituyó la "Fiesta de la Flor", que en aquel año, aportó 113.000 pesetas. La Dictadura del general Primo de Rivera, abrió el sanatorio de Tablada, que fue destruido en la Guerra Civil y reconstruido posteriormente. Posteriormente se inauguró el hospital de San Rafael.

Figura 82. Fiesta de la Flor año 1913 (20).

Período de Guerra. En el mes de diciembre de 1936, el Generalísimo Franco, firmó en Salamanca un Decreto organizando el Patronato Nacional Antituberculoso y nombrando al general Martínez Anido su presidente. Se construyó un sanatorio con capacidad para cien pacientes, en cada provincia liberada, lo que sumaron un total de 3.500 camas dis-

ponibles. Sus objetivos fueron los siguientes: asentar las bases del futuro en materia de tuberculosis. Recoger los pacientes tuberculosos abandonados en aquellos trágicos momentos. Realizar una labor propagandística. Los edificios fueron cedidos al Patronato Nacional Antituberculoso, los muebles y enseres fueron donativos particulares o de corporaciones.

Periodo post-guerra. La guerra había destruido todos los sanatorios enclavados en la sierra del Guadarrama. El sanatorio de Húmera había desaparecido y se acometieron las tareas de reconstrucción desde todos sus aspectos, tanto legal como material. Todo se hizo bajo la dirección del entonces Ministro de la Gobernación, D. Blas Pérez González.

Plan de construcciones. Las normas generales que se establecieron para el plan de construcciones de nuevos sanatorios y dispensarios, se resumen así:

- Se valoraron los edificios que se habían construido susceptibles de poder aprovecharse.
- Se realizaron planes a corto plazo, ya que el progreso haría modificar en un plazo corto los planes que se establecieran y serían pronto inservibles. Se partió de la creación de una cama por defunción, lo que ascendió a un total de 25.000 camas sanatoriales.
- Se solicitó la correspondiente ley que sirviese de norma legal para las construcciones. Se construyeron sanatorios en situaciones muy austeras. Antes del comienzo de la guerra, el precio de la cama era de 5.000 pesetas, en el curso de la misma se elevó a 10.000 pesetas y en el momento de esta publicación el coste había aumentado hasta 75.000 pesetas.
- El sistema de construcción fue siempre el de subasta y solo excepcionalmente el de concurso o administración directa.

Palanca pasó unas semanas en Italia estudiando el tema y al regresar se fijó el tipo de construcción de montaña y se realizaron los anteproyectos arquitectónicos. Se rechazaron los grandes sanatorios que se suponían difíciles de dirigir y los demasiado pequeños por ser onerosos en su funcionamiento. La media de aforo oscilaba entre 250 y 400 camas.

Se comenzó la organización del servicio en un momento en que no habían llegado aún al campo terapéutico las nuevas modificaciones que surgieron con posterioridad, pero ya quedaba atrás la época en que toda posible curación de la tuberculosis se basaba en el clima y la sobrealimentación. Además de los sanatorios se construyó una red tupida de dispensarios en casi todas las capitales de provincia, generalmente ubicadas en los Institutos Provinciales de Sanidad.

Preparación del personal técnico. En los comienzos del plan, se tuvo que admitir a todo el personal que había pertenecido al Real Patronato, en su mayoría estaba muy bien preparado. A partir de aquel momento el personal ingresaba en el cuerpo por oposición. También se dispuso de numerosas Becas de la OMS que se concedieron para estancias en el extranjero.

La tuberculosis como enfermedad social. La campaña tuvo un gran apoyo del Gobierno y de las corporaciones oficiales. En los últimos años, se establecieron conciertos con el SOE y los sanatorios, desde el punto de vista quirúrgico.

Fotoseriación. Si se realizaba un diagnóstico rápido de las lesiones incipientes, la tuberculosis, se podía curar con los medios que se contaban. En la primavera se recono-

cieron a 102.836 reclutas, de ellos 1.825 (1,77%) presentaron una infección latente y 979 (53,64%) estaban claramente infectados por la bacteria.

Coste de la Lucha Antituberculosa. La parte esencial de la campaña la costeaba el Presupuesto General del Estado. En la tabla 82 se puede apreciar el coste que supuso durante los años 1937 a 1953 dicha campaña.

Tabla 82. Coste de la Campaña de la Lucha Antituberculosa durante los años 1937 a 1953 (220).

Año	Coste en pesetas
1937	12.000.000
1940	15.000.000
1941	30.000.000
1942	30.000.000
1943	40.000.000
1944	49.500.000
1945	49.500.000
1946	57.000.000
1947	57.000.000
1948	77.000.000
1949	83.000.000
1950	93.000.000
1951	127.000.000
1952	143.000.000
1953	331982.000
TOTAL	**1.194.982.000**

Se contó con la lotería del mes de octubre que sumaba un total de 7.000.000 de pesetas. También se realizó un sello para esta campaña, que solo se utilizaba en esas fechas. La Fiesta de la Flor era más bien un día de propaganda, que un ingreso de importancia, pero a pesar de ello, en algunos lugares se recaudaba gracias a ella cierta consideración de dinero; Madrid 10.000.000 pesetas, Bilbao 880.000 pesetas, Barcelona 1.500.000 pesetas, Las Palmas 1.000.000 pesetas y Sevilla 400.000 pesetas. En algunas ocasiones se pudo contar con algún ciudadano que donó hasta 2.000.000 de pesetas como contribución a la campaña.

Errores cometidos. Uno de los grandes errores fue el emplazamiento de alguno de los sanatorios. En su ubicación intervinieron dos factores distintos: la mortalidad por tuberculosis y la presión política local. Se debió hacer caso omiso a lo segundo y atenerse exclusivamente a las necesidades epidemiológicas. Había enfermos que podían permitirse sufragar los gastos que ocasionaban y se debió haber constituido un sistema especial de pago para ellos.

Se creó la Escuela de Instructoras por donde pasaban todas las enfermeras del Patronato Nacional Antituberculoso, pero aquello no bastaba, aunque pensaron que el nuevo Plan de Estudios aprobado por el Ministerio de Educación proporcionaría muchas y mejores enfermeras.

Resultados. La Campaña Antituberculosa en España coincidió con tres acontecimientos fundamentales: progresos de la técnica radiológica, con las modernas técnicas quirúrgicas y con el advenimiento de las nuevas medicaciones (PAS, antibióticos e Hidracidas). En cuanto a estas medicaciones, su empleo comenzó en España, en abril de 1951. En la tabla 83 se pueden observar cómo fueron descendiendo las defunciones relacionadas con la tuberculosis.

Tabla 83. Defunciones por tuberculosis en España 1950-1953 (220).

Tuberculosis	Años			
	1950	1951	1952	1953
Índice/1.000 habitantes		92,6	55,0	40,43
Aparato Respiratorio	23.084	20.563	12.388	**9.014**
Otras localizaciones		5.643	3.583	**2.519**
TOTAL Nº casos	**23.084**	**26.206**	**15.971**	**11.533**

Las razones por las que se produjo una reducción tan importante de la mortalidad, sucedieron en casi todos los países en los que existía un plan de Lucha Antituberculosa. Los técnicos en estadística de la Organización Sanitaria Mundial, coincidieron en que este fenómeno constituyó uno de los acontecimientos más sensacionales que se había registrado en la Sanidad Pública. Las causas de esto fueron las siguientes:

- Empleo de tuberculostáticos en el tratamiento de la enfermedad.
- La reducción se hizo más patente en la edad juvenil y en el sexo femenino.
- Puesta en marcha de un plan de vacunación con la BCG.

XIII Conferencia Internacional contra la tuberculosis. En esta Conferencia se llegó a las siguientes conclusiones, con el objetivo de hacer desaparecer la tuberculosis de la superficie del globo:

- No se construirían mas sanatorios, se finalizaría la construcción de los que estuvieran ya empezados y se cerrarían los que estuviesen en situación defectuosa.
- Se dotarían bien los restantes de personal, material y medicamentos.
- Se fijarían los centros quirúrgicos para poder realizar todo tipo de cirugía.
- Se realizaría una reglamentación oficial en las farmacias de los antibióticos y de los tuberculostáticos.
- Se aumentaría la fotoseriación y el plan de vacunación con la BCG.

Palanca finaliza este artículo, diciendo que evidentemente la suerte existió y que estuvo de su parte y se pudo aprovechar, ya que si no se hubiera contado con sanatorios, con dispensarios y con aquel personal capacitado, de nada hubiera servido el disponer de los descubrimientos que después llegaron. Concluye diciendo: "*No pasará un cuarto de siglo sin que la tuberculosis, en todas sus formas, pero sobre toda, la pulmonar, haya dejado de ser ese terrible problema social que a través de su historia ha flagelado implacablemente a la Humanidad*".

Figura 83. Fotografía tomada durante el acto del décimo aniversario del Patronato Nacional Antituberculoso en el año 1947 (6).

La acción sanitaria de las epidemias gripales. 1957 (221).

Palanca hace una revisión de las epidemias de gripe ocurridas en nuestro país la "Gripe española" en el año 1918 y la "Gripe asiática" en el año 1957. El autor comenta que la gran mortalidad de la gripe de 1918 se debió a la proliferación de los microorganismos vulgares que aumentaron su poder patógeno y su virulencia añadida a la del bacilo de Pfeiffer. Los bacteriólogos se dividieron en dos grupos: unos partidarios del bacilo de Pfeiffer y otro grupo de los que lo atribuían al estreptococo. En el caso de las dos epidemias no había en España un tratamiento eficaz contra la gripe y se presentaron opiniones contradictorias: unas a favor de utilizar el suero antidiftérico mezclado con agua azucarada como tratamiento preventivo, y otras utilizaron otros métodos. En el año 1957 se seguía conociendo muy poco de este virus, aunque había aumentado el arsenal terapéutico y, aunque los antibióticos disponibles para el tratamiento de las complicaciones, hubieran mitigado la gravedad de la epidemia. En la década de los cincuenta, el caballo de batalla era la vacunación preventiva, se desconocía el tipo y el tiempo de inmunidad que producía. Resume las medidas que recomendaría desde su punto de vista en la prevención de la gripe:

- No imponer la vacuna antigripal como obligatoria para toda la sociedad, ya que no había todavía demasiada experiencia en su uso y sin embargo la dejaría de forma voluntaria.
- Las autoridades sanitarias deberían estar preparadas para el tratamiento rápido de los afectados y tratar de hacer una previsión de los posibles futuros casos para organizar en el caso de su aparición de una correcta asistencia.
- Realizar campañas de Higiene individual y colectiva para que las Corporaciones mejoraran sus servicios.
- Tranquilizar a la población, ya que durante el transcurso de las epidemias ocurridas, uno de los factores más peligrosos siempre fue el pánico.

El Premio al Dr. Torres López. 1959 (222).

La vejez no se medía ni por las canas, ni por las arrugas, sino por la sensación de soledad, y una continua desaparición de los amigos y compañeros. En aquel momento el que lo hacía era el Dr. Torres López. Habla durante este artículo de su estancia en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, que donde con escasos medios obtuvo muy buena enseñanza. Allí surgieron catedráticos como D. Víctor Escribano y también muy buenos alumnos como Pareja Yévenes y de Torres López, que emprendieron dos tareas gigantescas: la sustitución de la vieja facultad por la nueva y la unión de los alumnos que habían pasado antes y después por ella formando un cuerpo único. El primer objetivo fue dificilísimo por las dificultades económicas del país, pero al final el entusiasmo y la tenacidad triunfaron. Se dijo de ellos que gastaron su vida sacrificándola por sus ideales. Torres López quería que la facultad de Medicina fuera espléndida, cobijando bajo ella los alumnos esparcidos por el territorio nacional, que en algunas ocasiones sobrepasaron al extranjero. Esto le llenó de satisfacción. Esto sí que fue un premio para Torres López.

El lazareto de Mahón I. 1958 (223).

Palanca realiza tres artículos sucesivos sobre los problemas de las epidemias relacionándolos con El lazareto de Mahón (Menorca). Este primer artículo comienza cuando el Dr. Aristoy, -el responsable del lazareto-, le envía una serie de fotografías pidiéndole que se conservase el mismo. Palanca decidió realizar un viaje junto con el Dr. Turégano para visitar el lazareto y con ello se llevó una grata sorpresa durante su estancia.

El lazareto estaba muy bien conservado, tenía dos cementerios, dos torres de vigilancia y disponía de grandes archivos. Palanca pudo observar que en Menorca en otros tiempos había Juntas de Sanidad, sucesoras de las antiguas "Morberías", donde vigilaban los barcos sin novedades sanitarias, mientras que los barcos en cuarentena tenían que estar fondeados alrededor de un islote fuera de la bahía. La peste de Marsella del siglo XVIII fue la causante de tener que construir el lazareto de Mahón, la construcción fue aprobada por el conde de Floridablanca. El terreno fue tasado en 9.018 libras y el Gobierno libró 300.000 pesos de la Santa Cruzada en la Península de Felipet. La primera piedra para su construcción se colocó el 15 de noviembre de 1796. La Guerra de la Independencia convirtió el lazareto en un cuartel. En 1809 se enviaron 1.000 pacientes del ejército de Cataluña. En 1817 se inauguró el lazareto con su función sanitaria, como cuarentena de la "Bombarda española Antonia". Durante los tres primeros años entraron 630 barcos con 7.307 tripulantes y 2.062 pasajeros. El lazareto constaba de hospederías, para las tres clases de pasajeros (primera, segunda y tercera), 141 habitaciones, dos enfermerías, 49 cocinas, 53 retretes, cuerpo de guardia, caballerías, huertos y una capilla, dos cementerios uno católico y uno civil. Todas las puertas estaban cerradas y se disponía de 372 llaves.

El 13 de agosto de 1821, llegó al lazareto el Javeque "Constitución" procedente de Barcelona para someterse a cuarentena por fiebre amarilla, y dio lugar a una de las epidemias más mortíferas de las sucedidas en el lazareto, en ella murió el alcaide, el sacerdote y varios empleados. El hecho no tuvo explicación hasta muchos más años después en que Finlay encontró el papel del mosquito *Aedes* en el contagio y transmisión de la enfermedad, ya que el Dr. Martín Salazar pudo encontrar durante el verano los mosquitos transmisores de la fiebre amarilla. La última gran cuarentena registrada fue la del cólera del año 1885. Durante los años 1914 a 1917 en que el Dr. Martín Salazar fue inspector de Sanidad en Menorca, saneó el lazareto de Mahón, instaló nuevos laboratorios y estufas de desinfección.

Palanca llegó a la conclusión con su visita de que había que conservar el lazareto, con sus vestigios gloriosos de otros tiempos. Comprendió que la única manera de conservarlo era asignarle una función activa y mantenerlo en condiciones, por si en algún momento se tuviera que poner en marcha como establecimiento cuarental. Las autoridades sanitarias decidieron que el lazareto de Mahón se destinaría para descanso de los trabajadores de la Sanidad en época de vacaciones, con esta decisión el lazareto entró en otra época. Se encargó a un escultor una figura de bronce que simbolizase a la Humanidad rompiendo el martirio y la esclavitud a la que tenían sometida las epidemias, en cuya base se grabaron los nombres de los cuatro bienhechores que lograron tantos avances en esta materias como fueron Pasteur, Koch, Finlay y Ferrán.

Figura 84. Mapa aéreo del Lazareto de Mahón (224)

El lazareto de Mahón II. 1959 (225).

Palanca comenta en este artículo que el lazareto de Mahón, ya había reanudado su función como colonia veraniega de reposo para los funcionarios sanitarios como se había previsto con anterioridad. El autor presenta sus agradecimientos a los doctores Orcoyen y Turégano por la ayuda prestada durante la inauguración del Centro. Presenta las razones que tuvo para grabar las cuatro caras en el basamento del monumento que encargó para la entrada del lazareto con los cuatro nombres siguientes: Pasteur, Koch, Ferrán y Finlay. De los dos primeros no explica nada, ya que la historia se había encargado de poner en su sitio y pasa a ocuparse de los dos segundos, eran extranjeros aunque Finlay no era muy ajeno a España.

Figura 85. Los apóstoles de la vacunación anticolérica 1885; de izquierda a derecha: Comenge, Tolosa Latour, Pauli, Gimeno, Ferrán, Pulido, Moreno, Zancudo y Serret (95).

Previamente al año 1884 el nombre de Ferrán no era conocido ante el pueblo, pero sí ante una minoría de médicos españoles; aquellos que eran aficionados a la fotografía a la Bacteriología. Apareció el cólera en Francia (Marsella y Tolón), allí fue Ferrán a estudiar el cólera con un amigo suyo llamado Pauli. El 12 de julio de 1884, en el lazareto de Mahón había más de cien buques en cuarentena por cólera y España estaba envuelta en un pánico terrible. En el mes de octubre el cólera seguía extendiéndose por Francia y aumentaba el temor en España por la proximidad. Para Letamendi no existía sustancia química capaz de matar a aquellos microbios y para demostrarlo acudió al método experimental, utilizó; toda clase de microorganismos distintos, colibacilos, el mismo vibrión colérico, productos desinfectantes, ácido fénico, lejía, sosa etc. y "*Los microbios seguían tan ágiles y moviéndose con tal presteza que no parecía impresionarles la presencia de antisépticos por poderosos que fueran*".

Olavide no era tan escéptico, utilizó también el método experimental, en su caso los desinfectantes disminuían la vitalidad de los microorganismos, pero algunos como el nitrato de plata, poseían una acción muy poderosa y paralizaban sus movimientos. Lo más sorprendente fue lo que observó con el Láudano (medicamento que tanto se usó entonces con el cólera), si se le añadía este medicamento a las suspensiones los microorganismos no acusaban malestar de ningún tipo, pero si se empleaba azafrán, entonces sus movimientos cesaban por completo. Letamendi y Olavide actuaron de buena fe, pero la realidad era que sus experimentos eran infantiles, llenos de ingenuidad.

En noviembre de 1884, se presentaron casos de pacientes en Barcelona, Alicante y en la primavera toda la zona de levante estaba contaminada con mucha morbilidad y mortalidad. En aquel momento de hastío y protesta surgió el nombre de Ferrán y su procedimiento de vacunación se extendió rápidamente. Ferrán se rodeó de gente inteligente, había enviado un año antes a la Academia de Ciencias de París, una nota en relación con la profilaxis del cólera por medio de inyecciones de microorganismos de virulencia graduada, y este fue el método que empleó en Valencia. Ferrán tuvo distintos adversarios entre otros Ramón y Cajal, que no fue defensor suyo. Se llegaron a formar dos teorías totalmente opuestas los que animaban a Ferrán y los que le atacaban violentamente; la consecuencia fue el confusionismo en todas las esferas. Mientras tanto el cólera indiferente a estos problemas, recorría triunfalmente España sin ninguna preocupación.

El 27 de mayo se prohibió la vacunación mediante una orden, pero no se impidieron las experiencias en el laboratorio. Más adelante se dulcificó esta orden con la condición expresa, de que fuese Ferrán quién personalmente realizase las vacunaciones aunque respondiendo él personalmente de los daños que pudiese provocar.

Habían transcurridos ya años desde la epidemia del cólera de 1885, que costó la vida a tantos españoles. La figura que sobrevivió a tanto informe después de muchas comisiones fue la de Jaime Ferrán y es que Palanca afirmaba que los famosos "*peros*", eran nimiedades: "*Si los cultivos eran puros o no, si los medios de cultivos eran estos o aquellos, si los procedimientos de atenuación eran poderosos, débiles, físicos o químicos, si no quería revelar su secreto…; nada tenía su importancia. Lo que si tenía importancia era utilizar el microorganismo que producía el cólera para lograr con él una inmunidad que protegiera contra la misma enfermedad*".

Con este artículo y con el encargo de aquel monumento quiso honrar: "*La memoria de Jaime Ferrán, ya que en la vida tuvo que soportar tantas contrariedades y sufrir tanto el embate de las pasiones humanas*".

Palanca pensó que ya que tantos cientos de barcos habían guardado cuarentena y tantos miles de personas habían muerto a consecuencia del cólera, también en algún punto de aquel lazareto debía estar representada la persona que tanto luchó por evitar la enfermedad. Esta representación sería un ejemplo para las generaciones venideras tan propensas a olvidar lo que deben a los que les han predicho, y así lo hizo.

El lazareto de Mahón III. 1960 (226).

Palanca termina su trilogía de artículos sobre el lazareto de Mahón diciendo que las epidemias en España realizaban su entrada en Cádiz a través de los barcos que procedían de América que portaban la fiebre amarilla, posteriormente se extendían por el litoral mediterráneo y de allí a las provincias centrales. La gran epidemia de Cádiz fue en 1800 y la de Granada en 1804. Desde 1770 a 1888 España había padecido más de treinta epidemias de fiebre amarilla, que fue la responsable de la muerte de medio millón de españoles.

En el año 1860 había en Cuba una preocupación constante por la fiebre amarilla y por sus consecuencias, sus habitantes nativos de allí parecían inmunes ya que la habían padecido desde su nacimiento, pero los que llegaban por primera vez a la isla, fueron víctimas fatales de ella. Por entonces se reconocían tres principios en relación a ella, aunque nadie sabía ni como se inoculaba, ni como se contagiaba: existía una miasma productora de la fiebre amarilla, la fiebre amarilla era una enfermedad inoculable y contagiosa.

Finlay en sus principios pensó que la enfermedad provenía de la atmósfera y así lo manifestó a la Comisión americana llegada a Cuba en 1879 como representante de España. La primera declaración determinante de Finlay sobre el papel del mosquito en la trasmisión del vómito la realiza el 14 de agosto de 1881 en la Academia de Ciencias Médicas de La Habana, en la que afirmaba que las condiciones para la producción de la fiebre amarilla, eran las siguientes:

1. *Existencia de un enfermo de fiebre amarilla.*
2. *Prolongación de la vida del mosquito desde el momento en que picaba y aquel en que inoculaba la enfermedad a un sujeto sano.*
3. *Que existiera la receptividad en el sujeto inoculado.*

La Academia no hizo gran caso de aquellas afirmaciones y las teorías de aquel investigador no interesaron a nadie. Lo cierto es que Finlay en 1881, ya había hecho trabajos experimentales con soldados españoles acuartelados en la fortaleza de La Cabaña y gracias a la comprensión de un capitán general español, el general Blanco, Finlay pudo tener resultados preliminares positivos y sin la posibilidad de refutación. El Dr. Claudio Delgado fue su colaborador más íntimo en todos sus trabajos.

Tras muchos avatares, luchas internas y externas, en 1905 se aceptaron las teorías de Finlay sobre la transmisión por el insecto, los médicos cubanos reunidos en La Habana y el mundo entero tributaron a Finlay un gran homenaje, en el que sintió gran emoción en aquellos duros momentos. La fiebre amarilla era en aquel momento uno de los tres azotes del mundo, se medía con la peste y con el cólera. Desde 1900 el problema empezó a cambiar radicalmente, el cólera empezó a acantonarse en determinados países por problemas de bajo nivel económico y el descubrimiento de la vacuna por nuestro compatriota el Dr. Ferrán, igual ocurrió con la peste. Lo mismo sucedió con el tifus exantemático y la viruela y su control gracias a la vacunación.

Todo lo que Palanca dice en estos tres artículos fue para conservar una reliquia sanitaria como el lazareto de Mahón y la realización de un pequeño homenaje a los cuatro sanitarios que con sus trabajos tanto contribuyeron a la desaparición de las epidemias, aunque no hubieran sido almirantes ni generales, pero por el contrario fueron bienhechores de la humanidad; Pasteur fundador de la Bacteriología, Koch que trabajó en cuestiones del cólera y la tuberculosis, Finlay en sus trabajos sobre la fiebre amarilla y Ferrán en la prevención con su vacuna del Cólera.

En la figura 86 se puede observar una fotografía de la escultura "Fidelius", encargada por el Dr. Palanca al escultor Manuel Ramos para rendir un homenaje a los médicos que contribuyeron con sus trabajos científicos a la desaparición de las epidemias y así tras su muerte fueran un poco menos olvidados ya que estos no fueron almirantes ni generales. Estos grandes científicos a los que Palanca quiso homenajear y que sus nombres se ven grabados en las cuatro caras del pie de la estatua eran: Pasteur, Koch, Ferrán y Finlay.

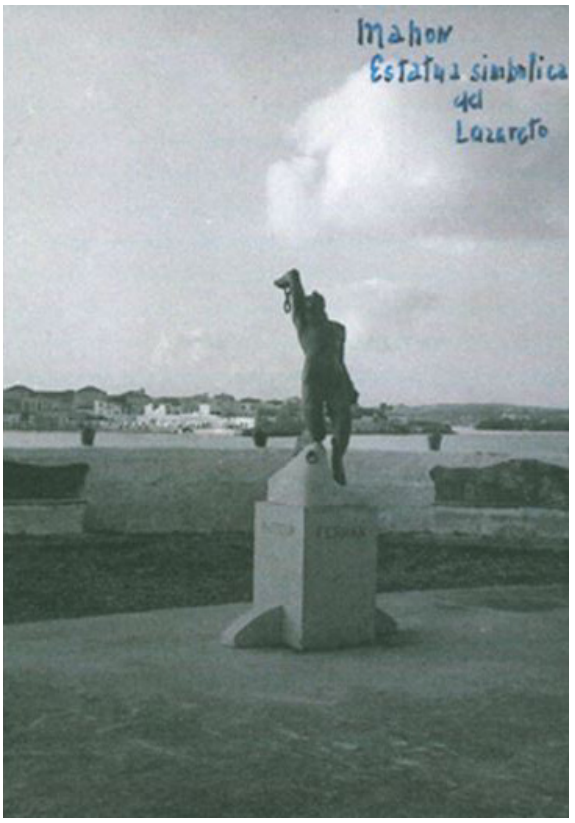


Figura 86. "Fidelius", escultura encargada por Palanca al escultor Manuel Ramos, ubicada en la puerta del lazareto de Mahón (6).

Marañón, sanitario. 1960 (227).

Palanca conoció a Marañón en Biarritz (Francia) en el año 1912, allí la viuda de un famoso especialista se lo presentó por una de sus calles. Marañón se había ganado el prestigio en el tribunal de oposiciones de Sanidad Nacional en sus tres ramas y era amigo personal del director D. Manuel Martín Salazar. Con el motivo de la epidemia de gripe del año 1918 Palanca tuvo estrecho contacto con él, fueron pocos los médicos que conservaron a su juicio el sentido común y la ecuanimidad. Se formó una Comisión que marchó a Paris (Francia) compuesta de Marañón, Pittaluga y Ruiz Falcó, que a su vuelta trajeron

conclusiones muy interesantes, también trajeron suero antidiftérico y suero equino que en España se había acabado.

Marañón colaboró a la construcción del hospital del Rey en Madrid, ya que España carecía de un hospital para enfermedades infecciosas. Terminado el hospital Marañón fue el primer director, aunque dimitió muy pronto y pasó a la dirección del Dr. Manuel Tapia.

Palanca tras relatar una serie de anécdotas, termina este artículo diciendo cuál era para él la condición que más estimaba de Marañón y así dijo sin vacilar: "la bondad". Tanta bondad tenía que Palanca creía que algunas veces lo ponía en situaciones difíciles, no sabía decir nunca a nada que no, raro para un hombre que tenía motivos suficientes para sentirse superior a los demás. Marañón era la bondad y la sencillez personificada.

Figura 87. Dr. Gregório Marañón (6).

Cosas que fueron. Gaceta Médica Española. 1961 (228).

La Gaceta Médica Española, inauguró en el año 1961 una sección que se llamó "Cosas que fueron". Palanca empieza a colaborar en ella narrando todo aquello que su mente le permitió recordar y extraer de su archivo cerebral.

En este artículo el Dr. Noguera - director de la Gaceta Médica Española-, le pedía a Palanca que relatase cosas sucedidas durante los períodos en los que estuvo al frente de los servicios sanitarios españoles cuando el autor había ya llegado al periodo de su jubilación y estaba ya en predisposición de poder escribir tranquilamente.

Comienza a relatar este episodio desde el año 1930, en que España salía de la Dictadura y trataba de entrar en una época de tranquilidad política. Cada Gobierno era un problema. El antecesor de Palanca en la DGS fue el Dr. Murillo, había ordenado en su reglamento de Sanidad Municipal que las plazas de Titulares –que así se llamaban- se cubrieran por oposición. La Federación Universitaria Española (FUE) estaba muy molesta, ya que quería que al finalizar la carrera se ocupasen las plazas sin tener que realizar ninguna oposición. El Gobierno tenía miedo a la FUE y Palanca era opuesto a aquella medida ya que molestaría a los médicos rurales. Lo único que pudo hacer fue hacer un cambio de las oposiciones por la realización cursos en los Institutos provinciales de Sanidad de los distritos universitarios. El periódico llamado "Voz Médica" hizo una propaganda en contra de Palanca. Asistió junto con el Dr. Pittaluga, que había sido nombrado director de la Escuela Nacional de Sanidad al Congreso de Sanidad Municipal que se celebraba en

Zaragoza. El ánimo de los asistentes estaba muy alterado, hubo muchas interrupciones y hasta amenazas. Palanca decidió "coger el toro por los cuernos" y asistir a una reunión que se celebraría en el Colegio de Médicos. Explicó cuáles eran sus razones y convenció a los asistentes y el Congreso finalizó sin problemas.

En el año en que escribe el artículo, en el que no había oposiciones, se acuerda de la propuesta ocurrida en Zaragoza y se realiza la siguiente pregunta: "*¿Quién tenía razón, los que entonces protestaban y se oponían o los que ahora presenciaban complacidos o indiferentes, algunas modificaciones mucho más trascendentales*?". Palanca señala dos cosas aprendidas durante aquel Congreso; que en muchas protestas colectivas había un trasfondo político y en segundo lugar lo peligroso que eran los agitadores que movilizaban a las masas.

Obtención de la Cátedra de Higiene y Bacteriología de la Facultad de Medicina de Sevilla. 1961 (229).

Palanca habla en esta ocasión de cómo fueron sus interesantes experiencias durante sus primeras oposiciones a la cátedra de Higiene y Bacteriología y como ocupó la plaza de inspector médico.

La leprosería de Trillo. 1961 (230).

Palanca comenta en este artículo que uno de los problemas más importantes que tuvo a lo largo de su gestión al frente de la DGS, fue el de la lucha contra la lepra. En este tema tuvo que tener en cuenta varias opiniones diferentes:

- La del Patronato que regía la leprosería de Fontilles. Deseaban que la leprosería les fuera devuelta, ya que se les había arrebatado en tiempos de la República. Querían sobrevivir sin subvenciones del Estado, aunque se sabía que aquello era inviable.
- La de los leprólogos clínicos. Los leprólogos querían dirigir y administrar la lucha Antileprosa, basándose en las consecuencias que el problema del contagio podía tener si aquello no se hacía en buenas condiciones. Para ello aumentaban el miedo al contagio y la repugnancia que la enfermedad tenía en la población.
- Su propia opinión. Su opinión también contaba aunque él pensaba que tenía menos importancia de la que le atribuían ya que luchaba contra muchas dificultades. Palanca pensaba como decía Melitón González: "*En cuestión de criterio siempre tiene razón el que está en el Ministerio*".

Decidió complacer al Patronato de Fontilles, representado por el padre Romañá y devolverles la leprosería y procurando conservar para la Sanidad Pública los créditos consignados en el Presupuesto General del Estado, apoyándose en los leprólogos clínicos.

Para partir de una base firme, hubo que hacer una estimación del número de pacientes con lepra que había en España, para hacer un cálculo real de las necesidades de camas en el territorio nacional. Los leprólogos estimaban que había 10.000 camas y que se necesitaban 20.000 camas, distribuidos en varios centros. Los censos realizados hasta aquel momento eran defectuosos. Los leprólogos aceptaron la cifra de 10.000 pacientes como buena y en consecuencia se necesitarían dos leproserías más, una en Canarias y otra en Galicia. Durante este artículo explica lo difícil que fue encontrar el lugar para emplazar las nuevas leproserías, ya que se presentaron diferentes dificultades relacionadas con las poblaciones vecinas por el miedo al contagio.

El 7 de julio de 1942 visitó lo que quedaba del antiguo hotel balneario de Trillo en la provincia de Guadalajara, en el mes de agosto se compró la finca y después de muchos avatares políticos, se inauguró la leprosería en el mes de diciembre. En el pueblo de Trillo todos los obreros tuvieron trabajo y se realizaron las siguientes construcciones: un matadero, un lavadero, se llevó el agua del río previa depuración, se montó un grupo electrógeno y se prepararon huertas para todos los pacientes.

Se formaron equipos de búsqueda de pacientes leprosos en todas las provincias para completar el censo y no pasaron de los 3.000 enfermos, así llegaron al convencimiento de que no había más casos. La consecuencia fue que hubo que reducir el plan original a una tercera parte. Sobraba la leprosería de Toen en Galicia, ya que el foco que en un principio parecía tan importante después resultó ser el más pequeño y se tuvo que destinar a un sanatorio de pacientes mentales.

La cuestión de los preventorios también fue muy interesante. Tras la asistencia de los leprólogos españoles a un Congreso en Brasil, donde se le daba importancia para la extinción de la lepra a la implantación de preventorios infantiles, donde a los hijos de padres leprosos, se les separaba de ellos en edades tempranas y con ello se podía evitar el contagio. Inmediatamente el Patronato de Fontilles, creo sus preventorios, en Madrid se inauguró uno en Chapinería y otro en Fuencarral. Tras su creación los técnicos dijeron que no solo no servían para nada sino que eran perjudiciales, ya que se catalogaban como leprosos a los niños que iban a esos preventorios.

Palanca comenta en este artículo las dificultades que tuvo España con la administración de Antileprol, lo que sucedió con esta medicación es que en plena Segunda Guerra Mundial, se dejó de fabricar y los enfermos se levantaron en guerra contra la DGS. Al final todos los problemas se solucionaron y la leprosería de Trillo siguió funcionando sin incidentes.

Palanca en la soledad de sus meditaciones, pensaba en el trabajo sanitario realizado durante los veintiún años de su gestión en la DGS y en este periodo el problema de la lepra ocupó un lugar preferente y finaliza diciendo: "*Cuantas intrigas, cuantas dificultades y cuantas voluntades alrededor de ella, y al mismo tiempo cuantas satisfacciones al comprobar que nada pudo detener su acción. Muchas dificultades y poco apoyo en donde menos podía esperarse, pero todo pudo salvarse gracias a otras ayudas que contrarrestaron los obstáculos. Anónimos, denuncias, intriguillas, todos esos disfraces que sirven para ocultar las envidias, las ambiciones y los intereses privados y que a veces se dan al traste con las mejores intenciones*".

Figura 88. Inauguración de la Leprosería de Trillo (Guadalajara). 1941 (6).

Figura 89. Palanca y otras diferentes autoridades en la Leprosería de Fontilles (Alicante). 27 de junio de 1941 (6).

***In Memoriam*; D. Antonio Ossorio Bolaños. 1962 (231).**

El Dr. Antonio Ossorio fue el presidente de la Asociación de Médicos Titulares. Dedicó a la defensa de sus compañeros de profesión, sobre todo a los que en su tiempo se llamaron médicos titulares. A lo largo de este artículo, Palanca narra una serie de anécdotas que le ocurrieron durante su actividad profesional cerca del Dr. Ossorio. Al finalizar el artículo Palanca dice las siguientes palabras: "*Para mí la desaparición de este viejo amigo, es tanto como la desaparición de un trozo de la historia de las reivindicaciones médicas que va a perderse en las sombras de la nada*".

Figura 90. Palanca imponiendo la Cruz de Sanidad en el año 1949 al Dr. Ossorio (6).

Frente Popular. 1962 (232).

Palanca habla a lo largo de este artículo de cómo fueron los acontecimientos que se desarrollaron en el periodo anterior a la explosión de la Guerra Civil española. El Frente Popular se había adjudicado la victoria, se dio cuenta de que el que sobraba en Jaén era él. Vio su seguridad personal comprometida en Madrid y se marchó a su casa de Villanueva del Arzobispo (Jaén), allí comprobó que el Frente Popular se había adueñado de su casa y había puesto una bandera comunista en una de las ventanas. El ambiente de Madrid se iba enrareciendo y no faltaban personajes políticos nuevos que aparecían como nuevas modalidades. La Academia de Medicina también había un cambio político y en la DGS, los médicos giraban en torno a Marcelino Pascua. Conoció a Azaña durante su estancia en Alcalá de Henares, algunas veces se reunían junto con Federico Berenguer y Queipo de Llano. La situación iba empeorando de día en día, explica los entresijos políticos que se desarrollaron durante los meses anteriores al comienzo de la Guerra Civil. Se marchó a su pueblo, Villanueva del Arzobispo (Jaén) para coger un poco de dinero y así hacer frente a aquella situación, para ello vendió cuatro mil arrobas de aceite, que estaba entonces a 13 pesetas, lo mismo hizo con la venta de unas ovejas y unos mulos. Salió del pueblo con el dinero y una pistola para defenderse. Cuando llegó a Madrid, su casa de la Calle Rosales había sido tomada por los republicanos. Por una recomendación que le hizo su amigo el conde de Argillo, decidió partir con su familia a un pueblo del Norte, Deva cerca de San Sebastián a pasar el verano, donde podía pasar el verano por un desconocido.

El Dr. Palanca expone los errores iniciales del Seguro de Enfermedad. 1962 (233).

El Dr. Enrique Noguera hace una entrevista al Dr. Palanca sobre el desarrollo de la implantación del SOE para la Revista que dirigía: "*Profesión Médica*". El Dr. Palanca asistió como DGS a la gestación, parto y desarrollo postnatal del SOE, preocupado con poderlo perfeccionar- Durante este artículo se decide a realizarlo desde la prensa profesional, lo

que tuvo un eco polémico de muchos comentarios como era de suponer por haber sido un tan popular sanitario.

El Dr. Palanca recoge desde su observatorio oficial cuanto los demás escribían como reflejo de la opinión pública. A lo largo de estas líneas trata de revisar errores que podrían ser corregidos, para ello crea el ambiente propicio para realizar una revisión a fondo de los viejos problemas pendientes. A continuación el Dr. Noguera presenta un resumen del artículo publicado con anterioridad sobre este tema, que supuso un gran aluvión de críticas posteriores.

El SOE tenía disgustados a todos los que una u otra manera se beneficiaban de él. Los encargados del Seguro fueron mucho más políticos que técnicos y esta línea continuó años después. No se otorgó la suficiente representación a la DGS. Fue un acierto no dejar recaer el SOE en una iniciativa privada. Fue un error la implantación total del SOE, en vez de haberlo hecho por fases para evitar duplicidades ni gastos innecesarios. Los primeros fueron nombrados sin ninguna experiencia, por impresiones personales. En un principio el SOE permaneció aislado sin aprovecharse del resto de las instituciones sanitarias del país. Desde el comienzo se estableció una clara pugna entre dos Ministerios; el Ministerio de la Gobernación a través de la DGS –que no se resignaba a perder su cometido- y el Ministerio de Trabajo –con su tradicional preponderancia-, lástima que no hubiera entre ellos una estrecha colaboración. El precio de las construcciones de las instituciones no fue razonable en todos los casos y se hubieran podido ahorrar muchas partidas si se hubieran utilizado los servicios ya existentes.

Sobre el tema de los medicamentos se presentaron varios problemas: un progresivo aumento del precio de las especialidades en relación con los diagnósticos deficientes, una generosidad en la expedición de recetas, posibilidades de fraudes, exceso de medicación sobrante y talonarios en blanco firmados en manos de otros profesionales. La dificultad de vigilancia sanitaria rozaba con el asunto de la libertad profesional y de prescripción. Palanca insistía en: "*Hay que evitar el derroche de medicación si no se quiere llevar al Seguro a la bancarrota. Hay que imponer al beneficiario que sufrague parte de la receta y automáticamente se cortará el abuso*". El Seguro descuidó completamente un aspecto de la profesión: el nivel científico. La colectividad médica fue perdiendo individualidad y comenzó a actuar con criterio de masas.

Finaliza diciendo: "*Los actuales directivos del Seguro, son las primeras víctimas de aquellos errores y creo que están haciendo todo lo posible por enmendarlos y aún creo más, que lo conseguirán*".

Diferencias entre la Organización Sanitaria de principio de siglo y la actual. 1963 (234). El profesor Piédrola pidió a Palanca que de una conferencia a sus alumnos, sobre cuáles eran las diferencias entre la Sanidad cuando el autor era estudiante y en la fecha en que publica este artículo.

Comenzó diciendo que se equivocó a la hora de elegir la carrera, ya que el trato con los enfermos no era de su agrado y cuando quiso rectificar ya era demasiado tarde. Se refugió en la especialidad de la Sanidad Pública, que a primeros de siglo como también después siguió sucediendo, se apoyaba en la Bacteriología. La organización sanitaria iba al compás de los tiempos y del ambiente en que en España se vivía. El autor habla de su vida de estudiante en la Universidad de Granada y como en todas las épocas

disfrutaron de las huelgas contra los políticos del momento. Cada generación tuvo sus peculiaridades. En la tabla 84 se describen los diferentes temas en que el autor dividió su conferencia.

Tabla 84. Diferentes temas que trata el Prof. Palanca durante su conferencia "Diferencias entre la Organización Sanitaria de principio de siglo y la actual" (234).

Aspectos tratados	1900	1963
Sanidad familiar		
Médico de familia	No existían casi especialistas médicos. Gran influencia de los médicos en el ámbito familiar.	Médico de familia en cada pueblo y zona y Puericultores.
Libertad de las mujeres	No había mujeres en la Universidad. No salían del ámbito familiar.	Mayor libertad.
Dificultad de emancipación de los hijos	Menor.	Mayor.
Acceso a trabajo	No había oposiciones. Se adjudicaban las plazas por voluntad de los Alcaldes.	Oposiciones para acceder a las plazas.
Escolarización	Poca población escolarizada.	Enorme población escolarizada.
Sanidad Municipal		
Misiones de los APD	Inexistentes.	Inspectores de Sanidad para el fomento y prevención de enfermedades y asistencia a enfermos.
Movimiento poblacional	Del campo a las ciudades y al extranjero.	Estabilización.
Sanidad Provincial		
Centralización	Excesiva.	Búsqueda de recomendaciones para todo.
Sanidad del Estado		
Número de alumnos	Facilitación de relaciones alumno-profesor.	Masificación de estudiantes en las aulas.
Epidemias	Paludismo, TE, Viruela, Difteria etc...	Disminución del número de casos
Organización Sanitaria	Subdelegados de Medicina que aconsejaban a los Gobernadores.	Institutos Provinciales de Sanidad y Centros Secundarios.
Lucha contra las epidemias	Procedimientos de desinfección.	
Sueros y vacunas	Algunos conocimientos.	Explosión de uso de medicamentos, sueros, vacunas etc.
Población	18.000.000 habitantes.	30.000.000 habitantes.
		Problemas de vivienda, transportes, accidentes de tráfico.
Vigilancia de alimentos	Insuficiente.	Insuficiente.
Ministerio de Sanidad	No existía.	Se iba preparando el camino de su creación.

Palanca finalizó su conferencia recomendando a sus alumnos que hicieran las siguientes reflexiones:

- Reflexiones personales de si estaban de acuerdo con el ejercicio de la Medicina y la realización de posibles modificaciones en el caso contrario.
- Dentro del ejercicio de la Medicina había otras orientaciones factibles siempre que estas se realizaran con energía y entusiasmo.
- Resolver su trayectoria profesional antes de dar el paso transcendental que supone el matrimonio.

Deva estación de verano 1936. 1963 (235).

A lo largo de este artículo describe sobre una serie de anécdotas que le ocurrieron en Deva (Guipúzcoa) en el verano de 1936 durante el comienzo de la Guerra Civil española.

Por consejo del Conde Argillo Palanca marchó junto con su familia a Deva y allí estuvieron desde julio a octubre de 1936. Desde Deva se trasladaron a San Sebastián donde se incorporó al Ejército, después viajaron a Burgos y sirvió como enlace sanitario del Ejército del Norte, a Valladolid y Ávila hasta la ocupación de Madrid. Todas las anécdotas que le sucedieron a Palanca y su familia, el autor las recogió en unos escritos a los que tituló "Deva Estación de verano. 1936" y que están publicados en un libro, ya que se consideran de un gran interés y aportaciones importantes para el desarrollo de la Historia de la Guerra Civil española.

En torno a un monumento español a Fleming. Algo sobre estatuas. 1963 (236).

Se le pidió a Palanca que escribiera un artículo en que hiciera una reflexión sobre "las estatuas". Los años sesenta fueron unos años en que se encargaban estatuas por cualquier motivo. El autor pensaba que un monumento o una estatua a una colectividad, no decía nada, pasaba por ser un elemento decorativo que embellecía el paisaje. La Campaña del Dr. Soroa –que fue la persona que le pidió la publicación de este artículo- menciona tres nombres gloriosos: Cajal, Ferrán y Fleming. Se trataba de que en la capital de España hubiese un monumento que recordara el descubrimiento de la penicilina. Palanca le pareció muy bien el monumento encargado por los toreros a Fleming. Las investigaciones que realizó este médico supusieron un antes y un después en el toreo, ya que los toreros heridos sanaban gracias a los cirujanos y a la penicilina.

Figura 91. Monumento de homenaje a Fleming realizado por Laiz Campos y encargado por los toreros y ubicado en la Plaza de Toros de las Ventas de Madrid (237).

Palanca habla posteriormente del monumento a Cajal (figura 92), ubicado en el retiro para que los paseantes no se olvidaran del sabio histólogo, que tan alto colocó nuestro pabellón en el mundo entero.

Figura 92. Monumento a Cajal ubicado en el Parque del Retiro de Madrid y realizado por Victorio Macho en 1926 (238).

Figura 93. Fuente-Monumento al Dr. Ferrán en la calle Princesa de Madrid. Fue obra de los arquitectos Manuel Herrero Palacios y J. Manuel Bringas y el escultor Federico Coullaut-Valera, y fue inaugurado en febrero de 1952 (239).

En cuanto al Dr. Ferrán, Palanca pensaba que merecía un monumento, ya que consiguió el control de las epidemias de cólera. Finaliza este artículo diciendo que se esperaba un monumento a Fleming, con una doble significación del tributo al genio y como agradecimiento de la humanidad.

Reflexiones sobre un problema epidemiológico. 1963 (240).

Palanca explica a lo largo de este artículo, un ejemplo epidemiológico que se desarrolló en una ciudad pequeña español, que él llama "Villa x". Esta ciudad no pasaba de 7.000 habitantes, que en el periodo estival el número ascendía hasta cerca de 15.000 habitantes. Durante los meses de invierno el abastecimiento de agua era suficiente para las necesidades de sus vecinos y su red de alcantarillado aunque existía, estaba en malas condiciones. Las infecciones de origen hídrico eran constantes, en el momento al que se refiere el autor los casos de fiebre tifoidea ascendían a 500 enfermos.

El prestigio de esta Villa x había aumentado gracias al turismo y sus dirigentes decidieron aumentar el caudal de las aguas potables. Para el control de la citada epidemia, se contrató una estación depuradora para el control de las aguas, un mezclador de sulfato alumínico potásico, filtros rápidos y comenzaron a utilizar cloro líquido. Diariamente un farmacéutico comenzó a realizar un análisis diario de las aguas y el resultado fue el fin de la epidemia.

Tabla 85. Desarrollo de los acontecimientos en la aparición de los dos brotes de fiebre tifoidea en una ciudad pequeña (240).

Primer brote de fiebre tifoidea	
Origen	Mezcla de aguas de un lavadero con las de consumo público.
Medidas implantadas	Aumento del caudal de las aguas potables. Contrata de instalación de "estación depuradora". Mezclador de sulfato alumínico potásico. Uso de filtros rápidos y cloro líquido. Control diario del análisis de las aguas.
Segundo brote de fiebre tifoidea	
Origen	Contaminación masiva del pozo "El Culebro", por la rotura de una pared anexa al pozo. Problemas en la estación depuradora. No declaración de casos. Insuficiente vigilancia de los controles de agua.
Medidas	Clausura del pozo "El Culebro". Arreglo de la avería en la estación depuradora. Vacunación antitífica general. Sanción a los médicos (10.000 pesetas) por no declarar los casos.
Nº Casos	99 invasiones (0,0% de mortalidad).

A los pocos meses de aquello, se comenzaron a recibir ingresos de nuevo en el hospital de enfermos con síntomas de fiebre tifoidea. Se realizó una nueva inspección y se encontraron los siguientes problemas: 1. Contaminación masiva del pozo "El Culebro", por la rotura de una pared anexa al pozo. Esto no fue espontáneo, sino provocado por un intento de ayudar a la salida de aguas residuales en un grupo de casas y a una fábrica cercana. 2. La estación depuradora no funcionaba desde veinte días antes. Los microorganismos responsables no fueron muy virulentos y los enfermos se curaron con tratamiento médico.

Las medidas que se implantaron fueron: clausura del pozo "El Culebro", arreglo de la avería en la estación depuradora y campaña de vacunación antitífica general. Se presentaron 99 invasiones sin ninguna defunción. El Consejo Municipal de Sanidad se reunió, se estudiaron las características de la epidemia y llegó a la conclusión de que la culpabilidad era de los médicos que no habían declarado la enfermedad y el farmacéutico que

se había relajado en sus funciones de control de la estación. En la tabla 85 se pueden apreciar tanto el origen como las medidas que se implantaron para corregir ambos brotes epidémicos. Se le impuso a cada médico 10.000 pesetas de multa y se clausuró el pozo. Los médicos recurrieron la multa porque la consideraron excesiva.

A continuación el autor finaliza haciendo una serie de reflexiones y unas cuantas enseñanzas con las que se sacaron unas conclusiones sobre el desarrollo de este brote epidémico:

a. Enseñanzas sobre investigación epidemiológica. El panorama sanitario había cambiado a través de los años pasados, ya algunos de los puntos que se enseñaban en la Escuela Nacional de Sanidad, se habían quedado obsoletos, por la aparición de nuevos factores que modificaban la marcha de las epidemias; los antibióticos, las sulfonas, los insecticidas y el uso de otras drogas. Palanca recomendaba revisar los conceptos y los métodos de investigación epidemiológica que se impartían en las Escuelas de Sanidad.

b. Fracaso de la Ley vigente. Los Consejos Municipales de Sanidad asesoraban a los alcaldes. En este brote que se presentó en la Villa x, el Consejo no se reunía desde hacía mucho tiempo y solo sirvió para enfrentar a los médicos y al pueblo. El Consejo de Sanidad no se debía limitar a sus funciones burocráticas, sino a algo vivo y útil. Sus funciones eran estudiar la situación sanitaria y llevar iniciativas que fueran surgiendo relacionadas con el aumento de la población. Se había aprobado en las Cortes, la Ley de Bases del año 1944, pero faltó crear el ambiente de cultura necesario entre la población y los profesionales para su implantación y desarrollo.

c. Urbanismo y Sanidad. Gran parte del brote tífico se debió a la construcción imprudente de un grupo de casas.

d. Psicología de las sanciones. Pensaba que había que ser muy cauto en la aplicación de sanciones. Las sanciones debían de ser oportunas y subordinadas a las faltas cometidas y a la situación del sancionado. Es decir aplicar la sanción al momento en que se comete la falta y esta sanción debía ser justa. Se debió aplicar la sanción a todos los que colaboraron al desarrollo del brote epidémico, no solo a los médicos.

***In Memoriam* al Dr. Al Dr. Ángel Vinuesa. 1964 (241).**

Palanca fusionó durante su mandato los tres Cuerpos de Sanidad; Instituciones Sanitarias, Sanidad Interior y Sanidad Exterior, en uno solo y se constituyó así el Cuerpo de Sanidad Nacional. Esta iniciativa fue muy criticada y discutida, pero él pensaba que podía ser la solución a los problemas que había en aquel momento en España derivados de la organización sanitaria.

Cuando el Dr. Vinuesa ingresó en Sanidad Exterior, Canarias tenía un problema muy importante desde el punto de vista sanitario, se trataba del originado por una peste leve, pero en una situación cronificada, que estaba acantonada en el Archipiélago y que se manifestaba especialmente en la población marina. La supervisión obligaba a la observación de los barcos que llegaban a cada puerto canario, a los que se les realizaba una verdadera desratización. Por esta razón fue enviado a Canarias el mejor equipo de Sanidad Exterior dirigido por el Dr. Mestre Peón y el Dr. Vinuesa. Terminada la Guerra Civil se temió que esta epidemia de la peste canaria se pudiera unir a las ya iniciadas de la

difteria, viruela, tifus exantemático y el paludismo y se extendiera con ellas a la Península, con lo que se pensó que el Dr. Vinuesa podría ayudar a que esto se pudiera evitar.

El mando de Canarias era muy difícil por sus circunstancias culturales, por su lejanía y por la gran distancia entre sus islas, hacía falta una persona con iniciativa y buen criterio, todas estas características las reunía el Dr. Vinuesa. Durante su estancia en Canarias chocó con el poder de un Gobernador que tenía muchas originalidades y cometió muchos disparates. Palanca narra varios incidentes ocurridos, que Vinuesa a pesar de su carácter y diplomacia no pudo salvar. Vinuesa fue el alma de todas las organizaciones sanitarias de las islas, resolvió las cuestiones a gusto de todos y vigiló las construcciones de los sanatorios. Bajo su mandato se abordaron los problemas sanitarios que tenía Tenerife y consiguió la ayuda de los personajes que tenían influencia en las islas.

Mi trato con los Masones, Katyn. "Enfermedad Diplomática". Un jefe estupendo. 1964 (242).

Palanca divide este artículo en tres diferentes capítulos: Mi trato con los masones, Enfermedad diplomática y Un jefe estupendo.

"Mi trato con los masones". A lo largo de su vida apenas conoció a nadie que confesara haber formado parte de la masonería y desde luego nadie que le invitara a formar parte de ella. Solo recordaba a un subdelegado de Farmacia que reconocía sin darle importancia que era masón. Aquél era un hombre honrado y una buenísima persona. También lo era un compañero que lo acompañó a un viaje por los EE.UU. Terminada la guerra civil, comenzó a funcionar el Tribunal de la Masonería y le enviaban a Palanca una copia con los antecedentes masónicos que se encontraban de los sanitarios. Él podía sospechar con anterioridad a ello, quién podía ser y quién no con bastante exactitud. La mayor parte de ellos ingresaban en la masonería por medrar, otros entraban en ella simplemente por curiosidad y otros no sabían porqué lo hacían o en ocasiones a cambio de favores. La mayor parte de los médicos masones no sabían que Palanca conocía su carácter.

"Katyn, enfermedad diplomática". Palanca relata la historia de un compañero suyo con el que durante el año 1918 compartió los sucesos acaecidos durante la epidemia gripal. El asunto que narra a continuación sucedió durante la Segunda Guerra Mundial y los alemanes querían demostrar que los aliados también habían cometido crímenes iguales que los que les imputaban a ellos. Los alemanes pensaron en llevar una comisión de especialistas de países neutrales que certificaran las matanzas que se habían realizado en Katyn y con esto se apuntarían un tanto que les vendrían muy bien. En vez de dirigirse al Ministerio de Asuntos Exteriores, se dirigieron al compañero directamente y aunque Palanca le había recomendado que se lo comunicáselo previamente al Ministro, éste se marchó a Berlín sin previo aviso al Gobierno. El médico no contaba con los aliados que reclamaron el asunto al Ministerio de Asuntos Exteriores, y éste dio orden a través del Embajador que este médico regresase inmediatamente desde Berlín. En aquel momento el médico en cuestión se preparaba para asistir a una comida en honor de los profesores que irían a Katyn y tuvo que excusarse. La excusa fue "enfermedad diplomática". El médico salió corriendo de Berlín y Palanca –bajo cuerda- le ayudó a pasar la frontera y a continuar viaje a Madrid, murió años después sin saber nunca, que Palanca conoció este suceso.

Un jefe estupendo. En el último apartado del artículo Palanca habla de las particularidades de un jefe al que tuvo que soportar durante un largo periodo de tiempo. Un hombre

cultísimo, inteligente, enterado de muchas cosas, que ocupaba un cargo de importancia del que él dependía. Este jefe atendía a los asuntos generales, pero desatendía a las de su propio cometido, esto supuso un proceder peligroso ya que lentamente los subordinados se iban separando de él. Llegó un momento de que este jefe se olvidó de que tenía subordinados, los asuntos estaban manga por hombro y cada uno hacía lo que le daba la gana. Palanca hace una reflexión final con este tipo de jefes: "*El subordinado no tiene nada más que dos caminos, el ser una calamidad y dejar correr el tiempo sin hacer nada, o resolver por sí mismo los problemas en cuyo caso le llamarán cacique*". Palanca eligió este último camino.

Administradores y Capellanes. 1964 (243).

Palanca narra en este artículo algunos incidentes curiosos que tuvo a lo largo de su mandato entre directores, capellanes y administradores de los diferentes sanatorios de los que fue responsable.

En un caso el administrador era un tipo tradicionalista, se creyó al final de la Guerra Civil "todopoderoso", lo que le llevó a cometer un montón de disparates. Se declaró la guerra entre el administrador y el director del centro, de tal manera que el capellán decidió desde el púlpito defender a uno y atacar al otro. La situación se hizo insostenible y el resultado como siempre fue nefasto para los pacientes que malcomían y para el servicio aquella situación era una anarquía. Palanca trasladó al administrador, obligó al capellán a cumplir las reglas y suprimir las intervenciones desde el púlpito, el director se negó a su traslado. El asunto llegó hasta el Consejo de Ministros y se calificó la falta de grave. El sanatorio entró en una época de paz, el administrador murió pronto y el director fue trasladado a otro destino. Palanca pensaba que el imponer sanciones era muy desagradable pero había veces que las circunstancias no dejaban otra elección.

En otro caso se nombró otro administrador que no era de confianza por sus antecedentes, el centro era muy pequeño y fácil de gobernar, al año de su funcionamiento el interventor avisó de que la administración no marchaba bien y que estimaba en 100.000 pesetas, las pérdidas que había que reponer, las causas habían sido por un descuido en las cuentas y se nombró un nuevo administrador. Un pariente del anterior visitó a Palanca y le entregó el dinero para saldar la cuenta, se lo comunicó a su jefe superior y pudo solucionar los problemas que había tenido con el Gobernador, que enterado de estos sucesos había montado en cólera con todo este asunto.

Así a lo largo del artículo sigue narrando unos cuantos relatos más de varios otros personajes, aunque insiste en que durante veinte años al frente de la DGS, se presentaron muy pocos contratiempos económicos en los sanatorios a pesar de que durante los primeros tiempos los nombramientos de los administradores fueron un poco arbitrarios.

Gómez Ulla. 1965 (244).

Con el motivo del aniversario de los veinte años del fallecimiento del general Gómez Ulla, Palanca escribe este artículo. Ambos personajes –Palanca y Gómez Ulla- se habían conocido en el mes de julio del año 1908, destinados en la Brigada de Tropas de Sanidad Militar. En el año 1909 se cometieron unas agresiones en Melilla contra los embajadores españoles que atendían un ferrocarril para las minas y mataron unos cuantos de ellos. El gobierno envió tropas para controlar este asunto y Palanca fue destinado a una Ambu-

lancia a lo que se llamaba “División reforzada”. El capitán que mandaba esa Ambulancia se llamaba Gómez Ulla, desembarcaron en Melilla y se dedicaron a la instrucción de sanitarios y a domar el ganado que necesitaban para trabajar. Ambos tuvieron una amistad a lo largo de su vida que nunca fue enturbiada por ningún suceso y trabajaron juntos en el hospital de Carabanchel.

Palanca relata una serie de episodios de la vida profesional del general y casi en las postrimerías de su vida oficial recibió la Gran Cruz de Sanidad, poca recompensa para todos sus méritos. A la hora de su pase a la reserva tampoco fueron muy espléndidos con él y se limitaron a algo honorífico, lo que en realidad era menos que nada. El mismo día de su muerte estuvo en el despacho de Palanca por la mañana, con la petición de que le acompañase a una tertulia y con dos asuntos más que Palanca no pudo resolver, aquello no fue posible. El general salió del despacho diciendo que creía haber cumplido sus deberes para con el Ejército, para con los médicos y para con el país y quería pasar el resto de vida que le quedara estar tranquilo y sin preocupaciones. Palanca termina diciendo: “*Y el tiempo que le quedaba de vida eran apenas unas horas*”

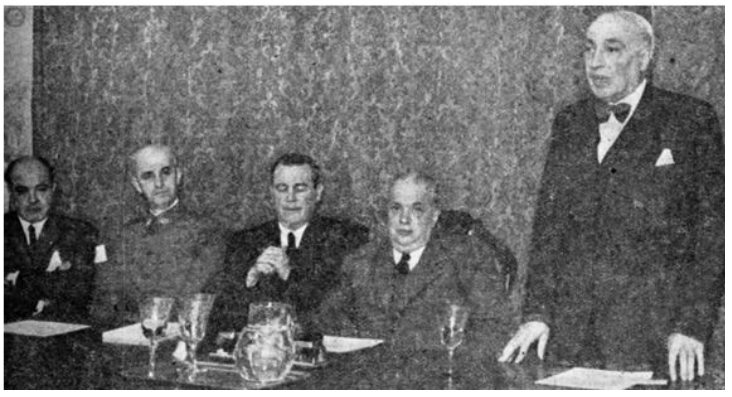


Figura 94. El Dr. Gómez Ulla toma posesión del cargo de presidente del Consejo General de Colegios Médicos en un acto celebrado en el Colegio de Médicos de Madrid, el 13 de octubre de 1941. La mesa presidencial muestra al Dr. Gómez Ulla durante su discurso (a la derecha), y a la derecha de este, el Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación, el director general de Sanidad, Dr. Palanca; el general de Farmacia, Dr. Helguera, y el Dr. Núñez, que fue presidente interino del Consejo General de Colegios (245).

Figura 95. Imágenes del entierro del Dr. Gómez Ulla (6).

Los Secretarios del Patronato Nacional Antituberculoso. 1965 (246).
Palanca escribe este artículo con motivo de la muerte del Dr. Benítez Franco, que había sido secretario del Patronato Nacional Antituberculoso durante muchos años.

La historia reciente de la Lucha Antituberculosa comenzó en plena guerra civil, en el año 1936, pero la primera piedra se puso muchos años antes. El general Martínez Anido fue el encargado de ponerla en marcha como Ministro de la Gobernación. Tras la Guerra Civil Palanca y después de varios sucesos se trasladó la dirección del Patronato Antituberculoso desde Valladolid a Madrid y se nombró al inspector de Sanidad de Orense, Dr. García Boente Secretario del Patronato. Este secretario, redactó el primer proyecto de Ley de la Lucha Antituberculosa, que las Cortes aprobaron y logró que los dispensarios y sanatorios se fueran construyendo con normalidad. Más adelante, le sustituyó el Dr. Benítez Franco y su gestión en el Patronato fue brillantísima. Este secretario tuvo la ayuda de dos auxiliares de Hacienda, Martín Caloto en la Dirección de Sanidad y Menéndez en el Patronato. Se dio un auge muy importante a la Fiesta de la Flor, que daba muy buenos resultados aunque no faltaron críticas. Relata una serie de incidentes a lo largo de este artículo, que Benítez Franco resolvió con facilidad a lo largo de su mandato. Finaliza diciendo, que Benítez Franco murió demasiado joven, sin recoger el fruto de sus trabajos y que la Sanidad perdió un magnífico colaborador y él un buen amigo.

Figura 96. Acto inaugural del Patronato Nacional Antituberculoso
1944. De pie a la derecha, el Dr. Benítez Franco (6).

Mallou o la vida de un Sanitario. 1965 (247).
En este artículo recuerda los episodios compartidos con Antonio Mallou durante sus vidas, comenzando en su etapa como médico militar en África, cuando tras pasados tres meses de la "Catástrofe de Annual", tuvieron que ir varios capitanes médicos a realizar el enterrado de cadáveres tras la matanza ocurrida. Allí fue el primer lugar donde coincidieron y compartieron una serie de vivencias muy interesantes. Más adelante ocupó varias Jefaturas de Sanidad no exentas de problemas en Almería, Granada y Zaragoza y falleció poco después de su jubilación.

Pequeña historia de una lucha. 1965 (248).

Palanca cuenta a lo largo de este artículo lo que sucedió con la epidemia de Paludismo y como esta fue controlada desde la DGS. Comienza su relato diciendo que la lucha contra el paludismo ya se había empezado en el mes de noviembre del año 1920, siendo DGS, D. Manuel Martín Salazar y presidente de la Comisión Ejecutiva D. Gustavo Pittaluga. En 1922 se organizaron dispensarios en Navalmoral de la Mata y en Jarandilla de la Vera. En 1924 y siendo DGS D. Francisco Murillo, se reorganizó la lucha y se publicó un Decreto con el primer reglamento de la Lucha Antipalúdica. En el gráfico 28 se puede apreciar el aumento de presupuesto destinado a la Lucha Antipalúdica desde su comienzo en 1920 de 200.000 pesetas, hasta 1928 en que este ascendía a 900.000 pesetas anuales.

Gráfico 28. Presupuesto destinado a la Lucha Antipalúdica en España durante los años 1920 a 1928 (248).

Se crearon 32 dispensarios y el Instituto de Navalmoral de la Mata. Momentos antes de la Guerra Civil, en Madrid no existía paludismo, aunque si anofelismo. Una vez pasada la guerra explosionó una epidemia debido a las carencias de drogas antipalúdicas y por el abandono de los servicios sanitarios. Describe las causas de este fenómeno a los aspectos siguientes:

- Aumento del personal receptivo como consecuencias del elevado número de soldados de los dos ejércitos.
- Anulación de la Lucha Antipalúdica.
- Drogas antipalúdicas en número insuficiente.
- Importación de nuevos reservorios de virus.
- Diseminación por todo el territorio nacional de gametos portadores relacionado con el movimiento de las tropas.
- Penurias alimenticias.

En el gráfico 29 se pueden apreciar los casos de paludismo que se sufrieron en España desde el año 1936 a 1956. Desde la DGS, se luchó para conseguir antipalúdicos de todas las formas posibles. Desde Suiza se adquirieron varias toneladas de Quinina y desde la Fundación Rockefeller se negó ayuda a España. Sin embargo Portugal prestó ayuda

y envió lo que se necesitaba. Finalmente Palanca, hizo una negociación con Alemania cambiando antipalúdicos de los que ellos disponían a cambio de hígados de bacalao y merluza que había en una gran cantidad en el Puerto de Pasajes en San Sebastián. El Ministro en un principio se negó al "trueque", pero después y tras estudiar la difícil situación en la que se encontraba la población decidió dar la autorización para el cambio, si se cumplían las siguientes condiciones: 1. El transporte se debería hacer de madrugada en horas de la menor afluencia de público posible 2. El cargamento de los hígados debería realizarse en el puerto de Pasajes (San Sebastián) en camiones alemanes llegados desde Hendaya (Francia) 3. Los antipalúdicos se recibirían en el puerto de Barcelona 3. Palanca debía asumir toda la responsabilidad del intercambio.

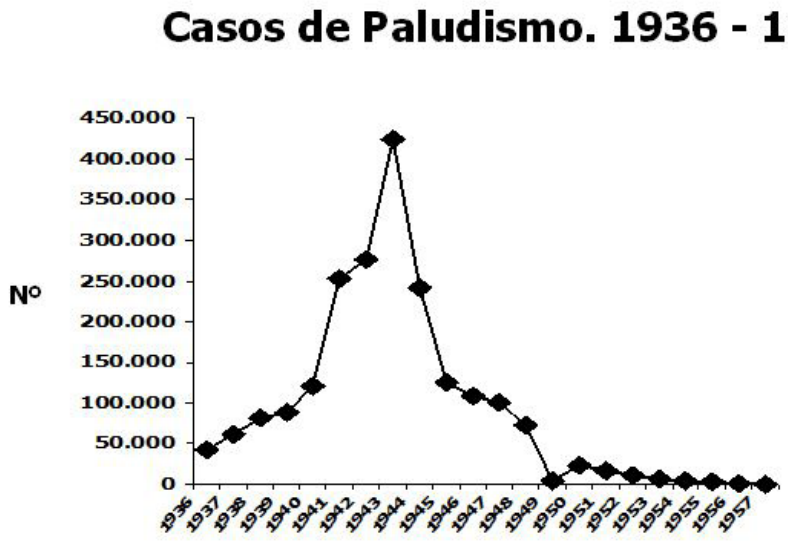


Gráfico 29. Desarrollo de la epidemia palúdica en España 1936 a 1957 (248).

La operación en Pasajes se realizó sin dificultad y los alemanes descargaron en Barcelona los antipalúdicos cumpliendo su trato sin ningún problema. Inmediatamente se recomenzó la Lucha Antipalúdica, se nombró director técnico al Dr. Clavero con varios delegados para las zonas claves de la epidemia. Se crearon 78 nuevos dispensarios y en total funcionaron 264. Se emplearon grandes cantidades de insecticidas principalmente DDT y de 666 contra el insecto adulto y sus larvas. A partir de 1949 el número de casos comenzó a descender y ya en 1958 solo se declararon 17 casos. Con esta exposición, Palanca trataba de que no se olvidara a todos aquellos personajes que participaron en la Lucha contra el Paludismo.

Contestación a D. Antonio Galiana en relación con un artículo llamado "Reflexiones de la ancianidad". 1965 (249).

En este artículo Palanca contesta a otro de D. Antonio Galiana llamado "Reflexiones de la ancianidad", en la que en su página final le hace una discreta pregunta a Palanca: "*Si volviera usted a vivir y fuese otra vez DGS, ¿haría usted política de apoyo a los sanitarios o política de partido para que no le consideren como el enemigo número uno de los médicos?".* Palanca contesta que si volviera a vivir ni quisiera ser de nuevo DGS, ni mucho menos volver a vivir "*Non bis in idem*". Si volviera a presentarse la ocasión la

conducta de Palanca cambiaria en otros aspectos con la radical variación que ha sufrido el ambiente, pero no en el apoyo a los sanitarios en lo que seguiría siempre igual. Palanca reconoció haberse equivocado en prolongar desusadamente su gestión, las personas se cansan cuando pasa mucho tiempo y empiezan las campañas en contra, además no se perdona el triunfo en cualquier orden, social, económico, científico o profesional. Así sucedió cuando Palanca dejó sus responsabilidades, y también como por encanto desaparecieron los ataques pasando posteriormente a vivir una etapa de placidez sin ser motivo de envidia ni envidiado.

Visita a Las Hurdes. 1965 (250).

Figura 97. El Real Patronato de Las Hurdes. S.M. el rey Alfonso XIII, el Ministro Piniés, el obispo de Coria Dr. Pedro Segura y los doctores Marañón y Goyanes (95).

Cuenta Palanca que durante una comida a la que asistieron el Dr. Marañón, él y el Rey D. Alfonso XIII, Marañón le habló al rey de la situación tan empobrecida de la comarca de Las Hurdes y a consecuencia de ello, se creó un Patronato y años después se organizó un viaje para visitar dicho Patronato. A este viaje, entre otros, marcharon: el obispo de Coria, el cardenal Segura, un ingeniero de Montes, el Sr. Nardiz y Palanca. El viaje duró tres días, en los que se dedicaron a recorrer los pueblos y campos comprobando la labor que en ellos se estaba realizando: repoblación forestal, piscícola, dispensarios, escuelas y cementerios. El último día de la estancia les llegó la noticia de la muerte del general Primo de Rivera en París (Francia). El rey se deshizo en elogios del general, aunque dijo que los últimos tiempos estaba un poco desquiciado. Aquella noche el rey mostró un telegrama que había redactado para Marañón, dándole las gracias por su labor realizada desde el Patronato a favor de Las Hurdes.

Al finalizar el viaje todos asistieron al entierro del general Primo de Rivera en Madrid. Palanca finaliza la carta diciendo que lo único que merecía la pena recordar de ese viaje era a Marañón, uno de los hombres que realizaron una labor magnífica en la comarca de Las Hurdes y gracias a ello, los hurdanos tuvieron escuelas, consultorios y cementerios como el resto de los españoles. Si después pasado el tiempo nadie se acordara de quién lo hizo, no tendría más importancia.

La Burocracia, la Vejez, la Muerte y los Intereses creados. 1965 (251).

Palanca comienza diciendo en este artículo que cuando se llega a "cierta edad", se está en condiciones muy propicias para meditar acerca de la forma y del fondo de las cosas que han sucedido a nuestro alrededor. Se trata por tanto de aplicar todo aquello aprendido en el transcurso de los años. Palanca relata, que al comienzo de su vida estudiantil, en principio tenían buenos sentimientos, el roce y la convivencia con los demás, además del ambiente social, hizo que cambiaran poco a poco, se volvieran recelosos y desconfiados lo que hizo que trataran de defenderse de los demás. Palanca compara esta situación, al bacilo de Koch, que cuando se recubre de la capa cérea, se defiende con ella de las agresiones externas. Así los humanos escondemos nuestra propia personalidad, sustituyéndola por una careta acomodaticia. Según los estudiantes avanzaban en sus estudios surgieron las primeras envidias y los primeros odios, esto era el comienzo de la gestación de los futuros rebeldes. En la Facultad se comenzaron a ver diferencias entre los alumnos, ya que unos iban mejor vestidos que otros, lo que se hizo más patente al acabar la carrera. Poco a poco se generaron rebeldes que culminaron en la Segunda República. Después se presentó la disputa de la oposiciones y los concursos; simpatías, recomendaciones, protegidos, situaciones económicas difíciles, fortuna etc. Durante el transcurso de estas oposiciones, comenta dos cosas aprendidas: una, que el mundo es de "*Toma y daca*" y otra "*Qué en plena sociedad, no siempre triunfan los que aparecieron como primeros en la época estudiantil*".

Entrar en el apartado de "la vida pública", no consistía solamente en ganar una plaza por medio de cualquier procedimiento. Había que adaptarse a los usos y costumbres de aquella nueva situación. Se iba poco a poco perdiendo la ingenuidad y aprendiendo las "marrullerías" necesarias para convivir con seres hasta entonces extraños, ya que existía una fauna muy variada, que Palanca sintetiza en varios apartados: Los verdaderos infelices. Discurrían poco y trabajaban mucho, aunque el trabajo fuera mecánico. No protestaban, ni pedían nada. Se comportaban como verdaderos burros de carga burocrática. Eran dignos de admiración, pero pasaban por sus puestos "sin pena ni gloria". Los inflexibles. No se doblegaban ante nada ni nadie, solo procedían con arreglo a una justicia absoluta. Eran creadores de conflictos y denunciadores de irregularidades. El adulador. El que envuelve al adulado en una atmosfera de incienso tan densa que era imposible de librarse de ella. No tenía escrúpulos. Había también un tipo de adulador oral, que combinaba la palabra con la dádiva. Había verdaderos artistas en este campo. El desaprensivo. Era el que iba derecho a lo que más le convenía, especialmente en el terreno económico. Esta situación les duraba hasta que una de las fechorías muy grande les descubría. El vanidoso. El coleccionista de cruces y medallas. El resentido. Era especialmente molesto y hasta peligroso. Aprovechaba el influjo de su posición, para causar el mal a los que dependían de él.

Palanca finaliza su artículo diciendo que con toda esta variedad de funcionarios, a pesar de estos comentarios la inmensa mayoría de ellos eran honrados, inteligentes y trabajadores. Este grupo que finalmente describe hacía caso omiso de los que entorpecían su gestión y además tenían la generosidad de conceder el éxito de sus trabajos al superior. Sabían que nadie iba a agradecer sus esfuerzos y que el pago iba a ser la ingratitud. Las críticas injustas, los pequeños fracasos, las deserciones de los amigos, acaban de inutilizar al funcionario, que había llegado a la gran ciudad burocrática lleno

de entusiasmo y de buenas intenciones. Con todos estos tipos había que tratar en la gran ciudad burocrática, unos en puestos inferiores y otros en puestos superiores.

Estudiantes y Enfermeras. 1965 (252).

Palanca divide este artículo en varios apartados relacionados con sus diferentes estancias a lo largo de su vida, así comienza narrando un breve resumen de su estancia durante su niñez en la isla de Cuba, más adelante su época estudiantil en Granada, después en su destino en el Norte de África, durante la Guerra Civil española y finalmente habla del papel que desempeñaron las mujeres en el mundo sanitario durante las epidemias en España.

Isla de Cuba. El espectáculo que presentaba el pueblo cubano a finales del siglo XIX, era sorprendente y muy desagradable. Había miles de soldados muertos tirados por un suelo, lleno de residuos alimenticios y deyecciones humanas. Los hombres parecían espectros, muchos de ellos eran víctimas de la fiebre amarilla, del paludismo y de la disentería. Los hospitales estaban llenos. Las mujeres asistían a los enfermos. En Paris (Francia), las Hermanitas de San Vicente asistían en los hospitales. En Alemania eran las Diaconesas las encargadas y en 1854, surgió una mujer durante la Guerra de Crimea, llamada Florencia Nightingale, que fue la precursora de las actuales enfermeras. Gracias a los cuidados que implantó consiguió disminuir la mortalidad de los soldados, que entonces era del 42% al 22%.

Granada. El hospital de San Juan de Dios era una desdicha, en invierno el acumulo de camas era tan grande que se obligaba a poner una "crujía" o incluso dos pacientes en una misma cama. No había enfermeras, las monjas se encargaban de todos los trabajos en el hospital.

África. Cuando Palanca comenzó su carrera como médico militar, fue por primera vez a tierras africanas en el año 1909 junto con otros miles de soldados. Su capitán se llamaba Gómez Ulla. En otra ocasión más adelante fue con motivo del Desastre de Annual. Los hospitales de Melilla eran mejores que los de Cuba, el servicio había mejorado, había allí mujeres que prestaban un servicio meritísimo, y a su frente estaba, la duquesa de la Victoria, que contaba que en España había más de diez millones de mujeres entre los 15 y los 65 años, a las que había que dar trabajo. La duquesa añadía que pronto llegaría el Seguro de Enfermedad y que las mujeres tendrían que estar preparadas para ello. Palanca se encontró después de esto con dos mujeres que tuvieron un lugar en la Sanidad muy importante, una en la Cruz Roja y la otra en la Lucha Antituberculosa.

Madrid. Los azares de la vida, trasladaron a Palanca a Madrid y allí coincidió con Mercedes Mila, que trabajaba dentro del Ejército y una representante de la Fundación Rockefeller, que le propuso un viaje a EE.UU. para estudiar entre otras cosas, el papel que desempeñaban las mujeres en el Sistema Sanitario americano. En EE.UU. conoció las Escuelas de Instructoras Sanitarias y el importante papel que entonces desempeñaban en América. Al volver a España Palanca implantó este sistema en algunas provincias.

Guerra Civil. Durante la Guerra Civil la mujer prestó excelentes servicios en todos los hospitales. El estado sanitario de la Zona Nacional era bueno, pero cuando la guerra finalizó se presentaron cuatro grandes epidemias: paludismo, tifus exantemático, difteria y viruela. Las mujeres prestaron durante el desarrollo de estas epidemias un gran servicio. Después de la guerra, ya había organizado el servicio de enfermeras y se pudo

llegar a 22.000 camas de adultos en los diferentes sanatorios. Lo mismo sucedió en los sanatorios infantiles.

Practicantes y enfermeras. Una de las dificultades más grandes que tuvo Palanca durante su mandato, fueron las malas relaciones entre los colectivos profesionales de las enfermeras y de los practicantes. Estos problemas se llamaban "incidentes entre fronteras profesionales" y se presentaban entre todos los colectivos sanitarios: médicos y farmacéuticos etc., el caballo de batalla entre los practicantes y las enfermeras era en aquella época, las "inyecciones". Sin embargo entre médicos y enfermeras no se presentó jamás ningún incidente.

Los errores iniciales del Seguro Obligatorio de Enfermedad, en Felip Solé Sabaris "Apunte crítico del funcionariado de la Seguridad en España". 1965 (253).

Felip Solé publica un libro sobre La crisis de la Medicina Liberal en el año 1965, los capítulos desarrollados en este libro están los reseñados en la tabla 86. Palanca desarrolla en este libro el tema: "Los errores iniciales del SOE" con el objetivo de que ya que el tiempo transcurrido podía permitirle enjuiciar lo sucedido, sus opiniones podían ser útiles para corregir algunos de los errores que se cometieron.

Tabla 86. Libro sobre La crisis de la Medicina Liberal, índice de capítulos desarrollados en este libro (253).

Capítulos	Desarrollo de los temas
Introducción.	El sociólogo y la Seguridad Social.
	Sanidad y Seguridad Social en España.
	Seguridad Social y liberalismo médico
1	El problema de los honorarios sociales.
2	Los principios.
	El conflicto del acuerdo directo
3	Evolución de la Medicina Social en Francia I.
4	Evolución de la Medicina Social en Francia II.
a	El Proyecto Gazier.
b	El decreto del 12 de mayo de 1960.
c	Apunte crítico del funcionamiento de la Seguridad Social.
c-1	**Los errores iniciales del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Dr. Palanca**
	Crisis de una profesión liberal
5	Introducción.
a	Sindicalismo médico.
b	Sindicalismo médico en España.
6	Estatuto liberal del médico.
7	Individualismo médico.
8	Conclusiones.
9	Bibliografía.

Los errores iniciales del Seguro Obligatorio de Enfermedad

Palanca comienza diciendo que nunca dudó de que el SOE fuera una obra social. A lo largo de este capítulo expresa bajo su punto de vista cuáles eran las razones de que el SOE, funcionara insuficientemente.

A. Predominio de la política. El SOE nació al poco tiempo de la extinción de la Guerra Civil y supuso un poderoso avance social, contribuyendo a la tranquilidad y satisfacción

interior. Los encargados de proponer y desarrollar las Bases del SOE eran mucho más políticos que técnicos, aunque eran médicos. Se dio representación al Instituto Nacional de Previsión y a profesionales que les obligaron a nombrar para la representación en otras comisiones, con una serie de consignas desde la superioridad, que anulaban toda iniciativa.

Los resultados de la implantación del SOE eran deficitarios, era muy importante reducir los gastos o incrementar los ingresos y en este punto se presentaron varios dilemas; reducir las concesiones a los beneficiarios, vigilar en los servicios con una mayor rigidez administrativa. Estas medidas provocarían cierto malestar que los políticos no querían. La política no se limitó a los momentos de implantación del SOE, sino con posterioridad continuó con las misma ideas. El autor anota que todo hubiera estado muy bien si la alta dirección del SOE hubiera recaído en pocas personas enérgicas y competentes, capaces de imponer su voluntad, pero el cambio de dirigentes era continuo y con criterios diferentes, con lo cual el camino que recorrió el Seguro fue vacilante, con muchas rectificaciones. Fue sin embargo un acierto no dejar caer al Seguro en manos de la iniciativa privada, aunque muchas entidades colaboradoras actuaron correctamente.

B. Implantación total del SOE. Pocos años antes de la implantación del SOE, Palanca acompañó al Ministro de la Gobernación a visitar al Ministro de Trabajo, para hacer ver los inconvenientes de la implantación simultánea en todo el territorio español. Palanca presentó en esta reunión dos alternativas para la implantación con el objetivo de tratar de solucionar los problemas que se pudieran presentar y resolver las dificultades:

Realización previa a la implantación un ensayo en un provincia y posteriormente al resto, en dos tiempos. Primeramente un seguro contra la tuberculosis –enfermedad que más enfermos causaba y que disponía de una organización muy completa con una extensa red de dispensarios, preventorios y dispensarios- y en una segunda fase se desarrollaría el resto del proyecto.

Ante una implantación sin ninguna experiencia previa, sin preparación alguna, carentes de medios asistenciales, se incurriría en errores que se irían multiplicando más adelante imposibles de corregir, y así fue. Se procedió a duplicar servicios, en el caso de la tuberculosis, se produjo una duplicatura de la asistencia, desde el Patronato por una parte y el seguro por la otra, que en aquella época no querían colaboraciones por ninguna de las partes. Se deseaba un seguro independiente.

C. Inspectores sanitarios. Los primeros inspectores del SOE, fueron designados personalmente, sin valoración de sus conocimientos. Muchos de ellos estaban preparados para otras finalidades y se vieron obligados a la improvisación de sus servicios. Se convirtieron en burócratas y se dedicaron a refugiarse en sus despachos. Las prestaciones se multiplicaron, el fraude se hizo fácil y el seguro comenzó a encarecerse. Nunca tuvieron libertad de movimiento y su dependencia del Instituto Nacional de Previsión llevaba implícito el sometimiento a las directrices políticas.

D. Las colaboraciones. El SOE prefirió caminar aisladamente, sin tener contacto con el resto de las organizaciones sanitarias españolas existentes. Se crearon muchas duplicidades en los servicios asistenciales. Lo más importante era la continua inauguración de Centros, ya que estas tenían gran repercusión en la prensa y eran más agradables que el arreglo de los servicios ya existentes. Desde su comienzo la implantación del SOE se desarrolló bajo la pugna de los dos Ministerios –Gobernación y Trabajo- el primero

a través de la DGS, que no resignaba a la pérdida de muchos de sus cometidos y la preponderancia de que gozaba y el segundo, que se negaba a toda colaboración.

E. El precio de las construcciones. El SOE en un principio tenía un plan en el que quería centros muy amplios y dotados de confortabilidad. Esto influyó en un coste excesivo en las construcciones. Palanca presenta una serie de casos de excesivo coste en comparación con los hospitales militares o de la beneficencia.

F. El problema de los medicamentos. En el aumento del coste de los medicamentos, influyeron varios factores:

- el precio de los medicamentos. Palanca hizo una proposición para disminuir el precio de los medicamentos, modificando a fondo el ciclo comercial de los mismos, pero su propuesta no fue escuchada.

- el uso y abuso de los mismos por parte de los beneficiarios. Hubo una gran generosidad en la expedición de las recetas, con lo cual se aumentaron las posibilidades de fraude.

- exceso de medicamentos sobrantes.

- dificultad de vigilancia sanitaria para evitar el derroche de medicación. Se intentó el uso de envases clínicos, pero no tuvo éxito y los envases reducidos no se pudieron generalizar.

G. Colaboraciones especiales. El seguro descuidó totalmente un aspecto de la profesión: su nivel científico. Solo quedaron en pie las consideraciones estrictamente económicas; derechos y deberes de los médicos, distribución de cartillas y las pagas extraordinarias. Más adelante el Seguro trató de corregir este aspecto y se lanzó a la búsqueda de figuras eminentes, pero esto no tuvo utilidad. Palanca pensaba que si se les hubiera señalado un papel en la investigación o en la enseñanza, es posible que se hubiera conseguido una minoría eminente y muy útil para la organización.

H. Puericultores. El aumento del gasto también se relacionó con esta especialidad, ya que un número muy alto de los consumidores de las consultas eran niños. Se procedió a la contratación de especialistas y entonces surgieron otros problemas; no había un número suficiente de puericultores verdaderamente especialistas. Aumentó el gasto de farmacia. No se resolvieron los problemas, se crearon otros nuevos y los médicos de cada zona disminuyeron sus actividades.

I. Conclusiones. Palanca no menciona todas las equivocaciones que se realizaron, sino solo las que él pensaba que eran las más importantes que eran las referidas al orden estrictamente sanitario, de déficit de organización o de la administración, en algunas de las prestaciones sanitarias. Él pensaba que hubiera sido mejor pagar a los médicos con mayor generosidad, para que estos se hubieran puesto de su lado.

Concierto y desconcierto. Profesión Médica. 1965 2ª Número especial (254).

El autor establece una comparación entre el funcionamiento de los servicios sanitarios y el de una orquesta, en donde cada uno de sus miembros actúan bajo la dirección de la batuta de su director. Palanca pensaba que los Servicios Sanitarios deberían actuar de la misma manera y con ello una dirección tendría que servir para unificar a todos ellos y funcionaran así con mayor efectividad. El autor comenta que los gastos en Sanidad se duplicaban por la falta de colaboración entre los distintos organismos. Finaliza diciendo

que llegar a esa unificación por la que la clase médica no cesaba de reclamar, pensando que algo tan fácil de enunciar podía ser tan difícil de llevar a cabo.

Sanitarios y Finanzas. 1966 (255).

Palanca comienza el artículo, diciendo que el Cuerpo de Sanidad Nacional a través de los años siempre supo adaptarse a los distintos ambientes por los que pasaba y a los descubrimientos científicos que se sucedían y así su actuación fue variando en función de las circunstancias. Había muchos que opinaban que en los años sesenta sin embargo no había podido continuar el proceso de adaptación a los tiempos modernos en tres aspectos fundamentales: el enorme desarrollo adquirido del Seguro de Enfermedad y su poder económico, el intento de separación radical del Seguro y de la Sanidad reservando para la Sanidad la prevención de las enfermedades y para el Seguro la asistencia. El sistema sanitario fracasó, porque la profilaxis y el tratamiento estaban totalmente unidos y era imposible separarlos. La Sanidad acabó con la epidemia de paludismo, con la asistencia a los palúdicos crónicos, el tratamiento de los pantanos y otras labores que se realizaron de prevención.

El segundo motivo desfavorable para la Sanidad Nacional, fue la aparición de las "tasas sanitarias", aplicadas en muy pocas provincias como Madrid y Barcelona. En cuanto a las finanzas, a lo largo de los años se fue aumentando paulativamente el presupuesto a los Servicios Sanitarios. En la gráfica 30 se puede observar como a partir del año 1930, el presupuesto en Sanidad este se duplicó.

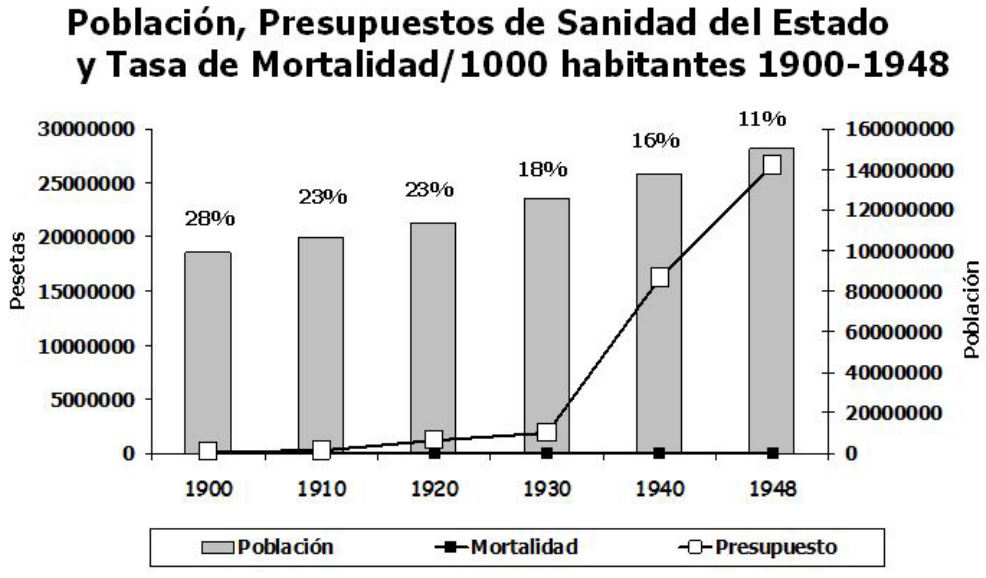


Gráfico 30. Presupuestos de Sanidad del Estado y Tasa de Mortalidad/1.000 habitantes. Año 1900-1948 (255).

En la tabla 87 se observan detalladamente los recursos de que se disponían durante los últimos años de la gestión de Palanca al frente de la DGS, a excepción de lo necesario para la construcción de algunos sanatorios antituberculosos.

Tabla 87. Recursos de que se disponían en la DGS, durante los últimos años de la gestión de Palanca (255).

Recursos	Cantidades
Presupuesto General Estado	169.183.000
Institutos Provinciales de Sanidad	41916.000
Lotería del mes de octubre	8.000.000
Tarjeta postal de Navidad	1.000.000
Aportaciones locales al PNA	10.000.000
TOTAL	**230.099.000**

En el momento en que se publica este artículo los presupuestos para el siguiente bienio se pueden ver en la tabla 88.

Tabla 88. Presupuesto para el bienio, transcritas del "Boletín Oficial de las Cortes" (255).

Recursos	Cantidades
Sueldos	720.884
Remuneraciones	50.899.500
Locomociones y traslados	616.000
Locales	14.763.000
Seguridad social	6.703.000
Material no inventariable	6.033.150
Material inventariable	850.000
Materiales y obras en edificios arrendados	569.000
Adquisiciones ordinarias	11.525.600
Adquisiciones y servicios especiales	13.062.700
Obras de conservación y reparación	1.800.000
Publicaciones	450.000
Otros gastos ordinarios	100.591.510
Subvenciones a organismos autónomos	666.238.620
Subvenciones a Corporaciones provinciales y locales	83.685.000
Subvenciones a particulares	650.000
Construcciones	300.800.000
TOTAL	**1.259.957.964**

Palanca finaliza preguntándose si a pesar de este aumento en los presupuesto se podría llegar a conseguir mejorar las cifras de la mortalidad general. Seguramente mejorarían pero tras muchos años de esfuerzos.

Ministerios para médicos y médicos para Ministerios. 1966 (256).

Palanca comienza diciendo: "*La vida de los que somos ya viejos puede dividirse en dos etapas: en una época todo son acontecimientos, en otra,* (en la que él se encontraba en el momento en que escribió este artículo), *todo son comentarios para aquellos acontecimientos*". Por estos comentarios y a raíz de una encuesta publicada en el diario Madrid, sobre la necesidad de creación del Ministerio de Sanidad, Palanca escribe este artículo.

Palanca pensaba que cuando llegara el momento de que el Gobierno hiciera una reorganización a fondo, sería el momento de hacer un encaje de los Servicios Sanitarios en uno de ellos. Después llegaría el apartado de, quién podría ocupar el cargo de Ministro. Él pensaba que podría ser cualquier persona que tuviera condiciones para

ello. Hace un recorrido muy detallado, ameno e interesante de muchas personas que habían ocupado carteras a lo largo de la historia en España y sus características tanto profesionales como personales. Al final llega a la conclusión, que para ser Ministro no hacía falta tener grandes dotes intelectuales; bastaba con una inteligencia mediana, pero una previa dedicación a la materia que debía de regir, energía y honorabilidad. Hasta aquel momento ningún Ministerio había estado reservado para una profesión determinada.

En consecuencia, Palanca creía que un médico Ministro de Sanidad, daría un excelente resultado si se encontrase quien pudiera reunir las condiciones de los que menciona durante su artículo. En ese caso todo funcionaría a la perfección. Los momentos se presentaban difíciles y pensaba que en una primera fase quizás era mejor que la cartera fuese ocupada por alguien ajeno a la profesión por la multitud de problemas que había, que se dedicase a arreglar entuertos, a desbrozar el terreno y dejar preparado el camino para los que vinieran después.

Carlos Rodríguez Cabello (257), envía una carta abierta a la Gaceta Médica Española, en octubre de 1966, contestando al artículo de Palanca en donde comparte su criterio de que importaba poco que el titular de la cartera del futuro Ministerio de Sanidad fuera o no médico. Comenta en su carta, que el dirigente de la Sanidad Pública debería tener una comprensiva visión humanística de sus problemas y una indudable vocación política, que supiera anteponer siempre al bien público a las conveniencias particulares. Un político dispuesto a arrastrar la impopularidad momentánea y las enemistades originadas por decisiones justas con un beneficio general.

Este artículo es muy interesante y merece la pena ser estudiado a fondo, ya que refleja el pensamiento de un profesional sanitario que ocupó durante muchos años un cargo de responsabilidad en el mundo sanitario, unos años antes de la creación del Ministerio de Sanidad.

Un sanitario: BARDAJI. 1966 (258).

Cuando Palanca se incorporó al Cuerpo de inspectores provinciales de Sanidad, era director general de Sanidad, D. Manuel Martín Salazar. La viruela, la fiebre tifoidea y el tifus exantemático eran moneda corriente y los medios para su combate eran muy pocos. Para todas estas enfermedades, Bardají, era insustituible. Los Jefes de Sanidad, se dedicaban por completo a la "Sanidad", sin que por esta "dedicación", recibiesen ni un céntimo. El puesto de Bardají, era muy delicado, pues estaba muy próximo a la frontera portuguesa y era un lugar entonces muy escogido para la entrada de infecciones en España. Tras el cese de Martín Salazar, Bardají perdió su principal apoyo. La primera vez que Palanca fue DGS, trasladó a Bardají a Madrid, a la Inspección de Sanidad, pero tras la llegada de la República, allí duró poco tiempo. Más adelante pasó por Castellón, Valencia y después realizó una magnífica gestión en Barcelona, donde triunfó.

Bardají creía en la gratitud humana, muchas personas que le admiraban y muchos de los que protegió, en cuanto se jubiló, le dieron la espalda. Todo esto no le supuso un amargor en su vida, ya que su espíritu no le permitía despreciar a las personas. Supo refugiarse en su vida interior y así vivió sus últimos años de su vida.

Figura 98. Doctores Palanca y Bardají en Badajoz en el año 1948 (6).

Algo de psicología barata. 1966 (259).

A lo largo de este artículo Palanca, describe una serie de anécdotas muy interesantes, relacionadas con las características de los diferentes caracteres de sus jefes y del personal subalterno, con los que tuvo la oportunidad de conocer a lo largo de su vida profesional. Con cada una de las reflexiones se pueden ayudar a obtener enseñanzas que pueden aportar muchos aspectos interesantes de aquellos personajes que han ocupado puestos en periodos anteriores y así comenta en uno de los puntos: "*Los consejos que vienen de personas experimentadas más que uno son siempre preciosos*".

El autor finaliza diciendo, que todo lo relatado fuera bueno o malo, lo recordaba con gusto, porque todos ellos amigos y enemigos, ingratos y fieles, contribuyeron a crear una experiencia sin la cual hubiera sido imposible triunfar en la vida momentáneamente, ya que el triunfo definitivo era imposible de conseguir. Palanca dice: "*Al que recoge estas experiencias y las utiliza en su conducta, se le llama despectivamente "político". Pero al que no las emplea en sus actos, es porque carece de condiciones para servir a la sociedad y menos para servirse a sí mismo*".

Carta abierta. En torno al tan deseado Ministerio de Sanidad. 1966 (260).

Esta intervención está relacionada con una contestación a un artículo publicado en la Gaceta Médica Española de su amigo Carlos Rodríguez Cabello. En esta ocasión Palanca seguía insistiendo en la unificación de todos los aspectos sanitarios en un mismo departamento, que podría llamarse Ministerio de Sanidad. Por sus muchos años ocupando puestos políticos tenía poca fe en los aciertos políticos, hace un repaso de la historia política española en varios de sus aspectos y cómo las decisiones no muchas veces fueron aciertos exactamente.

Carta abierta sobre el Ministerio de Sanidad. 1967 (261).

Palanca escribe una carta a la Gaceta Médica a raíz de sus comentarios sobre la creación del Ministerio de Sanidad, ya que estas habían creado un cierto malestar en la clase médica. El autor pensaba que la única manera de que funcionara correctamente el nuevo

Ministerio, sería si pudiera reunir todos los organismos sanitarios bajo las alas del Ministerio de Sanidad. Las ideas administrativas de aquel momento, iban por el camino de refundir todos los servicios bajo una misma unidad de mando. Si no se crearan en esa línea los mismos médicos sufrirían las nefastas consecuencias.

Lo bueno, lo malo, el tiempo y la juridicidad. 1967 (262).

Palanca comienza diciendo: "*Es maravillosa la facultad de adaptación que tenemos a las circunstancias*. *El tiempo es el único capaz de aclarar lo que pueda pasar a lo largo de los años*".

En el año 1942 este autor publicó un artículo llamado "La revolución en Medicina", en la Revista Ser, en uno de sus párrafos decía: "*Revolucionario sería unificar la Sanidad. Agrupar en un solo Ministerio todas las actividades dispersas que andan desperdigadas y evitar que cuando un médico tiene influencia porque asiste a personajes poderosos, se le permita crear pequeñas organizaciones en las que cifra su orgullo y hasta su clientela, con perjuicio de la Sanidad. Revolucionario, seria tal como están las cosas en nuestro país, terminar con el valladar que separa Sanidad, beneficencia y Asistencia, porque las tres cosas se complementan, y es absurdo y antieconómico separarlas*". Tras la publicación de este artículo se armo "la de San Quintín". Palanca dice veinticinco años después de esta publicación, que lo que resultó una gran indignación, una vez pasado el tiempo los señores que pidieron su cabeza en aquel entonces, le decían en la década de los sesenta: "*Qué razón tenía usted, lástima que no le hicieran caso*".

El tiempo cambiaba totalmente el cariz de las cosas, los juicios y los criterios; incluso las personas que parecen malas se convierten en buenas y al revés. El autor hace referencia al cuento: "*El Palacio de la verdad*", dentro del cual solo se podía decir la verdad. Bien pronto se dieron cuenta de que el que decía siempre la verdad estaba perdido, ya que era muy difícil encontrar personas a quienes las verdades no amarguen.

Palanca hace una reflexión final acerca de lo difícil que era dirigir y más difícil todavía dirigir cuando el colectivo era médico.

Las Epidemias y los intereses creados. 1967 (263).

Una epidemia ocurrida en Albacete le sugirió a Palanca unos cuantos comentarios motivo de este artículo, unos en relación con las epidemias y otros en relación a los epidemiólogos. Cuando se presentaban brotes epidémicos siempre llevaban aparejados una serie de intereses creados alrededor de ellas.

En el caso del brote que ocurrió en Albacete, se dieron las circunstancias siguientes: se presentaron 8 casos con una mortalidad del 50% en ocho niños que las autoridades sanitarias llamaron "radiculitis con síntomas de parálisis". Todos los niños estaban vacunados. La conclusión en este caso fue que la ignorancia de algunos sanitarios y catedráticos estribaba en no encadenar debidamente los conocimientos sanitarios con los sociales, los psicológicos y los económicos. Palanca pensaba que las epidemias había que relacionarlas siempre en el contexto en que nacían y se desarrollaban.

A continuación describe una serie de ejemplos (tabla 89), que el autor vivió a lo largo de su carrera profesional unas veces como espectador, otras como actor y otras como director. En todos los ejemplos trata de resaltar cuales fueron los intereses unas veces legítimos y otras veces pecaminosos.

Tabla 89. Características de ejemplos de brotes epidémicos acaecidos en España (263).

Brote epidémico	Características
Brote alimenticio en Madrid 1920	Origen: Ostras contaminadas. No se pudo comprobar. Microorganismo: Bacilo de Eberth. Fiebre tifoidea. Impacto: elevado número de casos con baja mortalidad. Medidas adoptadas: control de las aguas. Intereses creados: económicos.
Gripe del año 1918: "Gripe española"	Origen: desconocido. Microorganismo: bacilo de Pfeiffer/Estreptococo. No se conocía el papel de los virus. Impacto: Pandemia con alta mortalidad. Medidas adoptadas: Comisión de sanitarios. Intereses creados: económicos –fabricantes lanzaron la idea de que la vacuna variólica estaba mal preparada.
Latirismo tras la Guerra Civil española	Origen: harina de Almortas. Microorganismo: desconocido. Impacto: elevado número de casos con baja mortalidad. Medidas adoptadas: pacto con el Comisario de abastecimiento y cambio de uso de harinas en la panificación. Intereses creados: económicos.
Brote de fiebre tifoidea en Málaga y Granada	Origen: aguas contaminadas. Comunicación entre una alcantarilla y la conducción de agua potable. Microorganismo: bacilo de Eberth. Impacto: 6.000 casos con baja mortalidad. Medidas adoptadas: arreglo de las conducciones de agua. Intereses creados: románticos y económicos.
Laredo (Santander)	Origen: aguas contaminadas. Comunicación entre aguas residuales y la conducción de agua potable durante la construcción de unas casas. Microorganismo: bacilo de Eberth. Impacto: 99 casos con baja mortalidad. Medidas adoptadas: arreglo de las conducciones, vigilancia de la estación depuradora y vacunación de la población. Intereses creados: económicos.

Hubo veces en que las medidas para el control de los brotes se implantaron, a sabiendas de que eran inútiles pero que causaban un enorme impacto en la población, como lo que causaron unas enormes máquinas de desinfección que lanzaban nubes de vapor a través de grandes pulverizadores, utilizadas para desinfectar regando con ellas a los viajeros en algunas ocasiones a la salidas de las estaciones de trenes. En algunas ocasiones durante los brotes epidémicos la lucha se establecía con la incultura del pueblo y la incomprensión de los superiores.

Dolorosas pérdidas en el Cuerpo de Sanidad Nacional. Panorámica del Cuerpo. 1967 (264).
El verano fue fatídico para el Cuerpo de Sanidad Nacional. Nada menos que cuatro muertos entre sus filas: Prada –jubilado- y tres en pleno servicio; Ernesto Juárez de Cáceres, Julián Sanz Ibáñez del Instituto del Cáncer y Ángel Vinuesa de Tenerife. Todos ellos eran sanitarios completos, pero cada uno con su distinta forma de ser y especiales características.

Prada simbolizaba el perfecto sanitario tal y como se entendía en aquella época. Fuera de la caza no había para él otro motivo ni finalidad en su vida que la Sanidad, ante las conveniencias de ella no vacilaba en acometer las empresas más arriesgadas. En una ocasión se necesitaba conocer las andanzas de cierto enfermo tífico que se había refugiado en un pueblo portugués, vecino de nuestra frontera. Allí fue Prada, sin reparar en las protestas de nuestros vecinos.

Julián Sanz Ibáñez era de otro tipo. En él la Sanidad se completaba con la investigación científica y con la enseñanza. Su calma y su serenidad para resolver situaciones difíciles lo hacían particularmente valioso. Cuando se le nombró director del Instituto del Cáncer, hubo algún subsecretario y hasta algún Ministro que en cierto modo impugnaron su nombramiento. Era médico de Sanidad Nacional y catedrático de la Facultad de Medicina. Las dificultades, obstáculos, más o menos voluntariamente puestos al Instituto fueron vencidos fácilmente por esa tranquilidad y serenidad suyas.

El autor dice que era frecuente que se hablara mal del Cuerpo Nacional de Sanidad, considerándolo anticuado y decadente, en modo alguno estaba de acuerdo con tal injusticia. La época de mayor esplendor del Cuerpo fue cuando D. Manuel Martín Salazar fue su director general, elevó el prestigio del Cuerpo porque sabía más Bacteriología, Inmunología y más Higiene que todos y llevaba a los sanitarios por el camino que indudablemente era el único que entonces se podía seguir. Logró pues, crear una pléyade de sanitarios competentísimos, respetados en todo el ambiente nacional. Sin necesidad de poner carteles en la cabecera de las camas sanatoriales, Salazar no se equivocaba jamás.

Pero es que, a pesar de la política que imperaba en aquellos tiempos, los destinos se proveían con reglas invariables, no causaban malestar interno ninguno. No se dio el caso de conceder un destino a un amigo suyo que podría haber correspondido legalmente a otro. Tampoco en las recompensas se dejaba guiar por la amistad, ni en los castigos por un momento de irreflexión o de pasión. La política de aquel tiempo era ciertamente cosa muy mala, pero la posibilidad de censurar sus actos aminoraba la tendencia natural al favoritismo de los políticos de aquellos tiempos.

Existían varios aspectos en aquel momento que ejercían una perniciosa influencia en el Cuerpo Nacional de Sanidad. Las llamadas “Tasas”; desde el primer momento de su implantación se suponía que sería muy difícil que la colectividad sanitaria pudiese sufrir su influencia sin menoscabo. Otro inconveniente podría ser la irregularidad en la distribución de estas tasas. Las tasas pusieron en un compromiso la unidad y la competencia al mismo Cuerpo Nacional. El ímpetu juvenil –que era la tónica del momento-, tan legítimo como perjudicial, si no se frena moderada e inteligentemente es otro peligro nada despreciable. Jóvenes hay gente muy superiores a otras personas de edad madura. Napoleón fue ciertamente un genio, y con su juventud dominó el mundo. Pero no abundaban los napoleones y el talento de los que mandan estriba en hacer una buena selección que permita hacer llegar a puestos de mando a jóvenes capaces, que no son muchos; la gran capacidad la suministran los años de experiencia en el entrenamiento. Y, por si todo esto fuera poco, el SE vino a complicar la situación de la Sanidad Nacional, no solo por la extensión –cada día mayor y lógica- de sus servicios, sino porque en algunas provincias el jefe de Sanidad perdió su primer rango al pasar a depender como subordinado del jefe del Seguro. Palanca solo veía nada más que dos caminos a seguir: o resignarse a continuar la decadencia, cada día mayor, o acometer francamente una reforma que permitiera la unificación de los Servicios Sanitarios, perdiendo naturalmente la independencia, pero unificando los servicios del país, de la que vendría a formar una parte integrante esencial. El tiempo nos daría que orientación sería la mejor.

En cuanto los cuatro amigos desaparecidos; los cuatro por distintos caminos y con distintas especialidades, dedicaron su vida a servir a la salud del pueblo español. Existía

la obligación de perpetuar su memoria en la medida de los posible personas que lo dieron todo por el ideal de hacer una España mejor y mantener siempre en auge el prestigio del Cuerpo de Sanidad Nacional, al que todos servían y amaban tan entrañablemente.

El paludismo en Marruecos. 1967 (265).

Palanca comienza diciendo que los años anulan las actividades que las personas han desarrollado a lo largo de su vida, poco a poco los ancianos se van arrinconando y olvidando de asuntos que para ellos habían sido fundamentales durante el ejercicio profesional. Alude al libro escrito por Ramón y Cajal, "El mundo visto a los ochenta años". Este autor decía: "*A los españoles nos falta el sentido de la medida y el instinto nórdico de la disciplina y del bienestar colectivo. Carecemos también del juicio de los extraños, acaso por egolátrico engreído* – añade- *allá los caciques con sus mesnadas que se enfrentan con el gran problema de gobernar a un país que es ingobernable*". Palanca añade a lo anterior: "*Llegando a cierta edad, la felicidad o por lo menos la tranquilidad estriba en no desear nada ni pedir nada y, si fuera posible renunciar a toda prebenda*". Renunciar a la vida académica y a la asistencia a las tertulias era muy difícil para Palanca, en cambio le fue muy fácil entretenerse en escribir artículos sobre trabajos comenzados en épocas pretéritas. Se acordaba de sus agresores y no se refería a las generaciones más jóvenes, sino las generaciones que cronológicamente les seguían y les consideraban como un obstáculo para su carrera.

En este caso eligió escribir sobre: "*El Paludismo en lo que fue nuestra zona de Protectorado en África*". En el año 1920, Marruecos era para España un avispero lleno de problemas políticos, económicos y guerreros. El número de soldados afectados por el paludismo estaba aumentando cada vez más, los gastos eran muy cuantiosos y el incremento de esta enfermedad en la Península, transportado por medio de los soldados que regresaban de África era perturbador. En aquella zona se reunían las tres condiciones que Sergent consideraba indispensables para su propagación: reservorio de virus (palúdicos crónicos mal tratados), nidos de larvas (charcas más o menos grandes) y sujetos receptivos (tropas). A todo esto se le podía añadir el género de vida, un exceso de trabajo y una alimentación insuficiente. Palanca presenció una epidemia de palúdicos en el Batallón de Cazadores en Segangan, cerca de Melilla. En aquella posición cayeron enfermos 300 soldados en un solo día, en sus análisis de sangre se pudo comprobar la presencia de *Plasmodium vivax*. El coste del paludismo durante los años 1918 y 1920 en los hospitales, ascendía a seis millones de pesetas más los gastos no incluidos en ello como era el transporte de las tropas. El Ministro de la Guerra realizó un viaje de inspección a aquellas tierras durante la primavera de 1920 y se quedó impresionado por la gravedad del problema. A su regreso a la Península, nombró una Comisión en la que estaba incluido Palanca como secretario. Esta Comisión estaba formada por varios médicos militares y dos expertos en Bacteriología. El grupo partió el mes de octubre y llegaron a presentarse al Alto Comisario, el general D. Dámaso Berenguer, quién les recibió y les dio una serie de recomendaciones para el viaje. La época era mala ya que era la estación de lluvias y los caminos se hacían intransitables, les recomendó que emprendieran el viaje hacia Larache. Palanca mientras hablaba con el general, se hacía las siguientes reflexiones. Él y Berenguer, se habían conocido de niños en la isla de Cuba, el padre del general era Segundo Cabo de la isla. Vivían en una casa cercana a la Bahía de La Habana y desde

su azotea vieron llegar la reproducción de las tres carabelas de Colón con motivo del centenario del descubrimiento. Nunca perdió sus relaciones con la familia Berenguer y vio como iba ascendiendo de grado en grado. En cuanto al porvenir del general, Palanca se hacía las siguientes preguntas: "*¿Quién podría adivinarlo en aquellos momentos*?". No había surgido todavía la Derrota de Annual que se avecinaba. "*¿Cómo podría achacarse a Berenguer el desastre y convertirse en un arma política del que la víctima sería él*?". El destino sería fatal para Berenguer, hombre inteligente, laborioso y honrado, que Palanca califica como: "*Fruta rara en toda época, que vivió sirviendo al país y murió casi pobre*".

La Comisión emprendió viaje a Larache por El Fondak, de camino visitaron Arcila, y estudiaron a fondo los posibles focos de paludismo. La Laguna de Guadaira, las huertas de las afueras de la ciudad y los meandros del río Lucus. Visitaron las grandes lagunas de la margen izquierda del río Such. Terminada su misión en Larache, la próxima etapa era Ceuta y Tetuán, donde estaban los focos que dependían de allí, los ríos Negro, Smir, Lila y Martín. A finales de noviembre embarcaron en Ceuta para volver a Melilla y el comandante general Silvestre puso a su disposición automóviles para recorrer los focos del río Oro y del río Zeluan. Se habían intentado varias veces la plantación de eucaliptus que se habían enviado desde la Península, pero unos y otros se perdieron casi en su totalidad.

El último día de la estancia de la Comisión en Melilla, el general Silvestre los invitó a comer y durante el café, les explicó las operaciones que pronto iba a emprender y dijo: "*Los españoles hemos tenido mucha suerte en Marruecos. Los italianos tuvieron un desastre en Abisinia, los franceses en Argelia y nosotros, con muchos menos efectivos hemos tenido ciertamente muchas bajas pero desastre propiamente ninguno*".

Regresaron a la Península y a finales de enero presentaron un informe a la Superioridad. Las medidas que en él propusieron eran las siguientes: programa de quinización preventiva, tratamiento de los enfermos palúdicos crónicos, creación de sanatorios para palúdicos, supresión de licencias a los afectados etc. Muchas de aquellas medidas fueron después adoptadas. Desde el barco que los llevaba, vieron desaparecer las luces de la ciudad de Melilla y nunca se imaginaron que nueve meses después volverían allí a enterrar a miles de soldados y a buscar con especial ahínco el cadáver del general Silvestre, sin que les fuera posible encontrar algún rastro de él.

Finaliza diciendo que hubo muchos cambios en la profilaxis del paludismo como para todas las enfermedades infecciosas, triunfaron las generaciones jóvenes, pero con las armas que los viejos les habían proporcionado. Ellos prepararon el ambiente para el camino hacia la erradicación del paludismo, pero fue la suerte la que le llevó a Palanca a ser el primer actor en la extinción del mismo.

La peligrosa memoria de los viejos. 1968 (266).

Palanca pensaba que "los viejos", suponían un verdadero peligro social porque durante su vida habían visto muchas cosas y tratado con mucha gente. La tertulia de amigos de Palanca –casi todos ellos habían ocupado puestos importantes en el mundo de la política o de las finanzas, entre todos ellos constituían una crónica viviente en la vida nacional entre finales del siglo XIX y el XX-, se reunían una vez al mes para comer y durante aquellas comidas cada uno de ellos narraba sucesos curiosos acontecidos a lo largo de sus vidas. Este grupo de amigos tenían clasificada a la sociedad en tres grupos diferentes:

- aquellos que a lo largo de su vida habían triunfado y llegaron a la vejez bien y además contentos, pero orgullosos pensando que nada ni nadie podía superarlos. Les dolía el olvido en el que había caído aunque hubieran ocupado una alta posición.

- aquellos que fracasaron y por lo tanto se volvieron agrios y desagradables, enemigos de la sociedad que les impidió triunfar.

- aquellos que ni triunfaron ni fracasaron. Pasaron a través de la vida como la luz a través del cristal, sin romperlo ni mancharlo, y hasta sin enterarse de nada.

A lo largo de este artículo Palanca relata una serie de anécdotas curiosas, que cada uno de los miembros de aquella tertulia narraba durante la comida al resto de los tertulianos.

Un teniente Médico a principios de Siglo. 1968 (267).

Palanca terminó la carrera de Medicina en el año 1907 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada e hizo las oposiciones a Sanidad Militar para obtener un puesto de médico militar en Madrid, plaza que consiguió. En los primeros días del mes de julio de 1909, los marroquíes agredieron a unos trabajadores en un ferrocarril que se construía en Melilla, para explotar las minas de hierro del Riff. El Gobierno tuvo que castigar aquella agresión enviando tropas donde murieron muchos soldados y entre ellos el general Pintos, que mandaba la Brigada de Cazadores de Madrid.

Palanca recibió la orden de presentarse en la Brigada de Tropas de Sanidad Militar en la calle del Marqués de Urquijo para marchar aquella noche a Melilla. Se organizó en Madrid la División Reforzada integrada por cuatro regimientos (Rey, León, Saboya y Wad-Rás), había que dotarla de Ambulancia de la que carecían, al mando del capitán Gómez Ulla.

La estancia de Palanca en África duró algo más de seis meses, esto tuvo gran repercusión en él, ya que le sirvió para aprender muchas cosas de su profesión, también le repercutió en el conocimiento de muchas amistades muy útiles que mantuvo el resto de su vida. Una de ellas fue el coronel primo de Rivera, que más tarde fue Dictador de España y que acampó en el Regimiento del Rey durante algún tiempo. Al otro lado estaba el capitán Carrión, propietario del edificio Capítol de la Gran Vía madrileña. En el convoy llevaron herido al capitán Sanjurjo que sería su amigo toda su vida y en Melilla visitaba al comandante Dámaso Berenguer que mandaba. Regresaron en enero a Madrid y Palanca más adelante fue destinado en el mes de mayo a Alhucemas en la costa marroquí. Bajo el mando del capitán Miaja, que más adelante pasaría a ocupar el cargo de Generalísimo del Ejército Rojo en la Guerra de Liberación.

En el resto del artículo cuenta una serie de anécdotas curiosas, que le sucedieron en el peñasco de Alhucemas no siendo está la última vez que estuvo destinado en África, ya que fue allí cuatro veces más.

Los anónimos y el nombre de las calles. 1968 (268).

En relación un anónimo que recibió Palanca en el que le preguntaban, que méritos había contraído él con la Villa y Corte para que su nombre sirviera de título en una calle, Palanca cuenta en un relato muy ameno la historia de cómo se gestó este título.

Gran parte de ese título le pertenecía de todo derecho, decía: "*Si es cierto que las faltas de los padres recaen sobre los hijos hasta la cuarta generación, también el nombre de las calles debe recaer sobre los descendientes*…." El verdadero titular de la calle General

Palanca, fue D. Carlos Palanca Gutiérrez, abuelo de José Alberto Palanca y Martínez-Fortún, que nació en Valencia en el año 1819, por ello es que también la ciudad de Valencia le dedicara una calle. En 1858 fue comandante y enviado a Filipinas. Por aquella época hubo dos asesinatos de misioneros españoles en Cochinchina: la del obispo José Díaz y la de Fray Melchor G. de San Pedro. También se cometieron desmanes importantes contra súbditos franceses. Fue jefe de la Expedición española, el coronel Ruiz de Lanzarote y Carlos Palanca comandante, desembarcaron en la Bahía de Turana al frente de tres compañías de infantería. Al entrar en Saigón encontraron un gran botín de guerra: 200 cañones de hierro y de bronce, una corbeta y siete juncos, 20.000 escopetas y muchos explosivos. Los franceses quisieron quedarse con todo el botín, pero Carlos Palanca lo impidió. La campaña iba muy mal, el Gobierno no sabía lo que pasaba en el Tonkín y no mandaban refuerzos, con lo que Carlos Palanca tuvo que volver a España para dar cuenta de lo que allí sucedía y de la importancia de terminar victoriosos. Regresó a Tonkín como Plenipontenciario para tratar la paz y como jefe supremo de las fuerzas españolas. Napoleón III le nombró Gran Oficial de la legión de Honor y le regaló una espada. Fue ascendido a Mariscal de Campo.

La historia de Carlos Palanca hubiera caído en el olvido, si no hubiera sido por un periodista que escribió en París en el periódico "El Liberal", la historia del coronel español Palanca.

En el mes de febrero de 1929, Palanca realizó el discurso de entrada en la RANM y como sucedía siempre el aforo de la Academia estaba lleno. El encargado de realizar la contestación a su discurso fue en aquel caso D. Nicasio Mariscal, un aragonés de enorme cultura y que conocía al dedillo la historia de D. Carlos Palanca y la Expedición de la Cochinchina e incluso había conocido personalmente al personaje en cuestión. Lo cierto es que sacó a relucir la historia de la expedición a las tierras asiáticas, historia que los demás académicos desconocían. Aquella tarde acudió a su entrada en la Academia el alcalde de Madrid, el conde de Vallellano y al oír la historia de la Expedición, formó el propósito de dedicar una calle en la ciudad de Madrid al abuelo de Palanca.

Algunos años después siendo Palanca ya DGS, tuvo que asistir varias veces a la OMS en la ciudad de Ginebra. En una de las sesiones se le acercó el representante de Laos y le preguntó si él tenía alguna relación con un coronel Palanca que tenía dedicada una calle en Saigón. Palanca le explicó su parentesco y el representante en la siguiente sesión le llevó unas fotografías de la citada calle y le explicó que las autoridades de Saigón se creyeron en el caso honrar la memoria de quién conquistó la ciudad y tantos beneficios le proporcionó.

Cómo se fundó el Patronato de Lucha Antituberculosa (PNA). Unas cuantas verdades para el Dr. Verdad. 1968 (269).

Palanca publica en este artículo la contestación a otros muchos publicados en la revista "Profesión Médica", relacionados con el personal del Patronato Nacional Antituberculoso y narra a lo largo de este artículo como fue su fundación de su punto de vista.

El Patronato Nacional Antituberculoso, se fundó en plena Guerra Civil al mismo tiempo que la Fiscalía de la Vivienda. El Patronato Nacional Antituberculoso puso al frente del mismo al general Martínez Anido y tenía tres objetivos: 1.- Humanitario: recoger a los enfermos tuberculosos sin asistencia abandonados del Gobierno de la República 2.-Sa-

nitario: luchar contra el contagio de la enfermedad tuberculosa y 3.-Político: demostrar que se caminaba hacia una política social.

El Patronato Nacional Antituberculoso fue dotado con dieciséis millones de pesetas y comenzó su andadura, se quedó la gestión de los sanatorios y cedió a la DGS los dispensarios, lo que a Palanca le pareció una equivocación. Se organizaron sanatorios en las 34 provincias liberadas y Martínez Anido murió en Valladolid antes de finalizar la Guerra Civil. Tras muchos avatares por problemas de gestiones administrativas derivados de la post-guerra, llegó un momento en que los proveedores se negaron a suministrar víveres al Patronato Nacional Antituberculoso y los enfermos comenzaron a marcharse. La superioridad no daba soluciones a los problemas que se presentaban y por su cuenta Palanca trasladó la sede del Patronato Nacional Antituberculoso a Madrid, convirtiéndolo en una sección de la DGS. Palanca a lo largo de este artículo cita una serie de anécdotas curiosas, que sucedieron en este periodo relacionadas con el Patronato Nacional Antituberculoso y al final termina el artículo dándole las gracias al Dr. Verdad por haberle dado la oportunidad de contar cosas pasadas y pone a su disposición: "*El archivo histórico de curiosidades de cosas que fueron y no volverán a suceder*".

Antagonismo de Razas. 1968 (270).

En recuerdo al asesinato de Lutero King, Palanca recuerda en este artículo sus experiencias en sus viajes a lo largo del globo desde el punto de vista racial, especialmente en un viaje que hizo a EE.UU. en 1926 donde pudo comprobar personalmente que las relaciones entre blancos y negros habían sido siempre muy difíciles.

Comienza relatando que en la ciudad de Baltimore, la antipatía por la raza negra era general en la población. Conoció un cine que se llamaba Valencia, en el que no se les permitía la entrada a los ciudadanos negros, era solo para ciudadanos blancos. La cafetería en la que cenaban tampoco permitía la entrada a negros, los cuales vivían confinados en su barrio, los trenes llevaban un coche reservado para ellos y lo mismo pasaba con las escuelas. Palanca partió para el Estado de Alabama, donde fue agregado al servicio sanitario provincial en Montgomery. En el Estado de Alabama la prevención contra la raza de color era mucho mayor y así al subir a un tren, pudo comprobar que el coche estaba totalmente vacío y después de ocupar uno de los asientos, el revisor se acercó y le dijo: "*Señor, éste, no es su sitio. Mire usted esos letreros*", efectivamente, en caracteres muy gruesos en un lado, decía "*Nigro people*", y en otro "*White people*". Palanca se había sentado en un asiento que tenía que haber sido ocupado por un ciudadano negro, lo que era contrario a la dignidad de la raza blanca y se apresuró a cambiar de sitio. A continuación relata un incidente muy desagradable que le sucedió a un compañero italiano con una chica de color en un pueblo llamado "Andalucía" y tuvieron contacto con el presidente de la zona del Ku-Klus-Klam.

Más adelante marchó a Nashville, capital del Estado de Tennesee y a Menphis, Detroit en Michigan donde le esperaba el Dr. Julio Bravo. Pasó un mes en Detroit y marchó posteriormente a Albano, la capital del Estado de Nueva York, siempre dentro de los Servicios Sanitarios.

De su primer viaje a los EE.UU., se llevó una mediana impresión de los ciudadanos de color y una mucho mejor de los ciudadanos judíos. Muchos años después estando visitando en compañía de un médico de Sanidad Nacional, territorios alemanes y polacos

que estaban en plena guerra, al llegar a Varsovia, fueron llevados al Gheto judío en donde allí amontonados ya no ofrecían un aspecto tan amable y risueño como los que Palanca había conocido en los EE.UU. en aquel lugar estaban hambrientos, sucios, acosados como fieras y muriendo de una epidemia de tifus exantemático que cada día se llevaba por delante a centenares de ellos al otro mundo, sin que nadie hiciera nada para combatir la enfermedad. "*Después de todo,* -comentó el los acompañaba-… ¿*Qué más da*?". Todos ellos llevaban una gran estrella amarilla, que facilitaba su reconocimiento si trataban de fugarse de aquel campo.

Después de todo lo que vio en América, no le sorprendió nada el asesinato de Lutero King, pensaba que no era solo culpa de los blancos ya que entre blancos y negros existía un cambio recíproco de malos procederes y pasarían muchos años antes de que unos y otros comenzaran a tratar de comprenderse, a tolerarse y a amarse.

Un libro de Gil Robles. 1968 (271).

Palanca habla en este artículo del libro que publicó Gil Robles llamado "No fue posible la paz". Para Palanca este libro tuvo un interés excepcional porque personalmente se consideró testigo de muchas cosas de las que en ese libro se relatan. Palanca consideró este libro sencillamente magnífico y absolutamente veraz, aunque no se declara del todo conforme con todo cuanto hizo Gil Robles. Pensaba que el tiempo pondría cada cosa en su lugar y daría a conocer la verdad de lo sucedido. Así al leer el libro según el autor lo relata, se podría conocer que sacrificó sus ideas y expuso su vida tratando de llevar la paz y la tranquilidad a los españoles. La pregunta siguiente era: "¿*No lo consiguió*?", esto no disminuiría su mérito ni su sacrificio. Pero como el libro dice, "la paz no fue posible y la guerra se hizo indispensable". Cuantos en ella intervinieron, desde Franco, hasta el último soldado, todos contribuyeron en la medida de sus fuerzas a que España viviera tranquila en un país tan distinto del que era antes del año 1936. Palanca termina su artículo con la siguiente pregunta: "*¿Por qué no leer el libro de Gil Robles*?".

Un libro y un hombre. 1969 (272).

Palanca escribe en esta ocasión un artículo en la Gaceta Sanitaria, para dar la bienvenida al ingreso en la Real Academia de Medicina como miembro numerario, al Dr. José Paz Maroto. Este nombramiento marcaba una nueva era en los anales de la Academia, ya que se trataba de un doctor en Ingeniería de Caminos. Este doctor había publicado un magnífico libro sobre abastecimiento y depuración de agua potable. En este libro Paz Maroto defendía nuevas teorías y rutas en la Sanidad Nacional, él sin abandonar el "camino microbiano", trataba de hacer comprender que la ingeniería era una pieza fundamental en la Sanidad y por lo tanto tan importante era conocer bien los microbios, era saber el camino que ellos seguían para invadir el organismo humano.

En el año 1937 Palanca se reencontró con Paz Maroto en Valladolid, y éste le convenció de que había que cambiar el rumbo de la Organización Sanitaria. Se creó en la DGS una sección de Ingeniería Sanitaria y se puso al frente a Paz Maroto. La gestión de Maroto fue muy brillante desde todos los puntos de vista tanto profesional como administrativo. En su libro: "Abastecimiento de aguas", había un "regusto" literario que correspondía a viejas actitudes y aficiones de su autor.

Palanca finaliza el artículo citando un soneto del autor:

"*El humano y el agua se parecen*
en que ambos no alcanzan la pureza.
Agua pura no da naturaleza.
De hombres puros nuestro mundo carece."

Un homenaje visto por dentro. 1969 (273).

A primeros de diciembre Palanca recibió un aviso del marqués de Lozoya, presidente del Instituto de España, comunicándole que el homenaje a la antigüedad que se tributaba cada año a un Académico de la Academia de Medicina, le correspondía a él. Palanca pensó inmediatamente que aquel tipo de homenajes eran casi un discreto aviso que quería decir: "*Cuidado, que está usted llegando al final de su vida y este será el último*". Los anteriores homenajeados, realizaron sus homenajes en sus casas particulares, Palanca calculó que en su casa no podrían asistir más de 60 concurrentes. El aparcar los coches sería prácticamente imposible y se resolvería con la benevolencia de las autoridades que regían el tráfico, que permitieron el aparcamiento durante dos horas con cierta elasticidad y el Instituto España envió un "técnico en guardarropas", para evitar que cada persona al final del homenaje se llevara el abrigo de cualquier otro concurrente.

Llegó el día señalado y todo el mundo fue inusualmente puntual, el marqués de Lozoya dijo unas palabras, recordando la antigua amistad con Palanca. Tras ello le entregó una bandeja con una dedicatoria y la fecha en que había ingresado en la Academia: 1929, tras él, habló el profesor Matilla. Como era natural en aquellos actos, fue un continuo elogio de su vida. Al escuchar las distintas intervenciones, Palanca pensó el enorme poder de la muerte que tiene para hacer olvidar lo malo y realzar lo bueno. Algo ocurría con la vejez y era lo que estaba pasando durante el homenaje. Él pensaba: "*La vejez nos convierte en jueces implacables de nosotros mismos, algunas veces se trataba de cosas que hicimos mal y otras veces de cosas que debimos hacer y no hicimos*". Mientras hablaban Palanca recordaba su gestión al frente de la Academia y pensaba si había hecho todo lo que debía haber hecho.

Así Palanca recordaba una rima de Bécquer, que decía así:

"*Como enjambre de abejas irritadas*
de un rincón oscuro de mi memoria
salen a perseguirme los recuerdos
de las pasadas horas.
Yo los quiero ahuyentar ¡esfuerzo inútil¡
Me rodean, me acosan
y unos tras otros a clavarme vienen
el agudo aguijón que el alma encona".

Al terminar el acto hizo una última reflexión acerca de la Academia, miró a los académicos y pensó: "*Todos ellos tienen historia y tienen un valor mayor o menor pero grande, forman una minoría selecta de las distintas profesiones. Es curioso lo que ocurre con estas Academias: los que están fuera de ellas se desviven por entrar y los que no lo consiguen dicen que son organismos anticuados, que no sirven para nada*".

La mujer y la Sanidad. Artículo inédito (274).

A lo largo de este artículo el Dr. Palanca trata de explicar a través de su punto de vista el papel que la mujer había desarrollado en la Sanidad Pública, pone en relieve la necesidad de la mujer en los Servicios Sanitarios. Cómo a veces con su presencia y otras con su ausencia la mujer le fue convenciendo de que era necesaria y lo hace valiéndose de un orden cronológico.

Ausencia de la presencia de mujeres en la guerra de Cuba. La providencia o el azar le fueron colocando a lo largo de su vida en constantes situaciones sanitarias peores o mejores, de todas ellas se podían deducir enseñanzas sanitarias y la primera para fue la guerra de Cuba, ya que los primeros años de su vida transcurrieron en un pequeño pueblo de aquella isla, en la que la entrada y la salida de tropas eran incesantes. Había noches en que dormían allí más de 20.000 hombres, que más que soldados parecían espectros. La inmensa mayoría de ellos estaban enfermos de paludismo, de fiebre amarilla, de disentería y hasta de algunos parásitos. El primer enfermo y uno de los pocos que vio víctima del Beriberi, como consecuencia de aquella medida de guerra tan eficaz que impuso el general Weyler. Recuerda al general G. Mendoza diciendo: "*Por cada baja que nos producían las balas enemigas, las enfermedades infecciosas nos producían veinte*".

"*¿Y las mujeres que papel hacían en aquel desconcierto sanitario*?", pues en realidad ninguno. Había ciertamente algunas viejas que se dedicaban a sacar con una aguja a un arácnido parásito "la Nigua", que entraba a través de los pies y que había que sacarlos sin romper la bolsa donde encerraban sus huevos y estas lo hacían con singular destreza, pero con tal suciedad que los soldados se quedaban sin Ninguas, pero después morían del tétanos.

En París los hospitales tenían por asistentas las Hermanitas de San Vicente de Paul, en Alemania las llamadas Diaconesas. En la Guerra de Crimea en 1854 surgió Florencia Nightingale, precursora de las enfermeras y a la que los soldados, llamaban la "*Dama de la Linterna*", porque a la luz de la suya recorría los hospitales ingleses y que con solo sus cuidados, logró reducir la mortalidad en aquellos hospitales del 42% al 22%. Los combatientes morían sin posibilidad de remediarlo. Recordaba la frase de un francés Dunant, que quejándose de esta mortalidad ante un general durante la Batalla de Solferino le dijo: "*No se puede hacer una tortilla sin romper los huevos*". Nada de aquello había llegado a Cuba, algunas mujeres se habían prestado voluntarias a cuidar a nuestros enfermos.

Cuando terminó la guerra él junto con su familia fueron repatriados en un barco de la compañía Transatlántica Francesa, convertido en un barco hospital. En aquella nave casi todos eran médicos y más de 500 enfermos. Fueron desde La Habana a Valencia. En aquel barco no iba ni una sola enfermera. La asistencia debía ser detestable, los enfermos hacinados en la sentina y todo triste y muy frío, faltaba el calor y el cuidado femenino. En las sobremesas oía hablar a los médicos de síntomas, tratamientos y enfermedades.

Un hospital sin enfermeras. El padre de Palanca –Carlos Palanca Cañas, coronel de caballería-, fue destinado a Granada, en momentos en que el general Weyler –Ministro de la Guerra- había cerrado las Academias Militares para tratar de amortizar el exceso de oficialidad que pesaba sobre la economía del país y dificultaba una buena organización del Ejército. Una vez más la providencia se inclinaba hacia el camino que debía seguir, cerrándole el camino militar por el que habían discurrido sus predicciones. Su reflexión fue la siguiente: "*Hay que dejar al destino seguir su ruta, nadie es capaz de predecir las consecuencias de una decisión*".

Granada tenía ya una Facultad de Medicina. Hubo otra circunstancia que inclinó a Palanca por el camino del "*arte de curar*". Granada sufría una endemia de fiebre tifoidea que todos los años se llevaba al sepulcro muchos granadinos y, su madre fue una víctima más. La casa se llenó pues de médicos militares y a todos los oía hablar y aprendiendo de ellos un aforismo que ya no tiene aplicación: "*Toda fiebre que antes de los tres días llega a 39ºC, no es fiebre tifoidea*. C*ada vez que la fiebre llegaba a 40ºC* –lo que pasaba cuatro o cinco veces al día- *había que aplicar un baño fresquito, hasta reducir la temperatura de 37ºC*".

Había Hermanas de San Juan de Dios, pero más que para cuidar a los enfermos servían para distribuir comidas, medicamentos, la administración y guardar el orden. En toda la Universidad de Granada no estudiaba ni una sola mujer.

Melilla. Palanca varias veces estuvo en las contiendas marroquíes. La primera de ellas durante 1909 se obligó al Gobierno español a enviar unos cuantos miles de soldados. Fue destinado a una Ambulancia que pertenecía a la llamada "*División Reforzada*". Era teniente médico y su capitán se llamaba Mariano Gómez Ulla. La segunda vez fue con motivo del "*Desastre de Annual*", la misión era enterrar cadáveres y llegaron a hacerlo con miles de ellos. La búsqueda de cadáveres dio lugar a una serie de incidentes unos macabros y otros cómicos, pero siempre todos ellos emotivos.

Los hospitales de Melilla no eran comparables a los hospitales cubanos. En el campamento en Cabrerizas Bajas había un hospital, realmente modélico asistido por mujeres. Había ya muchas mujeres que prestaban ya un servicio meritísimo y a su frente una "*duquesa de la Victoria*", cuya conversación fue para él una fuente enorme de conocimientos sanitarios, se pasaba las horas muertas en su hospital y sobretodo oyéndola hablar de lo que debía de ser un hospital moderno y del papel que en ellos jugaría la mujer. "*En España* -me decía- *hay unos 10.000.000 de mujeres con edades comprendidas entre 15 y 65 años, es decir en edad de trabajar y ya en España el matrimonio no es la única salida que tiene la mujer en la vida. Fíjese usted* –añadía- *en dos cosas, como la industria va colocando poco a poco a las mujeres y como el celibato nos repugna especialmente a las que han estudiado a muchísimas mujeres, hay que tratar de buscarles otras salidas para que puedan vivir bien e independientemente. Hay que aprovechar una cualidad que tiene la mujer y que tiene un valor inestimable; su dulzura y su instinto maternal. Por eso hay algo recíproco, la mujer necesita de los hospitales y los hospitales necesitan a la mujer. Esto sin contar que en la misma esfera sanitaria hay otros cometidos en los que se pueden prestar servicios valiosísimos*". La duquesa de la Victoria se refería a los servicios sociales sanitarios. "*Cierto* -seguía diciendo la duquesa- *que la profesión de enfermera es dura, porque hay que trabajar día y noche, porque hay que cuidar, vestir, dar de comer y velar a los enfermos, pero no es menos cierto que en ella se pueden encontrar compensaciones espirituales que jamás se encontraron ni en las fábricas ni en los oficios femeninos que podrían llamarse manuales*". Decía la duquesa –avizorando el porvenir- "*Que ya se iniciaba una lucha entre el socialismo y el capitalismo y pronto o tarde llegaría un Seguro de Enfermedad, porque no es posible que continúe la lamentable asistencia sanitaria que se da a las clases menesterosas y para ese momento la mujer tiene que estar preparada. Esa lucha sanitaria y hospitalaria será como un oasis al margen de la contienda general que se avecina. Para todo ello hace falta una educación especial, esto es lo que me propongo hacer y es lo que hizo*".

En 1922 fue cuando ocurrieron las luchas sociales que preveía la duquesa de la Victoria y tomaban cada vez mayor auge. Palanca obtuvo la plaza de catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla y jefe de Sanidad de la provincia. Los tiempos ya habían cambiado y se estaba entrando de lleno en las campañas sociales sanitarias, sobre todo la de la Lucha Antituberculosa. Las predicciones de la duquesa de la Victoria comenzaban a cumplirse y ya había una Cruz Roja sevillana con mujeres muy bien preparadas y llenas de fe en su profesión.

Vivía por entonces en Sevilla otra mujer, la condesa de Lebrija, que había logrado el milagro de crear lo que había por entonces en Sevilla contra la tuberculosis. Tenían ya dos pabellones sanatoriales, un dispensario en Sevilla y otro en Triana, todos ellos servidos y dirigidos por mujeres. La Infanta Luisa de Orleáns, mujer del capitán general de Sevilla D. Carlos de Borbón y la condesa de Lebrija. Existía ya en Sevilla un conato de servicio las llamadas "*Instructoras Sanitarias*". Era el comienzo de una época floreciente que no tardaría en desarrollarse espléndidamente más adelante pero que no hubiera sido posible sin el sacrificio de estas mujeres de la época llamada "romántica".

Madrid. Los azares de la suerte llevaron a Palanca a Madrid, siempre al frente de situaciones sanitarias. Ahora estaba de jefe de Sanidad civil de la capital de España. Allí tropezó con dos personas que influyeron mucho en su porvenir sanitario. Una fue Mercedes Mila, decisión y energía que tan útil fue a todas las mujeres. Hizo una verdadera labor de captación, para enseñarle lo que yo podía esperar de los Servicios Sanitarios de la mujer. Un día le llevó a un dispensario antituberculoso en Las Peñuelas, servido totalmente por enfermeras. Le causó una excelente impresión y comentó la visita con el representante de la Fundación Rockefeller, que propuso enviarle a los EE.UU., donde podría estudiar el papel de cerca, que en sus Servicios Sanitarios desempeñaba la mujer. Aceptó y estuvo en los Estados Unidos seis meses en el año 1926.

A su regreso a España pidió al delegado de la Fundación Rockefeller, que le proporcionase medios económicos para traer a España alguno de los aspectos que había visto en los Estados Unidos. La Fundación le dio dinero para la construcción en Camporredondo (Jaén) un dispensario antipalúdico de la cuenca del río Guadalimar, donde había un foco palúdico de los más importantes, con la condición de que pusiera allí una Instructora Sanitaria que visitase cortijos y viviendas campesinas. El servicio de la Instructora Sanitaria fue magnífico, era el primero que se hacía en España de este género. También la Fundación Rockefeller costeó la Escuela de Instructoras Sanitarias situada en los alrededores del hospital del Rey.

La Guerra de Liberación. Durante ella la mujer prestó servicios valiosísimos en los hospitales, con casi todas ellas tuvo relación porque estaba destinado en el Cuartel general del Ejército del Norte, que mandaba el general Mola.

Las epidemias. Durante todo el tiempo que duró la guerra, el estado sanitario de la zona nacional estaba controlado, pero en cuanto se terminó la guerra se presentaron cuatro grandes epidemias, que afectaron a todo el territorio nacional. Simultáneamente: Paludismo, Difteria, Viruela y tifus exantemático. Todo aquello ocurrió en momentos en que apenas había organización sanitaria y se hubiera pasado muy mal si no se hubiera contado con un grupo de mujeres que ayudaron poderosamente. En el control del Paludismo se emplearon en las preparaciones de sangre para la realización de exámenes microscópicos y en la administración de tratamientos antipalúdicos a los enfermos cró-

nicos. En la lucha contra la Difteria su intervención fue mayor, se encargaron del cuidado de los niños y en la práctica de la vacunación preventiva, que a propuesta de Palanca se hizo una práctica obligatoria. Aún fue mayor y más expuesta su ayuda en el control del tifus exantemático por la gravedad de los enfermos y la posibilidad del contagio.

Más importante fue lo ocurrido con la epidemia de Viruela. No había otro medio de combatir la enfermedad que la vacunación, la vacuna que fabricábamos era muy buena, pero para la conservación durante largo tiempo, se necesitaba una glicerina perfecta. Se recurrió al mismo procedimiento que Balmes cuando tuvo que llevar la vacuna a América y Filipinas. Balmes fletó un Bergantín que salió del Puerto de La Coruña con 300 niños que iba vacunando poco a poco y así llevó el descubrimiento de Jenner a las más apartadas regiones del globo. Se le imitó practicando la vacunación de brazo a brazo entre niños que estaban atacados de viruela. El procedimiento tenía sus dificultades más que por la vacunación en sí mismo por la habilidad y la dulzura para convencer a las madres, que dejasen vacunar a sus niños. Y esto lo consiguieron mujeres, los hombres no hubieran podido hacerlo. Y así se sucedió la cosa hasta que una importación de glicerina neutra, permitió conservar la vacuna durante más tiempo.

La Lucha Antituberculosa. Terminada la guerra y dominadas las epidemias, se pudo empezar a atender con calma a las más imperiosas necesidades sanitarias del país. La Escuela de Instructoras de Sanidad funcionaba y llegó el momento de entrar de lleno en la campaña contra la tuberculosis. La orden que recibió del Gobierno fue la construcción de 40.000 camas en total, como el número le pareció excesivo entonces la cantidad se quedó reducido a la construcción de 22.000 camas, gran parte de las cuales se construyeron durante su gestión en la DGS. Hubo que dotar a cada dispensario de enfermeras. No llegaron a las 4.000 enfermeras, que tenía entonces en sus sanatorios la Alemania federal, pero cubrieron las necesidades con enfermeras buenas y muy bien preparadas.

Puericultura y jefes de Sanidad. Simultáneamente a la creación de sanatorios y dispensarios, emprendieron la organización de los servicios de puericultura. Fueron los que más resultados prácticos tuvieron al reducir la mortalidad infantil y además los que más baratos salieron al Estado y aquí sí que puede decirse que las mujeres contribuyeron al resultado obtenido guiadas por los médicos puericultores y por los directores de las Escuelas de Puericultura. En el ejercicio de la profesión médica Palanca había tenido en esos sanatorios magníficas mujeres en la administración, que trabajaban con la misma pulcritud y economía que si se tratase de su propia casa. Como médicos hasta aquel momento las mujeres se limitaron a entrar en muy pocas especialidades, puericultura, algo de pediatría y algunas más por excepción.

Luchas sanitarias. Lo que más le dio que hacer en relación con las enfermeras, fue sido su lucha contra los practicantes, mejor dicho de los practicantes contra ellas, y el campo de batalla fueron las inyecciones, en el que los practicantes se refugiaban como un baluarte inexpugnables. El poner una inyección no era precisamente “un arco de iglesia”, bastaba con hacerlo muy bien y lo esencial es la limpieza. Por parte de ellos se cometió el error de negar alguna vez el derecho de los médicos a poner inyecciones. Por parte de las enfermeras tuvieron la habilidad de aparecer siempre trabajando a las ordenes de un médico.

Palanca termina diciendo que con este artículo no tenía otra finalidad que ensalzar a la mujer española y resaltar sus magníficas condiciones para cuanto significaba amor a su país, y a la Humanidad.

Aciertos, errores y rectificaciones en la vida. 1969 (275).

Palanca habla en este artículo sobre la vida del Dr. Tapia, a raíz de un artículo que Tapia publica en "Tribuna Sanitaria" y de cómo España había perdido a uno de los mejores sanitarios que había tenido. Su excesivo amor propio –comenta el autor- le llevó a sobreestimarse, explica como obtuvo la Cátedra. La Dictadura de Primo de Rivera estaba próxima a desaparecer y la gente se iba situando hacia los caminos republicanos. El Gobierno daba pruebas de debilidad y trataba de complacer a sus enemigos, para dejarlos más tranquilos. Tapia era muy inteligente, estaba muy preparado para las oposiciones a la plaza de director del hospital del Rey y esto bastaría para llegar a tomar posesión de la plaza y así fue. Ocupó la plaza y desarrolló su trabajo excelentemente pero llegó la guerra y los que "desataron la furia del pueblo", tuvo que emigrar al extranjero. Tapia se exiló en Portugal y su aislamiento estuvo perfectamente explicado. Lo que ya no le pareció tan bien a Palanca, fue que tras la finalización de la guerra este permaneciera tantos años en Portugal, cuando en España emanaban epidemias por todas partes. Si hubiera vuelto, se le hubiera recibido con honores de héroe, ya que era un técnico de categoría y se le hubiera acogido con verdadero júbilo. Tapia prefirió seguir en su aislamiento y cuando ya transcurrieron muchos años y decidió volver, su ocasión ya había pasado, llegaba tarde, ya no hacía falta y se encontró con un frio recibimiento. Al fin Tapia se convenció de que tenía que pasar un expediente y este se convirtió en un formulismo. Tapia contestó a las razones por las que no había vuelto antes a España, diciendo que: "*Abrí mi consulta particular*".

Conócete a ti mismo. 1970 (276).

Palanca había cumplido ochenta y dos años y después pidió la dimisión por su voluntad como presidente de la Real Academia Nacional de Medicina. A lo largo de este artículo narra las causas de esta dimisión. Durante una revisión médica, le encontraron que los dolores que venía padeciendo en el plexo cervical y en las vértebras lumbares no le dejaban desarrollar su vida normal. Se encontraba con buenas condiciones intelectuales pero no físicas, lo que le obligó a renunciar al cargo. La RANM, aceptó la dimisión y contestó con el oficio siguiente;

"*En sesión de Junta de Gobierno por esta RANM en el día de ayer, se dio cuenta de su atento escrito del 17 de los corrientes en el que tiene la amabilidad de señalar los motivos por los cuales renuncia a presentar una candidatura para la reelección de presidente de la Corporación que tan dignamente ha venido desempeñando durante muchos años, aprovechando la oportunidad de expirar el plazo correspondiente a la renovación del primer turno señalado en los estatutos vigentes.*

El pleno de la RANM acordó acceder a sus solicitud, pero acordando por unanimidad elegirle presidente de honor. Lo que en virtud del mencionado acuerdo, me es grato participar a V.E. para su conocimiento. Madrid, 20 de mayo de 1970".

En esta situación Palanca decidió terminar su vida profesional y hacer una reflexión personal en relación con las satisfacciones y disgustos durante aquellos años.

En el capítulo de las **satisfacciones**, recuerda su entrada en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, su estudio de la Licenciatura, la obtención de la plaza número uno de Médico de Sanidad Militar, los años en los que estuvo en Madrid dedicados al estudio, a las diversiones y la realización del doctorado. En la treintena, la obtención de

la plaza de inspector provincial de Sanidad, en el año 1922 la obtención de la Cátedra de Bacteriología de Sevilla, la entrada en la RANM como Académico corresponsal, al final –la califica él- como una carrera bastante aceptable. Había ascendido en su carrera militar a Comandante.

La Dictadura de Primo de Rivera, lo trasladó a Madrid como jefe provincial de Sanidad, su último triunfo fue el ingresar en la RANM como numerario y después llegar a ser director general de Sanidad.

En el capítulo de los **disgustos** tras aquellos triunfos, llegó la República y lo de menos fue perder el cargo de director general de Sanidad, que era de suponer que ocurriría. Lo peor es que comenzaron las persecuciones, fue borrado del escalafón de catedráticos y de Sanidad Nacional, obligándole a realizar recursos que ganó. Lleno de rencor se presentó a Diputado por Jaén y salió por mayoría elegido.

Durante la guerra fue incluido en el cuartel general del Ejército del Norte. Desde que regresó a Madrid y una vez terminada la guerra, continuó con la campaña de acosos. Durante este artículo relata dos sucesos que le repercutieron dolorosamente y explica con relatos interesantes: uno fue relacionado con el precio de las construcciones sanatoriales y el otro con el precio de los medicamentos. Con este segundo episodio fue amenazado incluso con la acción personal, que requirió un servicio de vigilancia.

Durante muchos años tuvo que cargar con la coletilla de que era enemigo de la Falange y no lo era, sus enemigos lo utilizaron para desmontar el cargo que tenía. En Falange tenía muy buenos amigos que se sorprendían de aquellas campañas contra él.

Tras estos episodios pasaron años de relativa calma y cuando fueron llegando los años de la jubilación, cesó primero en el Ejército, más tarde en la Cátedra y finalmente en la DGS. Se refugió –como dice él mismo- en la Presidencia de la RANM.

Palanca hace una auto calificación personal de su actuación en la vida militar, y sus resultados fueron los siguientes: Valor: acreditado, Aplicación: mucha, Conducta: buena, Puntualidad: mucha. Estos mismo parámetros aplicados al medio civil: Inteligencia: mediana, capacidad de trabajo: mucha, memoria: mucha, valor clínico y profesional: escaso y valor sanitario: bueno. De todas estas cualidades, las que tuvieron más importancia –desde su punto de vista- fueron voluntad y memoria.

A lo largo de este artículo relata una serie de episodios curiosos, que vivió durante su periodo como director general de Sanidad. Finaliza diciendo que utiliza su prodigiosa memoria para aportar material histórico y para hacer como hombre público, un público examen de conciencia y abjuración de sus “pecados”.

Dos amigos: Fermín Palma y Fernando Obregón. Profesión Médica 19 de noviembre 1970 (277).

En Jaén acababa de morir Fermín Palma, él y Palanca fueron compañeros en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada. Los primeros golpes que recibió en su vida, se los dieron en la Gran Vía de Granada y precisamente ante los soldados del regimiento que mandaba su padre, Cazadores de Vitoria, también recibió los palos con Palanca, Fermín Palma. Los dos fueron médicos militares cuando la continua estancia en África les obligaba a encontrarse en todas partes.

Relata a la época en que fue un personaje en la tierra del “Ronquío”. Fermín Palma ya lo era porque había sido presidente de la Diputación y eso motivaba sus reuniones

constantes. La situación en el país era gravísima y el candidato a Diputado a Cortes se tenía que jugar la vida todos los días, Palanca fue objeto de un atentado en Sorihuela de Guadalimar (Jaén), en Porcuna, pero los que más importancia tuvieron, fueron el incendio de un teatro en Jodar y el combate que sostuvieron en "Iznatoraf".

De todos estos incidentes en que fueron actores, Fermín Palma y él, se refiere solo a uno, que demuestra la manera de ser y de pensar de Palma, que no dudó de calificar en excepcional. Entonces, Palanca pasaba en Jaén todos los fines de semana que podía, en algunas ocasiones se reunían en la finca del general Saro, situada a muy pocos kilómetros de Úbeda y que se llamaba el Teatino; allí comían, dormían y se bañaban en la alberca. Después Palma volvía a Jaén, Obregón a Baeza de donde era Notario y él se marchaba a su casa de Villanueva del Arzobispo y en el Teatino solo quedaba el general Saro.

El incidente que relata estaba en relación con aquel Referéndum sobre el que se quería saber la opinión del pueblo español sobre la mejor forma de Gobierno. Palanca era director general de Sanidad y el Ministro de la Gobernación que sabía que aún le quedaban muchos amigos en Jaén, en la provincia se acababa de publicar un manifiesto monárquico y que él deseaba que Palanca fuera personalmente a Jaén, para convencer a los firmantes de la inoportunidad del momento. El gobernador un notario castellano le recibió de uñas y le dijo que lo mejor que podía hacer era volverse a Madrid porque él se bastaba y se sobraba para contrarrestar el manifiesto. Tras una llamada al Ministro fue ordenado que siguiese con su gestión. Comenzó por visitar al obispo de Jaén, que estaba enfermo, ingresado en el hospital de Úbeda. El prelado le propuso copiar en el Boletín del Obispado una circular que el primado había publicado en la Diócesis de Toledo. Con esto dio por terminada la primera parte de su gestión y marchó a un pueblo cercano donde vivía un amigo suyo primer firmante del manifiesto monárquico. Tampoco le costó gran trabajo convencerlo. Retiró pues su firma y la misma conducta siguieron en Jaén uno por uno todos los firmantes, es decir que el monarquismo de ellos era un poco "a la violencia", pero hubo una excepción entre los firmantes, la de Fermín Palma, el cual poco más o menos me dijo lo siguiente: "*Yo haré lo que tú quieras, que en balde somos amigos de tantos años, pero te ruego que no me obligues a borrar mi firma del manifiesto del cual quedo como único firmante y que ya no va a servir para nada porque en Jaén y en política ya nadie me hace ningún caso. Pero yo he nacido y quiero morir en la misma ideología*". El manifiesto no sirvió para nada, ya que no arrastró ni un solo voto, pero él se dio cuenta de que el único que tenía ideas firmes era Fermín Palma, al cual desde allí le mandaba un homenaje de admiración y cariño.

Tuvo en Jaén muchos amigos, pero dos de ellos lo fueron muy entrañablemente, uno fue, Fermín Palma y el otro un notario de Baeza, más tarde gobernador de Jaén del cual relatará más tarde algún que otro incidente. El mismo día que Sanjurjo se sublevaba en Sevilla, 10 de agosto, a la mujer de Palanca se le ocurrió, sin saberlo que fueran a hacer testamento ante el notario Obregón en Baeza. La coincidencia de fechas les originó una porción de molestias, hasta que se puso en claro que no tenían nada que ver con la sublevación de Sevilla. Obregón fue nombrado gobernador de Jaén con el Gobierno de Berenguer y siendo Ministro de la Gobernación Matos, se le encargó una memoria que relatase todo lo concerniente al proceso revolucionario que se desarrollaba en su ínsula. Como el Ministro estaba muy ocupado, le dijo que ya lo llamaría para leer juntos esa Memoria, pero pasaban los días, las semanas y los meses y la Memoria se empolvaba

encima de la mesa del Ministro, sin que el Ministro llamase a Obregón. Mientras tanto se necesitaba estar ciego para no ver que la República se acercaba. Obregón le encargó con insistencia que si esto ocurría procurase retirar la Memoria, que de caer ésta en manos revolucionarias podría costarle la vida. Una tarde supo que en el Palacio de Comunicaciones se había izado una bandera revolucionaria y corrió presuroso al Ministerio de la Gobernación a retirar la Memoria. Rápidamente subió al despacho del Ministro, pero allí se encontró al Subsecretario Mariano Marfil, que le preguntó: "*¿Tiene usted obligación de estar aquí?"*. Le contestó que no. "*Pues márchese inmediatamente, repuso, porque las turbas terminarán por entrar y los que encuentren aquí correrán peligro de ser asesinados*". Salió pues con la Memoria debajo del brazo y por el camino se cruzó con el Gobierno provisional de la República que entraba en aquellos momentos. Tendido en un diván y llorando estaba el habilitado del Ministerio, Prudencio Rovira, *"¿Porqué llora usted?* –le preguntó- *si esto ya no tiene remedio"*, le contestó: "*No lloro por eso, lloro por ver a Miguel Maura en compañía de gente indeseable*". Y es que Rovira había sido durante muchos años secretario particular de D. Antonio Maura y había conocido desde sus primeros años de vida. No sirvió para nada el que le entregase la Memoria a Obregón, porque fue uno de los asesinados en el llamado "*Tren de la muerte o Tren de Jaén*".

Sucesos pintorescos en Sanatorios Antituberculosos. 1970 (278).

Hubo una época a lo largo de la gestión directiva de la Sanidad Nacional de âlanca en que se le exigía lo indecible para lograr 40.000 camas para enfermos tuberculosos. Él ni podía ni quería llegar a ese número de camas. No podía porque las dificultades para llegar a ese número eran enormes, no había maderas, hierro ni cemento suficiente para la construcción de tantos hospitales. No quería construir sanatorios porque entendía que con disponer de una cama por defunción de tuberculosis pulmonar, que era la regla que se seguía entonces, habría bastante. Pero en fin las dificultades estaban a su favor y no llegaron a pasar de la inauguración de las 22.000 camas, muchas de las cuales se estaban suprimiendo. Como se daban mucha prisa en construir surgían incidentes, muchos de los cuales eran pintorescos y que Palanca recoge en este artículo.

Palanca cuenta una serie de episodios ocurridos en varios sanatorios durante la construcción o durante las inauguraciones de los mismos. Recuerda con pena la noche aquella en que votaron la culpabilidad del Gobierno republicano y lo recuerda con pena porque allí empezó el nefasto ciclo que terminaría después en la Guerra Civil.

La consecuencia de aquella sesión fue que Dº. Niceto Alcalá Zamora, disolvió aquellas Cortes y que las siguientes fueron un prodigio de chanchullos que trajeron como corolario la Guerra Civil. Tuvo la ocasión de comentar aquello con Salazar Alonso –una de las víctimas de Dº. Niceto- y el mismo Presidente, lo fue por su falta de tacto. Eran tiempos en que todas las pasiones estaban desatadas.

En el sanatorio de La Pedrosa fue director durante muchos años el Dr. Morales, que era al mismo tiempo jefe de Sanidad de la provincia de Santander. El Dr. Morales tenía un gran afecto por el director general de Sanidad el Dr. Manuel Martín Salazar y le mandó hacer un busto enorme, pero el Dr. Morales tuvo una equivocación, la de situarlo muy cerca del mar, en el desembarcadero y en el transcurso de los años el mar lo llegó a recubrir de una capa verde.

Cuentan que en cierta ocasión la reina Victoria visitó el sanatorio y al desembarcar tropezó con el busto, todo él recubierto de una capa verdosa, y preguntó: "*¿Quién es ese viejo verde?"*. Cuando Palanca fue director general le contaron la anécdota de la reina y coincidiendo con Morales en la admiración hacia D. Manuel Martín Salazar, mandó limpiar el busto y lo colocó en el jardín del sanatorio, lo más apartado que pudo del mar. El tiempo y el aire marino seguramente lo volvería a convertir en viejo verde.

Palanca finaliza haciendo la siguiente reflexión: "*Cuando se acerca el final de la vida y se recapitula sobre los incidentes, a través de esta se llega a la conclusión de que la voluntad de uno influye poco en la marcha de los acontecimientos*". En su caso fue clarísimo, fue influido y llevado por las circunstancias sin que su voluntad sirviera de mucho y narra una serie de sucesos que le ocurrieron a lo largo de su vida en los que su voluntad no pudo influir en las decisiones posteriores.

Figura 99. Inauguración del sanatorio de Portacelli. A la izquierda de la foto, el Ministro de la Gobernación, el Sr. Blas Pérez González (6).

Semblanzas de la vida y obra de Fermín Palma García (1886-1970). 1971 (279).

Palanca conoció al Dr. Fermín Palma en el año 1903, en la ciudad de Granada cuando estudiaba tercero de Medicina y Palma primero. Los dos ingresaron posteriormente en Sanidad Militar y pasaron varios años en África. Estaban convencidos de que el Gobierno era incapaz de resolver el problema africano y de que caminaba derechos hacia una catástrofe. Cuando se produjo la sublevación del general Primo de Rivera, Palanca se marchó con el general Saro y Palma lo hizo con el general Yangüas. Más adelante Palanca fue director general de Sanidad con el Gobierno de Berenguer y Palma ocupó la Presidencia de la Diputación. Cuando llegó la República Palma y Palanca permanecieron inactivos, hasta que se desencadenó la Guerra Civil. Cuando finalizó la Guerra Civil Palanca volvió a ser director general de Sanidad durante 23 años. En el mes de julio de aquel año el Ministro de la Gobernación llamó a Palanca para convencerle de que varios subordinados suyos retiraran su firma de un documento a modo de proclama monárquico, en el que una de las firmas era de Fermín Palma. Palma contestó que él era monárquico de toda la vida y que no pensaba retirarla de ninguna manera, a Palanca le pareció que tenía razón y lo dejó como estaba. Desde aquel momento Fermín Palma se abstuvo de toda intervención política. En una ocasión le presentó al Ministro, y este, le dio un abrazo

y Palanca le dijo a Palma: "*En el fondo va la admiración que le ha producido tu conducta, y conste que este hombre, ni es monárquico ni lo ha sido nunca*". Cuando Palanca leyó la esquela mortuoria de Palma, recordó toda la vida que pasó delante de sus ojos.

Palanca publica un artículo parecido al anterior, en Semanario Médico (279).

Dos sentimientos contradictorios: Vergüenza y Orgullo. Cuba – Filipinas – Marruecos I. 1971 (280).

En los meses en que una enfermedad tuvo recluido al autor, este se dedicó a la lectura y entre los libros que cayeron en sus manos, figuraron los Episodios Nacionales de los Contemporáneos de Fernández de la Reguera y Susana March. Se refiere a tres de ellos: "*Héroes de Cuba*", "*Héroes de Filipinas*" y "*Desastre de Annual*". Los tres le produjeron los mismos sentimientos, por un lado vergüenza y por el otro orgullo de ser español.

CUBA. En las cartas del almirante Cervera al Ministro de Marina, Palanca dice: "*No he sabido qué admirar más, si el valor que tiene el almirante para decir la verdad o la terrible equivocación en que está el Ministro de Marina al comparar el valor de nuestros pobres barcos con los poderosos barcos americanos. Descorazona también el triste concepto que del poderío militar de los Estados Unidos tienen los jefes de nuestro Gobierno, comparado con el nuestro. De uno de ellos es aquella tan famosa y lamentable frase: "Para Cuba hasta el último hombre y la última peseta". En estas condiciones el Ministro ordenó al almirante el verdadero disparate de que nuestra flota saliera para Cuba. Llega un momento en que los americanos van a entrar con sus tropas en Santiago y entonces se ordena a nuestra Escuadra que salga a combatir. La boca del puerto es estrecha y los barcos tienen que salir uno a uno y aquellas tripulaciones desde el almirante hasta el último marinero, afrontan la muerte que sin duda les espera. En el acto comienza "la cacería". Nuestros barcos son incendiados, hundidos: alguno de ellos redirige averiado hacia la playa, donde encalla y uno de ellos solo puede, aunque gravemente tocado, ser conducido a los Estados Unidos. Más de doscientos muertos tuvimos contra solo ocho heridos entre los americanos. Nuestros cañones no alcanzaban a la flota americana; muchos de nuestros proyectiles eran defectuosos y, además, en escaso número*". De cuantos personajes intervinieron en el final de la guerra de Cuba, el que más le suscitaba admiración y le llenaba de orgullo, fue el almirante Cervera.

FILIPINAS. Palanca hace esta reflexión: "*El más elemental cuidado previéndose una guerra que no tardaría en sostenerse con los Estados Unidos, aconsejaban utilizar las minas que esperaban su colocación a la entrada del puerto de Manila y terminar el artillado de los fuertes que defenderían la ciudad. Pues ni una cosa ni otra se habían hecho. Así les fue tan fácil a los barcos blindados norteamericanos entrar en el puerto, a las seis de la mañana, echar a pique la mitad de nuestros pobres navíos de madera y, terminada esta parte de su faena, retirarse a descansar un rato y tomar el desayuno para volver a las nueve, y terminar el hundimiento de nuestra flota, comenzar el bombardeo de la población y amenazar con continuarlo si no se rendían, lo que vergonzosamente consiguieron, quedando Manila en poder de ellos. Pero al lado de tan lamentables acontecimientos surge el gran espíritu que nos llena de orgullo. La increíble gesta de los hombres de Baler, que durante muchos meses enfermos, hambrientos y casi sin municiones, resistieron sin rendirse ante amenazas y promesas*".

ANNUAL. En septiembre del año 1920, el Ministerio de la Guerra creó una Comisión para el estudio del Paludismo en la zona del Protectorado en Marruecos, que hizo verdaderos estragos entre las tropas españolas. Un inspector Médico D. José Pastor Ojero, el teniente coronel médico Dº Antonio Redondo, el comandante Dº. Eduardo Delgado y dos médicos civiles, los doctores Blanco del Instituto Alfonso XIII, y Fernández Cid inspector provincial de Sanidad de Palencia. Actuaba de Secretario el que esto relataba, entonces capitán médico. Emprendieron el viaje presentándose en Tetuán al general Berenguer, Alto Comisario de España. Viajaron a Arcila y fijaron la residencia en Larache, desde se desplazaron al interior a Alcazarquivir, para volver a Larache, desde donde embarcados visitaron las zonas palúdicas de la demarcación de Ceuta. La tranquilidad era absoluta en toda la zona. Al día siguiente, fueron invitados por el general Silvestre a comer y durante el café les explicó las operaciones que en un plazo breve quería emprender, añadiendo las siguientes reflexiones: "*Los españoles en Marruecos hemos tenido mucha suerte, porque no hemos tenido los desastres de los italianos en Abisinia y los franceses en Argelia*". A Palanca no le pareció exacta la afirmación, porque desastre aunque no tan grande como el que no tardaría en sobrevenir, lo hubo en el Barranco del Lobo (Ygoy), en el que la Ambulancia de la que formaba parte el autor llegó a tiempo de recoger muchos heridos.

Dos sentimientos contradictorios: Vergüenza y Orgullo. Cuba – Filipinas – Marruecos II. 1971 (281).

Ya en Madrid tras la Comisión en Marruecos, redactaron la Memoria de los trabajos realizados editada por el Depósito de la Guerra. El mes de vacaciones Palanca, se marchó a pasar a Cercedilla con su familia, pero duró poco porque ya se conocía el Desastre de Annual y el Ministerio de la guerra creó otra Comisión para menesteres higiénicos al servicio de la reconquista del territorio perdido en la zona de Melilla. Iniciada la reconquista Palanca se refiere a lo que Susana March cuenta en el "*Episodio de Annual*", que sobrecogía el ánimo de lo que allí ocurrió. Comienza el desastre con la ocupación de Albarrán que se realizó en contra del consejo de los amigos marroquíes que hicieron notar al general Silvestre que tenía muy malas condiciones para su defensa, pero Silvestre insistió ya que políticamente convenía. Pocos días después la posición era sitiada y caía con sus cañones en poder de Abdelkrim. Los pocos que se salvaron, se refugiaron en Annual. Hubo allí quién propuso a Silvestre defender Albarrán pero Silvestre dijo que por el momento no podía, pero que más adelante el castigo sería ejemplar. Parecía completamente tranquilo, tanto que se marchó a Melilla a conferenciar con Berenguer, quién no le parecía tanto y le aconsejó que no adelantase ni un paso más por ese camino y en cambio avanzar en sentido contrario. Cuando Silvestre regresó se encontró con que la situación de Tizzi Aza y Sidi Dris era apurada y no tardó mucho tiempo Silvestre en darse cuenta de que estaba sitiado, de que faltaba por completo el agua y los tormentos de la sed eran tales que los soldados tenían que beber su propia orina. La huída fue general. Silvestre se quedó solo en una tienda de campaña con una pistola en la mano, se despidió de su hijo Bolete. Tras este episodio no se volvió a saber nada de él. El general Navarro que había estado con unos días de licencia en la Península, había vuelto muy alarmado al saber las primeras noticias de la situación y trató de encauzar la huída de aquella tropa fugitiva y desmoralizada. Navarro hizo cuanto pudo por regularizar la huída de aquellos miles de hombres hambrientos, sedientos y llenos de pánico, pero aún dejándose miles de hombres por el

camino, pudo llegar hasta el Monte Arruit con poco más de tres mil hombres. La posición era dificilísima de defender porque los moros con los cañones que les habían cogido, disparaban desde las casas del poblado, enfrente de la posición. Los moros terminaron por entrar en el reducto y llevarse prisionero al general Navarro y con ello terminó la Derrota de Annual, que a pesar de todo lo sintetizado, el relato de Susana March era espantoso.

Palanca comenta que durante la estancia en Nador recogieron algunos, pero pocos cadáveres y a los pocos días salieron para Zeluan. El camino era un verdadero reguero de cadáveres y la Alcazaba estaba llena de ellos pero momificados. Recibieron la orden de subir a un avión sobre Monte Arruit. El piloto era un capitán de ingenieros y se trataba de calcular el número de muertos que encontrarían para fijar el tamaño de la fosa donde provisionalmente se inhumarían los cadáveres. El enterramiento sería provisional, ya que más adelante se trasladarían los restos a melilla. Ocupado Monte Arruit, se concedieron dos días de plazo para que las familias que reconocieran a sus deudos pudieran llevárselos. Esto dio lugar a muchos incidentes porque el reconocimiento era difícil en muchos casos y en algunos por razones de carácter judicial, las familias tenían la necesidad urgente de reconocerlos y se llevaban el primero que les gustase, sin perjuicio de cambiarlo después por otro más parecido.

Los jefes encargaron que hicieran todo lo posible por encontrar los restos del general Silvestre, lo que resultó imposible. Del general Cavanellas, jefe del sector, recibieron orden de exhumar los restos del teniente coronel Primo de Rivera para enviarlo a la península. Era tal el número de cadáveres que tardaron varios días en terminar el trabajo. Había una gran fila entre el reducto hasta la parte más baja del camino de Zeluan, que debió ser un convoy de heridos que los moros autorizaron para llevarlos a Melilla y que cuando acabaron de salir del reducto, los fusilaron totalmente. Otro grupo numerosísimo estaba desde la posición del riachuelo que pasaba por detrás de la posición. Eran soldados sedientos que aprovechaban la noche para beber y nunca podían llegar a satisfacer su sed porque antes los mataban. Los sanitarios de la Comisión dominaban ya la técnica de la recogida de cadáveres. Pasaban una pala por debajo de la pelvis de la momia, con la otra la levantaban por la nuca y lo llevaban a un camión que, una vez estaba lleno lo vertían en la fosa provisional que previamente habían cavado. Sobre el terreno quedaba siempre el pelo que se quemaba. Tardaron en total quince días y después pasaron al reducto en el que el número de muertos era tan grande que donde quiera que se pisara había un cadáver. Después de limpiar la zona pasaron a realizar faenas más agradables. Levantaron los edificios, se ocuparon de higienizar los pozos, regularizaron la corriente de agua que pasaba por la base de la posición y terminado el trabajo regresaron a Melilla. Allí se ocuparon de la Lucha Antipalúdica y, tras ello, el Alto Comisario los envió a los alrededores del río Oro, que estaba lleno de mosquitos. De los que formaban aquella Comisión habían muerto en el momento de la publicación de este artículo todos a excepción de Gabriel Guerra y Palanca, que aún conservaban la memoria de aquellos tristes días y pudieron contribuir con ella a la Historia Contemporánea de España, sintiendo a veces vergüenza y a veces orgullo de sus miserias y glorias vividas.

El cólera y otras epidemias. 1971 (282).

Hacia 1904 Palanca estudiaba en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada Patología Médica, su profesor Antonio Velázquez de Castro dedicó ocho días del curso

y dentro del estudio de las enfermedades a la epidemia del cólera, ocurrida en Granada en 1884 del que había sido testigo presencial. Su relato se limitó a hablar de la sintomatología y el tratamiento, aquello debió de ser terrible y las víctimas se contaron por millares, además coincidió con un gran terremoto que destruyó muchos pueblos cercanos. Terminada la carrera de medicina, Palanca ingresó en Sanidad Militar en 1908 y uno de los temas que tuvo que describir fue el cólera, la clase de su profesor Velázquez una vez más le ayudó en la elaboración del temario. En aquella época los sanitarios tenían muy poco de burócratas y mucho de epidemiólogos, gracias a las enseñanzas de su director general D. Manuel Martín Salazar y a las necesidades del momento, ya que las epidemias no paraban de surgir continuamente.

Palanca acabó en la Academia Militar de teniente Médico y fue destinado a Alhucemas donde se dedicó al estudio de las enfermedades infecciosas, de allí pasó a Tenerife donde estuvo otro año con el objetivo de evitar que la peste bubónica llegara a la Península. Fue en Tenerife donde decidió ingresar en Sanidad Nacional. El Gobierno decidió fletar un barco para reconciliarse con los cabileños, y llevarlos a la peregrinación hacia La Meca, encargaron a Palanca su transporte y vigilancia para evitar la transmisión de infecciones coléricas. En el "Tor" había un laboratorio y un hospital, tenía la obligación de enviar muestras al Instituto de Alfonso XIII, vibriones virulentos para la fabricación de vacunas. Así en la Península solo se lamentó una epidemia de cólera en el año 1911, que entró en Tarragona a través de un barco italiano y fue controlada inmediatamente.

En el año 1918 surgió una epidemia terrible de gripe que durante la primavera se presentó de forma leve, pero en otoño murieron miles de españoles. Palanca estaba en el hospital de Carabanchel por entonces. Los médicos españoles se dividieron en dos teorías, un grupo pensaba que el culpable era el estreptococo y el otro grupo pensaba que era el bacilo de Pfeiffer. El verdadero culpable era un virus filtrable, desconocido en aquellos momentos y que se tardó años en conocer.

Más adelante se presentaron dos epidemias de fiebre tifoidea en Málaga y en Granada por la que los políticos españoles fueron muy criticados. La tuberculosis en sus diversas formas se llevaba por delante a 30.000 españoles y el número de sanatorios era exiguo. Terminada la repatriación de los combatientes filipinos y cubanos, los lazaretos del norte de España se convirtieron en sanatorios antituberculosos y esto fue el comienzo de la campaña antituberculosa. Palanca finaliza este artículo, diciendo que se sentía orgulloso de haber sido médico de Sanidad Nacional y de haber trabajado con viejos sanitarios tan competentes como Murillo, Salazar y Tello.

Artículos publicados en prensa

Del momento sanitario actual. El Siglo Médico. 1930 (283).

Palanca comenta que no era fácil dirigir la Sanidad Pública en los años treinta, había una serie de circunstancias como; intereses encontrados dentro de las clases sanitarias, deseos de mejora, ambiciones, que ponían en trance a todo el que con buena fe llegara a ocupar un cargo. Cuando se trataba de cambiar algún tipo de disposición todo eran escollos y nadie podía consentir la menor por aquel cambio. Cualquier tentativa contra derechos se traducía en protestas o campañas. A lo largo de este artículo el autor hace una serie de comentarios acerca de los problemas políticos que se presentaron en torno

a las plazas de médicos titulares y rurales del momento y, defiende la provisión de plazas por medio de las oposiciones lo que proporcionaría un derecho efectivo, no a ficciones ni a sombras. Finaliza haciendo una llamada a la concordia de todos, para seguir avanzando por la senda de la redención sanitaria, borrando para siempre de la memoria el epitafio dedicado al general Mercy: "*Detente caminante; pisas a un héroe*."

Figura 100. En el centro de la fotografía el director de la Escuela Nacional de Sanidad y grupo de concurrentes al banquete ofrecido al nuevo director de la Escuela Nacional de Sanidad, el profesor Pittaluga. Palanca sentado tercero por la derecha (284).

Por una vez hablemos claro. El Huracán Sanitario. 1930 (285).
En el mes de agosto de 1930 Palanca publica este artículo del "Huracán Sanitario" acerca de las mejoras que se realizaron en el sector sanitario en aquella época de la dictadura. Estas mejoras a las que se refería eran: Colegiación por primera vez de Odontólogos, Matronas, no exclusión del cuerpo de Practicantes de la Escuela Nacional de Sanidad y participación de los Veterinarios en los problemas de la Higiene pública. Los médicos en general habían ya obtenido unos beneficios de la Previsión Médica. La Beneficencia Municipal de Barcelona había al fin visto resuelto el concurso por el que llevaban peleando cinco años. Se había resuelto al fin el problema de los médicos titulares. Ya eran los médicos rurales equiparables a los funcionarios del Estado en cuanto a consideraciones, nombramientos, permutas y licencias.

Dos comentarios para los Inspectores Provinciales de Sanidad. Federación Sanitaria Madrileña. 1931 (286).
El Dr. Cirajas le pide a Palanca que haga un comentario en esta revista sobre cómo veía él la situación política-sanitaria del año 1931. Palanca hace comentarios de mucho interés para el colectivo de médicos titulares.

De la Asamblea de Vallecas. Federación Sanitaria Madrileña 1932 (181).
Este artículo fue el resultado de una invitación realizada a Palanca a la asistencia de una asamblea en Vallecas (Madrid), en el año 1932. Durante su discurso habla de la recién

Real Orden aprobada en noviembre de 1930 con la que se pretendió mejorar las condiciones de los médicos titulares (287). El Reglamento trataba de poner fin a los atropellos que se cometían contra los sanitarios rurales, contra la independencia que tenían los Ayuntamientos para nombrar y castigar a sus médicos, que constituía un vejamen contra la profesión y un semillero de disgustos.

A propósito de un lápiz rojo. Federación Sanitaria Madrileña. 1932 (288).
En el número de la revista *Vida Médica* correspondiente al 15 de mayo de 1932, Palanca había leído un artículo de Cesáreo del Río en el que decía que el "lápiz rojo" del Dr. Palanca en cierta ocasión, condenó a la reclusión perpetua de un trabajo del firmante. El autor escribe esta carta como contestación a esa afirmación y dice que jamás había tachado nada de lo enviado por el Dr. del Río, ya que sus artículos le distraían y le divertían y que por esto él consideraba un delito privar a sus compañeros de su lectura. En aquel caso el artículo referido trataba de una crítica del Reglamento del 2 agosto de 1930 acerca de los médicos titulares rurales.

"Si Centeno viviera". Revista Federación Sanitaria. 1937 (289).
Artículo imposible de encontrar, pero se encuentra citado en varios artículos.

El momento sanitario actual. Semana Médica Española. 1938 (290).
Comienza diciendo que la misión de la Sanidad siempre había sido y seriá la misma: "*Prevenir las enfermedades, vigilar las condiciones de vida y prolongarla, mejorando de paso la raza*." Más adelante se introdujo un nuevo concepto, el de la Higiene que era el prototipo de las Ciencias de Aplicación. El fin continuaba siendo el mismo, pero la "técnica sanitaria" para conseguirlo, había ido variando con el paso de los años. A lo largo de este artículo trata varios temas:

Repercusiones de la guerra en la situación sanitaria: era pronto para sacar conclusiones de la influencia que la guerra tuvo en la situación sanitaria, pero se resume en los aspectos siguientes:

a- Ausencia de grandes epidemias: durante el periodo de guerra no hubo enfermedades "exóticas", que en otros tiempos las habrían, como la fiebre amarilla, el cólera, el tifus exantemático, ni aparecieron casos de viruela. Sin embargo el ambiente era muy propicio para la aparición de estas enfermedades infecciosas; abundancia de insectos, dos inviernos muy crudos y zona de tránsito de extranjeros procedentes de países donde el tifus exantemático era endémico. También había una gran epidemia de tifus exantemático en el Marruecos francés con un gran intercambio de voluntarios con la zona republicana.

b- Pequeños focos epidémicos: surgieron pequeños focos epidémicos de fiebre tifoidea, poliomielitis, meningitis cerebro-espinal etc. que a las pocas semanas desaparecieron. El resto de los movimientos epidémicos fueron de las mismas características de las épocas normales.

a-Contraprueba de algunas medidas sanitarias: se presentaron algunos casos de triquinosis y de carbuncosis. La consecuencia de estos fenómenos sanitarios fueron de poca importancia y de gran benignidad.

Los resultados positivos que se obtuvieron del estado sanitario durante la guerra civil, fueron debidos a las medidas profilácticas que se implantaron, las prácticas de

inmunización activa (vacunación antivariólica y antitífica), al Ejército y a la población civil. También se utilizó sin escasear en ningún momento el agua y el jabón como mejor medida profiláctica, la desinfección y la desinsección a gran escala, se crearon campos de concentración de prisioneros con medidas de Higiene muy rigurosas. Se fabricaron en España sueros y vacunas en unos cuantos Institutos, aunque con algunos problemas que fueron rápidamente solventados. La alimentación en la zona Nacional fue buena tanto en el Ejército como en la población civil, lo que unida a las medidas sanitarias anteriormente citadas hizo que las enfermedades infecciosas, quedaran muy reducidas a determinados focos epidémicos.

Llegado este punto se hace la siguiente pregunta: "*¿Qué hacer ahora en materia de Sanidad, se preguntan muchos?*" La contestación fue; lo primero tener paciencia, ya que ningún país en una situación de guerra, se hubiera planteado una reorganización de su sistema sanitario sin ningún problema epidemiológico que lo apresurase. Los esfuerzos fueron dirigidos a ayudar a los combatientes y apoyar a la población civil para evitar la aparición de epidemias que se pudieran transmitir después al Ejército. Se mantuvieron los servicios de Epidemiología, se fabricaron sueros y vacunas y se instalaron nuevos servicios de despiojamiento. Finalmente se estudiaron los problemas según iban apareciendo nuevas situaciones que se fueron resolviendo lo más rápidamente posible y después se procedió a la modificación del sistema sanitario.

La ley de Sanidad que fue aprobada por la reina Isabel II, tenía una antigüedad de cien años, el Dr. Cortezo la modificó dando vigencia a la famosa instrucción general de Sanidad y el Dr. Murillo en la Dictadura redactó un Código Municipal y otro Provincial. Del conjunto de estas tres disposiciones; Ley, Instrucción y Reglamento, surgió el Cuerpo de Doctrina Sanitario que era nada fácil de interpretar y que se complicó un poco más con La ley de Coordinación Sanitaria del año 1934, obra del Dr. Pérez Mateos lo que trajo grandes complicaciones a nuestra Sanidad.

Palanca era de la opinión, de que se tenían que recoger aquellos aspectos que fueran aprovechables de cada una de estas leyes y poner de acuerdo todos esos principios. Pensaba que no había discusión especialmente en que el Estado se encargara de las clases humildes sin pasar por la vergüenza de que los enfermos pobres no tuvieran sanatorios donde curarse de su tuberculosis, ni clínicas donde operarse. Esto lo resolvería una moderna ley de Sanidad. Se calculaba que la guerra había disminuido el número de médicos en 5.000, entre fallecidos y los relacionados por el cierre de las Universidades durante tres años y que al restablecerse la paz se podría mejorar la asistencia rural en combinación con el establecimiento del Seguro.

Finaliza diciendo que se necesitaba la realización de un plan de modernización de los servicios farmacéuticos, una ampliación de los servicios de puericultura etc.. A la vez se trató de modificar el sistema de enseñanza que permitiera a la Nación tener el número suficiente de médicos que necesitaba, para que el país pudiera salir de una crisis como la que supuso la Guerra Civil en muchos de sus aspectos y también en el sanitario.

Noticiario Nacional. Revista de Sanidad e Higiene Pública. 1939 (291).

En la Revista de Sanidad e Higiene Pública, se publicó una nota en la que se le implantaba al Dr. Palanca la Cruz de la Corona de Italia al director general de Sanidad español. Esta condecoración premiaba a los trabajos prestados en España y la colaboración con las

Instituciones sanitarias italianas durante las diferentes etapas de la Guerra Civil. También se le concedió desde la Asamblea Suprema de la Cruz Roja, la medalla de plata por los servicios prestados a la misma, reconociendo con ello los beneficios prestados a esta Institución. En este mismo número de la revista, aparece una reseña con la inauguración de la Biblioteca de la DGS por José Alberto Palanca y Martínez-Fortún.

La Deontología Médica ante los problemas actuales. Semana Médica española. 1940 (292).

Esta publicación fue el resultado de una Conferencia realizada por el Dr. Palanca en relación con una reunión de la Academia de Deontología Médica el 5 de abril de 1940 en el Colegio de Médicos de Madrid. A lo largo de la conferencia, el autor habla de los problemas con los que la Deontología Médica se enfrentaba en aquellas circunstancias. La historia literaria y la política contaba con muchas personalidades que tenían el hábito de concurrir a las tertulias de café. "*Las críticas que sobre el mármol de una mesa* –dice Palanca- *se extienden para divulgarse luego en el comentario público general, éstas, tenían dos particularidades dadas por sus genitores: el de la ingeniosidad ligera y agradable en consecuencia con nuestro espíritu latino y el de la exposición de un convencimiento firme.*" También señaló lo que calificaba de fraude público el presidente de la Academia, el Dr. Salamanca: "*La no asistencia a las obligaciones de un puesto*", frente este problema había otro fraude: "*El fraude público que comete un jefe cualquiera que consiente que en los puestos y cargos que de él dependen se verifique por sus inferiores este fraude de la no asistencia o del no desempeño de las obligaciones de un cargo*." Finalmente atacó a cuantos en la conversación privada, el chisme, el cuento y el revuelo, lanzaban acusaciones y citaban hechos que después no podían mantener a lo largo de una declaración oficial.

Comienzo de la publicación del Boletín del Consejo General de Colegios Médicos de España. 1940 (293).

Tras la finalización de la Guerra Civil y con la destrucción de la organización sanitaria, los Colegios de Médicos de todas las provincias y debido al gran sentimiento de responsabilidad comenzaron a reorganizar los servicios, se organizaron con perfecta autonomía durante muchos meses. Hasta 1937 no hubo organismo central de la Sanidad Pública, los tiempos eran muy difíciles. Todo esto relatado en un minuto supuso varios meses de trabajo y gestación. Terminada la guerra, comenzó el capítulo de las sanciones, pavoroso problema que el Consejo acometió con serenidad y sin pasión, pero con justicia.

Al Consejo le faltaba un órgano periodístico que lo pusiera en contacto con la opinión médica. Finaliza diciendo que el órgano cuyo primer número se publicaba en esta ocasión debía tener una doble finalidad. Para la clase médica significaba estar al día en sus asuntos, conocer lo que ocurría con sus intereses, sus aspiraciones, y además la entrada en la corriente del nuevo Estado. Para la DGS, significaba el lazo de unión para los profesionales de la manera más rápida de difusión de la información. El Consejo de Médicos con esta obra coronaba la primera fase de su actuación "la recuperación profesional" y comenzaba la segunda en la que con ella se auguraba una buena cosecha tanto para la clase médica como para España.

Entrevista con el Dr. Palanca, Consejo General de Colegios Médicos de España. Labor de iniciación. 1941 (294).

Esta publicación fue el resultado de una entrevista realizada en la sede del Consejo General de Colegios Médicos de España al Dr. Palanca. Se realizó en el despacho de la DGS ubicado en la Plaza de España de Madrid. El entrevistador que firma el artículo como "Spectator", realizó las siguientes preguntas:

- "*¿Cuándo fue el encargo de ocupar la DGS al acabar la guerra*?" Palanca contestó que el inicio de la guerra le sorprendió durante dos meses en el año 1936 en la ciudad de Deva y que una vez liberada la zona se incorporó al Ejército del Norte con empleo de comandante de Sanidad Militar durante un periodo de nueve meses, siguiendo las operaciones de guerra. El día en que el general Mola falleció en un accidente de aviación, Palanca recibió la orden de incorporación a Valladolid a las órdenes del general Valdés Cabanillas, para ocuparse de los problemas sanitarios de la zona nacional. La orden que recibió decía así: "*Tratar de recoger y ordenar con posterioridad aquello que parecía disperso en la zona nacional y evitar las complicaciones de la organización relacionadas con los problemas sanitarios*."
- "*¿Cuáles fueron sus tareas*?" –le preguntó-

La tarea más difícil fue identificar lo poco que existía, reorganizar lo que se podía aprovechar, ordenar y activar la fabricación de sueros y vacunas para el Ejército -de lo que se carecía en aquel momento- y prever la aparición de posibles epidemias.

- "*¿Durante la guerra se cumplió algún temor, como la aparición de alguna epidemia*?" La contestación fue rotunda: "*Jamás, por fortuna, las precauciones fueron innecesarias*."
- "*¿Y después, una vez terminada la guerra*?" En aquella situación hubo que hacerlo todo de nuevo, desde la adquisición de los materiales sanitarios y desinfectantes, hasta la reparación urgente de edificios, puertos etc. Se fomentó la fabricación de sueros y vacunas hasta lograr una producción nacional suficiente, se lograron controlar los focos epidémicos que surgieron como la fiebre tifoidea y la viruela.
- "*¿Hay alguna preocupación del tipo infeccioso*?" El peligro más grave que tuvieron fue la transmisión y propagación de piojos, en alguna provincia con un estado importante de inmundicia y hacinamiento de la población. Los temores fueron constantes, pero los problemas agudos en el año 1941 se consideraron superados, gracias al gran esfuerzo de todo el colectivo sanitario.
- "*¿Cuál es su opinión acerca de la Lucha Antituberculosa*?" Comenzó por afirmar que con los enormes esfuerzos que se estaban haciendo; (obras aprobadas y ya cometidas) se llegaría a controlar la enfermedad y aportó las cifras de sanatorios, camas costes etc.
- "*¿Cuál es el esfuerzo realizado hasta este momento*?" En aquel año estaban funcionando 14 nuevos dispensarios, en distintas capitales en las que no había previamente y se inaugurarían varios sanatorios que estaban en construcción.
- "*¿Pero nuestro Estado, tiene capacidad para este enorme esfuerzo*?" La contestación fue en esta ocasión, que tras un gran esfuerzo lo conseguirían, pero que inmediatamente después tendría que implantarse el SOE como único procedimiento para que el Estado pudiese cargar con los costes tan elevados.
- "*¿Y cómo se llegará a esa implantación del SOE*?" Mediante dos procedimientos posibles: uno sería la implantación del SOE para todas las enfermedades y todas las provincias mediante una organización íntegra, lo que sería muy difícil de realizar y

arriesgado al ser tan voluminoso. El otro sería la implantación por fases bien meditadas, apoyándose en las sociedades ya creadas, en los médicos titulares etc. El intento sería más complejo, más lento, pero al final con más rendimiento.

- "*¿Qué se ha hecho en Puericultura después de la Guerra*?" Se trató de realizar una reorganización definitiva. Estaba a punto de publicarse una nueva ley sobre esta especialidad. En materia de formación se reconstruyó la Escuela Nacional de Sanidad de Puericultura. Las enfermeras divulgadoras de Falange estaban en aquel momento realizando una excelente labor en este campo.
- "¿Y *la situación de los médicos titulares*?" Contestó a esta pregunta, diciendo que en cuanto a este tema los problemas llevaron a la DGS a la modificación del Reglamento, para la resolución de los conflictos planteados por este colectivo.

Una disposición que afecta a seis mil médicos. Profesión Médica. 1942 (295).

Al despacho del Dr. Palanca no dejaban de llegar agradecimientos desde el estamento médico de los titulares, tras la noticia de que por fin el Estado a través de una recién salida a la luz disposición, se haría cargo de sus haberes. Este era un viejo problema enraizado, que se arrastraba desde muchos años atravesando diferentes épocas y etapas de los distintos gobiernos. Los médicos titulares pasaron una vida oscura, de esfuerzo callado, vida inhóspita en algunos casos y con el rencor de algunas políticas aldeanas. Junto a esto el agobio económico, la dificultad de un sueldo modesto y a veces no cobrado o realizado este con lentitud. Casi todas las provincias españolas adeudaban dinero a los médicos titulares, excepto Ceuta, Melilla y Guipúzcoa. El total de Municipios deudores eran 2.746 en una cuenta de sueldos modestísimos de no más de 4.000 pesetas. El total de la deuda ascendía a nueve millones y medio de pesetas, que afectaba a 5.000 municipios y 6.000 médicos.

Canarias, en primer plano de la actualidad sanitaria. Viaje del Director General de Sanidad, Dr. Palanca. Dr. Lenzano. Gaceta Médica Española. 1944 (296).

En este artículo el autor relata el resumen de un viaje realizado por el Dr. Palanca a Canarias para visitar los recién creados sanatorios destinados al ingreso de enfermos tuberculosos en las islas. La comisión estaba formada por el Dr. Lenzano y Pastor, antiguos funcionarios del Archipiélago y que regentaban la Sanidad Interior y Exterior de la DGS y el Dr. Novillo jefe provincial de Sanidad de Granada. El viaje se realizó a través de las siguientes etapas:

Cádiz. La comisión inauguró el Instituto de Higiene de Cádiz, se visitaron los sanatorios antituberculosos del Puerto de Santamaría, el hospital de Mora, Clínica del Dr. Girón y se procedió a la entrega de medallas a varios sanitarios que habían participado en la lucha contra el tifus exantemático y otras epidemias sufridas en la provincia de Cádiz (figura 101).

Figura 101. Inauguración del Instituto Provincial de Sanidad de Cádiz (6).

Las Palmas de Gran Canaria. Visita a las instalaciones sanitarias portuarias, el lazareto, el barco Lanzarote. Visitaron los focos palúdicos más importantes; Tejada, San Bartolomé de Tirajana y Santa Lucía. Visitaron las siguientes instituciones sanitarias: el manicomio, la leprosería, el hospital militar, el balneario de Agaete y finalmente el sanatorio para enfermos tuberculosos con una capacidad para 300 enfermos. Hubo una reunión de los representantes de los distintos Colegios de las clases sanitarias; veterinarios, médicos y farmacéuticos. Todas las corporaciones y los representantes de los distintos hospitales plantearon al director general de Sanidad los problemas existentes y posibles soluciones y la construcción de un hospital general en Las Palmas de Gran Canaria ya que el anterior era muy anticuado y defectuoso.

Santa Cruz de Tenerife. Inauguraron el sanatorio de Ofra, visitaron el dispensario antivenéreo, el Instituto de Higiene y el Instituto de Oftalmología, el Instituto de Puericultura, el manicomio, hospital civil y militar. Finalmente se discutieron las necesidades de formación de Tenerife, que eran: la creación de un centro de perfeccionamiento médico en Tenerife y en Las Palmas, resolver el problema de la falta de matronas y practicantes de las islas, la resolución de las plazas por oposición de los APDs, la creación de un preventorio infantil en La Esperanza, creación de una Escuela de Puericultura, subvenciones para la construcción de las salas de enfermos infecciosos, para el manicomio y la construcción de los servicios sanitarios del puerto (figura 103).

Figura 102. Inauguración del sanatorio de Santa Cruz de Tenerife (6).

Figura 103. Inauguración del sanatorio de Santa Cruz de Tenerife (6).

La Palma. La comisión que se construiría inmediatamente, se dedicó a buscar una ubicación para el sanatorio antituberculoso para 75 enfermos. Se visitaron varios centros primarios y secundarios de Higiene (figura 104).

Figura 104. Inauguración del sanatorio Dr. Guillón en la isla de La Palma (6).

Sevilla. El objetivo de esta visita era la de coordinar los distintos servicios de prevención del cáncer y tuberculosis con los servicios centrales.

La Reunión de la Oficina Internacional de Higiene de Paris (OIHP). Colegios Médicos Boletín Cultural e informativo. 1946 (297).

Palanca junto con un compañero el Dr. Bravo, realizaron un viaje a Paris para asistir a las sesiones de la OIHP como representantes españoles. Palanca asistía por segunda vez a esta Conferencia Internacional, ya que había asistido anteriormente en el año 1930, en esta ocasión el interés era por ser esta, la última que se celebraría. La OIHP fue creada en Roma en el año 1907, además existía un Bureau Sanitario Panamericano, que regía las cuestiones sanitarias del nuevo continente y había también un Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones con sede en Ginebra. En aquella ocasión se trataba de fundir las tres sociedades y crear una nueva que se llamaría "Organización Sanitaria Mundial", dependiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

A la reunión asistieron representantes de casi todos los países europeos y muchos americanos. El presidente de la reunión, el Dr. Morgan, se dirigió a Palanca para agradecerle los trabajos a favor del "Office" durante los difíciles años de la Guerra Civil. Ellos se dirigían a través del telégrafo aportando las novedades sanitarias mundiales y Palanca por medio de telegramas refería a Washington (EE.UU.), al Bureau Panamericano las novedades españolas. El pleno de la Organización Sanitaria Mundial, no se reuniría de nuevo hasta la siguiente primavera y se decidiría si España entraría o no a formar parte de ella. La nueva Organización tendría como sede Ginebra (Suiza).

Palanca pasa a detallar una serie de asuntos que se discutieron a lo largo de las sesiones: incidentes con las autoridades egipcias, con las autoridades uruguayas, situación sanitaria de Polonia, el tifus exantemático en los campos de prisioneros repatriados en Alemania etc.. Termina esta reseña de su viaje comentando sus interesantes coloquios en los pasillos realizados entre las sesiones con aquellos personajes que asistieron a aquella reunión, que facilitaron con ello la entrada de España en la OMS. En resumen, ambos colegas retornaron a España muy satisfechos por la labor realizada.

Opiniones sobre la Sanidad. Ser. 1949 (298).

Palanca anuncia en esta reseña que la DGS renunciaba a tener órganos de propaganda propios, ya que esta revista SER, realizaba esta función. Expresa públicamente su agradecimiento y confianza a esta revista.

Al habla con el Dr. Palanca. Profesión Médica. 1949 (299).

Esta publicación se debe a una entrevista que desde la revista Profesión Médica se le realiza al Dr. Palanca durante una de sus estancias veraniegas en Laredo (Santander) en el año 1949.

Una de las preguntas que le realizó el entrevistador fue: "*¿Usted cree que por ahora los bienes que los médicos esperan no han de realizarse?*" Palanca contestó que el Ministro de la Gobernación sentía los problemas de los médicos como los suyos y se estaba esforzando en conseguir buenas soluciones. Los temas sanitarios no navegaban como entidades independientes y puso como ejemplo; una escuadra sometida a los mismos embates que los demás. Palanca llegaba en aquel momento de Oviedo de una reunión, donde se acababan de conceder 300.000 pesetas para la construcción de casas de médicos en su provincia y la DGS aportaría otras 500.000 pesetas para el mismo objetivo para la construcción de otras catorce casas más. Era inaceptable que en España hubiera

todavía algunas localidades sin médico asignado. Palanca durante la entrevista explica las reuniones que había tenido con las distintas corporaciones y Diputaciones para solventar todos estos problemas tan acuciantes para él. Finalmente habla de los distintas visitas realizadas a los Centros Secundarios de Higiene recientemente inaugurados con las distintas especialidades de que disponían en el Principado de Asturias.

Figura 105. Clínica Dr. Palanca, ubicada en Laredo (Santander) (66).

"Al habla con el Dr. Palanca". Mejoras obtenidas por los médicos de APD. Profesión Médica. 1950 (300).

Este artículo es una transcripción de una conferencia que Radio Nacional de España emitió Palanca. En esta publicación se transcribe lo siguiente:

"*En su magistral discurso ante las Cortes, el señor Ministro de la Gobernación, ha preferido hablar únicamente de los servicios organizados y de la intensa y valiosa labor por ellos desarrollada y no ha querido referirse a las mejoras otorgadas a los sanitarios y a los médicos en general durante su etapa ministerial. Por ello me considero en la obligación de hacerlo desde esta amplia tribuna de Radio Nacional de España.*"

Ante estas declaraciones en la radio, el periodista de esta revista acudió al despacho de la DGS y le preguntó a Palanca sobre lo dicho en la misma, a lo que él respondió: "*Durante ochos años consecutivos, el Ministro de la Gobernación, que cuenta dentro de su Departamento con los amplios y vitales problemas de la Sanidad Nacional, ha mantenido conmigo como director general de Sanidad, todos los lunes una entrevista de una o dos horas de duración sobre temas de Sanidad y también todos los meses ha presidido, oyendo las opiniones de unos u otros, no siempre unánimes, y por lo tanto seguidas de una minuciosa y detallada exposición de problemas y de aguzadas ideas más o menos contradictorias. Las sesiones duraban más de cuatro horas, fueron celebradas en organismos tan importantes como el Consejo Nacional de Sanidad, el Patronato Nacional Antituberculoso y la Junta de Lucha contra la lepra. Estas sesiones han permitido a la clara inteligencia y al vivo interés del Ministro, escuchar y conocer todas y cada una de las cuestiones relacionadas con la Sanidad que interesaban por igual a técnicos y profanos.*

Los médicos titulares o de APD que realizan su labor en situaciones duras en el medio rural, realizan diariamente heroicos y humanitarios sacrificios, han recibido a lo largo de

este mandato ministerial las ventajas de dos aumentos de sueldos y el pase al Estado en las tres últimas categorías, en las que los Municipios de muy escasos recursos económicos, no podían abonarles sus menguados haberes.

No se olvidan otros problemas como el pase a depender del Estado de las dos primeras categorías de Titulares, quedando así unificado administrativamente un Cuerpo facultativo en el que a todos los médicos que a él pertenecen gozarían de los mismos derechos, dentro de sus respectivas clasificaciones. Se estudian los medios para que los derechos pasivos que corresponden a estos modestos facultativos, sus viudas o sus huérfanos, sean abonados por el Estado y se proyecta también la mejora de los quinquenios en cuanto a número y dotación.

Estas son las mejoras a las que alude en el Reglamento de Sanidad Municipal –que todavía no había visto la luz- que como es lógico ha tropezado con enormes dificultades económicas y que no está ni mucho menos abandonado, sino que se encuentra sometido a las necesarias y sucesivas reformas y aprobaciones que permitan hacer de este verdadero Código Sanitario, un documento viable y beneficioso para los facultativos del agro. No podemos olvidar –ya lo dijo el Ministro en su discurso- *que el 70% de la población española reside en el campo y necesita y merece ser atendida en el problema básico de toda actividad, que es la salud. En Sanidad Nacional, se han llevado a cabo dos beneficiosas reformas de sus plantillas y tenemos en la actualidad en estudio una nueva modificación. En igual situación de nuevas mejoras, en estudios y de reformas beneficiosas para el Cuerpo están los puericultores y maternólogos. A los tisiólogos se les ha concedido una remuneración decorosa. Se han mejorado los escalafones de la Lucha Antivenérea y precisamente en la misma sesión de las Cortes, en las que el Ministro pronunció su interesantísimo discurso, se aprobó la mejora del sueldo a los médicos especialistas que prestan servicios a la Sanidad Nacional, hasta ahora muy modestamente retribuidos.*

Del discurso del Sr. Ministro me interesa solo comentar dos extremos. Lo referente a la casa del médico y lo que atañe a la plétora profesional. La preocupación del Ministro por la intensificación de trabajos necesarios para dotar a los médicos de viviendas elementales higiénicas y sanas, deriva de órdenes recibidas directamente del Caudillo. Se trata de enfocar el problema, como hicimos con el de los sanatorios, estableciendo tipos de casas según la región de España en que vayan a edificarse, siempre con la idea de aunar la vivienda propiamente dicha con los servicios sanitarios. Es decir Centros Primarios adosados al hogar del médico aunque con la independencia necesaria. Y esto se puede acometer en el próximo año y al mismo tiempo en la totalidad del país.

El que haya leído el discurso del Ministro de la Gobernación, puede percatarse de que su preocupación en el problema de la plétora, es de recoger en los servicios oficiales el mayor número de médicos posible. Fijaos bien que el que habló fue el Ministro de la Gobernación, cuya misión se reduce a valerse de los médicos que cada año dejan la Facultad de Medicina.

Ahora tenemos el Boletín Oficial del Estado (BOE), la convocatoria para proveer en propiedad plazas de médicos encargados de los trascendentales servicios de Hematología y Hemoterapia, que no pueden ser encomendados a los médicos no especializados y que hacen falta en muchas provincias españolas. Lo mismo acontece con la creación de nuevos cargos en los servicios de Higiene Mental de Geriatría o enfermedades de la vejez, de los médicos que han de estar encargados de atender a los inválidos por cardiopatías o reumatismo. Cuando se promulgue una ley estableciendo, como práctica preventiva de la máxima importancia y necesidad, el reconocimiento periódico y obligatorio de todos los

individuos y a todas las edades, disposición que está más cercana de lo que la gente cree, no solo no existirá la plétora, sino que faltarán médicos para atender a toda esa ingente y profunda labor sanitaria, cuyos resultados evidentes se traducirán en una magnífica y tangible realidad de millones de vidas arrancadas a la muerte, por unos facultativos que llevan a cabo su santa misión y su humanitaria lucha contra la enfermedad, ungidos con el más desinteresado concepto sacerdotal de su profesión."

La epidemia de parálisis infantil totalmente dominada. Ser. 1950 (301).
En esta ocasión se le realiza una entrevista a Palanca para conocer el estado del momento de la epidemia de poliomielitis. Palanca contesta que de ninguna manera estaba controlada la epidemia. Esta epidemia se anunciaba desde los médicos pediatras del país como una catástrofe sin precedentes, sin embargo en el mes de agosto del año 1950, se comenzó a controlar la situación. Para esto se realizó desde la DGS una campaña buscando la cooperación entre sanitarios de distintos centros. El triunfo se debió a la declaración precoz de los casos a través del personal de enfermería y de las instructoras visitadoras asesoradas por médicos del Cuerpo Nacional de Sanidad. Se consiguió la recuperación en el 80% de los casos de lesiones residuales paralíticas gracias a los modernos medios de terapéutica física. La primera denuncia de casos fue desde la jefatura provincial de Sanidad de Madrid al tener declarados más casos de lo normal. Las medidas tomadas para el control de la epidemia fueron las siguientes: las jefaturas provinciales de toda España y el laboratorio municipal de Madrid intensificaron el servicio de desinfección y desinsectación, tratamiento de las aguas del Canal de Lozoya y de Santillana, se cerraron las piscinas que no cumplían las condiciones necesarias, se prohibieron los baños en las aguas del río Manzanares, se pusieron en vigilancia los baños públicos, se anticiparon las vacaciones estivales de los escolares de las Escuelas Primarias y se retrasó la reapertura en el mes de septiembre del curso siguiente. En el orden clínico, se instaló un dispensario en la calle Maudes, se enviaron los pacientes al hospital del Niño Jesús y se habilitó una sala en el Clínico San Carlos para el tratamiento de estos enfermos.

Sobre el personal sanitario y sus problemas y sus necesidades. Profesión Médica. 1951 (302).
Esta publicación fue el resultado de una entrevista que realizó el Dr. Noguera con Palanca para conocer su opinión sobre los servicios sanitarios, las luchas sanitarias rurales y cuáles eran los problemas y las necesidades del personal sanitario.

Sobre las luchas sanitarias rurales. Profesión Médica. 1951 (303).
A lo largo de esta entrevista realizada por el Dr. Noguera al Dr. Palanca, se trata el tema de la Sanidad Rural, la evolución de las epidemias, la evolución de la mortalidad infantil, la vivienda y, los Cursos de Perfeccionamiento Médico.

El sello para médicos senectos, casas para médicos. El alquiler y sus críticos. Nuevas normas del Patronato Nacional Antituberculoso, hacia el aumento de ingresos de su personal médico. Gaceta Médica Española. 1951 (304).
Esta publicación trataba de la realización de una entrevista realizada al Dr. Palanca desde Laredo (Santander). A lo largo de esta entrevista se tratan los problemas que acaecían en aquel momento como una epidemia de tifus exantemático que ocurrió en San Sebastián. También se trataron los acuerdos a los que se llegó en el Colegio de Médicos, que fueron

los siguientes: lucha pro-senectos, la entrega del sello para recetas a los médicos jubilados, la construcción de casas de médicos en los pueblos y la mejora de los sueldos del personal técnico de la Lucha Antituberculosa.

Noguera, E. Interviú veraniego. Profesión Médica. 1952 (4).
A lo largo de esta entrevista se discuten diferentes temas como: evolución de la Poliomielitis, problemática de los APDs, la libre elección de los directivos de los Colegios y Consejos médicos, el precio de los antibióticos y el Reglamento de Sanidad Municipal.

Noguera, E. El Dr. Palanca dialoga. Profesión Médica. 1952 (305).
Esta entrevista con Palanca se refiere a un diálogo del autor con los médicos rurales españoles para informarles del nuevo Reglamento de Sanidad Municipal, la asistencia retribuida a los secretarios y las casas del médico. Esta información se realizó durante la inauguración del VIII Curso general de la Obra de Perfeccionamiento Sanitario, celebrado en la Escuela Nacional de Sanidad en el año 1952.

Efecto en el cierre de los sanatorios antituberculosos. Noguera, E. Profesión Médica. 1953 (306).
A lo largo de esta entrevista el Dr. Noguera pregunta acerca de: los aumentos de dotaciones del Reglamento de S. M. ante el Ministerio de Hacienda, el tratamiento con hidracidas y el efecto en el cierre de los sanatorios antituberculosos, la "reclamoterapia profesional", las sanciones colegiales, las vulgarizaciones médicas, los ensayos de colaboración sanitaria y universitaria, inauguraciones sanatoriales del momento y alguna noticia que se desmentiría.

El Director General de Sanidad habla de la Poliomielitis. Cabezas, A. Profesión Médica. 1953 (307).
En esta ocasión Palanca habla sobre la situación de aquel momento de la epidemia de la poliomielitis infantil y la preparación en Madrid de una vacuna preventiva.

Noguera, E. Profesión Médica. 1953 (308).
En esta entrevista se le pregunta al Dr. Palanca sobre el próximo Reglamento de APD que se iba a publicar en el mes de abril de 1953.

Noguera, E. Profesión Médica. 1953 (309).
En esta entrevista se le pregunta al Dr. Palanca sobre distintos aspectos del estado sanitario español, sobre la coordinación de los distintos organismos sanitarios, el presupuesto de la Lucha Antituberculosa, nuevos medicamentos y política sanatorial, la reforma de los Estatutos de la RANM y finalmente sobre la publicación del reglamento de Sanidad Rural.

Noguera, E. Profesión Médica. 1953 (310).
En esta entrevista se habla sobre una reunión de directores generales que se realizó en Laredo (Santander) en el año 1953, para discutir el estado de diferentes temas; un proyecto de reforma de las haciendas locales, las gestiones de la Comisión de médicos titulares y el abono de los nuevos sueldos desde el mes de enero siguiente.

Noguera, E. Niebla en las calles y claridad en las palabras. Profesión Médica. 1955 (311).
Palanca habla durante esta entrevista sobre un nuevo concurso de los APD, la geografía de los partidos, la exacción sanitaria de los Ayuntamientos, la isla de Cuba honra al Dr. Palanca, las ayudas familiares (pluses familiares) y telegrama a las Mancomunidades.

"Al habla con el profesor Clavero", Director de la Escuela Nacional de Sanidad". Profesión Médica. 1955 (312).
En esta entrevista el Dr. Clavero del campo habla sobre la presencia de España en la OMS y la asistencia de él, Palanca y Bravo en Méjico, de los siguientes temas: las asambleas de la OMS, la Ciudad Universitaria mejicana, la labor de la OMS; el paludismo, poliomielitis, energía atómica y como fue la acogida del grupo español en Méjico.

Figura 106. Aeropuerto de Ginebra (Suiza), viaje de Palanca a una de las Sesiones de la OMS (6).

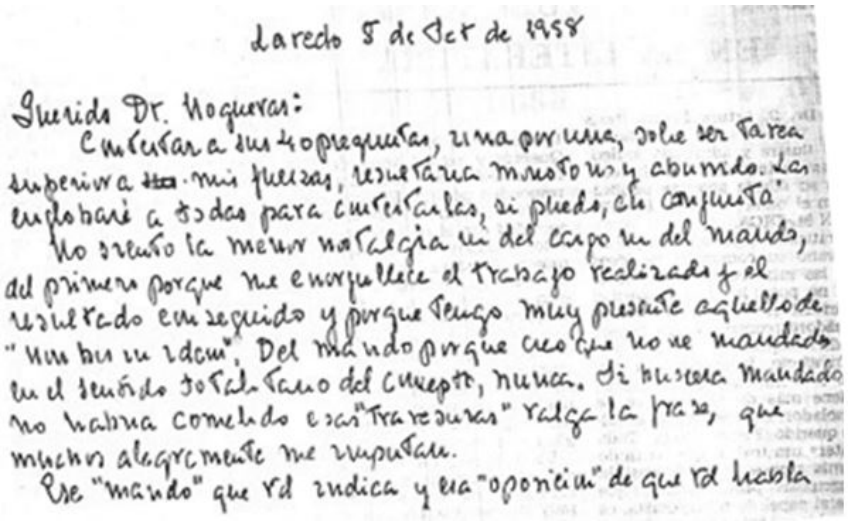
Noguera, E. Profesión Médica. 1955 (313).
En esta entrevista se le pregunta al Dr. Palanca sobre temas relacionados con los APDs, los Proyectos de cuotas y Sociedades del Seguro y los Seguros Libres, informes del Ministerio de Hacienda y Trabajo, nuevas especialidades del SOE, la legalización de las ayudas familiares, nuevas drogas en el tratamiento de la tuberculosis, el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, el Patronato del Cáncer y el Centro Nacional de Cardiología.

Noguera, E. Profesión Médica 1956 (314).
En esta entrevista se le entrevista al Dr. Palanca sobre el descontento de los sanatorios Antituberculosos, el nuevo presupuesto del Patronato Nacional Antituberculoso que se había presentado, los fotoseriadores como arma eficaz contra la tuberculosis, Centros recientemente inaugurados, la estación sanitaria fronteriza en La Línea, una residencia veraniega de Mahón para personal sanitario, los problemas de los médicos titulares en el verano, la amortización de plazas y la posibilidad de desaparición de los médicos titulares.

Aportación inédita al Homenaje Académico tributado al Dr. Palanca. Noguera, Enrique. Profesión Médica. 1969 (315).

Este Artículo de la revista Profesión Médica, trata de una entrevista realizada por el Dr. Enrique Noguera al Dr. Palanca cuando cesó su cargo en la DGS en el verano de 1958. Esta entrevista no se publicó hasta que pasaron diez años y después del homenaje académico que le realizaron, el Dr. Nogueras se dispuso a publicar por sorpresa esta entrevista.

El Dr. Nogueras le hizo cuarenta preguntas al Dr. Palanca, en relación con todos los años en los que ocupó el puesto de director general de Sanidad que este le responde sin vacilar y descubriendo sus pensamientos más íntimos.



Laredo 5 de Set de 1958

Querido Dr. Nogueras:

Contestar a sus 40 preguntas, una por una, sobre ser tarea superior a mis fuerzas, resultaría monótono y aburrido. Las englobaré a todas para contestarlas, si puedo, en conjunto.

No siento la menor nostalgia ni del cargo ni del mando, del primero porque me enorgullece el trabajo realizado y el resultado conseguido y porque tengo muy presente aquello de "non bis in idem". Del mando porque creo que no he mandado en el sentido totalitario del concepto, nunca. Si hubiera mandado no habría cometido esas "travesuras" valga la frase, que muchos alegremente me imputan.

Ese "mando" que Vd indica y esa "oposición" de que Vd habla

Figura 107. Original de la carta que adjunta Palanca desde Laredo al Dr. Noguera como respuesta de su entrevista el 8 de septiembre de 1958 (315).

Figura 108. Homenaje al Dr. D. Enrique Noguera 1942 Consejo General de los Colegios Médicos. Acto de entrega del Libro de Honor y Busto del Caudillo, homenaje de los médicos de España al Dr. D. Enrique Noguera (en el centro). Le acompañan los Dres. Palanca y Vallejo Nájera (los dos primeros por la derecha desde el Dr. Noguera), Gómez Ulla y Vital Aza (los dos primeros por la izquierda del Dr. Noguera) (316).

Inspección de Sanidad de la provincia de Madrid. Revista de Archivos de Higiene y Sanidad Pública. 1925 (317).

Palanca presenta una Memoria sobre los trabajos realizados durante el año 1924 como inspector de Sanidad. La Inspección le fue entregada en el año 1923 y tuvo que organizar el departamento, haciéndolo de la siguiente manera:

- Gobierno Civil. Un médico de la Brigada Sanitaria, un oficial del Gobierno Civil para asuntos sanitarios, un oficial de la Diputación Provincial para asuntos estadísticos y enfermedades infecciosas, un agente del Laboratorio Municipal y dos mecanógrafas, dispensarios Antivenéreos y un laboratorio Provincial.

- Modificaciones en la Sanidad Municipal de Madrid. Antes del año 1923, el Ayuntamiento de Madrid había constituido una Junta Consultiva Sanitaria llamada Junta de Salubridad. El Gobernador de Madrid disolvió aquella Junta ya que no solucionaba los problemas para los que se había constituido.

Temas en los que se actuaron con posterioridad a la disolución de la Junta: 1. aguas de alcantarilla, corrigiendo un problema peligroso para la salud de la población. 2. Abastecimiento de las aguas de Madrid, con intervención del Ayuntamiento sobre el canal de Isabel II. 3. Nombramiento de un jefe único de Sanidad. 4. Control del abastecimiento de leche. 5. Modificaciones en el servicio de desinfección.

- Actuación de la Junta Provincial de Sanidad. Se reconstituyó la Junta y se realizaron, con especial mención los trabajos siguientes: hospedaje de embarazadas, accidentes de trabajo, ampliación de plazas de subdelegados de Farmacia y Veterinaria y constitución de la Comisión Sanitaria Local.

- Brigada Sanitaria Provincial. A principios de año la Brigada Sanitaria funcionaba sin laboratorio y sin desinfección. Se convocó una Junta de Alcaldes y se redactó un Reglamento que fue aprobado por el Ministerio de la Gobernación. Se compraron dos coches para transporte de enfermos y uno para transporte de personal (figura 109).

Figura 109. Fachada y automóviles de transporte del Laboratorio de Madrid. 1924 (317).

Se procedió a instalar un laboratorio (figura 109) cedido por la DGS. Desde aquel momento los servicios de la Brigada Sanitaria quedaron instalados de la forma siguiente:

- Pequeñas estaciones de desinfección. Un formógeno, un pulverizador, un sulfurador en 21 pueblos de la provincia de Madrid y se realizaron grandes instalaciones de desinfección en tres sanatorios de Madrid.
- Cursos de Bacteriología. Se realizó un curso de tres meses de duración dedicado a Higiene Rural y técnicas elementales de laboratorio.
- Transporte de pacientes. Se transportaron 245 pacientes desde los pueblos hacia Madrid, haciendo un recorrido total de 12.776 Km.
- Análisis clínicos. Se realizaron 177 análisis desde el mes de agosto en que comenzó a funcionar el laboratorio, que se distribuyeron de la siguiente forma: 17 aguas, 8 Líquidos céfalo raquídeos, 5 orinas, 36 aceites, 2 tumores, 66 leches, 37 sangres, 1 azúcar y 5 esputos.
- Organización de la Subrigadas en los distritos.

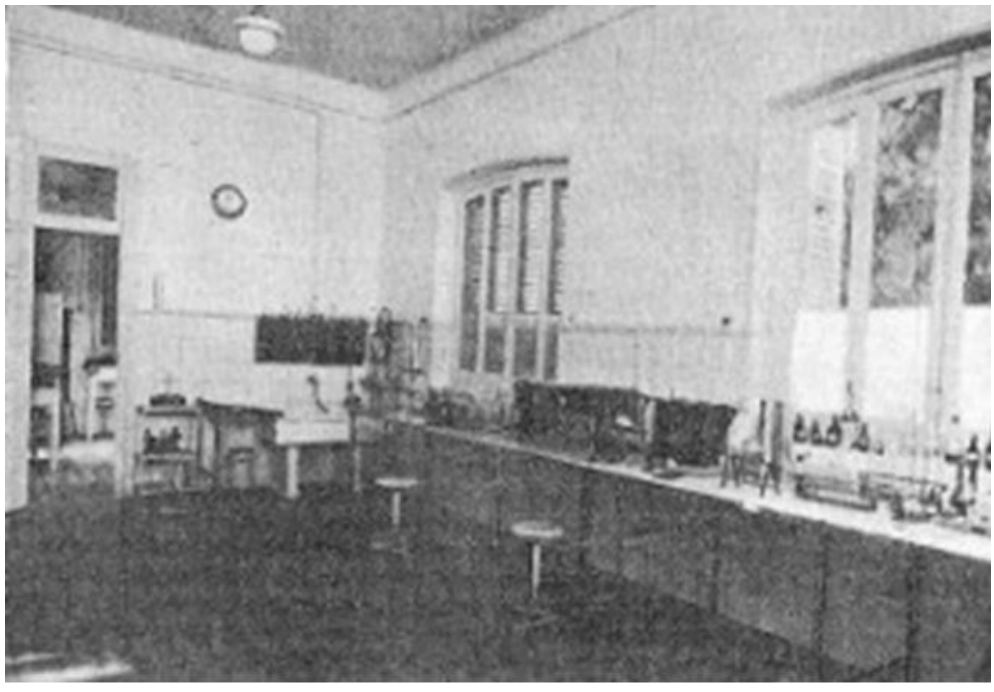


Figura 110. Laboratorio de Madrid. 1924 (317).

- Servicio de profilaxis antivenérea. En junio de 1924 se inauguró el dispensario de Azua. Se realizaron cursos de ampliación de estudios, nombramiento de personal y vigilancia de la prostitución.
- Estado económico. Cuando empezó el año había una deuda de 10.000 pesetas y 300 pesetas en caja y al terminar el año y con todas las inversiones relatadas, había una existencia en caja de 46.631 pesetas.
- Declaración de Enfermedades Infecciosas (EDO). Se procedió a la redacción de las reglas de la EDO, publicándose en el Boletín de cada provincia una circular del Gobernador con la autorización de la declaración. Se decidió la declaración inmediata al Subdelegado de Sanidad del distrito y al inspector provincial de Sanidad de las siguientes enfermedades: viruela, fiebre tifoidea, tifus exantemático y difteria. Las restantes enfermedades

infecciosas se declaraban a finales de cada mes a excepción de que estas se presentaran en forma de epidemias.

- Incidencias sanitarias. Durante el año 1924 se presentaron casos de paludismo en El Escorial, en Colmenar Viejo, en Torrelaguna y en San Martín de Valdeiglesias. En cuanto a la epidemia de tifus exantemático, hubo 1014 casos (540 (53%) invasiones en Madrid y 474 (47%) en la provincia). La campaña de vacunación supuso desde octubre a diciembre un total de 683.890 inyecciones (460.000 (67%) inyecciones en Madrid y 223.890 (33%) inyecciones en el resto de la provincia), lo que sumó un total de 683.890 vacunados en Madrid y esta fue suministrada por el Instituto Alfonso XIII.

- Obras municipales de carácter sanitario. Se redactaron los Reglamentos de Higiene de 45 pueblos de la provincia. En la tabla 90 se pueden ver reflejadas las obras que se realizaron a lo largo del año.

Tabla 90. Obras municipales de carácter sanitario realizadas durante el año 1924 (317).

Tipo de obra	Nº de pueblos
Saneamiento de escuelas	24
Saneamiento de mataderos	19
Construcción de nuevos mataderos	5
Construcción de alcantarillados	19
Reformas de alcantarillados	11
Mejoras de Casas de Socorro	3
Nuevos abastecimientos de agua	8
Reformas de abastecimientos de agua	19
Instalaciones de laboratorios	5
Construcción de lavaderos	11
Total	**124**

Memoria de la Inspección Provincial de Sanidad. 1928. Inspector Provincial de Sanidad de la provincia de Madrid. 1929 (318).

En la Memoria que presenta Palanca se resume la labor sanitaria que se ejecutó en la provincia de Madrid durante el año 1928, dando especial preferencia a los trabajos que ofrecían mayor interés para la salud pública y dejando a un lado los de trámite y despacho corriente en el Negociado de Sanidad de la provincia de Madrid.

Se cumplieron durante el año 1928 las circulares gubernativas en cuestión de:

- Higiene Alimenticia.
- Higiene escolar; se editó la Cartilla Médico Escolar, con el fin de la realización de un completo fichero escolar.
- Estercoleros; para el estudio de la solución de los problemas relacionados con el destino de las basuras de Madrid.
- Lucha antivariólica; creación de una alerta sanitaria destinada a la extinción de dicha enfermedad.
- Inspección de fondas y hoteles; control de desinfección y desinfección de estos establecimientos.
- Actuación de la Junta Provincial de Sanidad; se realizaron ocho Juntas, los temas que se trataron, se describen en la tabla 91.

Tabla 91. Temas tratados a lo largo de las Juntas provinciales de Sanidad (318).

Mes	Temas más importantes tratados en las Juntas
Enero	Distribución de premios a los inspectores municipales de Sanidad. Propaganda antivenérea. Nuevas plazas de Médicos Titulares. Residencia de Tuberculosos en El Escorial. Inversiones y subvenciones.
Febrero	Permisos y nombramientos. Inversiones en el Instituto de Higiene; 13.083 pts. Reglamentos. Estación Sanitaria de El Escorial.
Abril	Aprobación de cuentas. Nombramientos. Creación de botiquines. Proyecto de creación de tuberculosos en Guadarrama. Abastecimiento de agua en Torrelodones. Creación de Tribunal de Agravios en el Colegio de Médicos.
Junio	Inauguración del dispensario Martínez Anido. Aprobación de Reglamento. Solución de problema sanitario. Creación de sanatorio de Cercedilla y Hoyo de Manzanares. Inversiones en el Instituto de Higiene; 10.211 pts.
Julio	Abastecimiento de agua en Getafe y Carabanchel Bajo. Creación de botiquines de urgencia. Creación de cementerio en Humanes. Proyecto de alcantarillado en Carabanchel bajo. Adquisición de material para el Instituto de Higiene; 2.577 pts.
Septiembre	Amortizaciones. Nombramientos. Aprobación de Reglamento. Abastecimiento de agua en Navalagamella. Expediente sobre la depuración de aguas residuales de la Jabonería.
Noviembre	Proyecto sobre la defensa de la crecida del río Tajo en Aranjuez. Matadero y lavadero público en Navacerrada. Traída de aguas en Torrelodones. Casa de Socorro en Canillas. Abastecimiento de agua en Villaconejos. Saneamiento en Móstoles. Desinfección de tranvías y metropolitano.
Diciembre	Adquisición de material para el Instituto de Higiene; 18.440 pts. Creación de plaza de médico titular. Distribución de premios a los inspectores municipales de Sanidad. Informe favorable al proyecto de prolongación de la Castellana. Abastecimiento de agua en Pozuelo de Alarcón.

En la tabla 92 se presentan los totales de los servicios prestados por los Subdelegados de Medicina de los distritos de la capital, durante el año 1928.

Tabla 92. Servicios prestados por los Subdelegados de Medicina de los distritos de la capital (318).

Servicios prestados	TOTAL
Embalsamamientos	69
Exhumaciones	36
Hospederías	244
Teatros	23
Apertura de locales comerciales	1.135
Desinfecciones/desratizaciones y desinsectaciones	3.058
Inspecciones	2.256
Informes de dementes	155
Inspecciones mercantiles	50
Inspecciones de industrias	589
Inspecciones clínicas	32
Denuncias	290
Saneamientos fincas	96
Informes a viviendas	343
Informes de agua	20
TOTAL	**8.396**

DISPENSARIOS ANTIVENÉREOS

El 24 de mayo de 1928 se inauguró el dispensario "Martínez Anido". La importancia de este nuevo dispensario, así como las actividades del Dispensario de Azúa, quedan reflejadas en las tablas estadísticas que se presentan a continuación (tabla 93), así como en algunas de las fotografías del edificio (figura 111).

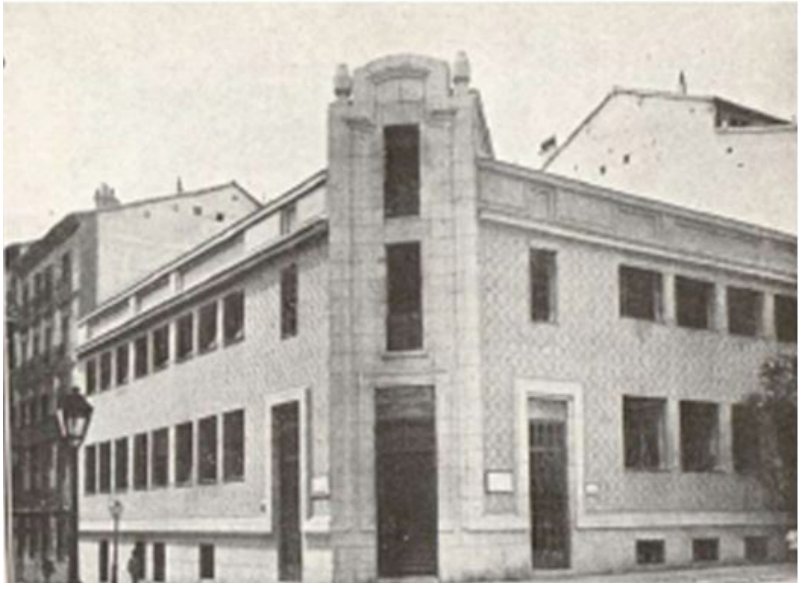


Figura 111. Fachada del Dispensario Antivenéreo "Martínez Anido" (318).

En la figura 113 se presenta uno de los carteles editados en el año 1928, con la propaganda por el Comité Ejecutivo de la lucha antivenérea:

"*Te debes a los tuyos, a la sociedad y a la raza. Si padeces o sospechas padecer de una enfermedad venérea, acude inmediatamente a un médico especialista de competencia y honorabilidad reconocidas y, si no tienes recursos, ten presente que el Estado no te abandona, acude a los Centros Martínez Anido, Azúa o Sandoval que son de asistencia gratuita*".

También en el Centro Martínez Anido se realizaron unos ciclos de conferencias de dicho Comité con el objetivo de reducir las enfermedades venéreas desde el mes de octubre de 1928 al mes de enero de 1929.

MADRID DIA 25 DE MAYO DE 1928 NUMERO SUELTO 10 CENTS.

ABC

DIARIO ILUSTRADO. AÑO VIGESIMOCUARTO N.° 7.927

MADRID: UN MES, 3 PESETAS. PROVINCIAS: TRES MESES, 9. AMERICA Y PORTUGAL: TRES MESES, 10 PESETAS. EXTRANJERO: TRES MESES, 25 PESETAS. REDACCION Y ADMINISTRACION: SERRANO, 55, MADRID. APARTADO N.° 43.

Figura 112. Inauguración del dispensario “Martínez Anido” (El Dr. Palanca a la izquierda). Portada del periódico ABC el 25 de mayo de 1928.

Figura 113. Uno de los 6.000 carteles editados de la propaganda por el Comité Ejecutivo de la Lucha Antivenérea (LAV) por el pintor Ángel de la Fuente (318).

DISPENSARIO ANTIVENÉREO "AZÚA"

Tabla 93. Datos de consultas realizados en el dispensario Antivenéreo "Azua". (318).

Consultas				
Tratados				
Hombres	Mujeres	Niños	Totales	
53.753	31.691	887	**86.331**	
Bismutos				
Espirogil	**Bismogenol**	**Bismuto Pons**	**Succinol**	**Total**
1.350	3.300	5.300	6.080	**16.030**
Vacunas				
Antigonocócica	**Estafilocócica**	**Lactogonocócica**	**Lactoproteina**	**Total**
4.039	1.368	1.055	227	**6.689**
Laboratorio de análisis				
Sangre	**Orina**	**Frotis gonocócico**	**Varios**	**LCR**	**Total**
2.889	94	295	1.008	73	**4.359**
Material profiláctico				
Neomalvarsán	**Cianuro**	**Benzoato/Biyoduro**	**Total**
2.097	500	1.070/290	**3.957**

Les services sanitaires espagnols pendant la guerre civile. Ginebra, Societé de Nations. 1939 (319).

Artículo imposible de encontrar, aunque se encuentra citado en varios artículos.

Rapport sur la situation epidemiologique de l'Espagne pendant l'année 1939. Ginebra, Societé de Nations. 1939 (320).

Este artículo es el resultado de un informe epidemiológico de cómo era la situación de España, que presentó Palanca en la Societé de Nations, Ginebra en el año 1939.

Introducción. La situación epidemiológica española durante los dos primeros años fue normal y durante el año 1939, se presentaron algunas modificaciones con algunas tendencias a agravamiento, gracias a la energía y los esfuerzos del personal sanitario y a la DGS, la situación posteriormente se pudo controlar. Se presentaron algunos casos de tifus exantemático y reaparición de algunos casos de viruela. Todo esto se debió en parte a los grandes movimientos de población tanto militares como civiles que se produjeron al final de la guerra. Las condiciones sanitarias defectuosas relacionadas directamente con el final de la guerra, se centraron especialmente en Madrid, por razones geográficas por ser esta la capital de España y por presentar tanto tránsito de gente.

a. Tifus exantemático. El tifus exantemático, había desaparecido prácticamente de nuestra geografía. Durante la guerra sólo se produjo un caso de tifus exantemático, pero en un momento dado se presentaron varios casos en una familia de la provincia de Cuenca, en Murcia Madrid y Albacete. En el gráfico 31 se describen los casos y fallecimientos producidos en España, por tifus exantemático que se presentaron durante los meses de abril a septiembre de 1939.

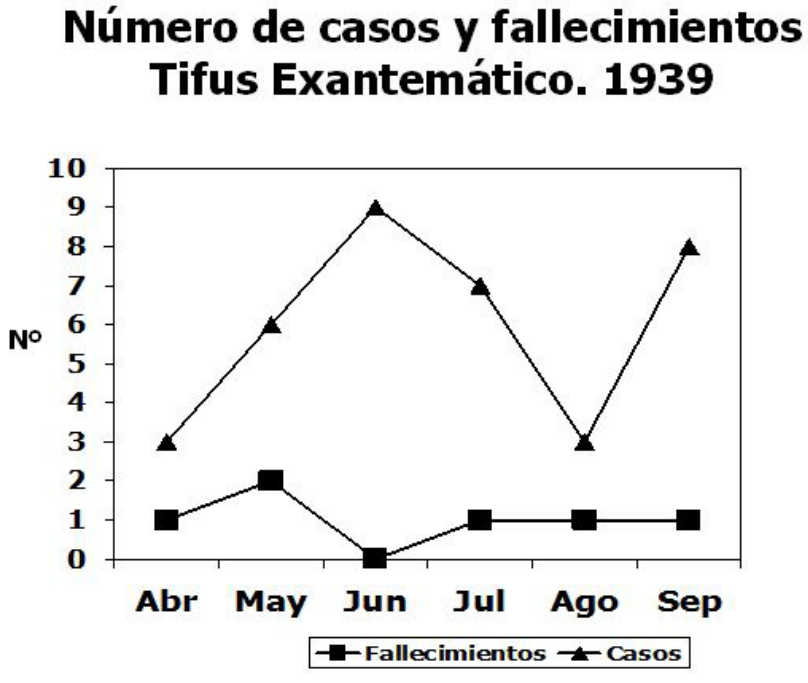


Gráfico 31. Número de casos y fallecimientos por tifus exantemático producidos durante el año 1939 en España (320).

La situación volvió a la normalidad, cuando las circunstancias desfavorables fueron reemplazadas y las condiciones nutricionales fueron mejores.

b. Viruela. La situación de la viruela en España antes de la guerra era francamente satisfactoria, esto fue la consecuencia de un esfuerzo y perseverancia de la vacunación de la Sanidad española durante muchos años. En 1931 murieron por esta causa 9 pa-

cientes, en 1932 murieron 8 pacientes, en 1933, murieron 9 pacientes, en 1934 murió 1 paciente y en 1935 murió otro paciente.

Los grandes movimientos poblacionales que se produjeron durante el final de la guerra, hizo imposible su control desde el punto de vista sanitario. Esto hizo que las enfermedades infecciosas se diseminaran rápidamente y se agravaran y el estado de inmunidad por una insuficiente alimentación incidiera en la adquisición de estas enfermedades. Los primeros casos de viruela aparecieron durante el mes de noviembre de 1938, el origen de este brote epidémico fue una familia portuguesa que había penetrado en España por la ciudad de Orense. De allí se contagiaron una serie de soldados que lo transmitieron a la población civil. En el gráfico 32 se representa el número de casos y fallecimientos por viruela producidos desde noviembre del año 1938 a septiembre del 1939 en España.

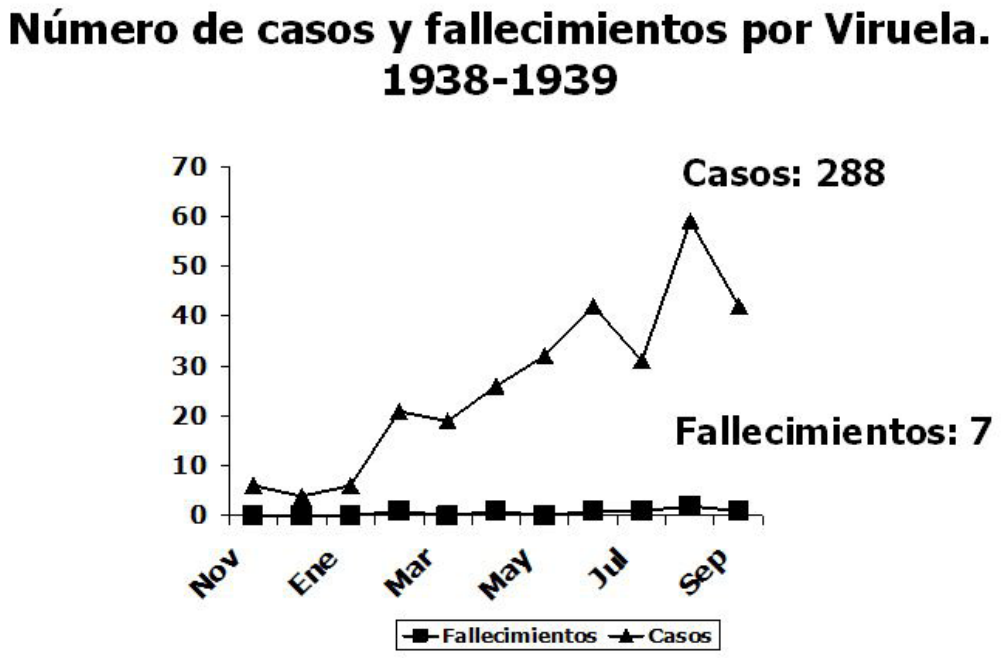


Gráfico 32. Número de casos y fallecimientos por Viruela producidos desde noviembre de 1938 a septiembre de 1939 en España (320).

La aparición de la enfermedad según los pacientes estubieran o no vacunados, se refleja en la tabla 94.

Tabla 94. Aparición de la enfermedad, según los pacientes estubieran o no vacunados (320).

Individuos no vacunados "A"			91
Después de 7 años de haber aparecido la enfermedad "B"			115
Entre la aparición de la enfermedad y los 7 años posteriores	a.	Vacunación en periodo de incubación	10
	b.	Vacunados con resultado negativo **"C"**	43
	c.	Vacunados con resultado positivo **"D"**	13
TOTAL			**272**

En la tabla 95 se muestras las diferentes formas clínicas que se presentaron en función de los estados de vacunación de los casos.

Tabla 95. Diferentes formas clínicas que se presentaron en función de los estados de vacunación de los casos (320).

	Formas Clínicas				
	Hemorrágica	**Confluente**	**Discreta**	**Ligera**	**Total**
A	2	30	29	40	**101**
B	0	7	51	57	**115**
C	0	8	18	17	**43**
D	0	1	4	8	**13**
Total	**2**	**46**	**102**	**122**	**272**

c. Difteria en Madrid. La guerra con sus circunstancias desfavorables hizo que la población se debilitara y se acrecentaron los factores contra las enfermedades infecciosas. Esta situación intervino en Madrid más intensamente que en otras provincias. Durante dos años y medio Madrid estuvo sometido a un cerco incompleto, una alimentación insuficiente y a unas condiciones precarias de las vivienda debido a la superpoblación por el abandono por la falta de Higiene. Todos estos factores llevaron a España a una situación ideal para estar preparados a sufrir la primera infección epidémica que llegara. Al final del mes de agosto los números de casos de difteria comenzaron y fueron aumentando y septiembre hasta un total de 254 casos y 27 fallecimientos (10,6%). Las medidas inmediatas que se tomaron fueron:

- Creación de un hospital de aislamiento para estos pacientes.
- Intensificación de producción de suero antidiftérico para las necesidades de estos pacientes y detención del número de casos.
- Campaña de vacunación por medio de la anatoxina. Esta campaña fue llevada muy activamente en Madrid y dio lugar a su extensión posterior por el resto de España con el mismo rigor. Hasta ese momento la epidemia fue en aumento y se puso en marcha un estudio epidemiológico, por lo que, era prematuro hablar de la extensión de la epidemia hasta el fin de la misma.

d. Fiebre tifoidea en Madrid. Madrid era una ciudad de más de un millón de habitantes, donde la fiebre tifoidea existía en estado endémico en forma ligera. Sus causas eran perfectamente conocidas; la ciudad estaba aprovisionada de agua magníficamente, de tal forma que la pureza química y bacteriológica era excelente en la mayoría de sus partículas. En Madrid la fiebre tifoidea era provocada por las legumbres y otros alimentos que eran consumidos crudos que llegaban a la capital de otras ciudades de alrededor. Las huertas cercanas utilizaban como riego para su producción las aguas residuales de la capital. Las tentativas realizadas hasta el momento para hacer una estación de depuración de las aguas residuales fueron obstaculizadas por intereses particulares, lo que hizo que la fiebre tifoidea se mantuviera en una situación endémica. Evidentemente existía también el problema de los portadores que contribuían a la diseminación de la enfermedad. Para remediar este problema, el Instituto Nacional de la Salud, comenzó a realizar un estudio de portadores, para desarrollar un plan epidemiológico en Madrid, tratando a las personas portadores del bacilo tífico.

Termina su informe comentando que todas las circunstancias desfavorables de tifus exantemático, de la viruela y la difteria, ejercieron una influencia análoga sobre el desa-

rrollo de la endemia tífica en esta capital, a pesar de que el crecimiento de la misma se manifestó de una forma ligera en cuanto al número de casos reportados con respecto a los años reportados, así como en cuanto a la tasa de mortalidad de la enfermedad. Fue en agosto de 1939, cuando la fiebre tifoidea comenzó el movimiento ascendente y lo que se acentuó en septiembre, siguiendo una curva epidémica estacionaria lógica.

El estudio final quedó en curso. Siempre que fue posible se sometió a aislamiento hospitalario a todos los pacientes, se sometieron a desinfección tanto el material utilizado como los productos en contacto con los pacientes. Se instauró tratamiento a los portadores de microorganismos. Fue llevada una campaña enérgica de la fiebre tifoidea a toda la población y, hasta ese momento se llevaron a cabo en España más de 310.000 vacunaciones.

Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1943/ Prólogo de José Alberto Palanca. Dirección General de Sanidad. 1943 (321).

Palanca prologa la Memoria y comenta que durante esta Memoria, se pretendía dar una idea al lector de las distintas actividades, inquietudes y afanes de la DGS, que todos ellos convergían en una sola finalidad fundamental: la salvaguardia de la Salud Pública. La Sanidad que unos años antes solo se dedicaba a la vigilancia de puertos, fronteras, transportes, desinfección y lucha contra grandes epidemias, se iba ensanchando y ampliando sus horizontes de actuación y perfeccionando su organización. Las actividades sanitarias estaban enfocadas no solo a la lucha contra las enfermedades infecciosas, sino también a fomentar la salud del individuo y a aumentar su resistencia física, en resumen a hacer Higiene en todos sus aspectos:

- Raza: si aumentaba la proporción de individuos sanos, también aumentaría la proporción de parejas sanas.
- Prenatal: vigilancia de las madres durante la gestación, para disminuir los riesgos derivados del parto y el puerperio.
- Puericultura: orientación del cuidado de los niños, alimentación y prevención de enfermedades evitables.
- Industrial: vigilancia de las condiciones de seguridad en el trabajo.
- Alimentación: vigilancia de los productos alimenticios.
- Mental: inspección de las instituciones psiquiátricas.
- Ocular: lucha contra la enfermedad del tracoma.
- Lucha contra la lepra, el paludismo, la tuberculosis, la viruela, la difteria, la fiebre tifoidea etc.
- Institutos de investigación científica.
- Producción de medicamentos, sueros y vacunas.
- Docencia en la preparación de sanitarios en todas las escalas y preparación de propaganda de divulgación de campañas sanitarias.
- Creación del Cuerpo Nacional de Sanidad, un organismo vivo, que trataba de dar continuidad a los planes de la DGS.

Figura 114. Carteles de propaganda para la prevención del Tracoma (321).

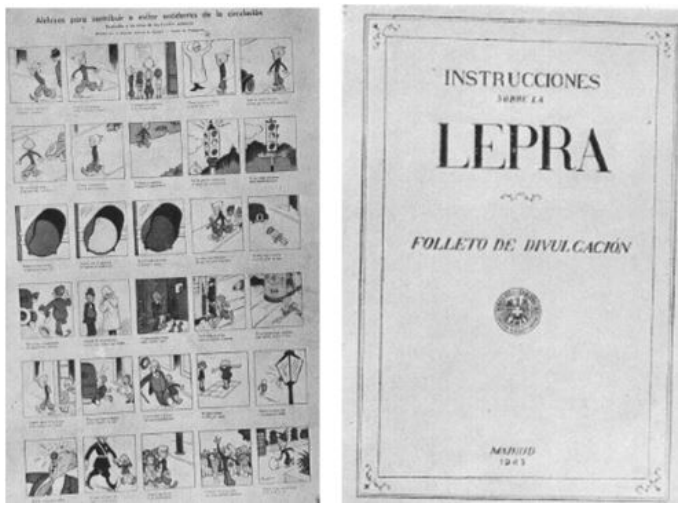


Figura 115. Carteles de propaganda para la prevención de la lepra (321).

Figura 116. Carteles de propaganda para la prevención de la sífilis y la sarna (321).

Figura 117. Carteles de propaganda para el fomento de la lactancia (321).

Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1945. Prólogo de José Alberto Palanca. Dirección General de Sanidad. 1945 (322).

Durante aquel año el Consejo Nacional de Sanidad, estudió el Reglamento de la Lucha contra la lepra, Dermatosis y Enfermedades Sexuales de la Escuela Nacional de Sanidad, de la Lucha contra el Cáncer, de la Lucha contra las Enfermedades Infecciosas y el de las Mancomunidades Sanitarias de Municipios.

Se publicaron varios folletos dirigidos a la prevención de las siguientes enfermedades: leishmaniasis cutáneas, quimioterapia en el paludismo, las tiñas, nuevas adquisiciones sobre poliomielitis y lucha contra las moscas.

Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1946. Prólogo de José Alberto Palanca. Dirección General de Sanidad. 1946 (323).

Palanca comenta en el prólogo de la Memoria del año 1946, que la organización sanitaria no había dejado de avanzar en España. Se incorporaron al Cuerpo Nacional de Sanidad, los presidentes de los Consejos Generales de los Colegios Médicos y Farmacéuticos.

Figura 118. Varias fotografías de Centros Secundarios de Higiene inaugurados durante el año 1946 (323).

Figura 119. Institutos Provinciales de Sanidad y Centros Secundarios de Higiene Rural en el año 1946 (323).

Servicios Sanitarios Nacionales en 1946. Medicamenta. 1946(324).
En este artículo Palanca habla de lo que se realizaría en materia sanitaria durante el año 1946. Durante el curso se trató de resolver el problema de la alimentación en los sanatorios. Se tendría que hacer cargo de los enfermos desde el punto de vista de los costes económicos.

Estaban pendientes de la inauguración de cinco sanatorios que dispondrían de más de 500 camas en varias ciudades: Albacete, Jaén, Valencia, Oviedo y Salamanca. Este último –el de Salamanca- tendría la característica de albergar un pabellón con habitaciones individuales para médicos afectados de la tuberculosis. Se crearon nuevos dispensarios en varias provincias y se aumentó el número de camas en los sanatorios ya existentes. Se trataría de resolver el problema del transporte de la semilla de Colancoba para el tratamiento de la lepra. La enseñanza sanitaria conseguiría un considerable avance al inaugurarse dentro de la Ciudad Universitario un pabellón. Se presentaría la primera disposición relativa a los sueldos mínimos de los médicos de la Beneficencia Provincial. En cuanto a la fabricación de las casas de los médicos rurales, se tropezó con muchos problemas derivados de la asistencia rural.

Finalmente en cuanto al Seguro Obligatorio de Enfermedad ocurrieron dos hechos que permitirían incorporar la gran masa médica al mismo; el Decreto de ampliación del Instituto de Higiene, Medicina y Seguridad en el Trabajo y la reforma del Instituto Nacional de Previsión, por la que entraban a formar parte de su Consejo de Administración la DGS y un representante del Colegio de Médicos.

Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1947. Prólogo de José Alberto Palanca. Dirección General de Sanidad. 1947 (325).
A lo largo de esta Memoria, se puede apreciar cómo fueron aumentando el número de Centros primarios y Secundarios inaugurados y en funcionamiento.

Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1949/ Prólogo de José Alberto Palanca. Dirección General de Sanidad. 1949 (326).

Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1950/ Prólogo de José Alberto Palanca. Dirección General de Sanidad. 1950 (327).

Figura 120. Inauguración de Instituto Provincial de Sanidad de Bilbao (327).

Figura 121. Institutos Provinciales de Sanidad y Centros Secundarios de Higiene Rural en el año 1950 (327).

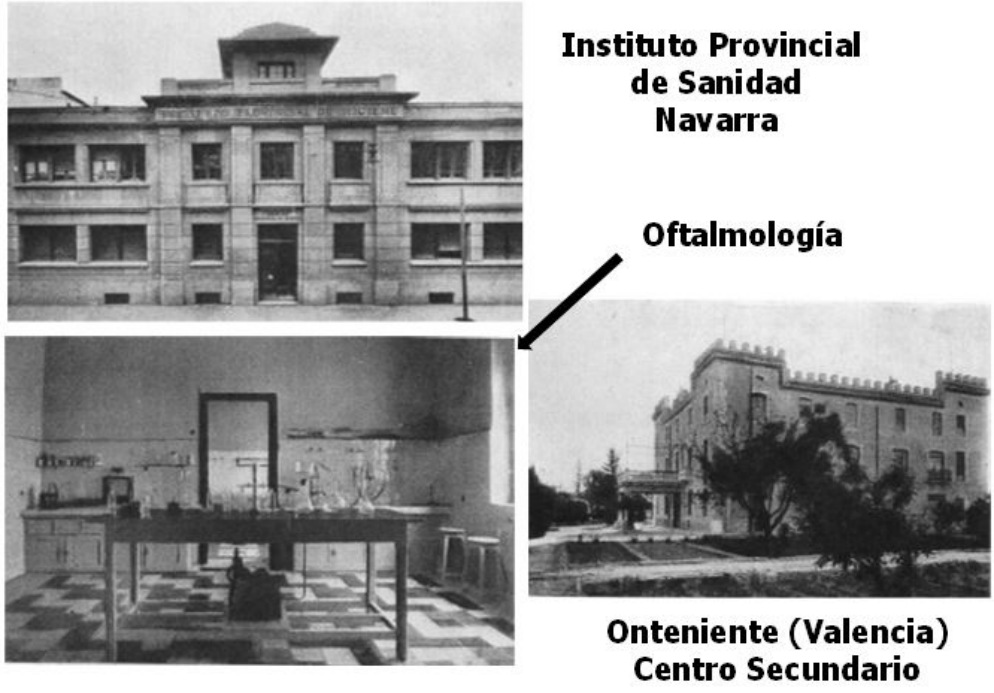


Figura 122. Varias fotografías de Centros Secundarios de Higiene inaugurados durante el año 1950 (327).

Endemias y epidemias en el año 1951. Medicamenta. Madrid 1951 (328).

Palanca comienza diciendo que no se sabía si un país está bien desde el punto de vista sanitario sin haber visto con anterioridad sus estadísticas sanitarias. La buena situación sanitaria dependerá siempre de la asistencia médica junto con el resto de los factores que integren la gobernación del Estado. Cerca de los sanitarios existían otra serie de grupos que colaboraban estrechamente para que el país funcionara y para ello pone de

ejemplos: los arquitectos con la construcción de viviendas saneadas, los ingenieros con la construcción de caminos, los agricultores con el buen labrado de los campos, los centros industriales y los administradores del Estado. Las últimas endemias y epidemias ocurridas en España durante los años 1940 y 1941, fueron una conclusión de los problemas en los años de abastecimiento y transporte de alimentos. Presenta las cifras absolutas del número de defunciones ocurridas desde el año 1940 a 1951. En el gráfico 33 se puede apreciar como disminuye el número de ellas a lo largo de los diez años anteriores.

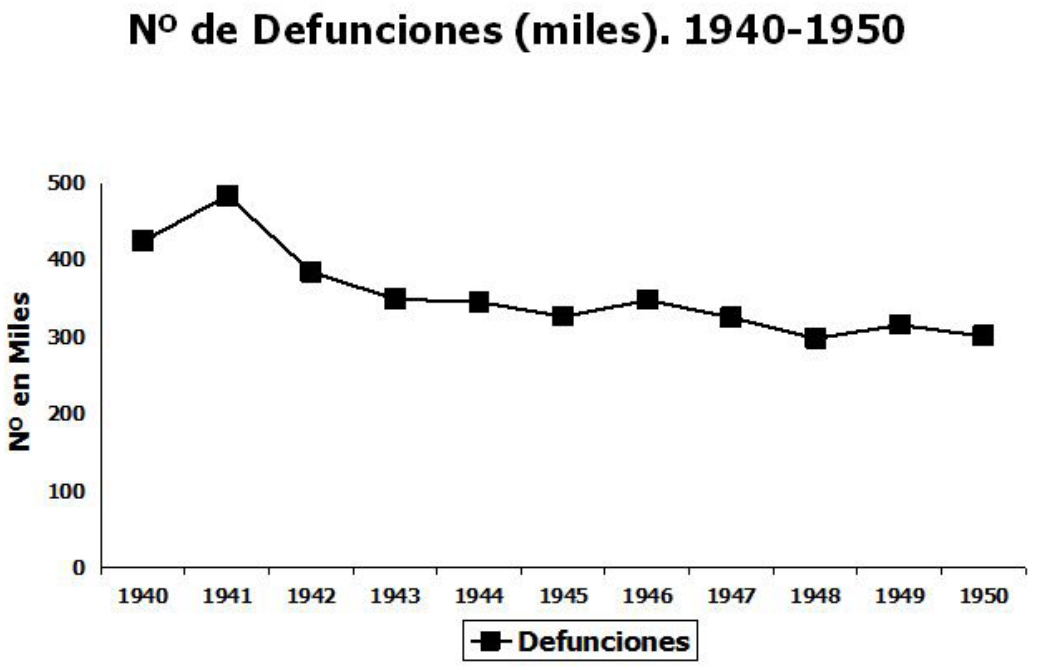


Gráfico 33. Número de defunciones (miles) registradas en España desde los años 1940 a 1950 (328).

Epidemias y endemias ocurridas:

Gripe. La difusión de esta epidemia fue muy parecida a las anteriormente padecidas, con un mayor impacto en las ciudades debido a las aglomeraciones de la población en las mismas. Se aisló el virus responsable de la epidemia y se fabricó la vacuna correspondiente. Palanca recomienda "vivir alerta" para estar pendientes de los sucesos y se puedan evitar la trascendencia de los mismos.

Fiebre Tifoidea. En los años anteriores a esta publicación hubo cinco años de sequía en el territorio nacional. Se pensó que este fenómeno traería graves consecuencias ya que la población como medio de abastecimiento buscaría aguas, que muchas de ellas no tendrían controles sanitarios y a raíz de ello aparecerían epidemias de fiebre tifoidea. No fue así, pues en cuanto se iniciaron las lluvias aparecieron una serie de brotes de esta enfermedad. Se rehabilitaron las viejas teorías de los epidemiólogos antecesores que achacaban la responsabilidad de las propagaciones de las epidemias hídricas al suelo. Se llegó a la conclusión de que existía una correlación de funciones entre el agua, el suelo y los microorganismos patógenos. Estos a través de las capas de agua freática recorrían y llegaban con posterioridad a contaminar el abastecimiento público. Las epidemias de fiebre tifoidea ocurridas durante el año 1950 y las medidas que se utilizaron para su control se describen en la tabla 96.

Tabla 96. Epidemias de fiebre tifoidea ocurridas durante el año 1950; causas, características y medidas que se utilizaron para su control (328).

Ciudad del foco	Mes	Nº Casos	Observaciones de la epidemia
Moncada (Barcelona)	Julio	94	Niños o adolescentes. Causas: contaminación de un pozo. Medidas: cloración agua, vacunación y tratamiento de los enfermos con cloromicetina.
Jaén	Julio	100	Causas: contaminación de dos fuentes de abastecimiento. Medidas: clausura de las fuentes, vacunación y tratamiento de afectados.
Olazagutia (Navarra)	Agosto	115	Jóvenes. Causas: contaminación de las conducciones de agua. Medidas: limpieza de conducciones, tratamiento afectados y del agua con hipoclorito sódico.
Espera (Cádiz)	Octubre	40	Un pozo de agua contaminado. Medidas: descontaminación del pozo y tratamiento de afectados.
X	Julio	34	Causas: contaminación de la fuente de abastecimiento. Medidas: prohibición de la venta de leche, tratamiento afectados, control del agua y vacunación de la población.
Málaga	Enero	2.943	152 defunciones (5,16%). Causas: contaminación de las aguas a través de las conducciones defectuosas. Medidas: aislamiento de enfermos, vacunación a 201.160 personas e implantación de tres estaciones de depuración de agua.

Tuberculosis. Durante el año 1950 murieron en España por causa de la tuberculosis 5.000 enfermos menos que en el año anterior (tabla 97). Las causas de esta disminución, se relacionaron con: empleo de nuevos fármacos, uso de nuevas técnicas quirúrgicas y el aumento de camas sanatoriales.

Tabla 97. Porcentaje de afectados y número de defunciones por tuberculosis durante los años 1949 y 1950 (328).

Año	%/100.000	Nº defunciones
1949	93,7	25.000
1950	78,3	20.000

Tifus exantemático. Durante el año ocurrieron pocos brotes de debidos a esta enfermedad y los servicios epidemiológicos funcionaron correctamente en el control de los mismos.

Poliomielitis. Se presentaron algunos casos (94 enfermos), durante el verano, pero muchos menos y más benignos que el año anterior. Durante el verano se inauguró un pabellón dedicado a esta enfermedad dentro del hospital del Niño Jesús en Madrid.

Conclusiones. Año pobre en epidemias con bajísima mortalidad. Uso de cloromicetina en el tratamiento de los enfermos con fiebre tifoidea. Los fármacos y las medidas que se utilizaron para el control de las enfermedades infecciosas supusieron un alto coste, lo que conllevó una gran campaña en la prensa en contra de la DGS.

Palanca hace este comentario final para señalar una vez más la triste condición de los sanitarios. Considera que el año del que habla fue un triunfo desde el punto de vista sanitario, pero fue con carácter negativo ya que: la mortalidad descendió, no hubo apenas grandes epidemias. En cambio lo que se les imputó fue el alto coste de los medicamentos. Palanca finaliza diciendo: "*La tarea de bajar el precio de las especialidades farmacéuticas no es, ciertamente empresa fácil; pero el día en que se decida emprender*

en serio esta tarea, quizás lo más eficaz sea dedicar más divisas a la adquisición de las materias químicas que entran en su composición al mismo tiempo que, se acabe con la funesta costumbre de conceder permisos de importación a personas que nada tienen que ver con la fabricación de especialidades y que se erigen en intermediarios, con grandes márgenes comerciales".

Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1952. Prólogo de José Alberto Palanca. Dirección General de Sanidad. 1952 (329).

Palanca presenta en esta Memoria su plan de mejora realizado durante el último decenio, lo que redundó en el descenso tanto en la mortalidad general como en la mortalidad infantil. En esta Memoria se presenta un organigrama de cómo era la dependencia funcional de trabajo en la DGS en aquella época (Figura 124).

Estadísticas sanitarias. Se realizaron estadísticas sanitarias con publicación de boletines semanales con estadísticas de morbilidad y mortalidad de capitales de provincia. Se registraron todas las defunciones y las EDOs. Se presenta un ejemplo de cómo se publicaba la estadística en la Memoria del año 1952, en cuanto al número de nacimientos vivos, número de nacidos muertos, fallecidos con menos de un año, fallecimientos por otras causas, como era el censo de la población en 1951, nacidos vivos, nacidos muertos por 100 nacimientos de todas clases y fallecidos de un año por mil nacidos vivos. Por cada una de las provincias españolas durante el año 1952. Los datos consignados fueron obtenidos de las comunicaciones semanales de las Jefaturas Provinciales de Sanidad.

En la figura 123 se representan en el mapa de España cómo estaban organizados los Institutos Provinciales de Sanidad y Centro Secundarios de Higiene Rural en diciembre de 1952, dependientes de la DGS en 1952.

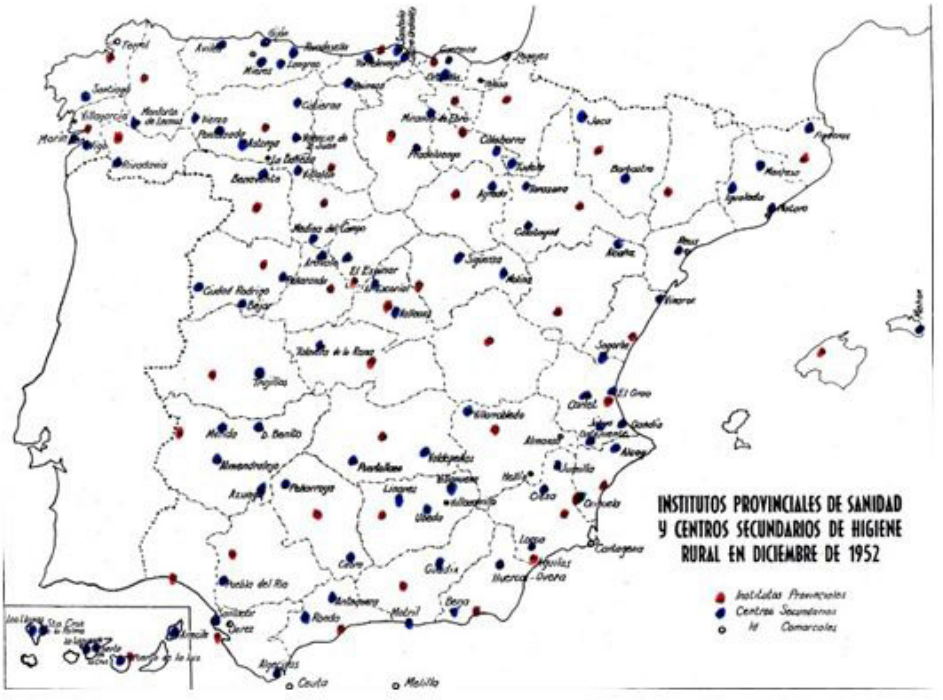


Figura 123. Mapa de España Institutos Provinciales de Sanidad y Centro Secundarios de Higiene Rural en diciembre de 1952, dependientes de la DGS en 1952 (329).

En el anexo 8, en la figura 138, está representado el Organigrama de cómo era la organización sanitaria en España al final del mandato de Palanca en el año 1952.

El Año Sanitario. Medicamenta. Madrid. 1953 (330).

El año 1952 transcurrió dentro de los planes por la DGS trazados anteriormente. Se abrieron nuevos servicios al público, se utilizaron nuevos medicamentos. Las reflexiones que hace el autor son las siguientes:

Nuevos servicios. Se realizó la apertura de nuevos sanatorios antituberculosos en Santander y Tarrasa, se construyeron 350 casas para médicos, Institutos de Higiene y Centros de Sanidad Rural.

Institutos Provinciales de Sanidad. Se inauguró un Instituto en Córdoba con un fotoseriador sobre un chasis automóvil.

Centros Secundarios. Se inauguró un Centro Secundario en Tolosa, en Salamanca, otro en Almería etc.

Las epidemias del año. Se produjeron varios focos de fiebre tifoidea de origen hídrico que se pueden ver más desarrollados en la tabla 98.

Tabla 98. Focos de epidémicos de fiebre tifoidea ocurridos durante el año 1952 (330).

Focos epidémicos	Número de casos
Fiebre tifoidea	
Carretera de Ávila	Pequeño y limitado
Villafranca de Oria (Guipúzcoa)	35
Langreo (Asturias)	65
Bornos (Cádiz)	33
Tebra (Guadalajara)	27. Res ovina enferma
Salamanca	> 100 Interrupción en la cloración de las aguas
Gripe	
País (España)	> 40.000 casos semanales y 40 defunciones
Tifus exantemático	
Alcañiz (Teruel)	1
Albuñol (Granada)	5
Huelva	4 (1 defunción, 25%)
Escarlatina	
Santiago de Compostela	48 (1 defunción, 2,08%)
Triquinosis	
Madrid	27
Peñacaballero (Salamanca)	12
Viguera (Logroño)	14
Leptospirosis y anquilomatosis	
Valencia, Delta del Ebro y Castellón	No datos
Poliomielitis	
Andalucía	1.123 (79 defunciones, 7,34%), 90% niños < de 15 años

Reflexiones sanitarias. Uno de los problemas que más afectó a la DGS fue el de los "*interinos de APD*" y los problemas derivados de ello en los pueblos. La DGS redactó un reglamento para solventar esto.

Reglamento de Sanidad. Al fin se logró confeccionar este Reglamento.

Medicamentos caros. En este apartado el autor habla de los aspectos de los medicamentos de alto precio y las luchas realizadas durante el año desde la DGS para su control: la compra del opio en el extranjero, los antibióticos.

Asistencia sanitaria. Palanca habla del "atasco económico" en que se veían sumergidos todos los países, relacionado con el alto coste de la asistencia sanitaria y posibles soluciones a este problema.

Nuevos medicamentos contra la tuberculosis. En este apartado el autor se refiere al Salvarsán en el tratamiento de la tuberculosis, su coste y su uso. Las nuevas drogas aunque supusieron un gran esfuerzo económico y cambiaron el aspecto de los centros.

Situación económica de la Lucha Antituberculosa. En la tabla 99 se pueden apreciar las aportaciones dedicadas a la Lucha Antituberculosa en España desde el año 1940 a 1952.

Tabla 99. Aportaciones dedicadas a la Lucha Antituberculosa en España desde 1949 a 1952 (330).

Año	Aportación en pesetas
1940	15.000.000
1941-1942	30.000.000
1943	40.000.000
1944-1945	49.500.000
1946-1947	57.000.000
1948	77.000.000
1949	83.000.000
1950	93.000.000
1951	127.000.000
1952	143.500.000
TOTAL	**715.000.000**

Palanca se pregunta hasta dónde llegaría el gasto relacionado con esta enfermedad ya que en aquel momento quedaban todavía muchos centros por abrir. Señala la necesidad de coordinar todos los organismos para que la colaboración entre ellos los mismos no supusiera un coste añadido. Plantea como objetivo para el año 1953 el inicio de una campaña de perfección de la educación sanitaria al pueblo español con el apoyo del Ministerio de Educación y de la OMS.

El Año Sanitario. Medicamenta. Madrid. 1954 (331).

Se celebró en el mes de marzo de 1953 en Londres, un Congreso de Educación Sanitaria. La OMS determinó que fueran dos representantes españoles, fueron enviados uno desde el Ministerio de Educación Nacional (director general de Enseñanza Primaria) y otro desde la DGS (Dr. Julio Bravo).

Conclusiones. era necesario que en todos los países del mundo los sectores de la Educación de Sanidad trabajaran unidos en todos los centros de enseñanza. Inglaterra y España ya lo estaban haciendo con anterioridad. En España se decidió colaborar en los Institutos laborales, asignando un médico o un sanitario especialista en Higiene, asignándoles las misiones siguientes: vigilar la red del alumnado e instruir a los alumnos en cuestiones fundamentales de Higiene. Para esto se confeccionó un programa de veintiún lecciones y con posterioridad se editó un libro de texto gratuito publicado desde la DGS.

Mortalidad y epidemias. No hubo diferencias con respecto al año anterior. Se presentaron pocos focos epidémicos sin mucha importancia. El primer lugar de estos focos epi-

démicos lo ocupó la fiebre tifoidea, siempre de origen hídrico. Los casos se trataron con cloromicetina. Se presentaron muchos casos de triquinosis en relación con matanzas clandestinas. No llegó hasta ese momento la gran invasión de poliomielitis que estaban esperando. Posteriormente el autor hace unos breves comentarios acerca del tracoma.

Balnearios. El mundo entero estaba en decadencia en relación con el uso de los balnearios, la profusión de los buenos hoteles y los nuevos medicamentos restaban clientela a los mismos. Solo se salvaban aquellos balnearios cuyas aguas eran verdaderamente eficientes. El autor recomienda en este apartado la necesidad de una profunda remodelación en aquellos que eran más útiles en terapéutica.

Obras sanitarias. Se siguieron construyendo centros sanitarios e Institutos de Higiene. Palanca señala la necesidad de una buena administración de los centros. Ya se habían construido más de mil casas para médicos rurales, que el autor consideraba como pequeños centros sanitarios de gran eficacia. Se inauguraron los sanatorios de El Ferrol del Caudillo, Huesca y San Sebastián. La fotoseriación se iba extendiendo a través de varias provincias y ya el Patronato Nacional Antituberculoso disponía de varios instalados.

Congresos y Comisiones en el extranjero. Se celebró en Madrid en octubre de 1953 el Congreso Internacional de la Lepra, al que asistieron 47 países diferentes. Los participantes pudieron visitar las leproserías y los preventorios infantiles para poder evaluar el funcionamiento de los mismos.

Reglamento de Sanidad Municipal. Finalmente se aprobó el Reglamento de Sanidad Municipal en las Cortes con las nuevas asignaciones de los médicos locales. El Seguro de Enfermedad se iba inclinando cada vez más hacia la coordinación asistencial.

Precio de medicamentos. La industria químico-farmacéutica tendría que modificar muy a fondo sus métodos y sus especialidades para no encontrarse en un futuro próximo en una situación difícil. Lo verdaderamente urgente sería disminuir el altísimo número de especialidades que había en el mercado. Desde el mes de marzo del año anterior ya no se realizaban importaciones de penicilina en España, aún se importaban materias primas y disolventes, pero se estudiaban métodos para reducir estas importaciones. Las naves donde se fabricaría la estreptomicina estaban ya muy avanzadas.

Auxiliares sanitarios. A últimos de noviembre se aprobó en el Consejo de Ministros, el Título de Ayudante o Auxiliar Sanitario, que agrupaba los Practicantes, Enfermeras y Matronas.

El futuro. Era imprescindible la ampliación o la creación de uno mayor del Centro de Hematología, ya que cada vez se utilizaba más la sangre como terapéutica. Palanca se propone en un futuro próximo la ayuda a la Lucha contra el Cáncer con su base en el Instituto del Cáncer de Madrid. Finaliza la intervención hablando sobre el impacto cada vez mayor de los accidentes de tráfico y la necesidad de hacer campañas de prevención de los mismos. Se planteaban la realización de un Servicio de Asistencia a los heridos, a los coches averiados y a la prevención.

Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1954. Prólogo de José Alberto Palanca. Dirección General de Sanidad. 1954 (332).

Palanca comenta en el prólogo que la dirección general de Enseñanza Laboral emprendería, con la colaboración de la DGS, la labor de divulgar conocimientos de Higiene y Sani-

dad entre los alumnos de los Institutos Laborales. A lo largo de este libro se presenta un índice de materias que recibieron los alumnos de estos Institutos.

El año Sanitario. Medicamenta. 1955 (333).
Palanca habla a lo largo de esta intervención de la evaluación de varios hechos acaecidos durante el año 1953.

Epidemias. Se presentaron casos de fiebre tifoidea, enfermedad convertida en endemia mansa y poco activa. La triquinosis dejó en España 3.000 enfermos relacionados todos ellos con matanzas descontroladas y clandestinas. La poliomielitis se presentó con casos sueltos. El paludismo siguió descendiendo en aquel año supuso 5.000 casos y la lepra continuó sin suponer un problema

Mortalidad. La mortalidad general fue del 9,9/1.000 habitantes. la mortalidad infantil siguió bajando hasta 54/1.000 habitantes.

Obras sanitarias. Ya en aquel año comenzó a bajar la "fiebre constructiva". En la provincia de Soria se inauguraron 70 viviendas para médicos rurales con sus Servicios Sanitarios correspondientes elementales.

Reglamento de Sanidad Municipal. Se realizaron comisiones para resolver los concursos de traslado, no por escalafón, sino por servicios prestados.

Mancomunidades sanitarias e Instituciones de Sanidad. Existía el peligro de que los Institutos pudieran quedar congelados, al no poder aumentar sus presupuestos de que disponían el año anterior. Se puso en marcha el Instituto de enfermedades cardiovasculares en Barcelona, reumatismo y epilepsia.

Antibióticos y especialidades farmacéuticas. Tras varios debates políticos y profesionales, la discusión se centró en si se debía conceder la exclusiva a la penicilina y más tarde a la estreptomicina a las dos fábricas españolas o si se debía autorizar el envase y vender a otras entidades que no las fabricaran. Para la DGS el tema estaba claro, hacía falta una penicilina buena y barata, eran partidarios de la libertad de precios porque ello llevaría a la fabricación de productos de calidad y a la fijación de un precio justo.

Asuntos profesionales. Los problemas profesionales entre las diferentes clases; médicos, practicantes, farmacéuticos y veterinarios ponían de relieve las características de la coyuntura económica que afectaba a todos ellos.

Cuestiones internacionales. Las organizaciones internacionales decidieron conceder durante el año anterior alguna ayuda aunque inferior a la que se precisaba. Se concedieron 90.000 dólares destinados a la Lucha Antitracomatosa, a la sífilis y al auxilio de niños prematuros.

Congresos médicos. Se realizaron en España cuatro Congresos médicos: dos nacionales (Psiquiatría y Veterinaria) y dos internacionales (tuberculosis e hidatidosis). En estas reuniones se presentaron nuevos fármacos, nuevos tratamientos quirúrgicos y nuevos métodos de radiodiagnóstico que sin duda mejorarían en un futuro próximo el tratamiento de estas enfermedades.

Ley de Asistencia Psiquiátrica. Fue presentada en las Cortes Españolas y publicada en el BOE, la Ley de Asistencia Psiquiátrica. Se estableció la organización psiquiátrica provincial con los siguientes escalones: Junta Provincial con el carácter de asesoría e inspección, dispensarios de Higiene Mental, Clínicas Neuropsiquiátricas, Manicomios Provinciales, colonias para psicópatas, epilépticos, toxicómanos etc.

Enfermedades cardiovasculares. Se creó el Instituto Nacional de Cardiología en Madrid y comenzó su funcionamiento el Instituto de Barcelona dedicado a las enfermedades cardiovasculares.

El futuro. Finaliza hablando de dos problemas muy difíciles de resolver, pero que se tendrían que solucionar en un futuro próximo: la situación de la clase médica en lo referido al terreno profesional y remunerativo y el segundo problema era el relacionado con la ordenación de la asistencia hospitalaria. Era imprescindible una coordinación entre los diferentes hospitales.

El año Sanitario. Medicamenta. 1956 (334).

Las principales sucesos ocurridos durante el año 1955 fueron los siguientes:

Epidemias y mortalidad. La mortalidad en España durante el año 1955, no descendió, se estabilizó en la cifra del 9,2/1.000 habitantes. En cuanto a la mortalidad infantil sufrió un descenso de 54/1.000 a 48/1.000 habitantes. Las epidemias acaecidas fueron afortunadamente muy pequeñas, sin la parición de casos de viruela ni tifus exantemático. En cuanto al paludismo hubo 2.000 declaraciones de paludismo relacionados con embalses de agua descontrolados desde el punto de vista sanitario. Se declararon 1.000 casos de poliomielitis.

En una conferencia celebrada en Ann-Arbor -Estado de Michigan, EE.UU.-, en el mes de abril, se presentaron los resultados de un ensayo de la vacuna de la poliomielitis en los EE.UU. realizado durante el curso 1954. Este ensayo estaba integrado por tres tipos de virus diferentes. Los resultados de este ensayo eran la vacunación de Salk a 422.743 niños y 1.400.000 controles. A los pocos días de aquello, se hicieron públicos determinados accidentes que sucedieron en los EE.UU. y se suspendió el programa de vacunación. Este suceso fue muy lamentable ya que se perdió la fe en los Servicios Sanitarios lo que produjo en la población una gran desconfianza. En los meses siguientes a este suceso, la situación se aclaró y en algunos países europeos se reemprendieron las campañas de vacunación.

En cuanto a la situación de la tuberculosis las defunciones por esta causa en la tuberculosis pulmonar fue de 11.000 enfermos, la tasa iba en descenso poco a poco, pero era necesario seguir abriendo sanatorios con especial atención a estos pacientes en el sur de España, en donde la endemia era más acuciante. Si se pretendía ganar la batalla al bacilo de Koch, se tendrían que corregir algunos defectos, perfeccionar los servicios en funcionamiento, intensar el reconocimiento de la población mediante radiodiagnóstico e ingreso a los enfermos susceptibles.

Obras sanitarias. Durante el año anterior se realizó la apertura de varios sanatorios, Institutos Provinciales de Sanidad y Centros sanitarios con maternidades.

Cuestiones rurales. En este apartado Palanca trata los problemas internos de los médicos APD y los problemas que creaba la instauración de la Asociación de este colectivo.

Mancomunidades e Institutos Provinciales. Estas instituciones continuaban en una muy precaria situación económica y un porvenir incierto.

Problemas farmacéuticos. Relata tres grandes problemas en este apartado: la limitación del número de farmacias, los descuentos comerciales y los antibióticos. Presenta a continuación una serie de soluciones que bajo su punto de vista se podrían aplicar

para disminuir el precio de los medicamentos: 1. Prescindir de las especialidades -no era viable-. 2. Soportar que el gasto recayera sobre los enfermos -el peligro era la repercusión que esto tendría en la economía doméstica- 3. Que el Estado o cualquier otro organismo se hiciera responsable de suministrar o fabricar estos productos 4. Reducir el número de las especialidades nacionales -se habían reducido ya de 40.000 a 10.000-, lo que hacía el control más factible.

Practicantes, enfermeras y matronas. Continuaban las divergencias entre estos colectivos con especial atención entre practicantes y enfermeras por problemas de las administraciones de las inyecciones. Palanca pensaba que el gran defecto dentro de estos colectivos de los auxiliares sanitarios estribaba en que estaban pagados insuficientemente y que si en vez de presentar querellas se dedicasen a aunar esfuerzos ambos colectivos conseguirían muchas más ventajas.

Veterinarios. Los colegios de Veterinarios serían muy bien recibidos en el seno de la Sanidad, lo que llevaría a evitar interferencias con otros sectores.

Cuestiones sanitarias internacionales. La OMS se reunió aquel año en Méjico. En esa reunión se presentó la Ciudad Universitaria inaugurada y el programa de erradicación del paludismo en Méjico. La OMS dedicó sus sesiones a cuestiones administrativas y al planteamiento principal de la erradicación del paludismo en el mundo entero. Se discutió el tema de la vacuna Salk y se aumentó el presupuesto a 10.000.000 de dólares.

Cuestiones sanitarias nacionales. En España hubo gran actividad internacional, hubo visitas de personalidades ilustres. Se concedieron numerosas becas por parte de la OMS para la realización de estancias en el extranjero: los doctores Pérez Gallardo, Gay Prieto, Nájera, Velázquez, Lozano, Bosch Marín, Bravo etc. Se firmó un acuerdo con la UNICEF para la concesión de ayudas para la prevención de la sífilis, el tracoma y el auxilio a niños prematuros. En la Escuela Nacional de Sanidad se realizó el Curso de Métodos de Laboratorio en las enfermedades producidas por virus y Rickettsias.

Congresos diversos. Se realizó una reglamentación para la acreditación de los congresos por parte de la DGS. Se realizó en Madrid la IV Reunión de Sanitarios Españoles, que se traduciría en la modificación de los Servicios Sanitarios españoles. El colectivo de matronas se reunió en conjunto con el de los tocólogos. Se enviaron representantes al Congreso de Paris donde se trataron temas como las conservas alimenticias y se pusieron de manifiesto los grandes progresos realizados en esta rama de la industria que afectaba a la preparación y condimentación, envase y conservación para su consumo.

Diversas manifestaciones sanitarias. Se empezó a estudiar el problema de las radiaciones producidas por los Rayos X y el radio en las aplicaciones médicas. Finalmente, la ley de Asistencia Psiquiátrica se aprobó en las Cortes españolas.

Orientaciones para el futuro. Finaliza insistiendo en la necesaria unificación de los servicios sanitarios, la asistencia a los accidentes de tráfico y en un organismo que coordinase la asistencia hospitalaria en todos sus aspectos.

El año Sanitario. Medicamenta. 1957 (335).

Mortalidad natalidad y epidemias. Las tasas correspondientes al año 1955 fueron: 20,44/1.000 habitantes de natalidad, 9,28/1.000 habitantes de mortalidad y las tasas del año 1956: 20,76/1.000 habitantes y 9,78/1.000 habitantes respectivamente. En

cuanto a la aparición de epidemias aparecieron focos de fiebre tifoidea con una muy reducida mortalidad. El paludismo seguía en franca retirada con 3.001 casos denunciados en el año 1955 y 1.047 en el año 1956. Persistían tres focos activos de paludismo: uno en el pantano de Borbollón (Cáceres), en el pantano de Cijara y otro en Huelva. En cuanto a la poliomielitis, durante el año 1957 se declararon 1.087 casos y poco a poco iba aumentando el número de casos. En España no se había comenzado la campaña de vacunación por falta de vacunas. En el mes de abril, el Dr. Kaproswski dio una conferencia en España sobre las nuevas técnicas de preparación de vacunas.

Tuberculosis. La mortalidad por esta causa continuaba en descenso. Aunque esta enfermedad estaba considerada como EDO, muchos de los facultativos no la declaraban. Se comenzaba a disminuir el número de camas sanatoriales para estos pacientes debido a la reducción del número de casos, aunque durante el año anterior se abrieron varios sanatorios en: Linares, Puerto Real, Burgos y Zaragoza y a su vez se cerraron otros por problemas de funcionamiento y además porque se consideraron innecesarios.

Lepra. El año 1956 supuso 3.101 casos de lepra y 16.635 convivientes. Se realizaron cursos de perfeccionamiento Leprológico en las leproserías de Trillo y Fontilles y la creación de un equipo móvil en Orense. Se establecieron cursos para adaptación al trabajo de los enfermos afectados donde se impartían enseñanzas agrícolas y aviaria, talleres de encuadernación, carpintería, electricidad, zapatería, herrería etc.., estas enseñanzas permitirían posteriormente a los pacientes su reintegración a la vida social.

Sífilis. Se declararon 2.847 enfermos con Chancros primarios en los 95 dispensarios oficiales existentes. La sífilis estaba en aumento en España, la causa para algunos sectores era que no se estaban utilizando las cantidades suficientes de penicilina y que se abandonaba el tratamiento –por parte de los afectados- antes de lo debido. Otros pensaban que se hacían tratamientos insuficientes por el miedo a la represión policiaca. Seguramente las dos causas influían en el aumento del número de casos.

Contratos con la UNICEF. Durante el año anterior se trabajó en conjunto con la UNICEF y la OMS en cuatro aspectos de la Sanidad:

- Prevención de la sífilis. Se realizaron exámenes sistemáticos y tratamientos a embarazadas y recién nacidos. Para ello se establecieron dos laboratorios uno en Madrid y otro en Sevilla.
- Disminución de la mortalidad en niños prematuros. Se establecieron cuatro estaciones pilotos para recién nacidos en Madrid, Bilbao, Barcelona y Valencia.
- Lucha contra el tracoma. Se eligieron las provincias de Almería y Granada, donde existían más casos de esta enfermedad para poner en marcha un tratamiento a los pacientes con terramicina y aureomicina.
- Centrales lecheras. Se estableció el control sanitario de las centrales lecheras.
- Nueva propuesta en la recuperación de inválidos principalmente en niños. Se creó una propuesta de creación de un Patronato específico.

Obras sanitarias diversas. Se inauguraron cientos de casas para médicos rurales. Varios Institutos Provinciales de Sanidad y el Instituto Cardiológico de Madrid empezaba a dar sus primeros pasos en la hospitalización. El Instituto de Oncología se iba perfeccionando. Se inauguraron varios hospitales rurales, una maternidad en León y se amplió el Instituto Provincial de Sanidad en Valencia.

Defensa contra la energía atómica. Se organizó un curso a modo de ensayo para el control de las radiaciones, para ello la DGS adquirió los aparatos necesarios y el Ministerio del Ejército suministró las láminas y películas para realizar las sesiones docentes. Se publicó una cartilla de divulgación. Se pusieron en marcha dos iniciativas: la elaboración de un reglamento del empleo de los rayos X y del radio, protección de aparataje, técnica y tiempo de exposición para prevención de accidentes.

Congresos. Se realizaron los siguientes congresos durante el año 1956: Medicina Interna en Madrid, Alergia en Barcelona, Simposio de poliomielitis en Bolonia, Reunión de la OMS en Ginebra y en Venezuela el primer Congreso Nacional.

Asuntos profesionales médicos. Palanca denuncia el problema del exceso de médicos e insiste en la necesidad de control del número de matrículas en las universidades. Habla de los farmacéuticos y la Asamblea celebrada en la que se trató el tema de la limitación del número de farmacias y de la creación de una dirección general de Farmacia.

Ordenación hospitalaria. En este apartado el autor aboga por la creación de un Consejo Superior de Hospitales, que se encargase de ordenar la asistencia hospitalaria y pusiese de acuerdo a todos los hospitales entre sí con el objetivo de aunar esfuerzos y disminuir costes.

Veterinaria. Ocurrieron durante el año anterior dos hechos importantes: una epidemia de más de 100 casos de triquinosis en Almodóvar del Campo (Ciudad Real), relacionada con la ingestión de productos clandestinos por el sacrificio de animales descontrolados desde el punto de vista sanitario. El otro hecho fue la inauguración en el Puerto de Tarragona de la primera estación de depuración de mejillones para evitar el rechazo de la exportación de los mismos a otros países.

Tabla 100. Evolución de los nacimientos, defunciones y el saldo migratorio estimado en periodos decenales del siglo XX en España (335).

Período	Nacimientos	Defunciones	Saldo migratorio	Tasa Bruta de Natalidad	Tasa Bruta de Mortalidad	Tasa de Migración Neta
1901-10	6.712.989	4.809.136	-526.618	34,77	24,91	-2,73
1911-20	6.252.512	4.825.435	-32.679	30,22	23,32	-0,16
1921-30	6.639.229	4.265.102	-86.219	29,46	18,93	-0,38
1931-40	6.028.289	4.231.597	540.561	24,26	17,03	2,18
1941-50	5.855.913	3.507.369	-245.237	21,64	12,96	-0,91
1951-60	6.152.507	2.804.476	-882.622	20,96	9,56	-3,01
1961-70	6.706.600	2.801.466	-532.224	20,78	8,68	-1,65
1971-80	6.608.099	3.013.989	192.075	18,43	8,41	0,54
1981-90	4.535.119	3.099.796	256.059	11,75	8,03	0,66
1991-00	3.317.541	3.066.372	814.680	8,3	7,67	2,04

Resumen. Durante el año España sucedió una verdadera revolución sanitaria en materia de asistencia, uso de medicamentos y medios de diagnóstico. Había llegado el momento de que todos estos adelantos sanitarios influyeran en una nueva organización sanitaria, que acabase con el malestar de las clases sanitarias y también de los enfermos.

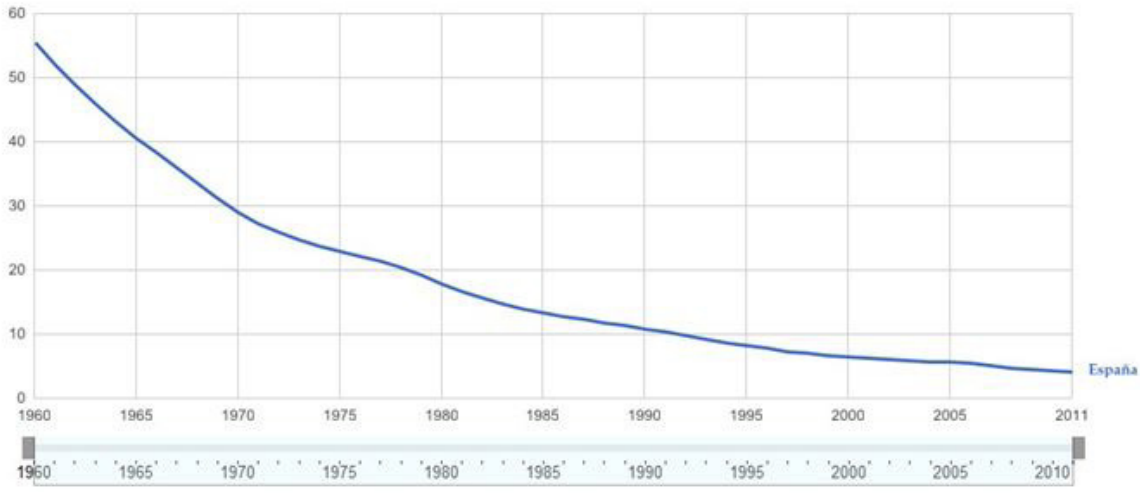
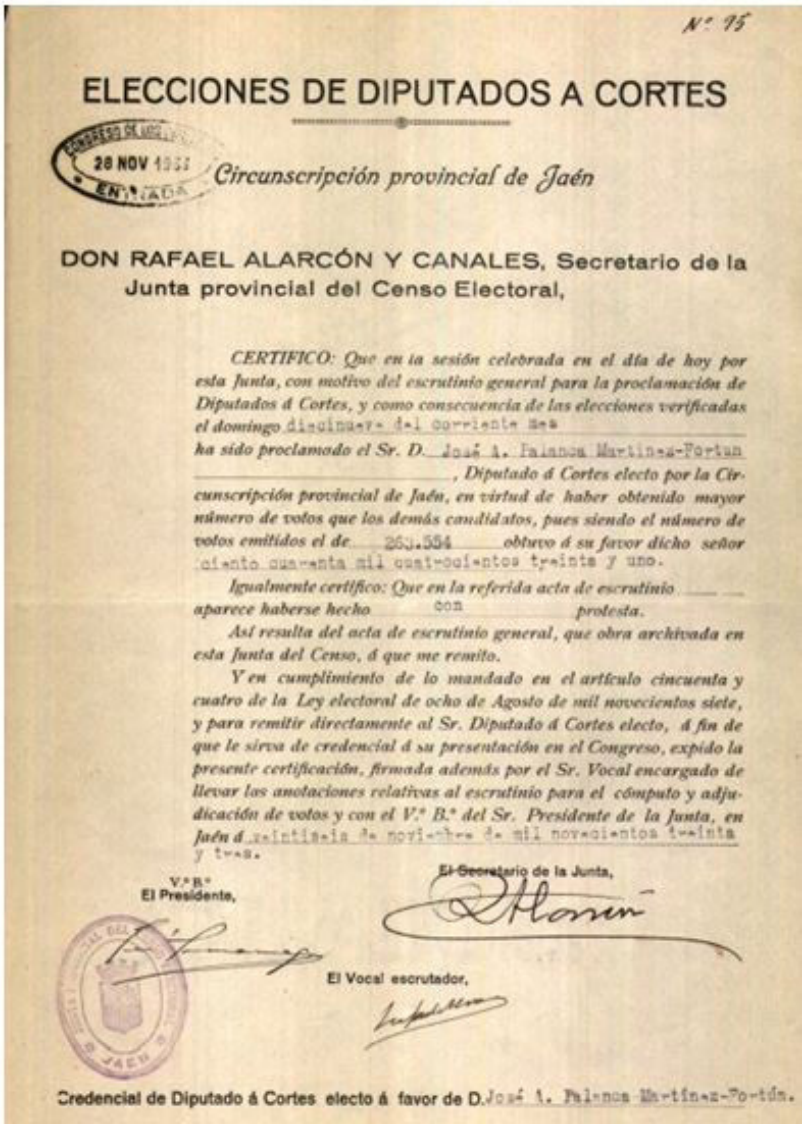


Gráfico 34. Tasa de Mortalidad Infantil española desde los años 1960 a 2011 (337).

LEYES APROBADAS POR JOSÉ ALBERTO PALANCA MARTÍNEZ-FORTÚN DURANTE SU MANDATO EN EL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Relación de elecciones en las que José Alberto Palanca, fue Diputado (18).

Figura 124. Logotipo del Congreso de los Diputados de España (18).



Nº 95

ELECCIONES DE DIPUTADOS A CORTES

28 NOV 1933 ENTRADA

Circunscripción provincial de Jaén

DON RAFAEL ALARCÓN Y CANALES, Secretario de la Junta provincial del Censo Electoral,

CERTIFICO: Que en la sesión celebrada en el día de hoy por esta Junta, con motivo del escrutinio general para la proclamación de Diputados á Cortes, y como consecuencia de las elecciones verificadas el domingo diecinueve del corriente mes *ha sido proclamado el Sr. D.* José A. Palanca Martínez-Fortún *, Diputado á Cortes electo por la Circunscripción provincial de Jaén, en virtud de haber obtenido mayor número de votos que los demás candidatos, pues siendo el número de votos emitidos el de* 260.554 *obtuvo á su favor dicho señor* ciento cuarenta mil cuatrocientos treinta y uno.

Igualmente certifico: Que en la referida acta de escrutinio aparece haberse hecho con *protesta.*

Así resulta del acta de escrutinio general, que obra archivada en esta Junta del Censo, á que me remito.

Y en cumplimiento de lo mandado en el artículo cincuenta y cuatro de la Ley electoral de ocho de Agosto de mil novecientos siete, y para remitir directamente al Sr. Diputado á Cortes electo, á fin de que le sirva de credencial á su presentación en el Congreso, expido la presente certificación, firmada además por el Sr. Vocal encargado de llevar las anotaciones relativas al escrutinio para el cómputo y adjudicación de votos y con el V.º B.º del Sr. Presidente de la Junta, en Jaén á veintiseis de noviembre de mil novecientos treinta y tres.

El Secretario de la Junta,

V.º B.º El Presidente,

El Vocal escrutador,

Credencial de Diputado á Cortes electo á favor de D. José A. Palanca Martínez-Fortún.

Figura 125. Acta del Congreso de los Diputados de España, donde se le nombró por primera vez diputado a José Alberto Palanca Martínez-Fortún. 23 de noviembre de 1933 (18).

Ley de bases de Sanidad Nacional. España Dirección General de Sanidad. 1944 (19).

Palanca pronuncia este discurso ante Las Cortes Españolas, el 22 de noviembre de 1944, para defender el Dictamen de la Comisión de Gobernación sobre el Proyecto de Ley de Bases de Sanidad Nacional. Comienza diciendo que la Comisión de Gobernación, a través de su conducto, tenía el honor de someter a la consideración y en su caso el acuerdo de las Cortes Españolas, el dictamen referente al proyecto de Ley de Bases de Sanidad Nacional. Divide las enmiendas en tres grandes grupos; las que representan modificaciones, aclaraciones y correcciones de la casi totalidad de la ley. Un segundo grupo de enmiendas destinadas a deslindar las atribuciones que correspondían al Ministerio de la Gobernación en materia sanitaria. Por último un tercer grupo de enmiendas también muy numeroso, que regía las aspiraciones profesionales; unas propiamente sanitarias, de médicos, farmacéuticos, veterinarios ingenieros y arquitectos y otras profesionales ajenas.

El problema del cáncer era tan acuciante en España en los años cuarenta que este justificaba la creación de una sección de Oncología dentro del Consejo de Sanidad, con un Consejero especialmente dedicado al estudio de esta patología.

Uno de los aspectos que más se discutieron fue la incorporación de la Escuela Nacional de Sanidad a la Universidad. Palanca no lo presentó como una innovación, ya que fue una iniciativa del Gobierno del general Primo de Rivera durante el año 1926. Se trataba de realizar cambios en su estructura, darle una fuerza mayor, mas vigor y ponerla en relación con los nuevos acontecimientos que supondrían una modificación de los antiguas ideas. Todo esto significaría que trabajo e investigación tendrían que trabajar en colaboración y bajo los auspicios del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Esta forma de colaboración sería muy importante en el futuro para la Sanidad, ya que la DGS manejaba las epidemias, y era preciso hermanar las aportaciones de Sanidad junto con las del CSIC.

Uno de los temas a tratar en la Comisión era la lucha no solo contra la tuberculosis, sino contra las enfermedades producidas por el trabajo y que se agrupaban con el nombre de "neumoconicosis", en colaboración estrecha con el Ministerio del Trabajo. También se trató el capítulo de enfermedades dedicadas a la lucha contra el reumatismo y enfermedades del corazón, que unidas a las del corazón, eran las que más bajas producían en el pueblo español.

Una de las Bases que se discutieron a fondo fue la concerniente a la regulación de los servicios farmacéuticos; las condiciones que debían reunir las oficinas de farmacia, las inspecciones de las fábricas de productos farmacéuticos etc.. El Movimiento Nacional acusó desde los primeros instantes, una gran preocupación por la reorganización sanitaria. La Fiscalía de la Vivienda y el Patronato de la Lucha Antituberculosa fueron creaciones de la postguerra, terminada la guerra se fueron creando nuevas disposiciones organizando el Cuerpo Nacional de Sanidad, la Lucha Antituberculosa y la Sanidad Maternal y la Infantil. Surgieron nuevos organismos como las Escuelas de Instructoras Sanitarias, las Escuelas de Puericultura, el Instituto de Hematología, las Leproserías nacionales y otros organismos. Los Servicios Sanitarios alcanzaron tal extensión e influyeron de tal forma en España que no solo justificaron, sino exigieron la existencia de una Ley de Sanidad que unificara todos los servicios, reconociera las Instituciones, las costumbres sanitarias y encajara los avances sanitarios futuros.

Cuando Palanca terminó su discurso el ministro de la Gobernación D. Blas Pérez González comenzó el suyo diciendo, que la única Ley de Sanidad con que España contaba entonces databa de 1855, ya era vieja de casi un siglo de antigüedad. La mayor parte de sus preceptos carecían de aplicabilidad útil, con lo que el Gobierno recurrió a publicar una nueva Ley acechados por una epidemia que se cernía sobre el país vecino y se llegó a publicar el 12 de enero de 1904, que se llamó Instrucción General de Sanidad, que supuso un gran avance en materia sanitaria. Con posterioridad se dictaron disposiciones parciales y así se llegaron a regir en 1925, los Reglamentos de los Estatutos municipales y provinciales para ordenar los tóxicos y los estupefacientes y finalmente la ley de Coordinación Sanitaria el 11 de julio de 1935.

El Movimiento Nacional sintió desde el primer momento una gran preocupación por la reorganización sanitaria. La Fiscalía de la Vivienda y el Patronato de la Lucha Antituberculosa fueron instituídos del tiempo de la Guerra Civil y al final de esta se crearon:

el Cuerpo Nacional de Sanidad, la Lucha Antituberculosa, Sanidad Materno-Infantil, Escuelas de Instructoras Sanitarias, Escuela de Puericultura, Instituto de Hematología, leproserías Nacionales, etc. Los Servicios Sanitarios alcanzaron tal extensión que exigieron, la existencia de una Ley de Sanidad que unificara todos los servicios, para asegurar la continuidad y armonía de los esfuerzos sanitarios estatales, provinciales, municipales y privados para evitar gastos inútiles. Se trataba de mantener una jefatura de Sanidad única en cada provincia. El proyecto de Ley atendía a los progresos de la época en cuanto a los relativos a la Higiene, a la alimentación, Higiene mental y seguro social.

El ministro se preguntaba: "*¿Cuáles habían sido los principales obstáculos para que la Ley de Sanidad hubiera tenido que esperar tanto para poder ser modificada*?". La contestación fue que en ella intervinieron muchos factores y muy complejos. La Sanidad se intercomunicaba con varios Ministerios; Justicia, Asuntos Exteriores, Trabajo, Agricultura, Gobernación, Industria, Ejército, Educación etc.. El grave obstáculo con que chocaba la Sanidad era con el de las competencias ministeriales y el gran problema de las fronteras profesionales; médicos, veterinarios, farmacéuticos y las no estrictamente profesionales que auxiliaban a la Sanidad.

El Ministro comentó en su discurso que la Ley de Bases no era obra de un solo hombre, sino de muchos de ellos de la máxima solvencia profesional, persiguiendo una tutela jurídica perfectamente coordinada con la situación sanitaria de los años cuarenta. Igualmente la ley perseguía elevar la cultura sanitaria.

En el Anexo 1, se resumen someramente los distintos apartados de los que constó la Ley de Bases de Sanidad de 1944.

Ley de 14 de abril de 1955 creando el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica: Precedida del discurso ante las Cortes Españolas, por el Director General de Sanidad D. José A. Palanca y Martínez-Fortún. Dirección General de Sanidad. 1955 (338).

El 22 de noviembre de 1944, las Cortes Españolas aprobaron la Ley de Sanidad, en cuyas Bases figuraba la Higiene Mental; sin embargo esta no se llegó a desarrollar hasta el año 1955. El mal estado sanitario del país obligaba a solucionar otros problemas más urgentes, que perjudicaban a nuestros ciudadanos. Durante esta publicación se exponían las causas por las que no se pudo desarrollar esta Base. Se objetivó como urgente el comienzo de la campaña contra la viruela y el tifus exantemático, y en año 1955, ya se habían controlado ambas epidemias. Se redujo a 48.25/1.000 habitantes la tasa de mortalidad infantil, que diezmaba la población infantil cada año. Se redujo el número de enfermos palúdicos, de los 500.000 casos en la década de los cuarenta que se consiguió descender a 4.300 enfermos. La lepra estaba en aquel momento en fase de curación y la tuberculosis que mataba a 25.000 españoles al año, en el año 1954 solo murieron 12.000 pacientes. En conclusión la mortalidad española se quedó reducida a 9.2/1.000 habitantes, cifras semejantes a otros países del entorno.

Las causas de esta situación sanitaria fueron: rapidez de avances científicos, ya que se descubrió la fotoseriación, las reacciones biológicas que permitían diagnosticar la sífilis temprana, aumento del valor de las nuevas drogas en el tratamiento (anestésicos, sulfamidas, hidracinas y antibióticos). Las nuevas técnicas quirúrgicas permitían a los

cirujanos entrar en cavidades antes vetadas y finalmente los insecticidas acabaron con las enfermedades transmitidas por los insectos. Todo lo anteriormente expuesto no hubiera sido posible sin una organización sanitaria adecuada, con personal competente, con una superioridad que proporcionara recursos económicos y un suministro constante de estímulos a los sanitarios.

Las circunstancias por las que no se había desarrollado la Base XV (Higiene Mental) fue la oscuridad en la génesis y el desarrollo de las enfermedades mentales. Los avances en el campo de la Psiquiatría eran escasos y en cambio en el año 1955, la situación había cambiado, el número de pacientes psiquiátricos iba en aumento y nuestros hospitales psiquiátricos albergaban a 32.000 enfermos, pero el número podría acercarse al medio millón.

Palanca se formula la siguiente pregunta: "*¿Cuáles fueron las causas del retroceso en nuestro sistema manicomial*?". Por una parte la desamortización y por otra las guerras civiles del siglo XIX llevaron a una situación de caos y para salir de él no bastó la fundación del Manicomio de Leganés en 1850. Los avances psiquiátricos acaecidos durante los años anteriores hacían ver este problema con más confianza en futuro.

Se instauraron los tratamientos a los enfermos con corrientes eléctricas sobre el cerebro que tenía resultados sorprendentes especialmente en la esquizofrenia y en las psicosis maniaco-depresivas, el uso de nuevas drogas como narcóticos o insulina. En el caso del alcoholismo se utilizaron métodos de intimidación psicológica, técnicas quirúrgicas como la lobotomía. En cuanto al uso de otras técnicas, se comenzaron a utilizar técnicas como la laborterapia que mejoraría la adaptación social. Con todos estos métodos descritos el objetivo era reducir el ingreso en los manicomios hasta un 40% si se empleaban estas técnicas desde una edad temprana.

Origen y desarrollo del proyecto. El Ministro de la Gobernación estableció un periodo de tiempo para la preparación del proyecto tras reunir a los psiquiatras y pedir su colaboración. El proyecto tenía dos finalidades: prevenir las enfermedades mentales y asistir a sus enfermos. Se establecieron tres tipos de establecimientos: unos preventivos, otros de asistencia y otros terceros de tipo mixto; las clínicas neuropsiquiátricas.

El dispensario de Higiene Mental tenía la misión de promover la acción sanitaria hasta la familia, tendría en su plantilla, un internista, un especialista y un pediatra. Su misión sería el estudio de las relaciones familiares, el estudio del ambiente y para corregir los comportamientos. El proyecto también preveía el establecimiento de colonias para psicópatas, toxicómanos y niños anormales. La coordinación entre los grupos que intervinieron, para la realización de la Ley fue realizada por el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, presidida por el Ministro de la Gobernación. Los objetivos del proyecto de esta ley, eran: modernizar la asistencia psiquiátrica, prevenir las enfermedades mentales, ayudar a los profesionales encargados de la asistencia mental, Inspección de los centros, proporción de la propaganda, coordinar a los participantes de las obras de remodelación de los hospitales psiquiátricos, preparar al personal técnico y auxiliar y estudiar las reformas legislativas necesarias en el futuro (anexo 2).

HOJA DE SERVICIOS

Hoja de Servicios de José Alberto Palanca Martínez-Fortún. Ejército de Tierra de Sanidad Militar (23).

Cuerpos y situaciones a los que perteneció desde su entrada en el servicio (23).

- José Alberto Palanca ingresó en la Academia Médico Militar desde el 30 de septiembre de 1907, hasta el 30 de junio de 1908. Pasó a la primera compañía de la Brigada de Tropas de Sanidad Militar hasta final de enero de 1909. Pasó al hospital de Carabanchel un par de meses y más adelante hasta enero de 1918 estuvo en la Clínica de Urgencias de Madrid.
- Estuvo en el hospital de Carabanchel como jefe de laboratorio de análisis, hasta final del mes de septiembre de 1921.
- Obtuvo la cátedra de Higiene y bacteriología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla en octubre de 1922.
- Instituto de Higiene Municipal desde 1926, hasta final de junio de 1929 en que fue destinado a la Academia de Sanidad Militar y estuvo allí hasta julio de 1931, en que fue retirado de forma extraordinaria.
- El 13 de marzo de 1929, fue elegido Académico de Número en la RANM.
- El 23 de septiembre de 1936 se incorporó al Ejército del Norte, hasta final de junio de 1937.
- Jefe superior de Sanidad Civil a las órdenes del gobernador general del Estado Español hasta final del mes de febrero de 1938.
- Jefe del servicio nacional de Sanidad con carácter accidental hasta final del mes de agosto de 1938.
- Jefe del servicio nacional de Sanidad hasta final del mes de abril de 1941.
- Disponible forzoso y director general de Sanidad, hasta final de octubre de 1948.
- Jefe de los servicios de Sanidad de la 4ª Región Militar, hasta fin de junio de 1950.
- Jefe de los Servicios de Sanidad de la 1ª Región Militar, hasta fin de junio de 1951.
- Jefe de los servicios de Sanidad del Ejército, hasta fin de junio de 1955.

- Al servicio de otros Ministerios hasta finales de abril de 1956, en situación de reserva, hasta el 7 de noviembre de 1973.

Tabla 101. José Alberto Palanca. Fechas, empleos y grados obtenidos en el Ejército (23).

Fecha	Empleos y grados que obtenidos
30-09-1907	Oficial Médico alumno de la Academia Médico Militar por oposición.
30-06-1908	Médico segundo de Sanidad Militar por promoción.
01-06-1911	Médico primero del Cuerpo de Sanidad Militar por antigüedad.
29-06-1918	Capitán médico por cambio de denominación.
26-06-1921	Comandante médico de Sanidad Militar por antigüedad.
01-08-1931	Comandante médico de Sanidad Militar retirado extraordinario.
23-09-1936	Comandante médico incorporado al movimiento.
22-02-1941	Comandante médico en activo por reingreso.
01-04-1941	Coronel médico por antigüedad.
13-10-1948	Inspector médico de 2ªclase por elección.
22-06-1951	Inspector médico de 1ªclase por elección

Servicios, vicisitudes, guarniciones, campañas y acciones de guerra (23).

Tabla 102. Servicios, vicisitudes, guarniciones, campañas y acciones de guerra (23).

Años	Servicios, vicisitudes, guarniciones, campañas y acciones de guerra
1907	1º de noviembre prestó juramento de fidelidad ante el Regimiento de Infantería de Asturias nº31 y allí cursó sus estudios.
1908	El 30 de junio ingresó en el Cuerpo de Sanidad Militar con el empleo de Médico Segundo, destinado a la primera compañía de la primera Brigada de Tropas de Sanidad Militar, haciéndose cargo de la Clínica de Urgencia de Madrid. En este destino se le concedió la Cruz de Primera Clase de Mérito Militar con Distintivo Blanco.
1909	En el mes de enero, cesó de la Clínica de Urgencia de Madrid, pasando al hospital Militar de Madrid de Carabanchel el 5 de marzo, hasta el 29 de julio donde fue destinado al Servicio de Ambulancias de Montaña de la 1ª División expedicionaria en Málaga. El 5 de agosto embarcó en el Vapor "Isla de Luzón" con rumbo a Melilla. Llegó a Melilla el día 6 y desde ese día estuvo acampado en el lugar asignado para la Ambulancia, en las inmediaciones de la caseta de tiro, hasta el día 24 de ese mes, en que con la mitad de su sección salió formando parte de la 1ª Brigada de la 1ª División, para Zoco-El-Arbaa, acampando en dicho punto la mañana del 26 al 31, asistiendo al combate de Arhemann. El 4 de septiembre formó parte del reconocimiento sobre Muhey Ali el Xerif, el día 6 concurrió a la toma del poblado Mayen-Mon-Brahin, regresando el 7 a Muhey Ali el Xerif, hasta el 9 que asistió a la marcha sobre la Kalila de Cherauit y Zoco el Jemis. El día 9 se incorporó a la Ambulancia en Zoco El Arbáa, habiendo rectificado durante estas operaciones varias curas y transportado al Zoco el Arbáa todos los heridos. El día 20 condujo un convoy de enfermos a la Restinga. El día 24 con toda la sección afecta a la 1ª Brigada, salió para los Pozos de Agraf. El 25 asistió a la toma de Jahuima y ocupación de las huertas y poblado de Nador. El 27 concurrió a la marcha sobre Delman y toma de Alcarata. El día 30 atendió con gran actividad a la curación de los heridos en la batalla del Zoco El Jemis. El 1 de octubre asistió a la conducción de los heridos del día anterior. Los días 12 y 14 condujo convoyes de heridos y enfermos, el 17 tomó parte del reconocimiento ofensivo sobre el Collado de Atlaten y defensa del campamento, no pudiendo regresar a Nador hasta el día 23 a causa de un temporal. El día 26 salió con toda su sección para Melilla acampando en las inmediaciones de Cabrerizas, hasta el 6 de noviembre que formando parte su sección de la brigada que mandaba el Infante D. Carlos de Borbón asistió a la ocupación de Hidum y regresó al campamento de Cabrerizas. El 26 de diciembre embarcó con toda la Ambulancia, en el vapor correo "Menorquín", que llegó a Málaga el 27 y salió inmediatamente para Madrid.

1910	Le fue concedida la Cruz de 1ª Clase del Mérito Militar con Distintivo Rojo, en recompensa por las operaciones realizadas en el territorio de Quedama, destinado en la Ambulancia de Montaña nº1 y otra 1ª Clase del Mérito Militar con Distintivo Rojo pensionada en recompensa por los méritos en el ataque y ocupación de Jahsmina y Nador. En abril se le concedió otra medalla 1ª Clase del Mérito Militar con Distintivo Rojo en reconocimiento por su labor durante los días 12 y 17 de octubre 1909 en la defensa del campamento de Nador y una Mención Honorífica por su comportamiento y méritos. El 20 de mayo fue destinado al hospital militar de Alhucemas.
1911	Fue promocionado al empleo de médico primero en propuesta de ascenso por antigüedad y destinado a la Primera Región, según comunicación del Exmo. capitán general de Melilla. El comandante militar de la Plaza de Alhucemas, presenta su satisfacción por la operación que realizó Palanca en la persona de una mora extirpándole un quiste de ovario junto con el primer director del establecimiento, lo que fue muy favorable a los intereses españoles y contribuyó eficazmente a la penetración pacifista de nuestra nación en aquellas comarcas tanto tiempo apartadas de los beneficios de la civilización y el progreso, y así se hizo constar para conocimiento y satisfacción de los interesados. El 11 de febrero se presentó en la Plaza de Madrid para el servicio de Eventualidades y el 24 se hizo cargo interinamente por orden del jefe de Sanidad Militar de la asistencia de las dependencias de Artillería cubriendo una enfermedad de un médico. El 27 de marzo fue destinado al Batallón de Baradores de Madrid nº 2 de la guarnición de Alcalá de Henares hasta el 20 de septiembre, en que fue trasladado al Batallón de Ferrocarril donde quedó en guarnición hasta finalizar el año.
1912	Fue designado para asistir a un curso práctico de Bacteriología y Análisis, en el Instituto de Higiene Militar. En junio se le concedió el Grado de Doctor en medicina y Cirugía por la Universidad de Madrid.
1913	Fue destinado al Instituto de Higiene Militar, como auxiliar de laboratorio de Análisis Higiénicos. Se le concedió la gratificación de 600 pesetas anuales. El 17 de marzo y por oposición fue nombrado por el Ministerio de Instrucción Pública, profesor Auxiliar del quinto grupo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago de Compostela de Galicia.
1914	Se le concede la gratificación máxima de 1.500 pesetas anuales. Se le destinó al Escuadrón Cazadores de Tenerife nº5 de Santa Cruz de Tenerife, donde se incorporó el 20 de septiembre. En este destino le fueron concedidos dos meses de licencia por enfermedad y marchó a Villanueva del Arzobispo (Jaén) y posteriormente a Tarragona.
1915	Fue destinado al hospital militar de Madrid-Carabanchel, como jefe de laboratorio de análisis donde se incorporó el 21 de marzo, donde ascendió a Médico Mayor por antigüedad. El 22 de abril se remitió al Consejo Supremo de Guerra y Marina, el acta de inscripción de matrimonio celebrado con Dª Trinidad Bueno Bueno, el día 1º de enero en Villanueva del Arzobispo (Jaén) y el capitán general de la 1ª Región en oficio del 22 de mayo trasladó escrito de dicho alto centro en el que se dice quedaron archivadas en el mismo la expresada acta de matrimonio.
1918	Fue ascendido a capitán Médico.
1920	El 28 de julio por orden del Exmo. Capitán general de la Región y del Sr. director del Instituto, formó parte de una Comisión, con el fin de estudiar en el hospital de Madrid-Carabanchel, los casos que se presentaron de encefalitis letárgica ocurrida en dicho nosocomio y proponer las medidas profilácticas. Para esto Palanca verificó las autopsias correspondientes, practicando los análisis histopatológicos y las reacciones de laboratorio oportunas, hasta el 5 de agosto en que emitió el informe la citada Comisión y quedó posteriormente disuelta. El 3 de septiembre fue nombrado para otra Comisión para el estudio del paludismo en la zona del Protectorado de África, durante el periodo comprendido entre el 30 de junio de 1918 y el 3 de febrero de 1920. Emprendió la marcha el 20 de octubre, visitó los territorios objeto de estudio; Larache, Ceuta, Tetuán y Melilla, hasta el 7 de diciembre en que regresó a su destino.

1921	El 1 de junio se le concedió la Cruz de Primera Clase del Mérito Militar con Distintivo Blanco y Pasador de Industria Militar. El 6 de septiembre pasó a formar parte de la Comisión de los Servicios de Higiene de la Zona Oriental del Protectorado, quedando encargado de los trabajos de laboratorio referidos a Epidemiología y colaborando en los saneamientos de los campamentos y posiciones y realizando trabajos antipalúdicos. El 1 de octubre marchó destacado a Nador, el día 4 se incorporó a Melilla. El día 14, se unió a la ocupación de Tetuán y realizó importantísimos trabajos de saneamiento de la posición y poblado de gran número de cadáveres humanos y animales. Realizó análisis de más de 200 personas atacadas de paludismo en el Regimiento de Infantería de Toledo. Desde el 27 de octubre al 8 de noviembre ocupó la plaza de interino de Jefatura de Servicio Higiene en Marruecos y emprendió su marcha a Tetuán.
1922	Fue comisionado en Tetuán para estudiar la profilaxis palúdica. El 7 de febrero se reincorporó a su plaza del hospital militar de Madrid-Carabanchel. El 12 de agosto fue ascendido a comandante y destinado al Instituto de Higiene Militar como encargado jefe de la Enseñanza Técnica de la especialidad de Análisis.
1923	Paso a supernumerario en la capitanía general de la 2ª Región.
1926	Se le autorizó a residir durante seis meses en los Estados Unidos de América, por haber sido pensionado por la Fundación Rockefeller, para realizar estudios de los problemas modernos de la Higiene, Bacteriología y la organización sanitaria general y muy particularmente en el Ejército. En el mes de diciembre fue destinado al Instituto de Higiene Militar.
1927	Destinado al Instituto de Higiene Militar como jefe de servicio de los laboratorios de Análisis Clínicos. Se le concedió la Orden Civil de la Beneficencia con Distintivo Blanco y Morado. Se le concedió el Premio de Efectividad por un quinquenio.
1928	Tuvo a su cargo la enseñanza técnicos del curso de ampliación de estudios de capitanes médicos. Se le autorizó para vivir en Italia durante seis semanas como delegado del Ministerio de la Gobernación para representar a España en la vista que la Sociedad de las Naciones realizaba en varios puntos. Aceptó una invitación realizada por el Ministro de Negocios extranjeros de la Gran Bretaña, para que una delegación española en representación del Gobierno, asistiera al Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militar, que se realizó en mayo de 1929, confiriéndole por tal motivo una comisión de trece días.
1929	Asistió al Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militar en el mes de mayo. Concursó a una plaza de profesor de la asignatura de Higiene Militar, obteniendo la plaza con brillantez.
1930	Fue nombrado director general de Sanidad Civil y profesor de la Academia de Higiene Militar.
1931	Desempeñó el cargo de director general de Sanidad Civil y profesor de la Academia de Higiene Militar, hasta que se dispuso a cesar el 25 de abril, incorporándose en su destino en plantilla. Pasó a la situación de retirado con fijación de su residencia en Madrid y disponiendo su causa de baja en julio.
1932	Retirado extraordinario del Ejército.
1933	Retirado extraordinario del Ejército.
1934	Retirado extraordinario del Ejército.
1935	Retirado extraordinario del Ejército.
1936	En su anterior situación en zona no liberada en la villa de Deva (Guipúzcoa), hasta el 23 de septiembre en que fue liberada Deva. Se presentó a las tropas Nacionales el 26 de septiembre, en el Gobernador Militar de San Sebastián y jefe de Sanidad Militar de dicha Plaza, comandante médico Sr. Larrosa. Estuvo sin destino en San Sebastián hasta el 4 de octubre, que por orden telegráfica del Exmo. Sr. general jefe del Ejército del Norte fue destinado a su cuartel general de Valladolid y prestó los servicios propios de su clase y empleo en el citado cuartel general hasta el 2 de noviembre que fue trasladado con dicho organismo a la ciudad de Ávila. Desde esta población visitó diariamente el frente de Madrid, hasta el día 22 de dicho mes en que marchó con el Cuartel General a Talavera de la Reina desde donde atendió a los Servicios Sanitarios que dicho Ejército tenía en Griñón, Leganés y todo el frente de Madrid. El 2 de diciembre regresó a Ávila, donde emprendió de nuevo las visitas sanitarias propias de su cargo por todo el frente del Centro.

1937	El 28 de febrero regresó a Valladolid junto con el Ejército del Norte, realizando frecuentes visitas a los frentes del Norte, desde Vitoria hasta Durango. Fue nombrado Vocal de la Junta Superior Consultiva de Sanidad, que por entonces funcionaba en Salamanca. El 4 de junio cesó en el Ejército del Norte y pasó a prestar sus servicios como jefe Superior de Sanidad Civil a las órdenes del Exmo. Sr. gobernador general del Estado, residente en Valladolid.
1938	Fue nombrado jefe del servicio nacional de Sanidad, dependiente del Ministerio del Interior en Burgos con carácter accidental, hasta el 27 de agosto que por Decreto de S.E. el Jefe del Estado se le adjudicó en propiedad. El 1 de marzo fue nombrado por el Sr. Ministro de Orden Público Jefe de la Columna de Orden Público y Policía.
1941	Reingresó en la escala activa con el empleo de coronel médico y pensión de la Cruz de San Hermenegildo y la Placa de su misma Orden.
1942	Logró la total extinción del tifus exantemático. Logró el traslado de la plaza de catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Sevilla a la Universidad Central de Madrid.
1947	El 2 de enero pasó a la Escuela Superior del Ejército para realizar el Curso de información de generales. Se le autorizó usar sobre el uniforme la Medalla de Oro de la Cruz Roja Española, la Gran Cruz de San Hermenegildo y la Hospitalaria de San Lázaro de Jerusalén.
1948	Se le promovió al empleo de inspector médico de 2ª Clase y se le nombró jefe de Sanidad Militar del Cuerpo del Ejército IV y de los Servicios de Sanidad Militar de la 4ª Región Militar.
1949	Se le concedieron 7.000 pesetas anuales en concepto de quinquenios por llevar 35 años al servicio desde su revista como oficial. Se le concedió la Gran Cruz de la Real y Militar Orden de San Hermenegildo.
1950	Se le nombró jefe de Sanidad Militar del Cuerpo del Ejército I y de los servicios de Sanidad Militar de la 1ª Región Militar.
1951	Se le nombró inspector médico de 1ª Clase y jefe de los servicios de Sanidad Militar.
1952	Se le concedió la Gran Cruz de la Orden del Mérito Militar con Distintivo Blanco.
1955	Pasó al servicio de otros Ministerios.
1956	Pasó a la situación de reserva por haber cumplido la edad reglamentaria.
1973	José Alberto Palanca y Martínez-Fortún falleció el 8 de noviembre en la Plaza de Madrid.

Condecoraciones obtenidas (23).

Tabla 103. Condecoraciones obtenidas por José Alberto Palanca (23).

Año	Condecoraciones obtenidas
1908	Cruz 1ª Clase del Mérito Militar con Distintivo blanco.
1910	Cruz 1ª Clase del Mérito Militar con Distintivo Rojo, en recompensa por sus actuaciones por su comportamiento en las operaciones verificadas en el territorio de Quebdana del 30 de agosto al 11 de septiembre de 1909. Cruz 1ª Clase del Mérito Militar con Distintivo Rojo pensionada, en recompensa a los méritos contraídos en el ataque y ocupación de Tahuima y Nador el 25 de septiembre de 1909 y reconocimiento en la defensa del Campamento de Nador y reconocimiento en la dirección del Collado de Atlaten. Mención honorífica por su distinguido comportamiento en la defensa de los campamentos de Nador el 18 y 19 de octubre de 1909. La Medalla del Puente Sampayor como comprendido según Diploma del 1º de enero de 1910.
1921	Cruz 1ª Clase del Mérito Militar con Distintivo Blanco y Pasador de “Industria Militar”. 1 de junio.
1923	Medalla de catedrático.
1927	Gran Cruz de la Beneficencia con Distintivo Morado y Blanco.
1941	Pensión de la Cruz de San Hermenegildo y la Placa de San Hermenegildo, según Orden del 11 de noviembre de 1941.
1945	Gran Cruz de la Orden Civil de Sanidad.
1947	Fue autorizado para utilizar sobre el uniforme, la Medalla de Oro de la Cruz Roja Española y la Gran Cruz de la Orden Militar y Hospitalaria de San Lázaro de Jerusalén.
1949	Gran Cruz de la Real y Militar Orden de San Hermenegildo.
1952	Gran Cruz de la Orden del Mérito Militar con Distintivo Blanco.
1954	Imposición de la Medalla de la “Encomienda” en la Habana (Cuba).

NOTAS NECROLÓGICAS

Notas Necrológicas

El Dr. Palanca falleció después de una larga enfermedad el 8 de noviembre de 1973.
Sesión Necrológica en la Real Academia Nacional de Medina, realizada el 11 de diciembre de 1973, siendo Presidente de la Real Academia, el profesor D. Manuel Bermejillo (339).

Durante la sesión necrológica intervienen una serie de compañeros de Palanca que expresan su opinión acerca de él.

Profesor Bermejillo. El profesor Bermejillo hizo un resumen de la vida del Dr. Palanca a su paso por la Sanidad Pública, y para ello aludió a una frase que él le manifestó en relación con sus cualidades como hombre político: "*Pues resulta verdad, he vivido y siento la actuación política*". Bermejillo lo enjuició en el grupo de los buenos políticos.

Profesor Torres Gost. El profesor Torres Gost destacó tres hechos de su relación con Palanca a lo largo de su vida profesional, ya que los tres se relacionaban con la gran preocupación con el terreno económico que tenía Palanca. La primera fue con la epidemia del tifus exantemático, le encargó que terminara con el brote de tifus exantemático y para ello le proporcionó viarias parejas de la Guardia Civil. Así lo hizo y lo consiguió, a las veinticuatro horas tenía ropas, jabón y lo necesario para proceder al despiojamiento. La segunda manifestación de pobreza ocurrió de la siguiente forma; tras los resultados obtenidos con el tratamiento de los pacientes afectados de meningitis tuberculosa, con el cual se curaron el 96% de los pacientes, sin secuelas. Tras el examen detenido con Palanca de las historias de los pacientes, surgió la siguiente pregunta ante los enormes gastos que esto suponía, "*¿Cree usted que podemos parar y construir más sanatorios antituberculosos*?" –le preguntó Palanca-. Esta fue una nueva manifestación de un político preocupado por el bienestar del pueblo, supeditando todo a las disponibilidades con que contaba. La tercera; ocurrió durante las obras del Servicio Nacional de Poliomielitis, durante la visita preguntó cuánto era el coste de dichas obras y el arquitecto contestó que llevaban gastadas un millón doscientas mil pesetas, se enfadó muchísimo pero

consiguió el dinero, algo que fue muy útil para los niños con deformaciones afectados por poliomielitis.

Profesor Bosch Marín. El profesor Bosch Marín, hizo una pregunta: "*¿Qué debía el Cuerpo de Médicos de Sanidad Nacional al Dr. Palanca*?". La contestación fue, la supervivencia del cuerpo ya que los vaivenes de la Guerra Civil y de la política después pusieron en trance su desaparición pues contaba con miembros de uno y otro signo político. Bosch Marín aludió durante su discurso al descenso de la mortalidad infantil durante el mandato de Palanca desde un 140/1.000 a un 30/1.000 y en 1973 a un 20/1.000 niños nacidos. Se construyeron 15 Escuelas de Puericultura, se crearon servicios de Maternología y Centros maternales de Urgencia, dispensarios de Higiene Infantil en Institutos Provinciales y Centros Rurales de Higiene, se establecieron contactos con UNICEF, finalmente se creó el Cuerpo de Puericultores y Maternólogos del Estado.

Profesor Piédrola. El profesor Piédrola Gil, resaltó la faceta docente, siendo su primer profesor que puso en práctica nuevos métodos de enseñanza en toda su carrera universitaria; exposición por los alumnos de un tema señalado con antelación, discusión en dinámica de grupo e intervención final suya con papel de coordinador. Consideró a Palanca como un gran didacta, de exposición clara, sencilla y amena, con amplios conocimientos en Higiene, Sanidad y Medicina Social.

Profesor Bullón. El profesor Agustín Bullón, habló de una cualidad de Palanca que no ha sido destacada como es el concepto de compañerismo, en el más puro y estricto sentido de la palabra, ya que tuvo la ocasión de ayudarle a lo largo de su vida en varias ocasiones.

Profesor Matilla. El profesor Matilla, destacó el comportamiento de Palanca durante su larga y penosa enfermedad, manifestando en todo momento una conformidad y tranquilidad de ánimo con la misma.

Revista Profesión Médica. Noviembre 1973 (340).

Profesión Médica

profesió
médi

En este número:

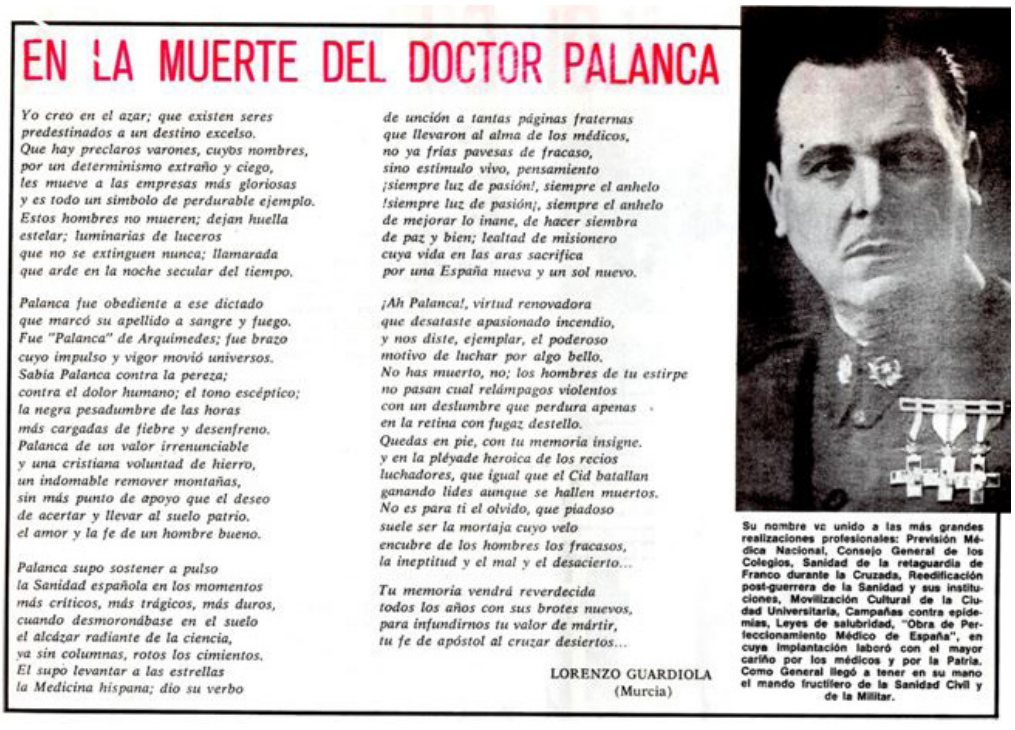
Figura 126. Portada de la Revista Profesión Médica dedicada a artículos de compañeros con recuerdos dedicados al Dr. Palanca (340).

La revista "*Profesión Médica*", con la que tanto colaboró Palanca a lo largo de su vida profesional, tras su fallecimiento dedica un número de la misma, a publicar comentarios con diferentes opiniones de personajes que habían colaborado con Palanca durante su vida laboral y personal.

Dr. Federico Bravo Morate, Director General de Sanidad (341).
Palanca trabajó a marchas forzadas para poder ganar tiempo y por imperativo de las necesidades existentes. Fue; enérgico, inmutable e infatigable. Aprovechó la situación epidemiológica existente en España para conseguir con su hábil gestión, en momentos de una paupérrima situación económica nacional, consignaciones y créditos suficientes para la construcción de una amplia red de Centros Primarios y Secundarios Rurales, dispensarios antituberculosos, Centros de Lucha contra la Lepra, Escuelas y servicios Provinciales de Puericultura y Maternología. El éxito más importante de su mandato fue, el descenso de la mortalidad general e infantil, el aumento de la natalidad y la creación de la Ley de Bases de Sanidad Nacional, para el posterior desarrollo sanitario del país.

Dr. García Orcoyen, Ex Director General de Sanidad, Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, Académico de la Real Academia Nacional de Medicina (342).
Palanca supo servir al país durante un largo periodo, en momentos con graves problemas sanitarios, con escasos medios y con un espíritu de entrega y sacrificio.

Lorenzo Guardiola (Murcia) (343).



EN LA MUERTE DEL DOCTOR PALANCA

Yo creo en el azar; que existen seres
predestinados a un destino excelso.
Que hay preclaros varones, cuyos nombres,
por un determinismo extraño y ciego,
les mueve a las empresas más gloriosas
y es todo un símbolo de perdurable ejemplo.
Estos hombres no mueren; dejan huella
estelar; luminarias de luceros
que no se extinguen nunca; llamarada
que arde en la noche secular del tiempo.

Palanca fue obediente a ese dictado
que marcó su apellido a sangre y fuego.
Fue "Palanca" de Arquímedes; fue brazo
cuyo impulso y vigor movió universos.
Sabía Palanca contra la pereza;
contra el dolor humano; el tono escéptico;
la negra pesadumbre de las horas
más cargadas de fiebre y desenfreno.
Palanca de un valor irrenunciable
y una cristiana voluntad de hierro,
un indomable remover montañas,
sin más punto de apoyo que el deseo
de acertar y llevar al suelo patrio.
el amor y la fe de un hombre bueno.

Palanca supo sostener a pulso
la Sanidad española en los momentos
más críticos, más trágicos, más duros,
cuando desmoronábase en el suelo
el alcázar radiante de la ciencia,
ya sin columnas, rotos los cimientos.
El supo levantar a las estrellas
la Medicina hispana; dio su verbo
de unción a tantas páginas fraternas
que llevaron al alma de los médicos,
no ya frías pavesas de fracaso,
sino estímulo vivo, pensamiento
¡siempre luz de pasión!, siempre el anhelo
!siempre luz de pasión!, siempre el anhelo
de mejorar lo inane, de hacer siembra
de paz y bien; lealtad de misionero
cuya vida en las aras sacrifica
por una España nueva y un sol nuevo.

¡Ah Palanca!, virtud renovadora
que desataste apasionado incendio,
y nos diste, ejemplar, el poderoso
motivo de luchar por algo bello.
No has muerto, no; los hombres de tu estirpe
no pasan cual relámpagos violentos
con un deslumbre que perdura apenas
en la retina con fugaz destello.
Quedas en pie, con tu memoria insigne.
y en la pléyade heroica de los recios
luchadores, que igual que el Cid batallan
ganando lides aunque se hallen muertos.
No es para ti el olvido, que piadoso
suele ser la mortaja cuyo velo
encubre de los hombres los fracasos,
la ineptitud y el mal y el desacierto...

Tu memoria vendrá reverdecida
todos los años con sus brotes nuevos,
para infundirnos tu valor de mártir,
tu fe de apóstol al cruzar desiertos...

LORENZO GUARDIOLA
(Murcia)

Su nombre va unido a las más grandes realizaciones profesionales: Previsión Médica Nacional, Consejo General de los Colegios, Sanidad de la retaguardia de Franco durante la Cruzada, Reedificación post-guerrera de la Sanidad y sus instituciones, Movilización Cultural de la Ciudad Universitaria, Campañas contra epidemias, Leyes de salubridad, "Obra de Perfeccionamiento Médico de España", en cuya implantación laboró con el mayor cariño por los médicos y por la Patria. Como General llegó a tener en su mano el mando fructífero de la Sanidad Civil y de la Militar.

Figura 127. Artículo de la Revista Profesión Médica del Dr. Guardiola (343).

Dr. Enrique Noguera (344).

Palanca comenzó en la "Gaceta Médica" en el año 1926, como Subdirector de la revista, desde su fundación y permaneció en ella hasta su muerte. La casi totalidad de sus trabajos están en la revista. Palanca tuvo en la Gaceta Médica un órgano de expresión de su crítica como polemista temible por su tono incisivo siempre correcto en fondo y forma. Cuando algunos le llamaban "cacique", él respondía: "*Eso me gusta, el cacique es, en todo pueblo civilizado el más inteligente, el que evita que los demás inútiles se mueran de hambre*". Palanca era un espíritu liberal no intransigente, dio muchos pasos a favor de la justicia y en defensa de sus compañeros en situaciones difíciles, era católico sin beatería, político de formidable habilidad, libre de sectarismos, abierto a la cordialidad sin adulaciones, a complacer a cuantos le pidieran algo que él procuraba hacer viable. Vallejo Nájera dijo lo siguiente en una cena de Escritores médicos (Figura 129), delante de él: "*Para conseguir algo de Palanca, es preferible ser enemigo suyo.* -El aludido contestó rápidamente-*; Puede que tengas razón. Porque los amigos, abusando de la confianza me piden cosas imposibles, ideales y hasta inmorales, cosa a la que no se atreven los enemigos, cuyas peticiones son casi siempre razonables*".

Cuando Palanca abandonó su casa de la Plaza de España, -la DGS-, sus colaboradores, sus amigos más que subordinados le hicieron una ovación indescriptible. Por ellos habló toda la Sanidad Nacional.

Figura 128. Cena en el restaurante Lardy con la Sociedad de Escritores Médicos. Enero 1941 (6).

Figura 129. Profesor Palanca 1926, nombrado subdirector de la Gaceta Médica Española, comandante de Sanidad Militar y Auxiliar de Anatomía (344).

Dr. Valentín Matilla. Catedrático de la Universidad Complutense de Madrid. Secretario Perpetuo de la Real Academia Nacional de Medicina (345).

El artículo del profesor Matilla, se tituló: "*Su última lección*". El Dr. Matilla se refirió en su artículo a la enfermedad del Palanca y como fue llevada esta, para ello dijo que su amigo había tenido un gran conocimiento de la vida y de la visión del mundo, estaba dotado de una clara inteligencia y un finísimo sentido crítico. Estaba de vuelta de todo lo que significaba temporalidad, caducidad y moral estoica. Esto explicó su comportamiento ante el dolor y la contrariedad y su aceptación ante la etapa final, la que durante varios años fue minando su fortaleza física, pero que no minó su integridad de espíritu. Esta fue su última lección, personalidad de la Medicina española contemporánea.

Dr. Cordero Soroa. Médico Militar (346).

El Dr. Cordero Soroa conoció a Palanca en el año 1902 en Granada, cuando tenía 14 años. Cordero Soroa narra a lo largo de su artículo varias anécdotas ocurridas en que coincidieron juntos. Termina su artículo diciendo que desempeñó el cargo de director general de Sanidad nombrado por el generalísimo con singular acierto, hasta 1957 en que fue cesado. Durante algún tiempo fue jefe supremo de la Sanidad Militar. Su gestión fue discutida por algunos, pero aceptada por la inmensa mayoría que reconocía en él al hombre austero y honrado, laborioso, capacitado, entusiasta y con especial dotes de mando.

Figura 130. Conferencia del Dr. Cordero Soroa en el dispensario del Dr. Martínez Anido. 1928. De izquierda a derecha; Dres. Gimeno, López Prior, Becares, Cordero Soroa, Palanca, Fernández de la Portilla y Julio Bravo (346).

Profesor Rico-Avello. Director de la Escuela Nacional de Instructores Sanitarios (Madrid) (347).

El Dr. Rico-Avello resaltó la faceta docente de Palanca, diciendo que este planteaba la docencia con un criterio liberal, amplio, abierto y renovador e hizo participar activamente a sus alumnos en coloquios e intervenciones que él moderaba y presidía. Palanca fue el

primero que abordó en el ámbito universitario las enseñanzas de Medicina Social en dos cursos, a través de la Cátedra. Era inteligente y renovador, comprendió hace más de 30 años que la Cátedra de Higiene, Sanidad, Microbiología y Parasitología (anacrónica y amplia en contenidos) tenía que sufrir una reflexiva evolución y lo consiguió en Madrid. Así a través de la disciplina de "Higiene y Sanidad" se pudo mejorar la necesaria formación sanitaria y social de los médicos recién graduados.

GOTA A GOTA

PALANCA Y MURPHINYN

Murphinyn no es un poeta,
no es un vate prodigioso,
es simplemente un maleta
tremendamente ripioso;
pero sus ripios osados
sirvieron al bien común
de médicos fastidiados
por injusticias en un
muro de lamentaciones
que nadie nunca escuchaba
y Murphinyn amparaba
con ripios acusadores.
Los sufridos Titulares
tuvieron en Murphinyn
las defensas singulares
cristalizadas al fin
en aquel también soñado
pero nunca conseguido
de su gran pase al Estado,
y por Palanca obtenido.
Al volar de nuestro suelo
el Ilustre Director
Murphinyn eleva al cielo
su oración y su dolor.
Porque no puede olvidar
cómo Palanca seguía
mi fatal versificar
y, a veces, me lo aplaudía.
Algunas, yo le atacaba
con un ripio sonriente,
pero él siempre lo encajaba
amable y nunca hiriente.
Preguntaba a PROFESION:
—"¿Quién es ese mal poeta
que así se mete conmigo?
—Ese tío es el trompeta
de un regimiento enemigo."
Mas por mucho que inquirió
¡jamás pudo descubrir
el nombre de aquel que osó
en contra de él escribir.
Secreto profesional.
Necesidad del pseudónimo
en la crítica leal
sin presiones, en anónimo.
Hoy Palanca en las alturas
con sorpresa habrá sabido
que las críticas más duras,
mas de intenciones bien puras
se las dedicó un amigo
cuyo nombre aquí no doy
y sigue llorando hoy
la ausencia del ser querido.

MURPHINYN II

Figura 131. Revista Profesión Médica. Palanca y Murphinyn (340).

Dr. Antonio Prieto Lorenzo. Miembro de la Sociedad Española de Escritores Médicos de Madrid (348).

Palanca restauró la Sanidad Nacional quebrantada por la Guerra Civil, ordenando los estamentos en pro de su eficacia y multiplicando sus proyecciones de acuerdo con la situación y las emergencias planteadas. El Dr. Prieto Lorenzo, resumió en esta frase el contenido de su artículo: "*Confiaba poco en todos, incluso en sus inmediatos colaboradores, y el fantasma del recelo flotaba en el ambiente de su esfera inmediata, encerrando los secretos en el fondo del alma, cual si los tratara de ocultar de sí mismo. Vivía, pues, prevenido contra la vehemencia, el entusiasmo, la franqueza. Para él reservarse equivalía a seguridad y entregarse, de riesgo y de pérdida. Llegar puede ser fácil; mantenerse, es siempre difícil, y lo consiguió por espacio de veinte años. Mostrábase refractario al halago servil y a la adulación hipócrita y ¡cuántas veces se reiría, en su intimidad, de estos melifluos viciosos, cuando acudían, a su despacho, en demanda de honores y prebendas. Antes de hablar, con la mirada descubría sus deseos y con aquella su seriedad y sequedad castrenses, enfrenaba la lengua del peticionario*".

"*Que nada es lo que se dice si se escucha y no se atiende*" (Calderón).

Figura 132. José Alberto Palanca. 1970 (345).

Dr. Fernández Turégano. Jefe Provincial de Sanidad de Madrid (349).
El Dr. Turégano resaltó en su artículo el carácter humano y la inclinación a la bondad de la personalidad de Palanca y su extraordinaria inteligencia, cualidades que le llevaron a ocupar los puestos que desempeñó. Nunca el éxito le llevó le impulsó a la represalia ni a la injusticia, sino al perdón y a la transigencia. A los individuos hay que conocerlos en el quehacer y reacciones diarias, y de todo ello, como testigo de excepción podía asegurar que la labor de Palanca no pudo, en ningún momento, ser más amplia y mejor intencionada.

Dr. Luis Contreras Poza. Cuerpo de Sanidad Nacional. Jefe Provincial de Sanidad de Guipúzcoa (350).
El artículo del Dr. Contreras se llamaba: "Rezo ante la tumba de D. José".

"*No queremos juzgar. Cada uno ve las cosas desde su punto de vista… y con su entendimiento, bien limitado siempre, y obscuros y nebulosos, con tinieblas de apasionamiento, sus ojos, muchas veces…… ¡que poco valen los juicios de los hombres¡ No juzguéis sin tamizar vuestro juicio en la oración*".

Dr. Francisco García Miranda. Presidente del Colegio de Médicos de Madrid (340).
El Dr. García Miranda resaltó en su artículo, el esfuerzo que hizo Palanca para la incorporación de los médicos Titulares a los Cuerpos de Médicos Titulares y los facultativos de otras ramas de la Sanidad Rural al Estado. Estos estaban muy mal organizados y peor atendidos por la administración y reclamaban justicia. La creación del SOE que llevó a cabo el Ministerio de Trabajo, fue estudiada y participó en ella Palanca.

Dr. Félix Rodero Jiménez. Secretario de Redacción de "Gaceta Sanitaria Española" (351).
El artículo del Dr. Rodero se llamó: "*Los colaboradores de Palanca en su gran obra sanitaria*". Comenzó su artículo diciendo que ningún generalísimo podía alcanzar sus victorias sin un estado mayor competente, selección de generales, capitanes etc. Que supieran conducir a sus soldados. Así le sucedió a Palanca y su ejército sanitario. Tuvo el acierto de rodearse de colaboradores muy bien preparados, amantes de la Sanidad; Dr. Gerardo

Clavero (director de la Escuela Nacional de Sanidad, representante de España en la OMS y erradicador del Paludismo), el profesor Juan Bosch Marín (Coordinador de la Sanidad infantil, el Dr. Enrique Bardají, Dr. Ubaldo Trujillano (Jefe de los Médicos Titulares), Dr. Víctor Cortezo, Dr. Víctor Lenzano, Dr. Hergueta (Sanitario figura de la Farmacia); Dr. Pedro Carda (Sanitario figura de la Veterinaria); Dr. Gay Prieto y Félix Contreras (Lucha antivenérea y lepra), Julio Bravo (Dermatólogo) etc.

De la selección afortunada de los colaboradores depende el éxito de todo directivo. Palanca supo escoger su gente para poder llegar a realizar una planificación de la organización sanitaria tan eficaz y lo consiguió.

Profesor Ricardo Royo Villanova. Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Académico de la Real Academia Nacional de Medicina (352).
El Dr. Royo Villanova resaltó que Palanca que estuvo toda su vida dedicado de lleno al perfeccionamiento e incremento de la organización sanitaria del país, que durante mucho tiempo llevó con una mente experta y una mano segura. Toda su existencia estuvo volcada a la ciencia y el arte de la Sanidad, con una perfección sorprendente, que hizo de él uno de los sabios y técnico sanitario más importante de la época.

Dr. Julio Bravo. Sociedad Española de Escritores Médicos (353).
El Dr. Bravo admiró a Palanca como jefe y lo quiso como amigo, esta amistad se consolidó y estrechó con los años. Compartieron juntos muchos viajes en los que fueron representantes en la OMS.

Figura 133. Fotografía realizada durante la asistencia del Dr. Palanca al Instituto Carlo Forlanini de Roma (353).

Dr. Francisco Blanco Rodríguez. Cuerpo de Sanidad Nacional (354).
El Dr. Blanco resaltó en su artículo la amplitud de miras de Palanca, era favorable al perdón: "*No toleré venganzas, no permití bajezas, no consentí atropellos, al contrario estimulé la convivencia con los inocentes, víctimas del delito geográfico, y el perdón de los equivocados de la buena fe, que para mí eran tan españoles como yo mismo, abriendo así los brazos a cuantos deseaban seguir trabajando por una España mejor*".

Un Gran estadista de la Sanidad. Dr. Carlos Zurita González-Vidalte. Revista Enfermedades del Tórax. 1973 (355).

El Dr. Zurita comentó en su artículo, que el Dr. Palanca había sido el único español que supo mantenerse en la dirección de los destinos sanitarios de un país como el nuestro, en un período tan azaroso, largo y difícil, con cambios políticos y dando un constante impulso a las luchas sanitarias, Asistencia Médico-Rural, Mancomunidades, y Patronato de las Hurdes. De aquella época dató su relación con el rey D. Alfonso XIII, a quién tanto le preocuparon estos problemas. Luchó contra la lepra, las dermopatías, la mortalidad infantil y maternal, secuelas de la Guerra Civil, la endemia palúdica, los brotes epidémicos de tifus exantemático que azotaron nuestro país. Amplió el número de camas de nuestros sanatorios hasta 30.000 camas con escasos medios y a fuerza de tesón y sacrificio. Una gran parte de sus esfuerzos los dedicó a la mejora del estado sanitario del campo español, donde creó una gran red de Centros de Higiene Rural, restauró la Escuela de Sanidad, la Escuela de Enfermeras y reorganizó el hospital del Rey e inspirada por él se publicó la Ley de Bases de Sanidad Nacional. Fue representante español en la OMS en Ginebra durante los años difíciles en que las cancillerías del mundo volvían la espalda a España, compartiendo esta representación con el Dr. Clavero. Recorrió todo el mundo recogiendo todo aquello que fuera de aplicación práctica a nuestro país y escribió grandes obras de carácter científico.

El Dr. Zurita finaliza su artículo diciendo: "*Sólo los grandes hombres son capaces de levantar grandes pasiones*". El Dr. Palanca supo con su gran virtud controlarlas; las de las demás, y lo que es más difícil, las suyas propias. Palanca se marchó tranquilo, sosegado y habiendo saldado sus cuentas.

Palanca la personalidad sanitaria española más destacada en el presente siglo. Dr. Jesús Galán. Presidente del Colegio de Médicos de Ávila. Profesión Médica. 1973 (356).

A lo largo de esta intervención el Dr. Galán, elogió la labor realizada por el Dr. Palanca a lo largo de todo su desarrollo profesional. También hizo una crítica y lo calificó como el mayor fallo incomprensible que tuvo durante su mandato, haberse dejado arrebatar la asistencia médica del SOE por otro departamento ministerial y si lo hubiera realizado él a través de un único organismo, "¡*Cuántos trastornos y desaciertos sanitario-asistenciales y perjuicios para el erario público se hubieran evitado*¡" -palabras del autor-.

Tríptico del dolor. Daniel Mezquita – Juan Grinda – José Alberto Palanca. Antonio Soroa y Pineda. Beneficencia Provincial de Madrid. Profesión Médica. 1973 (357).

El Dr. Soroa recordó su amistad con estos tres sanitarios. Palanca le animó a llevar a la puesta en marcha del museo de recuerdos médicos en el viejo edificio de San Carlos, el Colegio de Médicos y compartió con Palanca muchos momentos agradables contándole anécdotas ocurridas durante su vida profesional.

El Dr. Palanca veraneante en Laredo. Dr. J.M. Gómez-Ullate Itoiz. Profesión Médica. 1973. Jefe Provincial de Sanidad de Santander (358).

El Dr. Gómez-Ullate calificó a Palanca como: "*Hombre de superior inteligencia, de gran actividad, que abarcó diversos campos de la medicina y de la política, que ocupó durante mucho tiempo, los puestos más relevantes de la Sanidad española, debe ser estudiado*

en sus realizaciones desde muchos puntos de vista: médico militar, sanitario frente a dos jefaturas de Sanidad, director general y reorganizador de la Sanidad española durante años, catedrático de Higiene, jefe de Sanidad Militar, luchador político etc.". Dejó estos cometidos para personas más competentes que lo efectuarían en un futuro con precisión y objetividad. A lo largo del resto del artículo pasa a comentar las facetas personales del Dr. Palanca y que calificó como: "*Entrañable afectividad y sencilla convivencia durante los días de descanso veraniego en Laredo (Santander)*".

ANEXOS

ANEXO 1
Ley de Bases de Sanidad Nacional. España DGS. 1944 (19).

Ley de Bases que se presentó en las Cortes en el año 1944:

ARTÍCULO ÚNICO.- "*La Sanidad nacional se organizará con arreglo a las Bases siguientes, que tendrán fuerza legal desde la publicación de la presente Ley. El Gobierno queda facultado para dictar las disposiciones que desarrollen dichas Bases, la reglamentación de las cuales corresponderá al Ministerio de la Gobernación*".

TÍTULO PRELIMINAR

BASE ÚNICA.- "*Incumbe al Estado el ejercicio de la función pública de Sanidad. Para el logro de la salud, el Estado podrá imponer obligaciones y limitaciones especiales. Podrá ordenarse con carácter obligatorio las vacunaciones, el empleo de medios preventivos, el reconocimiento individual, el aislamiento, la hospitalización, la vigilancia y otras medidas de prevención……*"

Base 1. Servicios Centrales.

Los Servicios centrales dependían del Ministerio de la Gobernación a través de la DGS y se distribuían en seis grupos, como se puede apreciar en la tabla 104.

Tabla 104. Ley de Bases. Base 1. Servicios Centrales (19).

Base 1	Servicios Centrales
Servicios Generales	Personal; Vigilancia de sociedades médicas, Mancomunidades; Sanidad provincial, comarcal y municipal; Coordinación docente; Hostelería; Higiene mental; Transportes.
Luchas sanitarias	Enseñanza; Estadísticas; Epidemiología.
Servicios Farmacéuticos	Inspección general.
Sanidad veterinaria	Inspección alimentaria; Zoonosis.
Servicios especiales	Higiene de la alimentación; Deporte; Higiene del trabajo; Proyectos de urbanismo; Balnearios; Mortuorios.
Inspección Centros y Servicios	Inspección de centros sanitarios.

Base 2.Consejo Nacional de Sanidad.

El Consejo Nacional de Sanidad estaba adscrito al Ministerio de la Gobernación y estaba integrado por las siguientes secciones: Psiquiatría, Higiene de la alimentación, Higiene general y epidemias, farmacias, veterinarias, tuberculosis, oncología, Sanidad materno-infantil, lepra y enfermedades sexuales, paludismo, Higiene social y asuntos profesionales.

Este Consejo tenía asignadas las siguientes misiones: asesorar al Ministro; preparar los proyectos de ley; declaración de epidemias; realización de Convenios Internacionales; utilización de medios profilácticos; Congresos sanitarios científicos; Importación de medicamentos; Concursos; concesión de pensiones; presupuestos de la DGS; medidas extraordinarias en casos de epidemias y problemas en los casos de Sanidad colonial.

Base 3. Instituciones Sanitarias Centrales

a. Escuela Nacional de Sanidad. La enseñanza sanitaria comprendía la del médico, farmacéutico, veterinario, y profesionales auxiliares al servicio de la Sanidad, colaboraba con las Universidades y Consejos de Colegios profesionales. La Escuela Nacional de Sanidad daba cursos con expedición de certificados de asistencia según necesidades de enseñanza.

b. Instituto de Hematología. Estaba dedicado al estudio de las técnicas de transfusiones sanguíneas y de inmuno-transfusiones.

c. Hospitales de enfermedades infecciosas. Estos hospitales tenían funciones de aislamiento de pacientes infecciosos, y colaborar con la enseñanza e investigación.

Base 4ª. Lucha contra las Enfermedades Infecciosas

La ordenación de la Lucha contra las Enfermedades Infecciosas estaría a cargo de la DGS y en cada provincia dependería del jefe de Sanidad de cada una de ella de acuerdo con el Gobernador Civil. El servicio de Epidemiología era el responsable de realizar los estudios estadísticos correspondientes en cada localidad.

Se declararon obligatorias la vacunación de la viruela, la difteria y se mantendría la obligatoriedad de la vacunación contra las infecciones tíficas y paratíficas cuando por ello se juzgaría conveniente. En el resto de los casos la vacunación sería recomendada.

La declaración de “estado endémico” para el territorio nacional, le correspondería al Consejo Nacional de Sanidad y a los Consejos Provinciales.

Desinfección y Desinsectación. Se efectuaría según las siguientes normas: declaración de casos sospechosos a través de los médicos responsables de los enfermos, para la confirmación de la enfermedad, búsqueda de su origen y vías de la propagación. La desinfección y desinsectación sería obligatoria en los casos en que fuera determinada por la autoridad pertinente.

Base 5ª. Sanidad de Puertos, Fronteras y Transportes.

La defensa sanitaria de Puertos, Fronteras y Vías de Comunicación estaría reglada por los Convenios sanitarios de nuestro País y el objetivo sería impedir la recepción de enfermedades infeccionas en el territorio español, así como su transmisión al exterior.

Puertos, Fronteras. La autoridad sanitaria sería el jefe provincial de Sanidad. Funciones: inspección a barcos y expedición de las patentes sanitarias, servicios de aduanas sobre

mercancías y ganados, vigilancia sanitaria de la inmigración y emigración, Inspección del trabajo de los buques, vigilancia sanitaria en la Marina Civil. Los puertos se clasificarían en dos categorías, que podrían ser reclasificadas desde el Ministerio de la Gobernación, según las necesidades que se presentaran:

- Puertos abiertos al tráfico internacional. Estos puertos dispondrían de: servicio médico regular para vigilancia de tripulaciones y de la población del puerto, consultorio internacional de marinos, material de transportes para enfermos y locales apropiados de aislamiento, laboratorios bacteriológicos, servicios de vacunación y estaciones de desinfección y desinsectación, abastecimiento de agua potable para suministro a barcos y un plan de organización para búsqueda de ratas y otros animales.
- Puertos habilitados e inspecciones locales sanitarias. En el caso de aparición de epidemias exóticas se mantendrían disponibles dos grandes lazaretos, uno en el Mar Mediterráneo y otro en el Océano Atlántico, dotados de medios de hospitalización a gran escala.

Aeropuertos. Dependerían directamente de la DGS, se regirían según los Convenios internacionales. Dispondrían de: locales de visita médica y material para desinfección y desratización. Local para aislamiento de enfermos infecciosos según las circunstancias.

Sanidad de transportes. La Sanidad de los medios de transportes, dependería de la DGS, comprendiendo: locales, material (fijo y móvil), y servicios auxiliares. Funciones: transporte de enfermos contagiosos, transporte de enfermos, transporte de cadáveres, abastecimiento de aguas, estaciones, vehículos, Higiene alimenticia en fondas, coches comedores y botiquines.

Base 6ª. Estadísticas sanitarias

Las estadísticas sanitarias facilitarían los datos necesarios para realizar la orientación de las campañas sanitarias contra las enfermedades evitables, así como para la confección de índices geográficos y epidemiológicos indispensables para los estudios de investigación científico-sanitarios.

Serían consideradas EDO: Brucelosis, carbunco bacteriano, cólera, difteria, fiebre recurrente, fiebres tifoideas y paratifoideas, gripe, lepra, meningitis cerebro-espinal, paludismo, peste, poliomielitis, reumatismo cardio-vascular, rabia, sarampión, septicemia, fiebre puerperal, tifus exantemático, tracoma, oftalmia purulenta del recién nacido, triquinosis, tuberculosis, varicela y viruela.

La DGS publicaría semanalmente un Boletín que contendría los datos de los nacidos vivos, nacidos muertos, defunciones por todas las causas, fallecidos de menos de un año de edad, así como los casos declarados y defunciones registradas por las EDO. Los datos serían suministrados por los Centros sanitarios oficiales, asilos, orfanatos y balnearios.

Base 7ª. Lucha contra la Tuberculosis.

La Lucha contra la Tuberculosis, se encomendaría al Patronato Nacional Antituberculoso, que tendría que funcionar como Instituto de derecho público, autónomo, con plena personalidad jurídica, bajo la dependencia del Ministerio de la Gobernación a través del DGS y en estrecha colaboración con las Facultades de Medicina. Funciones: preventiva y asistencial, creando y sosteniendo dispensarios, sanatorios destinados a pacientes pulmonares y osteoarticulares para adultos y para niños, Escuelas, obras de colocación familiar, centros de reeducación etc.

Base 8ª. Lucha contra el Reumatismo y las Cardiopatías.

El Ministerio de la Gobernación, organizaría un servicio de prevención contra el reumatismo y las cardiopatías en conjunto con el Ministerio de Trabajo, las Facultades de Medicina, el Patronato de Lucha Antituberculosa y las Sociedades Médicas científicas.

Base 9ª. Lucha contra el Paludismo.

La organización y la inspección de los trabajos de la Lucha Antipalúdica corresponderían a la DGS.

Base 10ª. Lucha contra el Tracoma.

En los Institutos Provinciales de Sanidad de las provincias donde hubiera tracoma de forma endémica se establecería un servicio destinado a la lucha contra la propagación de esta enfermedad. El personal facultativo estaría integrado por: médicos, oftalmólogos, enfermeras visitadoras y personal auxiliar y subalterno.

Base 11ª. Enfermedades Sexuales.

Para la lucha contra las enfermedades sexuales se dispondría de dispensarios dermatológicos y de Higiene Social en los Institutos provinciales de Sanidad, Centros Secundarios y Facultades de Medicina. El tratamiento de estas enfermedades sería obligatorio, pudiendo recurrirse al ingreso de los enfermos indisciplinados durante las fases de contagio de la enfermedad.

Base 12ª. Organización contra la Lepra y parasitosis.

La DGS llevaría la lucha contra la lepra, la tiña, las parasitosis y las demás enfermedades de la piel, que representaran un peligro de contagio tanto individual como social. La DGS atendería a las leproserías nacionales, creándose leproserías provinciales.

Base 13ª. Lucha contra el Cáncer.

La Organización Nacional contra el Cáncer dependería de la Sección de Oncología de la DGS con el número de Centros que se estimara necesarios. La misión de estos centros sería la siguiente: asistencia médica, albergue de los enfermos y estudio e investigación de los problemas derivados.

Base 14ª. Sanidad maternal e infantil.

La DGS sería la responsable de la dirección, coordinación y vigilancia de las maternología y puericultura funcionantes. Funciones:

- Maternología, Higiene prenatal y asistencia médica maternal.
- Puericultura de la primera y segunda infancia.
- Higiene y protección durante la edad escolar.
- Enseñanza de la puericultura y de la Higiene infantil en escuelas e institutos y educación popular.
- Proponer medidas legislativas sociales a favor de las madres e hijos.
- Se establecería en la red nacional el cuaderno sanitario a los nacidos entre 0 y 15 años donde se registrarían las incidencias relacionadas con su salud.

- Se crearían maternidades en todas las provincias con un número de camas proporcionadas al número de habitantes.
- En las grandes poblaciones se crearían clínicas infantiles, con servicios especiales de lactantes y enfermedades infecciosas.

Base 15ª Higiene mental.

El control de la Higiene Mental correspondería al Ministerio de la Gobernación por intermedio de la DGS, la Superior Dirección Técnica y la Inspección Psiquiátrica Nacional. Para la asistencia a estos enfermos mentales se dispondría de los siguientes clases de frenocomios:

- Dispensários de Higiene mental para tratamientos ambulatórios.
- Departamentos neuro-psiquiátricos en los grandes hospitales.
- Frenocomios u hospitales psiquiátricos, para ingreso de pacientes agudos.
- Colonias agrícolas o industriales organizados como terapéutica para pacientes crónicos.
- Establecimientos para hospitalización de débiles mentales, epilépticos, toxicómanos, post-encefálicos y otros pacientes.
- Lucha contra la toxicomanía especialmente contra el alcoholismo y la morfinomanía.

Base 16ª Servicios Farmacéuticos.

Los servicios farmacéuticos referidos por la Ley quedarían integrados por los propios del Estado, la Provincia y el Municipio. En cada provincia habría un responsable que sería un inspector de Farmacia.

Se entiende por medicamento: "*Toda sustancia simple o compuesta preparada y dispuesta para su uso medicinal inmediato tanto si procede del reino animal, mineral o vegetal, tanto de agentes biológicos o productos sintéticos, tengan o no carácter de especialidad farmacéutica, bien sean destinados a la medicina humana o a la veterinaria*".

Se consideraban artículos de uso medicinal: "*Todas aquellas sustancias que se emplean como primeras materias en la preparación de medicamentos, tales como las drogas, productos minerales, químicos, plantas medicinales y los aparatos y utensilios utilizados corrientemente en la práctica médico-farmacéutica*".

Sólo los farmacéuticos podrían, individualmente o asociados en la forma autorizada ser propietarios de las oficinas de farmacia, de las que serían responsables. Quedaba prohibido el ejercicio simultáneo de la Medicina y la Veterinaria con la farmacia en el servicio público. La venta al público se haría exclusivamente en las oficinas de farmacia y sería obligatoria la venta con receta de un facultativo, en los casos fijados por la DGS; su precio sería señalado por la DGS.

Base 17ª. Sanidad Veterinaria.

Serían objetivos de la Sanidad Veterinaria, todo lo referido al régimen sanitario de los mataderos, las zoonosis transmisibles, la Inspección sanitaria de los alimentos de origen animal. La organización de la Sanidad Veterinaria constaría de una inspección general en la DGS, servicios provinciales en los Institutos de Sanidad análoga a la de Farmacia en los servicios de Puertos y Fronteras.

Base 18ª. Personal Sanitario, técnico, administrativo y auxiliar.

El Cuerpo médico de Sanidad Nacional, sería el encargado de llevar a cabo la práctica de la labor sanitaria que realizaría el Ministerio de la Gobernación. Su ingreso sería por oposición. La provisión de destinos se realizaría por sistema de antigüedad, excepto los cargos que se consideraran de confianza estimados desde el Ministerio.

Instructoras de Sanidad. Ingresarían por oposición y ocuparían sus destinos por concurso. Los practicantes y enfermeras y auxiliares sanitarios, peritos mecánicos, celadores, maquinistas mecánicos, desinfectadores, formarían escalafones especiales.

Base 19ª. Organización Provincial.

Los Servicios Sanitarios provinciales estarían a cargo de las organizaciones sostenidas por la DGS, las Diputaciones Provinciales y las Mancomunidades sanitarias. Los Gobernadores Civiles, como representantes del Gobierno en cada provincia, tendrían que velar por el cumplimiento de las disposiciones sanitarias. En cada provincia existiría un jefe provincial de Sanidad del Cuerpo de Sanidad nacional, con un Consejo Provincial de Sanidad, que se reuniría por lo menos una vez al mes y estaría integrado por los siguientes miembros: Presidente: Gobernador civil, Vicepresidentes: presidente de la Diputación, al alcalde de la capital y el jefe provincial de Sanidad; Médicos: Lucha Antituberculosa, Lucha Antivenérea, puericultor, representante de Falange Española y de las JONS, jefe de Sanidad Militar, jefe de la Beneficencia Provincial, inspector provincial de Veterinaria, inspector provincial de Farmacia, catedrático de Higiene, departamento Marítimo, jefe de Sanidad de la Armada. Otros facultativos: un arquitecto y un ingeniero de Obras Públicas.

Competencias: Programas de protección de la madre y el niño, Higiene de la alimentación, Higiene de la vivienda y establecimientos públicos, profilaxis de las enfermedades evitables, asistencia a enfermos infecciosos, Higiene social, investigaciones sobre endemias locales y características sanitarias provinciales y enseñanzas populares sanitarias.

Base 20ª. Institutos Provinciales de Sanidad.

Los Institutos Provinciales de Sanidad, mantendrían una estrecha relación con la Escuela Nacional de Sanidad, de la que recibirían normas y medios para realizar sus funciones. Los servicios que deberían realizar serían los siguientes: Sanidad Exterior en las provincias marítimas o fronterizas, Epidemiología, análisis higiénico-sanitario, Higiene infantil, escolar y maternología, tuberculosis, Dermatología, Higiene social, Veterinaria, especialidades clínicas, Hematología, Saneamiento e Higiene de la vivienda, desinfección y desinsectación, aislamiento y lazareto, paludismo, Higiene en el trabajo e industrial, Arquitectura e Ingeniería sanitaria, Higiene Mental y transporte de enfermos.

Base 21ª. Centros Secundarios y Primarios de Sanidad Rural.

Centros Secundarios: Eran Centros intermedios entre los Institutos de Higiene de las capitales de provincias y los Centros primarios de los pueblos pequeños. La finalidad, era el estudio de los problemas sanitarios de su distrito con especial atención a los problemas maternales e infantiles, epidemiología general, Higiene social, tuberculosis y saneamiento de la vivienda. Los Centros secundarios estarían enclavados en las poblaciones de cierta importancia, que constituyeran núcleos poblacionales importantes de comunicación con problemas sanitarios semejantes. Actuarían como filiales de los Institutos provinciales

de los que dependerían administrativamente. Estos Centros dispondrían siempre de un dispensario antituberculoso.

Centros Primarios: Eran centros que suponían el último escalón de los Servicios Sanitarios nacionales. Su misión sería contribuir a la profilaxis de las enfermedades infecciosas mediante campañas de vacunación y la cooperación con las iniciativas de las organizaciones sanitarias superiores en los problemas relacionados con la Higiene infantil, vivienda, tuberculosis y paludismo en las zonas endémicas. La Dirección de los Centros Primarios recaería en un médico de APD de la localidad, que actuaría como delegado del jefe provincial de Sanidad.

Base 22ª. Mancomunidades sanitarias.

En cada provincia existiría una Mancomunidad sanitaria de municipios que tendría como objetivo el pago a los funcionarios sanitarios que no recibieran sus haberes a través del Presupuesto General del Estado y el sostenimiento de los Institutos Provinciales de Sanidad.

Fondos de la Mancomunidad:

-Consignaciones presupuestarias correspondientes a las dotaciones de todas las dotaciones sanitarias municipales de la provincia.

-Cantidades correspondientes al porcentaje de cada municipio para el sostenimiento de los Institutos.

-Cuotas para enfermos tuberculosos y leprosos a petición de Diputaciones, Ayuntamientos o entidades privadas.

-Dotaciones de presupuesto para la apertura de nuevos servicios.

-Cantidades para la instalación de Centros de Higiene Rural y dispensarios.

-25% del importe del papel de pagos del estado liquidado por los jefes Provinciales de Sanidad.

-Importes de las consignaciones de los Ayuntamientos por suministro de medicamentos en los enfermos de la Beneficencia.

-Cantidades en relación de conciertos por parte del Seguro de Enfermedad.

Las Mancomunidades sanitarias serían regidas por una Junta administrativa presidida por el delegado de Hacienda, el presidente de la Diputación y el jefe provincial de Sanidad. También actuarían como vocales representantes de los ayuntamientos, y los presidentes de los Colegios de Médicos, farmacéuticos y veterinarios.

Base 23ª. Servicios Sanitarios de las Diputaciones Provinciales.

Toda Diputación Provincial debería contar con servicios hospitalarios para la asistencia médico-quirúrgica, con un número de camas y servicios fijados por el organismo competente del Ministerio de la Gobernación, para los enfermos que con un tratamiento activo pudieran obtener curación o mejoría de su enfermedad. Las Diputaciones también dispondrían de hospitales para pacientes infecciosos con sus instalaciones de desinfección y desinsectación cuya dirección dependería de los jefes Provinciales de Sanidad. Estos tendrían la obligación de mantener un servicio antituberculoso y otro antileproso según las normas marcadas por el Patronato Nacional Antituberculoso.

Base 24ª. Sanidad Municipal.

Corresponderá a los Alcaldes o por delegación a los Jefes locales de Sanidad, el cumplimiento de las disposiciones sanitarias en su propio Ayuntamiento. Tendrán un órgano asesor que se llamaría "Consejo Municipal de de Sanidad", cuta composición sería la siguiente: presidente; el alcalde, secretario; el jefe local de Sanidad; vocales; un médico, un veterinario, un farmacéutico, un arquitecto o ingeniero, un maestro y un secretario del Ayuntamiento. Donde existiera un Centro Secundario de Sanidad y en poblaciones marítimas, el director de ese centro sería el vicepresidente.

Los ayuntamientos tendrían en el orden sanitario como **obligaciones mínimas**: control de las aguas corrientes puras garantizadas, vigilancia de los alimentos y bebidas, creación y seguimiento del padrón de viviendas con el control del índice de salubridad de las mismas, ejercicio de la policía sanitaria en vías públicas, mataderos, lavaderos y cementerios, profilaxis de las enfermedades evitables, epidemiología, endemiología, estudio y planes de mejora de las características de la población, Higiene de las escuelas, control de la evacuación de las aguas residuales, Inspección de fábricas de embutidos, lecherías y establos, habilitación de locales adecuados para enfermos desde el punto de vista epidemiológico, vacunaciones preventivas y sostenimiento de Centros sanitarios locales.

Base 25ª. Higiene del Trabajo, de la educación física y del deporte.

Higiene del trabajo. La DGS colaboraría con el Ministerio de Trabajo en todo lo relacionado con la Higiene y Medicina del Trabajo, que tendiera a la mejora del rendimiento laboral sin detrimento para la salud de los trabajadores. Sería preceptiva la elaboración de informes del Consejo Nacional de Sanidad, en lo referido a las condiciones higiénicas que debieran reunir las industrias.

Higiene de la educación física y del deporte. Correspondía al Estado, la Inspección higiénico-sanitaria de la educación física y del deporte en cuanto a las actividades que pudieran mejorar la salud física y moral de los españoles.

Base 26ª Higiene de la Alimentación.

Correspondía a la DGS la reglamentación de todo lo referido a la Higiene bromatológica así como de las características que debieran reunir los alimentos y las bebidas, las características que debieran tener los utensilios relacionados con la preparación y envase de los mismos; fijación de las condiciones higiénicas de los locales, fábricas y almacenes, destinados a su preparación, manipulación, transporte y venta de los productos alimenticios y sus derivados.

Para dar cumplimiento a estas normas, se crearía dependiendo del Ministerio de la Gobernación, el Instituto de Higiene de la Alimentación, que contaría con laboratorios de investigación, policlínicas para atender a pacientes con enfermedades de origen alimentario. Este Instituto trabajaría en conjunto con el Ministerio de Trabajo y el de Agricultura.

Base 27ª. Aguas Potables y Saneamiento.

Abastecimiento de aguas potables. Los Municipios tendrían la obligación de mantener el abastecimiento de las aguas potables de bebida cumpliendo un mínimo de con-

diciones sanitarias. Se establecieron a todos los efectos las siguientes calificaciones de las aguas de bebida: agua potable, agua sanitariamente tolerable y agua impotable. Se estableció igualmente una técnica de análisis de aguas de seguimiento obligatorio.

Saneamiento. Se entendía por saneamiento todo el sistema de evacuación y tratamiento de residuos urbanos e industriales sin perjuicio para la salud humana ni animal. Se establecería una coordinación con el Ministerio de Agricultura.

Base 28ª. Obras de Ingeniería y Arquitectura.

La DGS inspeccionaría todas las obras, proyectos y servicios que afectaran a su cometido, como eran: ensanches y extensión de las poblaciones, alineaciones, reformas interiores, y abastecimiento y depuración de aguas potables, alcantarillado, depuración de aguas residuales, limpieza y recogida de basuras, saneamiento de terrenos, mataderos, desinfección, desinsectación. Todas estas inspecciones descritas dependerían del Ministerio de la Gobernación.

Base 29ª. Viviendas.

Correspondía a Sanidad Nacional, la intervención en el problema de la vivienda para el cumplimiento de los principios siguientes: control de los proyectos de nueva edificación para que cumplieran con las normas higiénicas establecidas, conocer las viviendas existentes en cada localidad para su clasificación posterior según su estado sanitario, llevar a cabo la Inspección de edificios y locales destinados a la industria del hospedaje, Inspección de viviendas para la expedición de la cédulas de habitabilidad. Los Médicos municipales serían los encargados de realizar estas intervenciones.

Base 30ª. Asistencia Médica en relación con el Seguro de Enfermedad.

Correspondía a la DGS establecer con carácter general las condiciones sanitarias mínimas exigibles a la asistencia médico-farmacéutica en SE; estaría presente en el concierto que celebre el Instituto Nacional de Previsión con el Consejo Nacional de Farmacéuticos para garantizar el buen servicio a todas las farmacias con tarifa especial al Seguro; tendría conocimiento de los beneficiarios en los pueblos para rectificar la clasificación de éstos en cuanto al número de médicos de APD de cada Municipio; intervenir en los contratos establecidos entre el Seguro y las Luchas sanitarias.

Base 31ª. Propaganda Sanitaria.

La divulgación y propaganda de los conocimientos sanitarios era deber y función del Estado. En la DGS habría una oficina de propaganda en la que existiría un plan de campañas y material necesario para la realización de las mismas.

Base 32ª. Balnearios y aguas minero-medicinales

El control de los Balnearios sería realizado desde la DGS y existiría una Junta de la que dependería todo lo referente a los balnearios, aguas minero-medicinales e instalaciones de los servicios anejos. Sería obligatoria la intervención de un médico designado por Sanidad como representante de la DGS en cada Balneario.

Base 33ª. Policía sanitaria mortuoria.

Todos los Municipios tendrían la obligación de disponer de uno o varios Cementerios católicos, de capacidad adecuada a su población, para que la remoción de sus restos no fuera necesaria antes de los diez años del enterramiento. Así mismo dispondrían de Cementerios civiles independientes de los católicos. La autorización para la construcción de los cementerios, ensanches o reformas correspondería a los Gobernadores Civiles. Las prácticas de embalsamamiento o conservación de cadáveres precisas para su transporte, se ajustarían a las normas establecidas por la DGS. Los traslados de los cadáveres, las inhumaciones, exhumaciones y embalsamamientos, seguirían la reglamentación según las normas epidemiológicas y causas de la muerte.

Base 34ª. Organización profesional.

Las organizaciones profesionales sanitarios, estarían representadas por los Colegios, que agruparían oficial y obligatoriamente en su seno a cuantos ejercieran una profesión sanitaria. En cada provincia habría un Colegio Oficial de Médicos, de Farmacéuticos, de Veterinarios y de Auxiliares Sanitarios que acoja en su seno a Matronas, Practicantes y Enfermeras tituladas. Un consejo general de cada rama residiría en Madrid y sería el supremo organismo rector profesional. En Odontología, los Colegios serían regionales.

Disposición Final.

Quedaban derogadas cuantas disposiciones se opusieran a lo preceptuado en esta Ley.

ANEXO 2
Ley del 14 de abril de 1955, creando el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (338).

Los Manicomios serían sustituidos por hospitales Psiquiátricos. Estos centros serían dotados de recursos científicos suficientes, con el objetivo de alcanzar la mayor eficacia posible. **Propuesta de elaboración por las Cortes Españolas**.

- Personalidad y fines del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PNAP).

1. Artículo primero. Se creó como Corporación de derecho público, en inmediata de pendencia de la DGS. Funciones:

- Organizar la asistencia psiquiátrica en España en sus diferentes fases de promoción, prevención y curación.
- Realizar parte de la asistencia.
- Inspeccionar los centros y servicios de asistencia.
- Auxiliar con sus recursos a las Corporaciones.
- Promover la propaganda de la prevención de la Higiene mental.
- Establecer una conexión con los diferentes organismos.
- Preparar y seleccionar al personal necesario.
- Estudiar y proponer las reformas legislativas que se demandaran.

2. Artículo segundo. El Patronato Nacional Antituberculoso tendría personalidad jurídica.

3. Artículo tercero. El Patronato Nacional Antituberculoso estaría regido por el Ministro de la Gobernación y vicepresidente el DGS, vocales; director general de la Beneficencia y Obras Sociales, el director general de Administración Local, el Consejero de Psiquiatría del Cuerpo Nacional de Sanidad, dos presidentes provinciales, un religioso de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y un representante de la RANM.

4. Artículo cuarto. Funciones del presidente: dirección e inspección, representación legal de la personalidad jurídica del Patronato, ordenación de pagos y ejecución de acuerdos adoptados.

5. Artículo quinto. La presidencia podría ordenar pagos hasta de 50.000 pesetas.

6. Artículo sexto. Se podría nombrar un Delegado gestor.

7. Artículo séptimo. Competencias del Consejo: aprobación de proyectos de organización, aprobación de planos de nuevos edificios y reformas de antiguos.

8. Artículo octavo. El Patronato podría acordar concesión de auxilios económicos.

9. Artículo noveno. El Patronato fomentaría la investigación y las enseñanzas de Psiquiatría.

- Organización del Patronato.

10. Artículo décimo. Las secciones del Patronato serían organizadas en reglamento de régimen interior: 1. Organización general y construcciones. 2. Personal, Inspección y Estadística. 3. Estudios, iniciativas y reforma de la legislación. 4. Propaganda, Higiene mental y relaciones interministeriales

11. Artículo undécimo. La función inspectora continuada, competía al Ministerio de la Gobernación. Objetivos: conseguir la eficacia de funcionamiento del Patronato tanto en los aspectos administrativos como en los asistenciales y recogida de los datos estadísticos.

12. Artículo doceavo. Existiría una Junta Provincial de Asistencia Psiquiátrica en cada provincia.

13. Artículo treceavo. La asistencia a pacientes se llevaría a cabo en los Frenocomios.

14. Artículo catorceavo. Cada dispensario de Higiene Mental, estaría integrado por: dispensario de Higiene Mental, Clínicas Neuropsiquiátricas y Manicomios Provinciales.

15. Artículo quinceavo. Se crearían Institutos Interprovinciales dependientes directamente del mismo con: establecimientos y colonias para psicópatas, epilépticos, toxicómanos, seniles, enfermos infantiles y otros grupos de pacientes.

16. Artículo dieciseisavo. Se podrían crear Manicomios interprovinciales en régimen de mancomunado.

17. Artículo diecisieteavo. Las misión del Patronato serían: 1. dirección, orientación y fiscalización directa. 2. Asistencia en la línea de orientación e inspección, de asistencia o de asistencia concertada.

- Disposiciones Transitorias

1. Mientras el Patronato no dispusiera de instituciones propias, podría contratar la asistencia a establecimientos privados.

2. Se adscribían al Patronato: los Manicomios de Zaragoza, Leganés y "Fray Bernardino Álvarez" de Carabanchel.

3. El Patronato una vez constituido, procedería a la redacción y estudio de los reglamentos de ejecución de esta ley de manicomios.

ANEXO 3
Organigrama de la Dirección General de Sanidad en el año 1926

En la Figura 134 está representado el Organigrama de cómo estaba organizada la DGS en 1926, antes de la llegada del Dr. Palanca a la DGS. (359).

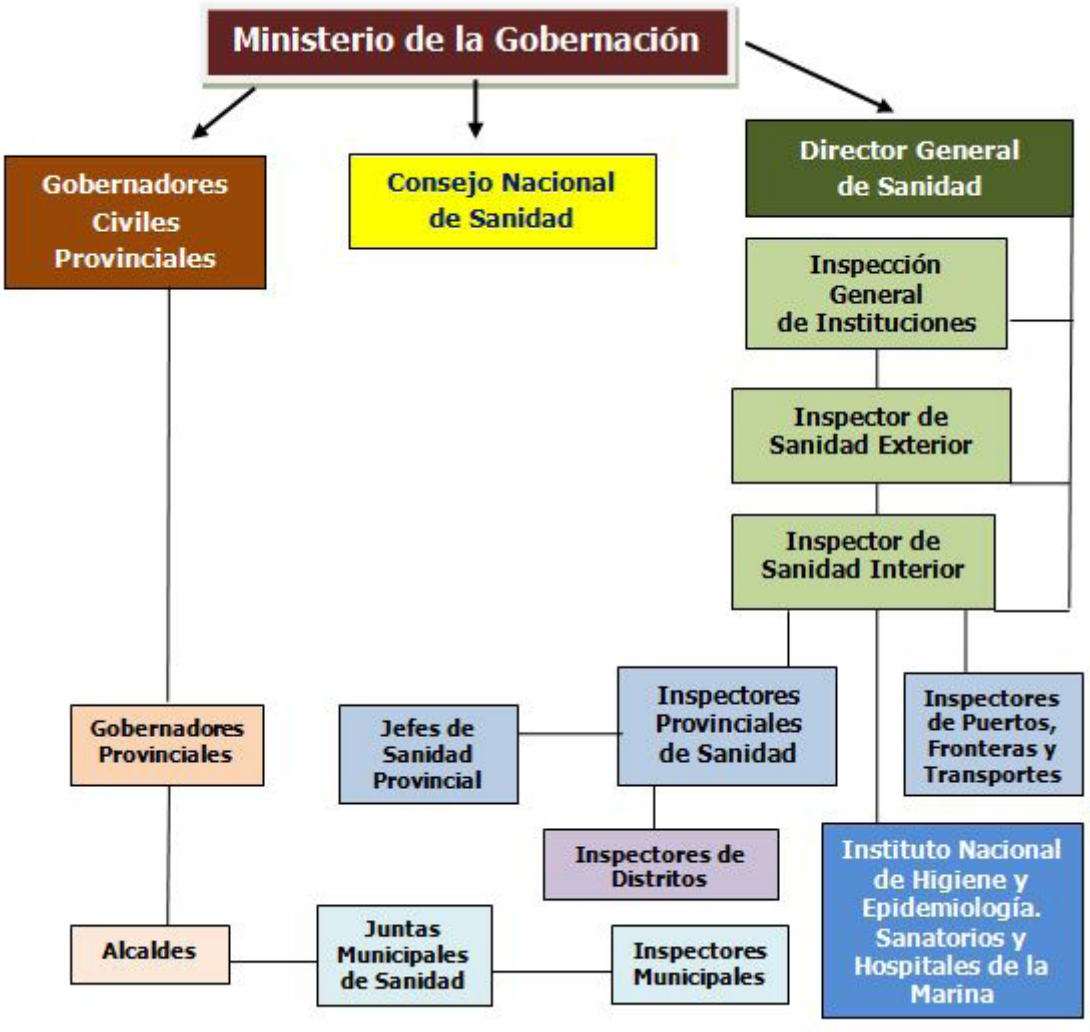


Figura 134. Organigrama del Ministerio de la Gobernación y DGS en el año 1926 (359).

ANEXO 4
Organigrama de la Escuela Nacional de Sanidad en el año 1932.

La figura 135 se presenta el organigrama de la Escuela Nacional de Sanidad en el año 1932 (21).

Figura 135. Organigrama de la Escuela Nacional de Sanidad en el año 1932 (21).

ANEXO 5
Dr. Vallejo Simón. Reorganización de los servicios sanitarios durante la contienda de la Guerra Civil española. 1937 (360)

En los comienzos de la Guerra Civil, Palanca desempeñó como comandante médico el cargo de jefe de los servicios de Sanidad militar, adscrito al Estado Mayor del general Mola en el Ejército del Norte, ocupando a la muerte del general Mola en el año 1938, el cargo de jefe nacional de Sanidad con sede en Valladolid, a las órdenes del gobernador general del Estado.

La reorganización Sanitaria realizada en la Zona Liberada durante la Guerra Civil española, la describe A. Vallejo Simón en la Revista de Sanidad e Higiene Pública -que era el Boletín Técnico de la Jefatura Superior de Servicios Sanitarios del Ministerio del Interior- en los meses de enero-febrero de 1938 (360). A lo largo de este artículo el Dr. Vallejo de Simón describe las fases por las que pasó la Sanidad Pública durante la Guerra Civil en la Zona Nacional. Estas fases fueron las siguientes:

Reorganización de los Servicios Sanitarios al iniciarse el Movimiento.

Tras el inicio de la Guerra Civil, las provincias españolas quedaron con muy pocos elementos sanitarios. Las autoridades sanitarias se ocuparon de solucionar los problemas sanitarios y la asistencia a enfermos que se iban presentando, se trataba fundamentalmente de no crear problemas y a ir solventando los que se presentasen. Se pueden señalar cuatro etapas en cuanto a la reorganización sanitaria, que se fueron sucediendo a lo largo de la Guerra:

1. **Etapa de la Junta de Defensa Nacional**. Fue una etapa puramente militar, vencer al enemigo y lo demás eran problemas secundarios. Se atendieron desde el punto de vista sanitario a las tropas movilizadas en la retaguardia, evitar la aparición de epidemias y recrudescencias endémicas. No había organización sanitaria central y las autoridades provinciales se encargaron de solucionar autónomamente los problemas sanitarios. Como medida urgente se habilitaron hospitales y se requisaron todos aquellos materiales necesarios para su funcionamiento.

2. **Etapa del Gobierno de Burgos, hasta la creación de la Asesoría Técnica de Sanidad**. El Generalísimo Franco creó la Junta Técnica del Estado con las siguientes Comisiones: Justicia, Obras Públicas y Comunicaciones, Hacienda, Trabajo, Cultura y Enseñanza, Agricultura y Trabajo Agrícola, Industria, Comercio y Abastos. El problema sanitario no era prioritario para el Gobierno y no se creó una comisión para ello. Se englobó la Sanidad dentro de la Beneficencia.

El Gobierno Central, creó una Oficina de despacho y colocó al frente de la misma a José Alberto Palanca Martínez-Fortún. Esto fue el esbozo de una organización central. Los problemas que más urgían en aquel momento eran: asistencia médico-farmacéutica de las poblaciones, recogida y la recolocación de niños abandonados. Se construyeron orfelinatos y comedores de asistencia social.

En cuanto a los problemas sanitarios que requerían una mayor prioridad, eran los siguientes: Lucha antivenérea, aprovisionamiento de sueros y vacunas, pediculosis en las tropas, Lucha Antituberculosa e Higienización de las poblaciones (viviendas). El 24 de enero de 1937 se reunieron en Valladolid, los inspectores provinciales de Sanidad y los directores de los Institutos Provinciales de Higiene tomándose las siguientes decisiones:

a. Sueros y vacunas: se comenzaron a elaborar sueros y vacunas en los Institutos Provinciales en los que se pudieran realizar.

b. Lucha Antivenérea: instauración de esta Lucha en los dispensarios de los Institutos de Higiene y Centros Secundarios.

c. Lucha Antipalúdica: instauración de normas para la fabricación de Quinina y colorantes.

d. Problema del dermoparásito en las tropas: estimular la creación de estaciones de despiojamiento.

e. Evacuación de la zona republicana: para solucionar el problema de la afluencia de evacuados de esta zona en mala situación sanitaria, se creó una serie de estaciones sanitarias en la frontera de Irún.

3. **Etapa de la Asesoría Técnica de Sanidad.** En la Figura 136, se describe como era la asistencia Sanitaria durante esta etapa

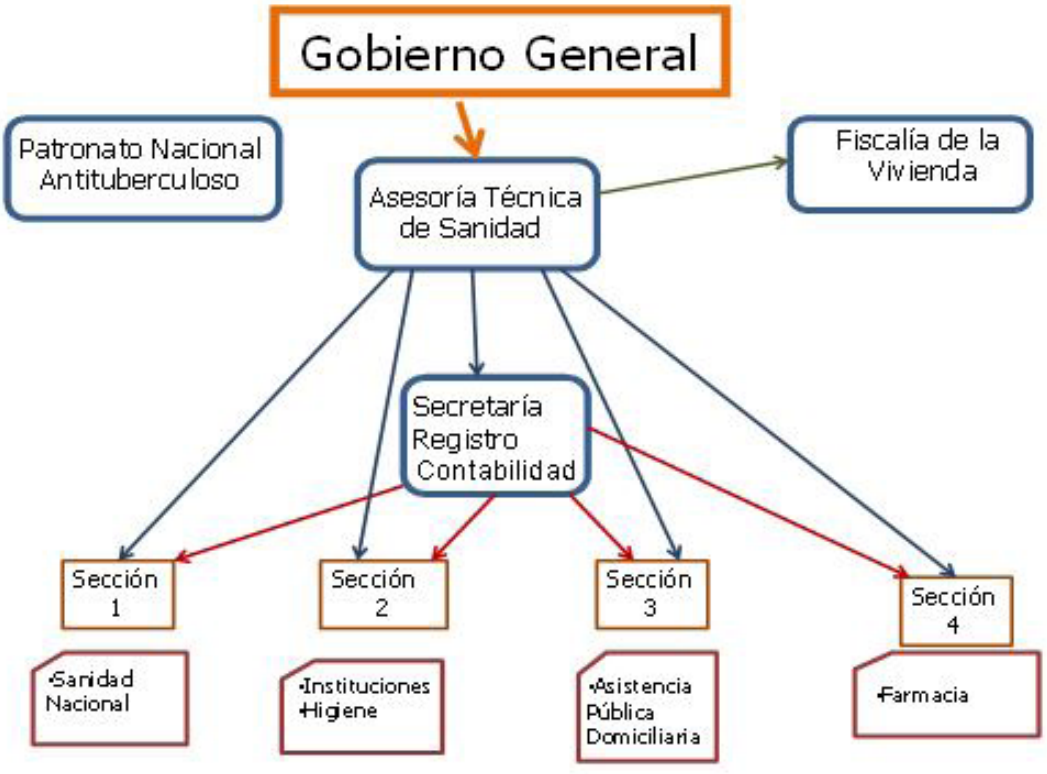


Figura 136. Esquema de la Organización Sanitaria del Gobierno durante la etapa de la Asesoría Técnica de Sanidad (360).

4. <u>Etapa de la Jefatura Superior de Sanidad</u>. En la Figura 137, se describe como era la asistencia Sanitaria durante esta etapa

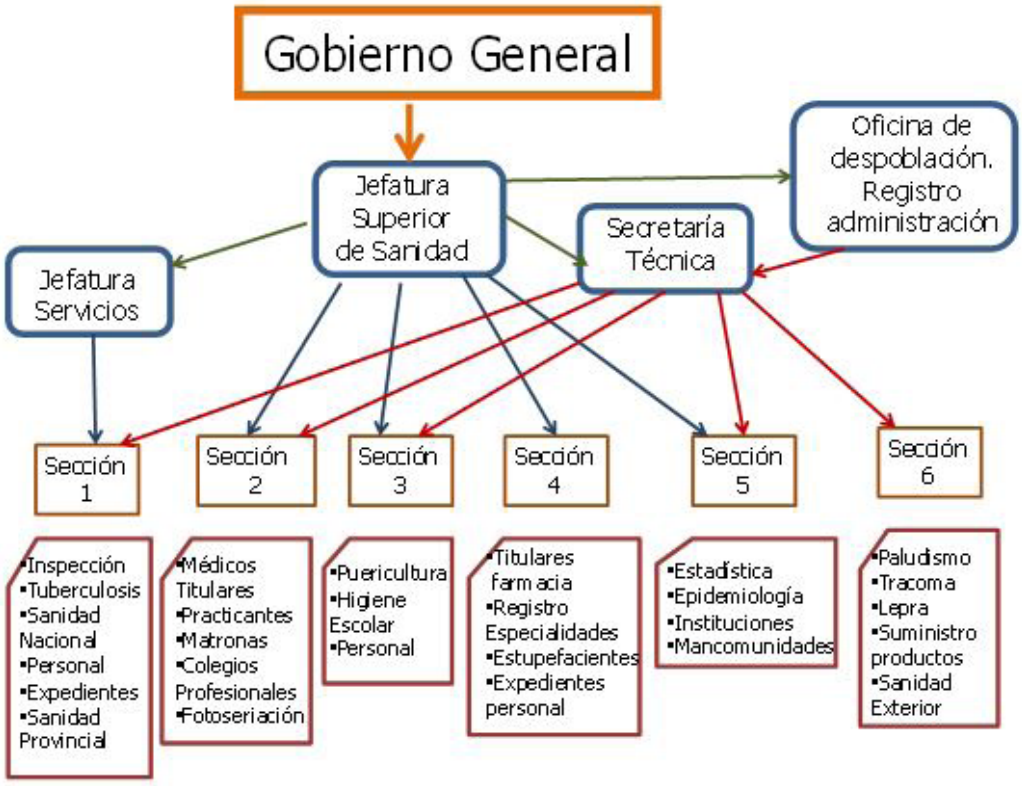
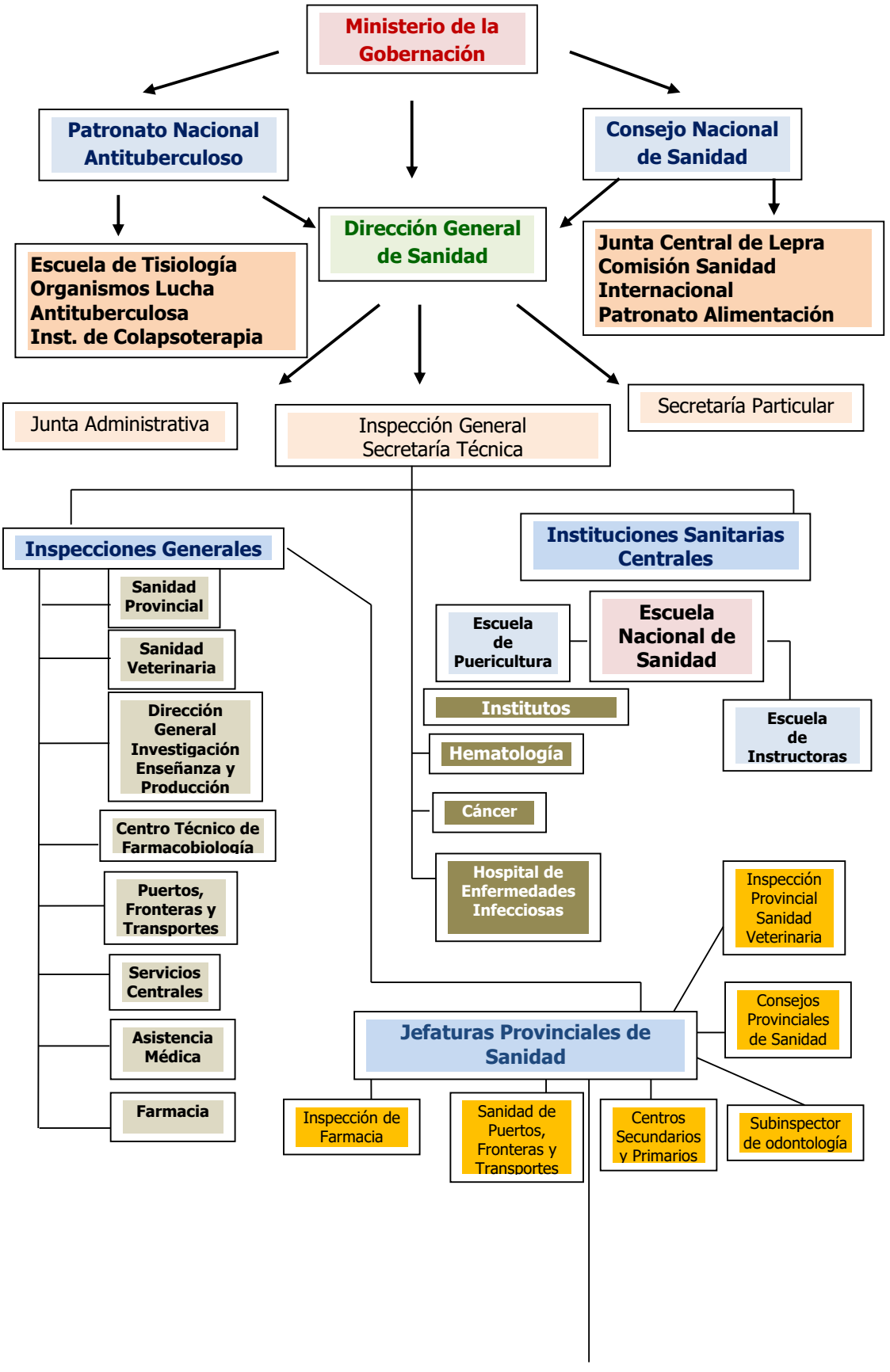


Figura 137. Esquema de la Organización Sanitaria del Gobierno durante la etapa de la Jefatura Superior de Sanidad (360).

ANEXO 6
Organigrama de la Dirección General de Sanidad en el año 1952 (329).



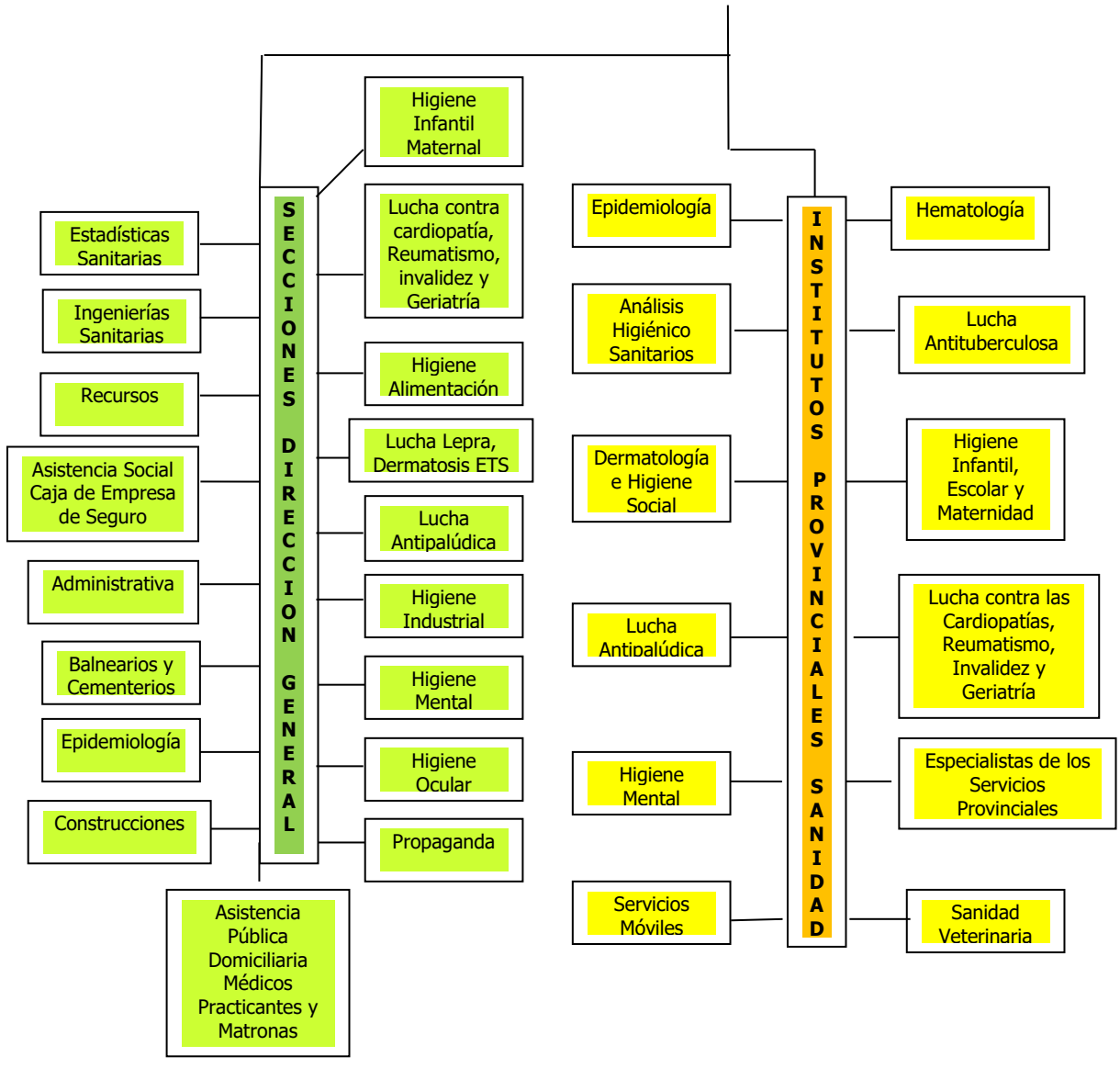


Figura 138. Organigrama del Ministerio de la Gobernación y DGS (329).

ANEXO 7

Finalizamos este libro con la inclusión de un último artículo que el Dr. Marañón dedicó al Dr. Palanca durante sus comienzo de este en la Sanidad pública en el año 1926.

Dr. Gregorio Marañón "Homenaje al Doctor Palanca. Un brindis tardío" (361)

D. Gregorio Marañón escribió un artículo en la revista El Siglo Médico en el año 1923, dedicado a José Alberto Palanca, que se titulaba: "*Homenaje al Doctor Palanca. Un brindis tardío*". En este artículo, aprovechando un homenaje que se le realizó a Palanca con motivo de ser nombrado inspector provincial de Madrid, el Dr. Marañón, escribió esta reseña en El Siglo Médico, para hacer un "brindis tardío" al Dr. Palanca. Comenzó realizando una pequeña biografía de Palanca y finalizó diciendo: "*El cambio de régimen en los individuos conscientes y cultos debe responder a dictados íntimos de la conciencia y no a causas externas y accidentales. Por otra parte, la mutación debe empezar, para que creamos en ella, por los más vulgares actos de la vida cotidiana. En el banquete del Dr. Palanca, hubo sin duda dos o tres discursos discretos de personas que ostentaban representaciones respetables. Hubo también palabras llenas de calor, de fe y de modestia del Dr. Palanca; pero, por lo demás, nos pareció que asistíamos a un homenaje a cualquier prohombre del antiguo régimen: menos brindis, pues; y para cambiar de rumbo en la vida, atengámonos solamente a las normas eternas de la propia conciencia*".

ANEXO 8
Recopilación del material bibliográfico

Para la recopilación de todo el material bibliográfico, se han realizado, búsquedas bibliográficas en las siguientes bibliotecas:

- RANM
- Cataluña
- Las Facultades de Medicina, de Farmacia y de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid
- Hospital General Universitario "Gregorio Marañón" y en el Hospital Central de la Defensa de Madrid
- Histórica de Madrid
- Facultades de Medicina de las Universidades de Granada, Sevilla, Málaga, Barcelona, Zaragoza y Santiago de Compostela (Galicia)
- Ministerio de Sanidad y Política Social (DGS)
- INGESA (Instituto de Gestión Sanitaria. Ministerio de Sanidad)
- Ministerios de Educación e Interior.
- Colegio de Médicos y de Enfermería de Madrid
- Colegio de Arquitectos
- Fundación Uriach de Barcelona
- Congreso de los Diputados
- Academia de Infantería de Toledo y Central Militar
- Museo de Sanidad de Madrid y Escuela Nacional de Sanidad (Instituto Carlos iii)
- Búsquedas On-line

Revistas de fondos históricos revisadas:

El Siglo Médico, Semana Médica Española; Revista de Sanidad Militar; Revista de la DGS: 1925 Archivos de Higiene y Sanidad Pública, 1926 Boletín Técnico de la DGS, 1931 Revista de Sanidad e Higiene Pública y hasta 1987 Revista Española de Salud Pública; Federación Sanitaria Madrileña (FSM); Actualidad Médica, Gaceta Médica Española; Anales de la RANM; La Medicina Ibera; Profesión Médica; PLUS ULTRA; Los Progresos de la Clínica; Ser; Boletín de seguridad e Higiene en el trabajo 1941-1944; Tribuna Médica; Clínica y Laboratorio; Medicina y *Domus Médica*.

EPÍLOGO

Las publicaciones mencionadas y resumidas durante todo este documento, han sido obtenidas mediante fotocopias facilitadas a través de diferentes bibliotecas a lo largo de este país. Disponemos de todas y cada una de las fotocopias, las que ponemos a disposición de aquellos investigadores que las puedan necesitar. El hecho de no haber editado al completo todos los textos originales ha sido para simplificar al máximo cada artículo y así evitar la extensión de este libro. Con los datos presentados por el autor se han elaborado figuras, tablas y gráficos con el fin de facilitar su comprensión.

BIOGRAFÍA DE LAS AUTORAS

María Cruz Menárguez Palanca. Nació en Guadarrama (Madrid). Es grado en Enfermería. Licenciada en Antropología Social y Cultural por la UNED. Es doctora por la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Trabaja como enfermera en el Centro de Especialidades de Moratalaz del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Ha sido Profesora Asociada de Microbiología de la Facultad de Enfermería de la UCM.
E-mail: polome22@hotmail.com

María Trinidad Menárguez Palanca. Nació en Laredo (Santander). Es doctora en Matemáticas por la UCM. Ha sido profesora de bachillerato y también de las Universidades Autónoma y Complutense. En la actualidad es profesora Titular de la Escuela de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos de la Universidad Politécnica de Madrid.

Otras obras publicadas y/o editadas por las autoras:

(Editorial Círculo Rojo)

- **"***Notas de mi vida 1888/1922"* (marzo 2014). José Alberto Palanca Martínez-Fortún. Editado por: Mª Cruz y Mª Trinidad Menárguez Palanca.

Estas Memorias –transcritas literalmente-, narran una época convulsa de nuestra historia entre los últimos años del siglo XIX y los primeros del siglo XX. José Alberto Palanca Martínez-Fortún, que más adelante ocupó un puesto de relevancia en la política sanitaria española, ofrece en primer lugar una perspectiva de lo que ocurrió en España y en Cuba durante el fin del siglo XIX, todo ello visto desde el punto de vista de un niño. En las Memorias, escritas fundamentalmente en primera persona, narra episodios de su vida, comenzando desde sus primeros recuerdos en la isla de Cuba hasta el año 1922, en que obtuvo la Cátedra de Higiene y Bacteriología de la Facultad de Medicina de Sevilla. Estas Memorias fueron escritas durante la década de los cincuenta, en el pasado siglo, y el autor las plasmó con la intención de dar una visión personal de la historia de España

como escribe en la introducción: "*¿Por qué perder el tiempo contándola?* -su vida-, *…. para mí es una distracción volver sobre el pasado contrastándolo con el presente y además pienso que una vida española transcurrida con uso de razón en lo que va de siglo, puede reflejar una época y hasta ser consecuencia de ella……*".

Su estilo literario hace que la lectura sea muy amena, a pesar de la compleja historia vivida por el autor durante estos años. Estas notas transmiten el desarrollo de la vida profesional, sanitaria y personal de un hombre que amó su trabajo y dedicó a él su vida, siendo un eslabón muy importante en la creación de la Sanidad Pública española.

- "*Cosas que Fueron*" (septiembre 2014). José Alberto Palanca Martínez-Fortún.
  Editado por: Mª Cruz y Mª Trinidad Menárguez Palanca.

Este segundo volumen recoge básicamente aquellos artículos en los que el autor relata distintas situaciones y anécdotas que vivió a lo largo de su vida profesional, publicados en diferentes revistas de la época. La mayor parte de ellos son artículos publicados en la revista Gaceta Médica Española y forman parte de una serie que él tituló "Cosas que fueron", razón por la cual hemos dado su nombre a este volumen. Este nombre posiblemente tenga su origen en un libro que Pedro Antonio de Alarcón publicó con el mismo título, en el que el autor recogía sus artículos costumbristas.

- "*Deva estación de verano 1936*" (noviembre 2015). José Alberto Palanca Martínez-Fortún.
  Editado por: Mª Cruz y Mª Trinidad Menárguez Palanca.

Este tercer volumen recoge las difíciles experiencias vividas del autor con su familia en el verano de 1936 en Deva, un pueblo de la provincia de Guipúzcoa, al comienzo de la guerra civil española. Son unas notas escritas sin pretensiones literarias, como el mismo refiere al comienzo, pero con una gran amenidad, con el único objetivo de señalar lo que allí ocurrió, para que no caiga en el olvido.

- "*Nuestros antepasados un estudio antropológico de las familias Wilson, Palanca y Martínez-Fortún*" (diciembre 2016). Mª Cruz y Mª Trinidad Menárguez Palanca.

Esta recopilación de Memorias de las familias "Wilson, Martínez-Fortún y Palanca", trata de recordar a nuestros antepasados relatando sus vivencias personales, la época que les tocó vivir y las peripecias por las que pasaron. Esta recopilación no ha tratado de ser completa, ya que son muchas las anécdotas e incidentes que han ocurrido a lo largo de todos estos años, lo puede suponer una idea que refleja cómo se desarrolló la historia de la familia en varias de sus ramas genealógicas durante este periodo de la historia y de cómo se desarrollaron poco a poco las vidas de estos personajes que se fueron incorporando a la familia durante este periodo que comienza en 1788 y llega hasta nuestros días.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Firma de José Alberto Palanca Martínez-Fortún (6) 7
Figura 2. Busto realizado en bronce de José Alberto Palanca Martínez-Fortún ubicado en la RANM (6).....33
Figura 3. Mapa de localización de la ciudad de Placetas (isla de Cuba) (3).....34
Figura 4. Palanca al fondo, de pie y a la izquierda, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada en 1906 (6) 36
Figura 5. Entrega al Dr. Palanca de la Medalla de catedrático. Revista de Sanidad Militar. Madrid 1 de enero de 1923 (11) 38
Figura 6. Sillón Número 17 de la RANM (17).....39
Figura 7. Dr. Sandalio de Pereda y Martínez, Dr. Ángel Fernández-Caro y Nouvillas, Dr. José Alberto Palanca y Martínez-Fortún, Dr. José Bravo Oliva y el Dr. Juan del Rey Calero (17).....40
Figura 8. Dr. José A. Palanca Martínez-Fortún (17) 41
Figura 9. Dr. Palanca año 1928 (20).....42
Figura 10. Bacilos responsables de la bronco-pneumonía Gripal (28) 59
Figura 11. Microorganismos cultivados en frotis de pacientes con complicaciones derivadas de la bronco-pneumonía Gripal (28).....59
Figura 12. Los tres tipos de bacilos y cultivos que se presenta en su artículo Meningitis en el Laboratorio de Bacteriología (31) 64
Figura 13. Mapa antipalúdico de la provincia de Madrid. Año 1925 (41).....72
Figura 14. Dr. Palanca. Inspector provincial de Sanidad 1928 (44) 73
Figura 15. Portada del libro "Notas acerca de la Organización Sanitaria Norteamericana". Edificio de la Escuela de Sanidad en Baltimore. 1926 (51) 87
Figura 16. Fotografía aérea de la Universidad John Hopkins, en la ciudad de Baltimore (EE.UU.) (51).....88
Figura 17. Mapa del recorrido de la estancia de Palanca en los EE.UU. (51).....88
Figura 18. Fotografías de los diferentes tipos de aulas de la Escuela de Baltimore de los EE.UU. (51) 90

Figura 19. Esquema de la organización sanitaria en el Estado de New York (EE.UU.) (51).....91
Figura 20. Esquema demostrativo de las actividades de las enfermeras (51) 93
Figura 21. Una Escuela Rural americana (51) 94
Figura 22. Folletos, carteles, grabados, dibujos y cuentos de apoyo para los maestros utilizados en las escuelas americanas (51).....94
Figura 23. Portada del libro "Medio siglo al servicio de la Sanidad Pública" (14).....98
Figura 24. Mapa pluviométrico de España (62)..... 100
Figura 25. Vehículos de recogida de basuras (62)..... 102
Figura 26. Una pequeña estación de incineración de basuras aplicable al medio rural (62) 103
Figura 27. Horno Crematorio de Siemens (62)..... 103
Figura 28. Disposición de las habitaciones rurales (62)..... 104
Figura 29. Diferentes formas de colocación de los equipos militares (62)..... 105
Figura 30. Coche de agua potable modelo Touring Club utilizado en Francia (62) 105
Figura 31. Solemne Sesión Inaugural de la RANM del Curso Académico 1955 (66) 112
Figura 32. Primer Curso Eugénico Español celebrado en Madrid, 1930. Reunión preparatoria del curso, celebrada en la Redacción de Gaceta Médica Española, bajo la presidencia del profesor S. Recasens y con asistencia de los señores Palanca (segundo por la izquierda), Hoyos Sainz, Samper, Huerta, Noguera, Sainz de los Terreros, Carrillo Guerrero, Bauer, etc. (69) 114
Figura 33. Portada del libro "Defensa Pasiva" (76) 121
Figura 34. Homenaje al Dr. Palanca (1942) en el despacho del director general de Sanidad (segundo por la izquierda), se celebró un íntimo acto de homenaje a su figura el 23 de enero de 1942 (77)..... 122
Figura 35. Cámara de Cianhidrización (80) 126
Figura 36. Artículo del Periódico ABC, donde se describe la instalación de 64 Cámaras de Cianhidrización en las cárceles. 26 de junio de 1946 (82) 128
Figura 37. Fotografía de la portada del libro Guía de la madre y de la enfermera (83)..... 129
Figura 38. Portada del libro Higiene Rural (84) 130
Figura 39. Mapa de distribución de los Centros para la realización de Cursos de Perfeccionamiento Médico (85) 132
Figura 40. Portada del libro "Energía Nuclear en Paz y en Guerra". Piédrola y Amaro, Prólogo; Palanca (94) 137
Figura 41. Dr. Carlos Rico Avello (82)..... 138
Figura 42. Portada del libro Historia de la Sanidad Española (1900-1925). Carlos Rico Avello. Prólogos José Alberto Palanca y García Orcoyen (95)..... 139
Figura 43. José Alberto Palanca. 1923 (95) 142
Figura 44. Clausura del Curso de divulgación de tuberculosis para maestros madrileños. Periódico ABC, 21 de febrero de 1940 (107)..... 147
Figura 45. II Reunión Nacional de Sanitarios Españoles. Barcelona 1947 (6) 150
Figura 46. Sede del IV Congreso Internacional de Leprología, ubicada en la Universidad Complutense de Madrid (6)..... 153

Figura 47. Dr. Gay a la izquierda de la fotografía, Dr. Contreras a la derecha y el Dr. Palanca en el centro. IV Congreso Internacional de Leprología (6) 154
Figura 48. El Dr. Palanca en el centro de la fotografía, durante la inauguración del IV Congreso Internacional de Leprología (6)..... 154
Figura 49. Inauguración de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, el 8 de julio de 1944, después de su remodelación. Ministro Ibáñez, Rector de la Universidad, Gobernador Sr. Fontana, el alcalde y Palanca (6) 158
Figura 50. Palanca en el centro, a la izquierda el Decano de Farmacia y a la derecha Carlos Palanca (sobrino de Palanca), durante la reunión de profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada (6) 159
Figura 51. Excmo. Sr. Dº Ángel Fernández-Caro y Nouvillas (6) 181
Figura 52. Distribución de agua en los años treinta del siglo XX (16) 184
Figura 53. María "la Tifoidea o la Tifosa". Ilustración de un periódico en el año 1909. Primera persona en los EE.UU., a la que se identificó como un portador sano de los patógenos asociados con la fiebre tifoidea. María fue puesta en cuarentena en dos ocasiones por las autoridades de salud pública, y murió después de casi tres décadas en cuarentena total (125)..... 188
Figura 54. Comité elegido por los inspectores municipales de Sanidad de Madrid Comité de la Inspección Municipal de Sanidad de Madrid elegido en 1930, con su director general el Dr. D. José Alberto Palanca y Martínez-Fortún (129)..... 191
Figura 55. Recepción del Dr. Verdes Montenegro en la Real Academia de Medicina. 25 de febrero de 1935. Dres. Carro, Cortezo, Del Villar, Alarcón, Cospedal, Olea, Verdes, F. Alcalde, Sarabia, Decref, Estadella (Ministro de Trabajo), Martín Salazar, Hoker y Palanca (6)..... 193
Figura 56. Fiesta de la Flor realizada en la década de los años cuarenta. Entrevista de prensa con el Dr. Palanca (6) 196
Figura 57. Estación de despiojamiento (135). 200
Figura 58. Enfermeras Visitadoras Sanitarias, haciendo un despiojamiento en un domicilio (135) 201
Figura 59. Equipos de planchadoras y peluqueras domiciliarias que desparasitaban y desinfectaban a los pacientes, junto con una Visitadora Sanitaria en un domicilio de un paciente afectado (135) 201
Figura 60. Dr. Juan Bosch Marín (17)..... 206
Figura 61. De izquierda a derecha, el profesor D. José Gay Prieto, el Dr. José Alberto Palanca y Martínez-Fortún, Dr. Ricardo Royo-Villanova y Morales -el rector de la Universidad Central-, y el Dr. Sáenz de Miera - jefe nacional del SOE- (144)..... 208
Figura 62. Recepción del Dr. Tello en la RANM (95)..... 210
Figura 63. Fotografía realizada durante la recepción del Dr. Marañón en la Real Academia Nacional de Medicina. Rodean a Marañón; el Ministro Silió y los Académicos Cortezo, Pulido, Cortejarena, Martín Salazar, Pittaluga, Goyanes, Fernández-Caro etc. (95) 211
Figura 64. Dr. Carlos Blanco Soler (154) 215
Figura 65. Fotografía tomada en el Casino de Madrid, el 5 de octubre de 1962, durante una comida de Académicos (6) 218
Figura 66. Dr. Carlos Jiménez Díaz (6)..... 219

Figura 67. Fotografía realizada durante el homenaje a Palanca el 25 de noviembre de 1965. El profesor Palanca está de pie acompañado por la derecha de D. Blas Pérez González –Ex ministro de la Gobernación-, D. José Botella Llusiá –Rector de la Universidad Central de Madrid-, D. Manuel Bermejillo –Vicepresidente de la Academia-, Benigno Lorenzo Velázquez –Decano de la Facultad de Medicina de Madrid- y por su izquierda; D. Teófilo Hernando Ortega –Académico de Honor de la Academia-, D. Jesús García Orcoyen – director general de Sanidad-, D. Juan Jiménez Torres –general inspector de Sanidad Militar- y D. Valentín Matilla Gómez –secretario perpetuo de la Corporación Académica- (166)..... 220
Figura 68. Reunión en redacción Gaceta Médica Española. El Dr. Palanca reúne en la redacción de "Gaceta Médica Española" a médicos escolares, maestros, arquitectos e ingenieros sanitarios para dar comienzo a la organización de una gran cruzada sanitaria de colaboración médico-pedagógica. 1929 (172) 224
Figura 69. Despoblado de Polvoranca en 1930 (174)..... 229
Figura 70. La Casa del Niño. Sala del baño. Madrid (175)..... 230
Figura 71. La Casa del Niño. Comedor. Madrid (175)..... 230
Figura 72. Sesión inaugural de la Sociedad Española de Tisiología año 1933 (179) .. 232
Figura 73. Visita al Instituto Forlanini en Roma, año 1941 (6)..... 251
Figura 74. Visita al Instituto Forlanini en Roma, año 1941. Doctores Botai, Palanca, Boente, Clavero y Benitez (6). 251
Figura 75. Trasatlántico Magallanes. 1942 (205) 260
Figura 76. Primera Casa del Médico Rural de España. Misa de campaña en el solar en donde se iba a construir la primera Casa del Médico Rural en España, en Gallur (Zaragoza) (210) 264
Figura 77. Monumento al Dr. Martín Salazar en el sanatorio de La Pedrosa en Santander (6)..... 269
Figura 78. Inauguración de la "Casa del Médico". Centro Primario de Sanidad en Gerona. 1952 (6) 269
Figura 79. Grabado tipo de Casa de Médico tomado de la Diputación de Asturias (214)..... 273
Figura 80. Solemne Sesión Inaugural Curso 1952 en la RANM (216)..... 274
Figura 81. Carlos Finlay de Barres (218)..... 275
Figura 82. Fiesta de la Flor año 1913 (20) 277
Figura 83. Fotografía tomada durante el acto del décimo aniversario del Patronato Nacional Antituberculoso en el año 1947 (6)..... 280
Figura 84. Mapa aéreo del Lazareto de Mahón (224) 283
Figura 85. Los apóstoles de la vacunación anticolérica 1885; de izquierda a derecha: Comenge, Tolosa Latour, Pauli, Gimeno, Ferrán, Pulido, Moreno, Zancudo y Serret (95)..... 283
Figura 86. "Fidelius", escultura encargada por Palanca al escultor Manuel Ramos, ubicada en la puerta del lazareto de Mahón (6) 286
Figura 87. Dr. Gregório Marañón (6)..... 287
Figura 88. Inauguración de la Leprosería de Trillo (Guadalajara). 1941 (6) 290
Figura 89. Palanca y otras diferentes autoridades en la Leprosería de Fontilles (Alicante). 27 de junio de 1941 (6) 290

Figura 90. Palanca imponiendo la Cruz de Sanidad en el año 1949 al Dr. Ossorio (6) 291
Figura 91. Monumento de homenaje a Fleming realizado por Laiz Campos y encargado por los toreros y ubicado en la Plaza de Toros de las Ventas de Madrid (237)..... 294
Figura 92. Monumento a Cajal ubicado en el Parque del Retiro de Madrid y realizado por Victorio Macho en 1926 (238)..... 295
Figura 93. Fuente-Monumento al Dr. Ferrán en la calle Princesa de Madrid. Fue obra de los arquitectos Manuel Herrero Palacios y J. Manuel Bringas y el escultor Federico Coullaut-Valera, y fue inaugurado en febrero de 1952 (239)..... 295
Figura 94. El Dr. Gómez Ulla toma posesión del cargo de presidente del Consejo General de Colegios Médicos en un acto celebrado en el Colegio de Médicos de Madrid, el 13 de octubre de 1941. La mesa presidencial muestra al Dr. Gómez Ulla durante su discurso (a la derecha), y a la derecha de este, el Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación, el director general de Sanidad, Dr. Palanca; el general de Farmacia, Dr. Helguera, y el Dr. Núñez, que fue presidente interino del Consejo General de Colegios (245)..... 300
Figura 95. Imágenes del entierro del Dr. Gómez Ulla (6)..... 300
Figura 96. Acto inaugural del Patronato Nacional Antituberculoso 1944. De pie a la derecha, el Dr. Benítez Franco (6)..... 301
Figura 97. El Real Patronato de Las Hurdes. S.M. el rey Alfonso XIII, el Ministro Piniés, el obispo de Coria Dr. Pedro Segura y los doctores Marañón y Goyanes (95) . 304
Figura 98. Doctores Palanca y Bardají en Badajoz en el año 1948 (6)..... 313
Figura 99. Inauguración del sanatorio de Portacelli. A la izquierda de la foto, el Ministro de la Gobernación, el Sr. Blas Pérez González (6)..... 332
Figura 100. En el centro de la fotografía el director de la Escuela Nacional de Sanidad y grupo de concurrentes al banquete ofrecido al nuevo director de la Escuela Nacional de Sanidad, el profesor Pittaluga. Palanca sentado tercero por la derecha (284)..... 337
Figura 101. Inauguración del Instituto Provincial de Sanidad de Cádiz (6)..... 343
Figura 102. Inauguración del sanatorio de Santa Cruz de Tenerife (6)..... 343
Figura 103. Inauguración del sanatorio de Santa Cruz de Tenerife (6)..... 344
Figura 104. Inauguración del sanatorio Dr. Guillón en la isla de La Palma (6)..... 344
Figura 105. Clínica Dr. Palanca, ubicada en Laredo (Santander) (66)..... 346
Figura 106. Aeropuerto de Ginebra (Suiza), viaje de Palanca a una de las Sesiones de la OMS (6)..... 350
Figura 107. Original de la carta que adjunta Palanca desde Laredo al Dr. Noguera como respuesta de su entrevista el 8 de septiembre de 1958 (315)..... 351
Figura 108. Homenaje al Dr. D. Enrique Noguera 1942 Consejo General de los Colegios Médicos. Acto de entrega del Libro de Honor y Busto del Caudillo, homenaje de los médicos de España al Dr. D. Enrique Noguera (en el centro). Le acompañan los Dres. Palanca y Vallejo Nájera (los dos primeros por la derecha desde el Dr. Noguera), Gómez Ulla y Vital Aza (los dos primeros por la izquierda del Dr. Noguera) (316)..... 351
Figura 109. Fachada y automóviles de transporte del Laboratorio de Madrid. 1924 (317)..... 352
Figura 110. Laboratorio de Madrid. 1924 (317)..... 353

Figura 111. Fachada del Dispensario Antivenéreo "Martínez Anido" (318)..... 356
Figura 112. Inauguración del dispensario "Martínez Anido" (El Dr. Palanca a la izquierda). Portada del periódico ABC el 25 de mayo de 1928 357
Figura 113. Uno de los 6.000 carteles editados de la propaganda por el Comité Ejecutivo de la Lucha Antivenérea (LAV) por el pintor Ángel de la Fuente (318)..... 358
Figura 114. Carteles de propaganda para la prevención del Tracoma (321) 363
Figura 115. Carteles de propaganda para la prevención de la lepra (321)..... 363
Figura 116. Carteles de propaganda para la prevención de la sífilis y la sarna (321)... 363
Figura 117. Carteles de propaganda para el fomento de la lactancia (321) 364
Figura 118. Varias fotografías de Centros Secundarios de Higiene inaugurados durante el año 1946 (323) 365
Figura 119. Institutos Provinciales de Sanidad y Centros Secundarios de Higiene Rural en el año 1946 (323) 365
Figura 120. Inauguración de Instituto Provincial de Sanidad de Bilbao (327) 366
Figura 121. Institutos Provinciales de Sanidad y Centros Secundarios de Higiene Rural en el año 1950 (327). 367
Figura 122. Varias fotografías de Centros Secundarios de Higiene inaugurados durante el año 1950 (327) 367
Figura 123. Mapa de España Institutos Provinciales de Sanidad y Centro Secundarios de Higiene Rural en diciembre de 1952, dependientes de la DGS en 1952 (329)..... 370
Figura 124. Logotipo del Congreso de los Diputados de España (18) 381
Figura 125. Acta del Congreso de los Diputados de España, donde se le nombró por primera vez diputado a José Alberto Palanca Martínez-Fortún. 23 de noviembre de 1933 (18) 382
Figura 126. Portada de la Revista Profesión Médica dedicada a artículos de compañeros con recuerdos dedicados al Dr. Palanca (340)..... 394
Figura 127. Artículo de la Revista Profesión Médica del Dr. Guardiola (343)..... 395
Figura 128. Cena en el restaurante Lardy con la Sociedad de Escritores Médicos. Enero 1941 (6)..... 396
Figura 129. Profesor Palanca 1926, nombrado subdirector de la Gaceta Médica Española, comandante de Sanidad Militar y Auxiliar de Anatomía (344) 396
Figura 130. Conferencia del Dr. Cordero Soroa en el dispensario del Dr. Martínez Anido. 1928. De izquierda a derecha; Dres. Gimeno, López Prior, Becares, Cordero Soroa, Palanca, Fernández de la Portilla y Julio Bravo (346)..... 397
Figura 131. Revista Profesión Médica. Palanca y Murphinyn (340) 398
Figura 132. José Alberto Palanca. 1970 (345)..... 399
Figura 133. Fotografía realizada durante la asistencia del Dr. Palanca al Instituto Carlo Forlanini de Roma (353) 400
Figura 134. Organigrama del Ministerio de la Gobernación y DGS en el año 1926 (359) ..415
Figura 135. Organigrama de la Escuela Nacional de Sanidad en el año 1932 (21) 416
Figura 136. Esquema de la Organización Sanitaria del Gobierno durante la etapa de la Asesoría Técnica de Sanidad (360) 418
Figura 137. Esquema de la Organización Sanitaria del Gobierno durante la etapa de la Jefatura Superior de Sanidad (360)..... 419
Figura 138. Organigrama del Ministerio de la Gobernación y DGS (329) 421

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Datos de Mortalidad y Morbilidad/1.000 habitantes de fiebre tifoidea en el Ejército español durante los años 1887 a 1909 (8) 51
Gráfico 2. Impacto de la fiebre tifoidea en Invasiones y porcentaje de mortalidad, durante las guerras de Alemania, Rusia, Cuba e Inglaterra en el siglo XIX (8) 52
Gráfico 3. Número de fallecimientos y mortalidad/100.000 habitantes, por tifus exantemático en la ciudad de Madrid durante los años 1889 a 1926 (43) 75
Gráfico 4. Número de invasiones por poliomielitis ocurridas durante la epidemia de Madrid en el otoño del año 1929 (47) 77
Gráfico 5. Situación de la epidemia de poliomielitis en Europa durante el año 1929 (47) ... 78
Gráfico 6. Tasas de Mortalidad y Natalidad global en España desde el año 1936 a 1942 (120) 163
Gráfico 7. Número de fallecimientos por viruela desde 1936 a 1941 (120)..... 164
Gráfico 8. Número de fallecimientos por difteria ocurridos durante los años 1936 a 1942 en España (120)..... 165
Gráfico 9. Número de pacientes paludismo desde 1924 a 1956 (120) 167
Gráfico 10. Plan Nacional de la Lucha contra la Tuberculosis (120) 170
Gráfico 11. Mortalidad por diferentes tipos de tuberculosis (Aparato Respiratorio, Osteo-Articular, Meníngea y otras localizaciones), desde el año 1941 a 1945 (120) .. 171
Gráfico 12. Mortalidad por tuberculosis pulmonar y otros tipos de tuberculosis desde el año 1946 a 1955 (120) 172
Gráfico 13. Catálogo de pacientes de lepra por edades. Año 1952 (120)..... 173
Gráfico 14. Formas clínicas de presentación de la enfermedad de la lepra (120) 173
Gráfico 15. Tasas de mortalidad y natalidad infantil por mil de la población española desde el año 1944 a 1957 (120) 176
Gráfico 16. Mortalidad general en España por mil habitantes desde 1900 a 1957 (120)..... 178
Gráfico 17. Tasa de mortalidad/10.000 habitantes de fiebre tifoidea en España desde el año 1901 a 1948 (16). 186
Gráfico 18. Cifras de paro obrero en España en el año 1934 (133) 194

Gráfico 19. Tasas de Mortalidad y Natalidad de la población desde el año 1936 a 1942 (135). 197
Gráfico 20. Mortalidad relacionada con tuberculosis pulmonar y con otros tipos de tuberculosis durante los años 1936 a 1941 (135)..... 197
Gráfico 21. Mortalidad por casos de Viruela desde el año 1936 a 1941 (135)..... 198
Gráfico 22. Mortalidad por casos de difteria desde el año 1936 a 1941 (135)..... 199
Gráfico 23. Mortalidad por casos de tifus exantemático desde el año 1936 a 1941 (135)..... 202
Gráfico 24. Casos de paludismo desde 1924 a 1956 (153) 214
Gráfico 25. Mortalidad por fiebre tifoidea en España, desde 1901 a 1948 (212) 267
Gráfico 26. Mortalidad Infantil en España durante los años 1901 a 1948 (212) 268
Gráfico 27. Relación entre la mortalidad general del país, la cuantía de presupuestos generales dedicados a Sanidad y el crecimiento de la población española desde 1900 a 1948 (212)..... 270
Gráfico 28. Presupuesto destinado a la Lucha Antipalúdica en España durante los años 1920 a 1928 (248) 302
Gráfico 29. Desarrollo de la epidemia palúdica en España 1936 a 1957 (248) 303
Gráfico 30. Presupuestos de Sanidad del Estado y Tasa de Mortalidad/1.000 habitantes. Año 1900-1948 (255)..... 310
Gráfico 31. Número de casos y fallecimientos por tifus exantemático producidos durante el año 1939 en España (320)..... 359
Gráfico 32. Número de casos y fallecimientos por Viruela producidos desde noviembre de 1938 a septiembre de 1939 en España (320) 360
Gráfico 33. Número de defunciones (miles) registradas en España desde los años 1940 a 1950 (328)..... 368
Gráfico 34. Tasa de Mortalidad Infantil española desde los años 1960 a 2011 (337) 379

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación de elecciones en las que José Alberto Palanca, fue Diputado (18) ...43
Tabla 2. Acciones político-sanitarias realizadas durante los años en que el Dr. Palanca ocupó el cargo de director general de Sanidad (21) 43
Tabla 3. Descripción de los diferentes cargos, oposiciones y condecoraciones que obtuvo el Dr. Palanca a lo largo de su carrera profesional (22) (23) (7) 45
Tabla 4. Distribución de casos de fiebre tifoidea en el Ejército español desde 1887 a 1909; morbosidad y mortalidad por 1.000 habitantes (8) 50
Tabla 5. Impacto de la fiebre tifoidea en Invasiones y porcentaje de mortalidad, durante las guerras de Alemania, Rusia, Cuba e Inglaterra en el siglo XIX (8) 51
Tabla 6. Medidas para luchar contra la fiebre tifoidea en el Ejército (8).....52
Tabla 7. Características de cada uno de los análisis del LCR de los microorganismos causantes de la meningitis (24).....54
Tabla 8. Características de las diferentes especies de Plasmodium en función de su estructura y forma de invasión (27).....57
Tabla 9. Parámetros de laboratorio de análisis del LCR que ayudaban al diagnóstico de sífilis a los médicos clínicos en las diferentes formas de presentación de la enfermedad (35) 67
Tabla 10. Casos de Paludismo declarados en los diferentes distritos de la Provincia de Madrid en el año 1925 (41) 71
Tabla 11. Composición media de las aguas del río Manzanares en distintos puntos de su trayecto, antes de la unión con el río Jarama (43) 73
Tabla 12. Composición media de las aguas del río Jarama, en distintos puntos de su trayecto, después de la unión con el río Manzanares (43).....74
Tabla 13. Defunciones en Madrid durante los años 1917 a 1926, producidas con la fiebre tifoidea (43) 75
Tabla 14. Epidemias de poliomielitis previas al año 1929 (47) 78
Tabla 15. Edades en que se presentaron los casos de poliomielitis en el año 1929 (47) 78

Tabla 16. Acuerdo realizado en relación con la clasificación de las aguas según su composición (48) 80
Tabla 17. Caudales medios de los ríos Llobregat y Cardoner. Años 1945 a 1948 (48) ..80
Tabla 18. Evaluación de las zonas observadas por la Comisión (10) 82
Tabla 19. Estadística de morbosidad y mortalidad por paludismo en los territorios de Ceuta, Tetuán y Larache (10) 82
Tabla 20. Estadística de morbosidad por paludismo en el territorio del Riff (10) 83
Tabla 21. Número de invasiones de paludismo y número/1.000 de sus efectivos, según los diferentes cuerpos militares (10) 83
Tabla 22. Resumen de las bases para luchar contra el paludismo en la zona del Protectorado español en Marruecos (10) 84
Tabla 23. Número de estancias por año causadas en los hospitales de las zonas palúdicas, precio medio por estancia y total del coste que supusieron los ingresos (10) 85
Tabla 24. Resumen del presupuesto gastado por el Estado en hospitalizaciones producidas por el paludismo durante los años 1917 a 1920 (10) 86
Tabla 25. Distribución de capítulos del libro escrito por J.A. Palanca "Manual de Higiene General". 1926 (50) 86
Tabla 26. Descripción de capítulos del libro "Infecciones de tipo gripal" del profesor Piga y Pascual (61) 99
Tabla 27. Índice de materias desarrolladas en el Tomo I del libro "Tratado de Higiene y Epidemiología" (62) 101
Tabla 28. Índice de materias desarrolladas en el Tomo I Final del libro "Tratado de Higiene y Epidemiología" (62) 101
Tabla 29. Distribución de capítulos y autores del libro "Orientaciones Actuales en Sanidad Pública" (63) 106
Tabla 30. Índice de materias del libro "Sinopsis de Higiene y Sanidad" (65) 108
Tabla 31. Índice de materias que se desarrollan en el libro "El peligro de la peste en España" (67) 113
Tabla 32. Índice de capítulos del libro "Técnica epidemiológica y elementos de desinfección aplicados al medio rural" (70) 115
Tabla 33. Temas tratados en el libro "El gran problema farmacéutico" (71) 116
Tabla 34. Causas de bajas en las diferentes guerras y años (73) 117
Tabla 35. Cifras de fallecimientos referentes al Ejército francés en la Gran Guerra (73) 117
Tabla 36. Temas tratados en el libro "Higiene y Epidemiología Militar en Campaña" (73) .. 118
Tabla 37. Índice de capítulos del libro "El Problema del Cáncer, sus aspectos científicos más interesantes" (74) 119
Tabla 38. Provincias españolas más afectadas por tifus exantemático y distribución de casos (75). 120
Tabla 39. Índice de capítulos del libro "Tifus exantemático": etiología, clínica y profilaxis (75). 121
Tabla 40. Índice de capítulos del libro "Defensa Pasiva" (76) 122
Tabla 41. Temas desarrollados en el libro "*Alcantarillado y depuración de aguas residuales*" (78) 124
Tabla 42. Temas tratados en el libro Climatología e Hidrología Médicas (79) 125
Tabla 43. Temas tratados en el libro Técnicas de Laboratorio en el Tifus Exantemático (80) 127

Tabla 44. Índice de temas tratados en este libro "Trabajos realizados en la campaña de lucha contra el Tifus Exantemático" (81) 127
Tabla 45. Índice de capítulos del libro "Guía de la madre y de la enfermera" (83) 130
Tabla 46. Índice de capítulos del libro Higiene Rural (84) 131
Tabla 47. Distribución de provincias españolas en los diferentes Centros de Perfeccionamiento Médico (85) 132
Tabla 48. Índice de capítulos del libro "Administración y Legislación Sanitarias" (86) 133
Tabla 49. Índice de capítulos tratados en el libro "Plasmón" (87) 134
Tabla 50. Índice de capítulos del libro "Estudio Bio-Demográfico-Sanitario de la ciudad de Jaén". 1953 (90) 135
Tabla 51. Temas tratados en el libro "Puericultura social" (91) 136
Tabla 52. Índice de capítulos del libro "Energía Nuclear en Paz y en Guerra" (93) ... 138
Tabla 53. Temas desarrollados en el libro "Historia de la Sanidad Española" (1900-1925) (95) 139
Tabla 54. Proposición que se llevó al pleno de la Conferencia con la lista de enfermedades profesionales (104) 144
Tabla 55. Grupo de aspectos a desarrollar por la Medicina Preventiva (109)..... 149
Tabla 56. Número de casos de paludismo y número de fallecimientos y porcentaje de mortalidad (111)..... 151
Tabla 57. Mortalidad infantil antes de un año de vida y la Mortalidad general (111)151
Tabla 58. Focos más importantes de la enfermedad de la lepra en España. Proporción por 1.000 habitantes (113) 152
Tabla 59. Distribución de los diferentes focos de lepra en España en relación con el número de habitantes (114)..... 155
Tabla 60. Antecedentes históricos en España de la lucha contra la enfermedad de la lepra (115)..... 156
Tabla 61. Plan Nacional que se puso en marcha en España para la Lucha contra la Lepra (115) 157
Tabla 62. Años 1900 a 1918. Incidencia de la mortalidad de las distintas epidemias ocurridas en nuestro país durante el comienzo del siglo XX (120)..... 162
Tabla 63. Descripción de los centros y proyectos realizados durante la primera época (120)..... 162
Tabla 64. Acciones desarrolladas, para el control de las epidemias durante la Guerra Civil española (120)..... 163
Tabla 65. Distribución del porcentaje de casos de tipos de paludismo desde 1936 a 1943 (120) 168
Tabla 66. Distribución de casos de paludismo en diferentes países durante los años 1939 a 1945 (120) 168
Tabla 67. Tasas de mortalidad por 100.000 habitantes, mortalidad absoluta y mortalidad cruda por regiones en España (120) 170
Tabla 68. Presupuesto destinado a la Lucha contra la tuberculosis años 1945 a 1957 (120) 171
Tabla 69. Descripción de diferentes tipos de epidemias de fiebre tifoidea, que ocurrieron durante los años 1912 a 1928 en España (16) 187

Tabla 70. Datos que presenta Palanca en relación con la publicación de D. José Sainz en 1934 (133) 194
Tabla 71. Presupuesto de países europeos en la Lucha contra la Tuberculosis en 1934 (133) 195
Tabla 72. Desarrollo de los acontecimientos a lo largo de los años (153)..... 213
Tabla 73. Sistema de calificación del servicio sanitario en ciudades de más de 25.000 habitantes del Estado de New York (171) 225
Tabla 74. Presupuesto de gastos totales de los servicios sanitarios de una ciudad de 100.000 habitantes (173) 228
Tabla 75. Resumen de los aspectos del cuerpo médico, de los países en los que estaba implantado el Seguro de Enfermedad (185) 238
Tabla 76. Número de invasiones y tasa de mortalidad según países declaradas en la OIHPP (189) 240
Tabla 77. Clasificación que hizo Ricardo Jorge en relación con los tipos de fiebre amarilla (189) 241
Tabla 78. Desarrollo de la epidemia de tifus exantemático por provincias españolas afectadas durante los años 1940 y 1941 (193) 246
Tabla 79. Desarrollo de la epidemia de tifus exantemático por provincias afectadas. Parte semanal del 13 de julio de 1941. Número de invasiones y mortalidad relacionada (193) 247
Tabla 80. Organización sanitaria de la Sanidad Pública en Madrid (199) 254
Tabla 81. Características de las epidemias de tifus exantemático acaecidas en la primera mitad del siglo XX (204) 262
Tabla 82. Coste de la Campaña de la Lucha Antituberculosa durante los años 1937 a 1953 (220) 279
Tabla 83. Defunciones por tuberculosis en España 1950-1953 (220) 280
Tabla 84. Diferentes temas que trata el Prof. Palanca durante su conferencia "Diferencias entre la Organización Sanitaria de principio de siglo y la actual" (234)... 293
Tabla 85. Desarrollo de los acontecimientos en la aparición de los dos brotes de fiebre tifoidea en una ciudad pequeña (240) 296
Tabla 86. Libro sobre La crisis de la Medicina Liberal, índice de capítulos desarrollados en este libro (253) 307
Tabla 87. Recursos de que se disponían en la DGS, durante los últimos años de la gestión de Palanca (255) 311
Tabla 88. Presupuesto para el bienio, transcritas del "Boletín Oficial de las Cortes" (255)... 311
Tabla 89. Características de ejemplos de brotes epidémicos acaecidos en España (263).. 315
Tabla 90. Obras municipales de carácter sanitario realizadas durante el año 1924 (317) 354
Tabla 91. Temas tratados a lo largo de las Juntas provinciales de Sanidad (318)..... 355
Tabla 92. Servicios prestados por los Subdelegados de Medicina de los distritos de la capital (318) 356
Tabla 93. Datos de consultas realizados en el dispensario Antivenéreo "Azua". (318)358
Tabla 94. Aparición de la enfermedad, según los pacientes estubieran o no vacunados (320) 360
Tabla 95. Diferentes formas clínicas que se presentaron en función de los estados de vacunación de los casos (320) 361

Tabla 96. Epidemias de fiebre tifoidea ocurridas durante el año 1950; causas, características y medidas que se utilizaron para su control (328)..... 369
Tabla 97. Porcentaje de afectados y número de defunciones por tuberculosis durante los años 1949 y 1950 (328)..... 369
Tabla 98. Focos de epidémicos de fiebre tifoidea ocurridos durante el año 1952 (330).. 371
Tabla 99. Aportaciones dedicadas a la Lucha Antituberculosa en España desde 1949 a 1952 (330)..... 372
Tabla 100. Evolución de los nacimientos, defunciones y el saldo migratorio estimado en periodos decenales del siglo XX en España (335) 378
Tabla 101. José Alberto Palanca. Fechas, empleos y grados obtenidos en el Ejército (23)... 388
Tabla 102. Servicios, vicisitudes, guarniciones, campañas y acciones de guerra (23).. 388
Tabla 104. Ley de Bases. Base 1. Servicios Centrales (19)..... 403

BIBLIOGRAFÍA

1. Ávila. Banco de imágenes de la Real Academia de Medicina. Madrid [13 de diciembre del 2018]; Disponible en: http://www.bancodeimagenesmedicina.es/index.php?-view=detail&id=1382&option=com_joomgallery&Itemid=659.
2. Daudén Sala C. Historia de la Dermatología. Trayectoria histórica del Dispensario Martínez Anido (Centro Sanitario Sandoval). Piel. 2004;19(8):407-16.
3. EcuRed. Localidad Hermanos Ameijeiras. La Habana (Cuba). 2010 [15 de noviembre del 2018]; Disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/Archivo:Localidad_Hnos_ameijeiras.jpg.
4. Noguera E. "Al habla con el Dr. Palanca", interviú veraniego. Laredo, 08 de septiembre. Profesión Médica. 1952;251.
5. Tortosa. Palanca estudiante. Academia de Sanidad Militar 1930:6-16.
6. Colección de álbumes familiares.
7. Matilla V. Galería de Presidentes de la Academia Nacional de Medicina. An R Acad Nac Med (Madr). 1982.
8. Palanca Martínez-Fortún JA. La fiebre tifoidea en el ejército, y su profilaxis. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 1913.
9. Palanca JA. Histología normal y patológica de los ganglios sensitivos y simpáticos del hombre. An R Acad Nac Med (Madr). 1918;38:9.
10. Pastor Ojero JR, A; Delgado, E; Blanco, J; Cid, R; Palanca, J. El paludismo en la zona del protectorado español en Marruecos y medios para combatirlo: Memoria oficial redactada para la Comisión encargada para el estudio del paludismo en Marruecos. Madrid: Talleres del Depósito de la Guerra; 1921.
11. Palanca JA. Lección inaugural de la Cátedra de Higiene con prácticas de Bacteriología. Facultad de Medicina de Sevilla. 1923:23.
12. Palanca JA. Consideraciones acerca de la Organización Sanitaria en los Estados Unidos. An R Acad Nac Med (Madr). 1927:584-99.
13. Molero Mesa. J JI. Salud y Burocracia en España. Los cuerpos de Sanidad Nacional (1855-1951). Rev Esp Salud Publica. 2000;74:45-79.

14. Palanca JA. Medio Siglo al servicio de la Sanidad Pública. 1 ed. Madrid: Cultura Clásica y Moderna; 1963.
15. Palanca Martínez-Fortún JA. Saludo. Archivos de Higiene y Sanidad Publica. 1925;1:1.
16. Palanca Martínez-Fortún JA. Discurso. Recepción pública como académico electo: El problema de la fiebre tifoidea en España. An R Acad Nac Med (Madr). 1929;1:1-86.
17. Real Academia Nacional de Medicina. Madrid. 2010 [25 de noviembre del 2018]; Disponible en: http://www.ranm.es/.
18. Congreso de los Diputados. Madrid 1977 [20 de noviembre del 2018]; Disponible en: http://www.congreso.es/portal/page/portal/Congreso/Congreso/SDocum/ArchCon/SDHistoDipu/SDIndHistDip?_piref73_1340024_73_1340023_1340023.next_page=/wc/servidorCGI&CMD=VERLST&BASE=DIPH&FMT=DIPHXLDA.fmt&DOCS=1-.
19. Ley de bases de Sanidad Nacional Dirección General de Sanidad; 1944 [01 de diciembre del 2018]; Disponible en: http://bib.us.es/derecho/servicios/common/Ley_1944_BasesDeOrganizacionDeLaSanidad.pdf.
20. Albarracin A. Historia del Colegio de Médicos. Filmacrom, editor. Madrid 2000.
21. Museo de Sanidad. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
22. *Curriculum Vitae*. Doctor D. José Alberto Palanca Martínez-Fortún. Madrid: Museo de Sanidad. 1958.
23. Defensa Md. Hoja de Servicios. José Alberto Palanca Martínez-Fortún. In: Militar IdHyC, editor. Archivo General Militar Segovia. 2012. p. 1-22.
24. Palanca JA. El examen del líquido cefalo-raquideo como medio diagnóstico en la meningitis aguda no tuberculosa. Los Progresos de la Clínica. 1915:22.
25. Palanca JA. El examen del Líquido Cefalo-raquídeo como medio diagnóstico y pronóstico en la meningitis no tuberculosa. Revista de Sanidad Militar. 1916;9:277.
26. Palanca JA. Sobre algunas alteraciones microscópicas de los ganglios sensitivos de la sífilis. Revista de Sanidad Militar. 1917;13:377-83.
27. Palanca JA. El diagnóstico del paludismo en el laboratorio. Los Progresos de la Clínica. 1917:22.
28. Palanca JA. Algunas consideraciones bacteriológicas sobre la bronco-pneumonía gripal. Plus Ultra. 1918;I:214-8.
29. Palanca JA. A propósito de la epidemia actual. Revista de Sanidad Militar. 1918;VIII.
30. Palanca JA. El papel del bacilo de Pfeiffer en la Gripe. Revista de Sanidad Militar. 1918;VIII.
31. Palanca JA. Tres casos interesantes de meningitis. (Gripal, meningocócica y piociánica). Plus Ultra. 1919;T. II:270-2.
32. Palanca JA. Tres casos interesantes de meningitis (gripal, meningocócica y piociánica). Revista de Sanidad Militar. 1920;9:282-3.
33. Palanca JA. Sobre un caso de angiocolitis supurada Revista de Sanidad Militar. 1919;4:89-94.
34. Palanca JA. La fiebre sifilítica. Revista de Sanidad Militar. 1919;14:417-20.
35. Palanca JA. Sobre el diagnóstico de la Parálisis General. Revista de Sanidad Militar. 1920;18:549-57.

36. Palanca JA. La coloración rápida del treponema. Plus Ultra. 1920;IV (21-22):67-71.
37. Palanca JA. Serología. La Medicina Ibera. 1922;II:318.
38. Palanca JA. El abastecimiento de aguas de Sevilla. Conferencia dada en el Real Colegio de Médicos de la provincia de Sevilla. 9 de Junio de 1923. Sevilla: Imprenta F. de P. Díaz y Compª; 1923.
39. Palanca JA. El abastecimiento de aguas de Sevilla. Revista de Sanidad Militar. 1923;22:634.
40. Palanca JA. Los cementerios y la higiene. Rev Esp Salud Publica. 1924;I:300-7.
41. Palanca JA. El paludismo en la provincia de Madrid. (informe presentado al Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones en su visita a San Lorenzo de El Escorial). Archivos de Higiene y Sanidad Publica. 1925:21.
42. Palanca JA. El paludismo en la provincia de Madrid. Rev Esp Salud Publica. 1925;I:444-62.
43. Palanca JA. La Depuración de las aguas del Manzanares. Gaceta Med Esp. 1928;1:314-21.
44. Doctor Palanca. Gaceta Med Esp. 1928.
45. Palanca JA. Resultados de un ensayo de vacunación antitífica por la vía gástrica. Treballs Societat Biologia. 1928:53-60.
46. Palanca JA. Resultados de un ensayo de vacunación preventiva antitífica por vía gástrica. La Medicina Ibera. 1928;XXIII:142-3.
47. Palanca JA. La epidemia de poliomielitis en el otoño de 1929 en Madrid. La Medicina Ibera. 1930;II:1-7.
48. Palanca JA; Paz, J. Sobre el problema del abastecimiento de aguas de Barcelona. Rev San Hig Pub. 1950:5-16.
49. Montalvo Cordero JH. El tratamiento de las parasitosis intestinales más frecuentes en Puerto Rico (manuscrito). Director Tesis: José Alberto Palanca Martínez-Fortún. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 1953.
50. Palanca Martínez-Fortún JA. Manual de Higiene General. 1926.
51. Palanca JA. Notas acerca de la organización sanitaria norteamericana. Impresiones de un viaje. Madrid. 1927.
52. Palanca JA. La higiene infantil en los Estados Unidos I. Gaceta Med Esp. 1926-1927:297-8.
53. Palanca JA. La higiene infantil en los Estados Unidos II. Gaceta Med Esp. 1926-1927:327-30.
54. Palanca JA. Una organización sanitaria modelo. Gaceta Med Esp. 1926-1927:263-6.
55. Palanca JA. Carta abierta desde Norteamérica. La enseñanza de la Higiene y Sanidad Pública. Gaceta Med Esp. 1926-1927:165-8.
56. Palanca JA. Carta abierta desde Norteamérica. La enseñanza de la Higiene y Sanidad Pública II. Gaceta Med Esp. 1926-1927:197-9.
57. Palanca JA. Carta abierta desde Norteamérica. La enseñanza de la Higiene y Sanidad Pública III. Gaceta Med Esp. 1926-1927:238-41.
58. Palanca Martínez-Fortún JA. Aspectos Sanitarios de la Reconstrucción de España. Dirección General de Regiones Devastadas. Diputados Cdl, editor. Madrid 1940.
59. García Torres J. Medio Siglo al servicio de la Sanidad Pública. Actualidad Médica Granada. 1963.

60. Velázquez L. Medio Siglo al servicio de la Sanidad Pública. Arch Fac Med Madrid. 1963:124.
61. Piga A, Llamas L. Infecciones de tipo gripal. Madrid: Talleres tipográficos de "Los progresos de la clínica" y "Plus Ultra"; 1919.
62. Cienfuegos AA, Matilla V, Sanchiz Bayarri V, Villanueva U, Clavero del Campo G, Palanca JA, et al. Tratado de Higiene y Epidemiología. Tomos I y II final 1ed: Editorial Científico Médica; 1941.
63. Palanca JA. Orientaciones Actuales en Sanidad Pública (Un esquema de Medicina Preventiva). Madrid 1947.
64. Palanca JC, G.; Zapatero, E.; Nájera Angulo, L. Orientaciones actuales en Sanidad Pública. Rev San Hig Pub. 1947:166-7.
65. Zapatero Ballesteros E, Palanca JA, Villar J. Sinopsis de Higiene y Sanidad. Santander. 1955.
66. Solemne Sesión Inaugural Curso Madrid 1955 [23 de febrero 2018]; Disponible en: http://www.bancodeimagenesmedicina.es/index.php?view=detail&id=96&option=com_joomgallery&Itemid=696#joomimg.
67. Delgado E, Palanca J. El Peligro de la Peste en España. Madrid: Imprenta del Asilo de Huérfanos; 1924.
68. Huerta LP, JA. Eugénica. Propugnadores ilustres. Primeras palabras del Dr.Palanca. (Prólogo). Valencia: Talleres topográficos La Gutenberg; 1927.
69. Primer Curso Eugénico Español. Reunión preparatoria del curso, celebrada en la Redacción de Gaceta Médica Española, bajo la presidencia del profesor S. Recasens y con asistencia de los señores Palanca, Hoyos Sáinz, Samper, Huerta, Noguera, Sáinz de los Terreros, Carrillo Guerrero, Bauer. Madrid. 1930 [23 de febrero 2018]; Disponible en: http://www.bancodeimagenesmedicina.es/index.php?view=detail&id=4361&option=com_joomgallery&Itemid=696#joomimg.
70. Vallejo de Simón A, Palanca JA. Técnica epidemiológica y elementos de desinfección aplicados al medio rural. Prólogo y notas de José A. Palanca. Madrid: Instituto Reus. Centro de Enseñanza y publicaciones. 1928.
71. Palanca Martínez-Fortún JA, editor. Prólogo del Ilmo. Sr. José Alberto Palanca y Martínez-Fortún. El gran problema Farmacéutico. Sotero Baras Ríos. Primera ed. Madrid: Talleres Tipográficos de Espasa-Calpe SA. 1930.
72. Morales JP, J.A. Esquema de lucha contra las enfermedades infecto-contagiosas. Sevilla 1939.
73. Palanca Martínez-Fortún JA, editor. Prólogo del Excmo. Sr. José Palanca. Higiene y Epidemiología Militar en Campaña. R. Criado Cardona y J. Martínez Bruna. Primera edición ed. Valladolid: Editorial Casa Martín. 1940.
74. Martínez Nevot F. El Problema del Cáncer, sus aspectos científicos más interesantes. Prologo Palanca JA. Madrid: Morata. 1940.
75. Clavero G, Pérez Gallardo F, Palanca JA. Tifus exantemático: etiología, clínica y profilaxis. Madrid: Gráficas Afrodisio. Direccion General de Sanidad; 1941.
76. Valero Carreras L, Palanca JA. Cartilla popular de defensa pasiva Madrid: Hidalgo; 1942.
77. Homenaje al Doctor Palanca. Madrid. 1942 [23 de febrero de 2018]; Disponible en: http://www.bancodeimagenesmedicina.es/index.php?view=detail&id=3510&option=com_joomgallery&Itemid=696#joomimg.

78. Paz Maroto J, Palanca JA. Alcantarillado y depuración de aguas residuales Madrid: Ingeniería Sanitaria Urbanística; 1942.
79. Benito Landa T. Climatología e Hidrología Médica. Madrid: J.Cosano; 1942.
80. Clavero del Campo G, Pérez Gallardo F, Palanca JA. Técnicas de Laboratorio en el Tífus Exantemático. Prólogo del Prof. Dr. J. A. Palanca. Primera Edición ed. Madrid: Imprenta de Prensa Española. Dirección General de Sanidad; 1943.
81. Palanca JA. Trabajos realizados en la campaña de lucha contra el Tifus Exantemático (1941-1942). Publicaciones de la Revista de Sanidad e Higiene Pública. Revista de Sanidad e Higiene Pública. 1943;I:1-5.
82. Madrid: ABC; [23 de noviembre 2018]; Disponible en: http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/1946/06/22/007.html.
83. Giménez Guinea R, Zamarriego F, Palanca JA, Herrero García D. Guía de la madre y de la enfermera para el cuidado del niño sano y enfermo: lecciones de puericultura y pediatría. Madrid: M. Aguilar-Editor; 1943.
84. Zapatero E, Palanca JA, Sierra B. Higiene rural. Barcelona-Buenos Aires: Salvat Editores, S.A.; 1943.
85. Pérez B, Palanca JA, M GU. Obra de perfeccionamiento médico de España. Consejo General de Colegios de Médicos. Ministerio de la Gobernación. 1944.
86. Trujillano Izquierdo U, Palanca Martínez-Fortún JA. Administración y legislación sanitarias. Ajustada al programa de oposiciones para el ingreso en el cuerpo de médicos titulares (APD). Madrid1947.
87. Palanca JA. PLASMÓN. Textos de la Emisión Médica de Radio Nacional de España. 1949.
88. Palanca JA. Conferencias de divulgación sobre Higiene y Sanidad. Prólogo José A. Palanca. Madrid: Ministerio de la Gobernación; 1950.
89. Palanca JA. Paliques radiofónicos. Prólogo: Dr. Palanca. Zaragoza: Publicaciones de la Jefatura Provincial de Sanidad; 1950.
90. Fernández MB. Estudio bio-demográfico-sanitario de Jaén. Prólogo José Alberto Palanca. Jaén: Talleres Gráficos del Diario “Jaén”; 1953.
91. Palanca Martínez-Fortún J, editor. Prólogo del Prof. Dr. J. A. Palanca. Puericultura Social. J. Bosch-Marín, M. Blanco Otero y José Mª Mingo de Benito. Primera Edición ed. Madrid. 1954.
92. Bosch Marín J. Labor del Patronato Nacional Antituberculoso durante el último Decenio (Prólogo Palanca, JA). Madrid. 1954.
93. Piédrola Gil G, Amaro Lasheras J, J.A. PMF. Aspectos sanitarios de la energía nuclear en paz y en guerra 1ed. Madrid: Dirección General de Sanidad. Gráficas González; 1957.
94. Piédrola Gil G, Amaro Lesheras J. Energía nuclear en paz y en guerra. Prólogo José Alberto Palanca Martínez-Fortún. Madrid: Gráficas González; 1958.
95. Rico Avello C. Historia de la Sanidad Pública (1900-1925). Prólogo de Palanca, JA. Madrid: E. Giménez; 1969.
96. Lara JM, Palanca JA. La vida médica rural. Lara J.M. Prólogo J.A. Palanca. Madrid: Index. Cuentos y Relatos; 1970.
97. Palanca JA. Lección inaugural de la Cátedra de Higiene con prácticas de Bacteriología. Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla Revista de Sanidad Militar. 1923;10:272-6.

98. Palanca JA. Lección inaugural de la Cátedra de Higiene con prácticas de Bacteriología. Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla (continuación). Revista de Sanidad Militar. 1923;11:301-8.
99. Palanca JA. Lección inaugural de la Cátedra de Higiene con prácticas de Bacteriología. Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla (continuación 2) Revista de Sanidad Militar. 1923;12:331-6.
100. Palanca JA. Lección inaugural de la Cátedra de Higiene con prácticas de Bacteriología. Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla (conclusión). Revista de Sanidad Militar. 1923;14:392-401.
101. Palanca JA. Conferencia del Doctor Palanca. "la Federación Sanitaria". Los Progresos de la Clínica. 1926;XXXIV:10-1.
102. Palanca JA. «La Federación madrileña en su momento actual». Federación Sanitaria Madrileña. 1926:2.
103. Palanca JA. Discurso en: Discursos leídos en la sesión inaugural del año académico 1927-1928 de la Sociedad Española de Higiene. Madrid: Ciudad Lineal; 1927.
104. Palanca JA. Las enfermedades profesionales en la XVIII Conferencia Internacional del Trabajo. Anales del Instituto Nacional de Previsión. 1934;115:1045-51.
105. Palanca JA. Silicosis y tuberculosis. Siglo Médico. 1935;96:682-8.
106. Palanca JA. La lucha social contra la tuberculosis. Madrid 1940 [13 de agosto del 2018]; Disponible en: http://sicalipsis.humnet.ucla.edu/wp-content/uploads/2010/07/83-to-90-la-lucha-social.pdf.
107. Lucha contra la tuberculosis. ABC. 1940.
108. Palanca JA. Toma de posesión del Doctor D. Mariano Gómez Ulla como Presidente del Consejo General de Colegio de Médicos de Madrid. Intervención del Dr. Palanca. Labor de iniciación. Madrid Octubre 1941. Consejo General de Colegios Médicos Boletín Cultural e informativo. 1941;19.
109. Palanca JA. Importancia social de la Sanidad Pública. Madrid: Ministerio de Trabajo; 1944.
110. Palanca JA. Importancia social de la Sanidad Pública. Gaceta Med Esp. 1944;213:168-71.
111. Palanca Martínez-Fortún JA. Discurso pronunciado por el Excmo. Director General de Sanidad Dº. José A. Palanca y Martínez-Fortún. Reunión de clausura de II Reunión Nacional de Sanitarios Españoles. 1947 26 de Abril: 3-15.
112. Palanca JA. Conferencia de la sesión inaugural de la cátedra de Hidrología Médica (Curso 1.948-49) "Cátedra de Hidrología Médica. II. Sesión Inaugural", Hidrología y Climatología Boletín Español de Hidrología Médica y Climatología Universidad Complutense de Madrid. 1948;1:1-2.
113. Palanca JA. Discurso. Memoria del VI Congreso Internacional de Leprología. Madrid, 1953, p. 50. Gobierno de España en colaboración con la Asociación Internacional de la lepra y con la aportación económica del Consejo de las organizaciones internacionales de Ciencias Medicas, OMS y la UNESCO Madrid: UNESCO 1953.
114. Palanca JA. Crónica del VI Congreso Internacional de Leprología. Gaceta Med Esp. 1953:547-55.
115. Palanca JA. La lepra en España. Las Ciencias Revista de Medicina y Cirugía. 1954;1:209-27.

116. Clausura de los XI Cursos Generales de la "Obra de Perfeccionamiento Sanitario". Coloquio del Dr. Palanca con los Sanitarios Españoles. Madrid 24 de Diciembre Profesión Médica. 1955;373.
117. Palanca JA. I Curso sobre Radiactividad y Defensa Sanitaria contra las armas atómicas y termonucleares. Escuela Nacional de Sanidad. (OPSE) Abril 1956. La Sanidad en la defensa de las poblaciones contra las armas atómicas. Gaceta Med Esp. 1956;Nº 6-357:201-2.
118. Director General de Sanidad, Dr. Palanca, en cordial coloquio con los médicos rurales de los XII Cursos Generales de la "Obra de Perfeccionamiento Sanitario de España". Madrid 24 de Diciembre. Profesión Médica. 1956;409.
119. Palanca JA. Asistencia y Sanidad. Actualidad Médica 1957;385:265-87.
120. Palanca JA. Discurso correspondiente a la Apertura del Curso Académico 1958-1959. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina. An R Acad Nac Med (Madr). 1958:5-129.
121. Palanca JA. Sociología Sanitaria y Medicina Social en España. Discurso de apertura del Curso 1958-1959 (I). Gaceta Med Esp. 1958;11-386:401-13.
122. Palanca JA. Sociología Sanitaria y Medicina Social en España. Discurso de apertura del Curso 1958-1959 (II). Gaceta Med Esp. 1958;11-386:90-2.
123. Palanca JA. Sociología Sanitaria y Medicina Social en España. Discurso de apertura del Curso 1958-1959 (III). Gaceta Med Esp. 1958;11-386:439-50.
124. Palanca JA. Sociología Sanitaria y Medicina Social en España. Discurso de apertura del Curso 1958-1959 (IV). Gaceta Med Esp. 1959;4-391:113-9.
125. María Tifoidea. EE.UU.: Wikipedia; 1931 [15 de agosto de 2018]; Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Mar%C3%ADa_Tifoidea.
126. Palanca JA. Reflexiones sobre mortalidad por tuberculosis pulmonar. La Medicina Ibera. 1929;I:445.
127. Van-Baumberghen, Slócker, Salazar M, Palanca. La medicina militar en la evolución de las ciencias médicas. An R Acad Nac Med (Madr). 1932;IV:371-85.
128. Palanca JA. Sobre la Conveniencia de crear el Instituto Español de Hidrología y Climatología. Boletín informativo. An R Acad Nac Med (Madr) 1932:509-17.
129. Comite elegido por los inspectores municipales de Sanidad de Madrid Comite de la Inspección Municipal de Sanidad de Madrid elegido en 1930, con su Director General el Dr. D. José Alberto Palanca y Martínez-Fortún. Madrid. 1930 [23 de febrero 2018]; Disponible en: http://www.bancodeimagenesmedicina.es/index.php?view=detail&id=1708&option=com_joomgallery&Itemid=696#joomimg.
130. Palanca JA. Intervención en la Academia Nacional de Medicina; "El secreto profesional y los seguros de enfermedad". El Siglo Médico. 1933;41. Nº 4134:227-8.
131. Palanca JA. El secreto profesional y los seguros de enfermedad. 4ª Sesión del 25 de Febrero An R Acad Nac Med (Madr). 1933:109-18.
132. Palanca Martínez-Fortún JA. Contestación del Excmo Sr. Dº. José A. Palanca al Discurso Leído en su Recepción Pública por el Académico electo: Excmo. Sr. Dº. José Verdes Montenegro. Boletín informativo. An R Acad Nac Med (Madr) 1935. 3 Febrero 42-59.
133. Verdes-Montenegro. Recepción académica del doctor Verdes Montenegro. España Médica. 1935;653:15-9.

134. Intervención sobre uso sobre Prontosil en Urología por el Sr. Palanca. An R Acad Nac Med (Madr). 1940:86-7.
135. Palanca Martínez-Fortún JA. Las Epidemias de la Postguerra. Boletín informativo. An R Acad Nac Med (Madr) 1943 28 de Marzo:5-57.
136. Palanca JA. Las Epidemias de la Postguerra. Gaceta Med Esp. 1943;5:204-14.
137. Contestación del Excmo Sr. José A. Palanca y Martínez-Fortún al Discurso Leído en su Recepción Pública por el Académico electo: Excmo. Sr. Dº. Antonio María Vallejo de Simón. 1945. An R Acad Nac Med (Madr). 1945 15 de Junio:149-67.
138. Palanca Martínez-Fortún JA. Recepción de Académico electo Sr. Benigno Lorenzo Velázquez. Algunas facetas de la personalidad de Fermín Palma García. de 1945. Madrid. Instituto de España. An R Acad Nac Med (Madr). 1945 29 de Noviembre:7-10.
139. Contestación del Excmo Sr. José A. Palanca y Martínez-Fortún al Discurso Leído en su Recepción Pública por el Académico electo: Excmo. Sr. Dº. Juan Bosch Marín. El Niño Español del Siglo XX. An R Acad Nac Med (Madr). 1947 1 de Julio:173-82.
140. Palanca JA. Discusión sobre la patología general de la lepra por el Sr. Palanca. An R Acad Nac Med (Madr). 1948:169-74.
141. Palanca J.A. XIV Sesión Científica día 28 de Abril de 1953. La experiencia del Hospital del Rey en el tratamiento de la Meningitis Tuberculosa. An R Acad Nac Med (Madr). 1953:443-8.
142. Palanca JA. Intervención sobre la radioactividad como problema de salud pública y de defensa de poblaciones civiles por el Sr. Palanca. An R Acad Nac Med (Madr). 1956;73:140-2.
143. Gay Prieto J. Nuevas orientaciones en la lucha antileprosa. Contestación Dr. Palanca. An R Acad Nac Med (Madr). 1957:89-92.
144. Gay, Palanca, Royo Villanova y Sáenz de Miera De izquierda a derecha, el profesor D. José Gay Prieto, el doctor D. José Alberto Palanca y Martínez-Fortún, el rector de la Universidad Central, doctor D. Ricardo Royo-Villanova y Morales, y el doctor Sáenz de Miera, jefe nacional del SOE Madrid. 1956 [23 de Febrero 2018]; Disponible en: http://www.bancodeimagenesmedicina.es.
145. Palanca JA. Sesión Necrológica. Sres. D. Leonardo de la Peña y Díaz y D. Julián de la Villa y Sanz. An R Acad Nac Med (Madr). 1957:439-42.
146. Palanca JA. Abandono y desesperanza del enfermo de manicomio, intervención del Prof. Palanca. An R Acad Nac Med (Madr). 1958;79:53-9.
147. Palanca JA. Sesión Necrológica en memoria de Excmos. Sres. D. Víctor Manuel Nogueras y D. Jorge Francisco Tello. An R Acad Nac Med (Madr). 1958:411-2.
148. Intervención sobre el problema de la anquilostomiasis por Sr. Palanca. An R Acad Nac Med (Madr). 1960:340-1.
149. Palanca JA. Sesión Necrológica en memoria de D. Antonio Vallejo Nájera. 8 de Marzo de 1960. An R Acad Nac Med (Madr). 1960:369-70.
150. Sesión Necrológica en memoria de D. Gregorio Marañon. 26 de Abril de 1960. José A. Palanca. An R Acad Nac Med (Madr). 1960:387-9.
151. Contestación del Excmo Sr. José A. Palanca y Martínez-Fortún al Discurso Leído en su Recepción Pública por el Académico electo: Excmo. Sr. Dº. Carlos Blanco Soler. "Vejez, envejecimiento y la llamada lucha contra la vejez". An R Acad Nac Med (Madr). 1961 21 de Noviembre:81-99.

152. En memoria del Dr. D. José Casares Gil. Intervención del Dr. Palanca. An R Acad Nac Med (Madr). 1961:199.
153. XI Sesión Científica Real Academia Nacional de Medicina. 14 de Noviembre de 1961. Dos Grandes Problemas Sanitarios. J.A. Palanca y Martínez-Fortún. Presidente de la Academia de Medicina. An R Acad Nac Med (Madr). 1961:319-36.
154. Sesión Necrológica de la Real Academia Nacional de Medicina. 4 de Diciembre de 1962 en memoria del Dr. Carlos Blanco Soler. Intervención del Dr. J.A. Palanca. An R Acad Nac Med (Madr). 1962:501-2.
155. Nuevos aspectos de la epidemiología de la lepra. Intervención del Prof. Palanca. An R Acad Nac Med (Madr). 1962:194-5.
156. Sistemas defensivos sanitarios de la capital de España. Intervención del Profesor Palanca. An R Acad Nac Med (Madr). 1962:164-6.
157. Histopatología de la silicosis. Intervención del Dr. Palanca. An R Acad Nac Med (Madr). 1963;80:61-62.
158. Organización de la asistencia sanitaria en las calamidades públicas. Intervención del Dr. Palanca. An R Acad Nac Med (Madr). 1963;80:61-2.
159. Palanca JA. Need to Improve Alimentation Throughout the World. An R Acad Nac Med (Madr). 1963;80:406-7.
160. Discusión sobre un estudio epidemiológico de la provincia de Madrid. Intervención del Dr. Palanca. 2ª Sesión del 23 de Febrero de 1965. An R Acad Nac Med (Madr). 1965;82:287-8.
161. Discusión de la comunicación "Estudio de la alimentación de los trabajadores españoles", presentada por el Dr. José Ruiz Gijón. Intervención del Dr. Palanca. 6 de Abril de 1965. An R Acad Nac Med (Madr). 1965;82:404-7.
162. Palanca JA. Sesión Necrológica en Memoria del Excmo. Sr. D. Fernando Enríquez de Salamanca. Julio de 1966. An R Acad Nac Med (Madr). 1966;163.
163. Sesión Necrológica en Memoria de Dr. Salvador Albasanz y Echevarría. 08 de Diciembre de 1966. Intervención J.A. Palanca. An R Acad Nac Med (Madr). 1966:285-9.
164. Sesión Necrológica en Memoria de Dr. Carlos Jiménez Díaz. Intervención J.A. Palanca. Boletín informativo. An R Acad Nac Med (Madr) 1967:485-507
165. Bases para un adecuado Ministerio de Salud pública. Intervención del Dr. Palanca. An R Acad Nac Med (Madr). 1968:203-5.
166. Sesión celebrada el 25 de Noviembre de 1969. Homenaje Académico Nacional al Excelentísimo Sr. D. José A. Palanca y Matínez-Fortún. Intervención de JA. Palanca. An R Acad Nac Med (Madr). 1969:3-17.
167. Palanca JA. Pasado, presente y futuro de la rehabilitación. An R Acad Nac Med (Madr). 1970;87:91-3.
168. Palanca JA. Puntos esenciales para la implantación de la enseñanza sanitaria nacional Rev Esp Salud Publica. 1925;1:19-24.
169. Palanca JA. La Dirección de los Institutos de Higiene. Gaceta Med Esp. 1926-1927:12-4.
170. Palanca JA. Una Guardería infantil modelo. Gaceta Med Esp. 1926-1927:105-8.
171. Palanca JA. Cómo deben organizarse los servicios sanitarios de una ciudad. Gaceta Med Esp. 1928,1929;1:23-8.

172. Reunión en redacción Gaceta Médica Española. Madrid. 1929 [23 de febrero 2018]; Disponible en: http://www.bancodeimagenesmedicina.es/index.php?view=category&catid=5&option=com_joomgallery&Itemid=696.
173. Palanca JA. Cómo deben organizarse los servicios sanitarios de una ciudad moderna. Gaceta Med Esp. 1928-1929;1:360-4.
174. Palanca JA. De cómo era la Sanidad nacional hace cien años. Madrid, 1929 Madrid: Libro Homenaje a Goyanés.; 1929.
175. Palanca JA. Algo sobre guarderías infantiles. Puericultura. 1929;(99):33-6.
176. Palanca JA. La obra sanitaria de la dictadura socialista. Con pluma ajena. El Siglo Médico. 1933:642-4.
177. Palanca JA. Medidas indispensables de lucha para la tuberculosis. Gaceta Med Esp. 1930-1931:303-4.
178. Palanca JA. Reflexiones acerca de la organización de la Lucha Antituberculosa en España. La Medicina Ibera. 1931;XXVII.
179. Sesión inaugural de la Sociedad Española de Tisiología. Gaceta Med Esp. 1933;77.
180. Palanca JA. Higiene Escolar. Academia Médico-Quirúrgica Española. El Siglo Médico. 1932;89. Nº 4094:587.
181. Palanca JA. Política médica. Desconocido. 1932.
182. Palanca JA. Lucha Antituberculosa y Seguro de Enfermedad. Boletin Oficial del Colegio de Médicos. 1933;129:1-3.
183. Palanca JA. Reflexiones acerca de la organización de la Lucha Antituberculosa en España. Gaceta Med Esp. 1933.
184. Palanca JA. Enseñanza de Higiene en las Escuelas. Medicina. 1933;1:25-9.
185. Palanca JA. Algunas reflexiones acerca del seguro de enfermedad. El Siglo Médico. 1933;41. Nº 4142:429-31.
186. Palanca JA. La mujer en Sanidad. La visitadora sanitaria. 1934;1:13-4.
187. Palanca JA. Política Sanitaria: Sanidad Nacional. La Medicina Ibera. 1935;XXIX:771-6.
188. Palanca JA. Ponencia sobre Sanidad Nacional. Siglo Médico. 1935;96: 447-52.
189. Palanca JA. Evolución de los conocimientos sobre fiebre amarilla en estos dos últimos años. Rev San Hig Pub. 1938.
190. Palanca J. Ingenieros, arquitectos y Sanidad. Revista Nacional de Arquitectura. 1941;2:1-2.
191. Palanca JA. Dos palabras de introducción. Rev San Hig Pub. 1941.
192. Palanca JA. La Lepra en España, un problema sanitario de actualidad. Sem Med Esp. 1941;123:61-3.
193. Palanca JA. Hacía el fin de una epidemia. Sem Med Esp. 1941;139:431-40.
194. Palanca JA. La situación sanitaria en España. Sem Med Esp. 1941;455:4-1.
195. Palanca JA. Ante la reaparición de la Gaceta Médica Española. Gaceta Med Esp. 1942;1.
196. Palanca Martínez-Fortún JA. La Sanidad oficial y el Seguro de Enfermedad. Ser. 1942;1:60-1.
197. Palanca JA. Impresiones de un viaje. El Dr. Palanca visita oficialmente los centros sanitarios de Alemania e Italia. Gaceta Med Esp. 1942:9-10.
198. Palanca JA. Los servicios sanitarios españoles a través de nuestra guerra de liberación. Actualidad Médica. 1942;18:1-12.

199. Palanca JA. Unidad Sanitaria de España. Ser. 1942:79-81.
200. Palanca JA. La revolución social en Medicina Social. Ser 6 Revista Médico Social Delegación Nacional de Sanidad de FET y JONS. 1942:11-3.
201. Palanca JA. La Sanidad Nacional y las Entidades Locales. (1942-1984) número 10. 1943. Pag 493. Revista Estudios de la Vida Local. 1943;10:493-6.
202. Palanca JA. Cajal, Ciudadano. Gaceta Med Esp. 1943;5:126-8.
203. Palanca JA. La superpoblación de las capitales. Gaceta Med Esp. 1943;9:264-5.
204. Palanca JA. Las últimas epidemias. Sem Med Esp. 1943;8:305-9.
205. Fotografía del Trasatlántico Magallanes. [03 de marzo del 2018] Disponible en: http://funkoffizier.com/2008/05/19/el-trasatlantico-marques-de-comillas/.
206. Palanca JA. Medicina, Higiene y Seguridad en el Trabajo (I). Sem Med Esp. 1945;1-348:551-3.
207. Palanca y Martínez Fortún JA. El problema de la medicina preventiva Revista Nacional de Educación. 1945;53.
208. Palanca JA. Acción sanitaria sobre la juventud. Ser. 1945;42-43:9-11.
209. Palanca JA. los problemas médicos de actualidad. Sem Med Esp. 1946.
210. Primera Casa del Médico Rural de España Misa de campaña en el solar en que se va a construir la primera Casa del Médico Rural en España, en Gallur (Zaragoza). Zaragoza. 1942 [23 de febrero de 2018]; Disponible en: http://www.bancodeimagenesmedicina.es/index.php?view=detail&id=3893&option=com_joomgallery&Itemid=696#joomimg.
211. Palanca JA. La Facultad de Medicina de la Universidad de Granada a principios del siglo XX. Actualidad Médica. 1950;301:89-92.
212. Palanca JA. El progreso sanitario de España en la primera mitad del Siglo XX. Madrid: Ministerio de la Gobernación. Dirección General de Sanidad.; 1950.
213. Palanca JA. Los problemas rurales. Medicamenta. 1950;183:387-91.
214. Palanca JA. Los problemas rurales II. Medicamenta. 1951;193:1-5.
215. Palanca JA. Pepe Pareja o la Bondad. Actualidad Médica. 1952;XXXVIII:131-2.
216. Solemne Sesión Inaugural Curso Madrid. 1952 [23 de febrero 2018]; Disponible en: http://www.bancodeimagenesmedicina.es/index.php?view=detail&id=89&option=com_joomgallery&Itemid=696#joomimg.
217. Palanca JA. In memory of a military physician. Med Cir Guerra. 1952;XIV.
218. OMS. Un siglo de la Salud Pública en las américas. Organización Mundial de la Salud; 2002 [23 de noviembre del 2018]; Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero13_article3_1.htm.
219. Palanca JA. Cuestiones de propaganda en la asistencia médica. Modernas orientaciones de la Lucha antituberculosa Medicina. 1953:292-6.
220. Palanca JA. Resultados y nueva orientación de la lucha antituberculosa en España. Actualidad Médica. 1954;XL:601-10.
221. Palanca JA. La acción sanitaria de las epidemias gripales Gaceta Med Esp. 1957;11-364:423-4.
222. Palanca JA. El Premio al Dr. Torres López. Actualidad Médica. 1959:875-8.
223. Palanca JA. "El lazareto de Mahon (I)". Medicamenta. 1959;34:343-5.
224. 2011 [23 de noviembre del 2012]; Disponible en: http://pharmacoserias.blogspot.com.es/2006/07/fueron-lazareto-de-mahon-menorca.html.

225. Palanca JA. “El lazareto de Mahon (II)”. Medicamenta. 1958;30:268-72.
226. Palanca JA. “El lazareto de Mahon (III)”. Medicamenta. 1960;34:97-8.
227. Palanca JA. Marañón, sanitario. Gaceta Med Esp. 1960;404:164-5.
228. Palanca JA. Cosas que fueron. Gaceta Med Esp. 1961:224-5.
229. Palanca JA. Cosas que fueron. Gaceta Med Esp. 1961:266-9.
230. Palanca JA. La leprosería de Trillo. Gaceta Med Esp. 1961;I – 412:5.
231. Palanca JA. In Memoriam; Don Antonio Ossorio Bolaños. Gaceta Med Esp. 1962;10:230-1.
232. Palanca JA. Cosas que fueron. Gaceta Med Esp. 1962;10:246-9.
233. Noguera E. El Dr. Palanca expone los errores iniciales del Seguro de Enfermedad. Profesión Médica. 1962;681.
234. Palanca JA. Diferencias entre la Organización Sanitaria de principio de siglo y la actual. Revista Clínica y Laboratorio. 1963;448:63-70.
235. Palanca JA. Cosas que fueron. Mi estancia en el Ejército del Norte. Gaceta Med Esp. 1963:6-8.
236. Palanca JA. En torno a un monumento español a Fleming. Gaceta Med Esp. 1964:240-1.
237. Monumento de homenaje a Fleming realizado por Laiz Campos y encargado por los toreros y ubicado en la Plaza de Toros de las Ventas de Madrid. 1964 [08 de marzo del 2018]; Disponible en: http://www.flickr.com/photos/olmedo60/5699385433/.
238. Monumento a Cajal ubicado en el Parque del Retiro de Madrid y realizado por Victorio Macho en 1926. Madrid. 1926 [08 de marzo del 2013]; A Disponible en: http://www.canstockphoto.es/monumento-santiago-ramon-cajal-11768122.html.
239. Fuente-Monumento al Dr. Ferrán en la calle Princesa de Madrid. Madrid. 1952 [08 de marzo de 2018]; Disponible en: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Monumento
240. Palanca JA. Reflexiones sobre un problema epidemiológico. Arch Fac Med Madrid. 1963;iV:323-8.
241. Palanca JA. In Memoriam al Dr. Al Dr. Ángel Vinuesa. Gaceta Med Esp. 1964;11:242-4.
242. Palanca JA. Mi trato con los Masones, Katyn. “Enfermedad Diplomática”. Un Jefe estupendo. Gaceta Med Esp. 1964;11:217-20.
243. Palanca JA. Administradores y Capellanes. Gaceta Med Esp. 1964;11:217-20.
244. Palanca JA. Gómez Ulla. Gaceta Med Esp. 1965:201-6.
245. El Doctor Gómez Ulla toma posesión del cargo de Presidente del Consejo General de Colegios Médicos en un acto celebrado en el Colegio de Médicos de Madrid, el 13 de Octubre de 1941. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina; [23 de febrero de 2018]; Disponible en: http://www.bancodeimagenesmedicina.es/index.php?view=detail&id=3494&option=com_joomgallery&Itemid=659.
246. Palanca JA. Los Secretarios del Patronato Nacional Antituberculoso. Gaceta Med Esp. 1965:10-1.
247. Palanca JA. Mallou o la vida de un Sanitario. Gaceta Med Esp. 1965:37-40.
248. Palanca JA. Pequeña historia de una lucha. Cosas que fueron. Gaceta Med Esp. 1965:119-23.
249. Palanca JA. Cosas que fueron. Gaceta Med Esp. 1965:181-2.
250. Palanca JA. Visita a Las Hurdes. Cosas que fueron. Gaceta Med Esp. 1965;11:241-2.

251. Palanca JA. La Burocracia, la Vejez, la Muerte y los Intereses creados. Gaceta Med Esp. 1965;11:273-6.
252. Palanca JA. Estudiantes y Enfermeras. Gaceta Med Esp. 1965;4 - 463:85-8.
253. Palanca JA. Los errores iniciales del Seguro Obligatorio de Enfermedad, en Felip Solé Sabaris "Apunte crítico del funcionariado de la Seguridad en España". Barcelona: Ediciones Ariel; 1965.
254. Palanca JA. Concierto y desconcierto. Profesión Médica. 1965;2º Número especial.
255. Palanca JA. Sanitarios y Finanzas. Gaceta Med Esp. 1966;7-478:164-8.
256. Palanca JA. Ministerios para médicos y médicos para Ministerios. Gaceta Med Esp. 1966;9-478:207-10.
257. Rodríguez Cabello C. El Ministerio de Sanidad. Sobre la creación y contenido del Ministerio de Sanidad en España. Contestación al artículo de la Gaceta Médico Española de 1966 de D. JA. Palanca "Ministerios para médicos y médicos para Ministerios". Gaceta Med Esp. 1966:230-2.
258. Palanca JA. Un sanitario: Bardají. Gaceta Med Esp. 1966;11:258-9.
259. Palanca JA. Algo de psicología barata. Cosas que Fueron. Gaceta Med Esp. 1966:105-8.
260. Palanca JA. Carta abierta. En torno al tan deseado Ministerio de Sanidad. Profesión Médica. 1966;12.
261. Palanca JA. Carta abierta sobre el Ministerio de Sanidad. Gaceta Med Esp. 1967;2:29-30.
262. Palanca JA. Lo bueno, lo malo, el tiempo y la juridicidad. Gaceta Med Esp. 1967:53-6.
263. Palanca JA. Las Epidemias y los intereses creados. Arch Fac Med Madrid. 1967;XI-nº5:313-26.
264. Palanca JA. Dolorosas pérdidas en el Cuerpo de Sanidad Nacional. Panorámica del Cuerpo. Gaceta Med Esp. 1967:249-50.
265. Palanca JA. El paludismo en Marruecos. Gaceta Med Esp. 1967;11:249-53.
266. Palanca JA. La peligrosa memoria de los viejos. Cosas que Fueron. Gaceta Med Esp. 1968;10:221-2.
267. Palanca JA. Un teniente Médico a principios de Siglo. Cosas que Fueron. Gaceta Med Esp. 1968:223-6.
268. Palanca JA. Los anónimos y el nombre de las calles. Cosas que Fueron. Gaceta Med Esp. 1968;2.
269. Palanca JA. Cómo se fundó el Patronato de Lucha Antituberculosa (PNA). Unas cuantas verdades para el Dr. Verdad. Cosas que Fueron. Mayo 1968. Gaceta Med Esp. 1968;5.
270. Palanca JA. Antagonismo de Razas. Cosas que Fueron. Gaceta Med Esp. 1968;4:77-9.
271. Palanca JA. Un libro de Gil Robles. Cosas que Fueron. Gaceta Med Esp. 1968;8:173-4.
272. Palanca JA. Un libro y un hombre. Cosas que Fueron. Gaceta Med Esp. 1969;5:103-4.
273. Palanca JA. Un homenaje visto por dentro. "Cosas que fueron". Gaceta Med Esp. 1969;I:7.
274. Palanca JA. La mujer y la Sanidad. Artículo inédito. 1969.
275. Palanca JA. Aciertos, errores y rectificaciones en la vida. Cosas que fueron. Gaceta Med Esp. 1969:78-80.
276. Palanca JA. Conócete a ti mismo. Cosas que fueron. Gaceta Med Esp. 1970:125-6.

277. Palanca JA. Cosas que Fueron. Dos amigos: Fermín Palma y Fernando Obregón. Profesión Médica. 1970.
278. Palanca JA. Cosas que Fueron. Sucesos pintorescos en Sanatorios Antituberculosos. Profesión Médica. 1970:12-3.
279. Palanca JA. Algunas facetas de la personalidad de Fermín de Palma García. Semanario Médico. 1971:7-10.
280. Palanca JA. Cosas que Fueron. Dos sentimientos contradictorios: Vergüenza y Orgullo. Cuba – Filipinas – Marruecos I. Profesión Médica. 1971:22-3.
281. Palanca JA. Cosas que Fueron. Dos sentimientos contradictorios: Vergüenza y Orgullo. Cuba – Filipinas – Marruecos II. Profesión Médica. 1971:5-6.
282. Palanca JA. El cólera y otras epidemias. Gaceta Med Esp. 1971;539:215-6.
283. Palanca JA. Del momento sanitario actual. El Siglo Médico. 1930;1:391-2.
284. Grupo de concurrentes al banquete ofrecido al nuevo Director de la Escuela Nacional de Sanidad, profesor Pittaluga. Madrid. 1930 [23 de febrero de 2018]; Disponible en: http://www.bancodeimagenesmedicina.es/index.php?view=detail&id=4573&option=com_joomgallery&Itemid=696#joomimg.
285. Palanca JA. Por una vez hablemos claro. Huracán Sanitario Publicación mensual de Sanidad, Higiene y Sociología. 1930;Sect. 5-6.
286. Palanca JA. Dos comentarios para los Inspectores Provinciales de Sanidad. Federación Sanitaria Madrileña. 1931;17:8-10.
287. Boletín Oficial de la Provincia de Madrid [03 de diciembre del 2018]. 1930: Disponible en: http://www.bibliotecavirtualmadrid.org/bvmadrid_publicacion/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1078222.
288. Palanca JA. propósito de un lápiz rojo. Federación Sanitaria Madrileña. 1932;23:13-4.
289. Palanca JA. "Si Centeno viviera". Federación Sanitaria Madrileña. 1937;1006:2-4.
290. Palanca JA. El momento sanitario actual. Sem Med Esp. 1938;1:198-201.
291. Noticiario Nacional. Rev San Hig Pub. 1939;12.
292. Palanca JA. La Deontología Médica ante los problemas actuales. Conferencia del Director General de Sanidad Dr. Palanca. Sem Med Esp. 1940;57.
293. Palanca JA. Comienzo de la publicación del Boletín del Consejo General de Colegios Médicos de España. Intervención del Dr. Palanca. Consejo General de Colegios Médicos Boletín Cultural e informativo. 1940;1.
294. Spectator. Entrevista con el Dr. Palanca, Consejo General de Colegios Médicos de España. Labor de iniciación. Madrid Febrero de 1941. Número 11. Consejo General de Colegios Médicos Boletín Cultural e informativo. 1941;11.
295. Palanca JA. Habla el Dr. Palanca. Una disposición que afecta a seis mil médicos. Gaceta Med Esp. 1942;185.
296. Lenzano V. Crónica: Canarias, en primer plano de la actualidad sanitaria. Viaje del Director General de Sanidad, Dr. Palanca. Gaceta Med Esp. 1944;217:306-8.
297. Palanca JA. La Reunión de la Oficina Internacional de Higiene de Paris. Colegios Médicos Boletín Cultural e Informativo. 1946;I:4.
298. Palanca JA. Opiniones sobre la Sanidad. Ser. 1949:2.
299. Palanca JA. Al habla con el Dr. Palanca. Profesión Médica. 1949;144.

300. “Al habla con el Dr. Palanca”. Mejoras obtenidas por los médicos de APD. Laredo (Santander) 08 de Agosto Profesión Médica. 1950;177.
301. Al habla con el Dr. Palanca. La epidemia de parálisis infantil totalmente dominada Ser. 1950:1-2.
302. “Al habla con el Dr. Palanca”. Sobre el personal sanitario y sus problemas y sus necesidades. Madrid 01 de Febrero Profesión Médica. 1951;194.
303. “Al habla con el Dr. Palanca”. Sobre las luchas sanitarias rurales. Madrid 24 de Febrero Profesión Médica. 1951;196.
304. Palanca JA. Al habla con el Dr. Palanca. El sello para médicos senectos, casas para médicos. El alquiler y sus críticos. Nuevas normas del PNA, hacia el aumento de ingresos de su personal médico. Gaceta Med Esp. 1951;301.
305. Noguera E. “Al habla con el Dr. Palanca”. El Dr. Palanca dialoga. Madrid, 24 de Diciembre. Profesión Médica. 1952;264.
306. Noguera E. “Al habla con el Dr. Palanca”. Madrid 08 de Febrero. Profesión Médica. 1953;270.
307. Cabezas A. “Al habla con el Dr. Palanca”. El Director general de Sanidad habla de la Poliomielitis. Madrid 16 de Marzo. Profesión Médica. 1953;275.
308. Noguera E. “Al habla con el Dr. Palanca”. Entroito a la pasión del periodista. Madrid 08 de Abril. Profesión Médica. 1953;278.
309. “Al habla con el Dr. Palanca”. Madrid 08 de Agosto 1953. Profesión Médica. 1953;290.
310. Noguera E. “Al habla con el Dr. Palanca”. Madrid 24 de Agosto de 1953. Profesión Médica. 1953;291.
311. “Al habla con el Dr. Palanca”. Niebla en las calles y claridad en las palabras. Madrid 01 de Febrero. Profesión Médica. 1955;342.
312. “Al habla con el Profesor Clavero, Director de la Escuela Nacional de Sanidad”. Madrid 24 de Junio Profesión Médica. 1955;355.
313. Noguera E. “Al habla con el Dr. Palanca”. Madrid 24 de Septiembre Profesión Médica. 1955;364.
314. Noguera E. “Al habla con el Dr. Palanca”. Profesión Médica Nº 399. Madrid 08 de Septiembre. Profesión Médica. 1956;399.
315. Noguera E, Palanca JA. Aportación inédita al Homenaje Académico tributado al Dr. Palanca. Profesión Médica. 1969;927.
316. Homenaje al Dr. D. Enrique Noguera. 1942 [23 de febrero de 2018]; A Disponible en: http://www.bancodeimagenesmedicina.es/index.php?view=detail&id=2673&option=com_joomgallery&Itemid=696#joomimgica
317. Palanca JA. Inspección de Sanidad de la provincia de Madrid. Rev Esp Salud Publica. 1925;I:99-117.
318. Palanca JA. Memoria de la Inspección Provincial de Sanidad correspondiente al año 1928. Inspección Provincial de Sanidad de la provincia de Madrid. 1929.
319. Palanca JA. Les services sanitaires espagnols pendant la guerre civile. Ginebra, Societé de Nations. 1939:53-70.
320. Palanca JA. Rapport sur la situation epidemiologique de l’Espagne pendant l’année Ginebra, Societé de Nations. 1939:40-52.
321. Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1943. Prologo: Palanca JA. Dirección General de Sanidad. 1943.

322. Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1945. Prologo: Palanca JA. Dirección General de Sanidad. 1945.
323. Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1946. Prologo: Palanca JA. Dirección General de Sanidad. 1946.
324. Palanca JA. Los Servicios Sanitarios Nacionales en 1946. Medicamenta. 1946;94:33-4.
325. Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1947. Prologo: Palanca JA. Dirección General de Sanidad. 1947.
326. Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1949. Prologo: Palanca JA. Dirección General de Sanidad. 1949.
327. Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1950. Prologo: Palanca JA. Dirección General de Sanidad. 1950.
328. Palanca JA. Endemias y epidemias en el año 1951. Medicamenta. 1951;212:63-7.
329. Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1952. Dirección General de Sanidad. 1952. Prologo: Palanca JA. Dirección General de Sanidad.
330. Palanca JA. El Año Sanitario. Medicamenta. 1953;229:7-11.
331. Palanca JA. El Año Sanitario. Medicamenta. 1954;247:7-11.
332. Memoria de la Dirección General de Sanidad: correspondiente al año 1954. Prologo: Palanca JA. Dirección General de Sanidad. 1954.
333. Palanca JA. El Año Sanitario. Medicamenta. 1955;265:7-11.
334. Palanca JA. El Año Sanitario. Medicamenta. 1956;282:7-11.
335. Palanca JA. El Año Sanitario. Medicamenta. 1957;300:7-11.
336. Cabré A, Domingo A, Menacho T. Demografía y crecimiento de la población española durante el siglo XX. 2002; [03 de marzo del 2018]: Disponible en: http://www.ced.uab.es/publicacions/PapersPDF/Text205.pdf.
337. Mundial B. Tasa de Mortalidad Infantil en España. Banco Mundial; 2011 [03 de marzo del 2013]; Disponible en: http://www.google.es/publicdata/explore?ds=d5bncppjof8f9_&met_y=sh_dyn_mort&idim=country:ESP&dl=es&hl=es&q=tasa%20de%20mortalidad%20infantil%20espa%C3%B1a.
338. Palanca y Martínez-Fortún JA. Ley de 14 de abril de 1955 creando el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica: Precedida del discurso ante las Cortes Españolas, por el Director General de Sanidad D. José A. Palanca y Martínez-Fortún. Madrid. Dirección General de Sanidad; 1955.
339. Bermejillo M. Sesión Necrológica en memoria del Sr. D. José Alberto Palanca Martínez-Fortún. An R Acad Nac Med (Madr). 1973;230:2-8.
340. Homenaje al Dr. Palanca. Profesión Médica. 1973:1-24.
341. Bravo Morate F. El paso estelar del Dr. Palanca, alma de la Sanidad Española. Profesión Médica. 1973:4.
342. García Orcoyen J. Un admirable Director General de Sanidad. Profesión Médica. 1973:4.
343. Guardiola L. En la muerte del Doctor Palanca. Profesión Médica. 1973:5.
344. Noguera E. Perfil psicológico de Palanca. Profesión Médica. 1973:6.
345. Matilla V. Su última lección. Profesión Médica. 1973:10.
346. Cordero Soroa A. A la memoria de Don José. Profesión Médica. 1973:12.
347. Rico-Avello C. La última lección del Profesor Palanca. Profesión Médica. 1973:15.

348. Prieto Lorenzo A. El Profesor Palanca que conocí. Profesión Médica. 1973:18.
349. Fernández Turégano J. Veinte años colaborando con el Dr. Palanca. Profesión Médica. 1973:19.
350. Contreras Poza J. Rezo ante la tumba de Don José. Profesión Médica. 1973:20.
351. Rodero Jiménez F. Los colaboradores de Palanca en su gran obra sanitaria. Profesión Médica. 1973:22.
352. Royo Villanova R. Un sanitario nato. Profesión Médica. 1973:24.
353. Bravo J. Hasta pronto, mi querido Don José. Profesión Médica. 1973:24.
354. Blanco Rodríguez F. Carta al director sobre la gran figura sanitaria de Palanca. Profesión Médica. 1973:24.
355. Zurita C. Un gran estadista de la Sanidad. Enfermedades del Torax. 1973:1-4.
356. Galan J. Palanca la personalidad sanitaria española más destacada en el presente siglo. Profesión Médica. 1973.
357. Soroa y Pineda A. Tríptico del dolor. Daniel Mezquita – Juan Grinda – José Alberto Palanca. Profesión Médica. 1973:24.
358. Gómez-Ullate Itoiz J. El Dr. Palanca veraneante en Laredo. Profesión Médica. 1973:22-3.
359. Barona J, Bernabeu-Mestre J. La Salud y el Estado. Movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945). Valencia: Universidad de Valencia; 2008.
360. Vallejo de Simón A. Reorganización Sanitaria en la Zona Liberada. Revista de Sanidad e Higiene Pública Boletín Técnico de la Jefatura Superior de Servicios Sanitarios del Ministerio del Interior. 1938;1:1-22.
361. Marañón G. Homenaje al Doctor Palanca. El Siglo Médico. 1923;3659:1258.

SOBRE LAS AUTORAS

María Cruz Menárguez Palanca nació en Guadarrama (Madrid). Está graduada en Enfermería y obtuvo una licenciatura en Antropología Social y Cultural por la UNED. Es doctora por la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Trabaja como enfermera en el Centro de Especialidades de Moratalaz del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid y ha sido profesora asociada de la Facultad de Enfermería de la UCM.

Correo electrónico: polome22@hotmail.com

María Trinidad Menárguez Palanca nació en Laredo (Santander). Es doctora en Matemáticas por la UCM. Ha sido profesora de bachillerato y también de las Universidades Autónoma y Complutense. Ha sido profesora titular de la Escuela de Ingenieros de Caminos, Canales y Puertos de la Universidad Politécnica de Madrid.