



*Cátedra
Pedro Ibarra*

UNIVERSITAS
Miguel Hernández

**MEDICINA Y SOCIEDAD EN ELCHE
DURANTE LA DICTADURA
DE PRIMO DE RIVERA
(1923-1930)**

Jesús Antonio RUEDA CUENCA

Tesis para aspirar
al grado de Doctor

Dirección:

Prof. Dr. D. MIGUEL ORS MONTENEGRO

Cátedra Pedro Ibarra

Prof. Dra. D^a ROSA BALLESTER AÑON

Cátedra de Historia de la Ciencia y Ginecología



ILDEFONSO HERNÁNDEZ AGUADO, Catedrático de Universidad y Director del Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología de la Universidad Miguel Hernández

INFORMA que,

Da su conformidad a la lectura de la Tesis Doctoral presentada por D. JESUS ANTONIO RUEDA CUENCA, titulada “Medicina y sociedad en Elche durante la Dictadura de Primo de Rivera. (1923-1390)”.

Y para que conste a los efectos oportunos, emite el presente informe en Sant Joan D’Alacant, a uno de marzo de dos mil trece.

Fdo. Ildefonso Hernández Aguado



MIGUEL ORS MONTENEGRO, Director de la Cátedra Pedro Ibarra de la Universidad Miguel Hernández.

ROSA BALLESTER AÑÓN, Catedrática de Historia de la Ciencia de la Universidad Miguel Hernández.

CERTIFICAN que,

D. JESUS ANTONIO RUEDA CUENCA, ha realizado bajo nuestra dirección, en la Cátedra Pedro Ibarra y en el Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, su Tesis Doctoral, titulada “Medicina y Sociedad en Elche durante la Dictadura de Primo de Rivera. (1923-1930)”, y que la misma reúne las condiciones necesarias de originalidad y rigor metodológico para que, con su lectura y defensa, pueda optar al grado de Doctor.

Y para que conste a los efectos oportunos, emiten el presente informe en Sant Joan D’Alacant a uno de marzo de dos mil trece.

Fdo. Miguel Ors Montenegro

Fdo. Rosa Ballester Añón

AGRADECIMIENTOS

Son numerosas las personas a las que, llegado este momento, debo expresar mi gratitud.

- la “pole position”, por merecimientos propios, es para Toñi, mi mujer, verdadera autora de la mitad no visible de este trabajo; y junto a ella, mis hijos, Javier, Jorge y Jaime.
- al Dr. Miguel Ors Montenegro, que, además de impulsor, ha sido un verdadero compañero y amigo.
- a la Dra. Rosa Ballester Añón, binomio de ciencia y afabilidad poco común.
- al colega Dr. Jaime Latour Pérez, por su inestimable apoyo estadístico y, sobre todo, su amistad de tantos años...
- al personal del Archivo Histórico municipal de Elche, siempre desbordando amabilidad.
- al personal del Registro Civil de Elche.
- al personal de la Biblioteca Nacional de España.
- al ilustre Colegio Oficial de Médicos de Alicante, y en particular a su secretario, por sus facilidades para acceder a los expedientes colegiales antiguos.
- a mis familiares y amigos, que tanto me han tenido que aguantar; en especial, Jero y Juanita, Antonio y Reme, Pepe y Tere, Claudio y Simo, Juan y Pepi, mis primos Jose Luis y Merce...

a todos, gracias de corazón.

INDICE

PRIMERA PARTE	PRESENTACIÓN	Pg. 1
Capítulo 1	Introducción.	3
Capítulo 2	Justificación del estudio	15
Capítulo 3	Objetivos. Material y Métodos.	20
SEGUNDA PARTE	ANTECEDENTES	24
Capítulo 1	Breve reseña histórica.	26
Capítulo 2	La salud como derecho.	38
Capítulo 3	La Beneficencia en España.	42
Capítulo 3	Organización.	29
Capítulo 4	Los Colegios de Médicos.	51
TERCERA PARTE	SITUACION SOCIO-POLITICA EN ESPAÑA Y EN ELCHE	56
Capítulo 1	Los años previos.	58
Capítulo 2	Los años de la Dictadura.	90
Capítulo 3	El año siguiente	122
CUARTA PARTE	SALUD Y MEDICINA EN ELCHE. RESPUESTAS ORGANIZATIVAS Y DISPOSITIVOS ASISTENCIALES	130
Capítulo 1	La situación socio-sanitaria. 1.1.- Los pobres. 1.2.- Los presos. 1.3.- Las prostitutas	132 132 135 140
Capítulo 2	Organización Municipal de la Sanidad. 2.1.- La Junta Municipal de Beneficencia y Sanidad. 2.2.- La Junta Municipal de Sanidad 2.3.- El Padrón Municipal	145 146 148 152
Capítulo 3	Otras ayudas sociales. 3.1.- Ayudas para lactancia.. 3.2.- Ayudas para enterramientos.	179 179 182
Capítulo 4	Asistencia sanitaria. 4.1.- Asistencia domiciliaria. 4.1.1.- Médicos. 4.1.2.- Practicantes. 4.1.3.- Matronas. 4.2.- Prestaciones farmacéuticas. 4.3.- Asistencia hospitalaria. 4.3.1.- El Santo Hospital de Caridad. 4.3.2.- El Asilo de San José	184 184 186 203 206 207 209 214 239
Capítulo 5	Estudio de mortalidad. 5.1.- Natalidad. 5.2.- Análisis de mortalidad. 5.2.1- Libro de enterramientos. 5.2.2.- El Registro Civil. 5.2.3- Análisis demográfico 5.2.4.- Mortalidad infantil	243 243 244 246 255 262 269

	5.2.5.- Causas de mortalidad	272
QUINTA PARTE	RESUMEN Y CONCLUSIONES	416
	INDICE DE TABLAS	425
	INDICE DE FIGURAS	430
	BIBLIOGRAFIA	433
	Por orden de aparición en el texto	435
	Por orden alfabético	447

PRIMERA PARTE

PRESENTACION

- 1.- INTRODUCCION.
- 2.- JUSTIFICACION. MOTIVO DEL ESTUDIO.
- 3.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO. MATERIAL Y METODOS.

Capítulo 1.- INTRODUCCION.

El propósito fundamental de este trabajo de investigación, es la reconstrucción histórica de las condiciones sanitarias y de las respuestas, tanto institucionales como de otro tipo, frente a los problemas de salud en el contexto social, político y económico de la ciudad de Elche durante el periodo de gobierno del General Primo de Rivera (1923-1930).

PERSPECTIVA HISTORICA,

Es difícil, desde la perspectiva de la historia, acotar un determinado espacio de tiempo dentro de unos límites inamovibles; no se puede entender un proceso, un devenir histórico, sin encuadrarlo dentro de una trayectoria; sin poder valorar los antecedentes es complicado explicar los consecuentes; un río más o menos caudaloso, más o menos rápido, que avanza en el tiempo y el espacio, no se puede juzgar solo viendo correr el agua desde lo alto de un puente. El conocimiento histórico es el resultado de asumir que un texto histórico debe ser entendido con referencia al contexto al cual se refiere, y que este contexto contiene un elemento de objetividad no totalmente idéntico con la subjetividad del historiador, y un sistema de racionalidad que presupone elementos de intersubjetividad en los métodos de la investigación histórica¹; pero además, no hay historia sin aplicación práctica; no se debe olvidar que el objetivo fundamental del estudio de la historia es el de ayudarnos a comprender mejor el mundo que vivimos actualmente, explicarnos de qué forma este mundo ha llegado a ser como es. Por eso, nos hemos tenido que retrotraer en las fuentes del saber buscando datos que nos permitieran formar un juicio de valor sobre lo que estábamos analizando, a la vista de nuestros conocimientos actuales. La primera duda que se nos planteó, al inicio de la investigación, fue, cómo no, de tipo existencialista: ¿Que entendemos por Historia? ¿Qué vamos a buscar? ¿A dónde queremos llegar? ¿Que límites vamos a poner?

Según Edward H. Carr², la historia es un proceso continuo de interacción entre un historiador y unos hechos históricos, un diálogo sin fin entre el presente y el pasado; en opinión de Pinilla³, la labor del historiador no consiste en la reconstrucción de los hechos, sino en la comprensión del proceso a través de los acontecimientos, entendiendo hechos como entidades limitadas en espacio y tiempo que emergen de la Historia y que pueden ser percibidas, fenómeno este que le confiere la categoría de acontecimiento histórico; pero también es verdad que, en contra de la fraseología popular, los hechos no hablan por sí solos; adquieren verdadera carta de naturaleza cuando el historiador les vuelve a la vida, les trae a la luz actual desde la negrura del olvido.

Si, como dice Elena H. Sandoica⁴, la aproximación “macroanalítica” de la historia se dedica a reconstruir las lógicas que ligan los actores individuales a los diferentes fenómenos macroestructurales que previamente han sido individualizados, estaba claro,

¹ MUDROVICIC, M^a Inés. *Algunas consideraciones epistemológicas para una “Historia del presente”*. Hispania Nova, 1, 1998-2000.

² CARR, Edward H. *¿Qué es Historia?* Seix Barral, 1972.

³ PINILLA GARCIA, Alfonso. *El acontecimiento histórico. Hacia una categorización*. Norba, Revista de Historia, 18, 2005.

⁴ HERNANDEZ SANDOICA, Elena. *Tendencias historiográficas actuales. Escribir historia hoy*, Akal, 2004.

que nuestra aproximación debía ser “microanalítica”, teniendo en cuenta que no nos iban a interesar tanto las estructuras en sí mismas, cuanto las dinámicas sociales que las afectan. Si estando convencidos también de que un pueblo sin conciencia de sus raíces pierde parte de su identidad, queríamos dar vida a los antepasados, debíamos circunscribirnos a un ámbito estrictamente local, entendido éste como nuestro entorno más cercano, delimitándolo a partir de una colectividad con la que, de partida, nos identificásemos, como algo propio, característico y distinto.⁵ Y nada más cercano, más propio, más característico para nosotros, que la ciudad de Elche.

Pero ¿se trataba simplemente de escribir una historia local? Geertz⁶ nos previene que el conocimiento local no consiste en averiguarlo todo de la aldea para no trascender de ella, de modo que el resultado solo interese a los propios nativos; tenemos que escapar de esa tendencia malévolamente que nos hace saber cada día más de cada vez menos¹. Debíamos acopiar saber y conocimiento que sirvieran para comparar y establecer analogías con otras estructuras, asumiendo e insertando lo local como parte de lo global. Porque entendemos que historia local no es lo mismo que microhistoria; un análisis micro no significa abandonar pretensiones; reducir la escala de observación, como hace el microscopio, permite apreciar acciones y significados que, de otro modo, serían invisibles; una vez agrandado el objeto, intentamos captar el sentido de los actos humanos, para después, plasmarlo, y relacionarlo con la estructura macrocultural, intentando aportar nuestra parte al acervo cultural común.

Por eso, precisamente, escogimos la época de la Dictadura. La idea primigenia fue desarrollar el estudio durante todo el reinado de Alfonso XIII; sin embargo, nos parecía demasiado prolongado en el tiempo, y existía la posibilidad de que la extensión nos impidiera ser exhaustivos; había que acotar, o bien por tiempo o bien por profundidad. Optamos por aquello, y escogimos, en particular, entre el 13 de septiembre de 1923, y el final de 1930; cierto es que así tuvimos que incluir también el periodo del General Berenguer, pero, si bien es verdad que el golpe militar supuso una ruptura franca con el sistema político, y en cierta medida, del social, que venía teniendo lugar en España desde la muerte de Alfonso XII, la transición entre ambos generales lo único que provocó fue una aceleración en el proceso de descomposición total del régimen borbónico; la llegada de la II República supuso otro cambio radical en el sistema, y es, justo en ese momento, cuando cerramos nuestro estudio.

Desde los años sesenta del pasado siglo, venimos asistiendo a una notable proliferación de lo que metodológicamente ha dado en denominarse microhistoria, es decir la selección de espacios limitados como escenarios de análisis de fenómenos históricos, en las tres vertientes que Burke⁷ detallaba como estudio de comunidad, de familia y de individuo, Esta corriente fue iniciada en Italia por Carlo Guinzburg⁸ y Giovanni Levi, en su doble aspecto, cultural y social; a su amparo, ha proliferado multitud de jóvenes (y no tan

⁵ SERNA, Justo. PONS, Analet. *En su lugar. Una reflexión sobre la historia local y el microanálisis*. En: Frias, C y Carnicer, M.A. Eds. *Nuevas tendencias historiográficas e historia local en España*. Universidad de Zaragoza, 2001.

⁶ GEERTZ, Clifford. *Conocimiento local*. Paidós, 1994.

⁷ BURKE, P. *Formas de hacer historia*. Alianza, 2003.

⁸ GUINZBURG, Carlo. *El queso y los gusanos: el cosmos, según un molinero del siglo XVI*. Muchnik Ed. 1976

jóvenes) historiadores, en un intento de reescribir la historia desde parámetros diferentes⁹. Del mismo modo que una pared en conjunto se construye con ladrillos individuales, estimamos que las aportaciones de la historiografía local pueden contribuir a la formación del edificio histórico global. Creemos firmemente, con Morales Moya¹⁰ que la “historia tradicional”, o sea, la que narra un relato con principio y fin, organizando los hechos a partir de una escala temporal, y la “historia científica,” aquella que se centra en las estructuras, recurriendo a las series, a la estadística, la que produce análisis, define modelos y a partir de ahí, hace generalizaciones, son perfectamente compatibles; que, en la perspectiva moderna, los grandes conjuntos sociales, las naciones, los países, se rompen, se fragmentan, y adquieren relevancia las ciudades, los “lugares de la memoria”; pierden vigencia las grandes figuras, para ganar atención los individuos, sus colectividades e interrelaciones.

Afirma Santos Juliá¹¹ que la carencia de teoría histórica se relaciona en nuestro país, con el hecho de que en las Facultades y en los encuentros de historiadores, no suelen suscitarse discusiones con sociólogos, antropólogos, urbanistas, demógrafos, etc.; podemos estar de acuerdo, pero nos resulta llamativo que ni siquiera se acuerde de los médicos; parece que la medicina y la historia guarden poca relación entre sí; parece ser que el desconocimiento de la sanidad (estructura, dinámica, implicaciones) hacía que la historiografía dejase en manos de los médicos investigadores la responsabilidad de los estudios históricos desde esta perspectiva, considerando intrusos o carentes de importancia a los historiadores que se adentran en esta faceta¹²; sinceramente, no entendemos por qué médicos e historiadores no pueden formar simbiosis; por otro lado, el mismo autor S. Juliá, reconoce que gracias a una multitud de estudios regionales y locales, se sabe hoy mucho más de la estructura social española contemporánea que hace varios años, Y, si importante es conocer como vivían, como vivieron nuestros antepasados, como era su hábitat, su medio de vida, sus luchas por la supervivencia, consideramos que, justo ahí, es donde los médicos podemos añadir un punto de vista o una forma de análisis diferente, que puede contribuir a enriquecer el debate, mediante el conocimiento de sus formas de enfermar, de sanar y de morir.

Otro aspecto a considerar, es la obtención y tratamiento de los datos que forman el basamento de la investigación; al ser un tema tan circunscrito, tan local, no hemos encontrado ninguna mención en las llamadas nuevas tecnologías de la información y comunicación; la red es útil, y lo ha sido, entre otras cosas, para la obtención de bibliografía para establecer comparaciones; pero la fuente primordial de datos, han sido los documentos escritos que se conservan en los distintos departamentos oficiales de la ciudad de Elche. Como detallaremos más adelante, ha habido dos orígenes fundamentales: el Archivo Histórico Municipal y el Registro Civil de Elche.

Así, nos hemos encontrado con dos tipos de datos, que podríamos llamar a unos “alfabéticos” y a otros, “numéricos”; serían alfabéticos, las actas de los plenos municipales

⁹ BAHAMONDE MAGRO, Angel. *La Historia Urbana*. Ayer, 10, 1993.

¹⁰ MORALES MOYA, Antonio. *Formas narrativas e historiografía española*. Ayer, 14, 1994.

¹¹ JULIA, Santos. *La historia social y la historiografía española*. Ayer, 10, 1993.

¹² GALLENTE MARCO, Mercedes. *Historia e Historia de los Hospitales*. Revista de Historia Medieval, 7, 1996.

y documentos semejantes; serían numéricos, los datos del padrón, de natalidad, de mortalidad, etc.

Esto nos ha condicionado en cierto modo, a la hora de su manipulación; mientras que los datos numéricos han sido obtenidos con la máxima exactitud y precisión, convencidos de que esto no es una virtud, sino una necesidad intrínseca de una investigación seria, los datos alfabéticos, vienen a ser el resumen de un resumen; las actas no reflejan la totalidad de lo expresado en los plenos o las comisiones municipales: son los extractos realizados por el secretario del ayuntamiento, con su correspondiente carga de subjetivismo; a ello hemos de añadir la parte subjetiva que, como historiador, resulta inherente; así nos vemos obligados a hacer una selección de lo escrito, lo que nos parece más relevante, convencidos de que no todo lo que ocurre merece ser contado, y queda a nuestro albedrío convertir en dato histórico un hecho expresado, de forma más o menos prolija, en las actas.

Esto hace que la exposición tenga dos vertientes; una claramente subjetiva, donde el autor expone la crónica de unos hechos acaecidos y los interpreta, relacionándolos con otros del mismo cariz acaecidos en las misma época pero en otro lugar, o en el mismo lugar pero en distinta época; otra, claramente objetiva: se aportan cifras, en valor absoluto y en forma de tasas o índices, sobre fenómenos medidos con precisión; y estos datos, expuestos, han de ser explicados y relacionados con la situación sociosanitaria del entorno donde se desarrolla el estudio; pensamos que deben ser incorporados en su totalidad, aun a riesgo de hacer una “enciclopedia” exhaustiva; pero estimamos que la originalidad del estudio, ya que creemos ser los primeros en haber llevado a cabo la medición y cuantificación de estos datos, nos permite (o nos obliga a) dejar constancia de ello, para su utilización por siguientes autores que deseen prolongar la investigación, o deseen usarlos como punto de comparación en otros estudios ulteriores.

Aunque tradicionalmente se ha considerado la Medicina como una profesión liberal, la Sanidad en su conjunto, no lo es, no lo puede ser; si entendemos la Sanidad, de acuerdo con el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española como “*el conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes de la nación, de una provincia o de un municipio*”, vemos entonces que la política juega un papel preponderante en la ordenación de esta actividad, en consonancia con la opinión de Josep Fontana¹³ sobre las señas de identidad de la historiografía crítica, una de las cuales, es la “politización”, es decir, la necesidad de comprender que detrás de toda interpretación histórica hay siempre una “política” que obliga a ser consciente de este contenido subyacente, y no transmitirlo sin más trascendencia.

Son múltiples las facetas que engloba el concepto de Sanidad; desde el aporte y control de las aguas potables, la eliminación de las excretas y residuales, la política de mercados y consumos, el control de calidad alimentaria, la veterinaria, el control de plagas, la lucha contra zoonosis, contaminación medio-ambiental, política mortuoria y de cementerios, salubridad de viviendas y establecimientos, en un largo etcétera, hasta la ordenación urbana propiamente dicha, y cómo no, la asistencia sanitaria de las enfermedades de los individuos que conforman el colectivo, asumiendo con franqueza, que la salud depende

¹³ FONTANA, Josep. *La historia después del fin de la historia*. Crítica, 1992.

una multitud de factores, entre los cuales la atención sanitaria no es, precisamente, el más importante¹⁴.

El concepto de salud ha sido, hasta hace no mucho tiempo, de carácter negativo, al ser entendida como la ausencia de enfermedad o padecimiento, no percibidas por el individuo y no detectadas por el médico. Fue hacia 1941, cuando Sigerist proclamó que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, transformando su apreciación en algo positivo, aseveración que fue mejorada por Stampar en 1946, con la definición, aceptada posteriormente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de que “la salud es el completo bienestar físico, psíquico y social”, y que fue perfeccionada en 1970 por Wyllie en el sentido de entender la salud como el “continuo y perfecto ajuste del hombre a su medio ambiente”¹⁵. Por tanto, a nivel estrictamente médico, la salud se puede definir como la capacidad de un organismo de responder eficientemente a los desafíos y de restaurar y sostener eficazmente un estado de equilibrio u homeostasis.

Como vemos, estas definiciones son singulares, se refieren “al individuo”, o “al organismo”, pero estos no se pueden considerar entes aislados, sino que viven englobados en una sociedad, en un conjunto de personas, con las que interactúan, en todos los sentidos, en términos de salud; porque, en consonancia con Bernabeu¹⁶, estimamos que los sistemas de salud resultan de la interrelación de varios subsistemas, sanitario, social, económico, cultural, etc., que no pueden ser analizados de manera estática o histórica. De acuerdo con Rafael Huertas¹⁷, fue a partir de Henry Sigerist cuando la Historia de la Medicina encontró un camino que, alejándose del positivismo historiográfico, pretendió hallar claves históricas del proceso salud-enfermedad como realidad social. Por ello, ya en 1920, Charles E. Winslow propuso la definición, completada en 1923 y adoptada por la Organización Mundial de la Salud en 1953 de salud pública como la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y mejorar la salud y la vitalidad mental y física de las personas, mediante una acción concertada de la comunidad.

La amplitud de estos aspectos tan genéricos de la Sanidad en conjunto, nos aconseja ceñirnos en nuestra investigación a una parcela concreta, cual es el de la Medicina y los servicios sanitarios. Según afirma Mercedes Gallent¹⁸, delimitamos la Historia de la Sanidad como una parcela del espacio histórico, no solo médico, que se ubica en el

¹⁴ ANTO, J. M^a; COLL, Pilar. MURILLO, Carlos; ROVIRA, Juan. *Estudio empírico del impacto de factores sanitarios y no sanitarios sobre el nivel de salud*. Cuadernos de Economía, 14, 1986.

¹⁵ PIEDROLA GIL, G. *La salud y sus determinantes. Concepto de Medicina Preventiva y salud pública*. En: Piédrola Gil, Gonzalo: Medicina Preventiva y Salud Pública. Masson, 2001.

¹⁶ BERNABEU MESTRE, José. *Estados de salud y descenso de la mortalidad: un espacio para la interdisciplinarietà*. Berceo, 137, 1999.

¹⁷ HUERTAS GARCIA-ALEJO, Rafael. *Salud pública en la España contemporánea. Introducción*. Dynamis, 14: 17-21, 1994.

¹⁸ GALLENT MARCO, Mercedes. *Problemas fundamentales en torno a la historia de la sanidad medieval en la península ibérica*. Bajado de la red: www.vallenajerilla.com/berceo/santiago/medicinacamino.htm.

ámbito de la historia total. Porque es cierto que esta actividad médica o sanitaria, no puede desligarse por completo de los demás campos, pues, como hemos señalado, todos llegan a interrelacionarse, pero en este estudio, nos vamos a centrar de modo preferente en la asistencia sanitaria. Si bien el mencionado Diccionario de la RAE define la Medicina como ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano, hoy día consideramos que la Medicina, al menos en su versión más moderna, tiene tres misiones primordiales, que son la preventiva, la curativa y la rehabilitadora, pero veremos que hace un siglo, la actividad médica se enfocaba básicamente hacia la curación, con algún esbozo preventivo, y prácticamente nula función de rehabilitación o reinserción.

Y la Medicina, como ciencia humanística, cuyo objeto y razón de existir es el propio ser humano, no puede desligarse de otras facetas de la cotidianidad. Y su acción, benefactora cuando bien hecha, puede ser también objeto de abusos y malos usos, que perjudiquen al, ya de por sí, desvalido y enfermo, por lo que debe estar sujeta a unas normas reguladoras, que delimiten su campo. Y es ahí donde la política, desde diferentes ópticas, juega un papel definitorio, en la ordenación de su actividad.

Por esta razón, hemos incluido en el estudio, datos sobre política, legislación, beneficencia, etc., de algún tiempo anterior, que nos pudieran permitir mantener una hilazón en el relato, comprender los motivos de lo acontecido en cada momento, e intentar trasponer las fronteras locales.

Una de las dificultades (que han hecho aun más atractivo el reto) a la hora de estudiar la sociedad y la medicina ilicitana en el periodo de la Dictadura de Primo de Rivera, ha sido la escasez de información que hemos encontrado sobre la historia reciente de nuestra ciudad. Con motivo de la celebración del Bimilenario de Elche, en 1997, se publicaron, por parte de su Excelentísimo Ayuntamiento, gran cantidad de libros, folletos y monografías, sobre aspectos concretos de la ciudad, centrados muchos de ellos en la Dama, al coincidir con el centenario de su hallazgo, la remodelación de los Baños Arabes, el Palmeral, etc. Pero ninguno versa sobre el tema que hemos estudiado nosotros ahora. Hay información sobre nuestra historia local; pero creemos que falta profundizar en nuestra intrahistoria en el sentido unamuniano del término.

Y, de la misma manera que no podíamos desarrollar el análisis político-sanitario de esta época, sin hacer mención a los antecedentes históricos, tampoco podíamos circunscribirnos de forma totalmente estricta a la ciudad de Elche. Las leyes generales se hacen en la sede del Gobierno central, y se cumplen o adaptan localmente; saber de qué manera, cómo se desarrollaron, cómo se aplicaron, qué consecuencias tuvieron en Elche, nos obliga a efectuar el estudio en dos planos, uno general, otro local, y a valorar las interrelaciones entre ambos. Tal como hoy se concibe, deberíamos haber considerado también el resto de la Comunidad Valenciana; sin embargo, en la época estudiada no existía esta división sectorial del Estado Español por Comunidades Autónomas, de modo y manera que lo que pudiera ocurrir en un momento dado en Valencia, podía no tener ninguna repercusión a nivel local ilicitano; quizás sí se viese más afectado el devenir de Elche por los sucesos que tuvieran lugar en Alicante capital, de la cual, al fin y a la postre, dependía jerárquica y administrativamente; por eso, en algún momento, haremos un vuelo rasante sobre la ciudad de Valencia, y nos detendremos algo en la de Alicante, intentando, al igual que con lo estimado para el resto de España, relacionar los sucesos de la capital con los de nuestra ciudad.

Se ha afirmado que los hitos cronológicos definen con menor exactitud que los históricos el paso del tiempo; todo historiador sabe que los siglos son construcciones artificiales que guardan escasa relación con el acontecer histórico¹⁹; eso sucede también con el cambio de siglo en España; el XIX termina en 1898, con la pérdida de los restos del Imperio Colonial; el XX comienza en 1902 con la llegada al trono del adolescente Alfonso XIII. Estos cuatro años de “vacío” se rellenan con el canto desesperado de la intelectualidad española, clamando por un cambio de modo, que pudiera sacar al país de un marasmo ancestral; su paladín es Joaquín Costa²⁰, que acusa duramente a las prácticas llamadas caciquiles del infradesarrollo vigente, que pide escuela y despensa, y olvidarse de las grandezas históricas pasadas para afrontar con decisión el futuro; una pléyade de pensadores, agrupados bajo el epígrafe genérico de generación del 98 se suma a ello, con profusión de escritos y opiniones que intenten sacudir la modorra que adormece a la nación desde tiempos pretéritos.

Y se ha afirmado también que un pueblo que ignora su historia esta condenado a repetirla; pues bien, parece que España esta empecinada crónicamente en repetir sus errores; tras la guerra de Independencia, liderada fundamentalmente por el propio pueblo, a espaldas de unos reyes cobardes y huidizos, enfrentados padre e hijo por una corona cada vez menos valorada por ellos mismos, y que no dudan en ceder al hermano del Emperador Bonaparte, se vuelve a instaurar la dinastía borbónica; visto doscientos años después, no deja de sorprendernos que se llame “El Deseado” a Fernando VII; perjuro donde los haya, no duda en acatar la Constitución de Cádiz, para a renglón seguido, suspenderla y caer en el más profundo absolutismo, del cual es depuesto tras la primera asonada militar del siglo; su muerte sin hijos varones, origina el cisma basado en la Ley Sálica, por lo que su hermano Carlos pretende heredar la corona, que es colocada graciosamente sobre la infantiles sienes de la niña Isabel II, por la Pragmática Sanción, y se desencadena la primera guerra “carlista”. Tras la tormentosa regencia de su augusta madre Maria Cristina de Borbón, su reinado es tutelado, protegido y vigilado por la cúpula del Ejército, manteniéndose a duras penas en el trono; después de numerosas vicisitudes, es derrocada por la Gloriosa revolución de 1868, que coincide en el tiempo con el grito de Yara, inicio del movimiento independentista cubano promovido por Carlos Manuel de Céspedes.

El intento de reinstauración monárquica en la persona del Duque de Aosta ofrece el mismo resultado; harto de intrigas y cabildeos, Amadeo de Saboya se marcha desconsolado buscando una paz, interior y exterior que aquí no pudo encontrar. Por fortuna para los ilicitanos, en su fugaz reinado le dio tiempo para visitar Elche en la primavera de 1871, y, deslumbrado por su palmeral, afirmar que esta era una gran ciudad, y otorgarle el título de tal, dejando de ser villa.

¹⁹ CARR, Raymond. *Visiones de Fin de siglo*. Taurus, 1999.

²⁰ COSTA, Joaquín. *Oligarquía y caciquismo* Imprenta Hijos de M.G. Hernández, 1902.



Figura 1.- Amadeo I. Ayuntamiento de Elche.

La I República es la primera prueba del fracaso de los comportamientos democráticos y participativos; su primer presidente, Estanislao Figueras, se sube a un tren y no para hasta llegar a París, abandonando a la tremenda sus responsabilidades y su país; la rápida sucesión de presidentes, la imposibilidad de encauzar el rumbo de la nave, es acabada con la entrada en el Congreso del General Pavía, anulando cualquier intento de gobierno basado en la voluntad del pueblo y no en la divinidad de una estirpe.

De nuevo, los militares se erigen en salvadores de la patria; mientras un todavía joven y prometedor Antonio Cánovas del Castillo manobra entre las bambalinas palaciegas para traer un nuevo Rey, se le adelanta el segoviano Arsenio Martínez Campos y desde Sagunto decide en diciembre de 1874, colocar en el trono al hijo de la desventurada Reina Isabel, el número doce de la lista de Alfonsos²¹.

Su corto reinado logra pacificar en cierto modo los imprudentes frentes de batalla abiertos simultáneamente; Cuba, Filipinas, Marruecos y el propio Norte de España; no hay ningún país capaz de soportar la sangría, en todos los sentidos posibles de la palabra, que suponen estas aventuras bélicas; pero empeñados en mantener una honra, cuyo significado en este aspecto es más que dudoso, defendiendo hasta el último hombre y la última peseta los territorios de allende los mares, España cae derrotada con estrépito, y humillada en sus ínfulas de gran nación²².

²¹ JOVER ZAMORA, José María. *Edad Contemporánea*, En: Introducción a la Historia de España, Teide, 1963.

²² GARCIA DE CORTAZAR, Fernando; GONZALEZ VESGA, José Manuel. *Breve Historia de España*. Alianza Editorial, 2002.

El precoz fallecimiento del Rey, en 1886, deja un espacio sin rellenar, hasta que se conozca si su hijo póstumo podrá ser su heredero; el nacimiento de un varón aclara la sucesión, quedando la viuda como Reina Regente hasta su mayoría de edad; Cánovas ve por fin realizado su sueño, ofreciendo a través de su partido político, el Liberal Conservador, un pacto de alternancia a su oponente, Práxedes Mateo Sagasta, del partido Liberal; esto confiere una cierta estabilidad a la situación política española, que comienza a resquebrajarse cuando Angiolillo pone fin a la vida de Cánovas, y Sagasta, que llega a conocer la proclamación de Alfonso XIII, fallece poco después; a partir de ahí, comienza la descomposición de los dos grandes partidos, los cabildeos, las presiones de pequeñas agrupaciones que van a dificultar sobremanera la gestión de los sucesivos gobiernos²³.

Alfonso XIII es consciente de esta situación; sabe que en esta época no es viable una monarquía absoluta como la de su bisabuelo Fernando, ni tampoco puede serlo una monarquía disoluta como la de su abuela Isabel. El ejemplo de su padre es transmitido por su enérgica madre, y comprende que debe adoptar una postura intermedia; así, adolescente aun, escribe en su diario²⁴: *“Yo puedo ser un rey que se llene de gloria regenerando la patria, cuyo nombre pase a la Historia como recuerdo imperecedero de su reinado; pero también puedo ser un rey que no gobierne, que sea gobernado por sus ministros, y, por fin, puesto en la frontera...”*. Y se aplicó con denuedo a ser árbitro de una situación política cada vez más deteriorada y enconada; su innegable habilidad para mover los hilos, su capacidad de maniobra, su innata facilidad para deshacerse de las personas que en un momento no eran necesarias (el “borboneo”), le permitió ir sobreviviendo en el trono, pero a costa de un desgaste personal y de colaboradores, que le llevó por fin, a la más absoluta soledad, teniendo que recurrir/aceptar la ayuda del Ejército.

La idea de la asunción total de los poderes rondaba por la cabeza de Alfonso XIII, quien llegó incluso a insinuarlo en un polémico discurso pronunciado en Córdoba, y a consultarlo con alguno de sus más conspicuos colaboradores, como Antonio Maura²⁵; sus palabras, vaticinando el fin de la Monarquía si el Rey adoptaba una postura de corte autoritario, resultaron proféticas siete años más tarde.

D. Miguel Primo de Rivera y Orbaneja, segundo Marqués de Estella y séptimo de Sobremonte, Grande de España, había nacido en Jerez de la Frontera (Cádiz) el 8 de enero de 1870; miembro de una familia dedicada a la milicia desde muy antiguo, ingresó en la Academia Militar con catorce años, siendo destinado al concluir los estudios a Melilla; participó en numerosas acciones bélicas, que le supusieron rápidos ascensos y la Gran Cruz Laureada de San Fernando; participó en la Guerra de Cuba y en la de Filipinas, que acabaron con los restos del Imperio ultramarino español. Volvió a la metrópoli con el grado de teniente coronel, ascendiendo en 1908 a coronel; participó en la guerra de Marruecos de 1909, y alcanzó el generalato en 1912 por méritos de guerra (el primero de su promoción en lograrlo). En 1915 fue nombrado Gobernador Militar de Cádiz, y más adelante, de Valencia y Madrid; su opinión contraria a la continuación de la presencia militar española en Marruecos, dio lugar a su traslado a Barcelona en 1922; allí

²³ FERNANDEZ ALMAGRO, Melchor. *Historia del reinado de Alfonso XIII*. Sarpe, 1986.

²⁴ BARRIO, ANGELES; SANCHEZ CORTINA, MANUEL. *El Reinado de Alfonso XIII*. En: Historia de España, Tomo 11. Espasa, 1999.

²⁵ SANZ AGÜERO, Marcos. *Antonio Maura*. Círculo de Amigos de la Historia, 1975.

tomó contacto con la realidad social de la ciudad: anarquismo, huelgas, pistolero, enfrentamientos callejeros, auge del catalanismo, descomposición del sistema turnante de partidos en el gobierno, etc.; el conocido desastre de Annual, (donde falleció su tío Fernando, al frente del recientemente laureado Regimiento de Alcántara, lo cual le hizo heredar el marquesado), la instrucción del expediente Picasso, el deterioro a ojos vistas del sistema político, la pasiva anuencia de Alfonso XIII, el respaldo de sus compañeros de Capitanías Generales, y la indiferencia, cuando no el alborozo de muchos estamentos nacionales, le llevó a un golpe de estado incruento, que derribó al Gobierno, y le convirtió en Ministro Plenipotenciario, asumiendo todos los poderes en su persona, asistido por un denominado Directorio Militar.

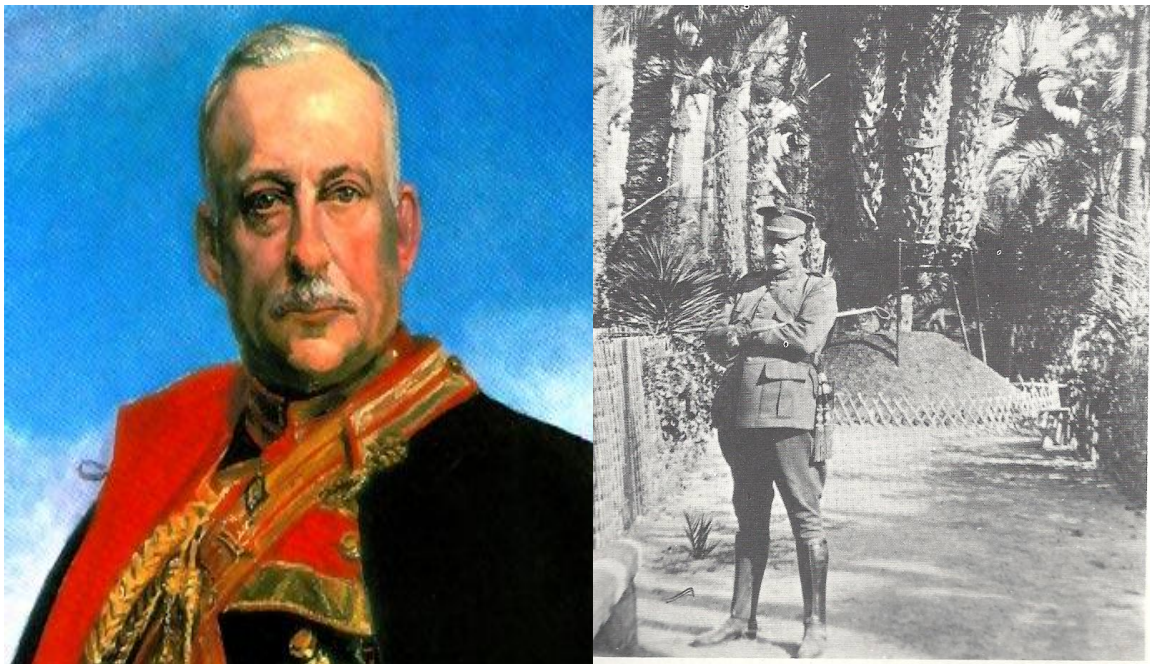


Figura 2.- D. Miguel Primo de Rivera y Orbaneja, con uniforme de gran gala, y durante su vista a Elche, en su etapa de Capitán General de Valencia.

Dejó en suspenso la Constitución de 1876, suprimió las libertades ciudadanas, implantó la censura de prensa, adoptó una serie de medidas proteccionistas de la economía española, emprendió grandes obras públicas, reformas políticas unidireccionales, que, posiblemente no se pueda negar que bienintencionadas, pero faltas de hilo conductor, a lo largo del tiempo; la perspectiva pudo mejorar con el cambio de modo, al dar paso al llamado Directorio Civil, formado por técnicos mejor preparados en la gestión de la cosa pública.

El momento histórico coincide con una serie de asonadas militares en Europa; la I Guerra Mundial sacudió hasta hacer temblar, los cimientos de muchas organizaciones; los dos sectores ideológicos enfrentados en la contienda, las democracias occidentales en el grupo aliado, y los regímenes autocráticos en el grupo germano, salieron aun más reforzados, si cabe; así, mientras unos países, más bien pocos, consolidaron una democracia estable que iba a permanecer en el tiempo, otros se verán abocados a soluciones drásticas, sobre todo, en la porción oriental del continente. Por tanto, la Dictadura de Primo de Rivera puede encajarse sin dificultad, dentro de un conjunto de regímenes dictatoriales que se instalaron en la Europa del periodo de entreguerras, sobre

todo en naciones menos desarrolladas o de industrialización más tardía. En 1923, la situación política en Europa, era, más o menos, la siguiente.²⁶

- Monarquías parlamentarias, de base democrática: Noruega, Suecia, Dinamarca, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda, Holanda, Bélgica, Rumania, Yugoslavia, Albania y Grecia.
- Monarquías de base dictatorial: Hungría e Italia.
- Repúblicas parlamentarias de base democrática: Finlandia, Estonia, Letonia, Lituania, Polonia, Alemania, Checoslovaquia, Austria, Suiza, Francia y Portugal.
- Repúblicas de base dictatorial la República Socialista Federativa Soviética Rusa, (más tarde URSS), y Turquía.

Entre 1917 y 1926 tienen lugar los pronunciamientos de Sidonio Paes y Gomes da Costa en Portugal, el coronel Plastiras y el general Pangalos en Grecia, el autoritarismo de Averescu (con el apoyo del rey Carol) en Rumania, el de Pilsuddski en Polonia, el del rey Alejandro en Yugoslavia, con la dictadura de Stojadinovic, etc.²⁷. En 1922 tiene lugar la Marcha sobre Roma, y la formación del gobierno fascista por antonomasia, el de Benito Mussolini²⁸. Característica común a ellos, era la visión negativa de la política, interpretada más como factor perturbador y creador de problemas que de soluciones y estabilidad, y la toma de decisiones de acuerdo con criterios “técnicos” basados en la racionalidad y eficacia impuestos “desde arriba.”

A partir de 1928 se acelera el declive, tanto político como moral y físico del General Primo de Rivera; ya se venía apagando el brillo de su estrella, con la creación de un partido único, de un conato de Cortes en forma de Asamblea Nacional Consultiva, con el intento de redactar un nuevo texto constitucional que marginaba aun más al poder real, la pérdida de los apoyos militares y sociales, la devaluación de la moneda, rompieron en pedazos su sueño; en enero de 1930 presentó la dimisión, tras una malhadada circular a los Capitanes Generales; marchó a Paris donde falleció de complicaciones de su mal cuidada diabetes mellitus apenas dos meses más tarde, el 16 de marzo.

Su sucesor fue el general, nacido en Cuba pero con raíces alicantinas, de Callosa D'Ensarriá, Dámaso Berenguer Fusté, Conde de Xauen, persona del círculo íntimo de Alfonso XIII; se propuso desmontar el tinglado de su antecesor, (el cual, ingenuamente, había escrito su nombre entre los posibles sustitutos que presentó al Monarca) y volver a la senda constitucional; no consiguió ni lo uno ni lo otro; inexperto en política, falto de apoyos, pues ninguna personalidad política anterior a Primo de Rivera se dignó colaborar en la empresa, convencidos todos de que este era el último estertor del régimen borbónico; partidos, sindicatos, intelectuales, militares, prepararon el terreno para la venida de la ansiada república; la dimisión de Berenguer y el fugaz paso por el Gobierno del Almirante Aznar, cuyo única misión fue convocar unas elecciones locales, que dieron el triunfo de los partidos republicanos en las grandes ciudades, y la caída de la Monarquía, fueron la antesala de un nuevo sistema político en España.

²⁶ VILA SAN JUAN, Jose Luis. *La vida cotidiana en España durante la Dictadura de Primo de Rivera*. Argos Vergara, 1984.

²⁷ GONZALEZ CALLEJA, Eduardo. *La España de Primo de Rivera*. Alianza Editorial, 2005.

²⁸ PALOMARES LERMA, Gustavo. *Mussolini y Primo de Rivera. Política exterior de dos dictadores*. Eudema, 1989.

Hemos querido remarcar, con estas líneas, la repetición del ciclo ineficacia de los políticos→ incapacidad real→ asonada militar→ reinstauración monárquica→ reinstauración política→ ineficacia de los políticos..... El dato curioso, es que por primera vez en cien años, un pronunciamiento militar no sirve para colocar en el trono de nuevo a un monarca caído, sino para intentar afianzar a uno existente; por primera vez, el militar golpista no transfiere los poderes, sino que los asume personalmente. Y la Historia se repetirá, inexorable, pocos años después, aunque esta vez la monarquía borbónica había de tardar cuarenta y cuatro años en volver a ocupar el trono.

Capítulo 2.- JUSTIFICACION. MOTIVO DEL ESTUDIO

Hecha esta disgresión histórica, a modo de preámbulo, nos centraremos en la explicación de los motivos que nos han inducido a escoger esta época para nuestro estudio.

Numerosos autores consideran el periodo de la Dictadura de Primo de Rivera como un paréntesis: entre la Restauración y la II República/Guerra Civil se coloca un septenio insustancial, algo transicional, un tiempo perdido, una página oscura y poco interesante de la historia. A pesar de que Raymond Carr²⁹ opina que este es el momento más importante del reinado de Alfonso XIII, preparatorio de otro gobierno autocrático que comenzó cinco años más tarde y persistió hasta finales de 1975, no se le ha prestado, posiblemente, la atención que requiere; por ejemplo, se considera que hay, actualmente, cerca de veinte mil estudios sobre la II República y la Guerra Civil Española; González Calleja²⁷ afirma que apenas llegan al medio millar las publicaciones sobre la Dictadura de Primo de Rivera; la mayoría de los libros de historia general de España, dedican una parte desproporcionadamente pequeña a Primo de Rivera: el Marqués de Lozoya, en su Historia de España³⁰, tomo VI, con abundante iconografía, le asigna alrededor de 30 páginas; Y además, según cada autor, se pone más énfasis en algún aspecto concreto; Genoveva García Queipo de Llano³¹ se ocupa de las relaciones de los intelectuales con la Dictadura; Shlomo Ben Ami³² se centra en aspectos políticos y constitucionales; Martínez Segarra³³ sobre el somatén; Navajas sobre el ejército³⁴; González Calbet³⁵ y Gómez Navarro³⁶ sobre aspectos de institucionalización y las más completas y profundas, de la mano de Javier Tusell y Carlos Seco Serrano³⁷, siguen un orden cronológico muy útil, aunque obviando aspectos sociológicos, culturales o económicos.

²⁹ CARR, Raymond. *Militares y política en la España Contemporánea*. Historia 16, 1976.

³⁰ MARQUES DE LOZOYA. *Historia de España*, Salvat, 1967.

³¹ GARCIA QUEIPO DE LLANO, Genoveva: *Los intelectuales y la dictadura de Primo de Rivera*. Alianza Ed. 1988.

³² BEN AMI, Shlomo. *La Dictadura de Primo de Rivera. 1923-1930*. Planeta, 1984.

³³ MARTINEZ SEGARRA, Rosa M^a: *El Somatén Nacional en la Dictadura del general Primo de Rivera*. Tesis Doctoral, Universidad Complutense, 1984.

³⁴ NAVAJAS ZUBELDIA, Carlos. *Ejército, Estado y Sociedad en España (1923-1930)*. Instituto de Estudios Riojanos, 1991.

³⁵ GONZALEZ CALBET, M^a Teresa: *La dictadura de Primo de Rivera. El Directorio Militar*. El Arquero, Madrid, 1987.

³⁶ GOMEZ-NAVARRO NAVARRETE, José Luis. *El régimen de Primo de Rivera: reyes, dictadura y dictadores*. Cátedra, 1991.

³⁷ TUSELL GOMEZ, Javier; SECO SERRANO, Carlos. *La España de Alfonso XIII. El Estado y la política (1902-1931)*, Vol II: *Del plano inclinado hacia la Dictadura al final de la Monarquía, 1922-1931*, tomo XXXVIII de la Historia de España, Menéndez Pidal. Espasa Calpe, 1995.

Por otro lado, una cierta cantidad de los escritos sobre ella, están circunscritos al ámbito local, Valladolid³⁸, Ciudad Real³⁹, Sevilla⁴⁰, Cantabria⁴¹, La Rioja,⁴² Navarra⁴³, Soria⁴⁴, o localidades concretas⁴⁵, etc.

Los acercamientos historiográficos generales en torno a la ciudad de Elche en el periodo contemporáneo son muy escasos, y esta situación es todavía más acusada en lo tocante a los aspectos médicos y sociosanitarios. De hecho, las obras de referencia de la historia local ilicitana continúan siendo las obras clásicas de Pedro Ibarra y Ruiz⁴⁶ y Alejandro Ramos Folqués⁴⁷; la primera, concluye a inicios del siglo XX, la segunda, se aproxima algo más a la época contemporánea, pero en ambos casos se trata de abordajes generalistas, sin profundizar en ningún aspecto concreto, aunque hacen referencias someras a instituciones hospitalarias y asilares. La reciente creación de la cátedra Pedro Ibarra en la Universidad Miguel Hernández, ha representado un hito muy significativo para nuclear la información relativa a historia y cultura de Elche y el presente trabajo parte, de hecho, de la necesidad de incluir, en la agenda de las investigaciones, el tema sanitario. Ciertamente contamos con algunas publicaciones anteriores que han estudiado aspectos sociales, laborales o políticos de la ciudad que guardan conexión con el tema objeto de nuestro trabajo^{48, 49, 50, 51}, pero hasta este momento no existe un estudio de conjunto que haya profundizado en el complejo entramado de la situación sanitaria en toda su amplitud e interacción con otros aspectos relacionados en el periodo analizado.

³⁸ PALOMARES IBAÑEZ, Jesús Maria. *Nuevas políticas para un caciquismo. La Dictadura de Primo de Rivera en Valladolid*. Secretariado de Publicaciones de la Universidad. 1993.

³⁹ ALIA MIRANDA, Francisco. *Ciudad Real durante la Dictadura de Primo de Rivera*. Instituto de Estudios Manchegos, 1986.

⁴⁰ ALVAREZ REY, Leandro. *Sevilla durante la Dictadura de Primo de Rivera. La Unión Patriótica*. Excm. Diputación Provincial de Sevilla, 1987.

⁴¹ GARRIDO MARTIN, Aurora. *La Dictadura de Primo de Rivera: ¿ruptura o paréntesis?. Cantabria, 1922-1931*. Concejalía de Cultura del Excmo. Ayuntamiento de Santander, 1997.

⁴² NAVAJAS ZUBELDIA, Carlos. *Los codos y las comadreja. La Dictadura de Primo de Rivera en La Rioja*. Instituto de Estudios Riojanos, 1994.

⁴³ MIRANDA RUBIO, Francisco. *La Dictadura de Primo de Rivera en Navarra. Claves políticas*. Eunate, 1995.

⁴⁴ PEREZ RIVERO, Emilio. *La provincia de Soria durante la dictadura de Primo de Rivera: 1923-1930*. Centro de Estudios Sorianos, 1983.

⁴⁵ NAVAJAS ZUBELDIA, Carlos. *La dictadura de Primo de Rivera en Calahorra*. Kalakorikos, 1, 1996.

⁴⁶ IBARRA Y RUIZ, Pedro. *Historia de Elche*. Librería Séneca, 1982.

⁴⁷ RAMOS FOLQUES, Alejandro. *Historia de Elche*. Picher, 1987.

⁴⁸ FORNER MUÑOZ, Salvador. *Historia de la Provincia de Alicante*, tomo VI. Mediterránea, 1985.

⁴⁹ MORENO SAEZ, Francisco. *El movimiento obrero en Elche, 1890-1931*. Ed. Ayuntamiento de Elche y Fundación Juan Gil Albert, 1987.

⁵⁰ ORS MONTENEGRO, Miguel. FALCO PEREZ, Patricio. *Elche, 1900-1949*. Ali i Truc, 1998.

⁵¹ ORS MONTENEGRO, Miguel. (coord). *Elche, una mirada histórica*, Ali i Truc 2006.

Como marco general donde encuadrar los temas sanitarios, se hace necesario, además, recurrir a los trabajos que sobre la dictadura primorriverista y su significado histórico se han publicado en los últimos años.^{19 26, 27, 31, 32, 35, 37, 52}

Por otro lado, desde el punto de vista de la historiografía de la ciencia, los estudios de campo sobre ámbitos geográficos locales constituyen una parte importante de los trabajos realizados recientemente y los marcos teóricos de referencia provenientes de la historia social y cultural, han mostrado su fecundidad como enfoques que permiten estudiar en profundidad los elementos que intervienen, en el caso que nos ocupa, en las acciones que, como respuesta a los problemas de salud, se plantea en una determinada comunidad. En este caso, se hace necesaria aquí la contextualización de los datos ilicitanos en el marco de la medicina y actividad sanitaria españolas de las primeras décadas del siglo XX y su significado en el contexto internacional^{53, 54, 55, 56, 57}. En los distintos capítulos dicha contextualización se realizará también en aspectos monográficos que vayamos abordando como la beneficencia, asistencia social y dispositivos asistenciales^{58, 59, 60}, demografía, epidemiología y medicina preventiva^{61, 62, 63, 64}, y aspectos

⁵² ALVAREZ REY, Leandro. *Bajo el Fuero Militar. La Dictadura de Primo de Rivera en sus documentos*. Universidad de Sevilla, 2006.

⁵³ CASTELLANO, J. (coord.). *La Medicina en el siglo XX. Estudios históricos sobre medicina, sociedad y estado*. SEHM 1998.

⁵⁴ MARSET, P. RODRIGUEZ OCAÑA, E. SAEZ, M. *La salud pública en España*. En: MARTINEZ NAVARRO, T y cols. *Salud pública*. Mc Graw Hill, Interamericana, 1998.

⁵⁵ PERDIGUERO GIL, Enrique: *Causas de muerte y relación entre conocimiento científico y conocimiento popular*. En: Bernabeu, J; Robles, E. (Ed.) *Quaderns valencians de població*. Alicante 1994.

⁵⁶ PERDIGUERO, Enrique, CASTEJÓN, Ramón. *Definiendo y gestionando la salud: medicina y acción social en la España contemporánea*. En: PERDIGUERO, E., CASTEJÓN, R. (eds.) *Trabajo social y salud*. Número monográfico. nº 43, 2002.

⁵⁷ RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban, MOLERO MESA, Jorge. *La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud*. En: MONTIEL, Luis, (ed.). *La salud en el estado del bienestar. Análisis histórico*. Madrid, Ed. Complutense, 1993.

⁵⁸ CARASA SOTO, Pedro. *El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual*. Secretariado de publicaciones de la Universidad de Valladolid. Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Salamanca. 1985.

⁵⁹ ESTEBAN DE VELA, Mariano. *Pobreza, beneficencia y política social*, Ayer, 25, 1997.

⁶⁰ HERNANDEZ IGLESIAS, Fermín. *La Beneficencia en España*. Establecimiento tipográfico de Manuel Vinuesa, 1876.

⁶¹ BARONA Josep Lluís. *Teorías médicas y la clasificación de las causas de muerte*. En: Bernabeu, J; Robles, E. (Ed.) *Quaderns valencians de població*. Alicante, 1994.

⁶² BERNABEU MESTRE, José; RAMIRO FARIÑAS, Diego; SANZ GIMENO, Alberto. ROBLES GONZALEZ, Elena: *El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones*. Revista de Demografía Histórica. XXI, I, 2003.

⁶³ CABRE, Anna; DOMINGO, Andreu; PENACHO, Teresa. *Demografía y Crecimiento de la población española durante el siglo XX*. En: Pimentel Siles, Manuel (coord.): *Mediterráneo económico, 1.- Procesos migratorios, economía y personas*. Ed. Caja Rural Intermediterránea Almería, 2002.

relativos a profesiones sanitarias⁶⁵ entre otros. Por fortuna, en nuestra zona, la aproximación histórica a la enfermedad desde los presupuestos de la historia social de la medicina presenta una importante y rica tradición, iniciada bajo la dirección del Profesor López Piñero.⁶⁶

Como hemos señalado, la justificación de la tesis viene dada por la virtual ausencia de trabajos sobre el tema abordado y el interés intrínseco del mismo, que puede arrojar luz sobre la historia sanitaria de una de las ciudades más importantes del ámbito geográfico valenciano y como modelo de análisis de los estudios monográficos sobre ciudad, salud y medicina en nuestro entorno. Este último aspecto cuenta con una larga tradición historiográfica muy estimable tanto en lo tocante a estudios empíricos como a formulaciones metodológicas^{67, 68}. En nuestro entorno, los sucesivos encuentros (*Trobades del Seminari d'Estudis sobre la Ciència*) que, desde las universidades de Valencia, Alicante y Miguel Hernández, se han ido realizando en las dos últimas décadas, constituyen también un interesante punto de partida de utilidad para nuestro trabajo.

A nivel locorregional, tampoco se dispone de mucha información; la Gran Historia de la Comunidad Valenciana⁶⁹, dedica a la Dictadura, en su tomo 7, un total de 22 páginas, de las cuales, diez son fotografías. La Historia de la Provincia de Alicante⁴⁸ agrupa en un mismo capítulo la Dictadura y la Segunda República. Alejandro Ramos Folqués⁴⁷ le dedica la sorprendente cantidad de veintidós líneas de las 677 páginas de su Historia de Elche; y menos aun, Rafael Ramos⁷⁰ en la suya. Pedro Ibarra⁴⁶ pone fin a su libro con el fallecimiento de Alfonso XII. Ultimamente, Miguel Ors⁵⁰ y su equipo está reverdeciendo la historia reciente de Elche, centrados sobre todo, en la época de la Guerra Civil y sus aledaños previos y sucesivos.

Nuestra obra se divide básicamente en cuatro partes;

La primera es una breve introducción para justificar y explicar las razones que nos han inducido a llevar a cabo este estudio, exponer los objetivos que se persiguen, y referir la metodología empleada en su desarrollo

La segunda es una somera recapitulación histórica sobre la legislación en materia sanitaria, en cuanto a la organización de la sanidad, la beneficencia, y la asistencia, con

⁶⁴ MOLERO MESA, Jorge. *La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos españoles anteriores a la guerra civil*. Dynamics, 9, 1989.

⁶⁵ GONZALEZ REBOLLO, Ana María. *Los colegios de Médicos en España, 1893-1917*. Tesis doctoral, Universidad de Valladolid, 1997.

⁶⁶ BERNABEU MESTRE, Josep. *La actualidad historiográfica de la historia social de la enfermedad*. Revista de Demografía Histórica, 7, 1989.

⁶⁷ SALORT VIVES, Salvador. *Vivir y morir en Alicante. Higienistas e inversiones públicas en salud (1859-1923)*. Alicante, Universidad de Alicante, 2008.

⁶⁸ VLAHOV, David. *Cities and health: history, approaches and key questions*. Academic Medicine, 79(12), 2004.

⁶⁹ REIG, Ramir. *La Constitución del orden conservador. De la Restauración a la Dictadura de Primo de Rivera (1874-1931)*. En: Martínez, Francesc A., Laguna, Antonio: La Gran Historia de la Comunidad Valenciana, Tomo 7. Ed. Prensa Valenciana, 2008.

⁷⁰ RAMOS FERNANDEZ, Rafael. *Historia de Elche*, Ed. Diario Información, 1989.

un recorrido desde sus albores, con la Constitución Liberal de 1812, hasta las fechas del estudio.

La tercera trata de la situación sociopolítica; simultaneando dos planos, el local y el nacional, intenta comparar o compaginar lo que sucedía a nivel del Estado Español y sus gobiernos, con lo que sucedía a nivel de Elche y sus gobiernos, tomando como base de partida histórica, el reinado de Alfonso XIII.

La cuarta parte, estrictamente local, se ocupa de la medicina en Elche; la asistencia a los colectivos más necesitados, la atención médica, el personal sanitario, las instituciones, y, en lo posible, los resultados; tras unas pinceladas demográficas, se exponen y analizan los datos de la mortalidad sufrida en Elche durante este periodo, desde la óptica médica, y también, social, con alguna referencia al pasado reciente.

Un breve resumen, como quinta parte muestra las conclusiones y datos más relevantes obtenidos en el estudio, y, por último, los índices de tablas y figuras, y la relación de la bibliografía consultada para su desarrollo; con el fin de facilitar la búsqueda, hemos ordenado, en este apartado, las citas por orden alfabético, ya que en el texto figuran por orden correlativo de aparición.

Capítulo 3.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO. MATERIAL Y METODOS

General

Reconstruir los problemas de salud, el papel social de la medicina y los dispositivos sanitarios y de tipo asistencial, puestos en marcha en la ciudad de Elche durante los años de Gobierno del General Primo de Rivera (1923-1930).

Específicos:

1. Exponer los principales hechos de tipo político, social, económico e ideológico relativos a este periodo histórico en la ciudad ilicitana y en el contexto del Estado Español que nos sirvan para encuadrar los aspectos específicos de tipo médico-sanitario.
2. Realizar, de forma sistemática y programada, la heurística de las fuentes primarias específicas para poder cumplir el objetivo general y compilar, de ese modo, toda la información existente.
3. Exponer las normativas legales relativas a aspectos benéficos y sanitarios tanto de tipo estatal como provincial y municipal.
4. Explicar los rasgos fundamentales de la organización municipal de la sanidad en Elche.
5. Reconstruir y analizar los dispositivos de tipo asistencial en los niveles de asistencia domiciliaria y hospitalaria.
6. Analizar la dinámica y el funcionamiento de las instituciones hospitalarias ilicitanas en el periodo objeto de estudio.
7. Estudiar los aspectos demográficos más relevantes en sus principales rasgos.
8. Analizar la mortalidad y morbilidad a través de las fuentes archivísticas y documentales existentes e intentar explicar los principales determinantes de la situación epidemiológica ilicitana en función de factores socioeconómicos, de accesibilidad y de tipo cultural.

Metodología:

Hemos seguido la clasificación habitual de las fuentes en primarias, las que contienen información nueva u original no sometidas a interpretación o condensación, y secundarias, las que contienen datos e información organizada según esquemas determinados, referentes a documentos primarios.⁷¹

Fase heurística.

1.1 Fuentes primarias

Fuentes de archivo: Archivo Histórico Municipal de Elche (revisión sistemática de actas municipales, otro tipo de documentación relativa a sanidad y beneficencia), Registro Civil, Archivo Histórico Nacional.

Fuentes documentales: folletos y otro tipo de documentos en las principales bibliotecas de la provincia de Alicante (Bibliotecas Públicas, Biblioteca Gabriel Miró), Biblioteca Nacional de España).

Fondos de la Cátedra Pedro Ibarra.

1.2 Bibliografía crítica:

Búsqueda de información en bases de datos de tipo histórico y de historia de la medicina y de la ciencia españolas accesibles desde la intranet de las bibliotecas de la UMH y de la UA. Bases de datos del CSIC (ISOC, IME) y Bibliografía histórica de la ciencia y la técnica españolas.

Para las cuestiones meramente políticas, hemos revisado las actas municipales, de sesiones plenarios del Ayuntamiento, de la Comisión Permanente Municipal, de las Juntas Locales de Sanidad y de la Junta Municipal de Beneficencia, desde enero de 1923 hasta diciembre de 1930.

Para los aspectos médicos, hemos extraído, de estos documentos, todas aquellas anotaciones referidas a nombramientos, ceses, concursos, etc., de los cargos sanitarios, tanto de médicos, como de practicantes, matronas y farmacias, de esta época y anteriores, a fin de poder establecer un nexo de continuidad en el relato. Estos datos, referentes a facultativos, han sido completados con la información obtenida a través del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Alicante y de la Cátedra Pedro Ibarra de la Universidad Miguel Hernández de Elche,

Para las cuestiones sociales, hemos revisado algunos de los periódicos de la época, basándonos en la monografía de Miguel Ors⁷², y que se conservan en el Archivo Histórico Municipal de Elche.

De la misma forma, en lo referente al Asilo de San José y Hospital de Caridad, haciendo una breve reseña histórica de ambas instituciones.

⁷¹ GINES HUERTAS, Francisca. *Información e Internet*. Revista de Historia Medieval, 9, 1998.

⁷² ORS MONTENEGRO, Miguel. *La prensa Ilicitana, 1936-1980*. Caja de Ahorros Provincial. 1984.

Para los aspectos de Beneficencia, hemos estudiado los censos y padrones al respecto, sobre todo el de 1924, único completo existente en este periodo de tiempo.

Ante la imposibilidad de conocer datos de morbilidad, hemos estudiado datos de mortalidad; para ello, hemos revisado el libro de enterramientos del Ayuntamiento, y los libros de nacimientos y defunciones del Registro Civil de Elche, desde enero de 1923 hasta diciembre de 1930.

Las fuentes bibliográficas proceden, en cierta medida, de la biblioteca personal del autor, de la del Prof. Miguel Ors, y de la mencionada cátedra. También, de la base de datos de la biblioteca de la Universidad Miguel Hernández de Elche, la del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, y los fondos de la Biblioteca Nacional de España. Una parte de la iconografía ha sido obtenida de libros y revistas consultadas; pero la mayor parte de la iconografía local procede de imágenes de la Cátedra, del archivo personal del autor, y cesiones de personas conocidas y amigas (a quienes desde aquí, renuevo mi agradecimiento).

SEGUNDA PARTE

ANTECEDENTES HISTORICOS

- 1.- BREVE RESEÑA HISTORICA.
- 2.- LA SALUD COMO DERECHO.
- 3.- LA BENEFICENCIA EN ESPAÑA.
- 4.- ORGANIZACIÓN.
- 5.- LOS COLEGIOS DE MEDICOS.

CAPITULO 1.- BREVE RESEÑA HISTORICA

Tendremos que remontarnos, si quiera de forma sucinta, al siglo anterior (XIX), para poder entender la evolución de la protección a la salud y de la asistencia médica en nuestro país; expliquemos, en primer lugar, que las palabras Salud y Sanidad no tenían, hasta fechas relativamente cercanas, una connotación global o integral como se entiende hoy en día; salud era igual a ausencia de enfermedad; sanidad era igual a enfermedades, casi en exclusiva, de tipo infeccioso, y que, por afectar al mismo tiempo a gran parte de la población, constituían epidemias; de tal modo que los esfuerzos sanitarios en las ciudades y hacia la ciudadanía, se dirigían de modo fundamental y casi único, al diagnóstico y tratamiento, (con los rudimentarios métodos disponibles para ambos menesteres en aquel entonces), y en cierto modo, a evitar la propagación, de las enfermedades transmisibles, lo cual no era fácil de conseguir, habida cuenta el mucho más que deficiente estado nutricional y las mucho más que precarias condiciones higiénicas y de habitabilidad de los pueblos. Las medidas sanitarias no tenían un carácter estable, sino que, por lo general, se legislaba en función de la necesidad, cuando la población era asolada por las epidemias (fiebre amarilla, cólera, viruela, peste bubónica), cuando había que sacar los cadáveres de los poblados y enterrarlos de noche, cuando las campanas no podían doblar a muerto, ni se permitían funerales de corpore insepulto para no alarmar a una ciudadanía ya de por sí bastante aterrorizada; la sanidad era simplemente una actividad gubernativa encomendada a alcaldes y gobernadores, quienes adoptaban medidas en función de la necesidad de proteger la salubridad poblacional.

A principios del siglo XIX existían en España, fundamentalmente, tres instituciones encargadas de los temas sanitarios; el Protomedicato, la Junta Suprema de Sanidad y las Juntas Gubernativas Superiores de Medicina, Cirugía y Farmacia.⁷³

La sanidad en España no era entonces una organización técnica o administrativa, no existía una normativa sanitaria específica; el primer intento organizativo corre a cargo del Ministro del Consejo Real de Su Majestad Carlos IV, Benito Puentes⁷⁴ quien presentó un plan metódico de lo que debería abarcar la “Ordenanza de Sanidad Marítima y Terrestre”; esta iniciativa sucumbió con el motín de Aranjuez del 17 de marzo de 1808. Pocos años después, las Cortes (entre las que, por cierto, figuraba el ilicitano José Lledó, rector de la Universidad de Orihuela en 1810)⁷⁵, se tuvieron que reunir, a partir del 22 de mayo de 1809 dentro del conocido Oratorio de San Felipe Neri de Cádiz, en un ambiente de tensión, con las tropas napoleónicas avanzando hacia San Fernando, cercados además, por una epidemia de fiebre amarilla; quizás esta situación de riesgo personal condicionó que la Constitución a promulgar⁷⁶ dictaminara que correspondía a las Cortes aprobar los reglamentos generales para la policía y sanidad del Reino, y que quedaba a cargo de los

⁷³ VIÑES RUEDA, José Javier. *La sanidad española anterior a 1847*. Temas de Historia de la Medicina, Navarra, 2006.

⁷⁴ VIÑES RUEDA, José Javier. *La sanidad española en el siglo XIX a través de la Junta Provincial de la Sanidad Navarra (1870-1902)*. Temas de Historia de la Medicina, Navarra, 2006.

⁷⁵ MARTINEZ RODA, Federico. *Valencia y las Valencias. Su historia contemporánea. (1800-1975)*. Fundación Universitaria San Pablo CEU, 1998.

⁷⁶ Constitución política de la Monarquía Española, promulgada en Cádiz a 19 de Marzo de 1812.

Ayuntamientos la policía de salubridad y comodidad, el cuidado de los hospitales, hospicios, casas de expósitos, y demás establecimientos de beneficencia, bajo las reglas que se prescribieran.



Figura 3.- Portada del facsímil de la Constitución de 1812.

Posiblemente la principal iniciativa en el campo sanitario de las Cortes de Cádiz, fue el encargo hecho al Protomedicato (este organismo existía desde el siglo XV; fue abolido en 1799, restablecido en 1811, se volvió a suprimir en 1814, a restaurar en 1820 y desapareció definitivamente dos años más tarde⁷⁷) de redactar una normativa sanitaria. Estas inquietudes legislativas dan lugar a la “Instrucción para el Gobierno económico y político de las Provincias”, de 13 de Junio de 1813⁷⁸, la cual establecía claramente en su artículo 1º que, “Estando a cargo de los Ayuntamientos de los pueblos la policía de salubridad y comodidad, deberán cuidar de la limpieza de las calles, mercados, plazas y la de hospitales, cárceles y casa de caridad o de beneficencia, velar sobre la calidad de los alimentos de toda clase; cuidar de que en cada pueblo haya cementerio convenientemente situado; cuidar de la limpieza de las calles, mercados, plazas; asimismo de la desecación o

⁷⁷ LOPEZ PIÑERO, José María. *M. Seoane. La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870)*, Colección Textos clásicos españoles de la salud, pública, nº 12. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.

⁷⁸ MANGAS ROLDAN, Juana M^a. *Anotaciones sobre las Juntas Municipales de Sanidad*. VI Jornadas Nacionales Historia de la Veterinaria, Valencia, 2001.

bien de dar curso a las aguas estancadas o insalubres, y, por último, de remover todo lo que en el pueblo o en los términos pueda alterar la salud pública o de los ganados.”

Esta misma instrucción disponía en el artículo 4º que “*para cuidar en cada pueblo de la salud pública, se formará cada año por el Ayuntamiento, donde el vecindario lo permita, una Junta de Sanidad, compuesta por el Alcalde primero o quien sus veces haga, del cura párroco más antiguo, donde hubiera más de uno, de uno o más regidores y de uno o más vecinos, según la extensión de la población y de las ocupaciones que ocurran, pudiendo el Ayuntamiento volver a nombrar los mismos regidores y vecinos y aumentar el número en la Junta cuando el caso lo requiera.”*

Todo este espíritu, liberal y progresista (posiblemente influenciado por la presencia de numerosos masones entre los legisladores, como Argüelles, Toreno, Bardají, Pérez de Castro y Martínez de la Rosa, entre otros⁷⁹), se verá frustrado por la reacción absolutista del recién llegado Fernando VII: el Real Decreto de 4 de mayo de 1814⁸⁰ dejaba sin efecto la Constitución y convertía en reo de lesa majestad a quien tratase de restablecerla, tanto de hecho como por escrito o con la palabra. Su férrea censura, orientada a perseguir con especial saña al constitucionalismo, el liberalismo y la masonería^{81, 82} impidió el más mínimo progreso de las ciencias, y cortó la comunicación de la intelectualidad española con las fuentes del conocimiento de allende las fronteras, sumiendo al país en un manifiesto oscurantismo. La mayoría de políticos e intelectuales tuvieron que exiliarse; en esta ideología liberal se encuadraba la inmensa mayoría de los médicos españoles; según López Piñero⁸³, repasando las biografías del medio centenar de médicos que destacaron por alguna razón en la España del momento no se encuentra casi ninguno que no fuera molestado, encarcelado o exiliado.

Esta decisión de Rey arrojó a los liberales al seno de las sectas secretas, en las cuales se concertaron con los oficiales que habían regresado de las cárceles francesas; así, en el seno de la masonería y el carbonarismo, se preparó la etapa del Ejército liberal en España⁸⁴, y junto a los militares, intelectuales y políticos, influidos por dicha ideología, iban fraguando la insurrección⁸⁵; tras varios intentos de derrocamiento por parte de los también masones Porlier, Espoz y Mina, Luís de Lacy, que fueron ahogados en sangre, triunfa por fin el pronunciamiento de Riego, junto con Alcalá Galiano, Mendizábal e Istúriz⁸⁶, que obliga al monarca absolutista a jurar la derogada Constitución, (“*Marchemos francamente, y Yo el primero, por la senda constitucional*”) y da paso al trienio liberal, a partir de 1820; estos tres

⁷⁹ LERA, Angel María de. *La Masonería que vuelve*. Planeta, 1980.

⁸⁰ MARTINEZ DE VELASCO, Angel. *La España de Fernando VII. La crisis del antiguo régimen (1808-1833)*. En: Historia de España, Vol. 8, Espasa, 1999.

⁸¹ MORALES RUIZ, Juan José. *Fernando VII y la masonería española*. Hispania Nova, 3, 2003.

⁸² FERRER BENIMELLI, José Antonio. *La Masonería*. Alianza Editorial, 2005.

⁸³ LOPEZ PIÑERO, José María; *El saber médico en la sociedad española del siglo XIX*. En: LOPEZ PIÑERO, José María; GARCIA BALLESTER, Luis; FAUS SEVILLA, Pilar. *Medicina y Sociedad en la España del siglo XIX*. Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1964.

⁸⁴ VICENS VIVES, Jaime. *Aproximación a la Historia de España*. Salvat, 1970.

⁸⁵ TUÑON DE LARA, Manuel. *La España del siglo XIX*, Laia 1973.

⁸⁶ PALACIO ATARD, Vicente. *Manual de Historia de España*, Vol 4. Edad contemporánea, I (1808-1898). Espasa Calpe, 1978.

años se caracterizaron, de nuevo, por la agudeza de las confrontaciones entre los dirigentes liberales y los partidarios de la continuidad del Antiguo Régimen; los diputados liberales lograron adentrarse en un amplio espectro de reformas, entre las que estuvieron las referidas a la salud pública⁸⁷; así, otra vez más, una Real Orden encarga a una comisión creada al efecto, la redacción de un “*Proyecto de Ley Sanitaria*”, en base a los anteriores documentos. Esta vez es la Junta Suprema quien no pierde la oportunidad, y destroza este proyecto; ante esta disyuntiva, se solicita el arbitraje de la Academia de Medicina, la cual, hábilmente, informa por igual ambos proyectos, con lo que, España sigue sin una ordenación sanitaria mínimamente funcional.

De nuevo se aborda un nuevo “*Reglamento General de Sanidad*” por la Junta Suprema de Sanidad, que el Rey envía para informe a su médico de cámara, el Dr. Jáuregui, junto con un ejemplar de la Ordenanza de Sanidad de Benito Puente; Jáuregui solicita una comisión de apoyo, quien se decanta por ésta, en detrimento del Reglamento de la Junta argumentando que “*el proyecto de reglamento valía poco*”⁸⁸. A continuación, el mencionado Dr. Jáuregui intenta, por su parte, redactar su propia norma en 1815, bajo el nombre de “*Reglamento de Sanidad Marítima y terrestre*.”

Así, poco más tarde se elabora un proyecto de Código Sanitario, tras haber fracasado el intento de “*Ley Orgánica de sanidad pública de la Monarquía española*”; remitido a las Cortes en 1821, ante las estériles disputas entre los partidos políticos que impidieron su aprobación; año nuevo, nuevo “*Proyecto de Código Sanitario para la Monarquía Española*,” defendida enérgicamente por Mateo Seoane Sobral; según Muñoz Machado⁸⁹ posiblemente fuera muy avanzado para aquel entonces; en su redacción se había tenido en cuenta lo mejor de la legislación comparada de su tiempo. Pero, como de costumbre, otra vez el proyecto fue devuelto con notables amputaciones a la comisión, que se negó a aceptarlas, y la idea no prosperó. Seoane, destacada figura del movimiento liberal exaltado en este trienio, había propuesto que se hiciera solamente una ley relativa a “*las bases generales de la organización sanitaria*”, pero fue rechazada porque la mayoría de los comisionados estimó que contravenía un artículo de la Constitución de 1812, el que asignaba a las Cortes la facultad de aprobar los reglamentos generales para la policía y sanidad del reino⁷⁷; desconsolado se quejaba este eminente vallisoletano, de que de los cinco proyectos de sanidad marítima que se elaboraron durante los gobiernos absolutos, cuatro eran obra de jurisconsultos y militares, sin participación de ningún experto en cuestiones sanitarias⁹⁰. Por menos, queda el consuelo de que estas Cortes aprobaran la Ley General de Beneficencia, que atribuyó las competencias en esta materia a la Administración.⁹¹

⁸⁷ CARDONA, Alvaro. *Los debates sobre Salud Pública en España durante el Trienio Liberal (1820-1823)*. Asclepio, LVII, 2005.

⁸⁸ MONLAU Y ROCA, Pedro Felipe. *Elementos de Higiene pública o arte de gobernar la salud de los pueblos*. Imprenta y estereotipia de M. Rivadeneyra, 1862.

⁸⁹ MUÑOZ MACHADO, Santiago. *La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos*. Alianza Ed. 1995.

⁹⁰ SEOANE SOBRAL, Mateo: *Discurso preliminar sobre la reorganización de las profesiones médicas (1834)*. En: LOPEZ PIÑERO, José María. M. Seoane. *La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870)*, Colección Textos clásicos españoles de la salud pública, nº 12. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1984.

⁹¹ VIDAL GALACHE, Florentina. *El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid*. Rev. Fac. Geogr. Hist. 1, 1987.

El golpe de Estado del propio Rey, apoyado en los acuerdos del congreso de Verona del 22 de octubre de 1822 y con la invasión del duque de Angulema y los 100.000 hijos de San Luís⁹², pone fin al trienio liberal. Y nuevamente otra Ley es abortada en las Cortes (ya van nueve intentos) en 1823. No iba a ser menos el Proyecto presentado por la Junta Suprema a solicitud del Gobierno, presidido por el Marqués de Casa Irujo, en ese mismo año tras la reacción absolutista, que también naufragó debido a la espesa tramitación burocrática, perdida en despachos, negociados, oficinas, dependencias, comisiones, expedientes, informes técnicos. Ni siquiera la gran epidemia de fiebre amarilla y la amenaza de la primera epidemia de cólera en Europa fueron bastante para llegar a un esbozo de legislación sanitaria coherente; y, de nuevo, el absolutismo vuelve a ensombrecer el desarrollo del saber médico; a principios de esta nueva etapa, fueron encarcelados o separados de sus cátedras todos los profesores del Colegio de Medicina y Cirugía de Madrid; y esto no ocurrió solo con las grandes figuras de la medicina, el éxodo fue de tal magnitud que llegó a plantearse un angustioso problema de falta de médicos, situación que fue “paliada” por el gobierno absolutista, creando los “cirujanos sangradores” para pequeñas localidades.

Los asuntos sanitarios pasaron a depender del Ministerio de Fomento (antiguo Ministerio de Comercio, Instrucción y Obras Públicas), desde el momento de su creación en 1832, y, al año siguiente, por Real Decreto de 30 de noviembre de 1833, se crean los Subdelegados de Fomento; a partir de esta fecha, quedaba establecido que la Sanidad en cada provincia era competencia del Gobernador Civil, por considerar que las epidemias, como alteración del orden consuetudinario, eran materia de orden público. A los Ayuntamientos, pues, solo les quedó la facultad de “contratar bajo las condiciones prescritas en las leyes o reglamentos, a los facultativos de Medicina, Farmacia y Veterinaria”.⁷⁷

Hay que esperar a la muerte de Fernando VII para que la Reina Gobernadora ordene en 1839 un nuevo proyecto de “Ley Orgánica de Sanidad” (el número once en treinta y cinco años), que también, por la renuncia obligada y el exilio de la Reina, va “al panteón donde descansaban sus antepasados”, en palabras de otro de los destacados higienistas e impulsores de la reforma y organización sanitaria, Pedro Felipe Monlau y Roca.⁸⁷

Pero esta necesidad se vuelve apremiante durante el reinado de Isabel II, cuando las epidemias y el riesgo de transmisión de enfermedades contagiosas procedentes de las posesiones de ultramar, debido al incremento del tráfico mercante hacia la metrópoli, impulsaron al entonces Ministro de Gobernación, Seijas Lozano, a suprimir la Junta Suprema de Sanidad y crear la Dirección General, denominada inicialmente, de Beneficencia y Sanidad⁵⁷, lo cual, por cierto, se hizo por Real Decreto, de 17 de marzo de 1847, vista la imposibilidad de sacar la Ley adelante en trámite parlamentario. Contó, por vez primera para su redacción, con los dictámenes de las Reales Academias de Medicina y Cirugía, que habían sido creadas en 1830, con la publicación de dos Reales Decretos, uno Orgánico de Sanidad, y otro, con el Reglamento del Consejo y Juntas de Sanidad, de modo que comienza, ahora sí, una verdadera organización integrada en una administración sanitaria jerarquizada, situando a la autoridad sanitaria en representación del poder político, central, provincial o local⁹³, perfectamente asentada en la jerarquía gubernativa: Ministro → Director General → Gobernador Civil → Alcalde. Esta reforma sanitaria concluyó en el

⁹² ZABALA, Pío. *Historia de España*. Ed. Suc. Juan Gili, 1930.

⁹³ MUÑOZ MACHADO, Santiago. *La concepción sanitaria decimonónica*. En: *La sanidad pública en España*. Instituto de Estudios administrativos, 1975.

bienio progresista, bajo la Presidencia de Joaquín Baldomero Fernández Álvarez Espartero (conocido en la historia como Baldomero Espartero), con la promulgación, impulsada, cómo no, por Mateo Seoane, (su médico personal) de la Ley Orgánica de Sanidad en 1855, siendo Ministro de Gobernación Julián de Huelbes⁷⁸. En 1849 se promulgó la Ley General de Beneficencia, que establecía claramente que esta era competencia del Gobierno.

Esta Ley, sobre el Servicio General de Sanidad, de 28 de noviembre de 1855, notoriamente avanzada para su época, contemplaba, por primera vez, un órgano administrativo centralizado en materia de sanidad, la Dirección General, e iba a atribuir las competencias sanitarias al Ministerio de Gobernación (el Reglamento de los Subdelegados de Medicina, antiguos precursores de los Subdelegados de Fomento, ya les asignaba competencias sanitarias dentro del Ministerio de Gobernación). Entre otras cosas, vino también a reglamentar las competencias de médicos y farmacéuticos, señalando a aquellos el monopolio del diagnóstico y pronóstico de las enfermedades, y a estos, la elaboración y dispensación de fármacos, a impulsos del mencionado Mateo Seoane y del farmacéutico Pedro Calvo Asensio.⁹⁴

Además de la creación de la Dirección General de Sanidad, es importante en esta Ley de 1855, como vemos, el Consejo, los Subdelegados y la Junta de Sanidad junto con la contratación de sanitarios titulares. Así, el artículo 54 indica que *“las Juntas Municipales se compondrán en los pueblos de más de mil almas, del alcalde que hará de presidente, de un profesor de medicina, otro de farmacia, otro de cirugía si lo hubiere, un veterinario y tres vecinos, desempeñando las funciones de secretario, un profesor de ciencias médicas.”*

Sin embargo, estas juntas municipales, aun siendo más especializadas, fueron simplemente órganos consultivos que asistían al gobernador y al alcalde, sin poder adoptar medidas, *“debiendo limitarse a consultarlas o proponerlas a los jefes políticos, quienes resolverían por sí lo conveniente”*, puesto que como hemos señalado, las enfermedades seguían siendo consideradas un problema de orden público, se entendía la inseguridad de la vida obrera como un aspecto más de la desigualdad humana, que no podía ni debía alterarse, incluso a nivel de los más notables higienistas de la época existían grandes diferencias en cuanto a la visión de la situación del proletariado; así, mientras Monlau denunciaba repetidamente las malas condiciones laborales, alimenticias, habitacionales, sociales, económicas y culturales del obrero, Salarich atribuía en cierta medida la situación a la depravación del individuo, a su promiscuidad, alcoholismo, libertinaje, etc.⁹⁵

⁹⁴ PUERTO SARMIENTO, Francisco Javier. *Ciencia y farmacia en la España decimonónica*. Ayer, 7, 1992.

⁹⁵ LOPEZ PIÑERO, José María. *El testimonio de los médicos españoles del siglo XIX acerca de la sociedad de su tiempo. El proletariado industrial*. En: LOPEZ PIÑERO, José María; GARCIA BALLESTER, Luis; FAUS SEVILLA, Pilar. *Medicina y Sociedad en la España del siglo XIX*. Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1964.

Tabla 1.- Legislación sobre Sanidad durante el siglo XIX.

AÑO	PROYECTO
1804	Ordenanza de Sanidad Marítima y Terrestre.
1812	Constitución Política de la Monarquía Española.
1813	Instrucción para el Gobierno económico y político de las provincias.
1814	Reglamento General de Sanidad.
1815	Reglamento de Sanidad Marítima y terrestre.
1820	Proyecto de Ley Sanitaria.
1821	Ley Orgánica de sanidad publica de la Monarquía.
1822	Ley General de Beneficencia.
1822	Código Sanitario para la Monarquía Española.
1823	Ordenanza General de Sanidad.
1832	Creación del Ministerio de Fomento.
1939	Ley Orgánica de Sanidad.
1847	Reforma de la Sanidad.
1849	Ley General de Beneficencia.
1855	Ley Orgánica de Sanidad.
1883	Comisión de Reformas Sociales.
1892	Supresión de la Dirección General de Sanidad.
1899	Ley de bases de Sanidad.
1899	Restauración de la Dirección General de Sanidad.

Otra de sus aportaciones, fue la de invitar, por los artículos 64 y 65, a los municipios a prestar asistencia médico-farmacéutica a las familias pobres del lugar (esto ya venía recogido en la Ley de Beneficencia de 1849), y a atender los asuntos de higiene pública a través de la contratación de médicos titulares.

La Ley de 1855 estuvo en vigor hasta 1904, posiblemente no por sus bondades, sino por la imposibilidad de poner de acuerdo a los políticos para su reforma: en 1899 se presenta un nuevo proyecto de Ley de Bases de Sanidad que tampoco llegó a prosperar, fenómeno este repetido hasta en cinco ocasiones entre 1882 y 1894, ya que los Reglamentos de las Cámaras Legislativas preservaban la iniciativa de cada parlamentario, y permitían que la acumulación de enmiendas bloqueara cualquier proyecto, (sirva como muestra que la Ley de Reforma de la Administración Local no pudo pasar el trámite después de 127 días de debate y más de mil trescientas enmiendas)²¹ hasta que en 1904, el Gobierno de Maura aprueba por decreto⁹⁶ la Instrucción General de Sanidad, inspirada por el Dr. Carlos María Cortezo, que, si bien no altera en demasía la organización existente, sí recoge las nuevas ideas sobre epidemiología y profilaxis de las enfermedades transmisibles.

Hasta este momento, la Sanidad no había alcanzado, desde el punto de vista administrativo, más que un mínimo desarrollo, y siempre como organismo adscrito a Beneficencia o a Prisiones. Siendo Eduardo Dato Ministro de Gobernación, se reinstaura, por decreto de 13 de agosto de 1899, la Dirección General de Sanidad, (había sido suprimida en 1892 por Venancio González aduciendo razones económicas); al frente de ella coloca al Dr. Cortezo, quien recaba la colaboración de dos grandes figuras de la época, Amalio Gimeno y Ángel Pulido, médicos y senadores ambos. Recibió gran ayuda de Alfonso González, Ministro de Gobernación con Sagasta en 1902, quien impulsó decididas actuaciones sobre salubridad en las viviendas, alcantarillados, cloacas, defensa de ríos,

⁹⁶ Gaceta de Madrid, 22 y 23 de enero de 1904.

desinfección de enfermedades infecciosas, etc., a instancias del mencionado Dr. Pulido, quien se basó en la solicitud que unos años antes (1889) había hecho la naciente Sociedad Española de Higiene, promovida por Méndez Alvaro.⁵⁷ De modo sorprendente, después de haber peleado intensamente por su restablecimiento,⁹⁷ el Dr. Cortezo decide suprimir la Dirección General de Sanidad (auténtico caso de hara-kiri político, nunca visto), y crear en su lugar, dos Inspecciones Generales, de carácter más bien técnico-administrativo, la de Sanidad Exterior (con Alonso Sañudo al frente) y la de Sanidad Interior (Bejarano); su intención, clara, era sustraer las cuestiones sanitarias de los avatares políticos.⁹⁸



Figura 4, a y b (Fotografía del autor)

a.- El Dr. Cortezo

b.- Placa en la Calle del Dr. Cortezo, Madrid

La actuación de Eloy Bejarano, que asumió el cargo el 14 de julio de 1903, fue realmente prolífica; entre sus aportaciones, consta la Ley de Protección a la Infancia, la creación del Dispensario antituberculoso Victoria Eugenia, la Reglamentación de higiene de la prostitución, el Sanatorio Leprosaría de Fontilles, el Reglamento de Dispensarios e instituciones antituberculosas, el Reglamento de Sanidad Exterior, la creación de Unidades Sanitarias o Brigadas Volantes, etc.

Durante las primeras décadas del siglo XX va a predominar el criterio de que la Administración no debía intervenir directamente en los temas sanitarios para el conjunto global de los ciudadanos, sino solamente, para las clases más necesitadas y con niveles de renta casi inexistentes. Queda manifiesto que las cuestiones sanitarias y de salud pública no eran en ningún caso, una preocupación acuciante para los distintos gobiernos; en 1903, el Rey da lectura ante el Senado a un programa de gobierno, sin aludir directa ni indirectamente a la política sanitaria; podemos afirmar que en ninguno de los libros que hemos consultado sobre Historia de España en general, se mencionan actuaciones gubernativas o legislativas en este sentido. Sirva como ejemplo, el desglose del presupuesto del Estado para el año 1902, extraído de Rico Avello⁹⁸:

⁹⁷ RICO AVELLO, E. *Historia de la sanidad española*. Ed. Giménez, Madrid 1969.

⁹⁸ NAVARRO, Ramón. *Historia de la Sanidad en España*. Lundwerg, 2006.

Tabla 2.- Algunos capítulos del presupuesto del Estado para 1902.

ORGANISMO	Asignación pts.
Funcion Militar	180.000.000
Agricultura, Obras Públicas	86.000.000
Orden Público	56.000.000
Culto y Clero	40.000.000
Instrucción pública	40.000.000
Justicia	15.000.000
Sanidad	792.000

No en vano se decía que el Ministro de Hacienda era el enemigo público número uno de la Sanidad.

Hay que reconocer que esta situación mejoraría algo con Juan de la Cierva, quien, entre otras medidas, subió la dotación para sanidad hasta los dos millones de pesetas, duplicó el presupuesto de Sanidad Exterior y subió el sueldo a los médicos titulares.

Pero en las postrimerías del XIX y los principios del XX, los movimientos de reivindicación social comienzan a incluir en sus demandas, amén de cuestiones salariales y laborales, reclamaciones sobre derecho a la salud y a la asistencia sanitaria. Se ha afirmado⁹⁹ que la problemática de la protección de la salud y la necesidad de llevar a cabo una reforma modernista en la línea de los países europeos, se va a plantear en España, de forma reiterativa cada vez que un gobierno progresista asumía el Poder.

Sin embargo, la legislación laboral avanzó preferentemente bajo gobiernos conservadores; así, siendo Eduardo Dato Ministro de Trabajo, se impulsó la legislación laboral; posiblemente, ello se debiera a un intento de homologación con el resto de países europeos, tal como se especifica en el prólogo de la ley de accidentes de trabajo de 30 de enero de 1900.¹⁰⁰

Previamente, la creación en 1883 de la Comisión de Reformas Sociales había dado lugar a un periodo de fructífera actuación del Estado en un lento, pero progresivo, proceso de reformas en materia social, basado en gran medida, en las ideas del grupo institucionista-krausista; como decimos, fue el Partido Conservador quien promulgó esta normativa, claramente tendente a la protección de la clase trabajadora, con el restablecimiento de la Dirección General de Sanidad en 1899, la Ley sobre el Trabajo de las Mujeres y Menores (1900), la Ley de Accidentes de Trabajo (1900), la Ley de Protección de la Infancia (1904); la Ley de regulación del descanso dominical (1904); la regulación de la inspección de Trabajo (1906), la del retiro voluntario (1908); en 1909 el Gobierno de Maura aprueba una ley de huelga y crea el Instituto Nacional de Previsión. En 1912 se prohíbe el trabajo nocturno de la mujer, en 1919 se establece por decreto la jornada laboral de ocho horas y se establece el Seguro Obrero Obligatorio; lamentablemente, una cosa fue la buena intención del legislador, y otra, distinta, el cumplimiento de la ley, y la capacidad del gobierno, sobre todo en zonas agrícolas o de pequeñas industrias, para poder obligar a su

⁹⁹ BANDO CASADO, Honorio Carlos. *Evolución Histórica de la protección de la Salud en España desde 1912 hasta la Ley General de Sanidad 1986*. Bajado de la red: www.consumo-incgob.es/publicac/EC/1991/EC20/EC20_01.pdf.

¹⁰⁰ RODRIGUEZ, E.; MENENDEZ, A. *Salud, trabajo y medicina en la España de la legislación social, 1900-1939*. Arch. Prev. Riesgos Labor, 9, 2006.

ejecución. Así, aunque el Instituto de Reformas Sociales (creado en 1903 y, por cierto, sin ningún médico en su Junta) luchó encarnizadamente porque se cumpliera lo legislado en materia de protección al trabajador, los empresarios se negaban a ello hasta que el trabajador accidentado lo reclamase por vía judicial, lo cual dejaba al obrero nuevamente en la más absoluta indefensión, ya que su maltrecha economía nunca le iba a permitir entablar un largo y costoso litigio contra el poderoso patrono.

Con frecuencia se señala⁹⁷, el hecho indudable de que abunda en España la legislación en forma de circulares, reglamentos, órdenes y decretos, y falta lo más importante: su cumplimiento. Pocas normas con rango de Ley, mucho menos orgánica, la mayoría, Reales Decretos y Ordenes Ministeriales, originan un entramado difícil de coordinar; la Dirección General de Sanidad depende del Ministerio de Gobernación; la Inspección de Sanidad del Campo, de Fomento, la Inspección Médico-Escolar, de Instrucción Pública; el cuerpo de Médicos Forenses, de Gracia y Justicia.

Otro factor que incidía negativamente sobre el desarrollo sanitario en nuestro país, era la actuación de la propia población; en base a tradicional incultura, el pueblo tenía sus propias ideas preconcebidas sobre las enfermedades y sus remedios: fatalismo, creencia en lo sobrenatural como origen de las calamidades (las epidemias se combatían con rogativas, lo mismo que las sequías o las inundaciones), de tal manera que el Inspector de Sanidad Angel Pulido llegó a afirmar⁹⁷ que *“tenemos la insensibilidad y la inconsciencia de seres abúlicos y resignados en su desdicha”*.

Tabla 3.- Legislación sobre Sanidad 1900-1923.

AÑO	LEY
1900	Accidentes de trabajo.
1900	Trabajo de las Mujeres y Menores.
1903	Instituto de Reformas Sociales.
1904	Protección a la Infancia.
1904	Instrucción General de Sanidad.
1904	Descanso dominical.
1906	Inspección de Trabajo.
1908	Retiro Voluntario.
1909	Ley de Huelga.
1909	Instituto Nacional de Previsión.
1910	Inspección para Saneamiento del Campo.
1919	Seguro Obrero Obligatorio.
1919	Jornada laboral de ocho horas.
1920	Creación del Ministerio de Trabajo.
1922	Reforma Ley accidentes de trabajo.

Resulta en cierto modo llamativo que la mayor parte de la legislación protectora de la clase trabajadora fuese promulgada por gobiernos conservadores. Se ha estimado que las nuevas ideologías igualitaristas se originaron en España de la mano de la Institución Libre de Enseñanza, que desarrolló la teoría krausista liberal; muchos de los políticos liberales eran miembros o mantenían relaciones cercanas a ella, e incluso a la masonería (Segismundo Moret); pero, por otro lado, la Iglesia Católica no estaba dispuesta a dejar el campo libre a las teorías más materialistas, y desde la encíclica papal sobre el obrero¹⁰¹,

¹⁰¹ Carta encíclica de S.S. León XIII, RERUM NOVARUM, 15 de mayo de 1891.

amplió su espectro de acción, no solo a la salvación del alma, sino también, a la mejora de las condiciones de vida de las personas; muchos gobernantes del partido conservador eran católicos convencidos, como Antonio Maura, y siguieron en gran medida esta doctrina.

Hay autores¹⁰² que afirman que durante la dictadura de Primo de Rivera no se avanzó significativamente en cuanto a legislación sobre protección social y que su política jugó en este sentido un papel más bien pacificador, continuando la labor promotora anterior, al crear instrumentos de mediación; no obstante, suele ser común que los regímenes dictatoriales y autoritarios, apliquen políticas sociales de base amplia, buscando una "legitimación instrumental" por los hechos¹⁰³. Sin embargo, otros⁹⁸ opinan que fue una etapa de grandes mejoras e innovaciones para la Sanidad; el Estatuto Municipal de 1924 reguló las atribuciones y obligaciones de los Ayuntamientos; en 1925 se aprobaron el Reglamento de Sanidad, el Estatuto Provincial y el Reglamento de Sanidad Provincial; el Reglamento Municipal de Sanidad marcó un hito en la organización sanitaria, por cuanto que reconocía "el ideal sería que los ayuntamientos organizaran y sostuvieran los servicios sanitarios del término municipal, libres de intromisiones e injerencias extrañas a su propia constitución," aunque reconoce al mismo tiempo "es un deber fundamental del Estado cuidar de la salud pública".¹⁰⁴ Al mismo tiempo, este Estatuto Provincial imponía a las Diputaciones la necesidad de contar y sostener un Instituto de Higiene, a través de la fusión de las Brigadas Sanitarias existentes, o por creación directa o inmediata donde no las hubiera;¹⁰⁵ en Elche también funcionaron en su momento las delegaciones de las brigadas, denominadas subbrigadas a nivel local, con asignación de personal y material correspondiente, como veremos en su momento.

Integró el Instituto de Reformas Sociales dentro del Ministerio de Trabajo, puso en marcha los Comités Paritarios, para dirimir cuestiones sociales y laborales, formados por igual número de representantes de patronos y de obreros, con un presidente nombrado por el gobierno; promulgó la Ley del Seguro de Maternidad, que, lamentablemente abarcaba solo a la mujer trabajadora, pero no a la esposa del trabajador. Se creó el Real Patronato de de la Lucha Antituberculosa bajo la presidencia de la Reina, y la Escuela Nacional de Sanidad se elaboró el Reglamento de lucha antipalúdica. Se fundó el Hospital del Rey, para enfermos infecciosos; creó una ambiciosa Ley de Protección de la Infancia, por la que se destinaba un porcentaje de los ingresos por taquilla de los espectáculos a la infancia, otra de Represión de la Mendicidad y otra de protección a la maternidad, etc.

¹⁰² GUILLEN, Ana M^a. *Un siglo de previsión social en España*. Ayer 25, 1997.

¹⁰³ CALLE VELASCO, Maria Dolores de la: *Sobre los orígenes del Estado social en España*. Ayer, 25, 1997.

¹⁰⁴ HUERTAS GARCIA-ALEJO, Rafael. *Política sanitaria: de la Dictadura de Primo de Rivera a la 2^a República*. Rev. Esp. Salud Pública, 74, 2000.

¹⁰⁵ PERDIGUERO GIL, Enrique; BERNABEU MESTRE, José; ROBLES GONZALEZ, Elena. *La salud pública en el marco de la administración periférica. El Instituto Provincial de Higiene de Alicante (1924-1936)*. Dynamis, 14, 1997.

Tabla 4.- Legislación sobre Sanidad 1923-1930

AÑO	Norma
1924	Estatuto Municipal.
1923	Escuela Nacional de Puericultura.
1924	Desaparición del Instituto de Reformas Sociales.
1924	Escuela Nacional de Sanidad.
1925	Estatuto Provincial. Reglamento de Sanidad Provincial
	Reglamento de Establecimientos incómodos, insalubres y peligrosos.
	Ley y Reglamento de Epizootias.
	Real Patronato de Lucha Antituberculosa.
	Seguro de Maternidad.
	Instituto de Malariología.
1927	Instituto Técnico de Comprobación de Medicamentos.
	Ley de Protección a la infancia.
1929	Seguro Obligatorio de Maternidad.

CAPITULO 2.- LA SALUD COMO DERECHO.

Hoy puede resultarnos muy extraño que prácticamente ningún texto constitucional consagre un solo artículo al derecho a la salud de los individuos.¹⁰⁶ En ningún caso hay algo parecido al artículo 43 de la vigente Constitución Española de 1978: “*se reconoce el derecho a la protección de la salud*”. Y tampoco deja de ser llamativo que en la Ley General de Sanidad de 1985, se reconozca que “*las respuestas públicas al reto que en cada momento ha supuesto la atención de los problemas de salud de la colectividad ha ido siempre a la zaga de la evolución de las necesidades, sin conseguir nunca alcanzarlas.*”

Hemos comentado, líneas arriba, que la Constitución de 1812 encargaba a los Ayuntamientos una serie de funciones referidas a la salubridad y mantenimiento de instalaciones sanitarias a su cargo. Pues bien, en las Constituciones siguientes, desaparece este encargo y ya no se hace ninguna mención a competencias del Estado o cualquiera de sus tres estamentos vigentes, central, provincial y municipal, respecto al derecho de los ciudadanos a la salud.

El Estatuto Real de 1834 se dedica en exclusiva a los próceres y estamentos, sus misiones, la composición de las cámaras legislativas, etc, pero no dedica un renglón a los ciudadanos de a pie, está centrado en las instituciones, no en las personas; es, más bien, una carta otorgada que permitía la participación en el gobierno de las clases adineradas, obviando al pueblo llano.

La Constitución de 1837, que firma la Reina Gobernadora en minoría de edad de Isabel II, y que Vicens⁸⁴ considera una de las más liberales de la época, no contiene una sola palabra sobre salud, asistencia, beneficencia o concepto similar en sus 77 artículos.

La Constitución de 1845, algo más avanzada, según Sánchez Mantero,¹⁰⁷ cuando se refiere a los derechos de los ciudadanos, no lo hace para garantizarlos, ni siquiera expresarlos, sino solamente para regularlos; además, promulgada durante el periodo moderado de los gobiernos militares, fue más conservadora y censitaria, reduciendo las funciones de los Ayuntamientos a tareas meramente administrativas.

Curiosamente, la no nata de 1856, sí que contemplaba algunas propuestas referidas a derechos sociales, seguridad en el trabajo y educación.

El texto de 1869¹⁰⁸ expresa los derechos naturales de los ciudadanos, a la libertad personal, inviolabilidad del domicilio y la correspondencia, la libertad de enseñanza, de industria, religiosa, etc; pero tampoco menciona el derecho a la salud.

La Constitución de 1873, redactada por Emilio Castelar Ripoll en tan solo 24 horas, detallaba los derechos individuales con una precisión similar a la de 1869, pero no llegó a aprobarse por las vicisitudes de la Primera República.

¹⁰⁶ Constituciones Españolas en el siglo XIX. Biblioteca de El Boletín Diplomático. Imprenta de F. López Vizcaino, 1869.

¹⁰⁷ SANCHEZ MANTERO, Rafael. *La España de Isabel II. De la Regencia de Maria Cristina a la Primera República (1833-1874)*. En Historia de España, Vol. 9, Espasa, 1999.

¹⁰⁸ Constitución Democrática de la Nación Española, 6 de junio de 1869.

Por fin, en 1876,¹⁰⁹ firmada por Alfonso XII y de inspiración canovista, ve la luz una nueva constitución. Esta Carta Magna, vigente, aunque en ciertos momentos excepcionada, hasta 1931 (otro intento de nueva constitución, en 1883, redactado por Pi y Margall, tampoco llega a ver la luz), dedica su Título Primero¹¹⁰ a esclarecer los criterios de españolidad del ciudadano, sus derechos en cuanto al habeas corpus, inviolabilidad del domicilio y la correspondencia, el derecho a la propiedad, libertad de culto (aunque proclama que la Religión Católica, apostólica y romana es la del Estado, y no se permitirán otras ceremonias ni manifestaciones públicas); el artículo 13 menciona la libertad de expresión, de reunión, de asociación, de petición, etc. Pero en ningún caso “*se reconoce el derecho a la protección de la salud*” de forma tácita o expresa. Tampoco hemos encontrado referencias a la salud como derecho del individuo en el borrador del no-nato Proyecto de Constitución de la Asamblea Nacional primorriverista¹¹¹, aunque también es cierto que la Presidencia del Directorio Militar junto con el Ministerio de Gobernación, enviaron en 1924 una serie de prevenciones a los delegados gubernativos, entre las que se incluía el impulso de la salud corporal de los habitantes, lo que se lograría por la práctica de costumbres higiénicas, y por la vigilancia de alimentos, bebidas y viviendas,¹¹² pero no estaba asentada con rotundidad la salud como uno de los derechos elementales del individuo.

De esta forma, al no considerarse la salud un derecho constitucional, no se percibe la necesidad de establecer un sistema sanitario público de cobertura universal. Simplemente, se entiende que cualquier persona cuando se siente enferma, puede llamar al médico, profesional liberal, que le presta sus cuidados a cambio de los pertinentes honorarios. Las clases altas, ni siquiera se molestan en ir al médico; cuando están enfermas, es el facultativo quien acude a la casa del paciente. Pero las clases más desfavorecidas, incapaces de sufragar estos cuidados, no pueden quedar también marginados de la sociedad en un aspecto tan sensible; de ello se ocupan las instituciones benéficas y de caridad, que, en base a los principios de la doctrina cristiana, prestan asistencia sanitaria a través de congregaciones sobre todo religiosas, de forma altruista, con la peculiaridad de que al tratarse de una asistencia “graciable”, quedaba supeditada a la voluntariedad del “graciador”, quien tenía el privilegio de regular las conciencias y actitudes, dejando desatendido a quienes no tuvieran el comportamiento moral debido o esperado por las jerarquías, eclesiásticas, nobiliarias o políticas.

Este servicio de caridad (en su acepción de compasión cristiana que socorre al menesteroso por amor de Dios y del prójimo) estaba casi siempre monopolizado por la Iglesia y su entramado organizativo; en su doctrina, especifica claramente qué son obras de Misericordia Corporales¹¹³: *Dar de comer al hambriento; dar de beber al sediento; vestir al desnudo, visitar a los enfermos; dar posada al peregrino; redimir al cautivo; enterrar a los muertos*, y se vino aceptando, por siglos, que la asistencia sanitaria al menesteroso, al peregrino, al desvalido, era una obligación religiosa. Tradicionalmente, la pobreza era

¹⁰⁹ Constitución Española, 30 de junio de 1876.

¹¹⁰ ALEU. *Leyes Civiles y Penales de España*. Madrid, 1911.

¹¹¹ ALVAREZ CHILLIDA, Gonzalo. *El fracaso de un proyecto autoritario: el debate constitucional en la Asamblea Nacional de Primo de Rivera*. Revista de Estudios Políticos (nueva época), 93, 1996.

¹¹² GONZALEZ MARTINEZ, Carmen. *La Dictadura de Primo de Rivera: una propuesta de análisis*. Anales de Historia Contemporánea, 16, 2000.

¹¹³ Doctrina Cristiana. Ed. Paulinas, 1953.

considerada como la forma de obtener la salvación del alma mediante la caridad por parte del asistente, y de la humildad por parte del asistido, viendo encarnado a Cristo en la figura del pobre.¹¹⁴ Según Padrós¹¹⁵, recibir limosna es tomar conciencia de la propia indigencia, y verse obligado a un agradecimiento oscuro rayano en el resentimiento, mientras que la versión cristiana de la caridad consiste en la comunión con un ser superior, de modo que no hay uno que da y otro que recibe. Este paternalismo católico presuponía dos actitudes religiosas: la gratitud para con la protección y bondad del padre que siempre ofrece lo mejor a sus hijos, y la obediencia y sumisión a la voluntad paterna, subyaciendo en el fondo, la creencia complementaria de que los mensajes religiosos de la obediencia, la sumisión a la autoridad divina, el imperativo de la conciencia moral y la virtud, eran elementos indispensables para mantener el orden social y apuntalar la jerarquía y autoridad de las élites.¹¹⁶ Como alternativa para los descreídos, quedaba la filantropía, entendida como la compasión filosófica que auxilia al desdichado por amor a la humanidad y la conciencia de su dignidad y su derecho.

La actividad asistencial pública en materia sanitaria fue una cuestión marginal (o marginada) en el Estado liberal; la preocupación por la salud del ciudadano como individuo, tuvo lugar siempre a través de la Beneficencia, como un aspecto más de la asistencia prestada a pobres e indigentes. Tradicionalmente, la Beneficencia, como sentimiento compasivo oficial que proporciona amparo al desvalido por mor del orden y la justicia, estuvo a cargo en España de los particulares; la labor y competencia del clero eran plenamente aceptadas por el pueblo y la Monarquía.⁷⁸

El paso de la caridad, como medio principal de acción social, a la Beneficencia propiamente dicha, se produce a partir de la primera mitad del siglo XIX, impulsado por las ideas de la Ilustración y del Liberalismo, aunque realmente, la transición de un sistema basado en la caridad hacia el tímido nacimiento de un Estado Social en España, no tiene lugar hasta entrado el siglo XX¹¹⁷; en primer término, la Ilustración propugna la razón como fuerza emancipadora de los miedos y la ignorancia secular, teniendo al conocimiento científico como sustrato explicativo de los fenómenos cotidianos, poniendo especial énfasis en las reformas sociales y económicas; en segundo lugar, el liberalismo, con su carga ideológica, se rebela contra el Estado absolutista, colocando al individuo como valor central de la sociedad, de modo que el Estado pasa a ser un instrumento encaminado a hacer efectiva la libertad como atributo inviolable del ser humano, al tiempo que propone una serie de derechos personales a garantizar, proteger y tutelar por el propio Estado¹¹⁸; estas ideas, imperantes en muchos países de Europa, tardan en llegar al nuestro. No es hasta el último tramo del siglo XIX cuando se desarrolla un insólito interés por los temas de higiene y sanidad públicas: así, surge el concepto de “medicina social” como parte de la ciencia médica que estudia las condiciones de morbilidad derivadas de la organización viciosa de la

¹¹⁴ MARSALL i FERRET, Marc. *Pobreza y Beneficencia Pública en el siglo XIX español*. Fundación Caixa Sabadell, Lex Nova. 2002.

¹¹⁵ PADROS, E. *Cristianismo y Hospital*. Medicina e Historia, 10, 1965.

¹¹⁶ CARASA SOTO, Pedro. *Beneficencia y “cuestión social”: una contaminación arcaizante*. Historia Contemporánea, 29, 2004.

¹¹⁷ CARBALLO BARRAL, Borja. *La Beneficencia Municipal de Madrid en el cambio de siglo: el funcionamiento de las Casas de Socorro (1896-1915)*. Congreso Internacional del Departamento de Historia Contemporánea de la UCM. 2006.

¹¹⁸ NAVAJO, Pablo. *De la Caridad al Estado de Bienestar*. En: Iniciativa Social y Estado de Bienestar, 2004 Bajado de la red: [www: iniciativasocial.net/historia.htm](http://www.iniciativasocial.net/historia.htm).

sociedad.¹¹⁹ Se constituyen Academias, Sociedades, Asociaciones e Institutos para tratar y en su caso resolver, problemas de higiene, pero, lamentablemente, la preocupación e investigación sobre estos temas, plasmada en innumerables libros, revistas, y publicaciones (Annales) no cristaliza en unas estadísticas que pudieran servir como punto de apoyo para el análisis y toma de decisiones.

Y es que a pesar de la promulgación en 1900 de la Ley de Accidentes de Trabajo, sigue sin considerarse la seguridad y la salud como un derecho subjetivo; esta ley viene a dar una cobertura contra los riesgos derivados del trabajo, o como consecuencia de él, pero señala la responsabilidad del empresario en el restablecimiento de la salud del trabajador, debiendo prestar a sus expensas la asistencia sanitaria y farmacéutica necesaria, o concertarla con una entidad aseguradora; las garantías que tenía el trabajador se reducían a una acción judicial válida durante el primer año tras el siniestro. El Estado se mantenía al margen del asunto. Por supuesto, no era garante de los derechos del trabajador, su misión, en caso extremo, se ejercería a través del sistema judicial; es obvio que un trabajador accidentado, que es abandonado a su suerte por su empleador incumpliendo la ley, va a tener muy difícil poder pleitear contra el empresario para reclamar sus derechos; con lo cual, al no actuar de oficio el poder ejecutivo para obligar a cumplir las leyes emanadas del legislativo, y no tener recursos económicos para poder acceder al poder judicial y pleitear, al pobre trabajador le van a dar igual los tres poderes de Montesquieu: sigue siendo maltratado, explotado y abandonado.

La única alternativa posible para la defensa de sus derechos primero, y si acaso, de sus intereses después, para la clase trabajadora, es el asociacionismo. Desaparecidos los arcaicos gremios profesionales, empieza un notorio auge de las formaciones sindicales y partidos políticos ajenos al turno dinástico; uno de los momentos más importantes, en este sentido, fue la creación del Partido Democrático Socialista Obrero Español, inspirado por Pablo Iglesias, cuyo acto inicial tuvo lugar el 2 de mayo de 1879 en un restaurante de la calle Tetuan de Madrid⁸⁴, conocido entonces como “La Fraternidad Internacional” y hoy como “Casa Labra”.



Figura 5.- Bar “Labra”. Madrid. Fotografía del autor.

¹¹⁹ NUÑEZ FLORENCIO, Rafael. *Tal como éramos. España hace un siglo*. Espasa Calpe. 1978.

CAPITULO 3.- LA BENEFICENCIA EN ESPAÑA

Se ha afirmado, con notable veracidad, que la medicina nace del impulso instintivo que brota en el ser humano para ayudar a su congénere que está enfermo, entendiendo la enfermedad en su sentido más puramente etimológico de *infirmitas*, es decir, invalidez¹²⁰, Por eso, en un primer momento, la ayuda a los demás se desarrollaba por medio de la familia y los buenos vecinos; única y exclusivamente por y para los familiares, amigos y conocidos; no es merecedor de ayuda quien no forma parte del estrecho núcleo relacional; prueba de ello es la obligación legal de prestación de alimentos entre parientes, establecida desde antiguo en el Derecho Civil¹²¹.

La civilización romana, que tantas buenas cosas aportó a la agreste Hispania, no tenía implantado, entre sus principios fundamentales, el sentimiento de la caridad; el pueblo, el verdadero pueblo, era realmente esclavo; los ciudadanos romanos no trabajaban, puesto que el trabajo era en concepto servil, indigno de patricios; así, los amos mantenían a los esclavos en tanto en cuanto eran útiles para el trabajo, si enfermaba, era cuidado como quien cuida un animal que puede ser empleado, pero si la enfermedad era incurable, se prolongaba en demasía, o no había esperanzas razonables, era expulsado de la sociedad para que muriera en un lugar apartado, o, al menos, no fuera una carga para sus amos. Estos pobres eran, en cierta medida, mantenidos con limosnas de los ricos, o con algunos socorros que, esporádicamente, el Senado les enviaba, más para mantenerlos controlados que para ayudarles.

La historia de la Beneficencia comienza en nuestro país, como en otros muchos, con la religión cristiana; los primeros cristianos establecieron entre sí la completa comunidad de bienes¹²². Más adelante, fueron las propias Iglesias, algunas de ellas francamente enriquecidas, (recordemos que uno de los Mandamientos de la Santa Madre Iglesia ordenaba pagar diezmos y primicias, es decir, entregar la décima parte de lo recaudado o de la cosecha, y las primeras crías del ganado), quienes, al no poder poseer bienes raíces, se vieron en la obligación de distribuir las limosnas en tres partes, una para el culto y las comidas públicas, otra para el clero, y otra para los pobres. Aun así, su poder era realmente considerable

Este sentimiento de caridad hacía que cada hombre aislado se sintiera con el deber cristiano de socorrer al menesteroso; de esta forma, la pobreza se consideraba una virtud, soportar los males en esta vida con la esperanza de otra mejor en el Cielo, y lo de socorrer al pobre es una obligación para el cristiano, que ejerce, de esta manera, la virtud de la caridad, en cuyo ejercicio no busca directamente ningún resultado social, sino que siendo el amor a los semejantes un reflejo del amor de Dios, tiene a este mismo por objeto; y así, se señala en los Novísimos, donde se reconoce esta labor, con la afirmación de "*venid a mi, porque estuve enfermo y me visitasteis, desnudo y me vestisteis, hambriento y me disteis*

¹²⁰ LAIN ENTRALGO, Pedro. *Concepto de Salud y enfermedad*. En: Balcells, Gorina, A, y cols. Patología Médica. Toray, 1968.

¹²¹ ALEMAN BRACHO, Maria del Carmen. *Una perspectiva de los servicios sociales en España. Alternativas*. Cuadernos de Trabajo Social, 2, 1993.

¹²² ARENAL, Concepción. *La Beneficencia, la Filantropía y la Caridad*. Memoria premiada por la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, 1860.

*de comer”, y su inversa, “lejos de mí, condenados al fuego de la gehenna eterna, porque estuve enfermo y no me visitasteis, desnudo y no me vestisteis, hambriento y no me disteis de comer”; y a la pregunta del alma sometida al Juicio Final ¿Cuándo hicimos / no hicimos ello contigo, Señor?, el Padre Celestial responde “cuando lo hicisteis / no lo hicisteis con uno de los menesterosos.”*¹¹³

De ahí que el Evangelio conceda tanta importancia a la parábola del buen samaritano; porque la ayuda al enfermo, cuando trasciende más allá del círculo íntimo de las relaciones personales, adquiere una notable connotación cristiana. Pero hemos de advertir que este mandamiento de socorrer a los pobres no es privativo del cristianismo; también El Corán¹²³ tiene entre sus normas, junto al ayuno y la oración, la limosna: son varias las suras que se ocupan de los pobres y su socorro; por ejemplo, en la número II, versículo 211: “*te preguntarán como es preciso hacer la limosna. Diles: es preciso socorrer a los padres, a los allegados, a los huérfanos, a los pobres y a los viajeros. El bien que hagáis será conocido por Dios.*” También el judaísmo hace mención a los pobres y la pobreza: En La Torah, el *Shulján Aruj* declara: “*Uno debe rezar como un pobre en la puerta pidiendo limosna - con ruegos suaves*”.

Sin embargo, no existía la noción de ayuda colectiva, estos hombres generosos y caritativos individualmente, conscientes de la obligación cristiana de socorrer al pobre, no reconocían en ningún ciudadano el derecho de pedir dicho socorro; por eso, los desvalidos tenían que acudir a la Iglesia, ante el abandono que les tenía la sociedad; el mismo Rey ejercía la caridad como hombre cristiano y no como Rey; entre las preocupaciones del Trono, no se contaba la ayuda a la mendicidad o al desvalimiento. De ahí que el espíritu de caridad estuviese unido de forma íntima con el sentimiento religioso: los monasterios, antes incluso de tener reglas escritas, se constituyeron en verdaderos centros de Beneficencia

Al amparo de esta tutela de los poderes eclesiásticos, de la realeza y la nobleza, se comienzan a fundar instituciones asistenciales por doquier, siempre bajo la advocación de algún santo, siempre bajo la protección de algún poderoso; así, proliferan sin orden ni concierto, con un profundo sentido localista y de proximidad: cada villa, cada ciudad, tenía sus fueros y privilegios, regidos por normas diferentes, con unos límites circunscritos, fuera de los cuales, ni el mendigo obtenía limosna, ni el desvalido asilo ni el enfermo asistencia, de modo tal, que solo se atendía a los pobres de la propia localidad, Y podía ocurrir que mientras unas ciudades tenían gran cantidad de centros benéfico-asistenciales, otra población cercana, apenas unas leguas, podía carecer de los más elementales servicios, pero, obviamente, no podía haber traspaso de pobres, enfermos o indigentes entre ambas, por la mencionada descentralización legal. Ni en el código gótico, ni en el Fuero Viejo de Castilla, ni en las leyes del Estado, Fuero Real u ordenamientos, aparecen leyes que tengan por objeto organizar ni dirigir la caridad individual.

¹²³ EL CORAN, Edimat 1998.



Figura 6.- Comedor "Ave María", Madrid, calle del Dr. Cortezo, vista actual.
Fotografía del autor.

Se ha planteado la duda de si esta atención caritativa hacia los pobres por parte de los poderosos, estaba basada realmente en los principios de la ética cristiana, o era una forma de tener controlado un posible foco de rebelión, era un medio de pacificación y armonización social¹²⁴; la pobreza molesta a la colectividad, y, bajo su capa, se pueden esconder también holgazanes y personajes dispuestos a vivir a costa de los demás, sin contribuir con su trabajo al desarrollo común; es tenue la línea divisoria entre mendicidad y haraganería; ya desde la época de Felipe II se establece que no pueda pedir limosna ninguna persona apta para trabajar y que no sea verdaderamente pobre, que no puedan pedir fuera del pueblo de su naturaleza, que se dé una licencia por la cual sean reconocidos los pobres inválidos, y sean perseguidos como vagos lo que se hallaren mendigando sin la mencionada licencia.

Hubo, en la Edad Media, otro tipo de protección al enfermo y desvalido, no apoyada en las relaciones familiares ni en la caridad cristiana, sino en la solidaridad entre clases, basada en los gremios, corporaciones formadas por los maestros, oficiales y aprendices de una

¹²⁴ ESTEBAN DE VELA, Mariano. *Pobreza y beneficencia en la reciente historiografía española*. Ayer, 25, 1997.

misma profesión, regidos por unos estatutos, de forma que, mediante el pago de unas cuotas durante la vida laboral, se garantizaba el subsidio en caso de accidente, enfermedad, viudez, orfandad, etc. No se pueden considerar como instituciones benéficas o caritativas, por atender solo a sus agremiados, y no estar basadas en los principios altruistas o cristianos, sino en la previsión de contingencias.

Al reconocerse, por la propia Constitución, como un Estado Confesional, los poderes públicos no tienen otra alternativa que atender a los necesitados, ya no en base a la obligación moral de todo buen cristiano, ni como una obra de misericordia, sino por imperativo legal. Incluso la propia Iglesia, comienza hacia finales del siglo XIX a cambiar esta visión benéfico-caritativa por otra más propiamente social.

Desde el punto de vista jurídico, la Beneficencia puede considerarse como aquella actividad dirigida a satisfacer necesidades vitales de quienes se encuentran en situación de indigencia, por medio de prestaciones gratuitas y graciabiles; estos dos últimos aspectos, gratuidad y ausencia de derecho a reclamar la prestación, pueden considerarse como propias de la legislación que arranca a mediados del siglo XIX, cuando, tras la desamortización de Mendizábal, las órdenes religiosas dejan de prestar los cuidados, y es el propio Estado quien debe asumir las competencias.

Como hemos señalado, y a pesar de que la Constitución de 1812 reclama, por vez primera, para el Estado y los organismos públicos, la asunción y control de la asistencia social, no es hasta pasado 1820 cuando se promulga la primera articulación legal, homogénea para toda el territorio español (a la sazón, a ambos lados del Atlántico), la Ley de Beneficencia de 2 de febrero de 1822⁵⁸; en su virtud, se creaban las Juntas municipales y parroquiales de Beneficencia, se establecían reglas generales sobre los establecimientos públicos de Beneficencia, se suprimían los privados que no se ajustasen a los fines que señalaba la propia ley, y obligaba a un control policial para todos los centros; por lo menos, por estas fechas, los poderes públicos ya empiezan a tener en consideración a los pobres de una manera formal: por ejemplo, desde al año 1837, en determinados documentos del Ayuntamiento de Elche aparece un membrete con la leyenda “sello de pobres”, por valor de cuatro maravedises.



Figura 7.- Sello de pobres. Ayuntamiento de Elche, 1837. Fotografía del autor.

En la práctica, no se aplicaron demasiado los preceptos de esta ley, pero al menos, sirvió de soporte para una más avanzada Ley General de Beneficencia, promulgada por Isabel II en junio de 1849, con su Reglamento de ejecución de marzo de 1852, la cual establecía que la Beneficencia tenía una finalidad pública, que sus establecimientos eran públicos, al igual que su organización administrativa, que correspondía al Gobierno, el cual se ocupará de la creación y supresión de centros, y aprobación de los reglamentos correspondientes. La gestión ha de corresponder al Ministerio de la Gobernación, y la financiación viene asegurada por la creación de un fondo patrimonial común, constituido por bienes públicos, dependiente de los presupuestos generales, provinciales y municipales, y también por bienes privados, asociados a fondos de fundaciones, y las rentas y limosnas de los propios establecimientos. Establece tres tipos de establecimientos, unos, generales, para satisfacer necesidades permanentes, otros, provinciales, para personas con enfermedades comunes imposibilitadas para el trabajo o que no tengan familia, y un tercer nivel, municipal, para socorrer enfermedades accidentales, y ofrecer atención domiciliaria, la cual se ha considerado¹²⁵ el principal elemento definidor de la política de beneficencia decimonónica. Un matiz importante de esta norma, es la voluntariedad de ingreso en los establecimientos benéficos, especificando claramente su carácter protector y no punitivo. Pero, lamentablemente, no se reconoce el derecho subjetivo de los pobres a recibir las prestaciones.

Esta Ley de 1849 señala la creación de las Juntas de Beneficencia, una Junta General en Madrid, Juntas Provinciales en las capitales de provincia, y Juntas Municipales en los pueblos.

A nivel local, las Juntas Municipales de Beneficencia han de estar compuestas por:

- *el alcalde, o quien haga sus veces, como Presidente.*
- *un cura párroco si hay menos de cuatro parroquias, o dos, si hay más.*
- *un regidor, o dos si el Ayuntamiento tiene más de cuatro regidores.*
- *un vocal si los vecinos no llegan a 200, dos si son más.*
- *El médico titular, o en su defecto, un facultativo domiciliado en el pueblo.*
Todos los vocales serán nombrados por el Jefe Político a propuesta del alcalde.
- *el patrono de un establecimiento que se halla destinado a socorrer a hijos del pueblo, con tal de que estuviere domiciliado en el mismo, y si fueran varios, dos vocales, que propondrá el alcalde.*

Todos estos cargos son gratuitos. Esta ley determina también que todos los establecimientos de beneficencia están obligados a formar sus presupuestos, y a rendir anualmente cuentas de su administración. Se encarga a las Juntas Municipales organizar y fomentar toda clase de socorros domiciliarios y muy particularmente, los socorros en especie.

Y, curiosamente, ahondando en el principio de beneficencia, el artículo 28 señala que “se procurará agregar a la Junta, una comisión de señoras para la acción complementaria en la vigilancia de la asistencia domiciliaria a enfermos pobres, propaganda de la higiene

¹²⁵ SIMON ARCE, Rafael Angel. *Los socorros domiciliarios y la municipalización de los servicios médicos de beneficencia. Alcalá de Henares, 1800-1900.* Congreso Internacional de Historia y Ciencia. La modernización del siglo XX. Universidad Carlos III, 2008.

durante la lactancia, higiene de los párvulos, protección de embarazadas y paridas pobres y demás cuidados análogos. Presidirá esta comisión el Inspector-Secretario.”

También resulta llamativo lo dispuesto en el artículo 18, de que “*los establecimientos de beneficencia, públicos o particulares, no admitirán a pobres o mendigos válidos*”, lo cual viene en consonancia con el principio, entonces vigente, de regeneración del pobre por el trabajo; quedaba claro que no debían ser atendidos todos los pobres, sino solamente aquellos que lo merecieran.

En este punto, surgen las dudas sobre el concepto de “pobre” y “pobreza”, Nos negamos a comentar la definición de pobreza asentada por Concepción Arenal en sus “*Cartas a un Obrero, 1871-1877*”, que cita Rodríguez Ocaña¹²⁶: “*pobreza es aquella situación en que el hombre ha menester trabajar para proveer las necesidades fisiológicas de su cuerpo.*”. Hasta esta fecha, prácticamente, ninguna ley sobre Beneficencia había establecido una definición nítida de la pobreza; solo el Reglamento que desarrolla la ley de 1849, manifiesta que se consideran pobres “*aquellos vecinos que no contribuyen directamente con cantidad alguna al Erario público ni son incluidos en los repartimientos para cubrir los gastos provinciales y municipales, ni reciben del Estado, de la Provincia, del Ayuntamiento o de un particular, sueldo suficiente para cubrir las más precisas necesidades de la vida.*”¹²⁷ Hay una cierta dificultad para definir con precisión quienes son pobres, cuantos, por qué, con qué parámetros se identifican, que imagen proyectan. Una frontera separaba a efectos de Beneficencia al pobre legal del falso pobre, el que se hallaba en capacidad de trabajar; esto supone ya una tendencia a la laicización del concepto, y por tanto, de la asistencia, es decir, la pobreza deja de ser un concepto teológico para convertirse en una categoría política.¹²⁸ A este respecto, Elena Maza¹²⁹ diferencia dos niveles tipológicos dentro del mundo de la pobreza:

1. Pobreza estructural o permanente:
 - a. Pobres
 - b. Mendigos y desamparados
 - c. Marginados o vagabundos
2. Pobreza móvil y ocasional

La estructural o permanente, esta integrada por aquellos que han caído en la pobreza, absoluta o extrema, y la pobreza móvil u ocasional, esta formada por individuos que han perdido su empleo, o por motivos de ancianidad, enfermedad, jubilación o accidente. Los dos tipos más representativos de pobres son los de solemnidad y los vergonzantes, definidos por el Diccionario de Autoridades como, “*los que por su calidad y obligaciones no pueden pedir limosna de puerta en puerta y lo hacen de modo que sea con el mayor secreto posible*”. Los mendigos que piden de casa en casa (recordamos en la posguerra española la escena: un mendigo llama a la puerta de la casa: ¿Quién es?-Un pobre.-Dios

¹²⁶ RODRIGUEZ OCAÑA, E. *Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI*. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2007.

¹²⁷ Reglamento General de Beneficencia, 14 de mayo de 1852.

¹²⁸ DIEZ RODRIGUEZ, Fernando. *La sociedad desasistida. El sistema benéfico asistencial en la Valencia del siglo XIX*. Historia Local, Diputación de Valencia, 1989.

¹²⁹ MAZA ZORRILLA, Elena. *Pobreza y Beneficencia en la España contemporánea*. Ariel Practicum. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1998.

le ampare), o a la puerta de una Iglesia, pueden despertar un cierto sentimiento de piedad, sobre todo entre las señoras de la aristocracia, que les envían las sobras de sus comidas, dan limosnas el domingo, cualquier festividad, o en Navidad, tras oír en la homilía del Sacerdote la parábola del rico Epulón y el pobre Lázaro; y el pobre lo recibe con verdadera resignación cristiana, Claro exponente de lo señalado anteriormente sobre la caridad como medio de salvación del alma.

El caso del marginado es más complejo y lleva connotaciones negativas, tales como el holgazán, errante y gente sin oficio. Tipología de pobres descrita con agudeza por numerosos literatos, como Pérez Galdós en su "Misericordia". Y es que se consideran "marginados" los que viven en los márgenes de la sociedad¹⁴; la marginación es un fenómeno esencialmente urbano, formando una masa ingente de personas de todo tipo y condición, huyendo del hambre y de la falta de expectativas vitales; la inmensa mayoría persiste en el exterior de un sistema que les ha arrojado fuera de sí, y les dificulta hasta lo imposible su reinserción; quedan, pues, en la marginalidad para el resto de sus vidas, y a ello se acomodan. Lo que definió Pío Baroja de las ciudades, con centro europeo, refinado, y alrededores africanos o salvajes.

CAPITULO 4.- ORGANIZACIÓN.

La reforma sanitaria toma cuerpo con la promulgación de la Ley Orgánica de Sanidad de 1855, que encarga al Ministerio de la Gobernación la defensa sanitaria de España, afianza la ya existente Dirección General de Sanidad, y estructura la administración sanitaria en tres elementos:

1. Ejecutivo: formado por funcionarios técnicos.
2. Consultivo: formado por corporaciones e instituciones relevantes en la materia.
3. De control o inspección, formado por personal facultativo.

Quedan patente dos aspectos de la legislación en materia sanitaria en esas fechas; por un lado, que la atención debe dirigirse al tratamiento y prevención de las enfermedades, casi en exclusiva infectocontagiosas, por el peligro de epidemias, dejando de lado las degenerativas, inflamatorias, etc., y, por otro, en cuanto a lo que es la población en general, y la asistencia sanitaria, entendida como el hecho de proporcionar cuidados médicos y farmacéuticos a los pobres y necesitados. Se entendía que los ricos podían y debían pagar la atención médica.

Esta asistencia al necesitado se podía hacer a dos niveles; uno ambulatorio y otro hospitalario; el ambulatorio, tanto en consulta como a domicilio, se ejercía por los médicos titulares, quienes eran contratados por los Ayuntamientos a tal fin, mediante una cantidad determinada al año; estos facultativos tenían su consulta propia, y dedicaban una parte (a veces ínfima) de su tiempo a la asistencia de enfermos de beneficencia; la prescripción debía ser retirada en una farmacia determinada de la población, que pasaba periódicamente el cargo al Ayuntamiento en concepto de "medicinas suministradas a enfermos pobres". La asistencia hospitalaria se efectuaba en el/los hospitales municipales, de beneficencia, o adscritos a alguna orden religiosa cuando esto era factible; según lo dispuesto en la mencionada Ley, el Ayuntamiento debía correr con los gastos de mantenimiento del hospital.

La Instrucción General de Sanidad de 12 de enero de 1904 inicia la reorganización formal de los servicios sanitarios, sobre todo a partir de 1909, en que hubo un notable incremento presupuestario; establece tres niveles, uno consultivo, de comisiones asesoras, otro ejecutivo, político-administrativo, y un tercero, técnico, funcional; crea dos secciones, una de Estadística y otra de Epidemiología, desarrollando como organismo técnico, las Inspecciones de Sanidad¹³⁰. Por otro lado, determina la existencia de un médico titular, al menos, en cada Ayuntamiento por cada 300 familias indigentes. En su cumplimiento el R.D. de 11 de octubre de 1904 aprueba el primer Reglamento del Cuerpo de Médicos Titulares de España, sentando las bases para la definitiva constitución de estos profesionales como Cuerpo de funcionarios de la Administración Pública. En él se confirma la inamovilidad en el cargo, con contratos de duración ilimitada. Esta presunta seguridad en el empleo, inicialmente bien intencionada, puesto que garantizaba al colectivo una estabilidad, tuvo como contrapartida el hecho de que, al ser competencia de los Ayuntamientos, ponía a los facultativos al albur de las veleidades políticas y la

¹³⁰ MARTINEZ NAVARRO, Juan Fernando. *Salud pública y desarrollo de la epidemiología en la España del siglo XX*. Rev.San.Hig.Pub. 68, 1994.

decisión de los caciques de cada lugar.¹³¹ Asimismo configura también, una función importante, la de inspección de los servicios sanitarios municipales.

A nadie escapa la vertiente económica de este tipo de acción; por un lado, la potenciación de los socorros domiciliarios, de la asistencia ambulatoria, y por el otro la cualidad de la asistencia hospitalaria, destinada a los pobres, y la calidad de esta asistencia, en manos la mayoría de las veces de personal religioso, muy voluntarioso, muy caritativo, muy abnegado, pero no siempre con los debidos conocimientos médicos, la no generalización de la asistencia con cargo al erario público, restringida, como señalamos solo a los desfavorecidos, hacían derivar hacia las familias la carga tanto pecuniaria como asistencial. De esta forma, el gasto público destinado a sanidad era escandalosamente bajo, según Huertas:¹⁰⁴

Tabla 5.- Porcentaje de gasto sanitario público sobre el total.

Gasto sanitario público	
AÑO	%
1.900	0.08
1.910	0.12
1.921	0.24

Es indiscutible que a principio de siglo comienzan a florecer grandes figuras de la medicina en España, al igual que en otros campos del saber. La creación de la Junta para la Ampliación de Estudios, impulsada con su habitual fervor por Cajal, permite a numerosos licenciados completar su formación académica, técnica y científica en las más prestigiosas universidades europeas. Pero también es indiscutible que las notorias mejoras en la preparación del profesorado, los impresionantes descubrimientos y avances desarrollados en estos primeros años del siglo XX, tardaron en dar sus frutos en cuanto a su aplicabilidad a la medicina y sanidad rural; fue necesario que los médicos “antiguos” fueran desplazados por nuevas generaciones de jóvenes, con ideas más modernas, para que pudieran apreciarse resultados en términos de disminución de las tasas de mortalidad o morbilidad.

¹³¹ HUERTAS, Rafael. *Fuerzas sociales y desarrollo de la Salud Pública en España, 1917-1923*. Rev. Esp. Salud Pública, 68, 1994.

CAPITULO 5.- LOS COLEGIOS DE MEDICOS

Buena parte de los investigadores que se han ocupado de la historia de los Colegios Médicos en España, sitúan sus antecedentes más remotos en las viejas cofradías de médicos y boticarios, algunas de origen medieval, y muchas puestas bajo la advocación de los Santos Cosme y Damián.

La necesidad de regular la actividad sanitaria en España hizo que en junio de 1827 se dictase el Reglamento Científico, Económico e Interior de los Reales Colegios de Medicina y Cirugía, “*para el gobierno de los profesores que ejercen esta parte de la Ciencia de curar en todo el Reino*”. En diciembre del año siguiente se promulga una Real Cédula sobre el ejercicio de las Facultades Médicas; los Colegios tienen funciones docentes, en connivencia con las Facultades, su labor no es en absoluto organizativa ni corporativa¹³²,

El colegio de médicos de la provincia de Alicante se fundó el día 22 de mayo de 1898, dando cumplimiento a un R.D. de la Reina D^a Maria Cristina, por el que se aprobaban los Estatutos de los Colegios de Médicos y Farmacéuticos. Hasta entonces estaba al frente del Instituto, Esteban Sánchez Santana; la primera junta directiva estuvo presidida por Manuel Ausó Arenas, y la formaban 25 médicos y 15 farmacéuticos de Alicante; por Elche figuraban Manuel Campello, Santiago Pomares Ibarra, Rafael Espuche, Alfredo Llopis Castelado y José Maria López Campello, además de un farmacéutico.

Con anterioridad, y a semejanza de los ya existentes en Madrid, Cádiz y Valencia, había nacido el Instituto Médico Alicantino, en 1841, dentro de la propia Diputación Provincial, la cual, en su libro de actas, recoge el día 29 de mayo, que “*quedó enterada la corporación de un oficio de los profesores en Medicina y Cirugía y Farmacia de esta Capital, invitando a la misma para que se sirva concurrir a la inauguración del Instituto Médico Alicantino*” Su Presidente era Juan Bautista Pina, su secretario, Vicente Martínez Montes, y sus objetivos fundamentales eran proporcionar a sus individuos toda la instrucción posible por medio de la lectura y discusiones de los tres ramos que abraza la ciencia de curar, contribuir a la unión, decoro y bienestar de la clase, y el más noble, filantrópico, que constituye la base de la ciencia, el bien de la Humanidad.

Tras este embrión primigenio en el Instituto Médico Alicantino, vino después el Consejo Médico Provincial, a partir de 1847, con cuatro secciones, de Medicina, Cirugía, Farmacia y Veterinaria, y catorce subdelegaciones, figurando en la de Elche, Manuel Llofriu por la sección de Medicina, Francisco Fajarnés por la de Cirugía, Juan García Quiles por la de Farmacia y Juan Latour por la de Veterinaria.¹³³

En 1884 se creó el Instituto Médico-Farmacéutico, de efímera vida, pues un decreto de la Reina Regente de ese mismo año, ordena la separación de la Medicina y la Farmacia; el primer médico inscrito en el Colegio de Médicos fue José Martínez Soriano, en agosto de 1895; una de las primeras medidas adoptadas por la nueva Junta Directiva, fue solicitar

¹³² VEGA GUTIERREZ, José Luís de la. *Medio siglo de Medicina en Alicante. Historia del Ilustre Colegio de Médicos. 1894-1936*. Ed. Caja de Ahorros Provincial, 1984.

¹³³ BERTOMEU ALCARAZ, Vicente. *Centenario del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Alicante*. Ed. Colegio de Médicos, 1998.

del Gobernador Civil de la provincia, la conveniencia de oficiar a todos los Alcaldes para que los médicos de cada población rellenasen un determinado formulario, a fin de conocer con exactitud el número de titulados existentes: así, en el mencionado año 1898, había en la provincia de Alicante, 147 médicos, repartidos en 15 distritos; Elche contaba entonces con 12 médicos, para una población cercana a los 23000 habitantes, es decir, algo menos de 2000 personas por médico, o dicho de otra manera, 0.28 médicos por persona. Alcoy tenía 0.42 y Monóvar, 0.40.

En 1904 se propone la creación de las Juntas de Distrito, de modo que en la Junta Directiva intervenían dos médicos de la provincia; son designados por Elche, Santiago Pomares Ibarra y Carmelo Serrano García

Como suele ocurrir, su nacimiento, no estuvo exento de controversia; profesión liberal, imbuida de un claro espíritu de dedicación al que sufre, el profesional entiende la relación médico-enfermo como algo unívoco, directo, personal, sin intermediarios: el enfermo confía en el médico, le expone su problema, y el facultativo se hace cargo de él y le brinda la solución; obviamente, esta una relación más bien de tipo paternal, proteccionista, donde el enfermo es mero sujeto pasivo. Y el médico entiende que esta forma es la adecuada, la que se ha venido utilizando a través de los siglos, y no ve la necesidad de asociarse, porque no necesita a nadie que defienda sus intereses o sus derechos, ni mucho menos, va a admitir un ente superior que vigile si sus actuaciones se atienen al código ético, al juramento hipocrático. Por ello, el primer problema que se plantea, es la conveniencia u obligatoriedad de la colegiación, que muchos consideraban una intromisión en la libertad profesional. Finalmente el 12 de abril de 1898, a propuesta del entonces ministro de la Gobernación, Trinitario Ruiz Capdepón, se promulgó un R.D. aprobando el Estatuto para el Régimen de los Colegios de Médicos, por el que se establecía la obligatoriedad de la colegiación médica. Este Estatuto comprendía IX capítulos, con 73 artículos, más 8 disposiciones transitorias y una final. En el artículo 1º se establecía la existencia en todas las capitales de provincia de un Colegio de Médicos, y en el 3º, que para ejercer la medicina era indispensable estar inscrito en el Colegio donde el facultativo tuviese su residencia habitual. Las disposiciones transitorias determinaban que los Colegios de Médicos tenían que constituirse a la mayor brevedad. Para ello el gobernador de cada provincia debía nombrar una Junta interina, formada por siete médicos residentes en la capital, a uno de los cuales se le designaría presidente y a otro secretario, que sería la encargada de formar las listas de electores y de elegibles y de convocar las elecciones para la inicial Junta de Gobierno.¹³⁴ Para remarcarlo más aun, una Real Orden en 3 de noviembre de 1900, firmada por Eduardo Dato, remarca la obligatoriedad de pertenecer al Colegio.⁹⁷

Sin embargo, más adelante, en octubre de 1901, un auto del Tribunal Contencioso-Administrativo, suspende esta Real Orden, con lo cual la colegiación deja de ser obligatoria. Pero, poco después, la Instrucción General de Sanidad de enero de 1904 vuelve a indicar, en sus artículos 85 a 91 la obligatoriedad de la colegiación, refrendado más adelante por otro Real Decreto, de 15 de mayo de 1917, que, a propuesta del Ministro de Gobernación Julio Burell, (mediante una hábil maniobra de Carlos Maria Cortezo, al dimitir de la presidencia de la Unión Médica Nacional) viene a crear el Colegio del Príncipe de Asturias en Madrid, y de forma indirecta, vuelve a establecer la colegiación obligatoria, al señalar en su artículo 4º que *“En todas las capitales de provincia en que*

¹³⁴ LOPEZ GOMEZ, José Manuel, *Historia del Colegio Oficial de Médicos*. Colegio de Médicos de Burgos, 2012.

existiesen Colegios de Médicos oficiales (...) se establecerán estos con carácter obligatorio desde luego para todos los Médicos de la provincia, y en las que no existiesen se procederá por los Gobernadores civiles y los Inspectores provinciales de Sanidad a la constitución de los mismos, con igual carácter obligatorio (...).. La mencionada Unión Médica Nacional, constituida en 1915 y presidida por el Dr. Cortezo, era, en realidad, un partido político más, de modo que, además de trabajar por mejorar la condición humana y sanitaria del médico rural español, se erigía en instrumento reivindicador de la reconversión que exigía la legislación sanitaria del momento.⁹⁷

Durante este periodo, el Colegio hubo de buscar medios de subsistir; en un primer momento, dada la obligatoriedad de la colegiación, se establece una cuota, de una peseta mensual para los médicos de la capital, y de 2.50 pesetas al trimestre para los de la provincia; cuando la colegiación pasa a ser voluntaria, la merma de ingresos es manifiesta, por lo que se establece la posibilidad de adquirir sellos del colegio, por valor de 5 pesetas, con disparidad de criterios en la aceptación de esta medida; el restablecimiento ulterior de la pertenencia obligada, pudo asegurar al Colegio unos ingresos mínimos que le garantizasen su capacidad de funcionamiento.

De cualquier modo, los colegios de médicos tuvieron poca preponderancia en la vida laboral de la época: entre las numerosísimas instancias y solicitudes para optar a plazas de titularidad municipal de Elche que hemos revisado, ninguno de los candidatos manifiesta pertenecer al colegio, ni de Alicante ni de ninguna otra provincia; ni tampoco, en los pliegos de condiciones, se exige la colegiación como requisito previo

Colegio Oficial de Médicos de Alicante, provincia, es, de facto, primordialmente de Alicante, ciudad: así, los presidentes de las Juntas Directivas fueron:

Tabla 6. Presidentes del Colegio de Médicos de Alicante

AÑO	PRESIDENTE
1903	Evaristo Manero Mollá
1904	Evaristo Manero Mollá
1905	Silvio Escolano Cortés
1908	Pascual Pérez Martínez
1909	Pascual Pérez Martínez
1912	Esteban Sánchez Santana
1914	José Gadea Pro
1917	Evaristo Manero Pineda
1927	Juan Sebastiá Teijeiro
1930	Antonio Jornet Noguera

Solo uno de ellos, el Dr. Jornet, era residente en Calpe, y tuvo que enfrentarse con la abierta oposición de los médicos de la capital, con el pretexto de que su lejanía le dificultaba la toma de contacto con la realidad cotidiana del Colegio.



Figura 8.- Insignia del Colegio de Médicos de Alicante, actual.

El 23 de abril de 1931, el gobierno provisional de la República decreta la sustitución del Colegio, adecuándolo a su normativa; en octubre es elegida la Junta Directiva del Sindicato Médico de Alicante, que se incorpora a la Unión General de Trabajadores.

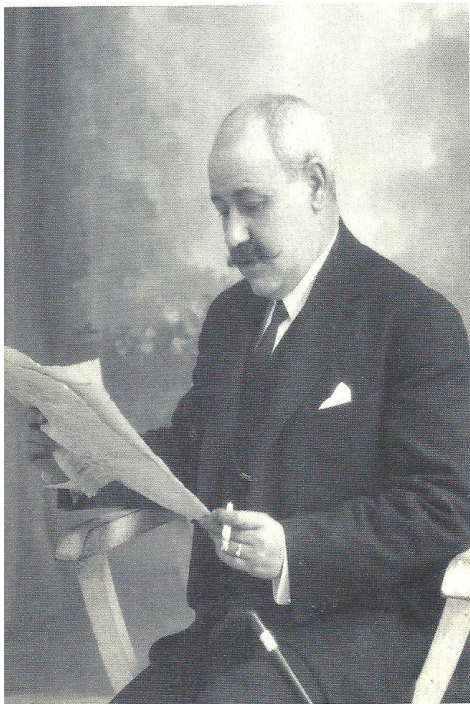
TERCERA PARTE

LA SITUACION SOCIOPOLITICA EN ESPAÑA Y EN ELCHE

- 1.- LOS AÑOS PREVIOS.
- 2.- LOS AÑOS DE LA DICTADURA.
- 3.- EL AÑO SIGUIENTE.

CAPITULO 1.- LOS AÑOS PREVIOS.

Desde el punto de vista municipal, el año 1923 comienza en Elche, en lo político, con una sesión extraordinaria del Ayuntamiento, que preside uno de los más importantes contribuyentes de la ciudad, Lorenzo Fenoll Serrano. Reunión convocada, como cada día primero de año, con el fin de formar y publicar las listas prevenidas en el artículo 25 de la entonces vigente Ley Electoral para elección de senadores. Miembro del partido Conservador, abogado y periodista, Fenoll había accedido a la alcaldía tras las elecciones municipales de abril del año anterior, relevando al también conservador Antonio Rodríguez Giménez.



Lorenzo Fenoll Serrano.

Figura 9.- Lorenzo Fenoll Serrano



Tomás Alonso Blasco.

Figura 10.- Tomás Alonso Blasco

El Ayuntamiento estaba constituido en esa fecha, por las siguientes personas:

Tabla 7.- Composición del Ayuntamiento de Elche en enero de 1923:

1	Lorenzo Fenoll Serrano.	15	Alvaro Martínez Peiró.
2	Carlos Agulló Amorós.	16	Tomás Martínez Soler.
3	Tomás Alonso Blasco.	17	Antonio Navarro Diez.
4	José Antón Soriano.	18	Rafael Niños Javaloyes.
5	Carlos Campello Román.	19	Diego Pascual Oliver.
6	Antonio Cañizares Penalva.	20	Carlos Pascual Sánchez.
7	Manuel Diez Pomares.	21	Jaime Pomares Javaloyes.
8	Francisco Fluxá Bañón.	22	Pedro Quiles Boix.

- | | | | |
|----|---------------------------|----|----------------------------|
| 9 | Diego García Ferrández. | 23 | Antonio Rodríguez Giménez. |
| 10 | Antonio García Sánchez. | 24 | Jaime Samper Moreno. |
| 11 | Juan Hernández Rizo. | 25 | Francisco Sánchez Fuentes. |
| 12 | Juan Maciá Martínez. | 26 | Francisco Serrano García. |
| 13 | Roberto Martínez Fuentes. | 27 | José María Soler Agulló. |
| 14 | Juan Martínez Fuster. | 28 | Antonio Vicente Pascual. |

Dimite en enero el primer edil, y es nombrado, una vez más, Tomás Alonso Blasco; propietario de un almacén de materiales de construcción, a lo largo de su dilatada vida política, fue alcalde de Elche, en los años 1901/1902/1904/1905/1906/1909/1916/1918/1919/1923 y concejal en numerosas ocasiones más. Como había ocurrido otras veces, los ediles de la minoría socialista, Cañizares, Hernández y Maciá, se opusieron al nombramiento, por considerar el procedimiento no democrático, ya que el primer mandatario local era designado y no elegido; la queja es perfectamente comprensible bajo la óptica actual, pero hay que tener en cuenta, que la Monarquía de D. Alfonso XIII era constitucional y parlamentaria, pero no democrática.

La afirmación de Joaquín Costa²⁰ definiendo el sistema político de la Restauración como una combinación de oligarquía y caciquismo, también se cumple en Elche, habida cuenta de las prácticas políticas que desarrollan a nivel local, liberales y conservadores. Si es difícil diferenciar, en pleno siglo XX a los conservadores y liberales españoles, la tarea de distinguirlos a nivel local es casi imposible según F. Moreno⁴⁹ y, en cuanto a la diferenciación entre las distintas facciones internas de cada partido, la pretensión de averiguar sus causas es también tarea inútil.

En la primera década del siglo XX, las fuerzas dinásticas de Elche estaban constituidas, de un lado, por los conservadores, dirigidos por Alberto Ganga y Manuel Gómez Valdivia y del otro, por los liberales de Segismundo Moret, a cuyas órdenes estaba Andrés Tarí Sánchez, teniendo como hombre fundamental al mencionado Tomás Alonso Blasco; por otra parte estaba la democracia canalejista de Vicente Sansano Fenoll. Hasta 1909 no consigue el partido socialista representación en el Ayuntamiento, con José Vives Vives.



Figura 11.- Manuel Gómez Valdivia



Andrés Tarí Sánchez.

Figura 12.- Andrés Tarí Sánchez

A nivel nacional, tanto Cánovas del Castillo como Práxedes Mateo Sagasta se habían esforzado para reforzar la unidad de los partidos dinásticos y afirmar la autoridad del liderazgo de los mismos; no hubo, así, “terceros partidos”, o los que aparecieron como la Izquierda Dinástica del General Serrano, o el Partido Reformista del General López Domínguez y de Romero Robledo no tuvieron trascendencia. De hecho, el turno había producido un marco de intereses creados, que comenzaban en la cúspide misma del Gobierno y se extendían hasta el último ayuntamiento; la “petrificación” del sistema¹³⁵ tuvo efectos tan importantes como el bloqueo que sufrieron los partidos políticos surgidos al margen de los llamados dinásticos, y que respondían a las nuevas expectativas de la sociedad española. Uno de los cometidos de ambos partidos, fue la neutralización de la oposición a ambos por sus respectivos extremos, el liberal de la parte republicana, el conservador de la católica.¹³⁶ Hubo disidencias, como la de Germán Gamazo en el partido liberal, y Francisco Silvela en el conservador, pero no rompieron el bipartidismo. Gamazo abandonó el partido liberal y se pasó con armas y bagajes al conservador, donde le seguiría su cuñado, Antonio Maura Montaner. Y si no hubo verdadera oposición al sistema, ello no puede explicarse solo por el caciquismo¹³⁷ y el fraude electoral; el fracaso republicano, que entre 1876 y 1923 nunca pudo superar los 47 diputados a Cortes, tuvo en síntesis, dos causas: el descrédito de la idea republicana tras la mala experiencia de la I República, y las divisiones doctrinales entre los diferentes grupúsculos, dirigidos por Pi y Margall, Ruiz Zorrilla, Salmerón y Castelar, que hicieron imposible la unidad republicana.

El carlismo no se recuperó de su derrota de 1876, y, además, la falta de apoyo por parte de la Iglesia, junto con la muerte del pretendiente D. Carlos en 1909, dejó al movimiento sin raíces; bajo el influjo de Vázquez de Mella, se convirtió en tradicionalismo católico. En Elche hubo también, sectores monárquicos no dinásticos, ligados al jaimismo y al tradicionalismo (casi vienen a ser lo mismo), agrupados en torno a los hermanos José y Manuel Pascual Urbán, que tuvieron como órgano de expresión a “La Defensa”, y fueron, corriendo los años, los líderes locales de la Unión Patriótica.

En los años anteriores a la I Guerra Mundial, difuminados al menos en su componente ideológico, y fracturados en multitud de secciones los dos grandes grupos dinásticos, se produce en Elche un nuevo cambio en la adscripción política: Gómez Valdivia pasa a capitanear el partido liberal y Tarí se apunta al conservador, dirigido entonces por Ganga.

Resulta bastante común en la literatura ilicitana de la época, referirse a Gómez Valdivia y a Tarí como los caciques locales; ha prosperado este vocablo entre los múltiples historiadores de la Restauración. Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, la palabra cacique procede del caribe desde de la época de la conquista de América y servía para designar al señor de los indios, admitiendo los siguientes significados: **1. m. y f. Señor de vasallos en alguna provincia o pueblo de indios.** **2. m. y f. Persona que en una colectividad o grupo ejerce un poder abusivo.** **3. m. y f. coloq. Persona que en un pueblo o comarca ejerce excesiva influencia en asuntos políticos;**

¹³⁵ PLATON, Miguel. *Alfonso XIII*. Plaza Janés, 1998.

¹³⁶ MONTERO, Feliciano. TUSELL, Javier. *Historia de España. El Reinado de Alfonso XIII*. Espasa Calpe, 2004.

¹³⁷ FUSI, Juan Pablo. PALAFOX, Jordi. *España 1808-1996. El Desafío de la Modernidad*. Espasa, 1997.

aunque, según el concepto que aporta Frank Moya Pons¹³⁸ esta definición no se adapta por completo a la realidad antigua: las comunidades indígenas de La Española, primera isla descubierta por Colón, estaban gobernadas por el cacique, máxima autoridad entre ellos, junto con los nitaínos o personas principales, que actuaban como asistentes suyos; la riqueza de los caciques, que les permitía mantener seis o siete mujeres con sus correspondientes hijos, no procedía de los tributos impuestos al grueso de la población, sino del trabajo de una capa de siervos llamados naborías, que se encontraban socialmente por debajo de los taínos. De cualquier manera, aquí, en nuestra patria, el cacique contemporáneo venía a ser la persona que, por las razones que fueran, ejercía el monopolio de la vida pública en un determinado medio, de tal manera¹³⁶ que en el momento de realizar las elecciones, sustituía la voluntad de los ciudadanos; su figura venía caracterizada por tres aspectos¹³⁹: primero, su arraigo en un determinado medio geográfico, económica o socialmente circunscrito, (arraigo tanto más potente cuanto más pequeño y aislado fuera este medio); segundo, su predominio personal sobre sus conciudadanos, por ser terratenientes, grandes propietarios, abogados, médicos, etc.; y tercero, la intermediación, ya que su labor se prolongaba más allá del ámbito estrictamente local, se extendía a lo largo de la vida cotidiana, era el medio de contacto del ciudadano con la Administración. Aunque no tenía verdadera autonomía, estaba incardinado en un grupo político, dependía de las decisiones del partido, era su correa de transmisión, con la ventaja sobre el intercambiable diputado o funcionario, de su estabilidad en espacio y tiempo, En el medio rural, su poder era abrumador, favorecido por la falta de conciencia cívica de los ciudadanos, que, desengañados y desencantados, excluidos de cualquier participación activa en las cuestiones de la res pública, debían contentarse con lo que el cacique les concedía, generosamente de motu proprio, pocas veces, o ante insistentes ruegos y súplicas las más. Así el preboste, desde la administración, podía favorecer a los afines y perjudicar a los oponentes de forma descarada, cambiando votos por favores, tales como exención de servicio militar, empleos municipales, rebaja de contribuciones, etc. Con razón afirmaba Unamuno que un político español es una persona que concede destinos, y un ciudadano español es una persona que los espera.

Los cabecillas de la política local, como los mencionados Gómez Valdivia, Tarí Sánchez, Ganga Bru, eran el puente entre la administración ilicitana y la nacional, a través, fundamentalmente, de los diputados en Cortes, Salvador Canals y José Francos Rodríguez; el primero, periodista, cercano a Maura, obtuvo el acta por la provincia de Alicante casi ininterrumpidamente hasta 1923, estaba ligado económicamente a la Compañía Transmediterránea de Juan March y a la Compañía de Ferrocarriles Estratégicos y Secundarios de Alicante (FESA).⁴⁹ José Francos Rodríguez, médico de profesión, fue elegido concejal del Ayuntamiento de Madrid como republicano, evolucionó hacia posiciones más conservadoras; seguidor de Canalejas, fue diputado por Alicante desde 1907 hasta la llegada de la Dictadura y Ministro de Gracia y Justicia con Maura en 1921.

¹³⁸ MOYA PONS, Frank. *Manual de Historia Dominicana*. Ed. Universidad Católica Madre y Maestra. República Dominicana, 1983.

¹³⁹ TORTELLA CASARES, Gabriel. MARTI, Casimiro y cols. *Historia de España* (dir. Manuel Tuñón de Lara). VIII: *Revolución Burguesa, Oligarquía y Constitucionalismo*, 1834-1923. Labor, 1981.

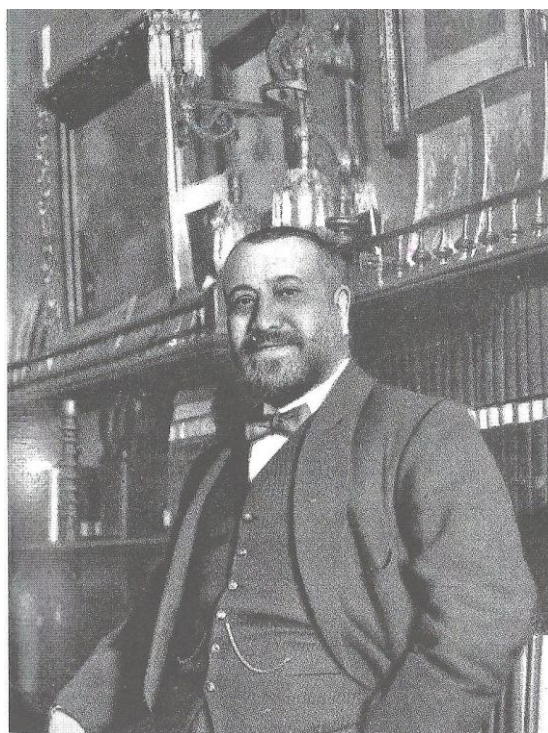


Figura 13.- José Francos Rodríguez

En enero de 1923, Alfonso XIII visita Elche, para inaugurar el partidor y el domicilio social de la Compañía de Riegos de Levante, de la cual, por cierto, Su Majestad era accionista. Compañía ennoblecida desde entonces con el calificativo de Real, fue impulsada por las fuerzas vivas locales con el apoyo financiero de la Banca Dreyfus; tan importante fue el papel jugado por esta entidad, que ese mismo año el Ayuntamiento nombró hijo adoptivo de la ciudad a Charles Louis Dreyfus, y en 1929 hizo constar en acta las condolencias por su fallecimiento.

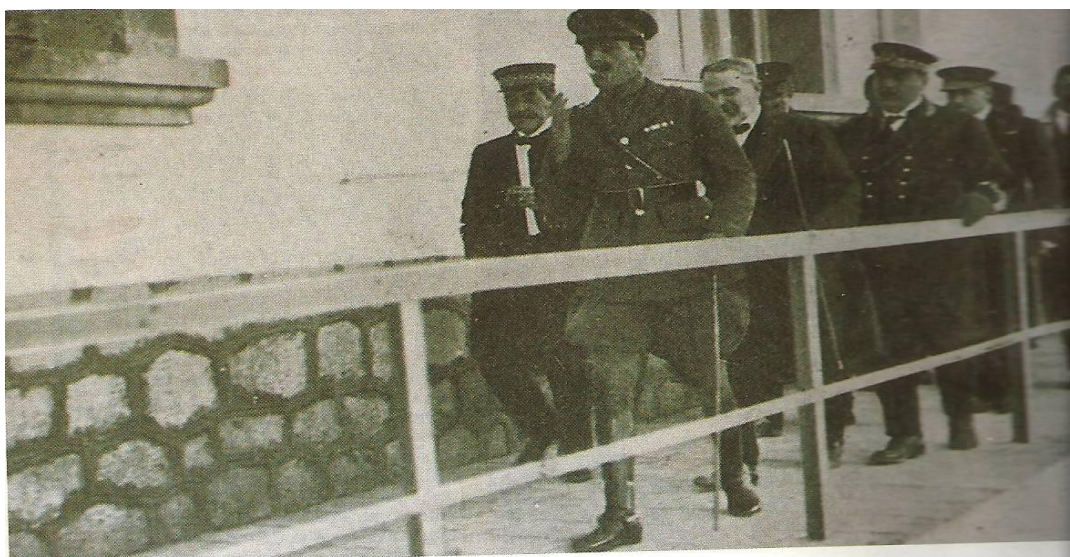


Figura 14.- S.M. Alfonso XIII en su visita a Elche para inaugurar Riegos de Levante.



Figura 15.- Antigua sede de Riegos de Levante. Foto Monferval.



Figura 16.- Vista actual del Canal de Riegos de Levante, por debajo del Puente de la Generalidad. Fotografía del autor.

El Alcalde agradece en un bando a la población el recibimiento tributado al Monarca, y aprovecha la ocasión para solicitar el Real reconocimiento, con un memorando escrito por Pedro Ibarra:

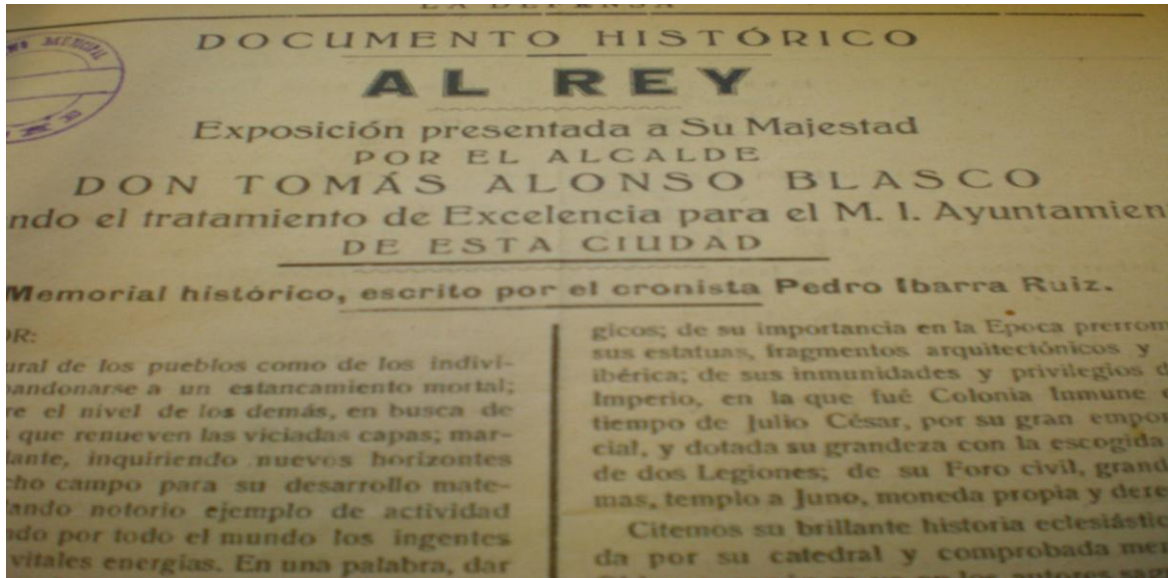


Figura 17.- Solicitud del título de Excelencia para la ciudad de Elche.

Ciertamente, buena debió ser la recepción, a la vista del multitudinario banquete que tuvo lugar nada menos que en la Glorieta, ante la ingente afluencia de comensales;

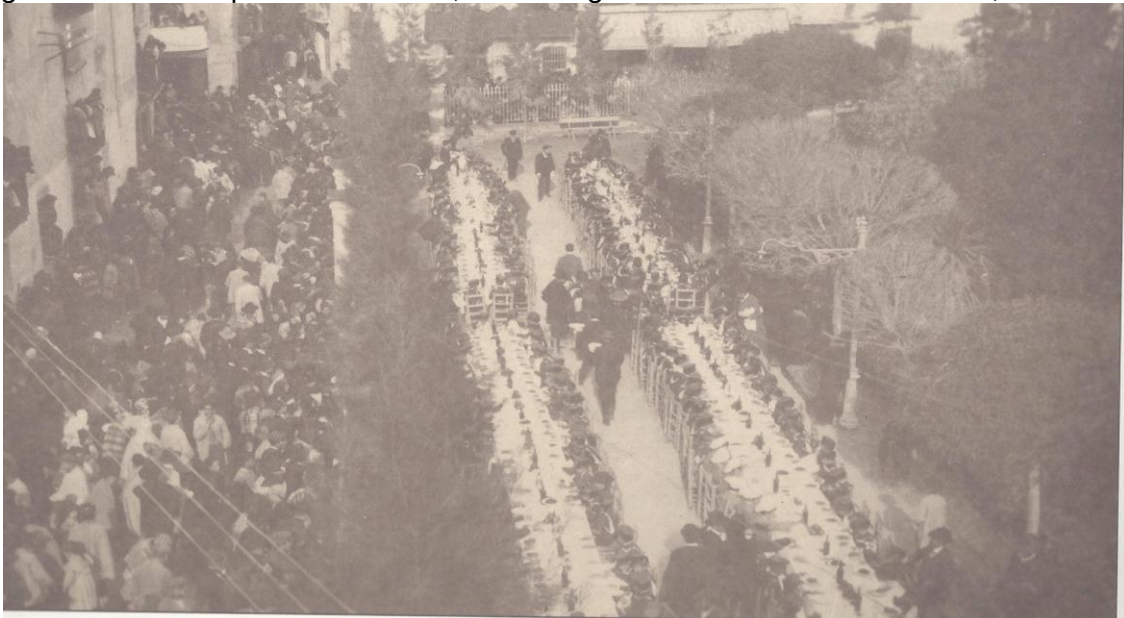


Figura 18.- Almuerzo multitudinario en la Glorieta con motivo de la visita de S.M. Alfonso XIII.

al mes siguiente, el 6 de febrero, Su Majestad, por medio del Ministro de la Gobernación, envía una nota en la que, respondiendo a la solicitud del alcalde, manifiesta "queriendo

dar una prueba de mi Real aprecio a la Ciudad de Elche,.... Vengo en conceder a su Ayuntamiento el tratamiento de Excelencia.”

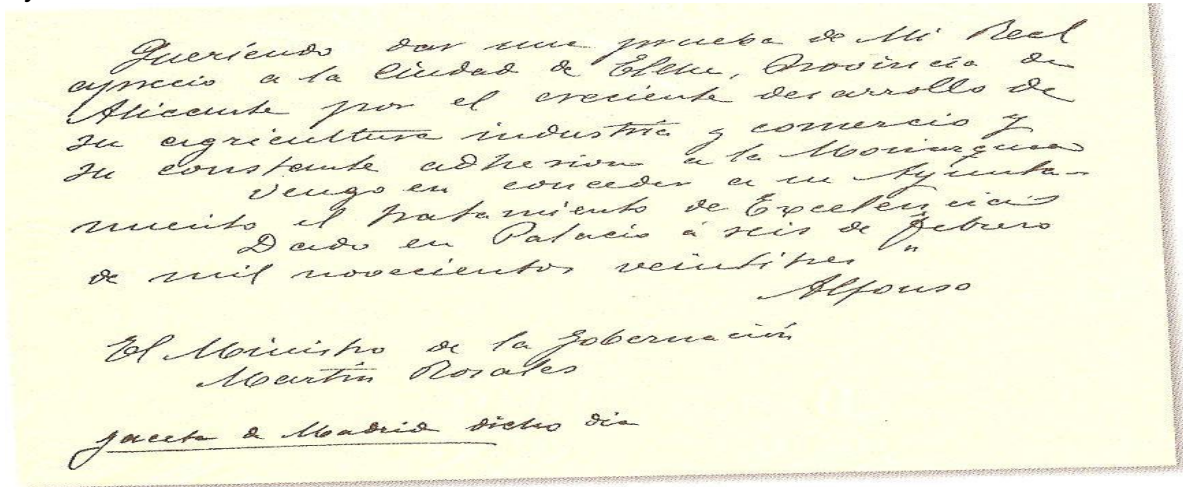


Figura 19.- Respuesta del Rey a la solicitud del título de Excelencia.

Además de lo cual, envió al Ayuntamiento la cantidad de mil pesetas, a distribuir entre los pobres y establecimientos benéficos de la ciudad.

Observando, incluso a vista de pájaro, la cronología de los relevos en la alcaldía ilicitana, no se encuentra relación con posibles modificaciones en el Gobierno Central, ya que si bien se puede hallar un cierto paralelismo entre los cambios presidenciales y ministeriales en Madrid con los habidos en Elche a lo largo del Reinado de Alfonso XIII, en función de la cada vez menos duradera “alternancia de partidos” existente durante la Regencia de Maria Cristina de Habsburgo y los primeros años del Rey (aunque más bien podría considerarse hasta el advenimiento del General Primo de Rivera), al menos, en cuanto al número de primeros ministros o primeros ediles y su duración al frente de sus respectivas responsabilidades, no hay una correlación unívoca entre ambos.

Tabla 8. Presidentes del Gobierno de España y Alcaldes de Elche, 1900-1923.

AÑO	Presidente Gobierno	Inicio	Tend.	Alcalde de Elche	Inicio	Tend.
1901	M. Azcárraga P. Mateo Sagasta	1900 marzo	Lib	J. Sánchez Boix S. Canales Múrtula T. Alonso Blasco	Enero Marzo Abril	Lib
1902	P. Mateo Sagasta F. Silvela	Mar-01 Diciem.	Lib Cons.	T. Alonso Blasco	Abr-01	Lib
1903	R. Fdez. Villaverde A. Maura	Julio Diciem.	Cons. Cons.	J. Selva Javaloyes	Abril	
1904	M. Azcárraga	Diciem		T. Alonso Blasco F. Galán Bernad	Marzo Abril	Lib. Cons
1905	R. Fdez Villaverde E. Montero Ríos S. Moret	Enero Octub Diciem	Cons. Lib. Lib	J.B. Castaño García T. Alonso Blasco	Abril Octub	Cons Lib.
1906	J. López Domínguez S. Moret	Julio Noviem	Lib. Lib.	T. Alonso Blasco	Oct-05	Lib.

	A. Aguilar Correa	Diciem				
1907	A. Maura Montaner	Enero	Cons.	M. Pomares García	Noviem	Cons
1908	A. Maura Montaner	Ene-07	Cons.	M. Pomares García	Nov-06	Cons
1909	S. Moret	Octub	Lib.	T. Alonso Blasco	Noviem	Lib.
1910	J. Canalejas	Febrer	Lib.	V. Sansano Fenoll J. Selva Javaloyes	Marzo Diciem	Cons
1911	J. Canalejas	Feb-10	Lib.	S. Segura Doménech	Julio	
1912	M. García Prieto A. Figueroa Torres	Noviem Noviem	Lib. Lib.	F. Galán Bernad	Enero	Cons
1913	E. Dato Iradier	Octub	Cons.	P. Mollá Coves	Julio	Cons
1914	E. Dato Iradier	Oct-13	Cons.	P. Molla Coves	Jul-13	Cons
1915	A. Figueroa Torres	Diciem	Lib.	P. Molla Coves	Jul-13	Cons
1916	A. Figueroa Torres	Dic-15	Lib.	T. Alonso Blasco	Enero	Lib.
1917	M. García Prieto E. Dato Iradier M. García Prieto	Abril Junio Noviem	Lib Cons. Lib	P. Molla Coves	Julio	Cons
1918	A. Maura Montaner M. García Prieto A. Figueroa Torres	Marzo Noviem diciem	Cons. Lib Lib	T. Alonso Blasco	Enero	Lib.
1919	A. Maura Montaner J. Sánchez de Toca M. Allendesalazar	Abril Julio Diciem	Cons. Cons.	A. Rodríguez Giménez T. Alonso Blasco	Julio Agosto	Cons Lib
1920	E. Dato Iradier Bugallal / Maura	marzo	Cons	A. Rodríguez Giménez	Octub	Cons
1921	M. Allendesalazar A. Maura Montaner	Marzo Agosto	Cons.	A. Rodríguez Giménez	Oct-20	Cons
1922	J. Sánchez Guerra M. García Prieto	Marzo diciem		L. Fenoll Serrano	Abr-22	Cons
1923	M. García Prieto M. Primo de Rivera	Dic-22 Sept.		T. Alonso Blasco Manuel Lucerga Hdez.	Enero octubr	Lib

Nada menos que 32 cambios de gobierno en 23 años; (no incluimos entre ellos el fugaz gobierno interino del Marqués de Bugallal a la muerte de Eduardo Dato); según nuestros cálculos, que coinciden en gran medida con los de Salvador de Madariaga¹⁴⁰ esto supone

¹⁴⁰ MADARIAGA, Salvador de. *España; ensayo de historia contemporánea*. Espasa Calpe, 1978.

una duración media del gabinete de 5.33 meses, con una desviación estándar de 8.71 meses, un mínimo inferior al mes, y un máximo de 34 meses de permanencia en el cargo.

Tabla 9.- Cambios de Gobierno 1900-1923.

Año	Cambios		Año	Cambios
1902	2		1914	0
1903	2		1915	1
1904	1		1916	0
1905	3		1917	3
1906	3		1918	3
1907	1		1919	3
1908	0		1920	1
1909	1		1921	2
1910	1		1922	2
1911	0		1923	1

Cumplíase, por lo visto, el viejo aforismo de las aristocracias;

* Primero. La aristocracia de la sangre: nobleza hereditaria

* Segundo: la aristocracia del dinero: empobrecida la nobleza, surgen los personajes acaudalados, sobre todo terratenientes, especuladores.

* Tercero: la aristocracia de los uniformes: el descontento general causa desórdenes públicos, que da lugar a que los militares se erijan nuevamente en salvadores de la patria.

La situación en Elche, en cuanto a inestabilidad política no iba a la zaga del Gobierno Central; durante el periodo constitucional del Reinado de Alfonso XIII, hubo un total de veinte alcaldes, (no incluimos que entre 1901 y 1902 hubo otros tres más); hubo años que conocieron tres alcaldes en cinco ocasiones (1901 – 1904 – 1910 – 1919 y 1923) y en nueve ocasiones (1903 – 1905 – 1907 - 1909 – 1911 – 1913- 1917 – 1920 -1922) hubo dos alcaldes en el mismo año.

Tabla 10.- Cambios de Alcalde en Elche 1900-1923.

Año	Cambios		Año	Cambios
1900	0		1912	1
1901	3		1913	2
1902	1		1914	1
1903	2		1915	1
1904	3		1916	1
1905	2		1917	2
1906	1		1918	1
1907	2		1919	3
1908	1		1920	2
1909	2		1921	1
1910	3		1922	2
1911	2		1923	3

Más de la mitad de estos gobiernos locales no llegaron a durar un año, seis de ellos duraron menos de dos años, y solo tres gabinetes sobrepasaron los 24 meses de duración, el tiempo mínimo de permanencia en la alcaldía fue de un mes, el máximo de 32 meses, con una duración media de 10.7 meses y una desviación estándar de 9.35.

Vemos como la manida alternancia de partidos se mantiene de forma más o menos explícita, aunque, en la práctica, hay un notable trasvase de personas y personajes de uno a otro; las diferencias entre liberales y conservadores son cada vez menos nítidas, las zonas grises se van ensanchando, y los puntos de confluencia entre declaraciones programáticas son cada vez mayores; al menos en apariencia todos coinciden en su adscripción monárquica; asumen de mejor o peor grado que siga siendo el Monarca quien nombre y cese, o acepte la dimisión de los Presidentes del Consejo de Ministros; esta difuminación de los límites identitarios entre liberales y conservadores se hace patente, sobre todo, tras la defenestración de Maura por la crisis de 1909 (el famoso Maura, no), y la muerte violenta de Canalejas en 1912; faltos de líderes consistentes, los partidos se atomizan en una serie de personalismos y grupúsculos, que dificultan sobremanera la labor de Gobierno; en una época en que la población española está absolutamente al margen de la maniobrera política, porque lo de ser elegible no era un derecho, sino un privilegio, reservado a los mayores contribuyentes, con un determinado nivel socioeconómico, en un ambiente electoral fraudulento, donde el artículo 29 de la Ley Electoral permitía la proclamación automática de un candidato que no tuviera rival en una circunscripción (no había más que “convencer” al adversario de que era mejor que no se presentara), solo un grupo adquiere personalidad propia y diferencial, señalando desde el inicio su marcado carácter republicano, el Partido Socialista Obrero. El regeneracionismo supuso¹⁴¹ entre otras cosas, el desarrollo de movimientos políticos que pretendieron movilizar a la opinión pública en contra de los partidos del turno. Los grupos políticos surgidos o renovados como consecuencia de esta voluntad regeneracionista desde la base, fueron sobre todo los de carácter regionalista o nacionalista y los de significado republicano.

Estos movimientos tuvieron especial trascendencia en Cataluña y el País Vasco, inspirados por Prat de la Riba y Sabino Arana. Tanto en Galicia como en Valencia existían también unos elementos culturales que favorecían la creencia en una personalidad específica, pero en ninguna de estas dos regiones se dió un desarrollo económico que propiciara la diferencia de ellas con respecto del resto de España. La independencia o autonomía política viene siempre sustentada por la independencia o autonomía económica. Valencia, a diferencia de lo ocurrido con la agricultura castellana¹³⁶, se especializó en los cultivos dirigidos en su mayor parte a la exportación; hundido el negocio de la seda, la naranja proporcionó unas tasas de beneficio superiores a las de cualquier otro producto; así, no es de extrañar que los incentivos económicos no se dirigieran a la industrialización, sino a la horticultura.

Como veremos más adelante, en Elche no hubo un movimiento de tipo regionalista, posiblemente porque tampoco lo hubo en Valencia. Solo el partido socialista hizo funciones de oposición, pero más como forma de adoptar posturas que con miras reales de entrar en el turno de partidos ni en el juego de componendas electorales. Estuvo más ligado a la lucha obrera que a las lides políticas, aunque dispuesto a hacerlo no solo en el ámbito de reivindicaciones laborales, sino también desde el escaño municipal: así, en 1909, fue elegido el primer concejal socialista del Ayuntamiento de Elche, José Vives Vives, un año antes de que su líder ideológico, Pablo Iglesias fuera elegido diputado a Cortes en Madrid.

¹⁴¹ MARTIN, José Luís; MARTINEZ SHAW, Carlos. TUSELL, Javier. *Historia de España*. Taurus, 1998.

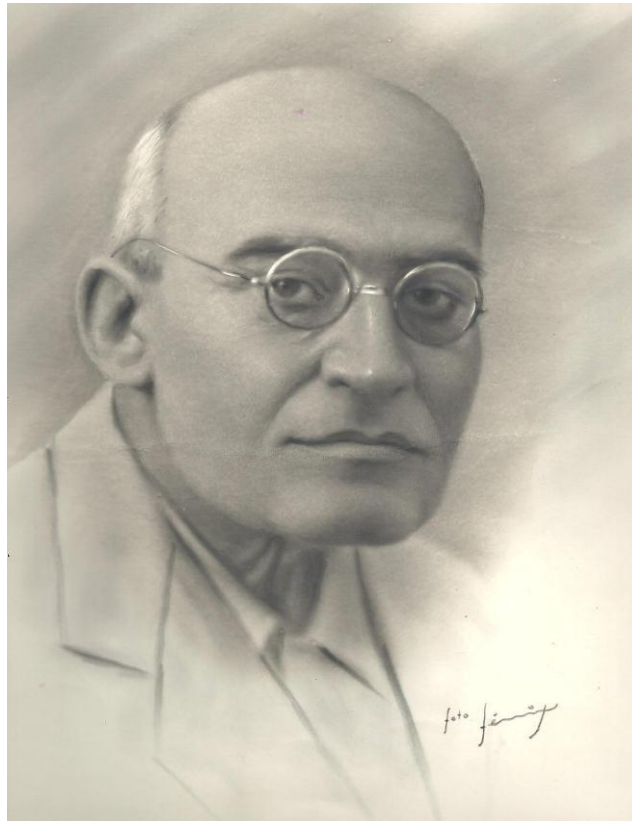


Figura 20.- José Vives Vives. Colección personal del autor.
Fotografía cedida por José Vives Gómez.

Con el correr de los años, la descomposición del sistema de gobierno que con tantas artimañas se había mantenido en el poder desde la Restauración, se hizo clara y manifiesta; cada vez le resultaba mas difícil al Rey encontrar alguien a quien encargar las tareas gubernativas, incluido el incombustible Duque de Maura, cinco veces Presidente del Consejo; tan así que en una ocasión llegó D. Alfonso a exclamar “*Es que ya no me quedan ni ministros de recambio; he salido a un ministro cada quince días*”¹⁴² A este respecto, hemos constatado opiniones contradictorias entre los eminentes historiadores consultados; unos afirman que la crisis de los partidos políticos tenía su origen fundamentalmente en la vocación intervencionista del monarca, mientras que otros estiman que el protagonismo del Rey era una consecuencia directa de la crisis de los partidos dinásticos.¹⁴³ Como bien señala Javier Tusell, el hecho de haberse atribuido desde un primer momento de su reinado, en virtud de lo dispuesto en la constitución canovista de 1876, la prerrogativa de nombrar libremente al Presidente del Consejo de Ministros, y la concesión de títulos y honores militares, hizo mermar la popularidad del Monarca, puesto que la impresión habitual de una persona que accedía a un alto cargo, era que lo conseguía por méritos

¹⁴² CORTES CAVANILLAS, Julián. *Alfonso XIII*. Juventud, 1966.

¹⁴³ FERRERA CUESTA, Carlos. *Formación de la imagen monárquica e intervencionismo regio: los comienzos del reinado de Alfonso XIII. (1902-1910)*. Hispania, LXIV/1, 216, 2004.

propios, mientras que su cese era una decisión atrabiliaria del Rey¹⁴⁴, lo cual fue creando una corte de resentidos, más dispuestos a boicotear los Gobiernos que a facilitar su labor; fraccionados los partidos políticos en multitud de grupúsculos, familias, tendencias y facciones, mostraron una increíble habilidad maniobrera para hacer caer gabinetes y nula capacidad para llevar adelante a un país, incluso en los mejores momentos económicos de esta etapa, cuando la neutralidad española en la I Guerra Mundial permitió nivelar una balanza de pagos tremendamente deficitaria hasta entonces.

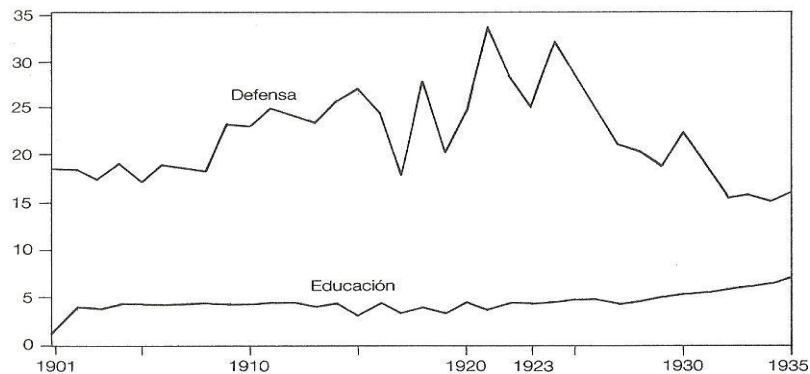
Sin embargo, en el Reinado de Alfonso XIII, hay una serie de puntos clave, determinantes evolutivos; desde el punto de vista interno, la Semana Trágica de Barcelona de 1909, la huelga de 1917, y el llamado Desastre de Annual de 1921; desde el punto de vista externo, la I Guerra Mundial de 1914 a 1918, la revolución rusa de 1917 y la depreciación de la moneda de 1929, que pone punto y final a la Dinastía.

Si bien estos hitos se insertaban dentro de una tónica de larga evolución que venía descomponiendo el sistema político de la Restauración, en primer lugar, a causa del vacío originado por la fragmentación y atomización de los partidos llamados dinásticos, que tampoco encontraba una vía alternativa en los partidos situados fuera del sistema, sobre todo republicanos y socialistas. En segundo lugar, el problema marroquí: tremendo desacuerdo y desavenencia entre militares y políticos, y también entre militares entre sí; por un lado, los políticos, o al menos algunos de ellos, estaban a favor del abandono de la zona norteafricana; otros, casi la mayoría, se oponían a ello: bajo el disfraz de una colonización destinada a mejorar las condiciones de vida de la zona, dotar de infraestructuras, aumentar el nivel de vida de la población aborigen, etc., latían fuertes intereses económicos y comerciales; de tal manera que el beneficio de algunos oligarcas se obtenía a costa de un enorme derroche de dinero y de vidas humanas (ajenas, por supuesto): el dinero destinado a defensa llegó en ocasiones al 30 % del presupuesto nacional. En 1915, el desembolso de Guerra, incluido Marruecos, superaba el 34 % de los gastos del Estado¹⁴⁵, no estuvo nunca por debajo del 15 %, triplicando como mínimo, a veces, sextuplicando el presupuesto destinado a educación; poco era lo que quedaba entonces, para renovación de armamento y material, tal como se refleja en el gráfico siguiente, reproducido de estas mismas autoras. A principios de siglo, de los 138 millones de pesetas del presupuesto de guerra, solo 13 se destinaban a material, la mayor parte se consumía en sueldos y gastos de personal de un ejército hipertrofiado y de composición poco equilibrada.

¹⁴⁴ TUSELL, Xavier. *La España del siglo XX*. Dopesa, 1975.

¹⁴⁵ GARCIA-NIETO, M^a Carmen; YLLAN, Esperanza. *Historia de España, 1808-1978*. Ed. Crítica, 1989.

Porcentaje del gasto del Estado dedicado a Defensa y a Educación



FUENTE: Elaboración personal de Josep Fontana.

Figura 21.- Porcentaje de gasto del Estado dedicado a defensa y educación (tomado de García-Nieto e Yllan)¹⁴⁵

Así, los políticos intentaban evitar cualquier resolución que pudiera resultar impopular, con la consiguiente pérdida de votos, lo único que realmente les interesaba; con notorias limitaciones presupuestarias, cada vez más acuciantes en las asignaciones para una adecuada dotación de los ejércitos que arriesgaban su vida allende las fronteras, en un difícil equilibrio entre las restricciones y la exigencia de resultados; pero no podían tampoco arrostrar la “vergüenza nacional” de suspender, con tintes de derrota, las acciones bélicas. Por otro lado, los militares, con unas plantillas hipertrofiadas, tampoco formaban un cuerpo unido; divididos desde el conflicto de las Jurisdicciones en dos grandes bandos, cada uno hacía su labor: los Junteros peninsulares, burócratas, proclives a la intervención política y a salvar a la Patria cuando ellos lo considerasen necesario, y los africanistas, belicosos, que buscaban gloria, condecoraciones y ascensos por méritos de guerra. Tres posturas contrapuestas que ahondaban más aun la fractura social.

En tercer término, la conflictividad social, con los problemas de orden público.

Con el nombre de Semana Trágica se conocen los desórdenes sucedidos en el mes de julio de 1909 en la ciudad de Barcelona. Tras la pérdida de las últimas posesiones ultramarinas, y tal vez para mantener ocupado un ejército demasiado numeroso, (en palabras de Ortega y Gasset, un Ejército no puede existir si se elimina de su horizonte la posibilidad de una guerra), cuando no hacía todavía diez años de la tremenda derrota de Cuba y Filipinas, con unas plantillas claramente desproporcionadas¹³⁶: 499 generales, 578 coroneles y más de 23.000 Jefes y Oficiales para poco más de 80.000 soldados de todas las Armas, teóricos, que en la práctica eran menos aun, lo cual traía aparejado que casi el 60 % del presupuesto del Ministerio de la Guerra fuera destinado a sueldos, y con la intención de recuperar en el extranjero parte del prestigio dilapidado, España se adhiere a la Declaración de Londres de 1904, que encarga a nuestro país la misión de facilitar ayuda a Marruecos para llevar a cabo las reformas militares, económicas y administrativas que necesitaba; en la Conferencia Internacional de Algeciras de 1906, se asigna a España la zona norte de Marruecos, por cierto, la más pobre e inhóspita del Rif; de esta manera, se comenzó una actividad industrial y minera, en condiciones muy favorables para la metrópoli

y desventajosas para los aborígenes; como era de esperar, estos no tardaron en rebelarse contra la ocupación española, y así, en julio de 1909, atacaron a un grupo de obreros que trabajaban en la construcción de un ferrocarril para unir Melilla con las minas de Beni-Buifur, donde tenían intereses muy concretos el Conde de Romanones y el Marqués de Comillas. Este incidente dio lugar al inicio de la guerra de Marruecos, y a una sangría (apelativo nunca mejor aplicado) de vidas y dinero, difícil de entender y mucho menos de soportar. Para garantizar el control de la zona, el Gobierno ordena al día siguiente, la movilización de tres brigadas mixtas de Cazadores, formada en su mayor parte por reservistas, de las quintas de 1903 y 1904, muchos de los cuales ya eran padres de familia; preparado el primer embarque de tropas en el puerto de Barcelona, varias damas de la alta aristocracia, tienen la ocurrencia de repartir medallas y escapularios a los soldados; la indignación se hace patente, tomando, lógicamente, como una ofensa que vengan a ofrecerles protección celestial a los pobres que iban forzados al combate, mientras los hijos de las generosas damas se quedaban en casa tras pagar las 1.500 pesetas de la “redención a metálico”; al grito de “o todos o ninguno”, comienza un movimiento de protesta, que se exagera al conocerse la derrota del desfiladero de Alfer, donde una imprudente marcha nocturna hacia Ait Aixia termina con 23 muertos y más de 200 heridos. Solidaridad Obrera convoca una huelga general que comienza el día 26 de julio; ese mismo día, en otra acción desafortunada, el General Pintos cae en una emboscada en el Barranco del Lobo, muriendo 153 soldados y cayendo heridos cerca de 600, muchos de ellos, pertenecientes al contingente que había salido del puerto de Barcelona apenas una semana antes. De esta forma, la protesta que inicialmente tenía cariz solamente antibelicista, ante la indecisión de las autoridades civiles y la inicial pasividad de las fuerzas de orden público,¹⁴⁶ se hace también anticlerical, por entender que la Iglesia se había situado de forma ostensible al lado de los poderosos y dejando de lado a los humildes; comienza la quema de templos y conventos, el Gobierno, que de entrada intenta minimizar el problema señalando que tenía “tintes separatistas”, se ve obligado a declarar el estado de guerra, a lo cual se opone el entonces Gobernador civil, Angel Ossorio y Gallardo, que dimite; la falta de una dirección eficaz en el comité de huelga, hace que esta se vaya desvaneciendo, pero deja tras de sí, un balance de 78 muertos, 3 de ellos militares, 500 heridos y 112 edificios incendiados. El Ministro de Gobernación, Juan de la Cierva, inicia una durísima represión, con más de 2.000 procesados, que resultan en 175 penas de destierro, 59 de cadena perpetua y 5 de muerte, entre ellas, al que se considera instigador del movimiento, Francisco Ferrer Guardia, anarquista, masón y fundador de la Escuela Moderna.

Estos fusilamientos ocasionan un profundo rechazo, tanto en España como fuera de ella, por lo que el Rey decide cesar a Maura y nombrar Presidente del Consejo de Ministros a Segismundo Moret. Era norma habitual que ante una crisis como la que venimos refiriendo, fuera el Presidente quien presentara la dimisión a Su Majestad; en esta ocasión, Maura, convencido de que su actuación había sido correcta, no lo hace, y, resentido, abandona el Palacio afirmando que ha sido cesado, y atribuyendo este hecho a las maniobras de los liberales, a los cuales declara desde este momento una “implacable hostilidad.”

Esta conmoción también tuvo repercusión el Elche; a pesar de los esfuerzos de José Vives, argumentando su no participación en la huelga general sufrida, fue cerrado el Círculo Obrero Illicitano durante varios días, ateniéndose el gobernador civil a la suspensión de garantías constitucionales decretada por el Gobierno Maura; no obstante, los problemas de la ciudad no eran de anticlericalismo ni de movimientos anarquistas, de nula implantación a

¹⁴⁶ VICENS VIVES, Jaime. *Coyuntura económica y reformismo burgués*. Ariel, 1968.

nivel local; su verdadero problema era sobrevivir, o simplemente, vivir; su motor fundamental era la industria de la alpargata; con ocasión¹⁴⁷ de una prolongada huelga convocada en 1903, que se extendió durante varios meses se informa¹⁴⁸ que hay en Elche alrededor de 70 fábricas, las cuales dan trabajo a 1.000 hombres, 1.500 mujeres y numerosos niños, y producen anualmente entre 550.000 y 700.000 pares de alpargatas.



Figura 22.- Alpargatas fabricadas en Elche, versión moderna.
Fotografías del autor.

Posiblemente fueran más las personas empleadas en esta industria, del orden de los diez mil, a los que habría que añadir los obreros del calzado, y de la fabricación de materias primas para la propia industria alpargatera. Se ha estimado⁴⁹ que en 1915, el 70.1 % de los trabajadores, estaban empleados en el calzado y la alpargata. Trabajo eminentemente artesanal, con gran componente de mano de obra y poco mecanizado, se llevaba a cabo,

¹⁴⁷ VIVES GARCIA, Juan. *La huelga de Elche 1903*. Biblioteca Alicantina, 1974.

¹⁴⁸ LORCA, Angel. *Heraldo de Madrid*, 21 de marzo de 1903.

una parte en el propio taller, y otra parte, no desdeñable, ni mucho menos, en el domicilio del operario: *“El costurero, conocido bajo esta denominación el constructor de suelas para alpargatas, es el factor más importante del proceso; en mangas de camisa, pegado a su banco como el Quijote a su Clavileño, arqueada la espalda, sobre el tablero los golpes del manguillo y el chamaril se suceden sin interrupción; el incesante movimiento de sus brazos va marcando con precisión de máquina la vertiginosa celeridad con que da sus puntos; el cortador marca y corta la lona, dejando el corte en condiciones de ser aparado, y el ojetero, casi siempre un niño, da a la alpargata sus últimos toques, después de confeccionada, adornándola con ojetes y cintas; la mujer tiene campo más extenso, pues son varias las faenas que realiza; ayudada por su máquina y a veces una aprendiz, va uniendo con la agilidad de sus dedos los pedazos que el cortador le entrega; de sus manos van saliendo los cortes o caras de la alpargata; la cosedera o fluyera, va cosiendo con guita de cáñamo la suela al corte; la cerquera o cañinera, efectúa este mismo trabajo bajo la dirección de un entachador, de modo que circunda al coser la alpargata con un cerco de cuero que la hace más elegante y la rebordera, que rebordea el canto de la suela”*.¹⁴⁹



Figura 23.- Banco de trabajo de alpargatero. Fotografía del autor.

Esta distribución del trabajo aportaba considerables ventajas para el empresario: además de no cuidar en demasía la adecuación y salubridad del área laboral, facilitaba el empleo a destajo, con largas jornadas laborales, muchas veces superiores a las doce horas; desde siempre, el salario femenino era claramente inferior al masculino, incluso a igualdad de tarea, y se podía distinguir también entre “faena fuerte” como entachar, que solo la podía hacer el hombre, y “faena floja”, que también podía ser realizada por las mujeres, las llamadas “medias fuerzas”.

De nada servían las leyes proteccionistas; era frecuente en Elche el trabajo de las mujeres y los niños, sin diferencias de carga o de jornada laboral con el varón, pero, eso sí, claramente distintos en el salario; la aceptación (obligada por las penosas circunstancias) de jornales inferiores para las mujeres permitía a los patrones forzar a los varones a disminuciones de emolumentos, con lo cual se cerraba un círculo vicioso y

¹⁴⁹ Semanario *Levante*, 10 de julio de 1926.

perverso, en el que la bajada de salario del varón obligaba a trabajar a la mujer y los hijos, con lo cual aumentaba la oferta de mano de obra, y, a continuación, nueva bajada de salarios, en maligna espiral de abaratamiento de su precio, para beneficio del empresario, que, lejos de invertir en mejoras tecnológicas e innovaciones que permitieran mejorar la producción y optimizar rendimientos, optaba por lo fácil vía de reducir costes de producción, alegando, al mismo tiempo, que en Elche se pagaban salarios mas altos que en poblaciones vecinas.¹⁵⁰

En las figuras siguientes vemos dos ejemplos de fábricas de alpargatas, una de ellas (figura 24), con mano de obra predominantemente femenina, y su patrón, paternal, entre ellas; no se ven bancos de trabajo, las labores que realizan estas mujeres son, sobre todo, de costura: en la otra (figura 25), la mano de obra es predominantemente masculina, con sus bancos de trabajo, y las mujeres que aparecen, se dedican también a la costura; hay una máquina de coser (figura 26); se puede apreciar en la fotografía la diversidad de edades de los/as empleados/as: niños, jóvenes, mediana edad, y edad avanzada. Notorio hacinamiento, sin distribución de las zonas de trabajo de cada puesto.



Figura 24.- Fábrica femenina de alpargatas.

¹⁵⁰ Instituto de Reformas Sociales, Memoria de la Inspección General de Trabajo correspondiente al año 1908, citado por F. Moreno Sáez.⁴⁹



Figura 25.- Taller de alpargatas.

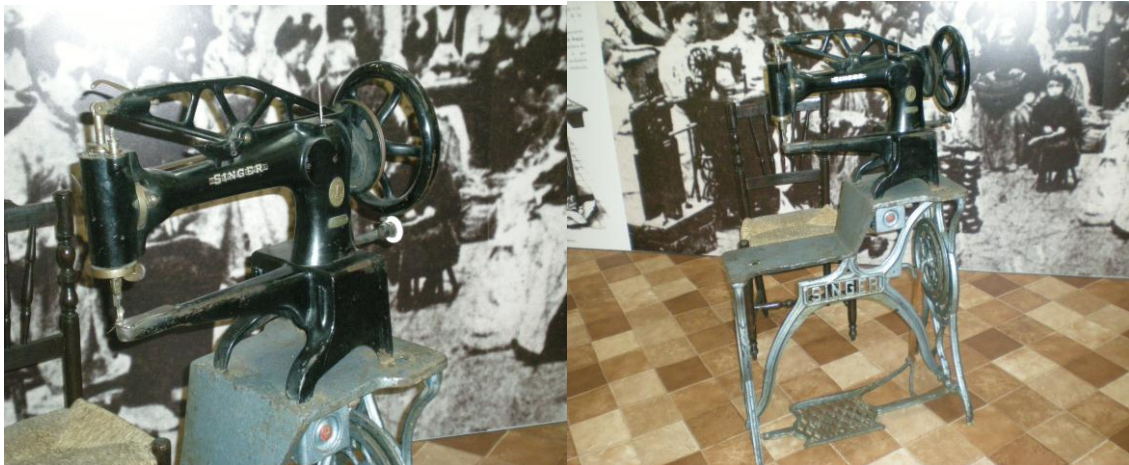


Figura 26.- Máquina Singer. Fotografía del autor.

Los esfuerzos de la inspección de trabajo por controlar el trabajo femenino e infantil tenían poca efectividad en la fábrica o el taller, y nula en el trabajo a domicilio. Se afirmaba en 1915 que las obreras que hacían el reborde de la alpargata, en su mayoría ancianas y niñas, cobraban de 60 a 75 céntimos por jornadas de 16 y 18 horas; los niños recibían entre 40 y 50 céntimos. De ahí que en 1917 se afirmara, cínica y maliciosamente, que en Elche era imposible la mendicidad, porque todo el mundo podía trabajar, desde el niño de 8-10 años, hasta los ancianos y muchos lisiados, porque hay formas de trabajo para todos. Y tenían razón, trabajo había para todos, pero en condiciones cuasi inhumanas;

incluso en 1928, vigente al Dictadura, el establecimiento de Peral, de Tejidos de Yute, pagaba 16 pesetas por 48 horas de trabajo (a menos de tres pesetas diarias), cantidad con la cual, ningún padre de familia podía vivir, pero era una ayuda considerable si lo aportaban los hijos.¹⁵¹

El trabajo en el domicilio aportaba la “ventaja”, sobre todo para la mujer, de que podía simultañarlo con las labores de la casa y el cuidado de los hijos (doble carga para ella). Era relativamente común que los alpargateros recogieran faena de varias empresas, y trabajando “en cadena” con su familia, en su propia casa, se dedicaran a la confección de alpargatas, que luego eran rematadas y acabadas para la venta en el taller: el hombre hacía el piso trabajando en su banco, en la puerta de su casa, y la mujer cosía la pala y el talón, para después, respuntearla con sedas de colores en la fábrica. Pero para el empresario había aun más ventajas: la energía consumida, era, naturalmente, por cuenta del trabajador; muchas veces, la máquina (la famosa Singer) debía ser adquirida, mantenida y reparada por el propio trabajador; las materias primas, tales como el hilo, algodón, etc., iban también por cuenta del trabajador. Y, por último, aplicando el lema “divide y vencerás”, el trabajo a domicilio impide o dificulta las relaciones interpersonales o interclasistas, y anula la génesis de movimientos reivindicativos organizados.



Figura 27.- Monumento al obrero alpargatero. Elche: Plaza Mayor del Raval. Imagen actual, Fotografía del autor.

¹⁵¹ SERRANO, Antonio. *El Obrero*, 18 de noviembre de 1928.

Por esto, no se puede conocer, siquiera de forma aproximada, el número de trabajadores del sector; si ya el socialista Cañizares denunciaba que la patronal declaraba en total 413 operarios reconocidos, cuando se sabía que eran más de diez mil, es difícil estimar la cifra, ya que el trabajo a domicilio, sin poder ser etiquetado claramente de clandestino, sí que era incontrolable.

En febrero de 1922, el Ayuntamiento fijó el salario mínimo, para determinar el umbral de pobreza, con miras tanto a reconocer los derechos de asistencia a cargo de la beneficencia municipal, como de posibles exclusiones del servicio militar, en tres pesetas diarias, de la forma siguiente: *un año, 365 días; descontando 52 domingos, y 19 festivos, locales o generales, quedan 294 días laborables, que, a razón de 3 pts, importan 882 pts, más las 441 del medio jornal que se ha de aumentar para los casos en que se refiere la circunstancia tercera de la Ley de Reclutamiento, cuando se hayan de computar rentas, cultivo de tierra o cría de ganados, resulta la cantidad líquida de 1.323, deducida la cuota del Tesoro que se satisfaga por la contribución de los referidos conceptos; la cantidad bruta resultante es de 3.62 pesetas diarias.*



UN BUEN CONSEJO

El parroquiano.—Necesito una buena comida, pero que no me cueste más allá de dos pesetas. ¿Qué me recomienda?
El camarero.—Otro restaurant.

Como dato ilustrador de la relatividad de esta cifra, tres pesetas diarias, permítase mostrar una viñeta cómica aparecida en el semanario Levante de diciembre de 1925: en una casa de comidas, le dice el cliente al camarero “Necesito una buena comida, pero que no me cueste más allá de dos pesetas. ¿Qué me recomienda?” la respuesta fue: “Otro restaurant”. Esta claro que con dos pesetas diarias no había menú del día disponible para una persona; y se pretendía que viviera una familia entera con poco más de tres.

Figura 28.- Viñeta Semanario Levante 1925.

En 1928 se subió esta cantidad a cuatro pesetas diarias: haciendo los mismis cálculos, resultan 1.176 pts, que al añadir el medio jornal son 1.764 pts al año. Es decir, una media de 25 pesetas a la semana, en 1922, asumiendo una jornada laboral de seis días, con una subida porcentual de 33.3 % en seis años, hasta cerca de las 34 pesetas; todo ello contando con estabilidad en el empleo, sin periodos de paro, y, por supuesto, sin vacaciones; estos datos, a nivel local, no coinciden con los de Tuñón de Lara¹⁵² a nivel nacional, posiblemente porque estos se refieran a salarios medios, y los expuestos anteriormente, se refieren a salarios mínimos, según la tabla siguiente:

¹⁵² TUÑÓN DE LARA, Manuel. *La España del siglo XX. La quiebra de una forma de Estado*. Laia, 1974.

Tabla 11.- Salarios nominales.

Año	Salario nominal por semana	Indice	Diferencia
1914	24.90	100.0	
1920	38.94	156.3	+ 56.3
1925	49.26	197.8	+ 41.5
1930	44.16	117.3	- 20.5

Sin embargo, en opinión de este mismo autor, usando como referencia el índice general de precios al por mayor de 1913, la subida del coste de la vida fue realmente considerable, según datos tomados de la misma referencia anterior:

Tabla 12.- Evolución de los precios de las subsistencias.

Año	Carne, huevos, leche y pescado	%	Harina, garbanzos, patatas y judías	%	General	%
1913	100		100		100	
1923	197.1	97.1	152.9	52.9	170.9	70.9
1925	221.3	12.2	188.6	23.3	185.0	8.25
1927	202.7	- 8.4	167.2	-11.3	167.0	-9.7
1930	200.5	- 1.08	164.5	- 1.61		

Valores que en el periodo que venimos estudiando, alcanzarían la cuantía siguiente:¹⁵³

Tabla 13. Evolucion del Indice de precios.

Indice de precios	
AÑO	INDICE
1922	100
1923	99.07
1924	105.44
1925	107.24
1926	101.33
1927	97.33
1928	94.26
1929	97.21
1930	96.81

Según Vila San Juan²⁶ los precios de los alimentos más habituales en 1922, serian los siguientes:

Tabla 14.- Evolucion de los precios de las subsistencias.

Producto	Precio	Unidad
Pan	0.60	Kilo
Carne de vaca	3.15	Kilo
Carne de camero u oveja	3.00	Kilo

¹⁵³ PARIS EGUILZA, Higinio. *El movimiento de los precios en España*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1943.

Bacalao	2.55	Kilo
Patatas	0.30	Kilo
Garbanzos	1.20	Kilo
Arroz	0.85	Kilo
Vino	0.60	Litro
Leche	0.75	Litro
Huevos	2.85	Docena
Azúcar	1.90	Kilo
Aceite	1.95	Litro
Tocino	3.52	Kilo
Carne de cerdo	5.00	Kilo
Sardinias frescas	1.80	Kilo
Merluza	3.70	Kilo
Jabón común	1.25	Kilo
Carbón de cok	6.30	Saco 40 kg
Carbón vegetal	3.00	Saco 11.5 kg

Pero además, resulta que mientras los precios al por mayor experimentaban una ligera caída a partir de 1925, los precios minoristas estaban artificialmente aumentados por el propio circuito comercial y la especulación, de modo que el índice del coste de la vida, establecido por las Cámaras de Comercio en 1926, y tomando este año como base, muestran que en 1927, había subido un 3.9 %, bajó algo en 1928, para volver a subir moderadamente al año siguiente, y ya, prácticamente mantenerse, es decir, que la caída en los precios mayoristas no tenían correspondencia en los precios minoristas, con lo cual, el poder adquisitivo de los obreros era menor aun de lo esperado. Queda manifiesto que hay una tendencia a la baja nominal de salarios entre 1925 y 1930, sobre todo en peonaje

Tabla 15.- Evolucion del índice de coste de la vida.

Índice coste vida	
AÑO	INDICE
1926	10.9
1927	13.9
1928	13.4
1929	13.7
1930	13.6

De cualquier modo, estas cantidades resultan a todas luces insuficientes para el desarrollo de una vida en condiciones mínimamente dignas; en la tabla siguiente, tomada también de Tuñón de Lara¹⁵⁴ vemos que en las grandes urbes, el presupuesto semanal para una familia con dos hijos supera con creces estas cifras. Podemos hacer un alarde de optimismo y asumir que el coste de la vida en Elche es inferior: por ejemplo, en la tabla, (tomada de Tuñón de Lara¹⁵¹) se muestra que el precio del carbón en Madrid es de 1.90 Pts. el saco de 6 Kg., mientras que el precio oficial emitido por el Ayuntamiento en 1927, es de 0.23 pts el kilo, es decir, 1.38 pts el saco, un 72 % del precio señalado; pues aun

¹⁵⁴ TUÑÓN DE LARA, Manuel. *EL movimiento obrero en la historia de España*. Sarpe, 1981.

así, por la misma regla, una familia con dos hijos, necesitaría más de 36 pesetas semanales.

Tabla 16.- Precio medio de las subsistencias en varias ciudades españolas.

	<i>Madrid</i>	<i>Barcelona</i>	<i>Bilbao</i>
Pan (10 kg.)	7,10	7,30	6,00
Carne (500 g.)	1,85	2,95	1,65
Tocino (500 g.)	1,30	1,70	1,30
Garbanzos (1 kg.)	1,00	1,30	1,25
Alubias (1 kg.)	1,10	1,00	0,95
Arroz (500 g.)	0,40	0,55	0,45
Patatas (7 kg.)	2,25	2,90	2,55
Huevos (docena)	2,45	3,50	3,10
Aceite (1 litro y medio)	2,65	3,30	3,25
Vino (3 litros)	1,15	1,15	2,70
Sardinas (1 kg.)	1,70	2,50	1,35
Bacalao (1 kg.)	2,60	3,65	2,50
Verduras (1 kg.)	0,40	0,40	0,40
Azúcar (500 g.)	0,90	0,90	0,85
Leche (4 litros)	3,00	3,65	1,50
Café (100 g.)	0,70	0,80	0,60
Carbón vegetal (6 kg.)	1,90	1,65	1,10
Jabón (500 g.)	0,65	1,00	0,65
Alquiler casa	12,50	15,00	12,00
Transportes	1,20	1,20	1,20
Tabaco	1,00	1,00	1,00
Prensa y cotización sindical	1,00	1,00	1,00
TOTAL	50,00	58,45	48,85

Precio medio de las especies de suministro en enero de 1927, según el Ayuntamiento de Elche:

Tabla 17.- Precio medio de las subsistencias en Elche.

Especie	Unidad	Precio
Cebada	4 Kg.	1,45
Paja	6 Kg.	0,90
Petróleo	1 litro	0,80
Carbón	1 Kg.	0,23
Leña	1 Kg.	0,10
Pan	1 Kg.	0,70

Con los datos anteriormente señalados, Vila San Juan²⁶ hace un cálculo de lo que sería una "comida sencilla" para una persona, y resulta:

Tabla 18.- Coste promedio de una comida sencilla para una persona.

Producto	Cantidad	Importe pts
Pan	125 grs.	0.075
Garbanzos	100 gr.	0.12
Bacalao	50 gr.	0.1275
Aceite	0.03 lit.	0.0585
Vino	0.20 lit.	0.12
Suma		0.50

Esto para una persona sola y una sola comida; multiplíquese por los miembros de la familia, aunque por economía de escalas no resultase el montante global igual a la suma de los factores, aunque la segunda comida del día, la cena fuera mucho más ligera, es materialmente imposible con tres o cuatro pesetas diarias alcanzar el mínimo vital; como

vemos, en el menú no se incluye carne, leche, huevos, fruta, verdura, etc.; y no tenemos en cuenta, agua, luz, alquiler, ropa, calzado, etc.

Por tanto, no queda otro remedio, ya que la gente no puede pasar más estrecheces, que aumentar el nivel de ingresos; en consecuencia, tiene que trabajar la mujer, y tan pronto como es posible, los hijos; como venimos señalando el trabajo de la mujer tiene lugar, en contadas ocasiones, dentro de la fábrica, y la mayor parte de las veces, en el propio domicilio, a destajo, con jornadas de hasta doce horas diarias, superponiendo esto a las labores domésticas, cuidado de los hijos, etc.

A estos niveles de poder adquisitivo, el problema se agrava más aun cuando sube el precio de los alimentos básicos; según las teorías microeconómicas, la subida de precio de un artículo de primera necesidad, como es, por ejemplo, el pan, provoca un aumento de su consumo, puesto que, dada la restricción presupuestaria, aunque la renta monetaria disponible permanezca constante, una variación del precio de un bien determinado, altera el poder adquisitivo, y por tanto, la demanda; al gastar más dinero para adquirir la misma cantidad de un bien (como el pan) queda menos dinero para adquirir otros productos, con lo cual, aumenta el consumo del primero; es lo que se conoce como efecto Weblen, lo contrario del efecto Giffen, en que al bajar el precio, baja la demanda (característica de los artículos de lujo)¹⁵⁵. De tal manera, que el aumento en la ingesta calórica, a base de hidratos de carbono, con el pan, hace disminuir la ingesta proteica, ya de por sí bastante menguada, empeorando la desnutrición y poniendo a los individuos en situación de indefensión frente a enfermedades, sobre todo infecciosas, actuando además, como causa de aumento de la mortalidad infantil.¹⁵⁶

El 28 de junio de 1914 comunicó el telégrafo la noticia de haber sido asesinado en Sarajevo (Bosnia-Herzegovina) el archiduque y heredero de Austria, Francisco Fernando; el 28 de julio comenzó la guerra entre Austria y Serbia; el Gobierno Dato se apresuró (30 de julio) a declarar la neutralidad de España en el conflicto, que al tomar parte y partido Rusia y Francia por Serbia, Alemania por Austria, desencadena la I Guerra Mundial.⁹²

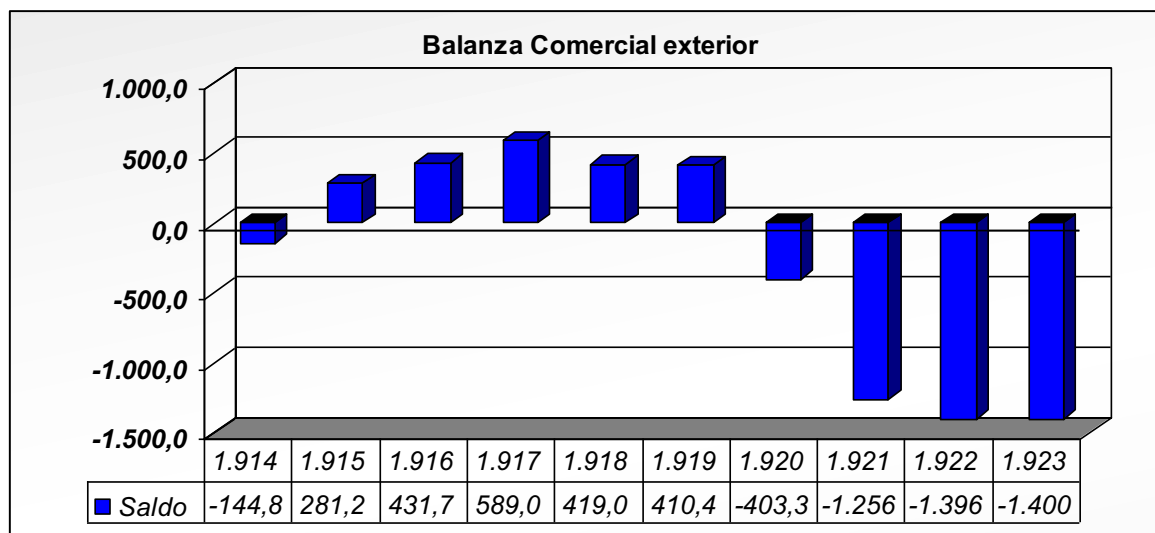
Según el esquema de Aunós, la influencia del conflicto internacional en la vida del país trajo a esta un auge económico, una crisis social y una crisis moral.¹⁵⁷ En primer lugar, el retraimiento de los mercados externos y las perentorias necesidades de materias primas y manufacturadas por parte de los contendientes hizo que la balanza comercial española pasara de un déficit de 144.8 millones de pesetas en 1914, a un superávit de 589 millones en 1917:

¹⁵⁵ VARIAN, Hal R. *Microeconomía intermedia*. Antoni Bosch, Ed. 1994.

¹⁵⁶ CASTELLO BOTIA, Isabel. *Higiene alimentaria y mortalidad en la España contemporánea (1900-1974): el ejemplo de la fiebre tifoidea y la diarrea y enteritis (en menores de dos años)*. Rev. Esp. Nutr Hum Diet. 15(2), 2011.

¹⁵⁷ SECO SERRANO, Carlos. *Alfonso XIII y la crisis de la Restauración*. Rialp, 1992.

Tabla 19.- Evolución de la balanza comercial española en la década previa a Primo de Rivera.



la producción de carbón casi se duplicó de 1914 a 1917; el mineral de hierro llegó a 498.000 toneladas en 1916; el lingote de acero, a 425.000¹³⁹; la industria textil pasó de 6.000 toneladas en 1913, a 16.000 en 1920, pero no fue solamente el aumento en la producción de materias lo que originó el impresionante auge económico, sino que, añadido a ello, iba el descomunal aumento de precios: con base 100 en 1900, estaban a nivel de 141 en 1916 y 223 en 1920; los productos que experimentaron mayor alza fueron el carbón, zinc, patatas, azúcar, lana, pesca, y detrás, el resto de productos alimenticios; es obvio que el especulador no iba a vender dentro de España a bajo precio, productos que tenía colocados mucho más caros en el extranjero; ello trajo como consecuencia ineluctable, el aumento de la inflación: en 1931 los billetes en circulación apenas pasaban de los mil novecientos millones de pesetas; en 1919 ya eran casi 3.900 millones¹³⁷ pero esta masa monetaria en manos del público no tuvo nunca una distribución homogénea, ni siquiera proporcional, de modo que se agrandaron sobremanera las diferencias sociales.

Esta súbita apertura de oportunidades de negocio implicó una relajación moral, un afán desmedido de lucro, obteniendo enormes riquezas con mucha rapidez y pocos escrúpulos, y aparición de "nuevos ricos", gente con poca visión de futuro, más preocupados por el lujo y la ostentación que por la reconversión y recapitalización de las empresas¹⁵⁸. Los ricos se hicieron más ricos, se convirtieron en ello muchos que no lo eran, pero la clase trabajadora siguió en sus niveles de miseria, acentuados por la coyuntura: se encarecían los productos, pero los ingresos se mantenían prácticamente al mismo nivel.

La segunda consecuencia de este aumento de la carestía de la vida, fue el fenómeno migratorio; con una agricultura estancada, hubo un notable desplazamiento de la población campesina hacia las ciudades, abandonando el sector agrario en dirección hacia el industrial o el de servicios, fundamentalmente hacia las grandes ciudades. La segunda oleada de este movimiento, se encaminó hacia el extranjero, sobre todo Francia, donde la guerra exigía gran cantidad de mano de obra.

¹⁵⁸ CIERVA, Ricardo de la. *Monarquía y república: Jaque al Rey*. ARC, 1996.

Como era previsible, al aumento de la oferta de trabajo no llegó a superar a la demanda, de forma que los salarios no pudieron nunca igualar la subida de los precios, diferencia que fue aun más ostensible en las zonas rurales; según datos del Ministerio de Trabajo, entre 1914 y 1931, esta situación se fue agravando progresivamente, suscitando la génesis de un proceso de rebeldía y no aceptación por parte de la masa proletaria; en marzo de 1917 se reunían en Madrid los representantes sindicales y firmaron una declaración conjunta dirigida a los trabajadores y al país en general, para aunar esfuerzos “con el fin de obligar a las clases dominantes a aquellos cambios fundamentales de sistema que garanticen al pueblo el mínimo de condiciones decorosas de vida y desarrollo...”; por su parte, los partidos republicanos y reformistas se disponían a aprovechar la coyuntura, para, apoyados por la fuerza obrera, llegar a un movimiento que provocara un cambio de régimen político.

Las reformas propuestas por Santiago Alba en el gabinete Romanones de 1915 no fueron capaces de llevar a cabo las reformas estructurales necesarias, y, en cambio, hubo de hacer frente a una agitación social cada vez mas grave; el obrerismo midió sus fuerzas en la “huelga ensayo” de diciembre de 1916.¹⁵⁹

Los sucesos de 1917, fueron la coincidencia en espacio y tiempo de tres problemas, distintos entre sí al principio, y confluentes al final en una triple revolución¹⁶⁰: la mesocracia militar de las Juntas de Defensa, la burguesía de la Asamblea de Parlamentarios de Barcelona, y el proletariado, consolidado y dirigido por el socialismo y el anarquismo.

Por un lado, el Ejército que, de nuevo, se hace presente; no era, ni mucho menos, una entidad monolítica¹⁶¹; pese a ser el estamento preferido por el monarca¹⁶², una de sus características primordiales en esa época eran sus divisiones internas, tanto horizontales como verticales, su unidad era más aparente que real; como hemos señalado, en la práctica había dos ejércitos: el “peninsular”, burocratizado, hipertrofiado, poco eficaz en términos militares, y el “africano”, el más valioso, a quien se hacían numerosas concesiones en forma de ascensos y títulos por méritos de guerra; pero también había fuertes enfrentamientos entre los “técnicos”, sobre todo los artilleros e ingenieros, (habitualmente, procedentes de las clases altas) cuya preparación exigía mayores conocimientos técnicos, y los de infantería y caballería, (habitualmente procedentes de las clases medias), teóricamente menos “inteligentes”. La protesta fundamental fue originada por el sector peninsular, básicamente por dos tipos de razones; una, económica, ya que los militares también sufrieron en sus carnes el desfase entre sueldos y precios de las subsistencias; la otra, corporativa, por la tentativa de imponer unas pruebas de aptitud para el mando durante el primer trimestre de 1916, pero que, en realidad, estaban diseñadas por un grupo de coroneles para defender sus intereses y limitar la progresión de los africanistas¹⁶¹. El coronel Márquez, bien intencionado pero corto de luces, fue el impulsor de las Juntas de Defensa, que en poco tiempo se extendieron a numerosas guarniciones, e incluso se intentaron imitar por otros sectores de la administración, que

¹⁵⁹ SECO SERRANO, Carlos, *La España de Alfonso XIII*. Espasa Calpe, 2002.

¹⁶⁰ AVILES FERNANDEZ, Miguel y cols. *El siglo XX. Los primeros treinta años*. EDAF, 1994.

¹⁶¹ TUSELL, Javier. *Radiografía de un golpe de estado. El ascenso al poder del General Primo de Rivera*. Alianza Editorial, Madrid, 1987.

¹⁶² BRU SANCHEZ-FORTUN, Alberto. *Padrino y Patrón. Alfonso XIII y sus oficiales (1902-1923)*. Hispania Nova, 6, 2006.

también tenían pendientes vindicaciones semejantes. En realidad, las Juntas representaban menos de renovación de lo que muchas cabezas bienpensantes, como Ortega y Gasset o Cambó, suponían; la actitud del gobierno fue, de inicio dubitativa, pero poco después Romanones, consciente de las dificultades que podían llegar a provocar, y advertido de ello por el propio Rey, ordenó su disolución y la detención de los junteros; obviamente, estos no se amilanaron y con el apoyo de la mayor parte de los cuarteles, lograron imponerse, provocando la caída de García Prieto. Alfonso XIII, pasó el testigo gubernamental al partido conservador, quien con Eduardo Dato al frente, adoptó una política de “palo y zanahoria”: suspendió las garantías constitucionales, impuso la censura previa a la prensa, y aceptó el Reglamento de las Juntas; con lo cual logró indignar a ciertos sectores que vieron en este movimiento de rebeldía militar, la posibilidad de una renovación de estructuras; estas medidas, como es fácil deducir, provocaron los efectos contrarios a los deseados; lejos de aplacar las intenciones, mostraron a las claras la debilidad del Gobierno, y facilitaron la actitud progresiva de mayor intervencionismo de los militares en las tareas civiles; el argumento es fácilmente entendible: si cada vez que hay un problema de orden público el Gobierno adopta la medida de suspender las garantías constitucionales, declarar el estado de guerra y ordenar al Ejército que se haga cargo de la situación, los militares tendrán siempre la espada de Damocles suspendida sobre la cabeza de los políticos, y sujeta por la empuñadura.

Por otro lado, la actitud de Dato que, para obviar discusiones al respecto, decide simplemente, no abrir las Cortes y gobernar por decreto. Cambó, por parte de la Lliga Regionalista, y Melquíades Álvarez, presidente del Congreso, deciden convocar una reunión de diputados en Barcelona, al margen del Gobierno; este declara ilegal y ordena disolver dicha reunión, a la que han acudido 80 parlamentarios.

El tercer punto, es el movimiento social, que hacia finales de julio vino a reemplazar al movimiento político: el 13 de agosto, UGT y CNT convocaron una huelga general en protesta por la carestía de la vida, de corta duración, debido, por una parte, a la imposibilidad de la conjunción de clases, ya que era patente la desconfianza mutua entre los diversos agentes; las diferencias entre burguesía y proletariado eran abismales, y los dos sindicatos divergían profundamente en sus planteamiento y metas finales; la CNT abogaba por la huelga revolucionaria, que acabase con la estructura del Estado, la UGT optaba por actitudes moderadas que le condujesen en un futuro más o menos lejano, a la toma del poder.

La toma de postura por parte del Ejército a favor del gobierno y contra la clase trabajadora dio lugar a sangrientos enfrentamientos en Madrid y Barcelona, con resultado de varios muertos en los choques y la detención y encarcelamiento de varios líderes socialistas, como Anguiano, Saborit, Besteiro, y Largo Caballero; Maciá y Lerroux (este como siempre) lograron escapar. Doble desilusión para los promotores de la huelga, que ansiaban que las tropas militares se uniesen a ellos en sus reivindicaciones sociales¹⁶³.

Elche, a su aire, seguía su camino; los líderes ugetistas continúan su labor de proselitismo, intentando desde 1912 formar una Federación Nacional del oficio, que incluyera también a los costureros; a mediados de 1913 tiene lugar en nuestra ciudad un Congreso de la Federación Nacional de Obreros Alpargateros. El estallido de la Guerra Mundial produjo momentos de desconcierto, con problemas de transporte, dificultades bancarias, en la industria alpargatera, que hubo de rebajar sus costes para poder hacer frente a la situación, y, por tanto, inevitable caída de salarios; comienza hacia finales de

¹⁶³ DIAZ-PLAJA, Fernando. *Otra Historia de España*. Plaza&Janés, 1973.

1914 una tenue recuperación, que facilita ciertas reivindicaciones y da lugar a pequeñas huelgas, sin llegar a plantear nunca un paro general ante lo inestable de la situación. Según F. Moreno Sáez^{49,164}, pese a la buena organización sindical y que los alpargateros seguían con bastante disciplina las campañas de la UGT, el nivel de conciencia de clase entre los costureros era un muro contra el que se estrellaban los intentos de negociación colectiva; el destajo, la dispersión, el trabajo indirecto y sin control impedían la conjunción de esfuerzos.

Comienza una época de abundancia de trabajo, y los patronos deciden enviar parte de la carga a las poblaciones vecinas, sobre todo Crevillente, en busca de aminorar costes; los sindicatos se quejan de la poca resistencia de los patronos ante la subida de materias primas, como la lona, el cáñamo, etc., y la energía con que fuerzan a los obreros a las bajadas salariales, ya en situación precaria por el continuo aumento de los precios de las subsistencias.

En abril de 1916 estallan graves incidentes por el hecho de la deslocalización de la faena; numerosos grupos, compuestos en gran medida por mujeres, se reúnen en los arrabales de Santa Teresa: la Guardia Civil carga contra ellas, pero los grupos se rehacen y hay una nueva carga en la Plaza de la Merced.

Esta época de carga de trabajo, tras la espantosa crisis de los meses anteriores, volvió a traer como consecuencia, las largas jornadas laborales, pese a las insistentes recomendaciones de los sindicatos; los obreros no estaban dispuestos a arriesgar, por el mantenimiento de la jornada de ocho horas con posibilidad de alargar la duración del periodo de contratación, a que volviesen a enviar la faena a otras localidades menos exigentes. De esta manera, el incremento de precios de subsistencias, que llegó a ser de un 30 % durante la Guerra Mundial, se compensó parcialmente con el aumento de horas y el destajo, ya que los jornales estaban congelados desde 1913.

El bloqueo marítimo impuesto por los submarinos alemanes, junto con el hundimiento de numerosos buques, dificultó el abastecimiento de materias primas y la capacidad de exportación; a partir de 1917 disminuyó el trabajo, y los obreros ya no pudieron soslayar la situación haciendo más horas, por lo que, ineluctablemente, hubieron de plantear reivindicaciones salariales. Pese a la participación de destacados dirigentes de la UGT ilicitana en la huelga general de agosto de 1917, como Juan Barceló y Antonio Cañizares, no parece que esta tuviera una especial repercusión en nuestra ciudad, que seguía enfrascada en las discusiones con la patronal sobre los reiterativos problemas del peso, incumplimiento de plantillas, uso de determinados materiales en la confección de la alpargata, etc., amen de plantear las inevitables mejoras salariales; tan es así, que en 1918, los dirigentes sindicales afirmaban con pesimismo que *“llevamos ya 19 años de organización y todavía no hemos conseguido que nuestra plantilla sea respetada en todas las épocas del año”*.

Para complicarlo más aun, la epidemia de gripe de 1918 agravó una situación ya empeorada por la conclusión de la contienda, aunque hay autores⁴⁹ que afirman que el final de la guerra no resultó tan traumática para los tres sectores industriales básicos de la cuenca del Vinalopó, la alpargata de Elche, el calzado de Elda y las alfombras de Crevillente, en parte porque los pedidos militares compensaron las pérdidas de exportaciones.

¹⁶⁴ MORENO SAEZ, Francisco. *La huelga general de 1917 en la provincia de Alicante*. Anales de la Universidad de Alicante. Historia Contemporánea, nº 2, 1983.

El final de la guerra mundial tuvo, otra vez, consecuencias deletéreas; con el cese de hostilidades y la recuperación de los países beligerantes, comenzó la pérdida de mercados exteriores, y, por tanto, la disminución de la carga de trabajo en nuestro país; como hemos señalado, el rápido enriquecimiento de muchos durante la contienda, fue derivado, principalmente, a gastos suntuarios y no a recapitalización de la empresa o reconversión y modernización del proceso productivo; el intento regeneracionista de Santiago Alba desde el Ministerio de Hacienda en el gabinete Romanones, intentando aplicar un impuesto especial a los beneficios extraordinarios obtenidos merced a la neutralidad española, fue contestado duramente por la clase empresarial, sobre todo vasca y catalana, aduciendo que los beneficios no se relacionaban con la actitud política, sino con la capacidad emprendedora de la patronal; cuando volvieron las vacas flacas, volvieron a aflorar los mismos problemas existentes antes del conflicto; con el agravante de que durante estos años, no mucho, pero algo había subido el coste de personal. Los empresarios, no dispuestos a ver caer sus beneficios, solicitaron del gobierno medidas arancelarias (ahora sí que necesitaban protección estatal); plantearon, como no, la rebaja de salarios, a lo cual, obviamente, se opusieron los obreros y los sindicatos. Planteado el conflicto, decretan el cierre patronal y la negativa a contratar obreros afiliados a los sindicatos, iniciando una espiral de consecuencias imprevisibles, que incita a la violencia y recrudecimiento de los enfrentamientos; la CNT opta por la vía más dura, (a pesar de la moderación de algunos dirigentes, como Andréu Seguí y Angel Pestaña), sobre todo en Barcelona, y más aun a raíz de la huelga de la Canadiense, que llegó a paralizar por completo la ciudad; la confederación, al verse dividida y debilitada, pasa a la acción directa, con asesinatos selectivos de patronos y obreros no afectos, lo que provoca la reacción del Gobierno por medio del General Martínez Anido, en una de las épocas más luctuosas de la historia de la ciudad condal.

Basándonos en datos y opiniones de F. Moreno Sáez,⁴⁹ vemos que Elche se mantuvo bastante ajena a las guerras sindicales que hemos comentado, tal vez por la escasa implantación local de la CNT, mucho menos importante que la UGT; los problemas siguen siendo más bien locales, con el redundante tema de las plantillas, los horarios y los precios; no se logró una situación estable y mantenida en ningún momento, siempre sujetos a las veleidades del mercado y de los mercaderes. Sin embargo, la tensión social iba en aumento; en 1919 se había declarado el estado de guerra tras una huelga de zapateros, se había clausurado el Círculo Obrero llicitano; la desatención de los patronos a las peticiones de aumento salarial, se responde con una huelga que llega a afectar a 8.000 personas, y que se resuelve con la mediación del alcalde (y porque la temporada venidera se consideraba como propicia); de hecho, en la prensa se reconoce que la situación económica de las familias va mejorando¹⁶⁵.

A finales de abril de 1920 se constituye el Sindicato del Ramo de la Alpargata y Similares, que pronto crece en afiliación y fuerza, como para plantear notables variaciones en la contratación: jornal de 7.50 pesetas para ocho horas de trabajo, condiciones similares para las mujeres, aumentos del 60 y hasta del 100 % para otros oficios, como golpeadores, atadores, etc. La negativa patronal llevó, otra vez, a la huelga a más de 10.000 personas; pero esta vez, los obreros apenas pudieron resistir; comenzó el hambre y la emigración, fue necesaria la intervención del gobernador civil, Dupuy de Lome, ante lo enconado de las posturas de ambas partes; en junio se endurece más aun, se rompen las negociaciones, y la prolongación de la huelga obliga a los obreros a ir, paulatinamente, bajando sus pretensiones. La patronal salió con sus fuerzas intactas y fortalecida del evento.

¹⁶⁵ Semanario *Trabajo*, 9 de octubre de 1921.

A primeros de enero de 1921, nueva vuelta de tuerca: los fabricantes proponen una reducción de la mano de obra en proporción a los salarios de otras poblaciones, nada menos que hasta un 35 % (casi dos pesetas diarias); la negativa de los obreros provocó el cierre encubierto al principio, descarado después, de las empresas, con drástica disminución de la carga de trabajo. La situación es realmente angustiosa¹⁶⁶, En marzo después de dos meses de cierre y dos de huelga, el hambre amenazaba a más de 15.000 trabajadores. Se pide la intervención del Ministerio de Trabajo, Besteiro interpela al Ministro de Gobernación (Gabino Bugallal) en el Congreso, acción repetida un tiempo después por Augusto Barcia, sin resultados aparentes. Por fin, en mayo, se logra un principio de acuerdo, con el cual, los obreros se quedan como estaban al principio del conflicto, y la patronal, mucho más fortalecida, incluso se permite violentar alguno de los acuerdos alcanzados; un efecto secundario de ello, fue el comienzo del declive del sindicato, de tal manera que el advenimiento de la Dictadura encontró al movimiento obrero ilicitano en su punto más bajo de energía, y a la patronal en su momento álgido.

La incomprensible actuación del General Manuel Fernández Silvestre, Comandante General de Melilla, (amigo personal del Monarca, de quien había sido Ayudante de Campo), quien, a despecho de las instrucciones del Alto Comisionado para Marruecos, General Dámaso Berenguer, y tal vez con la posible anuencia real, se lanzó a una carrera desaforada hacia Alhucemas, dejando flancos y retaguardia desguarnecidos y desabastecidos, tuvo como consecuencia la muerte de cerca de 14.000 soldados españoles, entre ellos el propio General Silvestre¹⁶⁷. El Vizconde de Eza, ministro de la Guerra, en el Gobierno de Allendesalazar, encargó en agosto de 1921 al General Picasso, un informe sobre las operaciones militares llevadas a cabo con tan desastroso resultado; cuando terminó la investigación, en abril de 1922, las conclusiones fueron presentadas al Consejo Supremo de Guerra y Marina; eran claras las implicaciones de los Generales Navarro y Berenguer, entre otros 78 jefes y oficiales, en cuanto a desidia, abandono, corrupción, etc.; por ello, el Jefe del Gobierno, en ese momento Sánchez Guerra, decidió que intervinieran las Cortes; en julio se creó la correspondiente comisión parlamentaria, llamada de los veintiuno, con diez liberales y once conservadores. Indalecio Prieto emitió un voto particular, en el que hacía referencia a la responsabilidad del Rey; aunque la moción fue rechazada, la tensión del debate, exponente de las expectativas de liberales y socialistas por la atribución de las responsabilidades a los conservadores, acabó con el gabinete Sánchez Guerra.

Esta cuestión de las responsabilidades, enardeció a la opinión pública, dividió a los políticos acerca de las estrategias que debían adoptarse para poner fin a la guerra de Marruecos, pero sirvió para unir a los diferentes sectores del Ejército, Juntistas y Africanistas, deseosos de resarcirse del sentimiento de humillación en contra de los políticos.²²

En un tema tan candente como la guerra de Marruecos, los socialistas siempre habían condenado cualquier tipo de expansión colonial y, sobre todo, que la clase trabajadora pagara las consecuencias, tanto a nivel nacional como local. El semanario Trabajo publica

¹⁶⁶ FERNANEZ DE VELASCO, Recaredo. *Los alpargateros de Elche, parados*. Semanario *Trabajo*, 6 de febrero de 1921.

¹⁶⁷ CARRASCO GARCIA, Antonio. *Annual 1921*. RBA, 2007.

en agosto un duro editorial contra la guerra de Marruecos¹⁶⁸ y protesta por la celebración de las Fiestas de Elche y su programa de gastos, ante las malas condiciones de vida de los trabajadores y estando tan reciente lo sucedido en Annual Y unos días más tarde Antonio Cañizares¹⁶⁹ expone en el mismo periódico, datos sobre el monto económico y la dotación de personal empleado, desde la Semana Trágica hasta la actualidad:

Tabla 20.- Gastos de la guerra de Marruecos. Elaboración propia.

	1909	1911	1917	1919	1920
Hombres en filas (miles)	80	115	128	192	216
Presupuesto (millones pts)	216	312*	342	430	581

- corresponde a 1913

en consonancia con la línea editorial que va a mantener en estos meses el periódico *El Socialista*, de denuncia de la situación en Melilla, ataques al gobierno y exigencia de responsabilidades¹⁷⁰, en Elche, el semanario *Trabajo*¹⁷¹ publicó también el comunicado conjunto de las ejecutivas del Partido Socialista y la Unión General de Trabajadores, emprendiendo desde entonces, una línea editorial de duras críticas al gobierno y al ejército, sumándose desde el primer momento a la exigencia de responsabilidades.

También en el Ayuntamiento de Elche tuvo repercusión el Desastre de Annual. En la sesión plenaria de 31 de marzo de 1922, se acuerda poner el nombre de tres calles a los Tenientes Ruiz Bru, Ganga y Cosidó "*pundonorosos soldados que, en cumplimiento de sus deberes militares, perdieron sus vidas gloriosamente en la campaña actual de Marruecos*". En diciembre de ese mismo año, el concejal socialista Antonio Cañizares solicita en un pleno municipal, dirigir un telegrama al Presidente del Consejo de Ministros, expresando el deseo de la Corporación de que se exijan las responsabilidades consiguientes a los causantes del derrumbamiento de la Comandancia de Melilla; se acepta, señalando que ha causado gran número de víctimas y enormidad de dinero perteneciente a la riqueza de la nación.

¹⁶⁸ El Partido Socialista Obrero y la Unión General, a todos los trabajadores. Semanario *Trabajo*, 7 y 14 de agosto de 1921.

¹⁶⁹ CAÑIZARES PENALVA, Antonio. *La guerra de Marruecos*. Semanario *Trabajo*, 21 de agosto de 1921.

¹⁷⁰ MORENO JUSTE, Antonio. "*El Socialista*" y el desastre de Annual: opinión y actitud socialista ante la derrota. Cuadernos de Historia Contemporánea, nº 12, 1990.

¹⁷¹ Semanario *Trabajo*, 7 de agosto de 1921.

CAPITULO 2.- LOS AÑOS DE LA DICTADURA

Transcurre el año 1923, sin más datos relevantes en lo político: Pedro Ibarra, tras no serle aceptada la dimisión, es nombrado escribiente del Ayuntamiento; el Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes se reserva el derecho de realizar excavaciones en la Alcudia; se cesa al conserje de cementerio por corrupto; fallece Andrés Tarí Sánchez, jefe del partido conservador de Elche; en el mes de septiembre, hay cuatro reuniones del Ayuntamiento, y en ninguna de ellas se deja traslucir un posible cambio de sistema; verdad que las noticias tardaban en llegar; pero que el General Primo de Rivera hiciera su



Figura 29.- Portada del diario ABC. 14 de septiembre de 1923.

pronunciamiento el día 13 de septiembre, formase el Directorio Militar el 14, esto ocupase la primera página de todos los periódicos y que los concejales de Elche no se dieran por enterados, es un poco difícil de entender; y más aun cuando el bando, comunicando la asonada militar, había sido leído públicamente por un pregonero escoltado por la Guardia Civil:



XX. Momento en el que, según Antonio Martínez Maclá, un pregonero, secundado por miembros de la Guardia Civil, en el instante de leer el bando de Primo de Rivera por el que accedía a la jefatura de Gobierno en 1923.

Figura 30.- Lectura del Bando de Primo de Rivera en Elche.

Quizás su inmovilidad se deba al hecho de que en el Bando publicado para proclamar el estado de Guerra, se ordena que *“Las Diputaciones, Ayuntamientos y demás Corporaciones civiles continuarán su normal funcionamiento”*.¹⁷² Pero a nivel local, el semanario *Trabajo*¹⁷³, de manera casi inmediata, marca su posición, no en titulares ni en primera página, sino en una columna de página impar (de la cual reproducimos el texto que se conserva en el AHME, ya que una parte esta amputada):

¹⁷² Diario *ABC*, Madrid, 14 de septiembre de 1923.

¹⁷³ Semanario *Trabajo*, 16 de septiembre de 1923.

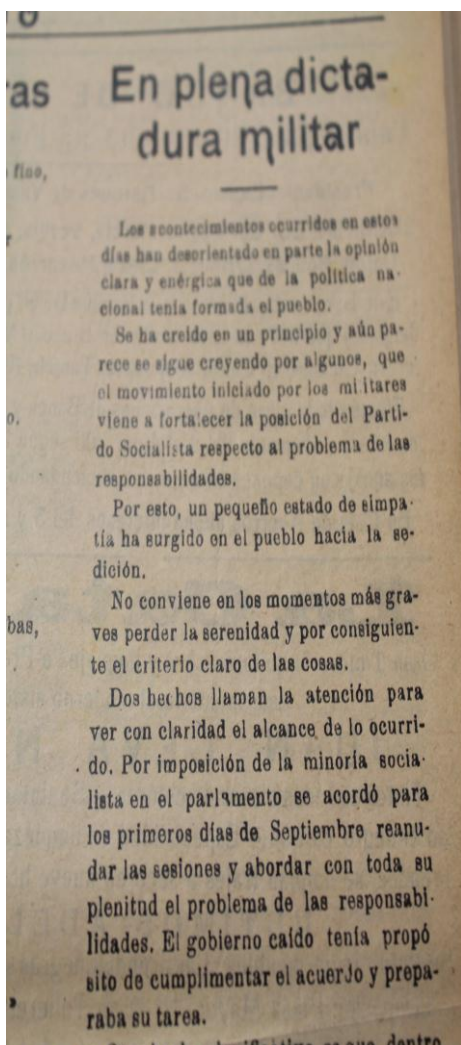


Figura 31.- Columna del Semanario Trabajo, 16 de septiembre de 1923.

Obvia postura de calculada ambigüedad, sin decantarse claramente en los primeros instantes, a la espera de acontecimientos; que no tardan en producirse, y la semana siguiente, ya critica la suspensión de garantías constitucionales y censura previa, en un superficial artículo titulado ¡Chitón¡.

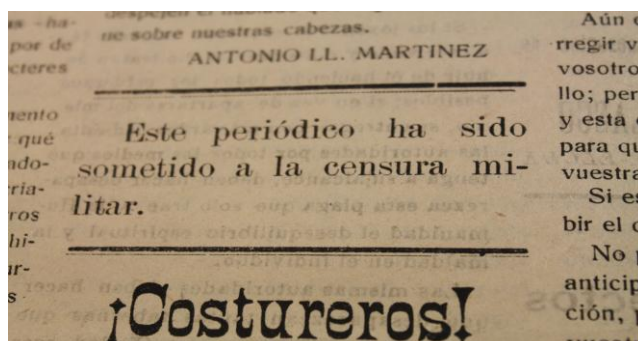


Figura 32.- Sometimiento a la censura.

Pero, por si acaso, vista la postura inicial del nuevo dictador con respecto a los sindicatos, se desmarca de la posible oposición al movimiento sedicioso, afirmando que *“liberales, conservadores, reformistas, republicanos y regionalistas. Todos desearían que el Partido Socialista Español y la Unión General de Trabajadores lanzaran a sus obreros a una huelga general para oponerse a este cambio de régimen. ¿Y para qué? ¿Por qué les conviene a los políticos al uso expulsados del poder?. ... no se inmiscuirá (el Partido) en un asunto que en nada beneficia a la clase trabajadora española, sino que beneficiaría exclusivamente a estos políticos fracasados”*. Si realmente opinaba que el cambio de régimen no iba a afectar a la clase trabajadora, habida cuenta que el Partido Socialista podía ser cualquier cosa menos ingenuo, era porque esperaba pingües réditos de su postura no beligerante de entrada con la Dictadura; como así fue en poco tiempo.

Pero lo cierto es que el día 1 de octubre, todos los concejales asisten, por ordeno y mando, a las 11 de la noche, en el salón de actos de la Capitanía, que no en el salón de plenos del Ayuntamiento, y bajo la dirección de Juan Martínez López, Capitán de la Guardia Civil, al acto de dar cumplimiento a lo dispuesto en el Real Decreto de la Presidencia del Directorio Militar de fecha del día anterior, por el que cesan todos los ediles actuales; se declara disuelto el Ayuntamiento, y todos abandonan la sala; a renglón seguido, llegan los nuevos concejales, llamados ahora “vocales asociados”, y, al tener Elche menos de 100.000 habitantes se elige el nuevo alcalde, (de haber tenido más, habría sido designado directamente por el Gobierno). El nuevo consistorio estaba formado por:

Tabla 21.- Composición del Ayuntamiento de Elche el día 1 de octubre de 1923.

1	José Agulló Sánchez.	14	José Molla Vázquez.
2	Gonzalo Antón Tari.	15	Gines Pelegrín Esquitino.
3	Liberato Antón Valero.	16	José Penalva Ferrández.
4	Rafael Blasco Urbán.	17	José Penalva Quiles.
5	Antonio Castaño Torres.	18	Pedro Pérez Barca.
6	Joaquín Fuentes Hernández.	19	Miguel Pérez Brotons.
7	Diego García Richart.	20	Matías Pizana Almarcha.
8	Juan García Urbán.	21	Miguel Román Esteve.
9	Antonio González Gomis.	22	Antonio Sánchez Bernad.
10	Juan Jiménez Coves.	23	José Serrano Candela.
11	Ignacio Llacuna Quixá.	24	Antonio Serrano Micó.
12	Manuel Lucerga Hernández.	25	Tomás Soler Agulló.
13	Vicente Macia Agulló.		

El cargo lo asume por votación, Manuel Lucerga Hernández; fabricante de alpargatas, había sido Presidente del Centro Industria Alpargatera en 1918, su gestión se caracterizó por la dureza en la mediación en los conflictos con los operarios, siendo aplaudida su dimisión por estos; cuatro días después se celebra el pleno de toma de posesión, en que el Sr. Lucerga reconoce su inexperiencia y falta de vocación política, afirma que todos deben colaborar a extirpar el caciquismo (seguidismo de la declaración programática del

manifiesto primorriverista, auténtico banderín de enganche para acabar con el antiguo régimen), que todos deben ayudar a la administración del pueblo, e insiste en que la corporación no debe hacer política (¿?), y otra curiosa advertencia, que los empleados públicos debe abstenerse de visitar las casas de los políticos. Y ciertamente, nada más sencillo en ese momento que acabar con las redes caciquiles, puesto que perdieron gran parte de su razón de ser simplemente con la supresión del régimen parlamentario y, por tanto, de las elecciones.

Hay un dato llamativo en el nombramiento de los alcaldes de este periodo, que se repite en varias ocasiones; cuando las corporaciones eran elegidas por sufragio, más o menos amañado, menos o más libre, se elegían los concejales, pero el alcalde era nombrado directamente por el Gobierno; sin embargo, durante la Dictadura, se designaban los concejales, y estos, en votación secreta, elegían al alcalde y los seis tenientes de alcalde que iban a formar la Comisión Municipal Permanente. Incluso en febrero de 1931, cuando se recibe una Orden del Ministerio de Gobernación que se reserva el nombramiento de los alcaldes de provincia, para sustituir a los alcaldes de las cabezas de partido judicial, y que la designación se haga por votación entre los concejales, por mayoría absoluta si ya es concejal el candidato, o por dos tercios si es solo elector con capacidad para ser concejal; en ese momento, Diego Ferrández Ripoll, alcalde por nombramiento directo del Gobernador Civil, no era concejal; pues bien: se vota y se le vuelve a elegir nada menos que con 24 votos, de los 27 posibles.



Figura 33.-Manuel Lucerga Hernández.

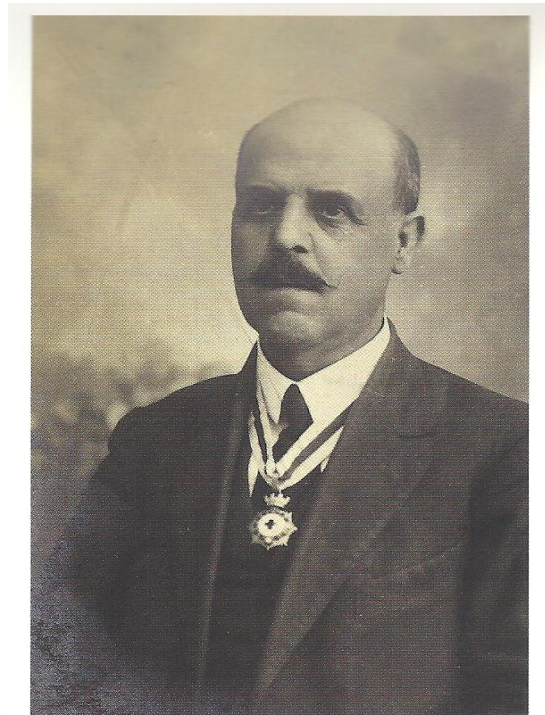


Figura 34.- Antonio Sánchez Bernal.

Una de las consignas del nuevo sistema, era la transparencia, sobre todo en lo económico; preocupados por la corrupción existente, se investigaron las cuentas de la práctica totalidad de las administraciones públicas del antiguo régimen, resultando en

varios suicidios y algunos procesamientos, pocos; en Elche, el nuevo Ayuntamiento inicia esta tónica haciendo público el movimiento de caja¹⁷⁴:

AYUNTAMIENTO DE ELCHE		
Movimiento de Caja desde el 6 al 12 del actual Octubre		
CAJA		<i>Pesetas</i>
Existencia en 5 de Octubre		14.247'27
Ingresos desde el día 5 al 12		4.203 80
Total		18 451 07
PAGOS		
Agua del Matadero	60'00	
Pascual Falcó	120'00	
Haberes viuda Contador	900'00	
Alquileres Cruz Roja Septiembre	25'00	
> Cárcel tres meses	525'00	
> Guardia Civil Septiembre	150'00	
Jornales obras cañerías	29'00	
Gratificación camilleros por conducir cádaveres al Depósito Municipal	70'00	
Dietas a comisionado de la Diputación	80'00	
A Parreño, Maciá y Compañía, pesas	203'30	
Dietas Junta Reformas Sociales	48'00	
Total		2 213'50
Existencia en Caja hoy día 12		16.237'77

Figura 35.- Publicación del movimiento de caja del Ayuntamiento en octubre de 1923.

Efímero resulta el mandato de D. Manuel Lucerga, pues el día 25 del mismo mes de octubre, de nuevo el Capitán de la Guardia Civil vuelve a presidir una reunión extraordinaria de los munícipes, para comunicarles, sin más explicaciones, que el Sr. Gobernador ha declarado nulo el ayuntamiento nombrado el pasado día 5, y hay que hacer otro, asumiendo la alcaldía Antonio Sánchez Bernad; había comenzado este su trayectoria política en las filas republicanas,⁴⁹ fue corresponsal del semanario alicantino "La Unión Democrática", alejándose posteriormente de estas ideas para situarse junto a Andrés Tarí; era fabricante de alpargatas y fue miembro directivo del Centro Industria Alpargatera, y de la Sociedad de Socorros Mutuos "El Porvenir"; creó varias publicaciones, entre ellas, "La Industria y el Pueblo", "La Voz de la Verdad" y "La Semana"; a su muerte era presidente de la Asamblea Local de la Cruz Roja.

El nuevo cabildo municipal, eufemísticamente Junta de Vocales Asociados esta formado por:

Tabla 22.- Composición del Ayuntamiento de Elche el día 25 de octubre de 1923.
(Junta de Vocales Asociados).

Evaristo Sánchez Chilar
Tomás Amorós Peral
José Sánchez Chilar
Mariano López García
Julián Verdú Rizo
Pedro Navarro Martínez
Antonio Torremocha Torregrosa
Isidro Ibáñez Aparicio
José Sánchez Gómez
Andrés Alonso Adsuar

¹⁷⁴ Semanario *Trabajo*, 14 de octubre de 1923.

José Castaño Pomares
José Parreño Campello
Francisco García Selva
Diego Maciá Moxica
José Gadea Tarí
Diego Pascual Cataluña
Antonio Ruiz Agulló
Francisco Gómez García
Diego Maciá Diez
Francisco Pérez Tarí
Francisco Candela Martín
José Quiles Agulló
Gines Campello Urbán
José Davó Pérez
Jaime Pomares Sansano
Lorenzo Quiles Sánchez
Antonio Martínez Lledó

Como venia anunciando el Dictador, en su manifiesto, *“Somos el Somaten, de legendaria y honrosa tradición española,..... Horas solo tardará en salir el decreto de organización del Gran Somatén de España”* (ABC); en efecto, tan pronto como el día 17 de septiembre se extiende por todo el país la organización del somaten. En Elche se constituye poco después, en el mes de diciembre, bajo el mando como cabo de distrito de Pascual Mas, y teniendo como subcabo a Diego Ferrández Ripoll, a quienes se suman Antonio Pascual Quiles, Ramón Chilar Sánchez, Vicente Torres Serrano, Ramón Peral Irlés, Francisco Ferrández Ruiz, Juan Mas Aznar, Pascual Maciá Moxica y Casto Torregrosa Parreño.

Tampoco es largo el mandato del Sr. Sánchez Bernad. El 12 de enero de 1924 se publica el Real Decreto de constitución de las nuevas corporaciones provinciales, especificando que los nuevos miembros deberían ser nombrados entre los habitantes de la provincia mayores de 25 años, con título profesional, sean principales contribuyentes o desempeñen cargos directivos en corporaciones representativas de intereses culturales, industriales, etc; así tres días mas tarde, Antonio Carreras, Delegado Gubernativo informa que según medida adoptada por el Directorio Militar con carácter general, previa la venia del Excmo. Sr. Gobernador Civil, se procede a sustituir, que no destituir al actual Ayuntamiento; es indudable que, pese a las proclamas de cambio, de apertura, de integración efectuadas por el Directorio en sus primeras alocuciones, esta disposición restringe considerablemente el acceso a los cargos decisorios; a diferencia de lo que se indicará poco después con el estatuto municipal, no se hace mención alguna al sexo femenino. Por cierto, que en este caso, no se pudo hacer la transmisión de poderes, debido a que la persona designada se encontraba enferma, y el propio delegado gubernativo tuvo que presidir tres sesiones del ayuntamiento, hasta que el día 21 de enero, tomó la vara de mando el mencionado Diego Ferrández Ripoll; en el acto no se permiten intervenciones, solo se concede la palabra al alcalde, que obviamente, agradece la designación, aunque reconoce su falta de experiencia, y toman posesión los 22 nuevos concejales. Por si quedaban dudas de la forma de nombramiento de estos vocales, uno de ellos, Pascual Antón informa que no puede aceptar el cargo de concejal; la respuesta del Delegado es tajante: no se le acepta la dimisión y si tiene algún motivo, que lo presente al Consejo en la próxima sesión. Y para dejarlo más claro aun, Vicente Torres

Serrano propone (y se acepta, claro está), enviar un telegrama expresando la adhesión del pueblo de Elche al Directorio.



Diego Ferrández Ripoll.

Figura 36.- Diego Ferrández Ripoll

Para seguir mostrando el carácter autocrático cuando más adelante (julio de 1924), ante una cuestión planteada sobre si se le deben pagar sus honorarios a José Martínez Pérez, médico titular interino, durante el periodo en que desempeñó el cargo de concejal, la respuesta del Gobernador Civil es también taxativa: no hay inconveniente en abonarlos, ya que fue nombrado concejal por decisión del Gobierno Civil, no por elección ni porque él lo solicitara.

El día 9 de abril de 1924, hay una sesión extraordinaria, presidida por el Delegado Gubernativo, a fin de proceder a la constitución de la nueva corporación, con arreglo al Estatuto Municipal aprobado el 8 de marzo y en vigor desde abril; ahora establece que serán electores todos los españoles de 23 años, y las españolas de igual edad que tengan carácter de cabeza de familia con casa abierta, no sujeta a patria potestad, autoridad marital ni tutela; para ser concejal, hay que tener 25 años, ser elector, saber leer y escribir, la mujer siendo cabeza de familia lo podrá ser reuniendo iguales condiciones. Parece bastante claro que la mujer para ser concejal no puede ser casada, debe ser soltera o viuda, admitiendo, por tanto, la subordinación de la mujer al marido; se nombran alcalde, tenientes de alcalde, sustitutos de tenientes de alcalde.

Tabla 23.- Composición del Ayuntamiento de Elche en abril de 1924.

1. Diego Ferrández Ripoll (alcalde)	13. Abelardo Llopis Ruiz (sustituto)
2. Juan Brufal Miralles (1ºTte. alcalde)	14. José Mas Aznar
3. José Latour Sánchez (2ºTte. Alc.)	15. José Manchon Jaén
4. Vicente Torres Serrano (3ºTte. Alc.)	16. Jaime Pomares Javaloyes
5. Jaime Águeda Torregrosa (4ºTte. Alc.)	17. José García Alberola (sustituto)
6. Gabriel Ruiz Chorro, (5ºTte. Alc.)	18. José Torres Castaño
7. Francisco Espinosa Gómez (6ºTte. Alc.)	19. José Antón Matéu
8. Antonio Jaén Serrano (sustituto)	20. Diego Pascual Urbán
9. José Bernad Martínez	21. Diego Macia Moxica
10. Casto J. Torregrosa Parreño (sustituto)	22. Francisco Serrano Rodríguez
11. Jaime Martínez Torres	23. Ramón Chilar Sánchez (sustituto)
12. Francisco Martínez González	24. José Samper Moreno
	25. Vicente Coves Antón

Y concejales de elección corporativo, por la Comunidad de Labradores (uno de los cuales, Joaquín Salvador Rabasa fue designado sustituto de teniente de alcalde), por las Sociedades Populares Coro Clavé, Blanco y Negro y El Porvenir.

Hasta estos momentos, el Ayuntamiento de Elche venia celebrando sesión plenaria, de carácter ordinario, y asistencia un tanto escasa de sus concejales, con cadencia semanal; la mayoría de las veces, la reunión tenia lugar en segunda convocatoria, por falta de quórum en la primera; no existían periodos vacacionales, ni en verano, ni en Navidad; tenían lugar las reuniones incluso en fechas tan señaladas como el 13 de agosto, el 12 de octubre (a pesar de haber sido declarado festivo por el Gobierno de Antonio Maura). En el año 1922 hubo un total de 54 sesiones, 56 en 1923; parece que los concejales no tenían demasiado interés por las cuestiones municipales, ya que la asistencia a los plenos era más bien escasa, salvo en 1924, primer año de Dictadura, cuando bajo un férreo control, se registra una afluencia más importante de ediles: en la tabla siguiente mostramos las reuniones habidas en cada año, la suma total de asistentes a ellas en todo el año, la media de personas en cada pleno, y el porcentaje con respecto al total posible (número de sesiones multiplicado por número de concejales.)

Tabla 24.- Asistencia a sesiones plenarias del Ayuntamiento de Elche.

	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Asisten	671	791	538	210	250	134	190	183	220
Plenos	54	56	28	16	15	10	12	10	12
Media	12,4	14,1	19,2	13,1	16,7	13,4	15,8	18,3	18,3
Teórico	1512	1568	784	448	420	280	336	280	336
%	44,4	50,4	68,6	46,9	59,5	47,9	56,5	65,4	65,5

Pero a partir de 1924, se decide celebrar alrededor de diez sesiones plenarias al año, en dos periodos cuatrimestrales, pasando el carácter ejecutivo a la Comisión Permanente Municipal, formada por el Alcalde y cinco o seis tenientes de alcalde; esta sí que se reúne semanalmente; aun así, vemos como la asistencia de los tenientes de alcalde va cayendo con el correr de los años, máxima el primero, no llegan cuatro personas de media en los

sucesivos; y muchas veces tienen que hacerse en segunda convocatoria por falta de quórum en la primera.

Tabla 25.- Asistencia a reuniones de la Comisión Permanente del Ayuntamiento de Elche.

	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Com. Perm	19	49	51	53	54	53	55
Asisten	96	218	234	214	202	197	208
Media	5,1	4,4	4,6	4,0	3,7	3,7	3,8
Teórico	114	294	306	318	324	318	330
%	84,2	74,1	76,5	67,3	62,3	61,9	63,0

Esta decisión, que, de entrada parece hurtar al Ayuntamiento Pleno la capacidad de discusión y decisión, resulta en la práctica muy operativa; la ausencia de puntos de vista diferentes, la falta de otras ideologías o modos de entender la convivencia, la uniformidad de pensamiento y acción, permite centrarse en aspectos meramente locales de la gestión; las reuniones de la Comisión permanente, como hemos señalado, eran abiertas al público, y, curiosamente, a diferencia de lo que ocurría con anterioridad, se permite la intervención directa de los ciudadanos. No deja de ser llamativo que el libro de actas municipal sigue exhibiendo el sello de “Ayuntamiento Constitucional de Elche”.

Y también es de señalar que comienza la incorporación de la mujer a la actividad política (si es que a una concejalía se puede llamar cargo político en esa época). En febrero de 1925 dimiten tres concejales, y son sustituidos por dos mujeres, en este caso, Josefa Buch López y María García Fernández, las primeras en ocupar un escaño municipal en Elche; en Madrid, de sesenta y cuatro concejales, cuatro eran mujeres¹⁷⁵. En Alicante ya había tres mujeres con dicho cargo, y en Quatretondeta, Matilde Pérez Mollá fue alcaldesa desde 1924 hasta 1930. La noticia es recibida con alborozo en el ayuntamiento ilicitano, de tal modo que una representación de los ediles se desplaza al domicilio de las mencionadas señoras, para hacerles patente su satisfacción y hacerles obsequio de los distintivos correspondientes. Esta actitud, galante, traduce, en opinión de Adriana Cases¹⁷⁶, un machismo acendrado, al poner de manifiesto que la mujer accede al ayuntamiento por deferencia y cesión del varón, y no por méritos propios. No obstante, el paso femenino por el consistorio es fugaz: ambas dimiten en la crisis municipal de abril de ese año, junto con otros quince ediles.

Diego Ferrández Ripoll permanece al frente de la alcaldía hasta abril de 1925, en que es nombrado alcalde Gabriel Ruiz Chorro, farmacéutico, que ya era concejal y quinto teniente de alcalde, formando parte, además, de la Junta Municipal de Sanidad.

¹⁷⁵ VILLARIN, Juan. *El Madrid de Primo de Rivera, 1928*. Nova, 1979.

¹⁷⁶ CASES SOLA, Adriana. *Del “Ángel del Hogar” al “Ángel del Ayuntamiento”*. *Mujeres e imagen del poder en Alicante. (1923-1930)*. Feminismo/s, 16, 2010.



Gabriel Ruiz Chorro

Figura 37.- Gabriel Ruiz Chorro



Sebastián Maciá Martínez.

Figura 38.- Sebastián Maciá Martínez

Gabriel Ruiz Chorro (que durante la II República se afilió a Derecha Llicitana y fue asesinado el 24 de agosto de 1936¹⁷⁷) permanece al frente del Consistorio hasta marzo de 1926, en que es sustituido por Sebastián Maciá Martínez, quien persiste en el cargo hasta noviembre de 1928, cuando es nombrado Antonio Ripoll Javaloyes, (Vicepresidente de Derecha Llicitana en 1933; en febrero de 1938 fue condenado por un Tribunal Popular a seis años de prisión por conspiración para la rebelión militar) reemplazado a su vez, en enero de 1929 por Antonio Bonete Pomares, quien cede el cargo en febrero del año siguiente a José Antón Soriano, de corto mandato, al ser reemplazado nuevamente por Diego Ferrández Ripoll a los tres meses, para dar paso a la primera corporación republicana en abril de 1931.

Es una tónica dominante en casi todos los alcaldes de este periodo, reconocer, unas veces de forma pública, otras de manera implícita, su falta de vocación y sobre todo, de experiencia política; ninguno de ellos había militado con anterioridad en ningún partido político, no estaba avezado en las luchas intestinas que son inherentes a estos grupos; empresarios de renombre, acostumbrados a gestionar y también a dar órdenes, no tenían práctica alguna ni en las labores de gobierno ni en las de oposición. Aun así, no se entiende bien la postura de humildad (¿?) de Diego Ferrández Ripoll, cuando es nombrado alcalde por segunda vez, ya en 1930 y afirma que *“es la primera vez que tiene*

¹⁷⁷ ORS MONTENEGRO, Miguel. *Elche, una ciudad en guerra, (1936-1939)*. Ali i Truc, 2008.

el honor de presidir la comisión permanente, y solicita la cooperación de todos, porque tiene gran voluntad, pero carece de condiciones para tan difícil misión”,

Quizás tampoco les hiciera mucha falta la experiencia en política; meros eslabones de una cadena, su función primordial era obedecer al que tiene que mandar y mandar al que tiene que obedecer; así, en los primeros meses de andadura, son tutelados por el Delegado Gubernativo, que preside en varias ocasiones los plenos municipales. No obstante, gozaban de una cierta autonomía, al menos en el plano teórico, puesto que el Estatuto Municipal de 8 de marzo de 1924 llevaba una declaración doctrinal en su preámbulo que no tiene desperdicio: *“la fuente máxima de toda soberanía municipal radica en el pueblo; el sufragio debe ser, por ello, su forma de expresión”*¹⁷⁸; en la práctica, esto será así solo para decisiones de ámbito estrictamente local; por ejemplo, no pudieron oponerse a participar en la financiación de las exposiciones universales de Barcelona y Sevilla, o a colaborar en numerosos festejos y homenajes a personalidades del régimen; tenían poca capacidad de endeudamiento, debían cumplir y ajustarse al presupuesto y rendir cuentas anualmente. Aunque, como buenos empresarios y administradores, su gestión, al menos en el aspecto económico no se puede considerar mala; siempre procuraban dejar algo en las arcas municipales cuando cesaban; al liquidar el presupuesto de 1930 había un remanente de Tesorería superior a las 40.000 pesetas, y el saldo final era claramente positivo, casi 200.000, en un año de austeridad y retraimiento.

Anécdota: solía ser costumbre entre los militares, dimensionar el valor en términos genitales: en su manifiesto, el General Primo de Rivera ya afirma claramente que *“este es un movimiento de hombres; el que no sienta la masculinidad totalmente caracterizada, que espere en un rincón...”*; como en otras ocasiones, este lenguaje impregna también la política ilicitana: en junio de 1925, José Gómez Valdivia felicita en la comisión permanente *“por la nota de virilidad que no todo el ayuntamiento, pero la mayoría, había dado al excluir del presupuesto.....”*

Pero lo que no guarda relación Elche-Madrid son los cambios en los órganos de Gobierno: constituido el Directorio Militar en septiembre de 1923, no se plantea ningún cambio hasta diciembre de 1925, en que, fortalecido tras el éxito del desembarco de la bahía de Alhucemas, la derrota de Abd-el-Krim y el fin de la guerra de Africa, el General Primo de Rivera forma el conocido como Directorio Civil, que perdura hasta la remodelación de 1928. Sin embargo, en Elche hubo en ese periodo nada menos que ocho personas al frente de la alcaldía, uno repitió mandato y otro fue tan breve como el ya mencionado Manuel Lucerga Hernández, menos de un mes, siendo el más duradero, Sebastián Maciá Martínez, que permaneció en el cargo desde abril de 1926 hasta noviembre de 1928.

¹⁷⁸ ULLOA CISNEROS, Luis, y cols. *Historia de España*. Vol. 5. Instituto Gallach de Librería y Ediciones, Barcelona, 1959.

Tabla 26.- Alcaldes de Elche durante la Dictadura.

año	NOMBRE	INICIO	meses
1923	Lucerga Hernández, Manuel	octubre	1
1923	Sánchez Bernad, Antonio	octubre	3
1924	Ferrández Ripoll, Diego	enero	15
1925	Ruiz Chorro, Gabriel	abril	11
1926	Macia Martínez, Sebastián	marzo	30
1928	Ripoll Javaloyes, Antonio	noviembre	4
1929	Bonete Pomares, Antonio	febrero	12
1930	Antón Soriano, José	febrero	10
1930	Ferrandez Ripoll, Diego	mayo	11
	Duración media		10,67
	Desviación estándar		7,46

Contrasta claramente esta inestabilidad, por ejemplo, con la situación de Alicante capital: el primer alcalde designado, tras el golpe, fue Miguel de Elizaicin y España, militar de corte liberal, que permaneció hasta la remodelación tras ser aprobado el estatuto municipal en marzo de 1924; le sucedió Miguel Salvador Arcángel, también militar, conservador, que duró apenas un año, para ser sustituido en 1925 por Julio Suárez Llanos, militar monárquico, que permaneció hasta el advenimiento del General Berenguer en 1930, seguido por Florentino de Elizaicin y España, de pocos meses en el cargo, siendo el último, antes de la llegada de la República, Gonzalo Mengual Segura; es decir que hubo más cambios en los catorce meses de dictablanda que en los siete años de dictadura.

Como hemos señalado, Manuel Lucerga Sánchez fue designado alcalde en la sesión del uno de octubre de 1923, por Decreto de la Presidencia del Directorio Militar; pero, una vez constituido el Consistorio, es declarado nulo por el Gobernador Civil, y los concejales designados tienen que reunirse otra vez; la convocatoria viene firmada en esta ocasión por Antonio Sánchez Bernad, como alcalde accidental, y no acude al acto el depuesto alcalde, quien, así al menos, conserva la dignidad de no verse nombrado y cesado en tan solo veinte días, sin explicaciones ni agradecimientos: irónicamente, poco después, el Gobernador informa que ha aceptado la dimisión del Sr. Lucerga (la convocatoria decía muy claro que se había declarado nulo el ayuntamiento nombrado el día 5 de ese mes, no procede pues la dimisión, tiene el carácter de un cese en toda regla). Y como era de esperar, el alcalde accidental pasa a ser alcalde efectivo. Y algo parecido ocurre, como hemos visto líneas arriba, en enero del año siguiente, cuando según la medida acordada por el Directorio Militar con carácter general, previa la venia del Gobernador Civil, se procede a sustituir, que no destituir (¿Cuál es la diferencia?) al ayuntamiento, y nombra nuevo alcalde al subcabo del somatén, Diego Ferrández Ripoll, el cual permanece en el cargo hasta ser sustituido por Gabriel Ruiz Chorro: en la reunión de la Comisión Permanente del 11 de marzo de 1926, este informa de las cuentas de las fiestas pasadas, que ocasionaron unos gastos superiores a las 25.000 pesetas contra unos ingresos que no llegaron a 4.500, desfase que el alcalde cubrió graciosamente aplicando la partida correspondiente a gastos de representación; esto fue mal recibido por algunos concejales, entre ellos, Jaime Pomares Javaloyes, quien pregunta por los ingresos habidos con los conciertos de la Banda de Música, por qué los dueños de los cafés y otros establecimientos han dejado de contribuir a los gastos de las fiestas, y pide comprobantes de las cuentas; airado D. Gabriel le retira la palabra, pero otro concejal, Martínez Torres reprocha su actitud al primer mandatario, afirmando que los ediles tienen perfecto derecho

a enterarse de la gestión municipal y pedir justificantes de los pagos. La reunión siguiente es presidida por Sebastián Maciá Martínez al haber presentado la dimisión el Sr. Ruiz Chorro. Maciá Martínez es el alcalde más duradero del periodo.

Pero esta rueda de dimisiones no afectaba solo a los alcaldes; ya hemos indicado que el mismo día en que se constituye el Ayuntamiento por decreto, un concejal afirma que no puede tomar posesión, y se le deniega la solicitud, El primero en “dimitir oficialmente” es el propio Lucerga Hernández, el segundo, Pascual Román Antón, al que no se le había admitido por el Delegado Gubernativo; en enero de 1924 se marchan José Martínez Pérez, que pasa a ser Médico Titular y Ramón Botella Bru; después, José Juan Orts Martínez, también por ser nombrado Médico Titular, Francisco Llebrés al ser designado Inspector Veterinario Municipal, y Ramón Peral Irlés “por sus muchas ocupaciones”. En noviembre salen en bloque Juan Brufal, Vicente Torres, Jaime Agueda, Joaquín Salvador Rabaza y Antonio Jaén. Al año siguiente dimiten: Diego Maciá Moxica, Manuel Montenegro, Ramón Chilar, José García Alberola, Francisco Espinosa, Abelardo Llopis, María García, Josefa Buch, José Mas Aznar, José Torres Castaño, Casto J. Torregrosa (fallecería apenas dos años más tarde), Francisco Martínez, Juan Pérez Soto, José Bernad, José Manchón Jaén, Vicente Coves y Juan Gracia Beltrán, junto con el alcalde, Diego Ferrández.

Así las cosas, en abril se procede a renovar los cargos, quedado constituido el Ayuntamiento por:

Tabla 27.- Composición del Ayuntamiento en abril de 1926.

Alcalde	Gabriel Ruiz Chorro
1º Tte. Alcalde	Jaime Pomares Javaloyes
2º Tte. Alcalde	Francisco Quiles Macia
3º Tte. Alcalde	Francisco Brufal Miralles
4º Tte. Alcalde	Francisco Picó Ripoll
5º Tte. Alcalde	Luís Sempere Rizo
6º Tte. Alcalde	Francisco Miller Giner
Suplentes Tte. Alcalde	Juan Maciá Martínez José Antón Mateu Javier Martínez Torres Diego Pascual Urbán José Samper Moreno José Maciá Penalva
Concejales Jurados	José M ^a Castaño Martínez Antonio Antón Morell Vicente Asensio Bañón
Concejales jurados Suplentes	Rafael Bañón Valero Andrés Serrano Selva Ricardo Parreño Campello
Concejal Corporativo Sociedad artística popular Coro Clavé	Vicente Asensio Bañón

Otra vez, el alcalde fue elegido por votación. En agosto se incorporan nuevos concejales: Julio Ramón Segrelles, Mariano Rodríguez Irlés, Emigdio Tormo Santamaría, Vicente Castaño Martínez, José Coquillat Pascual, Anibal Chorro Juan, Carlos Lozano Agueda,

Ramón Peral Irlles, Francisco Molla Serrano y Arístides Botella Torres, En diciembre continua el goteo de concejales dimisionarios, y en enero son Rafael Bañón, Vicente Castaño, Diego Pascual y Francisco Brufal quienes abandonan el Consistorio; en marzo consta la dimisión del alcalde, alegando razones profesionales, motivo perfectamente creíble, pero que tiene lugar después del señalado enfrentamiento verbal con Jaime Pomares Javaloyes. El nuevo alcalde es Sebastián Maciá Martínez, el de mayor permanencia en el cargo; ese mismo año, son Francisco Molla Serrano y Jaime Martínez Torres los que dimiten; en febrero de 1926 Francisco Quiles Maciá abandona el cargo de teniente de alcalde, y en octubre, el ayuntamiento.

En varias reuniones, tanto de la Comisión Permanente como de las sesiones plenarias, se han expuesto quejas de que en ocasiones, no pueden celebrarse por falta de asistencia, y se propone sancionar económicamente a los concejales que no asistan sin causa justificada a ellas, basándose en el artículo 29 del Estatuto Municipal vigente.

La composición del Ayuntamiento en junio de 1927 es la siguiente:

Tabla 28.- Composición del Ayuntamiento en junio de 1927

Para cubrir las vacantes existentes:

- Ramón Campello Martínez
- Ramón Falcó Antón
- Pascual Serrano del Campo

Concejales de elección:

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| • Vicente Torres Serrano | • Antonio Pascual Quiles |
| • Francisco Brufal Miralles | • Santiago Bordonado González |
| • Luís Latour Sánchez | • Diego Mendiola Gomis |
| • Francisco Samper Marco | • Santiago Antón Selva |
| • Antonio Brotons Oliver | • José Diez Mora |
| • Jaime Brotons Pomares | • Miguel Bellot Payá |
| • Francisco Ruiz Bru | • Manuel Rodríguez Irlles |
| • Dositeo Climent Mateu | • Jaime Torres Gomis |
| • Francisco Pérez Seguí | • Francisco Rico Peral |
| • José Grau Niños | • Andrés Castaño Valero |
| • Manuel Torres Serrano | • Jacinto Martínez Pascual |

Corporativos suplentes:

- | | |
|-------------------------|---------------------------|
| • Francisco Román Bañón | • Diego Pomares Campello |
| • Juan Orts Irlles | • Salvador Pico Martínez |
| • Jaime Martínez Torres | • Antonio Berenguer Verdú |
| • José Vicente Vicente | |

La situación permanece ahora estable, sin cambios, hasta el mes de octubre de 1928, que dimiten Francisco Picó y Ramón Campello Martínez; y otra vez, motivos profesionales alegados por el primer edil para abandonar el cargo, en febrero de 1929, accediendo a él Antonio Ripoll Javaloyes, que persiste hasta febrero del año siguiente, cesando por motivos de salud, (aunque Gabriel Ruiz Chorro afirma en el pleno no estar convencido de ello, sin aportar los motivos que le suscitan la duda)

Es llamativo que Antonio Ripoll presenta su dimisión, no ante el pleno municipal, sino ante el Jefe de la Unión Patriótica; de cualquier modo, se acepta y pasa a la alcaldía Antonio

Bonete Pomares; junto a él llegan nuevos concejales, y Aureliano Botella envía un saludo y consideración al Jefe Local de la Unión Patriótica.

Contrasta este baile de alcaldes y concejales con la estabilidad del Gobierno de Madrid: en septiembre de 1923, constitución del Directorio Militar, primero uno provisional, con los cinco generales palatinos que estaban al tanto del pronunciamiento (Muñoz Cobos, Saro, Daban, Cavalcanti y Berenguer) y luego el definitivo, con ocho generales de brigada, un contralmirante y un coronel como secretario; en 1925, el Directorio Civil; en 1928, ligera remodelación del equipo. En Elche, se suceden nueve alcaldes, y presentan la dimisión más de 40 concejales.

Ya hemos señalado la pasividad del Ayuntamiento ante la llegada del Directorio; ello no es de extrañar, pues fue la tónica general en toda España. Tenía razón Federico Bravo Morata¹⁷⁹, al firmar que en los primeros meses de 1924, los españoles asisten al desarrollo de la Dictadura un poco como el que se asoma al balcón para ver un desfile de soldados.

En opinión de Ricardo de la Cierva¹⁸⁰ quien verdaderamente ocupa el poder, no es solamente el Marqués de Estella, sino el propio Ejército Español, junto con las demás Fuerzas Armadas (la Marina) y de Orden Público. No es un simple pronunciamiento de un grupo militar para sustituir a un grupo civil; a un gobierno civil sucede un gobierno militar; todas las fuerzas armadas se implican en la aventura, porque va a ser el Ejército quien presida el Ayuntamientos, Diputaciones y corporaciones. Los Gobernadores Civiles serán sustituidos por militares, lo que Ramiro de Maeztu viene a designar como una Monarquía Militar¹⁸¹. De esta forma, una vez organizada la vida política desde el nivel ministerial hasta el municipal, era fundamental centrarse en el saneamiento de la economía; así se constituye el llamado Directorio Civil, en diciembre de 1925, donde “solo hay tres generales y un contralmirante”, en puestos realmente clave para el control militar de la situación (por si acaso), tales como Presidencia, Guerra, Marina y Gobernación, que están a cargo del propio Marqués de Estella, de O'Donnell, de Cornejo y de Martínez Anido, Tras la remodelación de noviembre de 1928, estando Calvo Sotelo al frente del Departamento de Hacienda, doscientos trece jefes y oficiales del Ejército fueron designados para desempeñar destinos civiles en el citado organismo.¹⁷⁵

Por eso, en Elche, al no existir a la sazón, ningún contingente de tropas, el pronunciamiento es dirigido por el Capitán de la Guardia Civil de forma aun más traumática que otras poblaciones.

La facilidad con que cayó el gobierno nacional de García Prieto (y en Elche, el municipal de Tomás Alonso), la pasividad con que respondió la sociedad al pronunciamiento militar que acababa con el régimen liberal, siguen resultando sorprendentes. Porque ¿Quién era la sociedad? ¿a quien podía interesar un cambio de régimen político?; según José Luís Martín¹⁴¹, la composición del Congreso en un año cualquiera, sería: 195 abogados, 53 propietarios, 11 industriales, 22 militares, 6 marinos, 18 ingenieros, 12 periodistas, 4

¹⁷⁹ BRAVO MORATA, Federico. *La Dictadura, I: 1924-1927*. Fenicia, 1973.

¹⁸⁰ CIERVA, Ricardo de la. *Historia básica de la España Actual, 1800-1975*. Planeta, 1974.

¹⁸¹ BAVIERA, S.A.R. Princesa Pilar de; CHAPMAN HOUSTON, Desmond, Comandante. *Alfonso XIII*. Juventud, 1945.

médicos, 3 escritores y un obrero; había 7 duques, 41 marqueses, 27 condes, 3 barones y dos vizcondes, con una mayor proporción de nobles en el sector conservador, y de intelectuales y periodistas en el liberal¹⁴⁴. Es opinión unánime que los ciudadanos de a pie estaban absolutamente desentendidos y desinteresados la política; Ortega y Gasset¹⁸² afirmaba que para los políticos no existe el resto del país, pero para el resto del país mucho menos existen los políticos; de acuerdo con la Constitución de 1876, la ley electoral de 1907 establecía un sufragio, no universal, restringido a “*todos los españoles mayores de 25 años, que se hallen en el pleno goce de sus derechos civiles y sean vecinos de un municipio en el que cuenten al menos con dos años de residencia*”. Estaba excluida la clase de tropa de los ejércitos o de los cuerpos e institutos armados con disciplina militar (como la Guardia Civil), así como los inhabilitados por la Justicia, los deudores a fondos públicos, los acogidos a la beneficencia y los autorizados para “*implorar la caridad pública*”¹³⁵. Esta norma era casi más restrictiva que la ley de 1878, que exigía los 25 años cumplidos y “*ser contribuyente por la cuota mínima para el Tesoro de 25 pesetas anuales por contribución territorial o 50 por subsidio industrial*”; estas normas excluían de entrada a casi cinco de cada seis ciudadanos mayores de 25 años,¹³⁵ y permitía que solo una mínima parte de la población, entre el 4.6 y el 5.7, según Martínez Cuadrado¹⁸³, pudiera participar de modo activo (elector), siendo menos aun los que participaban de modo pasivo (elegibles), sin tener en cuenta la aplicación del famoso artículo 29, las maniobras, falseamientos, coacciones y corrupciones, de modo que alrededor de un millón de personas, miembros del cuerpo social, constituidos jurídicamente como ciudadanos de primera categoría, decidiesen los destinos de otros casi 20 millones de personas de inferior categoría por razones económicas, de sexo o de edad. En 1915, 6.584 personas, en su mayoría analfabetas, formaban el censo electoral de Elche, con una población cercana ya a los 32.000 habitantes. Y es que lo más probable¹⁵² es que solo el 25-30 % de la población española fuera abarcable en el concepto genérico de clases medias, incluyendo en ello, lo que habitualmente se llama clase media baja, comerciantes y personas de actividad semejante. El resto de la población estaría formada por agricultores propietarios de pequeñas unidades de explotación, jornaleros, campesinos, obreros industriales y de servicios, conjunto que bien podría representar el 75 % restante. Incluido en el grupo de clases medias, podríamos también considerar el gran número de funcionarios, de ida y vuelta, cuyo puesto de trabajo estaba siempre pendiente del partido de turno gobernante; se decía, con cierta sorna, que cuando Romanones salía del gobierno, los trenes de Madrid a Guadalajara iban siempre llenos de cesantes.

No sería, por tanto, de extrañar que, salvo la clase política, que iba a perder sus privilegios, viendo afectado de forma directa su presente y su futuro (durante un tiempo también estuvieron preocupados por su pasado) y el estamento militar, llamado a dirigir los destinos de la Patria, el resto de la población viera con una parte de indiferencia, otra de expectación, y otra de esperanza, el nuevo régimen.

Otro sector que se iba a ver claramente afectado por el pronunciamiento, era la prensa; muchos de los medios de comunicación de la época estaban vinculados, de una u otra manera, a algún sector ideológico. En el mismo decreto de proclamación de la Dictadura se estableció directamente la censura previa, con lo cual, las posibilidades de expresión

¹⁸² ORTEGA Y GASSET, José. *España Invertebrada*. Espasa Calpe, 1964.

¹⁸³ MARTINEZ CUADRADO, Miguel. *Historia de España. La Burguesía conservadora*. Alfaguara, 1976.

con la situación sobrevenida, quedaron cercenadas de raíz. De hecho, según Bravo Morata¹⁷⁹ la prensa apenas si tenía hueco suficiente para reproducir las disposiciones oficiales; entre ellas y las noticias de inserción obligatoria, el periódico llegaba a los lectores de forma amputada y monocorde.

Diarios de reconocido prestigio, como el *Heraldo de Madrid* o el *ABC*, estuvieron también sujetos a tal férrea disciplina; sirvan como ejemplos, en el caso del primero, con frecuencia aparecían espacios en blanco o impresos con los tipos del revés, insertaba el siguiente texto: *“nuestros lectores sabrán disculpar algunas incoherencias que puedan advertirse entre ciertos párrafos de nuestros artículos, de nuestras notas y de nuestras informaciones. Estas incoherencias no nos son imputables”*; además de dejar bien claro que el ejemplar había sido sometido a la censura previa:



Figura 39.- Copia de un ejemplar de *El Heraldo de Madrid*, noviembre de 1923, donde se aprecia la advertencia de haber sido censurado, y un cuadro hecho con los tipos invertidos,

Lo de *ABC* resulta más duro aun: es conocido que Primo de Rivera era partidario de abandonar Marruecos y poner fin a derroche continuo de hombres y dinero; ello contaba con la oposición abierta de los militares africanistas, sobre todo, Franco, Goded y Yagüe entre otros; en 1924 el dictador decide visitar las guarniciones, y en la base de Ben Tieb es obsequiado con un banquete; las malas lenguas dicen que el menú estaba compuesto exclusivamente de huevos; lo que sí es más cierto es que los discursos a los postres fueron muy tensos, con un fuerte enfrentamiento entre Primo de Rivera y Franco, y que incluso este tenía previsto secuestrar al Presidente si las cosas tomaban ciertos derroteros. El discurso del dictador fue interrumpido entusiásticamente por uno de sus tenientes coroneles, el cual fue zarandeado por el entonces comandante Juan Varela; al término del almuerzo, Primo de Rivera interpeló a Franco diciéndole que *“para esto no debería haberme invitado”*, a lo cual respondió, despectivo, el futuro dictador que lo había hecho (invitarle) porque se lo habían ordenado; pues bien, el *ABC* refleja en su crónica del día 20 de julio *“fueron a Ben Tieb, donde se halla el campamento de las banderas del Tercio, y fueron obsequiados con un almuerzo, a cuyos postres el teniente coronel Franco ofreció el agasajo, contestándole el Presidente.”* Para evitar malas interpretaciones, fueron detenidos dos de los periodistas que presenciaron la escena (Víctor Ruiz Albéniz, conocido como Tebib Arrumi, el médico infiel y Emilio Herrero) y además, otro que la comentó a distancia (Rafael Sánchez Guerra)¹⁸⁴. Estos problemas con la censura también

¹⁸⁴ CIERVA, Ricardo de la. *Franco, un siglo de España*. Ed. Ramos Majos, 1973.

se plantearon en Elche; en diciembre de 1923, el concejal Jaime Pomares pide al alcalde que intervenga acerca de la persona encargada de la censura periodística, para que desempeñe su misión con la mayor benevolencia posible, ya que de otro modo, se irroga grande perjuicio, que precisa evitar; el alcalde responde que, aunque el censor depende del delgado gubernativo, procurará complacer al Sr. Pomares.

Según Francisco Villacorta,¹⁸⁵ los grupos profesionales organizados no tuvieron excesivos problemas para aceptar y prestarse a convivir con el régimen político dictatorial; quizás haya que destacar entre las reacciones más entusiastas, la de los jueces, organizados en la tolerada, aunque no legal, Unión Judicial, cuya comisión gestora fue recibida por algunos generales el mismo día 14 de septiembre, pocas horas después de haber sido constituido el Directorio. También se sumaron a la aceptación, asociaciones nacionales o regionales de maestros, la Unión Farmacéutica, la “identificación del Colegio Local de Farmacéuticos de Barcelona con la moral y doctrina en que inspira su actuación el Directorio”, la complacencia en la Junta General ordinaria de junio de 1924 del Colegio de Médicos de Madrid, la cordial adhesión de la revista “apolítica” de los funcionarios postales, etc. Hasta tal punto que el propio Ortega y Gasset tuvo que reconocer (*El Sol*, 27-nov-1923) que “*si el movimiento militar ha querido identificarse con la opinión pública y ser plenamente popular, justo es reconocer que lo ha conseguido por entero*”. El mismo Conde de Romanones afirma que “*no se debe estropear la labor de los que vienen con un programa de renovación*”. El periódico “*El Liberal*”, el 18 de septiembre opina que “*cuando los sublevados se jactan de haber recogido el ansia popular, tienen razón*”. El “*Imparcial*” también se decanta en el sentido de que “*la opinión presente días de zozobra.... Pero asiste con cierto regocijo al derrumbamiento de hombres y procedimientos que no acertaron*”. El *Diario de Valencia* también se suma a las adhesiones:

¹⁸⁵ VILLACORTA BAÑOS, Francisco. *Dictadura y grupos sociales organizados. 1923-1930*. Ayer, 40, 2000.

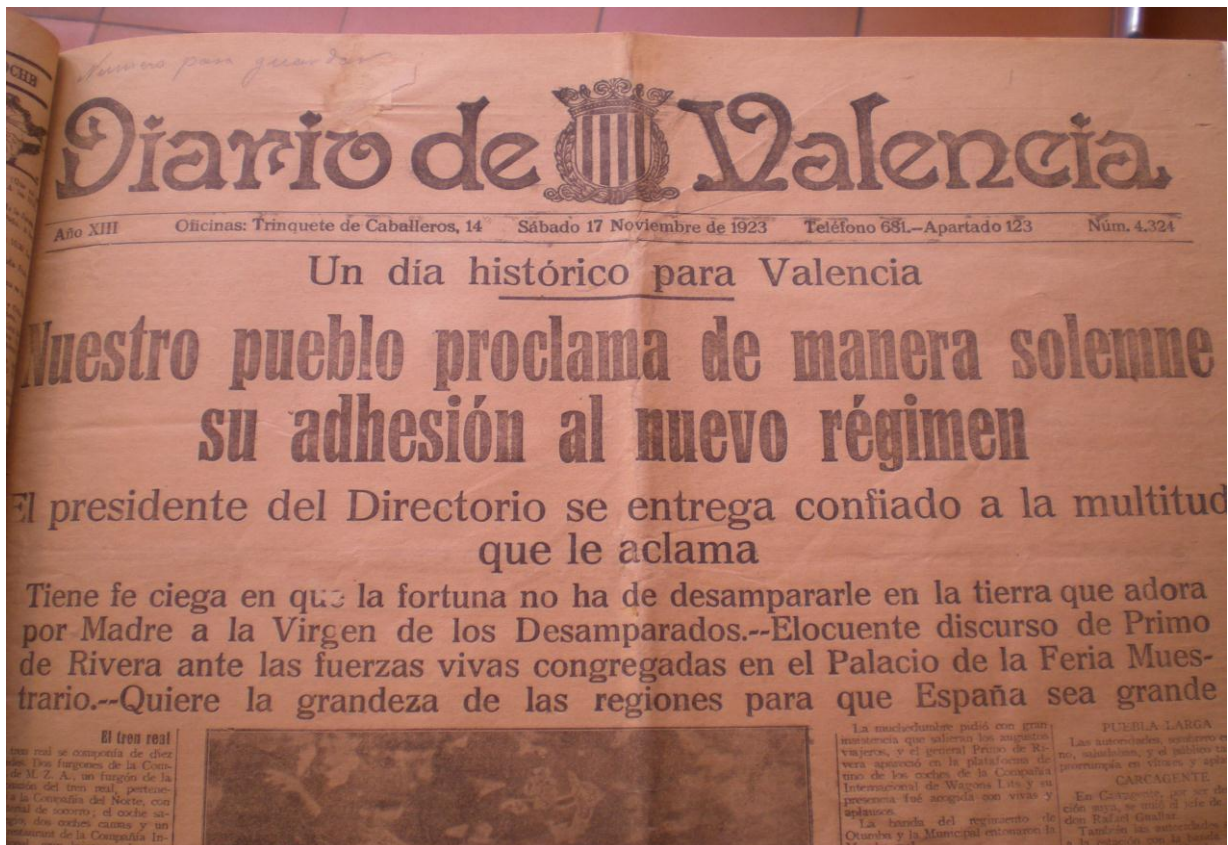


Figura 40.- Primera página del *Diario de Valencia* del 17 de noviembre de 1923.

Incluso el propio Alejandro Lerroux escribe en una carta a Vicente Blasco Ibáñez, en octubre de 1923 *“lo cierto es que se ha recibido bien, y que sus promotores o ejecutores están bien intencionados, pero fracasará pronto porque no hay preparación ni competencia, carecen de ideal político”*¹⁸⁶; parece que en esto último, no acertó el cordobés emperador del Paralelo barcelonense: la Dictadura superó los seis años de duración. Solamente Unamuno, y en cierta medida Marañón, mostraron de entrada su enemiga al régimen; se ha querido relacionar la animadversión de D. Miguel hacia el Monarca y el Dictador a la vista de la imposibilidad de ser repuesto en su cargo de Rector de la Universidad de Salamanca, del que había sido desposeído en 1914, pero también es cierto que desde febrero de 1924, próxima ya la sanción contra él, Unamuno fue el símbolo de la resistencia al poder para todos los intelectuales.¹⁸⁷

Mención aparte merece la actitud del Partido Socialista Español (aun no era obrero, aunque eran estos los que conformaban mayoritariamente su masa de afiliados y simpatizantes) y la Unión General de Trabajadores, UGT, su sindicato afin; de entrada, decide no secundar la huelga general que intenta promover la otra central sindical, la Confederación Nacional del Trabajo, CNT; a continuación emite un comunicado, redactado personalmente por Indalecio Prieto, que firman Pablo Iglesias y Francisco

¹⁸⁶ MARCO MIRANDA, Vicente. *Las conspiraciones contra la Dictadura. 1923-1930. Relato de un testigo*. Tebas, 1975.

¹⁸⁷ GARCIA QUEIPO DE LLANO, Genoveva: *Los intelectuales y la dictadura de Primo de Rivera*. Alianza Ed. 1988.

Muñoz Tomás por el partido, y Julián Besteiro y Francisco Largo Caballero por el sindicato, expresando su rechazo al golpe de estado e implantación de la dictadura¹⁸⁸ Sin embargo, a corto plazo, se imponen las tesis moderadas y negociadoras de Besteiro frente a la intransigencia de Prieto, aceptando la vía de la negociación que Primo de Rivera establece a través de Manuel Llana,¹⁸⁹ de modo que, al proscribir la dictadura a la CNT, queda la UGT como sindicato hegemónico.

A pesar de las promesas del General, de permanecer solo tres meses en el Gobierno, para dar paso a otro tipo de gobierno, lo cierto es que cuando el Conde de Romanones y García Prieto van a solicitar del Rey la apertura nuevamente de las Cortes, el Monarca les recibe con estudiada frialdad, y rechaza su solicitud, quebrando de esta forma el precepto Constitucional, y afirmando de modo explícito su apoyo a la Dictadura.

Intentando imitar, en cierta medida, el estilo impuesto en Italia por el Rey Vittorio Emanuele y Benito Mussolini, Primo de Rivera trató de crear un partido político que diera sostén y visos de participación a su régimen; para ello, planifica la creación, a lo largo del tiempo, de tres pilares que sostengan su edificio: un partido político, un parlamento y una prensa afines; así, en abril de 1924 oficializa la Unión Patriótica; pretendía con ello el dictador traspasar a manos civiles las funciones políticas que venía desempeñando el Ejército, para evitar su desgaste y tener un instrumento que relacionase al pueblo con el Gobierno, buscando un apoyo ciudadano. A diferencia del Partido Fascista italiano, de amplia base social, en España la Unión Patriótica no llegó a calar en el sentimiento nacional; incluso es difícil encasillarla como partido político, aun en momentos de partido único; en teoría¹⁹⁰ era una asociación constitucional exclusivamente destinada a apoyar al gobierno durante un difícil periodo de transición; “*debería estar constituida por todos aquellos que aceptaban la constitución de 1876*”, y pretendía “*agrupar a los hombres de ideas sanas, entre los cuales podrán encontrarse los candidatos para las elecciones generales, y a los que el gobierno prestará un apoyo decidido*”¹⁹¹; partido creado, no desde la base para intentar alcanzar el poder, sino desde el mismo poder para darse sostén a sí mismo, tuvo al inicio una clara misión de adoctrinamiento poblacional; en el mismo sentido, se fundaron las Juventudes de Unión Patriótica¹⁹², en un intento de frenar el ascenso de las juventudes de tendencia izquierdista, y que constituyó otro rotundo fracaso por falta de implantación y convencimiento de la juventud, ni siquiera hicieron un papel adecuado cuando se recrudeció la revuelta de los estudiantes en 1929¹⁹³; se ha afirmado¹⁹⁴ que al contrastar

¹⁸⁸ ANDRES GALLEGOS, José. *El Socialismo durante la Dictadura, 1923-1930*. Tebas, 1997.

¹⁸⁹ CARVAJAL, Pedro. *Memoria Socialista*. Temas de Hoy, 2005.

¹⁹⁰ PAYNE, Stanley G. *Falange: Historia del fascismo Español*. Sarpe. 1985.

¹⁹¹ MARTINEZ SEGARRA, Rosa M^a. *La Unión Patriótica*. Cuadernos de la Cátedra Fadrique Furió Ceriol, 1, 1992.

¹⁹² GONZALEZ CALLEJA, Eduardo. SOUTO HUSTRIN, Sandra. *De la Dictadura a la República: Orígenes y auge de los movimientos juveniles en España*. Hispania, LXVII, 225, 2007.

¹⁹³ QUIROGA FERNANDEZ DE SOTO, Alejandro: *Perros de Paja: Las Juventudes de la Unión Patriótica*. Ayer, 59, 2005.

¹⁹⁴ LEMUS LOPEZ, Encarnación. “*Vieja política*” y “*Nuevo régimen*” durante la dictadura de Primo de Rivera en Extremadura. Bajado de la red: institucional.us.es/revistas/contemporanea/7/art_12.pdf.

los nombres de los afiliados a la Unión Patriótica con los de los mayores contribuyentes que publicaban los Boletines Oficiales en algunas provincias, se descubría la más completa identificación, y también con nombres de políticos del antiguo régimen, que comenzaron a acercarse a la Dictadura apenas vieron triunfar el golpe; en Elche no hemos podido comprobar este extremo, aunque sí es cierto que la mayoría de los pertenecientes a la U.P. eran personas de nivel medio-alto. Estaba presidida por el médico Manuel Pascual Urbán, era secretario Jaime Pomares Perlasia, (hermano del médico José), vicepresidente, Sebastián Maciá Martínez, vocal nato Gabriel Ruiz Chorro, y vocales, Ladislao Orts Maciá, Joaquín Aznar Sevilla, Alejandro Guillén Yepes, Jaime Pomares Javaloyes, Francisco Brufal Miralles, Jaime Martínez Torres, José Pascual Urbán, que sería elegido posteriormente diputado provincial.⁵⁰



Figura 41.- Insignia de la Unión Patriótica; leyenda de “Por la Patria y Por el Rey” circundando la bandera nacional, sobre cruz en cada uno de cuyos brazos figuran las iniciales, U y P, el nombre de España, y la fecha, no de formación del partido, sino del pronunciamiento: 13 de septiembre de 1923. (Colección propia).



Figura 42.- Integrantes de la Unión Patriótica de Elche.

Como órgano de expresión, el dictador decide fundar “La Nación”, para cuya dirección propone al insigne escritor y cronista parlamentario José Martínez Ruiz, “Azorin”, el cual rechaza la oferta, ocupando este puesto desde 1925, el teniente coronel de Estado Mayor, encargado hasta entonces de la Oficina de Información y Censura, Pedro Rico Parado.²⁶

Una función ineludible de las dictaduras, es la perpetuación de la memoria; la decisión de intervenir, el momento de salvar a la Patria de los males que la afligen, el instante glorioso del sacrificio personal en aras del deber, deben ser recordados siempre, para que los ciudadanos perciban el esfuerzo realizado; la única legitimación del gobierno militar viene por los hechos consumados, requiere que los ciudadanos les reconozcan su derecho a gobernar a la vista de sus buenas obras; a tal fin, hay que conmemorar una serie de efemérides que quedan impresas en las páginas de la historia: el 23 de septiembre, aniversario de la proclamación del Directorio; el cumpleaños del Rey; las bodas de plata de Su Majestad con el Trono; nombramiento de los Reyes como alcaldes honorarios, lanzándose 21 “bombás”, a falta de cañones, como salvas de ordenanza, con comida extra para presos, pobres y enfermos; hazañas bélicas, etc.: así, en la reunión de la comisión permanente de Ayuntamiento de Elche de 22 de octubre de 1925, se acusa recibo de una carta del alcalde de Linares, porque, al hacer un mes de la toma de Axdir, propone se conceda el título de Bienhechor de la Patria al General Primo de Rivera por los servicios prestados a la nación desde su advenimiento al poder y la gloriosa página que acaba de escribir derrotando al enemigo africano en Alhucemas y Axdir. Felicitaciones, festejos y colgadas en septiembre de 1926 celebrando el tercer aniversario el acceso de Primo de Rivera al poder.

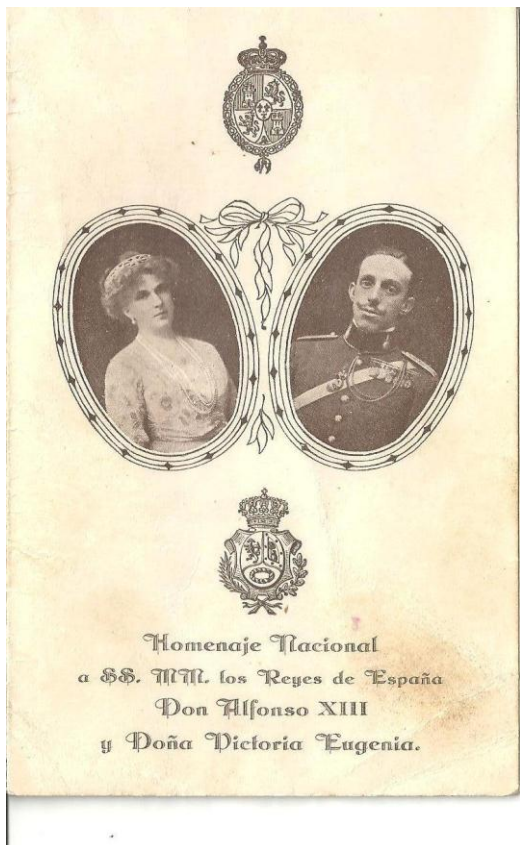


Figura 43.- Tarjeta invitación al Homenaje Nacional a los Reyes, y merienda ofrecida por el ayuntamiento de Madrid a los alcaldes de España, en enero de 1925 (colección propia).



Figura 44.- Homenaje de los ayuntamientos a los Reyes, con medallas conmemorativas, en tres categorías, oro, plata y bronce (colección propia).

A partir de 1926, una vez consolidada la Dictadura y perdidas las esperanzas de volver al sendero democrático, aunque fuera tan espúreo e inadecuado como lo era con anterioridad, las fuerzas políticas comienzan también en Elche una mínima labor, si no de oposición, que no estaba permitida, si de crítica y acoso al equipo gobernante; son multitud las intervenciones de destacados militantes del partido socialista, sobre todo Germán Penalva, del cual nos ocuparemos en más ocasiones; de entrada, en la toma de posesión de Sebastián Maciá, le da la bienvenida y *“espera que no sea tan negligente como los otros”*; clara toma de posiciones desde el primer momento; en muchas ocasiones interpela a la comisión sobre una gran variedad de asuntos; traslucen algunos una abierta intención de mejora, como la consignación de ayudas para lactancia, colonias infantiles para el verano; otras, adelantado a su tiempo, protesta por que se fume durante las sesiones de la comisión; otras veces, la impresión es que intenta desgastar al gobierno, con denuncias sobre alineaciones en las obras, licencias de edificaciones, recibos de la luz, cortes del suministro a deudores (él mismo llegó a tener varios recibos impagados), hasta tal punto que momento hubo en que el alcalde le reprendió su actitud, reconociendo, a renglón seguido el Sr. Penalva que ha sido procesado por defender los intereses del pueblo, pero que su intención no era la de ofender, sino aportar ideas para el bien común.



Figura 45.- Ayuntamiento de Elche, alcalde, concejales y maceros.

A los cuatro años de instaurada la Dictadura, se hacía necesario buscar un instrumento que diese marchamo de institucionalidad al sistema de mando único; así, en septiembre de 1927 se crea la Asamblea Nacional Consultiva, con la misión fundamental de redactar una legislación que proporcionara una salida, al menos pseudoconstitucional a la Dictadura; estaba compuesta¹³⁵ por los altos cargos del Estado, las provincias y los municipios (todos ellos designados de manera directa por el Gobierno), representantes corporativos (también de libre designación), y afiliados de la Unión Patriótica “*como representantes de la gran masa apolítica que respondió al llamamiento del Directorio en momentos de incertidumbre y de inquietud*”; se incluyeron personas de la talla de Jose Yanguas Mesía, Ramiro de Maeztu, Gabriel Maura, José María Pemán, etc; fueron invitados a participar los antiguos dirigentes y líderes de los partidos dinásticos, y también personas de otras ideologías, como Largo Caballero, Pi y Suñer, Casares, Fernando de los Ríos, Llana, y un largo etcétera; curiosamente, incluye en la propuesta un total de quince mujeres, entre ellas, Blanca de los Ríos, María de Maeztu y Dolores Cebrián, esposa esta de Julián Besteiro; pero todos ellos rechazaron el ofrecimiento¹⁹⁵ mostrando de nuevo su clara oposición al método elegido; integrada por casi cuatrocientos miembros, un grupo era designado directamente por el Estado, y el resto lo componían representantes de los municipios y las provincias; por Elche, fue designado Jaime Pomares Javaloyes. Una de las más importantes tareas de esta Asamblea Nacional fue la elaboración de un nuevo texto constitucional, punto crucial de fricción a la larga entre el Monarca y el Dictador. Resulta llamativo el error flagrante cometido por este último al proponer la redacción de una nueva carta magna; no creemos que tuviera tan malos asesores en derecho constitucional, así que nos inclinamos a pensar que fue una de sus frecuentes imposiciones: teniendo en cuenta que la Constitución de 1876 había sido

¹⁹⁵ GUZMAN, Eduardo de. *1930: Historia política de un año decisivo*. Tebas, 1973.

excepcionada, pero no derogada, quedaba patente, que, según el espíritu y la letra, una nueva Constitución solo podía ser aprobada por las Cortes con el Rey; para ello sería necesario, pues, convocar Cortes por el procedimiento antiguo, precisamente contra el que había venido a romper la Dictadura, lo cual, además de inviable, era de suicidas, puesto que ni el más ingenuo podría esperar que los políticos denostados y desplazados por el golpe de estado, iban a votar favorablemente un nuevo texto, que, por añadidura, iba a dejar al parlamento, es decir, a la nueva Asamblea Nacional, sin funciones de control del ejecutivo, antes bien, se convertía en su soporte legal; un nuevo Consejo del Reino asesoraría al Rey en sus decisiones. Pero lo cierto es que los miembros de la mencionada Asamblea Nacional, como hemos señalado, vendrían a ser designados por el Directorio, a través de su Ministro de Gobernación, Martínez Anido: este sistema recuerda mucho al caciquil y encasillado de la Restauración.^{135,178}

Sin embargo, la luna de miel del Dictador con la sociedad no duró en demasía; era de esperar que los políticos desplazados del poder por las bravas, no se quedaran de brazos cruzados; pero tampoco el Ejército iba a secundar de forma unísona el movimiento. Simplificando, se puede considerar que la España rural aceptó a Primo de Rivera y se mantuvo más o menos fiel, mientras que las primeras reacciones de oposición surgirán en las zonas urbanas, entre las clases intelectuales, clases medias, estudiantes universitarios, y por último, la clase obrera.

Como suele ocurrir, los primeros movimientos de protesta fueron encabezados por los jóvenes, sobre todo universitarios; con anterioridad a la Dictadura, estos movimientos eran un tanto ficticias: los únicos que podían estudiar eran los hijos de la clase dominante, por lo que no iban a tirar piedras contra su propio tejado; y, como es de esperar, las medidas represivas de estos “movimientos sediciosos” eran paternas y de conmiseración; el enriquecimiento de las clases medias tras la Guerra Mundial permitió el acceso a la Universidad de otro tipo de jóvenes, más vindicativos y decididos; una parte de ellos fue alineada en organizaciones confesionales, como la Asociación de Estudiantes Católicos o la Asociación Católica Nacional de Propagandistas del Cardenal Herrera Oria; frente a ella, las juventudes socialistas, y, sobre todo, la Federación Universitaria Escolar de José María Sbert y Antolín Casares, notable preponderancia en la oposición a la Dictadura.

Según Vicente Marco Miranda¹⁸⁶ apenas transcurridos dos meses del pronunciamiento, ya comenzaron las maniobras contra el Directorio, procedentes en su mayoría, de personas exiliadas a Francia; entre ellas, Vicente Blasco Ibáñez; dice Alfons Cucó en el prólogo, que el blasquismo fue probablemente, entre 1896 y 1933 el partido más popular y característico del País Valenciano; abiertamente republicano, luchador infatigable contra la Dictadura y la Monarquía, embebido en la masonería, publicó una serie de artículos, el más importante de los cuales, quizás, fue “*Una Nación secuestrada*”, seguido por “*Lo que ha de ser la República Española*”, de desigual repercusión en el territorio nacional. Hubo numerosos intentos de derribar el régimen, que, a veces parecen de opereta; militares y civiles entremezclados, unidos todos por un “*fervoroso amor a la Patria y la libertad*”, con intereses y puntos de mira muchas veces distintos, cuando no contrapuestos, pretendían golpes de estado que eran descubiertos sistemáticamente por el eficaz servicio de información del Ministro de Gobernación, Martínez Anido, o abortados espontáneamente por los propios golpistas al comprobar la desunión y falta de apoyo; la mayoría de ellos carecían de un líder carismático, civil o militar, que aglutinase voluntades y señalase el camino; así, hay un miniputch en Granada el mismo año 1924. Incluso el ejército de Africa se llegó a plantear la insurrección, propuesta de Franco a Queipo de Llano, según Paul

Preston.¹⁹⁶ Alejandro Lerroux informa en 1925 que se está fraguando un movimiento militar, dado que los civiles no tenían los elementos necesarios para una revolución; estaban enterados de ello, Alcalá Zamora, Melquíades Álvarez y el conde de Romanones, y lo dirigían el General Aguilera y el coronel Segundo García, afirmando aquel que “con un pelotón de veinte o treinta soldados” era capaz de hacer la revolución, al confiar más en la pasividad que en la colaboración de la Guarnición de la ciudad de Valencia; con todo preparado para el levantamiento en la noche de San Juan de 1926, el Gobierno, ya apercibido, había acuartelado las tropas e interceptado las comunicaciones; esa misma noche fueron detenidos los conspiradores, entre los que se contaba un capitán que más tarde volvería a intentarlo, pagando entonces con su vida el fracaso: Fermín Galán Rodríguez. Por último, en enero de 1929, y colocando a la cabeza a José Sánchez Guerra, venido ex profeso para ello desde Francia hasta Valencia, se hace una nueva intentona, que fracasa en la ciudad del Turia ante la negativa del General Castro Girona a participar, y no logran extender el movimiento sedicioso al resto del país, salvo a Ciudad Real; este movimiento sedicioso es referido con bastante concreción por Francisco Alía Miranda³⁹; cerca de nosotros, este último intento tuvo alguna repercusión solamente en Alcoy, donde hubo una huelga general de cuatro días de duración, sin más consecuencias.

Elche se mantuvo siempre al margen de estos movimientos; en las actas municipales no consta ninguna alusión a lo sucedido. Y lo mismo se puede decir del conflicto con los estudiantes o con el cuerpo de Artillería, eran estos problemas distantes del devenir ilícito, y el consistorio se mantenía fiel al gobierno. El movimiento republicano propugnado por Vicente Blasco Ibáñez apenas trascendió más allá del área metropolitana de Valencia, pese a los esfuerzos de colaboración con los radicales de Lerroux, y desde luego, en Elche no tuvo absolutamente ninguna resonancia.

Es de señalar que, a pesar de ser una Dictadura Militar, no hubo ninguna ejecución, tan habitual en aquella época, tras los pronunciamientos contra ella; si hubo alguna condena a pena capital, fue indultada; la mayoría de las veces, fueron encarcelamientos y sanciones económicas, (durante toda la Dictadura solo fueron condenados a muerte y ejecutados por garrote vil, los inculcados en el asalto al tren Correo de Andalucía, escabroso episodio, que acabó con la vida de inocentes funcionarios de correos a mano de delincuentes comunes, un grupo anarcosindicalista atracador de un banco y los involucrados en el oscuro y maquiavélico suceso de Vera de Bidasoa). Incluso como respuesta a la “sanjuanada” de 1926, se procedió a detener a los generales Aguilera, Weyler y Batet, y a imponer fuertes multas a los involucrados en la intentona, como el Conde de Romanones y el doctor Marañón. Hasta el propio Azaña, con su mala sorna habitual, tuvo que reconocer que “*por no ser grandiosa en nada (la dictadura), ni siquiera llegó a serlo en su crueldad*”. Podría ser que el hecho de que su golpe de Estado fuera casi de guante blanco, sin necesidad de represalias, incruento y sin víctimas, influyera sobre el carácter, ya de por sí bonancible, del General Primo de Rivera, para no proponer ninguna condena de muerte.

Una de las características del régimen primorriverista en lo económico, fue el intervencionismo y la protección de lo español; se elevaron las barreras aduaneras frente a la competencia extranjera, y se potenció la industria nacional (aunque, por otro lado, se hicieron enormes concesiones a empresas extranjeras, como la Internacional Telephon

¹⁹⁶ PRESTON, PAUL. *Franco, Caudillo de España*. Grijalbo, 1994.

and Telegraph, ITT), con grandes proyectos, del tipo de las confederaciones Hidrográficas, el Proyecto de Firms especiales, para construcción de carreteras, etc. La reforma de la política tributaria propugnada por Calvo Sotelo¹⁹⁷, de incremento fiscal con imposiciones directas sobre rentas, sin modificar los gravámenes sobre consumo, chocó frontalmente con los intereses de las oligarquías financieras y terratenientes, de modo que estas magnas obras hubieron de ser financiadas por emisión de deuda pública. La reforma agraria propuesta en 1929 también tuvo el rechazo de la oligarquía terrateniente.

Como hemos señalado, el proyecto de texto constitucional redactado por la Asamblea Nacional a instancias de Primo de Rivera, fue un motivo de confrontación entre las dos máximas figuras de la Nación. Se ha dicho, creo que acertadamente, que si una dictadura pudiera irse, quizás no fuera tan grave; pero es que no puede irse, ni en el triunfo ni en el fracaso; en el triunfo, porque, obviamente, no ve motivos para irse; en el fracaso, porque necesita triunfar; no olvidemos el aforismo de los pronunciamientos armados: si triunfa, Laureada de San Fernando; si fracasa, paredón de fusilamiento.

La cuestión de volver a la “normalidad” no significaba volver, sin más, a la Constitución de 1876. El primer paso fue la convocatoria de una Asamblea Nacional, adicta al régimen y de matriz corporativa; no se trataba en absoluto de un parlamento elegido en pública concurrencia, soberano y con funciones legislativas y de control. Afirmada la idea, un plebiscito refrendó en 1926 los términos del proyecto, y se hizo la convocatoria al año siguiente. Los trabajos de la Asamblea se centraron en la elaboración de un anteproyecto de leyes constituyentes; los principios inspiradores fueron, una monarquía inviolable, un estado unitario, oficialidad de la religión católica, límites de los derechos individuales y colectivos, etc.

Pero la principal preocupación de los ponentes del anteproyecto era salvaguardar la autoridad del ejecutivo; la soberanía se adjudicaba al Estado “órgano permanente representativo de la nación”¹⁹⁸, de modo que se recortaban las facultades legislativas del parlamento, y se eximia al gobierno de rendir cuentas.

Cuando se presentó este proyecto a la consideración del Consejo de Ministros presidido por el Rey, ninguno de ellos se atrevió a manifestar ningún reparo en presencia de Primo de Rivera; sin embargo, Alfonso XIII, avisado y sagaz, con claras ideas al respecto, expuso que necesitaba tomar unos días de reflexión antes de formar su opinión, lo cual equivalía, en el lenguaje palatino al uso, la retirada de la confianza regia.

Por otro lado, la permanencia en el sistema autocrático trajo consigo los inevitables enfrentamientos con las diversas clases sociales españolas; hubo varios puntos de inflexión que condujeron al deterioro progresivo de la dictadura y abocaron a su final.

En primer lugar, la clase intelectual¹⁸⁷; si en un principio aceptaron al General como medio para garantizar el orden y normalizar la vida política, pronto comenzaron a clamar por las libertades perdidas; fueron muchos los escritores y catedráticos que se enfrentaron a Primo de Rivera, el cual nunca llegó a entender a los universitarios; en 1925, ciento setenta y cinco personalidades, del tamaño de Ortega y Gasset, Pérez de Ayala, Marañón, Jiménez de Asúa, Ossorio y Gallardo, Teófilo Hernando, Camba, Marquina,

¹⁹⁷ AUNOS, Eduardo. *Calvo Sotelo y la política de su tiempo*. Ediciones Españolas, 1941.

¹⁹⁸ FONTANA, J.; VILLARES, R.- *Historia de España. Vol. 7: Restauración y Dictadura*. Crítica, 2009.

etc., firman un escrito manifestando a las claras que silencio no es aquiescencia, y que se debe volver a la senda constitucional; por otro lado, la decidida apuesta de la dictadura por la Iglesia Católica hizo que se intentara equiparar la titulación de las universidades públicas con las de los jesuitas de Deusto y los agustinos de El Escorial, lo que motivó la protesta enérgica de estudiantes (integrados en la Federación Universitaria Española, nacida en 1927, de clara tendencia izquierdista) y catedráticos; la respuesta del dictador fue el cierre de la Complutense, la expulsión de los líderes estudiantiles y la descalificación de alumnos y profesores; como reacción, abandonaron sus cátedras Ortega y Gasset, Sánchez Román, Jiménez de Asúa, de los Ríos y García Valdecasas; Unamuno, junto con Rodrigo Soriano¹⁹⁹, fue deportado a Fuerteventura, Marañón, Pérez de Ayala, Valle Inclán, se enfrentaron abiertamente al Dictador. Según algunos autores,²⁰⁰ Ramón y Cajal se negó a asistir a la inauguración del monumento erigido en su honor por suscripción popular; sin embargo, según otros, su ausencia se debió al entierro de uno de sus colaboradores, y la postura de D. Santiago no fue de enfrentamiento claro; de hecho, pocos días después, firmó en el plebiscito a favor de la Dictadura, y envió una carta de agradecimiento por el homenaje.



Figura 46.- Monumento a Cajal, Parque del Retiro, Madrid. Fotografía del autor.

¹⁹⁹ BAHAMONDE, Angel. *Historia de España siglo XX: 1815-1939*. Cátedra, 2000.

²⁰⁰ BERBEL, Carlos. *Santiago Ramón y Cajal*. Ed. Rueda JM, SA, 1996.

Como contrapunto a la férrea censura de prensa, a la persecución de la clase intelectual, a las infinitas trabas puestas por el Dictadura para la libre circulación de las ideas y el pensamiento, aparece, justo en esta época, la llamada segunda edad de oro, o edad de plata del arte y de las letras españolas, la generación del 27: Pedro Salinas, Joan Miró, Jorge Guillén, Gerardo Diego, García Lorca, Dámaso Alonso, Vicente Aleixandre, Luis Buñuel, Rafael Alberti, Luis Cernuda, Salvador Dalí, Max Aub, etc.

El Ejército, no tan monolítico como se creía, tenía también sus aguas revueltas; General de Infantería, Primo de Rivera no veía con buenos ojos la escala del elitista Arma de Artillería. Los propósitos de establecer un sistema único de ascensos por méritos y abrir una Academia General Militar, donde se formaran conjuntamente hombres de las distintas Armas, irritó a los privilegiados artilleros: el Ejército, en su conjunto, retiró la confianza en el dictador, no por ser un régimen autoritario, sino porque estaba violentando los intereses de algunos sectores militares, como los artilleros, ingenieros o Estado Mayor; los que se oponían a la dictadura por motivos ideológicos eran una minoría, casi todos lo hacían para defender sus intereses, individuales o corporativos²⁰¹ Primo de Rivera reaccionó, como siempre, disolviendo el Arma y sancionando a sus componentes; la mediación real condicionó la reinstauración de este sector de la milicia, creada ya la Academia de Zaragoza, al frente de la cual colocó a uno de los más destacados generales africanistas, Francisco Franco. Pero la hostilidad de los artilleros persistió, más o menos latente, hasta el punto de llegar a prestar apoyo a José Sánchez Guerra en el intento frustrado de pronunciamiento de 1929 en Valencia.

Hemos señalado anteriormente el apoyo manifiesto del gobierno de Primo de Rivera a la Iglesia Católica, lo cual no fue obstáculo para que en noviembre de 1923 se abriera en Madrid la primera capilla protestante; además, la franca connivencia de la dictadura con la Unión General de Trabajadores, postergó de modo notable a los sindicatos católicos, con el consiguiente desagrado de las organizaciones confesionales.²⁰²

Uno de los pilares de la política económica de la dictadura, fue la protección a ultranza de la industria nacional; la norma fundamental era no adquirir fuera lo que se podía fabricar en España, con independencia del coste. Los índices de producción, tanto industrial (siderurgia, metalurgia) como de materias primas (carbón, mineral de hierro) aumentaron exponencialmente; notorio incremento del comercio exterior, de modo que, aunque al fin y a la postre, la balanza comercial fuese deficitaria, aumentaron las exportaciones y se moderaron las importaciones.

Epoca de estabilidad social y política, facilitó la llegada de capital extranjero en cantidades apreciables; se permitió la instalación en España de determinadas empresas de desarrollo estratégico, como la ITT, la Standard Oil, la Shell, etc; grandes inversiones en grandes obras públicas, como la electrificación, el plan de firmes especiales, las confederaciones hidrográficas, impulsaron un importante desarrollo económico del país, con claras mejoras en las comunicaciones.

²⁰¹ NAVAJAS ZUBELDIA, Carlos. *Ejército y sociedad en España. 1923-1930*. Berceo, 116-117, 1989.

²⁰² REQUENA, Federico. *Católicos, devociones y sociedad durante la Dictadura del Primo de Rivera y la Segunda República. La obra del Amor Misericordioso en España (1922-1936)*. Biblioteca Nueva, 2008.

El Ministro de Hacienda, decidió emprender una reforma hacendística que corrigiese los desequilibrios y permitiese una adecuada estabilidad presupuestaria; hasta la fecha, el 47 % de los gastos del Estado eran logrados en base a impuestos indirectos soportados por las clases inferiores, en claro beneficio de la oligarquía; Calvo Sotelo pretendió gravar las rentas de capital, pero se encontró con la oposición de las clases dominantes (¿Cuántas veces nos ha pasado esto?), que abortó la reforma fiscal. Pese a todos los intentos, el déficit público seguía creciendo, por lo que la necesidad de aumentar los ingresos se hizo perentoria; el paso siguiente fue la creación de monopolios a fin de rentabilizar los beneficios obtenidos por las empresas extranjeras, como la Compañía Arrendataria del Monopolio de Petróleos, ello condujo a la retracción de la inversión extranjera, con caída del volumen de negocio de la banca española, que retiró el apoyo financiero al Régimen; de esta manera, el miedo a posibles nacionalizaciones, con desplome de la bolsa, la salida masiva de divisas, una balanza comercial cada vez más negativa, hicieron que la cotización exterior de la peseta fuese rápidamente a la baja, haciendo tambalearse al régimen, como vemos en la tabla siguiente, tomada de Vila San Juan.²⁶

Tabla 29.- Fluctuaciones de la moneda durante la Dictadura.

FECHA	Dólar	Libra	100 Fr. Franc	100 liras
25-9-1923	7.26	33.02	44.90	33.50
1-4-1925	7.01	33.53	37.30	29.05
31-12-1929	7.41	36.23	29.35	38.95
29-1-1930	7.84	38.15	30.85	41.10





Figura 47.- Billetes de 100 y 50 pesetas, de 1925 y 1928 (colección propia).

La aguda depresión económica desencadenada en todo el mundo por el crack bursátil de Nueva York en octubre de 1929 no tuvo, a corto plazo demasiada repercusión en España, un tanto aislada, sus efectos se notaron más en los años siguientes, ya bajo gobiernos republicanos.

Este cúmulo de desatinos, junto con el deterioro físico por una diabetes mellitus no controlada, fueron minando la resistencia del General; ante el poco interés mostrado por el Monarca hacia su proyecto de nueva Constitución, tuvo la infeliz ocurrencia de recabar, a espaldas del Rey, el apoyo de los Capitanes Generales, la respuesta de sus compañeros de armas, manteniéndose fieles por encima de todo a D. Alfonso, le hicieron ver que había cometido errores imperdonables, y debía resignar el mando; así lo hizo, dimitiendo el 28 de enero de 1930; pocos días después, marchó a Paris, donde falleció en marzo.

CAPITULO 3.- EL AÑO SIGUIENTE.

El año 1930 comienza en Elche, como todos los anteriores, con una reunión extraordinaria de la comisión permanente, “para proceder a la formación y publicación de las listas de electores para compromisarios, conforme al artículo 25 de la Ley de 8 de febrero de 1877”. Estas listas se formaban siempre con todos los componentes del Ayuntamiento, alcalde y concejales, y un número, cercano a 140, de principales contribuyentes de la ciudad. Hasta febrero de este año, este listado no tuvo ninguna utilidad, puesto que no hubo en ningún momento elecciones para ningún cargo.

En enero de este año, el Ayuntamiento era el siguiente:

Tabla 30.- Composición del Ayuntamiento de Elche en enero de 1930.

1. Antonio Bonete Pomares	14. Juan Orts Miralles
2. Jaime Pomares Javaloyes	15. Julio Ramón Segrelles
3. Ramón Campello Martínez	16. Emigdio Tormo Santamaría
4. Aristides Botella Torres (esta duplicado en el listado)	17. Aníbal Chorro Juan
5. Diego Irlés Martínez	18. Andrés Román Esteve
6. Francisco Millar Giner	19. José Bonete Alfonso
7. Juan Macia Martínez	20. Gabriel Ruiz Chorro
8. Carlos Agulló Amorós	21. Ramón Falco Antón
9. Ricardo Parreño Campello	22. Pascual Serrano del Campo
10. José Maciá Penalva	23. Antonio Antón Morell
11. Sebastián Macia Martínez	24. Francisco Picó Ripoll
12. Vicente Asencio Bañón	25. Aureliano Botella Torres
13. Andrés Serrano Selva	26. Joaquín M ^a Grau Gadea
	27. Juan Pérez Sánchez

Con la llegada del General Berenguer al poder, de forma quizás un tanto sorprendente para el interesado, como refiere en sus memorias,²⁰³ se produce una remodelación en los ayuntamientos, por el RD de 15 de enero; en el intento de demostrar su voluntad de volver a la senda constitucional y participativa, dictamina que la designación de los ediles se hará por mitades, la primera, entre los principales contribuyentes, por estricto orden de importancia según la cuota abonada, y la otra mitad, entre los concejales que obtuvieron mayor cantidad de votos en las elecciones celebradas desde 1917; (por una vez, se le encuentra utilidad a la lista de electores a compromisarios que se elegía el día uno de enero de cada año). Así, es nombrado alcalde José Antón Soriano, quien reajusta los cargos de confianza, y nombra tenientes de alcalde a Mariano Sánchez-Rojas Ibarra (Hacienda), Juan Martínez Fuster (Plazas y Mercados), Jaime Samper Moreno (Policía y Obras), Juan Brufal Miralles (Festividades y espectáculos) y nada menos que Tomás Alonso Blasco, encargado de Instrucción Pública y Bellas Artes; de esta manera, vuelven a aparecer nombres tan representativos como Gabriel Ruiz Chorro, Sebastián Maciá Martínez, Lorenzo Fenoll Serrano, Juan Hernández Rizo, Jaime Brufal Miralles o Vicente Sansano Fenoll.

²⁰³ BERENGUER FUSTE, Dámaso. *De la Dictadura a la Republica*. Ed. Tebas, 1975.

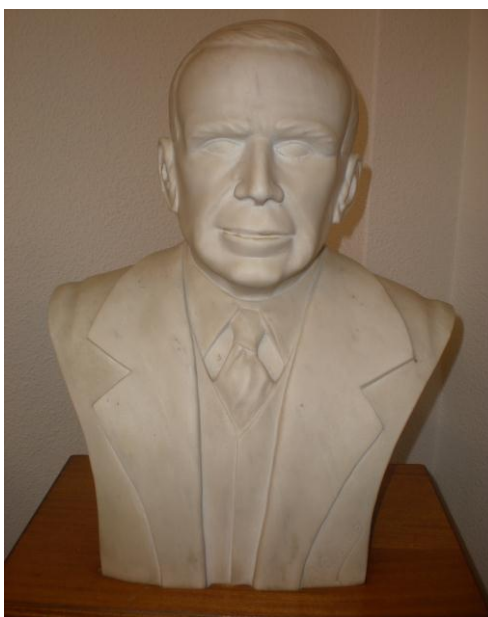


Figura 48.- Busto de Vicente Sansano Fenoll, Archivo Histórico Municipal de Elche. Fotografía del autor.

Es notorio que la intención de Berenguer, y del Monarca, era volver a la normalidad de una Constitución suspendida y violentada durante los últimos años; una especie de borrón y cuenta nueva, olvidar lo pasado, y comenzar otra vez con la actividad política plena.

Sin embargo, las mismas dificultades que encontró el General para formar gobierno, aparecen también en Elche: tres de los concejales nombrados, Valentín Boix Cerdá, Francisco Serrano Rodríguez y Juan Brufal Miralles, deciden renunciar al cargo tres meses más tarde, por considerarse demócratas y no haber sido elegidos mediante sufragio. La respuesta del alcalde no puede ser más demostrativa: no se les puede admitir la renuncia “ya que la forma como se ha ordenado la constitución de los Ayuntamientos obedece a un principio democrático y tiene por objeto el restablecimiento de la normalidad en el funcionamiento de las Corporaciones”. Juan Hernández Rizo hace un duro alegato contra la forma de constituir los ayuntamientos, sin dar participación a la clase obrera, manifestando que hace seis años ocupaba este mismo puesto, del que fue arrancado por una orden dictatorial, y que hoy vuelve aquí por orden también de otro gobierno, que toma posesión del cargo por mandato de su partido (socialista). Su protesta, y la de Juan Brufal (republicano) se recrudecen cuando es el gobernador civil quien designa a los tenientes de alcalde.

Contrasta, en cierta medida el goteo continuo de dimisiones de concejales que hemos señalado durante la dictadura, con el interés que muestran ahora otras personas por el cargo: Joaquín González Irlés reclama ante la Comisión Permanente haber observado que en la constitución del actual ayuntamiento, se ha prescindido de él como concejal en concepto de contribuyente mayor, mientras que ocupa ese cargo otra persona que paga menos contribución, presentando documentos acreditativos de lo expuesto, por lo que solicita sea nombrado regidor: no prospera la solicitud porque el mencionado Sr. González figuraba a principio del año por detrás de Francisco Vicente, el designado, como contribuyente.

De esta forma, el Ayuntamiento queda constituido a partir de febrero de 1930 por las siguientes personas:

Tabla 31.- Composición del Ayuntamiento de Elche en febrero de 1930.

Presidente: Antonio Bonete Pomares

Concejales

- Ramón Juan Irlés
- Salvador López Quereda
- Manuel Antón Selva
- Vicente Boix Javaloyes
- Vicente Sansano Fenoll
- Tomás Alonso Blasco
- Antonio Sempere Maciá
- José Escobar Botella
- Mariano Sánchez Rojas Maciá
- Juan Brufal Miralles
- Vicente Fuentes Sansano
- Francisco Vicente Pérez
- Lorenzo Fenoll Serrano
- Diego García Ferrández
- Antonio Navarro Diez
- Francisco Fluxá Bañón
- Jaime Samper Moreno
- Manuel Bri Pomares
- José Antón Soriano
- Francisco Serrano García
- Juan Hernández Rizo
- Carlos Agulló Amorós
- Jaime Pomares Javaloyes
- Juan Martínez Fuster
- Rafael Niñoles Javaloyes

Con la siguiente distribución de competencias:

Tabla 32.- Titulares de los departamentos del Ayuntamiento, 1930.

NOMBRE	AREA
Tomás Alonso Blasco	Instrucción Pública y Bellas Artes
Mariano Sánchez-Rojas Ibarra	Hacienda
Juan Martínez Fuster	Plazas y Mercados
Jaime Samper Moreno	Policía y Obras
Juan Brufal Miralles	Festividades y espectáculos
Antonio Navarro Diez	Beneficencia y Sanidad

Nuevamente, una Orden del gobernador civil vuelve a colocar a Diego Ferrández Ripoll al frente de la alcaldía; esta vez no se ha hecho por el sistema de designación de concejales y elección entre ellos del alcalde, se nombra directamente por el Gobierno. Y el nuevo ayuntamiento es el siguiente:

Tabla 33.- Composición del Ayuntamiento de Elche en marzo de 1930.

1. Diego Ferrández Ripoll.
2. Francisco Fluxá Bañón.
3. Rafael Niñoles Javaloyes.
4. Juan Martínez Fuster.
5. Vicente Boix Javaloyes.
6. Jaime Samper Moreno.
7. Lorenzo Fenoll Serrano.
8. Mariano Sánchez-Rojas Ibarra.
9. Manuel Diez Pomares.
10. Antonio Navarro Diez.
11. Carlos Antón Román.
12. Antonio Sempere Román.
13. José Escobar Botella.
14. José Antón Soriano.
15. Tomás Alonso Blasco.
16. Vicente Fuentes Sansano.
17. Manuel Antón Selva.
18. Salvador López Quereda.
19. Diego García Ferrández.
20. Francisco Serrano García.
21. Juan Hernández Rizo.
22. Ramón Peral Irlés.

23. Vicente Sansano Fenoll.
24. Jaime Pomares Javaloyes.
25. Carlos Agulló Amorós.
26. Francisco Vicente Pérez.

27. Alvaro Martínez Peiró.
28. Antonio García Sánchez.
29. José Sánchez Jayanes.
30. Francisco Pérez Seguí.

Ya hemos comentado que uno de los motivos de la caída de Primo de Rivera, en el aspecto económico, fue la crisis de la moneda, con importantísima depreciación de la peseta; en enero de 1930, el Ayuntamiento decide mantener el salario mínimo en cuatro pesetas diarias, con el mismo sistema de cálculo expuesto anteriormente; sin embargo, ante la carestía de la vida, a finales de año se eleva esta cantidad hasta las cinco pesetas, y en cincuenta céntimos más en enero de 1931; aunque no se expone nada al respecto en las actas, simplemente se menciona el acuerdo de subida, es posible intuir que la presencia de otras ideologías políticas en el consistorio tuviera alguna influencia sobre ello.

Hemos comentado que Primo de Rivera exponía de forma clara en su manifiesto del 13 de septiembre de 1923, que una de sus misiones era acabar con el caciquismo; *sensu strictu*, puede que lo consiguiera simplemente con la abolición del sistema electoral. Pero si lo que pretendía era acabar con la oligarquía financiera, esta claro también que no lo consiguió. A nivel local, podemos observar como hay personas que se repiten en todas las legislaturas, desde las democráticas hasta las de la “dictablanda”: Jaime Pomares Javaloyes, Juan Martínez Fuster, José Antón Soriano, Francisco Fluxá Bañón.

Como suele ocurrir después de periodos de régimen autocrático y personalista, se pasa de la sumisión y adulación a la negación y represión (a moro muerto, gran lanzada). A estas alturas, fracasadas las reformas que intentó el Marqués de Estella, vista la notoria debilidad del nuevo gobierno del General Berenguer, la soledad del Rey, han comenzado los partidos políticos anteriores a un rearme, si quiera moral, que les permita prepararse para una intensa labor de oposición y desgaste y coloque en situación de eventual toma del poder.

También en el ayuntamiento de Elche se solicita la creación de una comisión que fiscalice la gestión de los municipios que se han sucedido en la ciudad durante la dictadura (y no hace ni un mes que ha fallecido en Paris Primo de Rivera). El Partido Socialista solicita que se reabra el expediente Picasso, en un claro intento de volver a atacar tanto a Berenguer como al propio monarca, aun sabiendo que el asunto ya había sido resuelto en el Tribunal Supremo, (si bien no lo había sido desde el punto de vista político por la supresión de las Cortes en 1923).

No es fácil entender, con la óptica actual, la noción de democracia que inspiraba estas medidas; ni se permitía la participación ciudadana, ya que el alcalde y los cargos eran designados por Real Decreto entre los principales contribuyentes y personas de afinidad ideológica, ni se aceptaba la renuncia a los cargos designados. De cualquier modo, hay que admitir que a esas alturas de 1930, el país no estaba preparado para afrontar unos comicios; ni siquiera había acuerdo entre los distintos grupos políticos sobre el orden en que debían tener lugar: el Gobierno deseaba celebrar primero elecciones generales a Cortes; la oposición preguntaba con tesón si serian ordinarias o constituyentes; los republicanos pedían primero elecciones municipales, luego provinciales, y por fin, generales.

En Elche, se iban perfilando las distintas opciones; Diego Ferrández Ripoll reconoce ser claramente monárquico, Juan Hernández Rizo, socialista, Lorenzo Fenoll, conservador, Tomás Alonso sigue siendo liberal, al igual que Martínez Fuster, Vicente Sansano afirma que su partido agrario es liberal y democrático; van adquiriendo preponderancia la Agrupación Socialista y el Partido Republicano, en detrimento de los partidos dinásticos, prácticamente extintos, y los de más o menos nuevo cuño, brotados al socaire de una cierta apertura que tan necesaria le era al Gobierno central. A primeros de 1930, el Círculo Republicano se adhiere al Partido Republicano Radical Socialista, cuyo principal dirigente, primero a nivel local y después provincial, fue Julio María López Orozco, que recibió el respaldo de los líderes nacionales, Alvaro de Albornoz y Marcelino Domingo al visitar nuestra ciudad. El partido socialista es encabezado por Manuel Rodríguez Martínez.

El clima social se iba enrareciendo a medida que el Gobierno Berenguer demostraba su incapacidad para hacerse con la situación del país; en noviembre se producen altercados con ocasión del entierro en Madrid de cuatro obreros fallecidos como consecuencia del hundimiento de la calle Alonso Cano: “elementos anarquizantes” aprovecharon la ocasión para manifestarse por las calles céntricas de la ciudad, lo cual fue reprimido por las fuerzas de policía, y al día siguiente se convocó la huelga general, “de forma inesperada y rápida”, originando la dimisión del Ministro de Gobernación, General Marzo; de nuevo se le presenta a Berenguer el mismo problema; no encuentra nadie que quiera hacerse cargo del Ministerio, y tiene que reorganizar el gabinete como puede.

El desafecto al Presidente del Consejo de Ministros es patente en todos los órdenes; desde la intelectualidad, con Ortega y Gasset a la cabeza y su demolidor “Error Berenguer” y el profético Delenda est Monarchia, hasta las voces populares (un, dos, tres, muera Berenguer). Y es cierto que, si bien el Marqués de Estella tuvo al principio el beneplácito, o cuando menos, la aquiescencia, de la inmensa mayoría de los sectores sociales, económicos, intelectuales, militares, el Conde de Xauen tuvo a todos enfrente desde el mismo momento en que aceptó el forzado ofrecimiento del Monarca.

El Director General de Seguridad, Emilio Mola, informa de situación de calma, pero advierte de mantenerse vigilante; bajo una capa de aparente tranquilidad, el Ejército esta francamente descontento, y se va impregnando de una ideología, si no claramente republicana, si por lo menos, antimonárquica; preocupan algunas guarniciones, sobre todo las de Valencia; nadie espera que brote la chispa junto a los Pirineos, en Jaca.

La intentona político-militar de diciembre de 1930, fracasada al adelantarse a lo convenido Galán y García Hernández²⁰⁴ trajo como consecuencia el fusilamiento de estos, y la detención y encarcelamiento en Madrid de Alcalá Zamora, Miguel Maura, Fernando de los Ríos, Alvaro de Albornoz, Largo Caballero Casares Quiroga; huyeron o se escondieron, Azaña. Lerroux (como siempre), Marcelino Domingo y Prieto. A raíz de ello, y anulado también el intento de sublevación de la base aérea de Cuatro Vientos, hubo movimientos huelguísticos en varias ciudades. El propio General Berenguer lo atribuye a la C.N.T, y cita en su libro a Callosa de Segura, Elche, Elda y Monóvar. En Elche, fueron detenidos y encarcelados, primeramente en el Palacio de Altamira, y después en Alicante, Julio María López Orozco, Valentín Boix Cerdá, José Esclapez, Juan Selva Lucas, Juan Martínez,

²⁰⁴ DUQUE DE MAURA; FERNANDEZ ALMAGRO, M. *Por qué cayó Alfonso XIII*. Aldebaran, 1999.

José Galipienso, Manuel Peña, Gabriel López, Francisco Caparrós, Baldomero López Arias, Juan Hernández Rizo y Manuel Rodríguez Martínez.

Estos sucesos provocaron alteraciones del orden público, que hubieron de ser sofocados por las fuerzas de seguridad, sobre todo Guardia Civil y Carabineros; la dotación de la Benemérita en Elche era más bien exigua; ya en 1928 se había solicitado que se añadiese una pareja más a las cuatro existentes, lo cual se consideraba claramente insuficiente para un término municipal de más de 20 Km. de diámetro y 33 partidas rurales. El alcalde se queja amargamente en la comisión permanente de diciembre de lo sucedido, y haber tenido que recurrir a apoyo externo, de tal modo que el envío de tropas para restablecer la normalidad, ha supuesto al ayuntamiento unos gastos extraordinarios para los que no tenía consignación presupuestaria, debiendo pagar con cargo al capítulo de imprevistos, facturas de imprenta para emisión de bandos declarando el estado de guerra, bagajes y equipamiento para la tropa, en forma de colchones, camas, comidas, rancho, etc., etc. Y la corporación lamenta el contenido del oficio procedente del Regimiento de Infantería Princesa número 4, constituido en Juzgado Eventual, por el que comunica el procesamiento del concejal Juan Hernández Rizo, a principios del año siguiente. La situación política es tal, que se insta al alcalde para que se entreviste con el gobernador, a fin de gestionar la libertad de los llamados presos políticos y la apertura de los centros clausurados con motivo de los últimos sucesos. El mandatario provincial responde al primer edil ilicitano, que el asunto está en manos de la Jurisdicción Militar, pero que le autoriza a que reabra aquellos centros sociales que, a su juicio como mejor conocedor de la realidad social, estime conveniente, a excepción de los que hubieran sido clausurados por órdenes superiores.

El General Berenguer es sustituido al frente del Gobierno por el Almirante Aznar; (hagamos constar que el Ayuntamiento de Elche, en su sesión correspondiente al día 29 de noviembre de 1928, siendo alcalde Antonio Ripoll Javaloyes, decidió nombrar alcalde honorario al Capitán General de la Armada D. Juan Bautista Aznar Cabañas, impulsor de los canales del Taibilla en esta ciudad).



Figura 49.- Almirante Juan Bautista Aznar Cabañas.

Pero los viejos partidos políticos, cuyos representantes integraban la mayoría del Gobierno del Almirante Aznar, estaban ya vaciados de contenido cuando fueron borrados de la escena por la Dictadura, mientras que los nuevos partidos políticos sobre los que el Rey quería articular la nueva fase de la Monarquía, no pasaban aun de proyectos, y además, también estaban en buena parte, nutridos de viejos políticos.¹⁷⁸

El día 15 de marzo de 1931 tiene lugar la última sesión plenaria de este periodo en el Ayuntamiento de Elche; el día 27 la comisión permanente manifiesta su satisfacción porque han sido puestos en libertad los presos políticos; su última reunión es el día 4 de abril; en las elecciones municipales del día 12, se eligieron en Elche, 24 concejales republicanos y socialistas frente a 6 monárquicos. Es elegido nuevo alcalde el socialista Pascual Román Antón y se proclama la II República.

CUARTA PARTE

SALUD Y MEDICINA EN ELCHE. RESPUESTAS ORGANIZATIVAS Y DISPOSITIVOS ASISTENCIALES.

- 1.- LA SITUACION SOCIOSANITARIA.
- 2.- ORGANIZACIÓN MUNICIPAL DE LA SANIDAD.
- 3.- OTRAS AYUDAS SOCIALES.
- 4.- LA ASISTENCIA SANITARIA.
- 5.- ESTUDIO DE MORTALIDAD.

CAPITULO 1.- LA SITUACIÓN SOCIO-SANITARIA .

Desde la remota antigüedad ha preocupado las condiciones o circunstancias que influyen o condicionan la salud. En el Corpus Hipocraticum ya se clasifican en internas (raza, sexo, edad) y externas (alimentación, aire, traumatismos, venenos, animales); Galeno dividía las causas de enfermedad en externas o mediatas (trastornos alimentarios, sexuales o emocionales, venenos, intemperie) e internas o dispositivas (edad, sexo, constitución).¹⁵ A finales del siglo XVIII Johan Peter Frank destacaba el papel de la pobreza como causa principal de enfermar; en 1805, Hall²⁰⁵ afirmaba que las gentes se pueden clasificar en muchas categorías, pero a la hora de investigar la manera en que disfrutan o son privadas de los medios de sostén de la salud de sus cuerpos y sus mentes, solo necesitan ser divididos en dos grupos: ricos y pobres: un mayor nivel de ingresos permite dedicar un mayor volumen de recursos a la mejora de la salud, que, a su vez, permite obtener mayores ingresos, lo cual, además, suele venir asociado a un nivel de educación superior, que permite una utilización mas eficiente de los recursos, sobre todo sanitarios. Desde hace mucho tiempo²⁰⁶ se conoce la disponibilidad de alimentos como factor determinante de la salud y la capacidad de crecimiento de las poblaciones; más recientemente, McKeown²⁰⁷ llegaba a la conclusión de que la mejora en la nutrición y la higiene, junto con otras variables asociadas al desarrollo económico tenían un gran impacto sobre la reducción de la mortalidad poblacional.

Es de sobra conocido, y numerosos autores han incidido sobre ello^{131, 208}, que las desigualdades sociales condicionan de manera definitiva las diferencias en el modo de enfermar entre ricos y pobres, de manera que aspectos que no dependen estrictamente de la organización de los servicios sanitarios, como son la vivienda, la alimentación o la higiene, entre otras, van a repercutir de manera clara sobre la incidencia de determinadas enfermedades en ciertos estratos sociales. La relación del trabajo con la salud viene señalada desde las publicaciones pioneras de Bernardo Ramazzini²⁰⁹, y expuesta siempre en los tratados de Medicina del Trabajo.²¹⁰

Cuando se analiza el pauperismo desde el punto de vista sociológico, suele hacerse mención a las “3 p”: pobres, presos, prostitutas⁵⁷.

1.1.- LOS POBRES

Desde mucho tiempo antes, en Elche estaba definido por las ordenanzas municipales quien era pobre y tenía, por tanto, derecho a Beneficencia; en el pliego de condiciones para proveer en propiedad la plaza de Médico Titular del Arrabal, en 1912, se especifica que “...atenderá a las familias pobres del distrito, entendiéndose por tales, para los efectos de este contrato, los que determina con tal carácter el artículo 3º del Reglamento de 14 de julio de 1891.” (Legajo 3/31, AHME).

²⁰⁵ HALL, C. *The effect of civilization on the people in European Status*. Reeditada New York, AM Kelley, 1965.

²⁰⁶ MALTHUS, Thomas: *Ensayo sobre el crecimiento de la población*, 1798.

²⁰⁷ Mc KEOWN, Thomas. *El crecimiento de la población*. Antoni Bosch, 1978.

²⁰⁸ CASI CASANELLAS, A; MORENO IRIBAS, C. *Nivel socioeconómico y mortalidad*. Rev. San. Hig. Pub. 66, 1992.

²⁰⁹ RAMAZZINI, Bernardo. *De morbis artificum diatriba*, 1ª ed. Módena 1700 (op. Cit. Gil Hernández).

²¹⁰ GIL HERNANDEZ, Fernando. *Tratado de Medicina del Trabajo*. Mason, 2005.

Pero esta norma convertía el concepto de pobreza en una variable dicotómica: son pobres los que figuran en el padrón, no son pobres los que no figuran; como es fácilmente deducible, la pobreza y la riqueza son variables continuas, dependiendo del nivel de renta del individuo, y del entorno en que se desenvuelve; es muy habitual intercambiar los conceptos de clase social y nivel socioeconómico; podemos entender clase social como un sistema jerárquico de acuerdo con estructuras de poder o autoridad en relación con unas posibilidades económicas²¹¹ y nivel socioeconómico como una clasificación jerárquica conforme a niveles de prestigio y estilo de vida, a través de un enfoque unidimensional²¹² considerando ocupación y nivel de ingresos; gran parte de las medidas de clase social desarrolladas por los sociólogos occidentales, se basan en las dimensiones preconizadas por Weber²¹¹: clase, condición y poder; para las dos primeras, los indicadores utilizados con más frecuencia son la ocupación, la educación y los ingresos; así, la clase social, lleva incorporados distintos factores que inciden en el nivel de salud, puesto que la ocupación implica una diferente exposición a factores físicos, psicológicos y medioambientales, pero los ingresos también son un factor condicionante sobre el acceso al sistema sanitario y la posibilidad de disponer de una vivienda digna. Pero, de cualquier modo, si dividiésemos a la sociedad en cinco estratos, ateniéndonos, por ejemplo, a su nivel de renta, en muy bajo / bajo / medio / alto / muy alto, aun así, estos compartimentos tampoco serían totalmente estancos, no están separados por una delgada línea roja, sino por una ancha franja gris.

Y más aun, en la época que venimos estudiando, donde la precariedad en el empleo era la norma: tanto para el jornalero de labores agrícolas, sujeto a las inclemencias e irregularidades atmosféricas, con tremendas sequías que agostaban los cultivos, como para el operario del sector alpargatero, siempre con la incertidumbre del bajo salario, empeoramiento de condiciones laborales que pudieran empujarles desesperados a una huelga, o sometidos al arbitrio de la patronal, que decreta un cierre (lock out) cuando la volubilidad de los mercados no garantiza la rentabilidad apetecida de las operaciones.

La parte más baja de estas franjas, la muy pobre, tenía asegurada su asistencia sanitaria, en mayor o menor medida, por la Beneficencia Municipal. Con todo respeto hacia tan ilustre historiador, no coincidimos, por razones éticas, con Pedro Carasa²¹³: no nos parece que cuando un pobre adquiere el carácter de solemnidad (formalidad y legitimidad) sea sujeto de unos derechos económicos y sociales, y que está próximo a ser un privilegiado, contando con más derechos y recursos que el resto de las clases bajas. La parte más alta, grandes fortunas, terratenientes, grandes propietarios, nobles de la ciudad, etc., no necesitaba ayuda; acudía o llamaba al médico, (más frecuentemente esto último), cuando lo estimaba conveniente, abonaba sus honorarios, y adquiría los medicamentos sin ningún tipo de restricción. La clase alta, que estaría formada por profesionales liberales, abogados, industriales, comerciantes, etc., podía también acceder a la asistencia sanitaria por vía directa; no era habitual, en esta época la existencia de iguales entre pacientes y médicos,

²¹¹ WEBER, M. *Class, status and party*. En: Gerth, H; Mills, CW, Ed. From Max Weber: essays in sociology. Oxford University Press, 1946.

²¹² DUNCAN, O.D.: *A socioeconomic index for all occupations*. En: Reiss, A,J.Jr. Ed. Occupational and social status. New York Free Press, 1961.

²¹³ CARASA SOTO, Pedro. *Crisis y transformación de la beneficencia del antiguo régimen. Aproximación al sistema hospitalario de La Rioja entre 1750 y 1907*. Cuadernos de Investigación: Historia, 10 (1) 1984.

solo algún facultativo aislado las aceptaba. (Anuncio en el semanario *Trabajo* el 12 de octubre de 1913: *Clínica Médico-Quirúrgica de D. Julio María López Orozco. Canalejas (Corredora) num. 1. Consulta de Medicina y Cirugía General. Horas: de 10 a 12 de la mañana. Gratis para los pobres los miércoles. Visita a domicilio. Se admiten igualas*” De hecho, en 1911, los médicos de la localidad, Luís Gómez Aznar, Manuel Martínez Magro, Joaquín Santo García, Andrés Bru Gomis, Carmelo Serrano García, Juan Micó Serrano, Manuel Pascual Urbán, Santiago Pomares Ibarra y Alfredo Llopis Castelado, publicaron un manifiesto dirigido al pueblo de Elche, donde afirmaban que “*son las igualas médicas algo denigrante para el cliente y para el médico, desde el momento en que establecer un contrato por el cual ambas partes contratantes pierden algo de su libertad de acción*”;⁵⁰ subyace en el escrito un intento de controlar el uso inadecuado de los recursos, que ya por entonces empezaba a ser problema, puesto, que, como siempre, cada uno intenta optimizar sus inversiones: “*de esta manera, ni el excesivo celo del cliente, ni las libertades que le da la iguala, han de ser nunca motivo de avisos médicos intempestivos, ni el conocimiento que de todo esto tiene el facultativo han de ser causa de que este tome a beneficio de inventario las llamadas del cliente*” y advierten del establecimiento de una tarifa única de una peseta por visita, sin hacer, por cierto, distinción entre primera y sucesiva, diurna, nocturna, festiva o urgente. Se intenta, de esta manera, controlar la demanda de servicios, puesto que también en aquella época se cumplía el axioma de que a coste cero, demanda infinita; todos intentaban maximizar sus resultados: el usuario, una vez satisfecha su iguala, consideraba que podía disponer de asistencia médica ilimitada, para obtener la máxima rentabilidad de su desembolso, mientras que el facultativo, recaudada su cuota mensual, intentaba minimizar su esfuerzo, para rentabilizar al máximo su trabajo.

Y otra parte de estas franjas, la baja / media, formada en su mayoría por obreros, trabajadores por cuenta ajena, posiblemente con un poder adquisitivo más bien precario, o que estuvieran en el umbral de la pobreza, tenían otro tipo de cobertura sanitaria a través de los llamados Círculos, agrupaciones que, aunque su creación tuviera lugar en la década de los setenta del siglo XIX, fueron impulsados por el Marqués de Comillas, Claudio López Bru, los Círculos Católicos Obreros del Jesuita Antonio Vicent,^{121,214} y en Valencia, por Pérez Pujol, siguiendo las líneas doctrinales del Papa León XIII.

Esta oferta del catolicismo social no tuvo demasiada acogida en Elche, a diferencia de lo ocurrido en otras comarcas alicantinas, como Alcoy, donde la labor del Padre Vicent sí que obtuvo frutos de importancia²¹⁵. En junio de 1901 se fundó en Elche un Círculo Católico de Socorros Mutuos, que acogería a aquellas personas que, teniendo entre 14 y 54 años, estuvieran dispuestos a pagar 25 céntimos⁴⁹. Un año después, ya contaba con 1.085 socios y disponía de una escuela para adultos; en 1917 acuerdan crear una Caja de Socorros Mutuos para mujeres, a fin de “no dejar tan importante cuestión abandonada al sectarismo socialista”; nace así “El Remedio, Sociedad Católica Feminista de Socorros Mutuos”, de clara inspiración religiosa; se mantuvo bastante estable en cuanto a tasa de afiliación, pero se pierde su pista con la llegada de la Dictadura de Primo de Rivera.⁴⁹

De signo opuesto, estas sociedades tuvieron en Elche su reflejo en el Círculo Obrero y más tarde en El Despertar Femenino.

²¹⁴ WINSTON, Colin M. *La clase trabajadora y la derecha en España. 1900-1936*. Crítica, 1989

²¹⁵ MIRA ABAD, Alicia; MORENO SECO, Mónica. *Alicante en el cambio del siglo XIX al XX: secularización y modernidad*. Hispania Nova, 3, 2003.

Es decir, que en esta época solo eran objeto de seguros obligatorios, la jubilación (desde 1919) y la maternidad (desde 1926); en 1925, a nivel nacional, solo 400000 personas, sobre una población total cercana a los 22 millones, estaba protegida por sociedades privadas de ayuda mutua, según datos del Libro Blanco de la Seguridad Social.¹⁰²

Esto queda de manifiesto también en nuestra ciudad, incluso a nivel municipal, cuando Germán Penalva Mendiola, en abril de 1925, pregunta ante el pleno si los médicos de la Beneficencia tienen obligación de atender a enfermos pobres, y denuncia que uno de ellos, Julio María López Orozco se había negado a asistir a una paciente, Dolores Penalva Navarro (no dice que es su hija), asociada a la Unión Feminista, a pesar de haber sido requeridos sus servicios, alegando que para poder valorar a la enferma necesitaba realizar una Junta de médicos; el alcalde, tras las oportunas comprobaciones, le responde que la citada señora no tiene derecho a asistencia por Beneficencia, puesto que no consta como tal en el padrón municipal, y si que figura inscrita en una sociedad que dispone de un servicio de Socorros Mutuos y paga médico y asistencia de todos sus asociados. Es decir, que la separación era clara, si tenía una aseguradora de servicios sanitarios, no tenía derecho a asistencia de Beneficencia.

Se podría decir, pues, que existían en ese momento, tres tipos de relación médico-paciente: una totalmente directa, de las clases pudientes, que abonaban el acto médico una vez realizado; otra, de clases medias, también directa, pero mediatizada por la iguala, que incluía efectos perversos en la relación, como hemos señalado, y, por último, la de beneficencia, para desfavorecidos, en la que ya intervenía un tercer agente, financiador del servicio, el Ayuntamiento, que, además hacía funciones de provisor, al ser también el responsable de la organización asistencial; esta relación de tercería no venía, aun, condicionada por la restricción de prestaciones, ni por el carácter limitado del consumo de recursos. En los presupuestos anuales se destinaba una cantidad para la atención médico-farmacéutica, para el hospital, etc., sin que nadie pidiese ni rindiese cuentas de la gestión llevada a cabo.

No deja de ser curioso y lamentable, que estas desigualdades, tan patentes en el primer tercio del siglo XX, no se habían corregido aun en sus postrimerías; el Estudio MUNS²¹⁶ (Mortalidad en UCI y nivel socioeconómico) mostraba diferencias significativas en cuanto a criterios de gravedad y tasas de mortalidad de los pacientes entre los niveles socioeconómicos bajos y altos al ser ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos de los Hospitales de la Comunidad Valenciana

1.2.- LOS PRESOS

Hay constancia de que a finales del siglo XVII, y debido a las malas condiciones de las cárceles de la corte, se vieron obligados los alcaldes a instalar a los presos en las de la Fortaleza del Palacio de Altamira²¹⁷; así constan ya en 1860 y 1861 en el AHME (legajo 440) “documentos relativos al pago de alquileres de la cárcel contigua al palacio de Altamira”, y la convocatoria, por parte del alcalde, para la elección de los individuos que han de formar la Junta de Reformas de las Cárceles,

²¹⁶ LATOUR PEREZ, J; RODRIGUEZ SERRA, M; LOPEZ CAMPS, V.- *El Proyecto MUNS: un estudio sobre las desigualdades en Salud en la Comunidad Valenciana*. Monografías Sanitarias, Generalitat Valenciana, 1989.

²¹⁷ VALENCIANO, José P. *Historia de Elche*. Mari Montañona, 1987.

No debían ser idóneas las condiciones de habitabilidad de la cárcel en esa época; en el verano de 1882, el alcalde informa al consistorio que una reclusa se encuentra enferma y ha reclamado asistencia facultativa, lo cual es autorizado, y el médico Blas Blasco Niñoles le presta la correspondiente atención; unos años más tarde, 1887, se informa nuevamente de que hay varios presos enfermos que requieren asistencia facultativa, prestada en esta ocasión por Santiago Pomares, quien informa que uno de ellos padece una caquexia palúdica grave, asma esencial y reumatismo, dolencias que se han agravado por las malas condiciones higiénicas de la cárcel, por lo que aconseja su traslado al Hospital. Esta deficiencia es comunicada por el alcalde al Gobernador Civil.

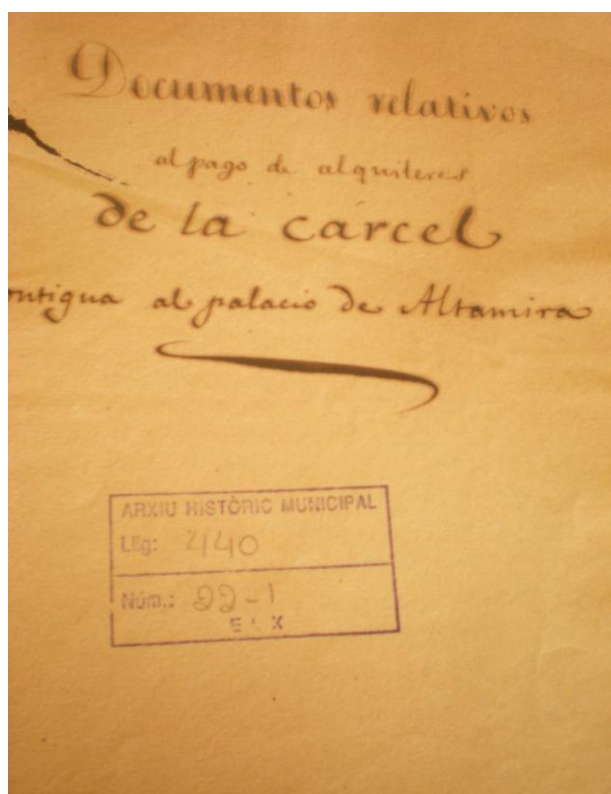


Figura 50.- Documentos de la cárcel de Elche

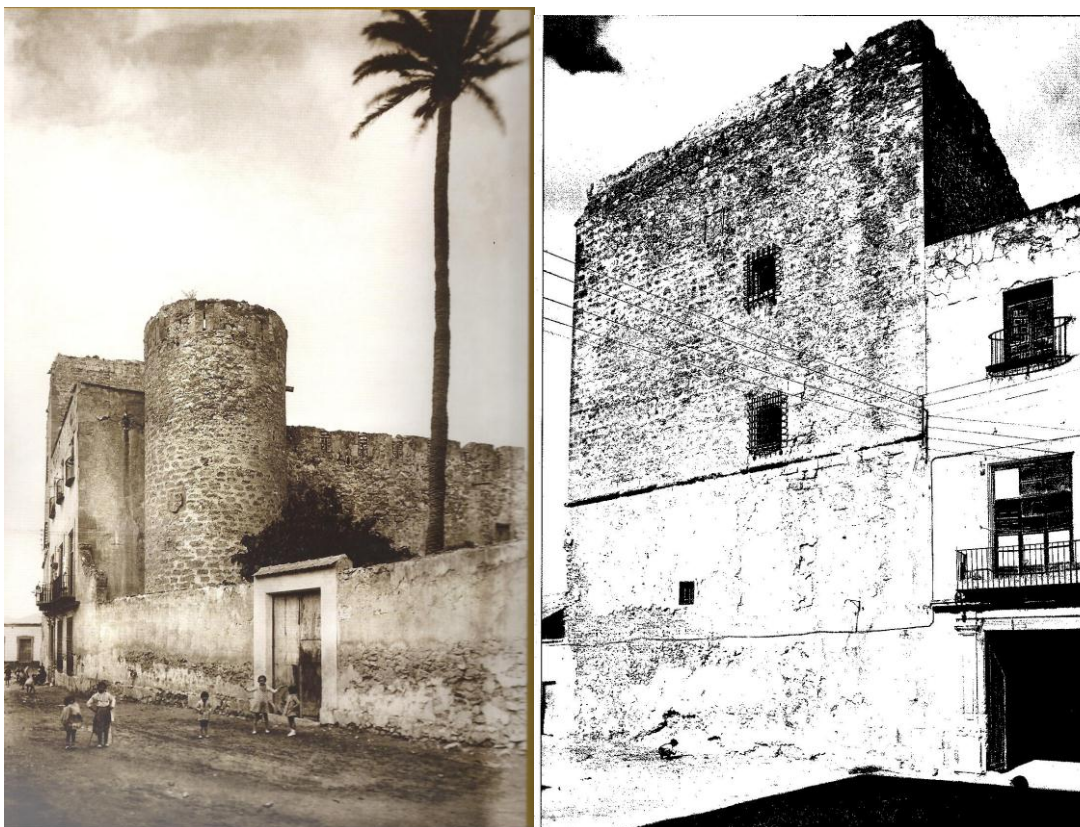


Figura 51.- Palacio de Altamira

a.- 1910

b.- 1930

A renglón seguido, el alcalde visita la cárcel, observa el estado de las dependencias, e interroga a varios presos internados, sin que estos formulen ninguna queja ni observación. A partir de este momento, constan en el AHME numerosos legajos (H 160) conteniendo las actas de las visitas semanales de inspección a la prisión, donde, de modo invariable, no se plasma ninguna reclamación; vamos a asumir que habían mejorado las condiciones de salubridad de la prisión, y no que la falta de quejas se debiera a temor de los internos a posibles represalias por parte de los vigilantes.

Constan numerosos documentos sobre “presupuestos de alimentos para presos pobres”, En el del año 1867, hay una partida destinada a “*gastos para el socorro y conducción de presos pobres, transeúntes por la población que comprende este partido, por ser de absoluta necesidad, por importe de 368 pesetas; 24 para el pago del alquiler al Excmo. Sr. Conde de Altamira del salón destinado a enfermería de los presos pobres en las referidas cárceles*”.

Esto nos plantea la duda de si aquí también existían clases sociales; es decir, los pobres eran mantenidos con cargo al erario publico, los ricos recibían el soporte, no solo anímico, sino también material y alimentario de sus familiares; es muy probable que así fuese, puesto que incluso en Madrid, corriendo los años, cuando, tras la intentona fracasada en Jaca son encarcelados en la Modelo alguno de los participantes en el Pacto de San Sebastián, según describe Miguel Maura: “*no había libre ninguna celda de políticos.... Hube de resignarme a ocupar una de pago – tres pesetas con cincuenta céntimos diarios.*”²¹⁸

²¹⁸ MAURA GAMAZO, Miguel. *Así cayó Alfonso XIII*. Reus, 1968.

Existía un registro diario de ingresos y excarcelamientos, señalando el número de personas que permanecían en la prisión; no se detallan en los estadillos si son hombres o mujeres, cuantos de cada, o el carácter de la pena, lo cual si que solía reflejarse en las actas de visitas semanales.

Prisión Preventiva del Partido Judicial de *Elche*

PARTE DIARIO

	Número
Existencia de ayer.	11
Altas.	1
Suman.	12
Bajas.	1
Quedan para hoy	11

Elche 1.º de *Marzo* de 1904

EL JEFE,
José Montuñán




Figura 52.- Parte diario de ingresados en la cárcel de Elche. (a)


Prisión preventiva de Elche

Parte diario

	Nº
<i>Existencia de ayer</i>	<i>5</i>
<i>Altas</i>	<i>1</i>
<i>Suman</i>	<i>6</i>
<i>Bajas</i>	<i>"</i>
<i>Quedan para hoy</i>	<i>6</i>

Elche 1.º *Diciembre* 1903.

El Jefe
José Montuñán



(b)

En el presupuesto del año 1906 (legajo E 870) ya consta la presencia de un médico (Santiago Pomares Ibarra, según R.O. de 10 de noviembre de 1902), y un capellán (José Castaño Sánchez, según R.O. de 1 de mayo de 1901), con unos haberes brutos respectivos de 62.90 y 186.20 pesetas, a lo cual había que deducir un 5 % de retención.

Elche es la cabeza del Partido Judicial, al cual pertenecen también las poblaciones de Crevillente y Santa Pola; los gastos ocasionados por el mantenimiento de la cárcel del partido, son promediados anualmente entre los tres municipios de forma proporcional a sus ingresos por contribuciones rústica, industrial y urbana; la proporción venía a ser de 76 % para Elche, 20 % para Crevillente y 4% para Santa Pola. Sin embargo, las poblaciones adyacentes persistían año tras año en su carácter de deudor hacia el Ayuntamiento de Elche, hasta el punto que ya en 1910, Tomás Alonso Blasco, Alcalde Constitucional y, en calidad de tal, Presidente de la Junta de Cárceles del propio Partido, ordena incoar expediente ejecutivo por débito de fondos contra el Ayuntamiento de Crevillente por importe de 4268,94 pesetas.

Da la impresión de que estos presupuestos no se cumplían ni siquiera de forma aproximada; al hacer los cálculos, por ejemplo, para el año 1919, se estiman unos gastos de 9.430,58 pesetas, y unos ingresos de 17.000; la aportación de los municipios deberá ser de 7.177,16, 1.912,60 y 340,85 pesetas, respectivamente, es decir las 9.430,58 pesetas; el resto, hasta las mencionadas 17.000, procederán de los atrasos que adeudan los crevillentinos y santapoleros; año tras año, la deuda va aumentando de forma clara:

Tabla 34.- Cuentas de las cárceles de Elche.

	1919	1920	1922
Presupuesto.	17.000,00	17.500,00	18.400,00
Cálculo	9.430,58	5.022,60	4.022,25
Deuda	-7.569,42	-12.477,40	-14.377,75

La cantidad que falta, debe ser aportada por el Ayuntamiento de Elche, y después, reclamada a los otros miembros del Partido Judicial.

El presupuesto carcelario se aprobaba anualmente por la Junta de Reformas, de la cual formaban parte también representantes de los otros ayuntamientos; estaba compuesto por varias partidas y capítulos; el primero, siempre el de mayor cuantía, eran gastos de personal; alcalde jefe, vigilantes, médico forense (1.500 pts/año), capellán (150 a 250), demandero, etc. El segundo, gastos corrientes, como electricidad, material, consumibles, etc. El tercero, gastos para socorros a presos pobres y medicamentos, el cuarto, obras y reformas y el quinto, imprevistos.

A pesar de que el cálculo iba disminuyendo año a año, agravado por las deudas contraídas y mantenidas, el gasto en socorros y medicamentos iba aumentando progresivamente: en 1922 se hace la estimación de esta cantidad, a razón de una peseta diaria por quince presos; entendemos que esta aportación sería para gastos consuetudinarios, puesto que la manutención y la asistencia médico-farmacéutica estaban incluidas en otros capítulos:

Tabla 35.- Gastos en socoros y medicamentos en las cárceles de Elche.

AÑO	1919	1920	1922
Socorros	4.106,25	5.375	5.470
Medicamentos	100	125	125

El Palacio de Altamira y sus locales anexos continuaron sirviendo de cárcel del Partido hasta el 15 de julio de 1959, en que por haberse producido un hundimiento en el lugar de paso hacia la torre del Homenaje, se procedió al derribo de la zona habilitada como prisión.

1.3.- LAS PROSTITUTAS

Según Jean Louis Guereña²¹⁹ no existe bibliografía sobre la prostitución en la España contemporánea; en su opinión, el único estudio de conjunto valorable es el de Enrique Rodríguez Solís²²⁰ no siendo hasta la entrada la década de los 70 del siglo XX cuando empiezan a aparecer estudios válidos y rigurosos sobre la cuestión.

Contemplado inicialmente como un problema de índole estrictamente médica por las enfermedades venéreas (así llamadas en tributo a Venus, la diosa romana del amor), hacia finales del siglo XVIII se detecta en muchos países europeos una creciente preocupación por este fenómeno, encuadrado en el contexto del interés por la salud de las poblaciones, en especial, los jóvenes y los integrantes de los ejércitos²²¹, lo cual venía a determinar la presión de las autoridades militares, para intentar controlar el gran número de bajas causadas por este motivo entre la tropa. Así, Gelabert²²² consideraba en 1886, que “*la sífilis causaba por sí sola más estragos que todas las enfermedades contagiosas juntas*”, lo cual ya iba transformando el problema médico en un problema social; la visión de la sífilis como un tal ya era una realidad clara a principios del siglo XX, en base a los daños que ocasionaba al individuo, a la familia y a la especie; en consecuencia, la sociedad percibía que tenía derecho a defenderse de esta lacra.²²³

Se ha clasificado²²⁴ la iniciativa legal sobre la prostitución en base a tres finalidades de actuación sobre ella: la prohibicionista, la reglamentarista y la abolicionista. Esta preocupación procedía de tres frentes distintos, que, por caminos distintos, perseguían objetivos también distintos, aunque, al fin y a la postre, coincidentes en el punto final.

En primer lugar, la moral cristiana; la meretriz es ya una figura contemplada en numerosas ocasiones en el Antiguo y el Nuevo Testamento; en consonancia con lo expuesto en el Exodo y el Deuteronomio, el sexto mandamiento de la Ley de Dios rechaza taxativamente el

²¹⁹ GUEREÑA, Jean Louis. *De Historia prostitutionis. La prostitucion en la España contemporánea*. Ayer, 25,1997.

²²⁰ RODRIGUEZ SOLIS, Enrique. (*Historia de la prostitución en España y América, 2 vol. 1892 y 1893*, op. Cit. J.L. Guereña.)

²²¹ CASTEJON BOLEA, Ramón. *Las enfermedades venéreas y la regulación de la sexualidad en la España contemporánea*. Asclepio, 56 (2): 2004.

²²² GELABERT, E. *De la prostitucion en sus relaciones con la Higiene, en el doble concepto de la profilaxis de la sífilis de la reglamentación*. Discurso leído en la sesión inaugural. en 14 de enero de 1886. Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, Barcelona, Est. Tip. De los suc. de N. Ramírez y C. 1886. Citado por Castejon.

²²³ CASTEJON BOLEA, Ramón. *Las estrategias preventivas individuales en la lucha antivenérea: sexualidad y enfermedades venéreas en la España del primer tercio del siglo XX*. Hispania, LXIV, 13, 218, 2004.

²²⁴ GUEREÑA. Jean-Louis. *La prostitucion en la España Contemporánea*. Marcial Pons, Ediciones de Historia, 2003.

adulterio, y prohíbe la actividad sexual fuera del marco de las relaciones matrimoniales; el Catecismo de la Iglesia Católica²²⁵, manifiesta que la prostitución atenta contra la dignidad de la persona y constituye una lacra social. Su doctrina indica que la mujer descarriada debe ser reconducida, reconvertida hacia los principios de la ética cristiana; la mujer pecadora es objeto de conmiseración y candidata al perdón y la misericordia, pero la prostitución, como fenómeno, debe ser prohibida. La extensión de las enfermedades venéreas (sífilis, gonorrea y chancro blando) en el siglo XIX era un indicador de la ruptura de la norma sexual, de los ataques que sufría la familia y el matrimonio. Y afirmamos esta visión de la doctrina cristiana, al observar que el Corán¹²³, al menos en la edición que obra en nuestro poder, no hace ninguna referencia a la prostitución, solo menciona el adulterio en varias suras y versículos: IV(19,30), XVII (34), XXIV (2-10), XXXIII (30)), señalando el castigo que merece dicho acto en diversas circunstancias. Para Prats²²⁶ “no es solo la medicina la que esta demandando la pronta desaparición de las enfermedades sifilíticas; lo exige también la moral, guardadora de la paz de la familia”. Puesto que, si bien desde un estrecho punto de vista, la enfermedad podía ser considerada como un castigo divino al pecador, la aparición de “víctimas inocentes,”²¹⁹ que habían adquirido la enfermedad por vías de contagio distintas de la sexual ilícita, dividía a los enfermos en otras dos categorías: “culpables” e “inocentes.”

En segundo lugar, la medicina, que veía la prostitución como objeto de estudio por la relación existente entre ella y las enfermedades venéreas (hoy diríamos de transmisión sexual); desde el punto de vista epidemiológico, se consideraba a la mujer como reservorio y al hombre como vector del contagio, por lo que se estimaba que lo adecuado era controlar esta práctica; así, los primeros reglamentos aparecieron en Zaragoza en 1845 y Madrid en 1847²²⁷; la finalidad, desde la perspectiva médica, era el intento de detección, registro, tratamiento y seguimiento de las mujeres afectas; conllevaba la inspección médica obligatoria, con una periodicidad variable según los reglamentos, y la hospitalización forzosa en caso de enfermedad manifiesta; esto último, lógicamente, tenía una doble finalidad, la de instaurar el tratamiento oportuno en busca de la curación del mal, y también, la de aislar para evitar nuevos contagios. La aplicación de estos reglamentos provocó reacciones por su carácter discriminatorio, al centrarse solo en la figura de la mujer, culpable del contagio, y obviar al hombre, tan culpable como ella. El reglamentarismo no logró contener la incidencia de las enfermedades venéreas por dos razones fundamentales: no era capaz de detectar a las prostitutas en situación de transmitir la enfermedad, ni de controlar a las clandestinas, principal fuente de contagio, ya que la mujer afecta guardaba máximo silencio sobre su dolencia, y el cliente era contagiado de forma inevitable, pero, naturalmente, debía mantener oculto el problema; tampoco respondía a lo que se percibía como nuevas formas de contagio, con el riesgo añadido de transmisión a la familia, esposa e hijos, las “víctimas inocentes”, del varón enfermo, como hemos mencionado.

El fracaso del método reglamentarista derivó en un movimiento abolicionista, que, si bien apenas tuvo repercusión entre la clase médica en el siglo XIX, tampoco fue muy valorado por la esfera política. A partir de 1920, merced a la presión de los partidos de izquierda y los movimientos feministas, fue avanzando este nuevo método, sobre todo tras la fundación por Hernández Sampelayo y Cesar Juarros, de la Sociedad Española de Abolicionismo; a partir de aquí, la lucha se abrió a nuevos frentes: el desarrollo del programa de dispensarios

²²⁵ Catecismo de la Iglesia Católica. Asociación de editores del Catecismo, 1992.

²²⁶ PRATS Y BOSCH, A. *La prostitucion y la sífilis*. Luis Tasso, 1861, op. Cit. Castejon.

²²⁷ GUEREÑA, Jean Louis. *Médicos y prostitución. Un proyecto de reglamentación de la prostitución en 1809*. Medicina e Historia, 71. 1998.

antivenéreos accesibles y gratuitos, aunque limitados por las restricciones presupuestarias, y, en otro orden, la educación y la prevención individual; ello generará un encendido debate en torno a la abstinencia sexual, promovida por la Iglesia, y a la utilización de profilaxis física y química. El núcleo de la educación antivenérea se centró, en primer lugar, en “ilustrar” al pueblo de estas enfermedades, y después, a divulgar una serie de conocimientos sobre dichas enfermedades y las pláticas preventivas individuales.

Finalmente, cuando se vio que las recomendaciones morales y las estrategias educativas tampoco daban los frutos esperados, con víctimas inocentes desprotegidas, los venereólogos y los higienistas apoyaron la estrategia coercitiva mediante el reconocimiento y tratamiento obligatorio, así como el delito de “contagio venéreo”. El reconocimiento de este y la necesidad de un certificado prematrimonial contaron con cierto apoyo, no generalizado.

La inclusión de las enfermedades venéreas junto con la tuberculosis y el alcoholismo dentro de las denominadas “sociales” vino a determinar que los poderes públicos dictaran una serie de normas relativas a la prostitución y sus circunstancias. La falta de un cuerpo normativo uniforme trajo como consecuencia la aparición de numerosos reglamentos al respecto, formulados por muchos ayuntamientos, en un intento de atajar la progresión del fenómeno y sus consecuencias sobre la salud poblacional, abordando en este caso el problema desde el punto de vista del orden público. Al igual que Vigo, Sevilla, Cádiz, San Sebastián, Alcoy y otras, Alicante se sumó también a la corriente reglamentarista, en 1860; entre 1889 y 1892, la competencia sobre la prostitución recayó en los Ayuntamientos, pero su manifiesta ineficacia en el control policial y la codicia de los consistorios para recaudar impuestos por esta vía, hicieron que hasta 1908, volvieran a ser los Gobiernos Civiles quienes se hicieron cargo nuevamente del asunto.

En octubre de 1888, el Gobernador de Alicante pedía a los alcaldes de su provincia datos relativos a las casas de prostitución, y anunciaba unas instrucciones detalladas sobre ello²²³: *“si se lleva un registro en esa Alcaldía comprensivo de las casas de prostitución, con los nombres de sus dueñas y demás mujeres...”*, *“si están encargadas del reconocimiento de las mismas dos veces por semana y siempre que lo considere necesario un facultativo de la localidad”*. No hemos encontrado, en los documentos consultados, respuesta a esta interpelación.

Resulta llamativo que el Código Penal de 1870, mencione a la prostitución solamente en tres artículos; el 438, sobre el hecho de sorprender a la mujer en adulterio, el castigo que se le puede aplicar, salvo que se haya promovido prostitución de la esposa o hijas, el 459, penas sobre la promoción, favorecimiento, de la prostitución y corrupción de menores, y el 596, sobre las multas a imponer a los que infringieren las disposiciones sanitarias sobre prostitución; pero en ningún punto hace mención expresa de regulación o prohibición; este código estuvo vigente hasta la promulgación de otro nuevo, tras numerosos intentos fallidos de modificación, por Primo de Rivera en 1929²²⁸, el cual dedica el capítulo III del título X, a los delitos contra la honestidad, y nuevamente se centra en el castigo de los promotores, proxenetas, corruptores, pero tampoco prohíbe dicha práctica, más aun, en el artículo 610 hace referencia a *“si se encontrare en una casa de prostitución, sea pública o clandestina”*; es decir, que la prostitución, como tal, era un fenómeno legal, o al menos, no penado, pero no así la inducción a ella, la violencia, corrupción, etc. Posiblemente, en la línea paternalista del gobierno, distinga entre la víctima, mujer prostituida que debe ser tratada y reinsertada, y el proxeneta culpable que debe ser perseguido y castigado.

²²⁸ Código Penal. El Consultor de los Ayuntamientos, 1929.

Aunque la lucha antivenérea comienza en España ya en 1854, el Marqués de Vega de Armijo establece en 1855 un Reglamento, modificado posteriormente por Moreno Benítez en 1865, que dura otros doce años, hasta la rectificación de Heredia Espinosa. El primer intento de reglamentación uniforme de la prostitución en todo el Estado apareció en la Instrucción General de Sanidad de 1904. Era común a la mayoría de reglamentos⁹⁷ abarcar conjuntamente dos aspectos, el policial y el sanitario; esto se mantuvo así hasta la R.O. de 1 de marzo de 1908, pasando la vigilancia policial a manos gubernativas, y la sanitaria, a las Inspecciones Provinciales de sanidad. Esta Real Orden de Ministerio de Gobernación no llegó a publicarse en la Gaceta “*por la índole especial del asunto*”; esta disposición, firmada por el Ministro Juan de la Cierva, pretendía cumplir lo previsto en la Instrucción General de Sanidad, al tiempo que derogaba otra del año anterior, que reglamentaba la higiene de la prostitución, de criterio eminentemente reglamentarista.

En 1910 se celebra en Madrid el IV Congreso Internacional para la Represión de la Trata de Blancas, y en 1918 se aprobaron las bases para la reglamentación de la profilaxis de las enfermedades venéreo-sifilíticas, que, en realidad, se limitaban meramente a la higiene de la prostitución.

Por nuestra parte, no hemos encontrado en el archivo municipal de Elche mención alguna sobre la prostitución: ni bajo este epígrafe, ni como casa de lenocinio, lupanar, prostíbulo, etc., figura ningún documento.

Solo aparecen reseñas aisladas en la prensa local, con motivo de algún suceso luctuoso como en “*El Pueblo de Elche*” el 3 de junio de 1900, por el asesinato de un hombre a manos de “*una de esas desgraciadas que comercian con su cuerpo... Y que en unión de otras, vive en la costereta de Bonus*”; lugar saneado, ajardinado y de gran belleza en la actualidad, era entonces lugar oscuro, junto a la ladera del río, proclive a la consumación de tales menesteres.



Figura 53.- Costereta o cuesta de Bonus, Vista actual. Fotografía del autor.

O en *“La Libertad”* 22 de diciembre de 1912, aconsejando *“no tener comercio con Venus ni relaciones con Minerva después de las comidas, son hembras que han de perjudicar las digestiones y por ende, regalan reliquias tristes”*.

Puede que sea cierta la escasez de prostitución en Elche durante esta época, habida cuenta de la escasa mortalidad habida por enfermedades venéreas, concretamente, la sífilis en el periodo estudiado. Aunque también es probable, como apunta Castejón Bolea²²⁹, que hubiera muchas presiones sobre los médicos (de finales del siglo XIX, y posiblemente también en los años siguientes) para que no figurase la sífilis como causa de muerte en los certificados de defunción.

²²⁹ CASTEJON BOLEA, Ramón. *Enfermedades venéreas en la España del último tercio del siglo XIX. Una aproximación a los fundamentos morales de la higiene pública*. Dynamis, 11, 1991.

Capítulo 2.- ORGANIZACIÓN MUNICIPAL DE LA SANIDAD.

De la lectura de las actas de los plenos, se desprende que la cuestión sanitaria no era una de las prioridades del Ayuntamiento de Elche en aquella época; no se puede decir que no acatara y cumpliera los preceptos legales, pero en las sesiones municipales, se dedica la mayor parte del tiempo al estudio y concesión de licencias de obras, urbanismo, y materias semejantes, (léase fuente de ingresos) y muy poco espacio a la sanidad, (léase fuente de gastos). Lo cual estaba en franca consonancia con lo que acontecía a nivel central, donde la falta de actuación de los poderes públicos se traducían en una deficiente inversión económica en Sanidad e Higiene.²³⁰

No hemos de negar que se cumpliera con una cierta precisión lo dispuesto en la ya mencionada Instrucción de 13 de Junio de 1813, que exponía claramente *“Estando a cargo de los Ayuntamientos de los pueblos la policía de salubridad y comodidad, deberán cuidar de la limpieza de las calles, mercados, plazas y la de hospitales, cárceles y casa de caridad o de beneficencia, velar sobre la calidad de los alimentos de toda clase; cuidar de que en cada pueblo hay cementerio convenientemente situado; cuidar de la limpieza de las calles, mercados, plazas asimismo de la desecación o bien de dar curso a las aguas estancadas o insalubres, y, por último, de remover todo lo que en el pueblo o en los términos pueda alterar la salud pública o de los ganados”*. Pero que esto no era una de sus principales preocupaciones, lo demuestra el hecho de que el capítulo siete del presupuesto municipal, que se destinaba por lo general a “Salubridad e higiene”, lo hacía por un montante habitualmente superior al destinado a Beneficencia. Sus partidas contenían aspectos tales como aguas potables y residuarias (sic), limpieza pública, cementerios, laboratorio de análisis de alimentos y preparación de vacunas, desinfección, epidemias, higiene primaria, etc. A ello se destinaba alrededor del 10 % del presupuesto global de la ciudad, máximo permitido por la ley.¹³¹

Tabla 36.- Gastos del Ayuntamiento en salubridad e higiene. Elaboración propia.

SALUBRIDAD E HIGIENE	1925	1926	1927	1928	1929	1930
total capítulo	74031,25	54188,20	85560,50	77649,75	79643,75	97635,00
total presupuesto	746175,54	444041,24	764982,74	806185,28	840742,26	837390,36
porcentaje	9,92	12,20	11,18	9,63	9,47	11,66

Existieron tres organismos que se ocupaban de cuestiones benéfico-sanitarias. Por un lado, la Comisión Municipal de Beneficencia y Sanidad, formada por cuatro o cinco concejales, cuya misión fundamental era dictaminar sobre la habitabilidad, en cuanto a condiciones de salubridad e higiene de las edificaciones, tanto de nueva planta, como de las que sufrían alguna reforma, o eran informadas por el Ingeniero Jefe Municipal o su equipo como estado de ruina o peligroso.

Por otro lado, estaba la Junta Municipal de Beneficencia y Sanidad y la Junta Municipal de Sanidad, presidida por el Alcalde, formada por un farmacéutico titular, un médico titular, el ingeniero jefe municipal, el inspector veterinario municipal, el subdelegado de Medicina y el secretario del Ayuntamiento..

²³⁰ GALIANA, M^a Eugenia; BERNABEU-MESTRE, Josep. *El problema sanitario de España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX*. Asclepio, vol. LVIII, nº 2, 2006.

¿Tuvieron realmente utilidad estas Juntas Municipales de Beneficencia y de Sanidad durante estos años?; la impresión es poco favorable; órganos consultivos, no ejecutivos, posiblemente no tuvieron la importancia deseada por sus impulsores a nivel legislativo, en beneficio de la Comisión Municipal de Beneficencia y Sanidad, menos técnica pero más política y con mayor capacidad decisoria; de hecho, la Junta de Sanidad se reunió con carácter más bien esporádico, salvo en 1929, que lo hizo en seis ocasiones, y cuatro en 1930, los demás años, un par de veces a lo sumo.

2.1.- LA JUNTA MUNICIPAL DE BENEFICENCIA Y SANIDAD

Se conservan en el AHME numerosas actas correspondientes a sesiones de la Junta Local de Beneficencia de los años 1864 a 1868; por ejemplo, esta Junta estaba formada en marzo de 1864 por Pedro Rocamora, Vicente Moscardó, Manuel Campello, Miguel Sansano, José Rodríguez y Juan García. La mayoría de las veces tenía como misión comprobar las cuentas del Santo Hospital, en ocasiones recibía solicitudes de ayuda, para lactancia, por pensiones de viudedad de funcionarios municipales, etc. Bajo su mandato se confeccionaron los censos de pobres de 1879, agrupados por distritos, y de 1891, realizado por calles.

En 1922 esta Junta de Beneficencia y Sanidad estaba formada por:

- Manuel Díaz Pomares, como presidente
- José María Soler Agulló
- Carlos Agulló Amorós
- Juan Maciá Martínez

El uno de octubre de 1923, al constituirse el nuevo consistorio por orden gubernativa, pasan a formar parte de esta comisión:

- Manuel Lucerga Hernández, alcalde
- José Penalva Quiles
- Diego García Richarte
- José Serrano Candela
- Matías Tizana Almarcha
- Tomás Soler Agulló

Que fue reemplazada, en enero de 1924, por:

- José Latour Sánchez
- José Samper Moreno
- Antonio Jaen Serrano
- José Juan Orts Martínez
- Gabriel Ruiz Chorro.

Estos dos últimos unen a su condición de concejales, o vocales designados, su profesión relacionada con la materia, puesto que Orts es médico y Gabriel Ruiz, farmacéutico. En febrero de este año, comienza la elaboración del censo de familias pobres de la localidad.

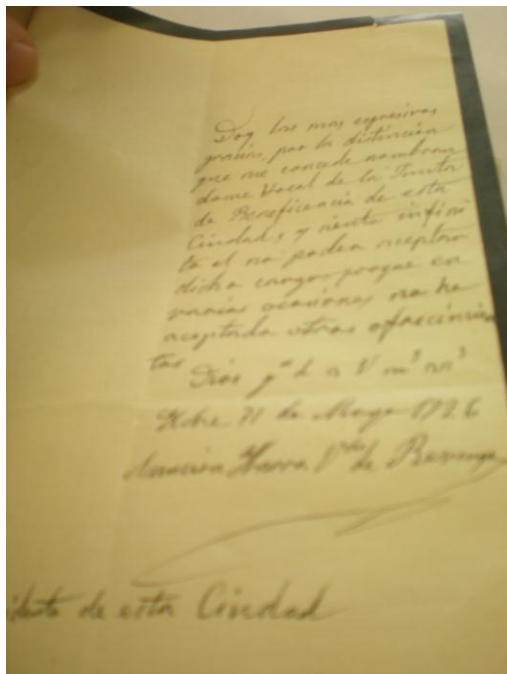
En 1925, en una de las numerosas crisis de gobierno, entran las dos mujeres señaladas anteriormente, Josefa Buch y María García, a formar parte de esta comisión. Tras su efímero paso por el consistorio, en abril se forma una nueva Junta, con:

- Francisco Quiles Maciá
- Juan Antón Mateu
- José María Castaño
- Andrés Serrano

a la que se incorporan en agosto, Francisco Mollá Serrano y Emigdio Tormo Santamaría.

En julio de 1926 se inscribe el “Acta de constitución de la Junta Municipal de Beneficencia.” Esta Junta de Beneficencia se crea, no al amparo de la ley de junio de 1849, de Isabel II, sino en virtud de lo dispuesto en el artículo 58 del Reglamento de 9 de febrero de 1925 del Gobierno de Primo de Rivera; pues bien, en el libro de registro, no hay más acta que la de formación de dicha Junta, y la siguiente corresponde ya a septiembre de 1931.

El acta de esta reunión consta el libro b 226 del AHME, correspondiendo a la constitución de la Junta. Presidida por Jaime Pomares Javaloyes como alcalde accidental, asisten Manuel Pascual Urbán, Subdelegado de Medicina; Antonio Soria Gabaldón, cura párroco de San Juan, Dolores García Marco, Elena Alonso Valero, Juan Mas Ruiz, Fausto Román Bañón, Jaime Martínez Torres, Francisco Galán Bernad (secretario). Habían sido convocados también José Pomares Perlasia, Asunción Ibarra Santamaría, todos ellos elegidos por el alcalde, conforme a lo dispuesto en el mencionado Reglamento. Su formación no fue fácil ni estuvo exenta de polémica; también había sido convocado el Cura de Santa María, quien decidió delegar el cargo en su sacristán, lo cual vino a merecer una airada respuesta del alcalde, en el sentido de que “se la ha nombrado, no por el cargo que ocupa, sino por sus cualidades morales e intelectuales y que la designación es indelegable”. La Sra. Ibarra, viuda de D. José Revenga, excusa su asistencia en los siguientes términos:



“Doy las más expresivas gracias por la distinción que me concede nombrándome Vocal de la Junta de Beneficencia de esta Ciudad, y siento infinito no poder aceptar dicho cargo, porque en varias ocasiones no he aceptado otros ofrecimientos. Dios gde V m en Elche 31 de mayo de 1926, Asunción Ibarra Vda de Revenga”.

Figura 54.- Respuesta de Asunción Ibarra al alcalde. (AHME).

En 1928 se publica el Reglamento Municipal de Beneficencia y Sanidad, que establece que la Junta de Beneficencia Municipal formará anualmente un padrón de familias pobres, después

de haber oído a la Junta Municipal de Sanidad. No hemos encontrado más padrones que el que vamos a debatir líneas abajo, hasta 1935.

En 1930, ya en el gobierno el General Berenguer forman parte de la Comisión de Beneficencia y Sanidad,:

- Carlos Agulló Amorós
- Francisco Vicente Pérez
- Alvaro Martínez
- Valentin Boix Cerdá.

2.2.- LA JUNTA MUNICIPAL DE SANIDAD

A pesar de que son numerosas las actas de plenos municipales del año 1923 en que se discuten asuntos relacionados con la Sanidad y la Beneficencia, la Junta Municipal de Sanidad se reúne este año, por vez primera, en noviembre; asisten a ella:

- Antonio Sánchez Bernad, como Alcalde y Presidente de la Junta.
- Manuel Pomares Ibarra, farmacéutico.
- Manuel Martínez Magro, médico.
- Gabriel Ruiz Chorro, farmacéutico.
- Manuel Pascual Urbán, médico y subdelegado de Medicina, que actúa como secretario.

En esta reunión se informa por parte de un vecino, Antonio Sansano Mora, que se han detectado algunos casos de fiebre de Malta, y lo atribuyen al hecho de que el ganado cabrió pernocte dentro de la ciudad; hay otra nueva reunión en ese mismo mes, para tratar temas relacionados con licencias de obras, sin más menciones de asuntos relacionados con la Sanidad o la Beneficencia.

La siguiente reunión tiene lugar en noviembre de ese año, a la cual no asiste Gabriel Ruiz Chorro, y solo consta, en su acta, debates sobre licencias y asuntos relacionados con empresas locales.

En 1924 solo se reúne en febrero, con:

- Diego Ferrández Ripoll, como Alcalde y Presidente de la Junta.
- Manuel Pomares Ibarra
- Manuel Martínez Magro
- Gabriel Ruiz Chorro
- Manuel Pascual Urbán

Acuerdan en esta reunión, suprimir los lavaderos del Partidor, del matadero, y el situado en la calle del Reloj; era esta una queja que venía suscitándose desde antiguo, pues estos lavaderos estaban situados aguas debajo de las acequias, viniendo muchas veces, contaminadas. Como continuación de lo debatido en la reunión anterior, deciden autorizar que las cabras puedan entrar y pernoctar en las últimas casas del casco de la población, siempre que estos edificios tengan salida independiente al campo, para que por ellas salga el ganado sin pasar por ninguna calle, y que el establo tenga ventilación suficiente y piso impermeable.

No obstante, hay que reconocer que a partir de 1927, la actividad de esta Junta es más fructífera, con mayor nivel de debate y mayor capacidad decisoria.

Como hemos señalado anteriormente, una de las primeras medidas que adopta el nuevo consistorio en 1924, es la elaboración del padrón de Beneficencia Municipal, para determinar quienes y cuantos vecinos son subsidiarios de asistencia médica y farmacéutica con cargo al erario público, y así, en el acta de la Comisión Permanente Municipal de 7 de febrero de 1924, se informa de que ya se está llevando a cabo dicho censo. Nada de ello consta en el acta de la única reunión celebrada por esta Junta ese mismo mes.

En 1925 solo hay dos reuniones a las que asisten:

- Gabriel Ruiz Chorro, como alcalde.
- Manuel Pomares Ibarra, farmacéutico.
- Sebastián Canales Mira-Perceval, Ingeniero Municipal.
- Jacinto Martínez Pérez, Veterinario.
- Francisco Galán Bernad, Secretario del Ayuntamiento (Exalcalde).
- Manuel Pascual Urbán, Subdelegado de Medicina.

En la primera de ellas, en julio, se decide limitar el crecimiento de la ciudad hacia poniente, por no guardar la distancia requerida de dos kilómetros hasta el cementerio, según la R.O. de 16 de julio de 1888 (fue derogada en enero de 1923). Esta normativa, que hoy nos parece absurda y obsoleta, cuando ya no es cercanía, sino inmediatez de las viviendas y colegios a los cementerios municipales, no carecía de sentido en aquella época; en un acta municipal de julio de 1923 ya se denunciaba la situación ruinoso del cementerio, donde hay huesos y restos a la vista. Son numerosas las quejas que se plantean, tanto en plenos como en la comisión permanente, sobre el mal estado de nichos y panteones.

En la segunda, en septiembre, se informa que ha habido algunos casos de paludismo por la presencia de aguas estancadas en terrenos pantanosos en el cauce del río. Ciertamente, lo raro es que no hubiera más; sobre todo en el campo de Elche, con numerosos humedales, plantaciones de cañaverales, incluso algunos, por ejemplo, el Huerto de Travalón, no tan lejanas del casco urbano como lo está el Hondo.

En 1926, la Junta se reúne por primera vez en febrero, formada por:

- Gabriel Ruiz Chorro, Alcalde
- Manuel Pomares Ibarra
- Sebastián Canales Mira-Perceval
- Jacinto Martínez Pascual
- Rafael Bañón Díez
- Manuel Pascual Urbán.

Acuerdan ensanchar el cementerio, tras la publicación de la Real Orden de enero de 1923, que ya permite la cercanía de edificaciones a los camposantos.

La reunión siguiente, en marzo, ya esta presidida por el nuevo alcalde:

- Sebastián Maciá Martínez, alcalde
- Manuel Pomares Ibarra
- Sebastián Canales Mira-Perceval
- José García Coquillat
- Manuel Pascual Urbán

Vuelve a suscitarse el problema de los cabreros, y consta en el acta la condolencia por el fallecimiento del que fuera Inspector Provincial de Sanidad, Dr. José Gadea Pro.

En 1927 ha dos reuniones, de suma trascendencia; a la primera, en junio, asisten:

- Sebastian Maciá Martínez, Alcalde
- Manuel Pomares Ibarra
- Rafael Bañón Diez
- Julio María López Orozco
- Jacinto Martínez Pascual
- Francisco Galán Bernad
- Manuel Pascual Urban.

en ella se informa, nuevamente, de la presencia de cabras en el huerto del Murciano, y el inspector médico informa de la existencia de 17 casos de fiebre de Malta y 10 de tifoidea, acordándose extremar las medidas higiénicas y la vacunación preventiva contra el tifus.

La segunda, un mes mas tarde, con la asistencia de

- Sebastian Maciá Martínez, Alcalde
- Rafael Bañón Diez
- Julio María López Orozco
- Jacinto Martínez Pascual
- Francisco Galán Bernad
- Manuel Pascual Urban.

Se da cuenta de un demoledor informe del Inspector Provincial de Sanidad, en relación con visita girada unos días antes, en que se han detectado veinte enfermos atacados de fiebres tifoideas y mas de cuarenta de melitococia; siendo debida, la primera sin duda, a las malas condiciones en que se efectua la conducción de agua potable al depósito regulador, a la mala costumbre de abonar las verduras y legumbres que se consumen crudas con estiércoles mezclados con excreta humana, y a las deplorables condiciones higiénicas de los lavaderos situados dentro de la población, en la calle del Reloj, partidior, Clot de les tres y del matadero (ya vimos que otra reunión anterior de la Junta se había acordado el cierre de estos), en los cuales se utilizan aguas de acequia que en su recorrido recogen las aguas residuales y excrementicias de gran número de casas particulares; en cuanto a la Fiebre de Malta, no cabe duda que es debido all contagio de las cabras. Se proponen una serie de medidas, tales como la ebullición en agua de verduras y legumbres antes de su consumo, prohibir el lavado de ropas y enseres en los lavaderos mencionados, que no se consuma leche de cabra sin ser sometida previamente a ebullición, que no se consuman quesos frescos, y que se cumpla la normativa sobre estabulación del ganado.

En 1928, se reúne en enero, asistiendo

- Antonio Bonete Pomares (alcalde accidental)
- Manuel Pomares Ibarra
- Julio María López Orozco
- Manuel Pascual Urban

para acordar el cierre de una acequia, ratificar el acuerdo sobre los establos de cabras, y agradecer al Inspector Provincial, la concesión de material para la sub-brigada sanitaria y por el dispensario anti-tracomatoso.

La siguiente reunión tiene lugar en mayo, con la asistencia de

- Sebastián Maciá Martínez
- Rafael Bañón Diez
- Manuel Pomares Ibarra
- Jacinto Martínez Pascual
- Francisco Galan Bernad
- Francisco Martínez Quesada (nuevo ingeniero municipal)
- Manuel Pascual Urban

Volviendo a reiterarse la cuestión de las cabras. La reunión de septiembre, con los mismos asistentes, se ocupa del traslado de una fábrica que usa carbón de hulla en su proceso industrial, produciendo chispas, humos y carbonillas que molestan a los vecinos, estropea la ropa y no permite el aprovechamiento del agua de lluvia de los tejados. De nuevo, en noviembre, vuelven a reunirse los mismos integrantes, para volver sobre el tema del ganado cabrio.

En 1929, ya bajo el mandato de Antonio Bonete Pomares, se reúnen en marzo, para acordar que no se ordeñen las vacas por las calles, prohibiendo su circulación por la ciudad, y ordenando que la leche se venda en los mismos establos, en lecherías instaladas, y en vasijas apropiadas. En abril y junio, se dictan instrucciones para tapar algunas alcantarillas de aguas residuales, desecación de charcas de aguas residuales que permiten la reproducción de mosquitos con riesgo de paludismo.

En este año, se informa en septiembre del fallecimiento de Rafael Bañón Diez, Inspector Veterinario, que es sustituido por Francisco Llebrés Javaloyes; visitas de inspección a varios establecimientos, detectándose notorias faltas de higiene, que hoy resultarían sorprendentes: que el bar de Santiago separe la cocina del retrete; que no se permita que se alojen y duerman personas en la casa de dormir de Vicente Antón, por no reunir condiciones de salubridad; que ingrese en el hospital un enfermo de tuberculosis, etc.

En noviembre se informa del acuerdo de la Comisión Municipal Permanente sobre clasificación de los servicios de tocología, plazas de practicante y matronas titulares, aceptando la existencia de un médico tocólogo, cuatro matronas y cuatro practicantes titulares. Se propone la incorporación a la Junta, de acuerdo con el Reglamento de Sanidad Municipal, de un farmacéutico municipal, nombramiento que recae en Ladislao Orts Maciá; se prohíbe la matanza y transacciones de ganado de cerda, por epidemia de pulmonía contagiosa. En la última reunión de este año, en diciembre, ya se ha incorporado el Sr. Orts, y se comunica el fallecimiento del inspector provincial de Sanidad, Aureliano Ximenez del Rey.

En la primera reunión de 1930, que tiene lugar en junio, con la presencia de

- Diego Ferrández Ripoll (alcalde)
- Francisco Galán Bernad
- Manuel Pomares Ibarra
- Julio María López Orozco
- Manuel Pascual Urban

Asiste el Inspector Provincial de Sanidad, Emilio Ferragur, quien emite un trascendental informe que transcribimos a continuación: *“con motivo de las visitas hechas a esta población por haberse presentado frecuentes casos de fiebres de malta, expone las observaciones y estudios que ha hecho de los enfermos y de los análisis de sangre extraída de las cabras, para sacar la conclusión de que en la actualidad existen atacados de esta enfermedad unos cuarenta enfermos y que el 70 % de las cabras padece de melitococia. El origen pues, de la enfermedad, radica principalmente en la convivencia con las personas del ganado cabrio; tanto la leche como la orina y excrementos de las cabras son el vehículo principal y primero del contagio, originándose luego casos de contagios diversos, de persona a persona, aumentando día a día la proporción de atacados por este mal, que tantos estragos ocasiona en Elche y cuyas pérdidas económicas pueden calcularse en unos cien mil duros anuales aparte el valor inapreciable de las vidas que se pierden. Por este motivo, excita al sr. Alcalde para que tome medidas radicales prohibiendo la estancia de las cabras a menos de 500 metros de la población y cuando por alguna circunstancia especial, se dé algún permiso entre los 500 y los 200 metros para la estabulación, debe preceder el informe de la visita sanitaria hecha por el inspector municipal de sanidad y el inspector de higiene y sanidad pecuaria. También debe prohibirse la venta de queso fresco. Las cabras enfermas deberán separarse de las sanas. No obstante, la leche debe aconsejarse sea hervida antes de tomarse. En las casas donde existiese fiebre de malta, deberán ser provistos por el ayuntamiento si son pobres, de cal en suficiente cantidad para desinfectar los orinales, mezclando la cal con la orina del enfermo por espacio de una hora antes de ser arrojada a los retretes. La ropa de los enfermos deberá someterse a la ebullición o desinfección por la legiadora. Refiriéndose a la visita hecha al depósito de aguas, debe construirse otro de mayor capacidad y cubierto en toda su superficie, así como también deben instalarse derivaciones de agua para pequeñas balsas que sirvan de abrevadero en los sitios que en la actualidad existen capillitas o aperturas en la tubería de la conducción de dichas aguas. También exhorta al ayuntamiento a que adquiera con toda urgencia un microscopio y material suficiente para el servicio de inspectores de carnes, interin se construye un nuevo matadero, por no reunir condiciones higienicas el actual.”*

La siguiente reunión, en agosto, con

- Diego Ferrández Ripoll
- Manuel Pomares Ibarra
- Francisco Llebrés Javaloyes
- Victor Casanova Bernad
- Ladislao Orts Maciá
- Manuel Pascual Urban

Es para plantear de nuevo el problema de la estabulación de las cabras, problema que aun sigue sin ser resuelto.

Hay otras dos reuniones, en el mismo mes de agosto y en septiembre, una de ellas dando cuenta de la dimisión en la Junta de Julio María López Orozco, que es sustituido por Carmelo Serrano Garcia. Los integrantes de la última reunión de que se tiene constancia fueron:

- Diego Ferrández Ripoll
- Manuel Pomares Ibarra
- Ladislao Orts Maciá
- Francisco Llebrés Javaloyes
- Antonio Serrano Peral
- Odon González Ochoa
- Manuel Pascual Urban

2.3.- PADRON MUNICIPAL DE BENEFICENCIA

Esta falta de preocupación por la asistencia sanitaria, ofrece como muestra el hecho de que en el Pleno Municipal de fecha 16 de junio de 1922, el concejal socialista Antonio Cañizares pregunta aviesamente al alcalde, Lorenzo Fenoll, si los médicos de la Beneficencia tienen obligación de asistir a los pobres; la respuesta del alcalde, lógicamente, es afirmativa, pero reconoce que concurre la circunstancia de no estar formadas las listas conforme previenen las disposiciones legales. Y es que, a pesar de que la Ley especifica claramente que se hará un censo anual de familias pobres, en Elche no existía ninguno; en fechas tan lejanas como 1871, Ginés Soler presentó la dimisión como médico titular, porque había pedido repetidas veces que se formase la lista de pobres del distrito, *“para poder saber a quien se le había de prestar la asistencia gratuita y a quien no, puesto que, sabedor el pueblo del desorden que hay en esto, todos reclaman la asistencia y las medicinas gratis”*; el censo se llevó a cabo un tiempo después, con resultados poco alentadores.

En 1916 se había intentado elaborar uno nuevo, pero la falta de metodología y de rigor en la recogida de datos hizo inviable el proyecto; fueron encargados de su confección los alcaldes pedáneos, y algunos curas párrocos, dando por asumido que cada uno de ellos conocía bien a las familias de su sector correspondiente; pero mientras unos incluyeron en el informe solo al cabeza de familia, otros hicieron un listado personal, de modo que no hubo forma de conocer cuantas personas podían ser incluidas en el censo. A lo cual había que añadir los errores de inscripción, solicitudes tardías de inclusión, faltas de ortografía, etc.; ejemplos transcritos de los documentos de los Legajos 39-12 y E1574-9 del Archivo Municipal:

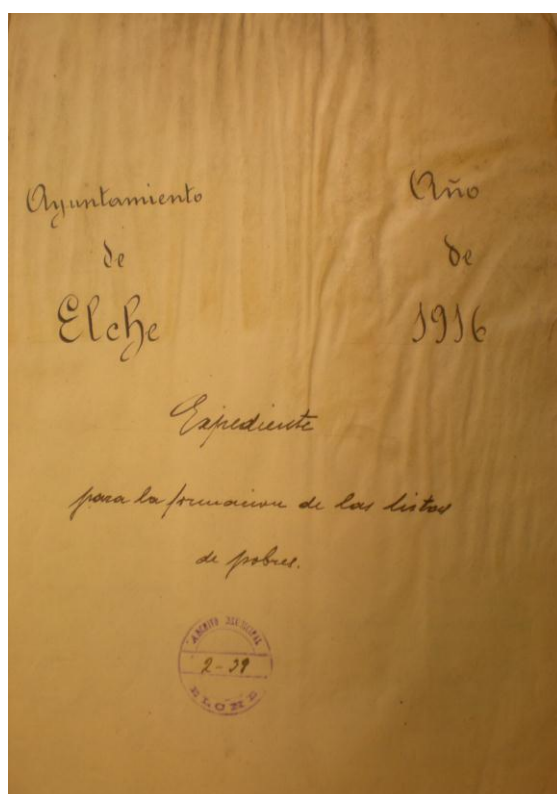


Figura 55.- Expediente para formación del padrón de pobres de 1916.

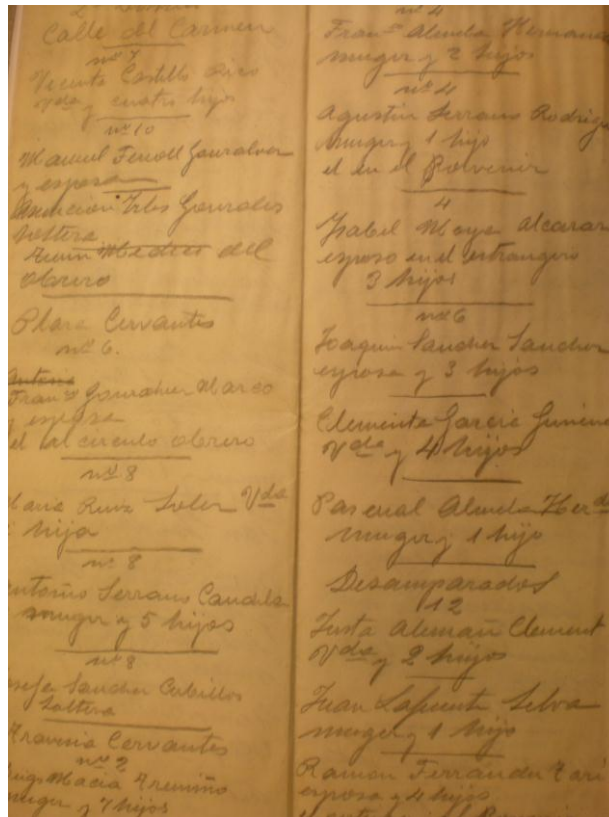


Figura 56.- Ejemplos de cumplimentación del padrón de 1916. (A).

Iglesia del Salvador: (copia del escrito).

"Muy Señor mío:

Enterado de la comunicación de Vd. con fecha 29 de febrero, he dado cumplimiento a lo que en la misma se dispone.

A tal efecto, le remito relación detallada al margen de los pobres de mí conocidos, pertenecientes a la parroquia a mi cargo.

Dios guarde a Vd. m. a.

Elche 10 marzo 1916

Firmado, Francisco de P. Seva

Al margen:

Manuel Alonso	Salvador 27
Francisco Saldaña	San Isidro 12
Francisco Miralles	Aspe 39 Llano
Micaela Manzano	San Antonio 12
Joaquina Mateu	Horno 19 Llano

Nota de los poleros habitantes
en la partida rural de
Pusol
Antonio Martinez Miralles
Guamaria Covas Mora
Salvador Covas Peres
Diego Holiver Ferrandes
Fran^{co} Pares Tempere
Fran^{co} Torres Peral
Fran^{co} Pastor Gavaloyes
Geronimo Pastor Gavaloyes
Jose Mora Vicente

B

Rafael Chivallero
 José Luis Escobar
 Vicente Ruiz Candela
 Carlos Bená Gilabart
 Vicente Esteban Casaró
 Bautista Alonso
 Giner
 Ramon Vazir Galea
 Juan Maria Sanchez
 Jose Maria Sanchez
 Josefa Chivallero

C

Suplico se ingrese
 en la lista de los pobres
 a Rosa Vnaker casanova
 por un padre de solenni-
 dad, y que abita en mi
 barrio, calle de tanomas
 del castillo n.º 10
 Lo que le comunico
 para su conocimiento y de
 mas efectos
 Elche 26 de Mayo 1916
 El Alcalde Barrio
 José Ferrando

D

En el Archivo Municipal de Elche se conservan documentos con la encuesta realizada para la confección del padrón de beneficencia, llevada a cabo en abril de 1924. Los documentos están agrupados por distritos, de Santa María, del Salvador, del Arrabal de San Juan y del Arrabal de Santa Teresa. Lo primero que se observa, es la concreción de quien y como será considerado pobre y tendrá derecho a la asistencia médico-farmacéutica gratuita, con arreglo al Reglamento de 1891:

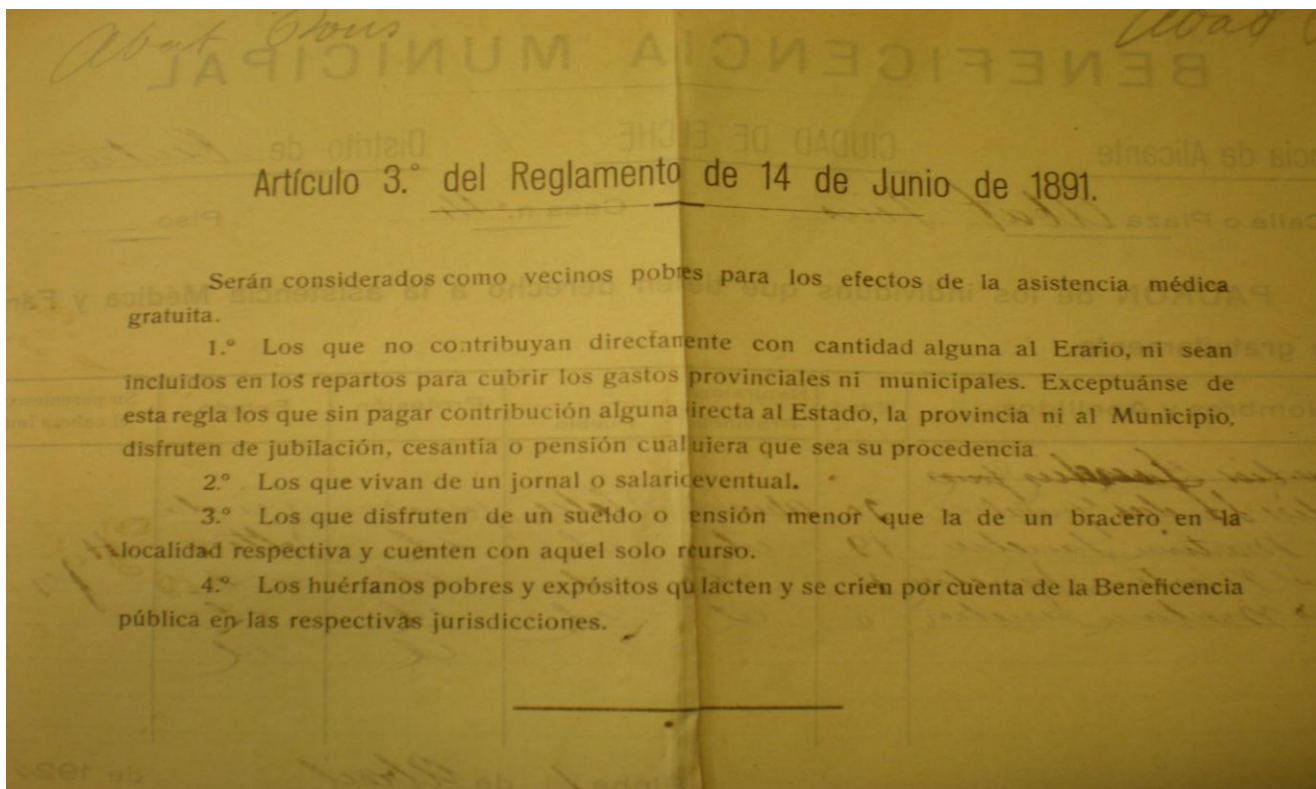


Figura 57.- Reverso del formulario del padrón de 1924.

A diferencia de lo comentado en el apartado de la Medicina en España, en Elche sí está claramente definido el concepto, y se establecen los “criterios para fijar el jornal que percibe un bracero en esta localidad”, como hemos señalado en páginas anteriores.

Estos criterios de pobreza se utilizan en el municipio con dos finalidades primordiales; una, establecer el censo de familias pobres que tienen derecho a la asistencia médica y farmacéutica con cargo al consistorio, y otra, como punto de referencia para exclusiones de servicio de armas de mozos de familias pobres.

Se plantea, de inicio, una cierta dificultad para el análisis de los datos, que son de mala calidad para su tratamiento tanto estadístico como historiográfico. Si bien, como hemos visto, en el dorso del formulario se especifica claramente quien debe ser incluido en este padrón, no consta la población diana, no se especifican los criterios empleados, ni quien hizo la selección previa de los ciudadanos a los cuales había que facilitar dicho documento para su cumplimentación,

Parece ser que el censo se efectuó vivienda por vivienda, dejando el formulario en el lugar para que los interesados rellenasen sus apartados; en muchas ocasiones, esto debió ser realizado por algún funcionario, (a veces firma Germán Penalva), lo cual permite aseverar algo más la exactitud de los datos. He aquí un ejemplo de formulario cumplimentado de forma correcta: se aprecia el distrito (Salvador), nombre de la calle (Bajada del Puente), número de la casa (4), piso (Bajo), nombre y apellidos de los moradores de la vivienda, su edad, donde han nacido (provincia y ciudad), profesión de cada uno de ellos, estado civil y relación con el cabeza de familia.

BENEFICENCIA MUNICIPAL

Provincia de Alicante CIUDAD DE ELCHE Distrito del Salvador

Calle o Plaza Dagada del Puente Casa n.º 4 Piso Primo

PADRÓN de los individuos que tienen derecho a la asistencia Médica y Farmacéutica gratuitamente.

Nombres y Apellidos	Edad	Naturaleza		Profesión	Estado	Su parentesco con el cabeza familia
		Provincia	Pueblo			
<i>Maria Arna</i>	<i>58</i>	<i>Alicante</i>	<i>Elche</i>	<i>donada</i>	<i>Vida</i>	<i>[Signature]</i>
<i>Dolores Espinosa</i>	<i>20</i>	<i>"</i>	<i>"</i>	<i>"</i>	<i>"</i>	
<i>Antonio Espinosa</i>	<i>14</i>	<i>"</i>	<i>"</i>	<i>"</i>	<i>"</i>	
<i>Eulamacion Espinosa</i>	<i>10</i>	<i>"</i>	<i>"</i>	<i>"</i>	<i>"</i>	

Elche *1* de *Abril* de 192*4*

Léanse las disposiciones del dorso.

Figura 58.- Anverso del formulario del padrón de 1924.

Sin embargo, algo aparentemente tan sencillo como escribir el nombre y apellidos de los miembros de la familia, puede resultar impropio trabajo:

BENEFICENCIA MUNICIPAL

Provincia de Alicante CIUDAD DE ELCHE Distrito de

Calle o Plaza Barros Cejudo Casa n.º 3 Piso

PADRÓN de los individuos que tienen derecho a la asistencia Médica y Farmacéutica gratuitamente.

Nombres y Apellidos	Edad	Naturaleza		Profesión	Estado	Su parentesco con el cabeza familia
		Provincia	Pueblo			
<i>Salvadora Carbonell</i>	<i>40</i>					
<i>Maria</i>	<i>edad</i>					
<i>Pastor Martinez</i>	<i>50</i>					
<i>Josefina Carbonell</i>	<i>edad</i>					
<i>Pastor</i>	<i>edad</i>					
<i>Parrquia de</i>	<i>20</i>					
<i>San Juan: Salvador</i>						

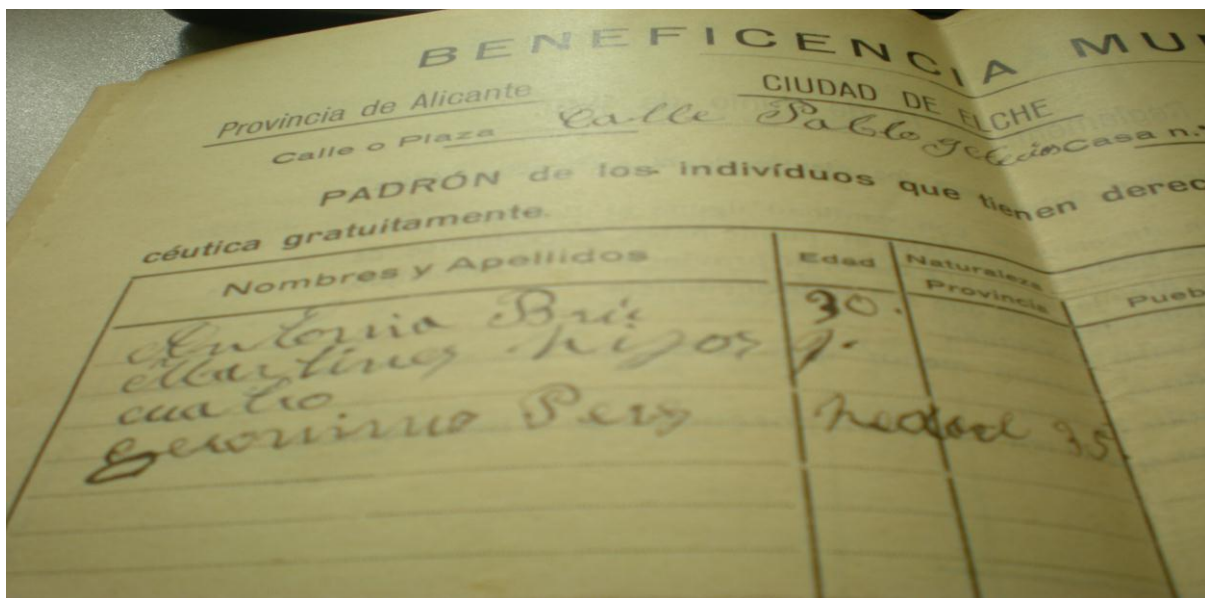
Elche *11* de *Abril*

Léanse las disposiciones del dorso.

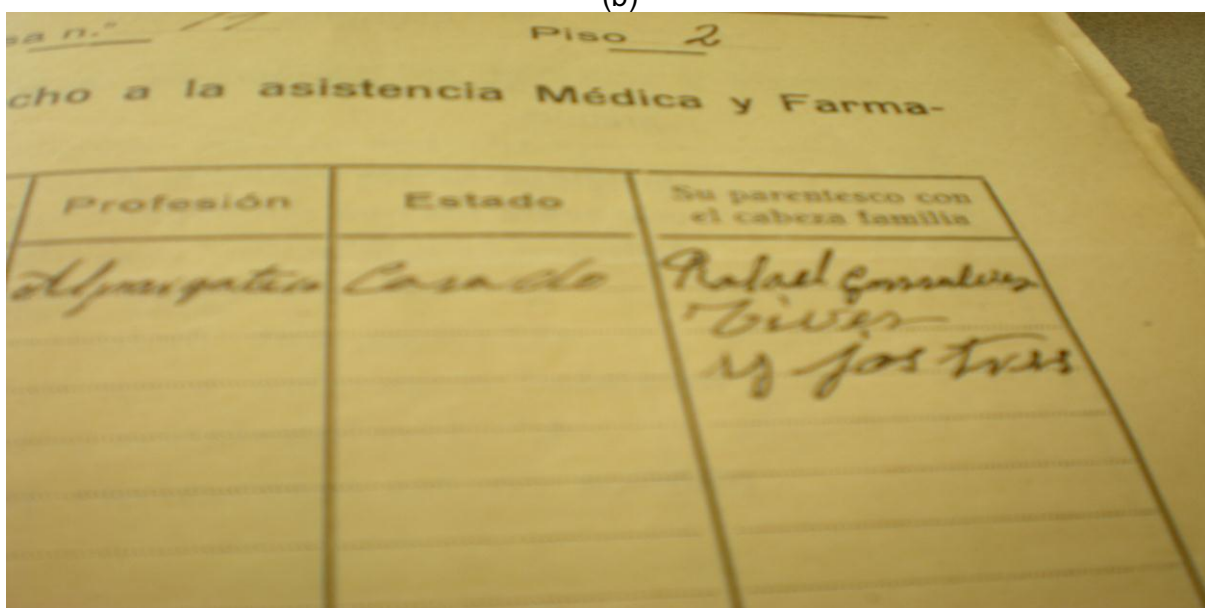
J. Ruiz

Figura 59.- Ejemplos de errores de cumplimentación del formulario del padrón de 1924. (a)

Hay ocasiones en que el mismo error se comete en varios formularios de un mismo edificio, dando la impresión de que, o bien los ha rellenado la misma persona, o bien lo han hecho en grupo.



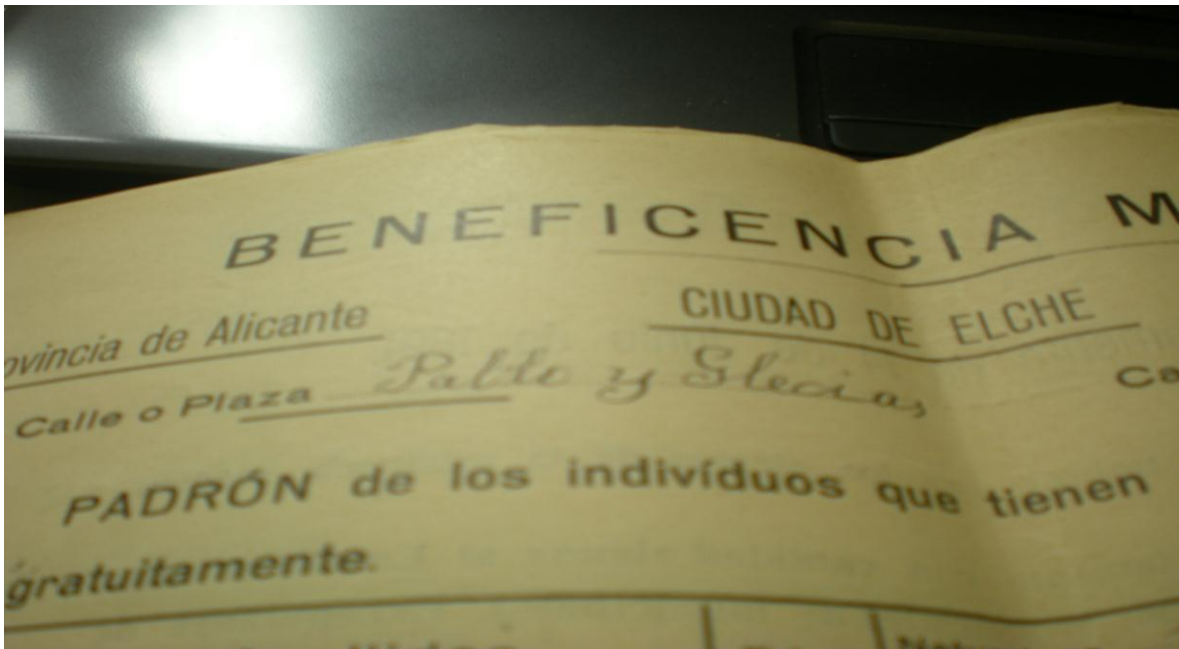
(b)



(c)

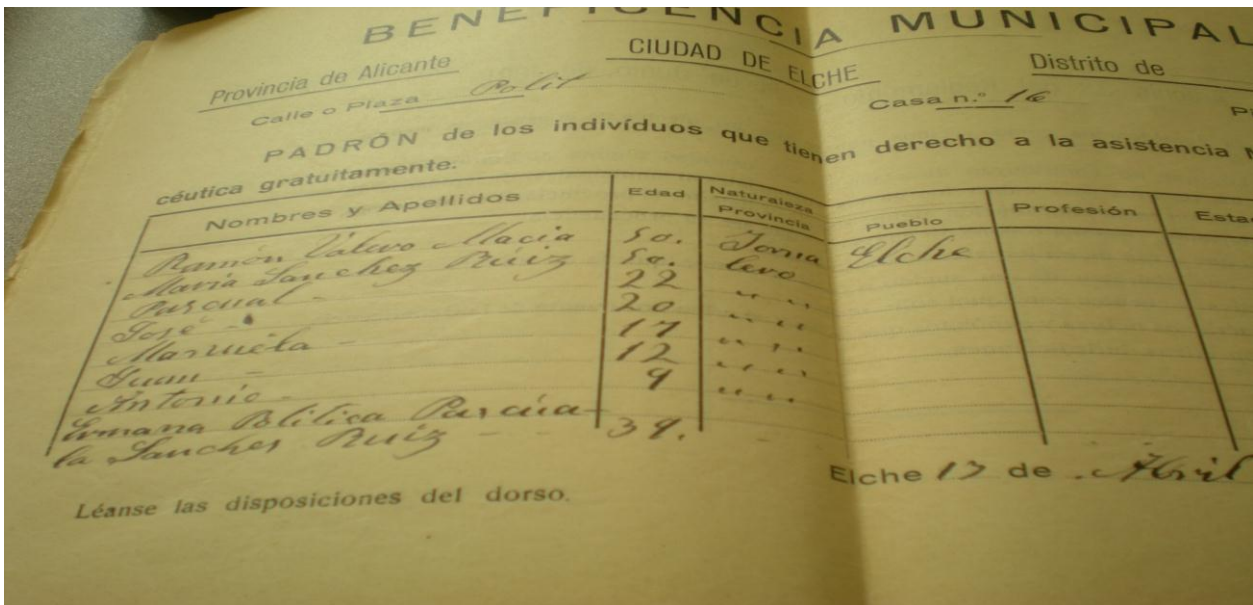
Además, las disculpables faltas de ortografía; disculpables, porque lamentablemente, aquí también se asocia pobreza material con pobreza intelectual; ya hemos señalado que posiblemente algunos documentos hayan sido rellenados por los propios funcionarios, por incapacidad de los interesados; o en ocasiones, si no eran analfabetos totales, si podría ocurrir que su nivel fuese suficientemente bajo como para cometer los errores de escritura e interpretación que venimos mostrando.

Ni siquiera el fundador del Partido Socialista es nombrado correctamente.



(d)

En ocasiones se confunde lugar de nacimiento (naturaleza) con profesión:



(e)

O estado civil con estado de salud.

DE ELCHE

Casa n.º 28

Piso 4mo

que tienen derecho a la asistencia Médica y Farma-

Provincia	Pueblo	Profesión	Estado	Su parentesco con el cabeza familia
Valencia	Elche	Jornalero	Bueno	

(f)

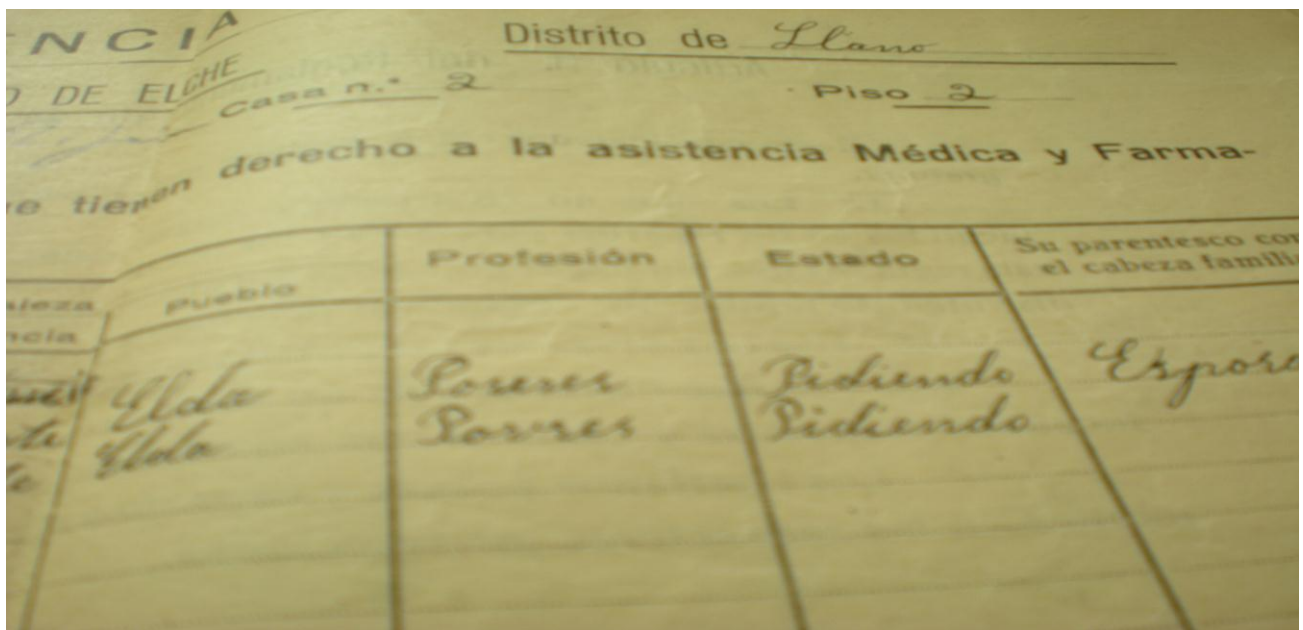
Hay una importante cantidad de mujeres viudas, muchas más que hombres viudos; no faltan también mujeres que constan como casadas pero no figura nombre del marido en el padrón, en incluso alguna crevillentina que reconoce estar malcasada y tener hijos magrebés

que tienen derecho a la asistencia Médica y Farma

Provincia	Pueblo	Profesión	Estado	Su parentesco con el cabeza familia
Valencia	Crevillente	Jornalera	Malcasada	
	Oran	"		hijos
	Oran	"		hijos

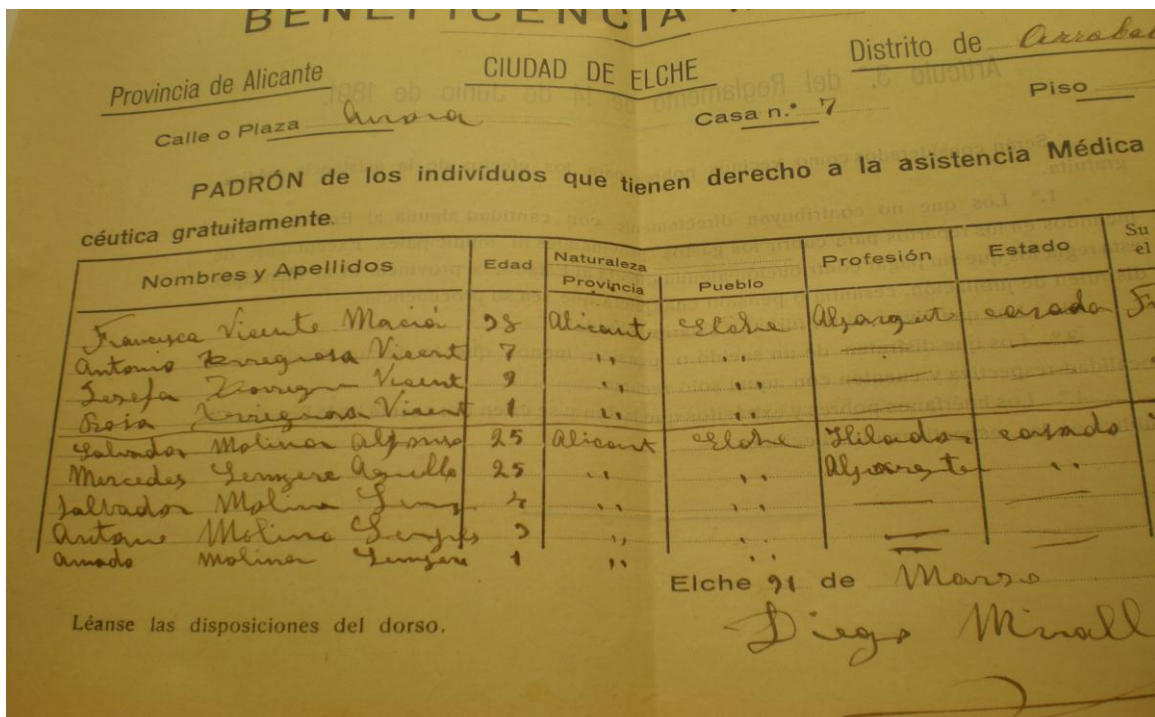
(g)

Del examen de estos documentos del padrón, se pueden realizar una serie de observaciones. Por ejemplo, son una minoría, apenas cuatro o cinco, quienes reconocen no tener trabajo y ser pobres, que subsisten pidiendo limosna:



(h)

Es común entre los habitantes del distrito del Arrabal de San Juan una cierta “promiscuidad”; son numerosos los formularios rellenos con datos pertenecientes a dos familias, observando como viven, al menos en teoría, en la misma vivienda, personas con apellidos claramente diferentes, y la firma del documento no coincide con ninguno de los apellidos de los moradores:



(i)

Podría tratarse de una casa de vecindad, donde habitase más de una familia, por ejemplo, un edificio de dos o más plantas; en este formulario exhibido, donde constan dos familias, el

apartado “piso” está sin cumplimentar; el Nomenclátor de 1920 señala para Elche la existencia de 6381 edificios, de los cuales son habitables 5674²³¹ y el resto se distribuye entre inhabitados (locales comerciales, etc.), e inhabitables; sin embargo, los datos aportados por Vicente Gozávez²³² no coinciden: en 1920, con una población en el casco urbano de 19.222 personas, había 2.758 edificios habitados, con un total de 4.768 viviendas; según J. Gomara²³¹, del total de edificios habitables, 3.886 eran de un piso y 2.114 tenían dos plantas; según V. Gozávez, el mayor porcentaje corresponde a casas de dos plantas, siendo más raros los de tres:

Tabla 37.- Altura de las viviendas en Elche. Elaboración propia.

Año	1 piso	%	2 pisos	%	3 o más pisos	%
1900	924	37.4	1.189	48.3	352	14.3
1910	970	38.3	1.206	47.7	355	14.0
1920	1.027	37.1	1.478	53.3	266	9.6
1930	2.272	54.8	1.450	34.9	428	10.3



Figura 60.- Vivienda actual, unifamiliar, en el Barrio del Raval (antiguo Arrabal de San Juan).
Fotografía del autor

Nos parece poco probable que precisamente en el Arrabal de San Juan se diese la mayor concentración de construcciones de dos plantas. El aspecto que presentaba este barrio en 1930 era bastante pobre y despoblado:

²³¹ GOMARA DALLO, Jacinta. *Estudio demográfico de la industria en Elche*. Instituto de Estudios Alicantinos Juan Gil Albert, 1958.

²³² GOZALVEZ PEREZ, Vicente. *La ciudad de Elche. Estudio topográfico*. Tesis doctoral, Fac. Filosofía y Letras, Departamento de Geografía, Universidad de Valencia, 1976.



Figura 61.- Vista antigua, barrio del Arrabal, desde la otra ladera del río; en primer término, el cauce seco, con menaors en su labor; destaca la torre de la Iglesia de San Juan, al fondo izquierda, la de Santa María.



Figura 62.- El mismo barrio, desde el Puente de Santa Teresa, y la Iglesia de San Juan.



Figura 63.- Vivienda actual, unifamiliar, en el Barrio del Raval (antiguo Arrabal de San Juan) de dos plantas, pero con entrada única. Fotografía del autor.

al igual que lo mas probable es que los edificios de tres plantas se situasen en el centro histórico, Santa Maria, El Salvador, cerca de la Glorieta o de la plaza del Ayuntamiento, donde si podría darse la estratificación por capas sociales que se ha descrito para esta época²³³: en los primeros pisos, hasta el principal, habitaban familias burguesas; los altos y buhardillas estaban ocupados por familias de obreros y menestrales.



Figura 64.- Calle Mayor de Elche. 1920.

²³³ JUARISTI, Jon. *Las sombras del desastre*. En: CARR, Raymond: *Visiones de fin de siglo*. Taurus, 1999.

Siempre queda la duda de si una familia vivía en régimen de alquiler de la otra o es que la picaresca hacía rellenar los datos aparentando notorio hacinamiento a fin de hacer creer que las condiciones de vida eran aun peores de la cruda realidad.

La profesión expuesta con mayor incidencia es la de jornalero; y jornalero el padre, jornaleros los hijos, incluidos los infantes y recién nacidos.

Nombres y Apellidos	Edad	Naturaleza Provincia	Pueblo	Profesión	Estado
Ramón Salvo Nacia	50.	Jornalero	Elche		
María Sanchez Ruiz	22	u. u.			
Pascual	20	u. u.			
Jose	17	u. u.			
Marueta	12	u. u.			
Juan	9	u. u.			
Antonia	39.	u. u.			

Figura 65.- Formulario del padrón de 1924.

Nadie reconoce estar sin trabajo o profesión reconocida. Salvo los muy esporádicos casos, como hemos señalado, en que se reconoce pobreza extrema y vivir mendigando, nadie afirma estar sin trabajo; otra cosa es no tener empleo, fijo o eventual; así, son mayoría los jornaleros y braceros, Y es que persistían aun los criterios morales que marcaban la frontera entre el pobre legal y el falso pobre, señalada por la capacidad para el trabajo, limite entre la pobreza y la delincuencia.¹²⁹

En cuanto a la profesión de las mujeres, salvo aquellas que afirman tener un puesto de trabajo remunerado, léase lavandera, cosedora, alpargatera, o similar, en las demás figura como profesión "su sexo"; es fácil deducir que son las encargadas del trabajo doméstico familiar, lo que hoy son las amas de casa, pero que hasta no hace demasiado tiempo, también era reconocido como "labores propias de su sexo"; asignación aplicable a todos los miembros de la familia, sin distinción de género ni edad.

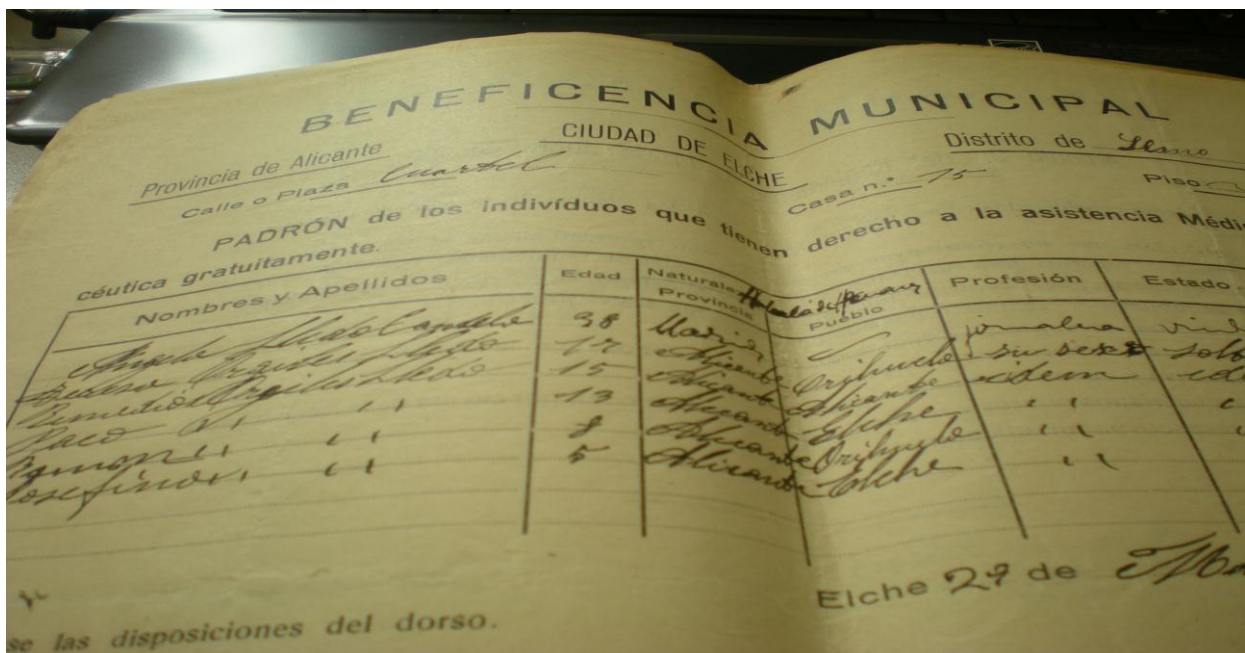


Figura 66.- Formulario del padrón de 1924.

El censo se confeccionó agrupado por distritos; en 1922, Elche estaba dividido en cuatro distritos y diez secciones: cada una de ellas abarcaba unas calles determinadas, y tenía asignada también alguna de las partidas rurales (distinguida con letra cursiva), división que perduró hasta 1930:

Tabla 38.- Distritos y secciones de Elche en 1922.

Sección primera				
	Plaza	Menéndez		Travesía Plaza
Mayor Ciudad	Pelayo		Cortijo	Fruta
Palacio	Traspalacio		Hiladoras	Casas de la Virgen
José Revenga	Obispo Rocamora		Plaza Santa Isabel	Reloj
Horno Ciudad	Alvado		San Pedro	José Maria Buck
Plaza Nueva	Almas		Victoria	San Jaime
<i>Huertos y Molinos</i>	<i>Altabix</i>		<i>Ferriol</i>	
Sección segunda				
San Francisco				
Javier	San Vicente		San Agatángelo	San Pablo
Andrés Torrejón	Antonio Flores		Wilson	Alpujarra
Barrera	Carretera			
<i>Vallongas,</i>	<i>Saladas</i>		<i>Santa Ana</i>	

Sección tercera

Obispo Tormo	Ntra. Sra. Asunción	Plaza de la Merced	Capitán Lagier
Puente Ortices	Conde	Cánovas del Castillo	
<i>Jubalcoy</i>	<i>Torrellano Alto</i>	<i>Torrellano Bajo</i>	

Sección cuarta

Canónigo Torres	Teatro	Plaza Joaquín Costa	Pi y Margall
Daoiz	Velarde	Teniente Ruiz	D. José Ramos
Infante D. Manuel	Libertad	Alfonso XIII	
<i>Maitino</i>	<i>Altet</i>	<i>Balsares</i>	

Sección quinta

Canalejas	Troneta	Plaza Mayor	Sagasta
Dr.Campello	Olivereta	Santa Bárbara	Pta Chica Salvador
Santos Médicos	Polit	San Joaquín	Pta Morera
<i>Perleta</i>	<i>Valverde Alto</i>	<i>Valverde Bajo</i>	

Sección sexta

Carmen	Abad Pons	Nuestra Señora de los Desamparados	Comisario
Travesía Cervantes	Plaza Cervantes	San Isidro	Salvador
San Antonio Ciudad	Castelar	Ntra. Sra. del Remedio	Plaza Dr. Esquerdo
Conrado	Angel	Bajada al Puente	San Jorge
<i>Baya Alta</i>	<i>Baya Baja</i>	<i>Asprillas</i>	<i>La Hoya</i>

Sección séptima

Abadía	Rey Amadeo	Ntra. Sra. de la Leche	Soledad
Cristóbal Colon	Barrio San Jerónimo	Aurora	Retor
Horno Hondo	Travesía Espi	Travesía San Roque	Hernán Cortés
San Roque			
<i>Marina</i>	<i>Molar</i>	<i>Derramador</i>	<i>Puzol</i>

Sección octava

Puerta Arrabal	San Juan	Plaza San Juan	Filet
Plaza 1º de Mayo	Bufart	Lago	San Pascual

Ntra. Sra. Rosario	Boix y Rosario	Mayor Arrabal	Gallo
Travesía San Roque	Luna	Ntra. Sra. Asunción	Rastro
Estrella			
<i>Alzabares Alto</i>	<i>Alzabares Bajo</i>	<i>Daimés</i>	

Sección novena

Santa Ana	San Juan	Plaza San José	Calvario
San Antonio Llano	San Pascual	Sansón	Plaza Polo
Santa Teresa	Pintor Murillo	Travesía Rambla	
<i>Algorós</i>	<i>Algoda</i>	<i>Matola</i>	

Sección décima

Pza Anselmo Clavé	Aspe	Mayor Llano	Honda
Senia	Verónica	Cuartel	Barrio del Asilo
Bº Nuevo Puente			
<i>Peña</i>	<i>Carrús</i>	<i>Llano de San José</i>	

el Reglamento Municipal de Beneficencia de 1928, señala claramente los límites de cada uno de ellos:



Figura 67.- Proyección de los cuatro distritos sobre un plano actual de la ciudad.

1. Distrito primero, de Santa Maria: todas las calles y casas situadas a la derecha de una línea que pasará por el centro de la Avenida de Primo de Rivera, calle Canalejas, Plaza Mayor y termina en el puente nuevo o de Canalejas. (zona coloreada en verde).
2. Distrito segundo del Salvador: todas las calles y casas situadas a la izquierda de la línea anterior, trazada de este a oeste hasta una línea, trazada también de levante a poniente, por mitad de las calles siguientes: Curtidores, Plaza Dr. Esquerdo, calle Angel, Ramón y Cajal, rincón de San Jorge, hasta la calle Alfonso XII (zona coloreada en fucsia).
3. Distrito tercero, Arrabal de San Juan: calles y casas situadas entre la anterior línea a la izquierda, hasta las ultimas casas del pueblo, por las "casas encarnadas" (zona coloreada en amarillo).
4. Distrito cuarto, Arrabal de Santa Teresa: todas las calles y casas que existen a la derecha del cauce del río Vinalopó en la dirección de su corriente, o sea, de norte a sur (zona coloreada en anaranjado).

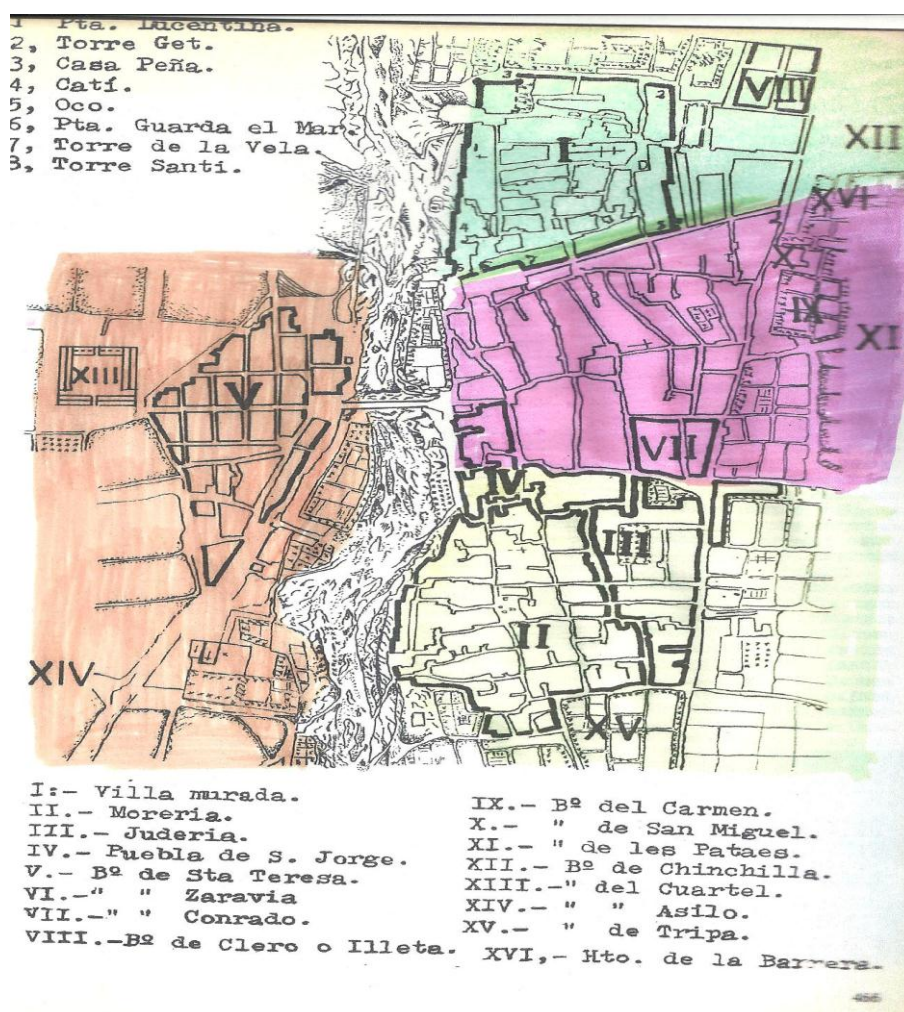


Figura 68.- Proyección de los cuatro distritos sobre un plano antiguo de la ciudad.

El distrito primero, de Santa Maria, estaba a cargo del médico Manuel Pascual Urbán, el segundo, de El Salvador, a cargo de Julio María López Orozco, el tercero, del Arrabal de San Juan, a cargo de José Pomares Perlasia, y el cuarto, del Arrabal de Santa Teresa, a cargo de Jerónimo Sánchez Pascual.

Lamentablemente, son muchos los documentos con errores de inscripción que hacen prácticamente imposible recuperar datos; en particular, los correspondientes al distrito del Arrabal de San Juan adolecen de gran cantidad de anomalías; como hemos señalado, es frecuente que en el mismo formulario se agrupen dos y hasta tres familias, indicando incluso que corresponden a números distintos de la misma calle; es también frecuente la existencia bajo el mismo techo de personas en las que no coinciden los apellidos; cierto es que con asiduidad viven los progenitores de uno de los cónyuges, algún cuñado; hijos o hijas viudas con hijos conviven con sus padres o suegros; pero a veces viven dos familias juntas, descritas perfectamente como padre, madre y varios hijos, separados por una línea de otro padre, otra madre y otros hijos; es también común que haya hermanas viudas que viven juntas; se aprecian también casos en que la edad de la madre es poco superior o incluso inferior a la de alguno de los hijos, lo cual nos hace suponer que se trata de segundas nupcias. Una mujer, viuda de 97 años, afirma tener dos hijos, uno de 28 y otro de 21 años; si esto es así, la señora fue madre con 69 y 76 años (¿no serian sus nietos?). Sin duda ninguna,

esto resta fiabilidad a los datos, y pone en cuestión las posibles conclusiones que se puedan extraer, pero si asumiésemos que el sesgo de selección se debe al azar, y puede tener la misma incidencia sobre cualquiera de los cuatro distritos, podríamos intentar analizar, si quiera de forma agrupada el componente poblacional candidato a recibir asistencia médica y farmacéutica con cargo a la beneficencia municipal.

Lo primero que llama la atención, es la disparidad entre los datos obtenidos del padrón y lo que señala la normativa en vigor: debería haber un médico titular por cada 300 familias de beneficencia. Pues en este caso, no son 300 familias por distrito, ni tampoco 300 personas. Santa María tenía 187 Familias y 586 personas; el Salvador, 135 familias y 499 personas; San Juan 193 familias y 696 personas; y Santa Teresa, 127 familias y 539 personas; en total salen 642 familias y 2.320 personas.

Tabla 39.- Distribución de familias y personas por distritos

	Santa María	El Salvador	San Juan	Santa Teresa	Total
Nº Familias	187	135	193	127	642
Nº Personas	586	499	696	539	2.320
% Familias	29,13	21,03	30,06	19,78	100,00
% Personas	25,26	21,51	30,00	23,23	100,00

Se aprecia así como el distrito con más necesitados era el de San Juan, que suponía el 30 % de la población a proteger, un poco más que el de Santa María, mientras el que menos tenía era el del Salvador.

Con los datos de estos formularios, se confeccionó un libro de registro general de inscritos, donde constaban todos y cada uno de los ciudadanos de Elche que tenían derecho a la asistencia médica y farmacéutica gratuita.



Figura 69.- Libro registro de inscritos en la Beneficencia Municipal.

Los mencionados distritos abarcaban las siguientes calles de la ciudad en la época que estamos considerando:

Tabla 40.- Distritos y sus calles de Elche en 1924

Santa María	Salvador	San Juan	Santa Teresa
Alpujarra	Alfonso XII	Aurora	Aspe
Alvado	Alfonso XIII	Abadía	Calvario
Andrés Torreón	Abad Pons	Barrero	Carretera Aspe
Conde	Angel	Barrio Cantó Barrio San Jerónimo	Cristóbal Sanz
Cortijo	Bajada Puente		Cuartel
José Revenga	Canónigo Torres	Bufart	Honda
Ereta Alta	Carmen	Colon	Jorge Juan
Hiladores	Castelar	Estrella	Lope de Vega
Huerto del Real	Comisario	Filet	Marques de Asprillas
Mayor Ciudad Ntra. Sra. Asunción (Facho)	Cura Fuentes	Gallo	Pablo Iglesias
	Daoiz	Lago	Paso Grande
Obispo Rocamora	Dato	Luna	Pintor Murillo
Obispo Tormo	Desamparados	Mayor Arrabal Ntra. Sra.de la Asunción	Pza. Anselmo Clavé
Palacio Altamira	D. José Ramos	Ntra. Sra. de la Leche	Pza. San José
Plaza Mayor	Espartero	Ntra. Sra. del Rosario	Rambleta
Pza Menéndez Pelayo	Infante D. Manuel		Ramón Jaén
Puerta Alicante	Joaquín Costa	Pza 1º Mayo	San José
San Agatángelo	Libertad	Pza Venturo	Sansón
San Francisco Javier	Ntra. Sra. Remedio	Puerta Arrabal Puerta Chica San Juan	Santa Ana
San Jaime	Nueva San Antonio	Puerta de las Tahullas	Santa Teresa Llano
San Pedro	Pi y Margall		Travesía Rambla
San Vicente	Plaza Cervantes	Rastro	
Traspalacio	Polit	Rector	
Casas de la Virgen	Puerta Chica del Salvador	Rey Amadeo	
	Puerta de la Morera	San Roque	
	Rincón de San Jorge	San Juan	
	San Joaquín	San Pascual	

San Jorge	Soledad
Santa Bárbara	Tejera
Santos Médicos	Travesía Colon
Travesía Daoiz	Travesía San Roque
Velarde	
Travesía 1ª Velarde	
Travesía 2ª Velarde	
Travesía 3ª Velarde	

No hemos encontrado coincidencia total entre los datos obtenidos del padrón de beneficencia, y los reflejados en el libro de registro; posiblemente se hayan anulado algunos de los solicitantes, puesto que, como hemos señalado líneas arriba, se han detectado numerosos errores, que, muy probablemente en su inmensa mayoría eran involuntarios y fruto de la incultura, pero que unos cuantos tenían un cierto aspecto picaresco.

Tabla 41.- Diferencias entre el padrón municipal y el libro de registro de Beneficencia.

DISTRITO	Santa Maria	Salvador	San Juan	Santa Teresa	Total
Libro registro	614	520	704	541	2.379
Datos padrón	586	499	696	539	2.320
Diferencia	28	21	8	2	59

La diferencia no es importante, por lo que explotaremos los datos del padrón, más detallados.

Como venimos señalando, el primer dato a considerar, es que no se incluyen los habitantes del campo de Elche; ni en el padrón ni en el libro figuran datos de las partidas rurales. Y esto es un sesgo considerable. Porque, revisando los datos del padrón municipal efectuado a finales del mismo año, 1924, hemos encontrado los siguientes datos agregados: Se contabilizaron en el casco urbano, 8767 hombres y 9807 mujeres, un total de 18574 personas de derecho; en las partidas rurales, había 7689 hombres y 6988 mujeres, suma 14677 habitantes; es decir, que al confeccionar el padrón de registro de beneficencia, teniendo en cuenta solo a los residente en la ciudad propiamente dicha, se dejó directamente fuera de la encuesta al 44 % de la población de Elche.

Tabla 42.- Distribucion por sexos de los habitantes del campo y la ciudad.

	PADRON		MUNICIPAL	AÑO	1924		Homb/ muj
	Hombres	Mujeres			Total	%	
Ciudad	8.767	9.807	18.574	55,86	47,20	52,80	0,89
Campo	7.689	6.988	14.677	44,14	52,39	47,61	1,10
Suma	16.456	16.795	33.251		49,49	50,51	0,98

Estos datos sobre población coinciden con los aportados por Jacinta Gomara²³¹, pero no concuerdan con los expuestos por Martín Sevilla²³⁴ quien muestra las siguientes cifras:

Tabla 43- Poblacion de Elche según autores:

Año	Autor	Elche	Resto Término	Total
1920	M. Sevilla	19.222	13.945	33.167
1930	M. Sevilla	23.159	14.854	38.013
1924	J. Gomara			33.251
1924	J. Rueda	18.574	14.677	33.251

Nos queda alguna duda sobre la fiabilidad de los datos de este respetado autor ya que en la tabla de la cual hemos extraído las cifras para la comparación, exhibe para 1940, 31.275 personas en Elche y 15.321 en el resto, total, 46.546 (la suma real es de 46.596), y peor aun, para 1950, las cifras respectivas son 34.717, 21.160 y suma 46.546, la misma que figura en 1940; es fácil comprobar que la suma real es 55.877.

Queda manifiesto en esta anterior relación, que no se incluía ninguna de las partidas rurales del campo, a diferencia de lo reflejado en la división por secciones expuesta líneas arriba. Vista la forma de confección del padrón, y las dificultades para la obtención de los datos, nos inclinamos a pensar que llevar a cabo este cometido en el campo, seria tarea harto dificultosa, habida cuenta de la extensión del término municipal, la enorme dispersión y separación entre las viviendas rurales; por tanto, no podemos saber si la población del campo estaba incluida en su conjunto simplemente por su carácter rural, pero nos parece poco probable, por lo siguiente; según el censo de 1924, vivían en el campo 14.677 personas; asumiendo también que la composición de las familias fuese similar en el campo y en la ciudad, con una media de 3.6 a 4.7 personas por familia, resultarían entre 4.076 y 3.122 familias; asumiendo que la distribución por las partidas fuese homogénea, corresponderían a cada distrito nada menos que 3.669 personas, o sea entre 980 y 750 familias como promedio, cifras a todas luces inasumibles.

Si admitimos también que el porcentaje de personas candidatas a recibir ayuda de Beneficencia fuera el mismo en el campo que en la ciudad, es decir, un 13 %, nos resultarían 1.908 personas, entre 405 y 530 familias; es decir, del orden de 477 personas o poco más de 100 familias por distrito: así, se aproximaría más a la cifra señalada por la ley de 300 familias por médico de beneficencia, ya que con este nuevo cálculo corresponderían, 287 familias a Santa María, 235 a El Salvador, 293 a San Juan, y 227 a Santa Teresa.

Resulta cuando menos, alarmante, que sobre una población censada en la ciudad que supera las 18.000 personas, se declaren subsidiarios de beneficencia municipal nada menos que 2300, casi el 13 %. Y, repetimos, queda excluido de este censo la parte que pudiera corresponder de la población de las partidas rurales. Porque, si bien en 1924 la casi totalidad de los campesinos del campo de Elche eran propietarios⁴⁸ de toda o parte de la tierra que cultivaban, y se calcula que unos 5.500 propietarios se repartían unas 15.000 parcelas, equivalentes a 350.000 tahullas, asumiendo (con riesgo) que todos los propietarios eran campesinos, que no había ningún terrateniente que tuviera las tierras en aparcería, y que las

²³⁴ SEVILLA JIMENEZ, Martín. *Economía e industria. La evolución de Elche en el último siglo*. En: Cien años de la Historia de Elche y de su Caja de Ahorros (1886-1986). Ed. Caja de Ahorros de Alicante y Murcia, 1986.

fincas estuvieran a nombre de los cabezas de familia, varones, nos quedan al menos mil doscientas familias no propietarias; y es poco probable que entre ellos no hubiera nadie que mereciese ser incluido en el listado de pobres. Y más aun, según Forner⁴⁸ en los años previos, la riqueza procedente de la agricultura jugaba un papel preponderante en la economía ilicitana, sobre todo con Luís Cruz Pascual de Bonanza. En abril de 1919 se había constituido una sociedad mercantil bajo la razón social de “La Agricultura”, debido a que el esfuerzo individual era insuficiente para el desarrollo de ciertos negocios²³⁵. Y también, cuando ya en 1916, el Alcalde Alonso Blasco, con motivo de un expediente sancionador a los médicos titulares, que veremos más adelante, afirma que *“Los médicos titulares de Elche no cumplen, desgraciadamente, con su deber, se demuestra con el hecho de que desde que desempeñan el cargo, y dos de ellos llevan 17 años ejerciéndolo, no han visitado jamás a ningún enfermo pobre del campo, a pesar de venir obligados a ello por los contratos con el Ayuntamiento, dándose el caso de que alguno hay fallecido sin asistencia facultativa”*

La tercera cuestión que nos hemos planteado es si la distribución de los pobres era homogénea en la ciudad, Para ello, hemos analizado la composición de las familias censadas, y los resultados son los siguientes:

Tabla 44.- Distribución de los pobres por distritos:

	Sta. María	Salvador	San Juan	Sta. Teresa	total
Hombres	85	88	108	89	370
Mujeres	146	132	204	121	603
Viudos/as	62	42	79	39	222
Hijos	274	257	366	292	1189
otros fam.	81	31	18	36	166
% Hombres	14,51	17,64	15,52	16,51	15,95
%Mujeres	24,91	26,45	29,31	22,45	25,99
Homb/Muj	0,58	0,67	0,53	0,74	0,61
% Viudos/as	10,58	8,42	11,35	7,24	9,57
% Hijos	46,76	51,50	52,59	54,17	51,25
% otros fam.	13,82	6,21	2,59	6,68	7,16

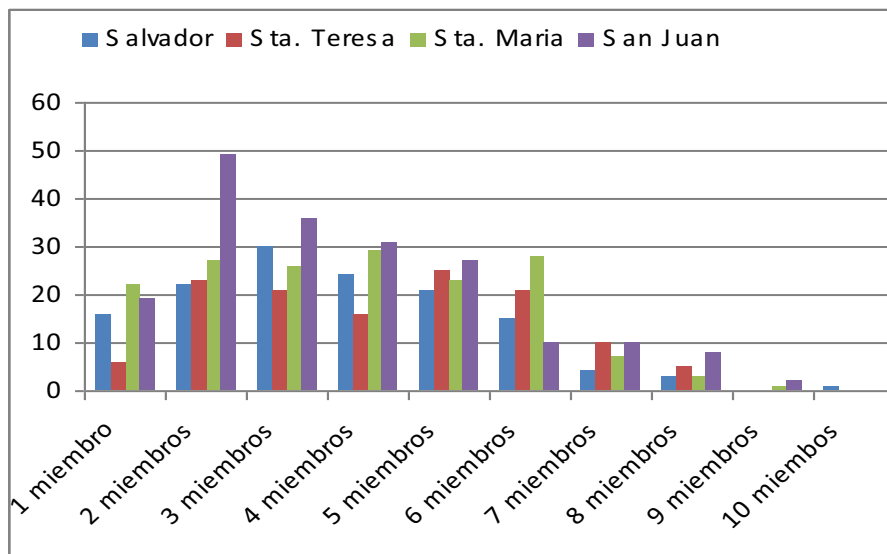
Había menos familias con un solo miembro en el Arrabal de Santa Teresa, con diferencia estadísticamente significativa (Chi-cuadrado = 41.15, p = 0.039); más familias de dos, tres y cuatro miembros en el de San Juan:

Tabla 45.- Personas por familia por distritos

	Santa María	El Salvador	San Juan	Santa Teresa	total
1 miembro	22	16	19	6	63
2 miembros	27	22	49	23	121
3 miembros	26	30	36	21	113
4 miembros	29	24	31	16	100
5 miembros	23	21	27	25	96

²³⁵ RAMOS FOLQUES, Alejandro. *La industria, el comercio y la agricultura en Elche*. Ed. el autor, 1973

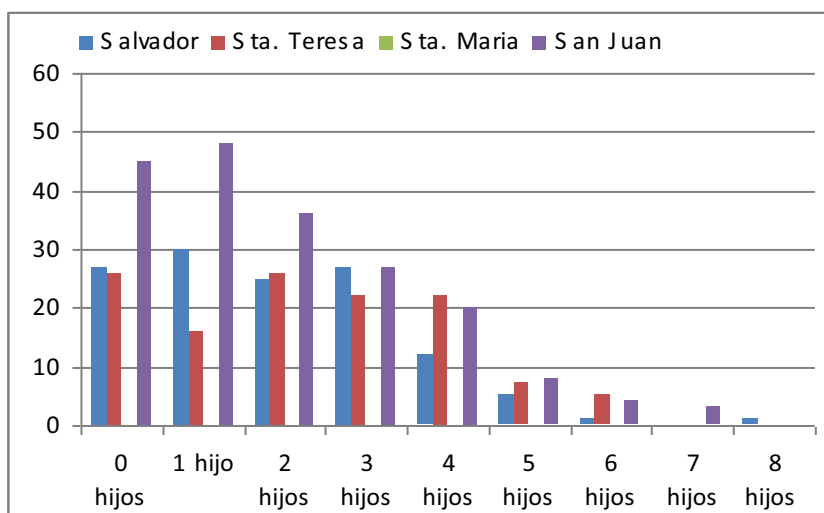
6 miembros	28	15	10	21	74
7 miembros	7	4	10	10	31
8 miembros	3	3	8	5	19
9 miembros	1	0	2	0	3
10 miembros	0	1	0	0	1
Mínimo	1	1	1	1	
Máximo	11	10	9	8	
Promedio	3,7	3,70	3,6	4,24	



También había más hijos por familia entre los habitantes del Arrabal de San Juan, con valor estadísticamente significativo, (Chi-cuadrado = 52.96, $p = 0.0008$).

Tabla 46.- Hijos por familia

	Santa María	El Salvador	San Juan	Santa Teresa	total
0 hijos	1	27	45	26	99
1 hijo	23	30	48	16	117
2 hijos	33	25	36	26	120
3 hijos	24	27	27	22	100
4 hijos	17	12	20	22	71
5 hijos	4	5	8	7	24
6 hijos	3	1	4	5	13
7 hijos	1	0	3	0	4
8 hijos	0	1	0	0	1
Min	0	0	0	0	
Max	7	10	7	6	
Prom	1,47	1,90	1,90	2,30	



Es decir, que la distribución de los pobres no era, en absoluto, homogénea en la ciudad; había más subsidiarios de la Beneficencia Municipal en el distrito de Santa María y en el Arrabal de San Juan, el más poblado, donde también había más mujeres que hombres, sobre todo, viudas, tenía menos personas por vivienda, pero la misma proporción de hijos que El Salvador, pero más que Santa María.

CAPITULO 3.- OTRAS AYUDAS SOCIALES.

Generalmente se dedicaba el capítulo 9 de los presupuestos municipales a la asistencia social, y comprendía la ayuda para las Juntas Locales, los seguros sociales, el retiro obrero y asistencias diversas; su cuantía era realmente escasa:

Tabla 47.- Gastos de Ayuntamiento para asistencia social. Elaboración propia.

	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Total	746175, 54	444041, 24	764982, 74	806185, 28	840742, 75	937390, 36
Asist. Soc	2.000	4.250	4.250	42.50	4.250	10.250
Porcent.	0,27	0,96	0,56	0,53	0,51	1,09

3.1.- AYUDAS PARA LACTANCIA.

Por lo que se aprecia en las actas consultadas, el ayuntamiento venía concediendo anteriormente lo que denominaba “pensión para ayuda a la lactancia” a aquellas mujeres o familias que, tras el nacimiento de uno o más hijos, no podían alimentar de forma natural a los recién nacidos; era, por lo general, gente de extracción humilde, con grandes dificultades económicas, posiblemente madres malnutridas, que, no sin grandes dificultades, lograban llevar a término un embarazo y alumbrar una criatura viable, habida cuenta de la elevada incidencia registrada en esta época de nacidos con atresia o desarrollo insuficiente, que morían en las primeras horas de vida. En alguna ocasión se trataba también de poder ayudar a padres viudos de esposa fallecida postparto, y que, obviamente, necesitaba el concurso de algún ama de cría, a quien debía abonar sus servicios.

En la primera mitad del siglo XIX, allá por 1838, (legajo 39-4), se expresa que, en respuesta a un oficio de la Diputación, desde el año 1828 y hasta finales de 1836, venía contribuyendo esta villa a la Casa Nacional de Expósitos de la ciudad de Orihuela, con la cantidad de 8.000 reales anuales, pero que desde 1836, esto corre a cargo del ayuntamiento de Elche, destinándose 8.500 reales para salarios de nodrizas y ropa de expósitos. Se dice también que el Consistorio se halla instruyendo el oportuno expediente para formar en esta villa una casa de Beneficencia, a la cual se suma el Hospital de Caridad que existe en ella. Es de señalar que, si bien la consignación se hace para la lactancia de niños abandonados, en años sucesivos, se reciben numerosas solicitudes de ayuda por parte de familias pobres, o por haber fallecido la madre intraparto, a las cuales era norma contestar de modo afirmativo.

Y más adelante, en las actas de 1923 vemos que son numerosas las veces que se conceden dichas pensiones, si bien en las reuniones que tuvieron lugar tras la constitución de la nueva corporación después del golpe de estado, dejan de figurar estas concesiones, para reaparecer en los primeros meses del año siguiente; posiblemente con el ánimo de institucionalizarlas, se propone en un pleno del mes de febrero de 1924, que las solicitudes de ayuda para la lactancia serán valoradas previamente en la comisión de Beneficencia y Sanidad, con lo cual dejan de aparecer en las actas de los plenos o de la Comisión de Gobierno, las mencionadas solicitudes; pero es que, a partir de ese momento, tampoco aparecen en las actas de dicha comisión de Beneficencia. Podría ello estar en relación con la carta que envía el alcalde a los medios de comunicación²³⁶, para expresar que “*en el actual presupuesto municipal hay consignada cantidad suficiente para pagar 17 pensiones para*

²³⁶ Semanario *Trabajo*, 16 de diciembre de 1923.

ayuda de lactancia de niños pobres que no puedan ser criados por sus madres, a razón de diez pesetas mensuales cada pensión. Como hasta la fecha solo se han solicitado y vienen pagándose ocho de dichas pensiones, quedan nueve sin proveer, y se hace público este hecho para que los que se consideren con derecho al referido beneficio, puedan solicitarlo del ayuntamiento". Es decir, que otra posibilidad, poco verosímil, es que dejaran de concederse tales pensiones por no ser solicitadas.

De cualquier modo, en junio de este mismo año de 1923, el destacado militante socialista Germán Penalva Mendiola, reprocha al consistorio que no se haga ninguna consignación para ayuda de lactancia, y pide que se contemple esta partida, y que se duplique su número, pasando del actual de 17 a 30 ó 34, y su cuantía, de 10 a 20 pesetas. Para remarcar más aun su interés, volvió a presentar la misma solicitud en el pleno siguiente, y, ahora sí, el alcalde le responde que "se ha extendido certificación que se unirá al presupuesto para remitirla al delegado de Hacienda", con lo cual, al solicitarse dos meses más tarde, una ayuda para Joaquín Sotoca, cuya esposa ha tenido mellizos, se le deniega porque el estatuto municipal no autoriza esta clase de socorros, y no hay consignación presupuestaria para ello.

Dos años más tarde, insiste de nuevo Germán Penalva en la inclusión en el presupuesto de las ayudas para lactancia y para la llamada cocina económica. La respuesta del alcalde (en este caso, el accidental, Jaime Pomares Javaloyes) vuelve a ser tajante: no se han consignado estas partidas en el presupuesto, porque han tenido que hacer una notable reducción de gastos. Y, ciertamente, se llevó a cabo, pues la diferencia de presupuesto general del ayuntamiento para este año 1926, ha bajado en más de trescientas mil pesetas,



Germán Penalva Mendiola.

31

Figura 70.- Germán Penalva Mendiola

un 40 %, Sin embargo, la cantidad consignada para este capítulo, de asistencia social, se había más que duplicado, de 2.000 a 4.250 pesetas; y esta cifra se mantiene constante en los años siguientes, a pesar de la recuperación otra vez del volumen presupuestario, volviendo a cifras del orden de 750/800.000 pesetas; por eso, contrasta esta “reducción de gastos en el capítulo de ayudas para lactancia a madres pobres”, con el dispendio de otras partidas simultáneas: (junio 1927): 865 pesetas por un almuerzo en el Huerto del Cura con el Director General de Agricultura, 25 pesetas por tocar las campanas el día del cumpleaños de Rey, 40 pesetas por el sermón del día de Corpus, y 60 por tocar la dulzaina, 250 pesetas por consumo de cera en la procesión.... En fin, cuestión de prioridades.

Esta misma tónica de vindicación-reivindicación en cuestiones sociales se mantiene en los meses siguientes: Germán Penalva (agosto 1927) vuelve a preguntar por qué el ayuntamiento no facilita botes de leche a las madres que no pueden lactar, y propone que se destinen 500 pesetas en el próximo presupuesto, como socorro de la maternidad. La respuesta conciliadora del alcalde, Sebastián Macia Martínez, es que se procurará atender su solicitud.

En el mismo mes que se presenta esta moción desde el público, son aprobados, por la comisión los siguientes pagos, en relación con las fiestas locales: 1.566 pesetas por la traca. 105 pesetas a los empleados que han hecho guardia en estos días, 65 pesetas a los sacerdotes por la procesión, 221 por consumo de cera, 35 por honorarios de capellanes y sacristanes, trabajo para colocar la iluminación: 4.050 pesetas. Como era de esperar, a la vista de estos dispendios, German Penalva solicita que la cantidad a destinar en el próximo presupuesto como socorro a la maternidad, ascienda a 1.200 pesetas. A partir de 1928 no vuelve a plantearse la cuestión de las ayudas para lactancia en las reuniones municipales. No nos queda claro si son anuladas directamente, son sustituidas por otro tipo de prestación, cosa poco probable a la vista de la composición del capítulo 9 del presupuesto, o si son valoradas y resueltas a nivel de comisión de sanidad, sin llegar a permanente o a pleno. No hemos encontrado más referencias en los documentos analizados.

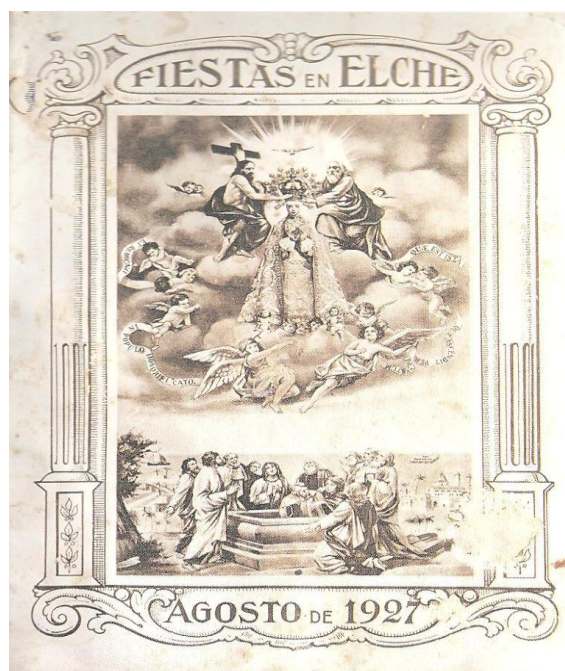


Figura 71.- Programa de Fiestas de Elche, 1927.

3.2.- AYUDAS PARA ENTERRAMIENTO.

Hay otro aspecto de las ayudas sociales que, sin un artículo concreto en el capítulo del presupuesto, se asigna con cierta asiduidad; en numerosas reuniones figuran pagos a Canals y Albarranch por cajas en blanco para cadáveres de pobres, y su conducción al cementerio. Como es previsible, el enterramiento tenía unos costes: por un lado, los derechos municipales, variables en función de si el féretro llevaba cintas, si la caja estaba barnizada, si era de primera, de segunda o de lujo, si llevaba coronas, y cual era su diámetro; por otro, el coste del ataúd; por otro, el estipendio de la Iglesia; por otro, la propia sepultura. En gran cantidad de sesiones municipales se conceden derechos de construcción o de propiedad, de nichos o bloques de nichos en el Cementerio General a personas con capacidad adquisitiva; sin embargo, como es fácil intuir, las personas que recibían asistencia sanitaria con cargo a la beneficencia, no podían costearse los gastos de un sepelio; por ejemplo solo la caja costaba (al ayuntamiento) del orden de 22 pesetas (recordar que una visita médica a pacientes ricos se cobraba a dos o tres pesetas en esa época).

Y es que hay otra faceta de la asistencia social, que, si bien no puede figurar como gasto propiamente dicho, es más bien una condonación de tasas; es la referida a los derechos de enterramiento. Si el ayuntamiento era capaz de prestar asistencia médico-farmacéutica a los pobres y desvalidos, intentando ayudarles en su enfermedad, no podía por menos que eximirles del pago cuando después de sus penalidades en vida, tenían, además la desgracia de fallecer; ya hemos señalado que el precio del féretro, el más sencillo, denominado “en blanco” podía alcanzar el salario mínimo de una semana de trabajo de estos desafortunados; si a ello hay que añadir los aranceles eclesiásticos y las tasas municipales, al pobre solo le quedaba la posibilidad de endeudarse hasta límites imposibles, o recurrir nuevamente a la ayuda benéfica. Por esto, el ayuntamiento se hacía cargo del entierro de los fallecidos pobres. Así, en el libro de enterramientos figura, junto a anotaciones del tipo “todo clero”, “procesión”, “misa de once”, otras del tipo “gratis pobre”. Más aun, en mayo de 1926 se plantea el problema de que como la conducción de los cadáveres de pobres fallecidos en el Hospital y el Asilo hasta el cementerio era efectuada por el conserje de este, surgían numerosas dificultades, se acuerda que sean las funerarias quienes se encarguen del traslado de estos finados, pero también lo harán de aquellos pobres que, fallecidos fuera de estos benéficos establecimientos, se les facilite gratis la caja o ataúd, con cargo al ayuntamiento, Esto significa que una porción de la población no podía costearse ni siquiera su propio entierro; si hemos señalado que casi el trece por ciento de la población ilicitana era subsidiaria de atención sanitaria con cargo al erario publico, las cifras de entierros gratuitos, son realmente alarmantes:

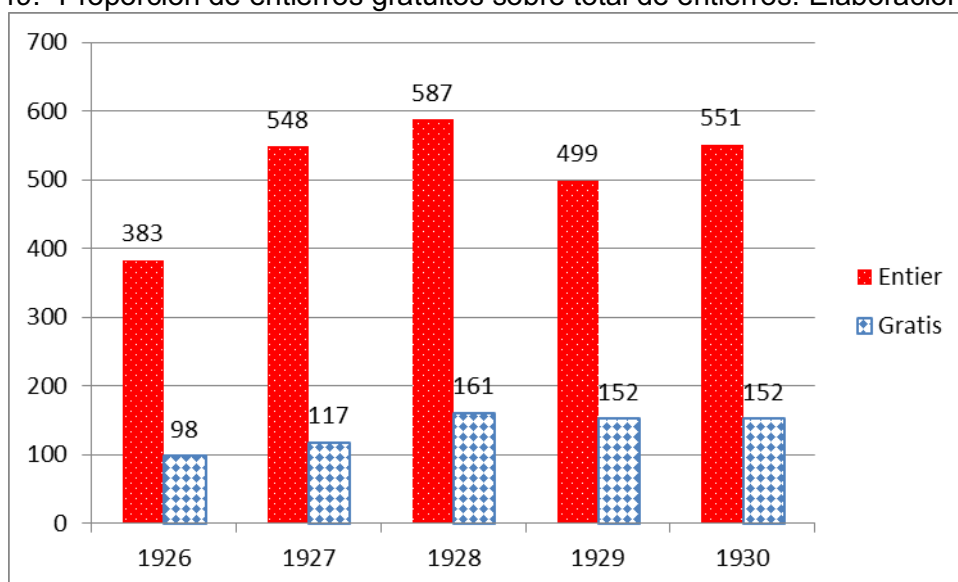
Tabla 48.- Distribución de entierros gratuitos. Elaboración propia.

	1926	1927	1928	1929	1930
ENE		21	14	14	13
FEB		8	16	9	21
MAR		12	16	21	7
ABR	2	11	17	16	11
MAY	13	12	6	16	18
JUN	16	10	14	15	5
JUL	9	10	13	9	15

AGO	10	7	15	8	11
SEP	4	4	8	10	12
OCT	12	8	15	8	12
NOV	16	8	13	13	13
DIC	16	6	14	13	14
SUMA	98	117	161	152	152
%	25,59	21,35	27,43	30,46	27,59

Es una media mensual que oscila entre más de nueve en los meses de septiembre, hasta más de 16 en mayo, lo habitual eran 14-15 mensuales. Entre un 25 y un 30 % de los entierros efectuados entre 1926 y 1930 fueron de pobres:

Tabla 49.- Proporción de entierros gratuitos sobre total de entierros. Elaboración propia.



Esto nos hace pensar que, en verdad, la tasa de mortalidad era mucho más alta entre las clases desfavorecidas; puesto que la proporción de entierros con cargo al ayuntamiento supera la de pobres censados en el padrón, pudiera ser también que se tratase de personas en el umbral de la pobreza, las cuales si bien no cumplían requisitos para ser incluidos en el padrón de beneficencia, la pérdida de un familiar les iba a ocasionar un dispendio muchas veces inasumible.

Capítulo 4.- LA ASISTENCIA SANITARIA.

Es muy probable que la aparición de la medicina científica no acabase tampoco en nuestra ciudad con las otras medicinas alternativas; de hecho, persiste aún en la actualidad una no desdeñable creencia en el curanderismo; es conocido de todos los ejercientes de la Medicina que cuenten (contemos) unos años, la costumbre de “*ir a medirse*”, rito efectuado por la curandera mediante el pase de unos pañuelos a lo largo del cuerpo, en una cadencia establecida, relacionando la altura del enfermo con la longitud de los brazos de la sanadora, para aseverar, por fin, un categórico: “*estás empachado hasta aquí*”. No hemos encontrado ninguna mención a este tipo de actividades en los documentos que hemos revisado, por lo que no podemos aportar información al respecto.

Desde el punto de vista organizativo, la asistencia sanitaria municipal se establecía en dos niveles fundamentales; medicina ambulatoria, y asistencia en el Santo Hospital de Caridad. Estas cuestiones como hemos señalado, quedaron definitivamente esclarecidas con la aprobación en enero de 1928 del Reglamento Municipal de Sanidad y Beneficencia; pero hasta entonces, pasaron un cierto número de vicisitudes.

4.1.- ASISTENCIA AMBULATORIA O DOMICILIARIA

Para la asistencia ambulatoria, entendiéndola esta como la atención sanitaria prestada en el domicilio del paciente o en el consultorio de facultativo, fuera de institución cerrada o en régimen de internamiento, disponía Elche de los médicos, tanto de Beneficencia como de ejercicio libre, farmacias autorizadas y libres, practicantes, tanto de Beneficencia como de ejercicio libre y matronas, también de Beneficencia y de ejercicio libre.

Como venimos señalando, la ciudad se dividía, a estos efectos en cuatro distritos sanitarios, cada uno con un médico y un practicante. Los médicos de la Beneficencia Municipal venían obligados por un contrato suscrito con el Ayuntamiento, (en la fotografía se adjunta copia de un modelo, tomado del AHME) a prestar asistencia médica, tanto en su propio consultorio como en el domicilio del paciente, a los pacientes incluidos en el padrón de ciudadanos pobres, con los materiales, y medios diagnósticos necesarios para el correcto desempeño de su función. Cada uno de ellos asistía a los enfermos de su distrito, no pudiendo atender a los de otros distritos salvo que fueran llamados por el compañero correspondiente y se estableciese una junta de médicos.

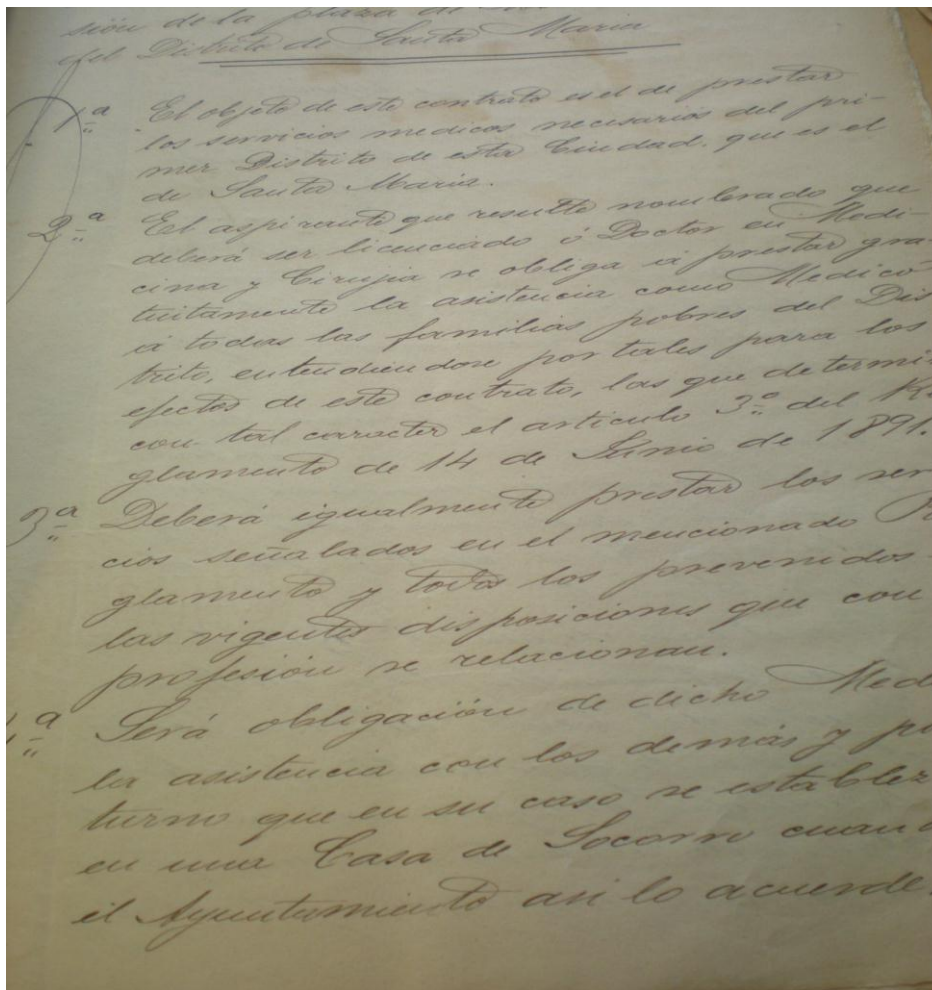


Figura 72.- Copia de contrato entre el Ayuntamiento y el médico de Beneficencia. AHME.

Por otro lado, ciertas compañías, como La Unión, Sociedad Femenina de Socorros Mutuos, tenían también sus médicos y practicantes contratados, tales como José Pomares Perlasia, José Juan Orts Martínez, Ramón Pastor y Juan Bautista Giménez Ambit.²³⁷

Porque, como hemos indicado anteriormente, restaba una porción de ciudadanos que no podían acceder a la asistencia sanitaria por ninguna de estas vías, ni la de beneficencia ni la de compañías de socorros mutuos, quedando en la relación directa médico paciente, como ocurría con las clases acomodadas; pero no siempre esta franja poblacional estaba en condiciones de afrontar los gastos derivados de una enfermedad. Por fortuna, los sanitarios de Elche tenían alto sentido de la vocación, y, por lo que se refiere, nunca dejaron a ningún paciente sin atender; así lo reconocen públicamente los socialistas²³⁸, criticando al gobierno municipal, en el sentido de que un pueblo de más de 30.000 habitantes no tenga una Casa de Socorro, ni un Laboratorio donde ricos y pobres puedan beneficiarse de la ciencia investigadora en microbiología y bacteriología, y que gracias a que existe la Cruz Roja y que los señores médicos y practicantes asistían en casos de urgencia por amor a la profesión y conmiseración al desvalido.

²³⁷ Semanario *Trabajo* 17 de septiembre de 1923.

²³⁸ Semanario *Trabajo*, 30 de marzo de 1924.

Una vez efectuada la pertinente asistencia médica, el médico extendía la correspondiente prescripción, y el paciente o sus familiares, acudían a la farmacia con la receta, generalmente visada por el alcalde de barrio o pedáneo, que daba fe de la inclusión del enfermo en padrón de individuos con derecho a prestación gratuita; ello generó en ocasiones problemas, pues a veces tenían "preferencia" los votantes o simpatizantes de determinada facción política, mientras que los adversarios podían encontrar algunas dificultades para que el pedáneo, el alcalde de barrio o el propio alcalde firmase la receta, con notables demoras en algunos casos.

4.1.1.- MÉDICOS DE ELCHE

Según datos obtenidos del Archivo Histórico Municipal, en el año 1922, figuraban como ejercientes de la medicina los siguientes doctores:

1. Manuel Pascual Urbán.
2. Luís Gómez Aznar.
3. Julio Maria López Orozco.
4. Juan Micó Serrano.
5. José Pomares Perlasia.
6. Jerónimo Sánchez Pascual.
7. Manuel Martínez Magro.
8. Antonio Bru Gomis.
9. Carmelo Serrano García.
10. Andrés Bru Gomis.
11. José Martínez Pérez.



Médicos ilicitanos en una fotografía tomada antes de la Guerra Civil (de izquierda a derecha, comenzando por la fila superior): Jerónimo Sánchez Pacual, Julio María López Orozco, José Pomares Perlasia, Antonio Bru Gomis, José Juan Orts Martínez, José Martínez Peral, Andrés Bru Gomis, Carmelo Serrano García, Manuel Pascual Urbán, Manuel Martínez Magro y Joaquín Santo García.

Figura 73.- Médicos de Elche.

No eran estos los únicos ejercientes de la profesión; como veremos más adelante, en esta relación constan los que tenían vinculación con el Ayuntamiento, bien por ser Médicos de la

Beneficencia, o por trabajar en el Hospital. Hay que recordar de nuevo, que solo era subsidiaria de atención gratuita alrededor del trece por ciento de la población, y que todos los demás ilicitanos que no figuraban inscritos en el padrón de Beneficencia, eran tributarios de la medicina libre, es decir, de pago, bien directo al facultativo, o bien mediante alguna aseguradora: porque, como se ordenaba en el Reglamento aprobado por el Ayuntamiento en 1928, los médicos de la Beneficencia, venían obligados a tener una hora diaria de consulta para los más desfavorecidos, y a asistirles en su domicilio, quedando el resto del tiempo, para el ejercicio libre. Los que no figuraban como Médicos de la Beneficencia, ni percibían, por tanto, un salario del municipio, se dedicaban al ejercicio libre de la profesión, o asistían a alguna de las sociedades de socorros mutuos existentes; bien entendido que la percepción de sueldo del Ayuntamiento no excluía el ejercicio libre de la profesión. Por ejemplo, el semanario *Trabajo*²³⁹ expone la relación de personal sanitario a prestar servicios en las organizaciones relacionadas con el Partido Obrero Socialista:

- Servicios Médicos:
 - Círculo Obrero:
 - Arrabal: Jerónimo Sánchez Pascual.
 - Centro y Santa María: Manuel Martínez Magro.
 - Llano: Juan Micó Serrano.
- Practicante:
 - Lorenzo Cases Antón.
- La Unión:
 - Arrabal: José Martínez Pérez.
 - Centro y Santa María: José Pomares Perlasia.
 - Llano: Juan Micó Serrano.

Con el apoyo de las biografías existentes en la Cátedra Pedro Ibarra, y los datos obrantes en poder del Ilustre Colegio Oficial de Médicos, hemos podido obtener la siguiente información:

1.- MANUEL PASCUAL URBAN.

No consta su expediente en el Colegio.

Nacido en Elche en 1876, ejerció como Médico titular en las localidades de Leganiel y Belinchón, de la provincia de Cuenca, en 1904.

Ya en Elche, aparece como profesor del colegio de segunda enseñanza Nuestra Señora de la Asunción, donde permanece hasta 1919; fue Director del Santo Hospital de Caridad y Médico Responsable de la sección segunda de la Cruz Roja. Fue también Presidente del Casino hasta septiembre de 1912.

Médico forense, sustituto del titular del Juzgado de Elche, fue nombrado médico titular del primer distrito, Santa María, (AHME, legajo 3/18) el 19 de junio de 1917, plaza que venía ocupando desde marzo de ese año, por fallecimiento de Alfredo Llopis Castelado; fue ratificado en el puesto al formarse el escalafón de médicos titulares y suplentes en enero de 1928.

Fue nombrado Subdelegado de Medicina con carácter interino el 13 de marzo de 1919 (AHME, legajo 3/12).

²³⁹ Semanario *Trabajo*, 19 de junio de 1921.

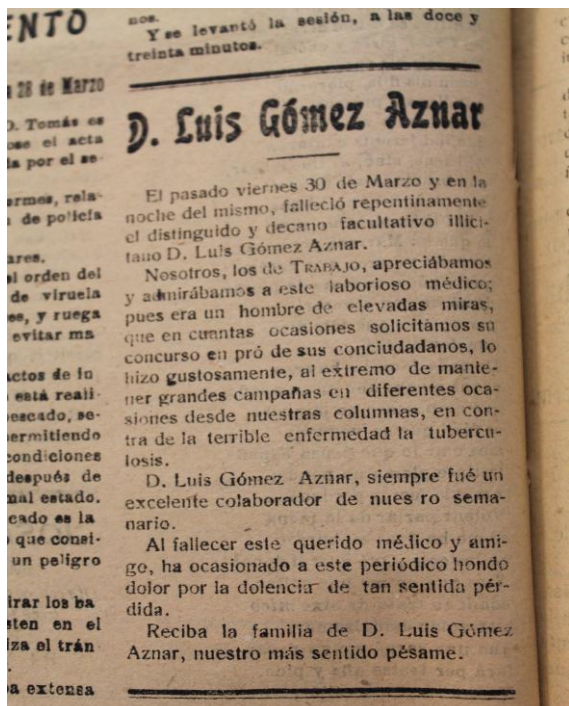
En junio de 1926 solicitó un mes de licencia para someterse a tratamiento de aguas termales en Fortuna, por padecer una bronquitis crónica.

Con la llegada de Primo de Rivera se convierte en uno de los principales dirigentes locales de la Unión Patriótica, de la que llegó a ser presidente desde 1926. En marzo de 1928, tras haberse aprobado el Reglamento Municipal de Sanidad, por ser el decano de los médicos titulares, tuvo que pasar a ocupar el cargo de Jefe de los Servicios de Beneficencia, Higiene y Sanidad, y abandonar la plaza de titular del distrito primero.

Parece que abandonó la actividad política durante la II República, pese a lo cual, fue destituido de sus cargos el 21 de agosto de 1936 y estuvo encarcelado en el Palacio de Altamira al inicio de la Guerra Civil, junto con su compañero Carmelo Serrano García, y posteriormente en el Seminario de Orihuela; se reincorporó a su puesto en la postguerra y falleció en Elche en junio de 1949.

2.- LUIS GOMEZ AZNAR.

No consta su expediente en el Colegio. Nacido en Elche; fue médico del Hospital hasta enero de 1905, en que, tras la promulgación de la Instrucción General de Sanidad, fue cesado. En diciembre de 1912 se hizo cargo gratuitamente de la plaza de médico titular del Arrabal por fallecimiento de Santiago Pomares Ibarra. Sin embargo, cuando se convocó la plaza a concurso, presentó la instancia y la retiró a las 48 horas, para solicitar poco después la plaza de Director del Centro de Desinfección, de la cual tomó posesión el 29 de diciembre de 1912. (AHME, legajo 3/33).



Había sido médico forense en ausencia y enfermedad del titular; desempeñó interinamente la plaza de titular, cargo vocal de la Junta de Sanidad, la Subdelegación de Medicina en ausencia del propietario; también las titulares de villa de Eyas, de Hondón de los Frailes, de Caudete, director de visita de naves de Santa Pola, entre otras.

Publicó numerosos artículos en los diarios locales, denunciando la situación de los trabajadores y la elevada incidencia de la tuberculosis entre ellos. Fue Subdelegado de Medicina hasta 1919 y Médico titular del Distrito 1º de Elche desde entonces hasta su fallecimiento, en marzo de 1923. Su necrológica fue insertada en el semanario *Trabajo*, con el cual había colaborado asiduamente.

Figura 74.- Necrológica de Luis Gómez Aznar en el Semanario *Trabajo*.

3.- JULIO MARIA LOPEZ OROZCO.

Personaje importante en la historia, médica y política, de la ciudad. Hijo del abogado liberal Julio M^a López Martínez y de Herminia Orozco Chacón, nació en Elche el 30 de enero de 1885, e hizo la carrera en la Facultad de Medicina de Valencia, terminando los estudios el 20 de junio de 1908.

Se dió de alta en el Colegio de Médicos de Alicante en enero de 1914, con el número 190, para causar baja por traslado a Madrid en 1933, solicitando su reincorporación en diciembre de 1945 tras expediente de depuración.

Fue Médico Titular en la población de Orcheta, y después en Elche; fue nombrado titular del Distrito 4º, Arrabal de Santa Teresa en julio de 1914, (AHME, legajo 3/30), plaza vacante por dimisión de Alfredo Llopis Castelado (aunque la ocupaba interinamente Joaquín Santo García), y posteriormente, tomó posesión como titular del distrito 2º, del Salvador, el 1 de marzo de 1917; en 1928, tras la aprobación del Reglamento Municipal de Sanidad, pasa a ocupar la plaza del distrito 1º.

Ocupó también los cargos de Jefe de la Sección de Tuberculosis del Sub-Instituto de Elche, Inspector Municipal de Sanidad y Médico de la Casa de Socorro, una vez constituida esta durante la II República.

Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina de Barcelona, estaba en posesión de la Medalla de Oro de esta docta institución.

Procedente de una familia acomodada, manifestó pronto ideas republicanas; filántropo, respetuoso con los demás, fue conocido popularmente como “el médico de los pobres”, pues no solo atendía a los enfermos de beneficencia de su distrito, sino que a menudo, daba dinero para subsistencias a los necesitados.

Iniciado en la Masonería a partir de 1920, ingresó en la Logia Constante Alona de Alicante con el nombre simbólico de Dieulafoy:

N la Resp.: Log.: _____ núm. _____

Los buenos antecedentes que tengo de la sublime INSTITUCIÓN MASÓNICA, me hacen desear pertenecer a ella sin miras de lucro personal ni impulsado por pasiones bastardas.

Año la perfección del hombre y siento entusiasmo por el progreso de la Humanidad. Como obrero de la Regeneración social, pido un lugar en vuestros trabajos, prometiendo respetar y someterme gustoso a vuestras leyes, y a satisfacer la cantidad de _____ por los derechos que para el ingreso tiene señalada la Logia a quien me dirija.

Me llamo *Julio M^a López y Orozco*

nací el día *30* de *Enero* de *1885*

en *Elche* provincia de *Alicante*

soy de estado *viudo* ejerzo la profesión de *Medico*

y residó en *Elche* calle de *Canalejas*

núm. *1* piso _____

Elche 20 de Mayo de 1920

EL CANDIDATO,

[Firma manuscrita]

Apoyo la anterior petición por considerar al profano digno de la gracia que solicita. *el hi: Secret*

[Firma manuscrita]

Julio María López Orozco ingresa en la Masonería.

Figura 75.- Solicitud de ingreso de Julio M^a López Orozco en la masonería.

En 1924, cuando se fundó la Logia Illice Constante nº 7 de Elche, formó parte de ella y llegó a ser su Venerable Maestro hasta 1935 (la primera documentación que se tiene sobre la existencia de logias en la provincia de Alicante es de febrero de 1870, al erigir columnas una en Elche). Fue miembro del Capítulo Lucentino, con grado 18, Consejero Regional de la Gran Logia Simbólica Regional de Levante. Su propio yerno reconoció, años más tarde, que fue, junto con Diego Martínez Barrio, uno de los principales mandatarios de la masonería española,



Figura 76.- Nombramiento de Julio M^a López Orozco como Venerable Maestro de la masonería.

Afiliado al Partido Republicano Radical Socialista, fue detenido junto con otros destacados dirigentes en diciembre de 1930, tras el fallido intento de proclamación de la República, que costó la vida a Fermín Galán y Angel García Hernández por adelantarse en el tiempo con la sublevación de Jaca, permaneciendo encarcelado, primeramente en el Palacio de Altamira y después en Alicante. Su liberación y llegada a Elche fue celebrada con inusitado júbilo por sus conciudadanos, que le pidieron que proclamara la República desde el balcón del ayuntamiento. Fue elegido diputado nacional en 1931, ocupando el escaño hasta la disolución de las Cortes en octubre de 1933.

Denunciado por tres falangistas ilicitanos, fue juzgado por el Tribunal para la Represión para la Masonería y Comunismo después de la Guerra, Civil, y condenado a destierro, 25 años de reclusión mayor y multa de 50.000 pesetas, pena que le fue conmutada por 12 años y 35.000 pesetas, pasando cerca de tres años en la cárcel, entre Porlier en Madrid y Burgos, para pasar posteriormente, a prisión atenuada y vigilada con residencia fija en Elche y autorizado para ejercer la profesión, aunque no pudiera ocupar cargos directivos. En el juicio no negó su pertenencia al partido republicano, y alegó en su defensa, su manifiesta disconformidad con el proceder del Frente Popular, habiendo rechazado los cargos y honores que le fueron ofrecidos.

Casó en segundas nupcias con Asunción Manchón Navarro, de familia acomodada conservadora, derechista y religiosa, la cual falleció en 1989 a los 87 años. Procede señalar, en este punto, que el actual Huerto de Don Julio, conocido anteriormente como Huerto de Manchón, tenía por nombre original el de Huerto de Ramoneta, puesto que era propiedad, realmente, de Ramona Navarro Castaño, madre de Asunción y sobrina del cura Castaño. Este matrimonio y el hecho de que López Orozco tuviera dos hermanas monjas terciarias carmelitas, influiría posteriormente en su favor, junto con su bondad hacia los enfermos, para evitar ser ejecutado en el franquismo. En el expediente del Colegio de Médicos consta como esposa la mencionada Asunción Manchón Navarro, nacida el 30 de mayo de 1901 e incluye dos hijas de nombre Herminia López Alvarez, nacida el 21 de septiembre de 1910, y Pilar López Alvarez, nacida el 31 de marzo de 1913, frutos de su primer matrimonio con Esperanza Alvarez.

Tras la depuración, volvió a ejercer la medicina en Elche, querido y respetado por sus pacientes, colegas y conciudadanos. En 1966 fue nombrado Colegiado Honorífico. Falleció el día 7 de abril de 1970.

4.- JUAN MICO SERRANO.

No consta su expediente en el Colegio. Fue médico titular del Distrito 4º desde 1913, hasta su fallecimiento en febrero de 1924, siendo sustituido por José Juan Orts Martínez. Fue médico de la Sociedad de Socorros Mutuos El Círculo Obrero y La Unión. También fue insertada su necrológica en el semanario *Trabajo*.

5.- JOSE POMARES PERLASIA.

Miembro de una saga de eminentes galenos, que persiste en la actualidad en Elche; el primer miembro que se reconoce como Dr. Pomares, fue Santiago Pomares Peral; consta su partida de bautismo de fecha 18 de abril de 1814, hijo de José Pomares, casado en segundas nupcias con Angela Maria Peral, se le impusieron los nombres de Josef Vicente Tomás de Aquino Jayme Ramón. Falleció en Elche el 3 de diciembre de 1880, su viuda, Josefa Ibarra Sempere tuvo que solicitar del Ayuntamiento una pensión para poder mantener a sus hijos.

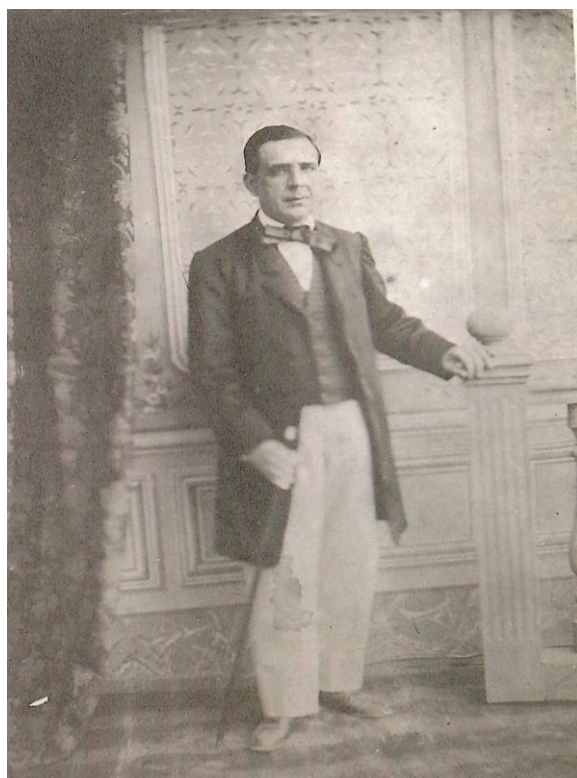


Figura 77.-Santiago Pomares Peral.

En la reunión de la Comisión Permanente Municipal del Ayuntamiento de Elche, de 7 de enero de 1927, se pone de manifiesto el hecho de que *“el distinguido médico ilicitano D. Santiago Pomares Ibarra”, en el año 1884, cuando esta ciudad fue invadida por la epidemia colérica, hacía solo unos días que había terminado su carrera, y no había obtenido aun su título profesional, pero viendo la falta de facultativos que se notaba para la debida asistencia, se ofreció voluntariamente a prestarla, realizando grandísimos servicios que demostraron su altruismo, por lo cual, el Ayuntamiento de entonces, acordó pagarle de fondos municipales su título profesional. Con el fin de perpetuar el recuerdo de este proceder desinteresado y digno y que sirva de estímulo en lo sucesivo, propone que a la calle Mayor del Arrabal de San Juan se le dé el nombre de Don Santiago Pomares, por haber desempeñado este señor la plaza titular de aquel distrito hasta que falleció, y que se comunique a su viuda”*.



Figura 78.- Santiago Pomares Ibarra

Santiago Pomares Ibarra ingresó en la masonería en 1888, en la Logia Ilicitana 378, perteneciente al Gran Oriente de España, con el nombre simbólico de "Arquímedes", alcanzando el grado 3º en 1888.

Fue médico titular del distrito del Arrabal de San Juan, y de la administración de Justicia, para la que fue nombrado en 1912; colaboró con numerosos periódicos ilicitanos, tales como *El Vinalopó*, *el Eco Liberal*, *La Semana*, *la Acción*, etc. Fundó la Asamblea Provincial de la Cruz Roja de Elche, junto con otros médicos y personas destacadas de la ciudad en 1909. Falleció el día 17 de abril de 1912.

Su hijo, José Pomares Perlasia nació en Villena el día 6 de diciembre de 1889; hizo sus primeros estudios en el Colegio Nuestra Señora de la Asunción de Elche, y los de Medicina, en la Universidad de Valencia, donde se licenció en junio de 1911; ejerció la profesión en Elche como

médico de Medicina General y Traumatología; titular del Distrito de San Juan desde 1912, en 1916 presentó su dimisión, junto con sus compañeros Carmelo Serrano García, Manuel Martínez Magro, y Julio María López Orozco como protesta por una sanción que les fue impuesta por el alcalde, Tomás Alonso Blasco, a instancias del Subdelegado de Medicina, Luis Gómez Aznar.

En posesión de la Medalla de Plata de la Cruz Roja, fue médico de la sociedad de Socorros Mutuos El Remedio, y más tarde la sociedad de igual fin, La Unión. Médico de guardia de Hidroeléctrica Española en 1914.

Se hizo cargo de la plaza del distrito 4º, de Santa Teresa en abril de 1924, sin que se escriturase entonces su contrato hasta que fue nombrado con fecha 17 de junio de 1927, y ratificado en ella al formarse el escalafón de médicos titulares y suplentes el 26 de enero de 1928. Al concurrir a la plaza, presentó un duro alegato contra el Ayuntamiento y los motivos por los que tuvo que presentar la dimisión en 1916.

Afiliado a Derecha Ilicitana y a la Juventud Católica, superó sin problemas el proceso de depuración después de la Guerra con algunas observaciones llamativas en su declaración jurada de octubre de 1939: admite que no le fue posible prestar su adhesión al Movimiento Nacional de modo expreso, por el ambiente tan extremista de esta población y estar vigilado como persona de derechas y católico de toda la vida; que consintió la indisciplina o los actos

de sabotaje en el Hospital Militar donde fue obligado a prestar servicios (*“el personal rojo se llevaba lo que quería de mi sala, como índice revelador de su corrupción moral y su desmoronamiento”*); hubo de aceptar una graduación militar en el Hospital de Sangre y resulta dramática la exposición que hace en su declaración jurada de que ante el anuncio de encarcelamiento y todas las cosas que luego vinieran, en pleno periodo del terror rojo, a mediados de agosto de 1936, se le obligó a suscribir una carta de adhesión al régimen, que apareció en *El Obrero*, según parece, a instancias del Gerente de la Electromotora Equitativa, el cual había sido paciente suyo, y que con esta maniobra le salvó la vida; ello no obstante, en ese mismo mes, es desposeído de su cargo de médico de Asistencia Pública Domiciliaria; se incendia la sociedad S.O.S.C.A, de la cual también era médico, los comunistas se incautan y destrozan el Colegio Politécnico, del cual era director y propietario, y es destituido como médico de la Electromotora Equitativa, cediendo el puesto a Antonio Bru Gomis (el cual, por cierto, no se presentó el día que tenía que hacerse cargo).

Muy arraigado en las costumbres locales, había sido presidente de la Sociedad Blanco y Negro, Caballero Electo del Misteri en 1917, en 1924 firmó, junto con otras personalidades ilicitanas un manifiesto titulado *“Al pueblo de Elche”* con doce peticiones de importantes mejoras para la ciudad. En 1957 publicó *“la Festa o Misterio de Elche”*, en 2004 y 2005 el Patronato del Misterio publicó el conjunto de su obra en tres volúmenes.

Falleció en Elche el 29 de marzo de 1971.

6.- JERONIMO SANCHEZ PASCUAL

Nacido en Elche el 29 de junio de 1895; estudió en Madrid, terminando la licenciatura en junio de 1919, con la especialidad de Medicina Interna y el doctorado en junio de 1920.

Colegiado en Alicante con el número 193, procedía de Cáceres.

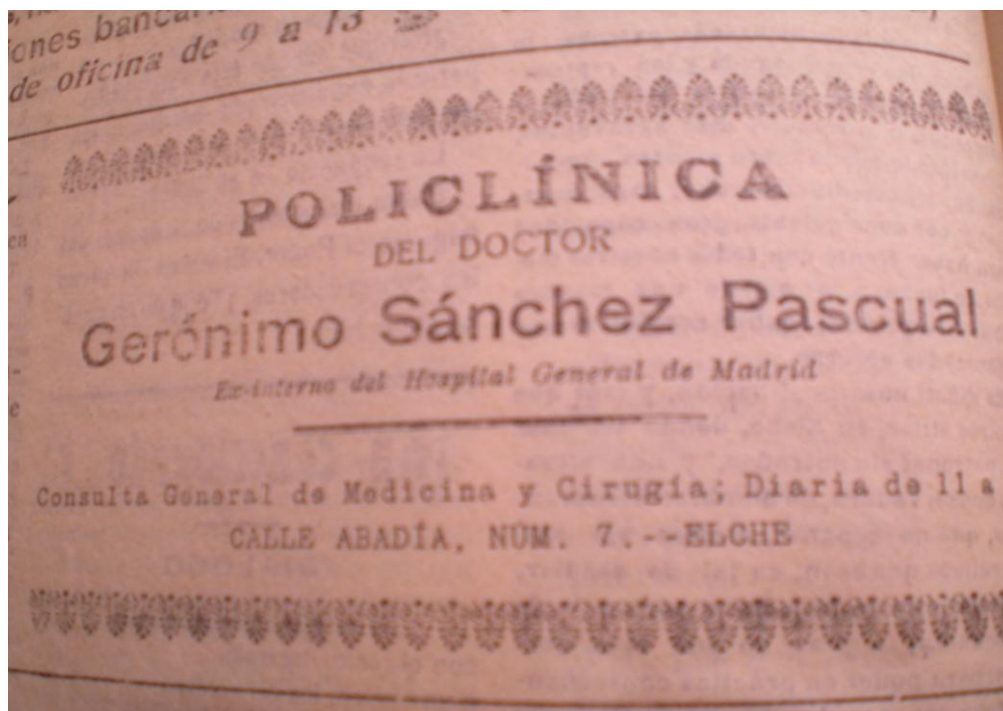


Figura 79.- Anuncio aparecido en varias ocasiones en el semanario *Trabajo* 1921. (Fotografía del autor).

Fue profesor de Gimnástica en la Facultad de Medicina de Madrid, en posesión de la Medalla de Plata de la Cruz Roja. Fue médico de la Sociedad de Socorros Mutuos El Círculo Obrero, en 1920 y de El Porvenir en 1922

Tomó posesión de su plaza como titular del distrito 3º, Arrabal de San Juan, el 19 de febrero de 1924, (AHME, legajo 3/40) por fallecimiento de Luis Gómez Aznar, cargo en el que fue ratificado al formarse el escalafón de médicos titulares y suplentes con fecha 26 de enero de 1928.

Fue médico de la compañía Riegos de Levante por oposición.

Militante de Unión Republicana hasta 1936, fue procesado y encarcelado por desafecto al régimen, destituido de Riegos de Levante en agosto de 1936, y de la plaza municipal en el verano de 1937, superó sin dificultad el proceso de depuración tras la victoria franquista. Falleció el 30 de junio de 1966.

7.- MANUEL MARTINEZ MAGRO

Natural de Sevilla; en el formulario requerido por el Colegio en 1925 afirma tener 59 años, por lo que, presumiblemente nació en 1866; se inscribe el 20 de noviembre de 1898, con el número 187, habiendo terminado la carrera en agosto de 1890, en la especialidad de Pediatría.

Boletín de datos de los señores Colegiados

Fecha de inscripción *20 noviembre 1898* (1) Colegiado núm. *187*

Médico Libre o Titular (táchese lo que no sea)

- 1.º Población donde ejerce *Elche* distrito de *Elche*
- 2.º Nombre y apellidos *Manuel Martínez Magro*
- 3.º Pueblo de su origen *Sevilla* edad *59 años* estado *Casado*
- 4.º Domicilio, calle o plaza de *Calle Carmen, nº 4*
- 5.º Fecha del Título de Licenciado o Doctor *Licenciado el 7 de Agosto de 1890*
- 6.º Especialidad que cultiva *Pediatría*
- 7.º Cargos públicos que desempeña *Ninguno*
- 8.º Cargos de Entidades, Sociedades, etc *Médico de la Sociedad "Círculo Obrero Illicitano"*
- 9.º Méritos y condecoraciones que posea *Medalla de Oro de la Cruz Roja Española*
- 10.º Otros datos que crea de interés

Si es Titular añadir:

Figura 80.- Inscripción colegial de Manuel Martínez Magro, correspondiente al año 1925.

Fue médico de la Sociedad "Círculo Obrero Illicitano", y distinguido con la Medalla de Oro de la Cruz Roja.

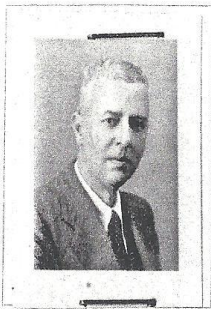
Nombrado médico titular sustituto para el distrito 2º, del Salvador por acuerdo de la Comisión Municipal permanente de fecha 4 de junio de 1926. Este nombramiento fue recurrido en alzada por su compañero José Juan Martínez, sin resultado.

Pasó a ocupar con carácter interino la plaza de titular del distrito 4º tras la aprobación de Reglamento Municipal de Sanidad, al pasar Manuel Pascual Urbán a Jefe de los Servicios de Beneficencia, Higiene y Sanidad, a partir de abril de 1928.

8.- ANTONIO BRU GOMIS

Nació en Elche el 14 de noviembre de 1880, terminó sus estudios en junio de 1907, y se inscribió en el Colegio de Médicos en enero de 1908, con el número 194; posteriormente, marchó a Argentina donde permaneció durante siete años; fue médico de Policía en el Departamento de La Paz, y médico municipal de dicho distrito; posteriormente, médico de la Sociedad de Socorros Mutuos de los empleados de los Ferrocarriles de Buenos Aires al Pacífico, división de Cuyo.

En 1927 ingresó en la Masonería, en la Logia Illice Constante número 7 con el nombre simbólico de "Plutarco" en la que permaneció hasta 1932; se afilió a Izquierda Republicana, en abril de 1936, desempeñando el cargo de Médico de la Casa de Socorro y del Ayuntamiento, pasando después al Hospital de Sangre número 1, y más tarde como Médico de la Fábrica de Guerra 1 y 2 y de la Clínica Militar. En su declaración jurada de depuración tras la Guerra, no delató a ninguno de sus compañeros de ideología izquierdista, pero afirmó, obviamente ante las acusadas presiones a que se vió sometido, que cuando estaba en el hospital de sangre "nunca se dió prisa por dar de alta a heridos o enfermos ya curados, que libró muchos certificados para que regresaran a sus casas soldados que se encontraban en el frente y a otras para evitar el servicio militar".



Boletín de datos de los señores Colegiados

Fecha de inscripción 1 enero 1908 ⁽¹⁾ Colegiado n.º 194

Médico Libre o Titular (táchese lo que no sea)

- 1.º Población donde ejerce Elche distrito de
- 2.º Nombre y apellidos Antonio Bru Gomis
- 3.º Pueblo de su origen edad estado
- Domicilio, calle o plaza de
- 5.º Fecha del Título de Licenciado o Doctor 28 - junio 1907
- 6.º Especialidad que cultiva
- 7.º Cargos públicos que desempeña
- 8.º Cargos de Entidades, Sociedades, etc.
- 9.º Méritos y condecoraciones que posea
- 10. Otros datos que crea de interés

Figura 81.- Inscripción colegial de Antonio Bru Gomis.

En todo momento negó su pertenencia al Partido Socialista. Como consecuencia, fue desposeído de su cargo de Médico de la Casa de Socorro en junio de 1939, y condenado en agosto de 1943, a "inhabilitación y separación absoluta perpetua para el ejercicio de cualquier cargo del estado, Corporaciones Públicas y Oficiales, Entidades Subvencionadas, Empresas Concesionarias, Gerencias y Consejos de Administración de los mismos, separándole definitivamente de los mencionados cargos". El Colegio de Médicos se da por enterado de

ello, acepta la propuesta del Juez Instructor y declara la inhabilitación para cargos directivos o de confianza.

Aunque en el Colegio no se menciona si se le impidió también el ejercicio libre de la profesión (desde luego, no podía optar a ninguna plaza pública), no volvió practicar la medicina, sufriendo numerosas penalidades hasta el final de sus días: continuó afiliado al Colegio de Médicos, aunque su reiterada negativa a abonar las cuotas de protectores del Patronato de Huérfanos (lógicamente, solo había huérfanos de un bando), dio lugar a que el Consejo General le formase expediente disciplinario. En 1949 solicitó la invalidez a Previsión Sanitaria Nacional. Falleció en junio de ese mismo año.

9.- CARMELO SERRANO GARCIA

Nacido en Canals (Valencia) en 1873; cursó la licenciatura en la Universidad de Valencia; fue nombrado forense sustituto de la prisión Preventiva de Elche en julio de 1912, y forense titular en octubre del mismo año; fue también médico titular del distrito 3º, Arrabal de San Juan, del cual dimitió en 1916 tras un enfrentamiento con el alcalde, Tomas Alonso Blasco y el Subdelegado de Medicina, Luís Gómez Aznar. En la Guía General de Elche, de Rafael Fenoll Follana figura como médico de la cárcel del partido, y también en los documentos de dicho establecimiento, como hemos visto anteriormente.

Militante de Derecha llicitana, su esposa, Maria Sánchez Aznar, llegó a ser presidenta de Acción Cívica, durante la II República, motivo por el cual, ambos fueron encarcelados al inicio de la Guerra Civil; durante su prisión en el Palacio de Altamira, se dedicó a estudiar Oftalmología, y a escribir notas sobre el devenir diario; compareció ante el Juzgado de Primera Instancia e Instrucción de Elche, junto con el también médico y Presidente de Unión Patriótica durante el Gobierno de Primo de Rivera, Manuel Pascual Urbán; fue asesinado el día 26 de septiembre de 1936, al parecer por negarse a firmar como muertes de causas naturales, la de algunos presos políticos sometidos a malos tratos y torturas; la inscripción de su fallecimiento en el registro civil, de fecha 27 de julio de 1937, señala como causa de la muerte "hemorragia interna traumática"; el decreto de cese como funcionario del Juzgado de Instrucción de Elche esta datado el 22 de enero de 1937.

10.- ANDRES BRU GOMIS

Nacido en Elche en 1879, concluyó sus estudios en Valencia en 1904, se colegió en 1905 con el número 189. Nombrado médico titular sustituto para los distritos 3º y 4º, San Juan y Santa Teresa, por acuerdo de la Comisión Municipal permanente de fecha 4 de junio de 1926, fue ratificado al formarse el escalafón de médicos titulares y suplentes con fecha 26 de enero de 1928. Figura como médico cirujano del Santo Hospital de Caridad. Falleció el 17 de octubre de 1945.

11.- JOSE MARTINEZ PEREZ.


Natural de Aspe, fue concejal en Elche durante la dictadura de Primo de Rivera, pero dimitió de su cargo al ser nombrado médico titular. Falleció en febrero de 1924.

Aunque no figuran en la relación de médicos con patente en Elche, es necesario incluir también a:

JOSE JUAN ORTS MARTINEZ

Nacido en Elche en 1896, hizo los primeros estudios en el colegio de Nuestra Señora de la Asunción; terminó la carrera de Medicina en 1920. Al fallecer en febrero de 1924 el titular del Distrito 4º, Juan Micó Serrano, se hizo cargo de él con carácter interino, cesando como

concejal a partir de ese momento. Nombrado médico titular sustituto para el distrito 1º, Santa María, por acuerdo de la Comisión Municipal Permanente de fecha 4 de junio de 1926, fue ratificado al formarse el escalafón de médicos titulares y suplentes con fecha 26 de enero de 1928.



Boletín de datos de los señores

Fecha de inscripción 1 enero 1928 (1) Colegiado n

Médico Libre ~~o Titular~~ (táchese lo que

Población donde ejerce Elche distrito de _____

Nombre y apellidos José Juan Orts Martínez

Pueblo de su origen Elche edad veinte y nueve estado _____

Domicilio, calle o plaza de Pi y Margall n.º 10

Fecha del Título de Licenciado o Doctor 12 julio 1920

Especialidad que cultiva ninguna

Cargos públicos que desempeña ninguno

Cargos de Entidades, Sociedades, etc. ninguno

Méritos y condecoraciones que posea _____

Otros datos que crea de interés _____

Figura 82.- Inscripción Colegial de José Juan Orts Martínez.

Designado concejal, formó parte de la Comisión Municipal de Sanidad del Ayuntamiento de Elche. Sustituyó a Manuel Pascual Urbán durante su licencia por enfermedad en junio de 1927.

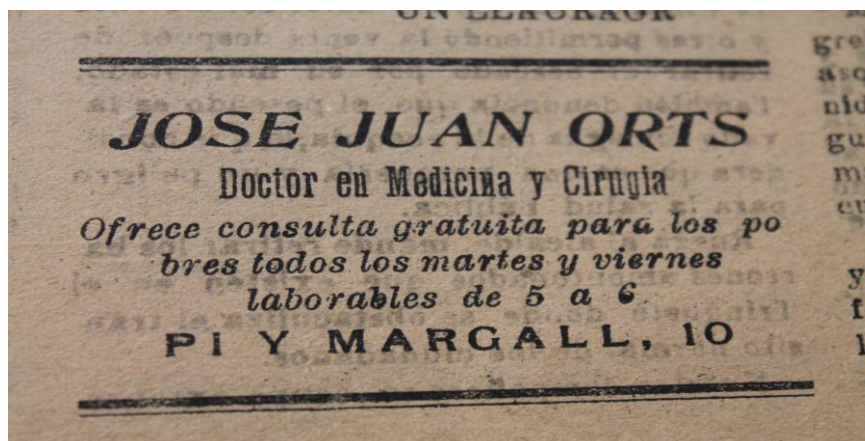


Figura 83.- Anuncio insertado en varias ocasiones en el semanario *Trabajo*

Cesado por el Ayuntamiento de este cargo en agosto de 1936, su nombre apareció en una lista de "enemigos de la República que en la actualidad, 2 de octubre de 1936, están aun en libertad en Elche". Es citado como posible avalista en el proceso de depuración por José Pomares Perlasia y Joaquín Lucerga Sánchez. Falleció el 28 de julio de 1955.

JOAQUIN LUCERGA SANCHEZ:

Nacido en Elche el 18 de abril de 1903, terminó la licenciatura de Medicina en Valencia en julio de 1925, haciendo la especialidad de Cirugía General. Colegiado en Alicante ese mismo

año con el número 197. Si bien figura como domiciliado en la calle Angel Lozano de Alicante, prestó servicios en el Santo Hospital de Caridad de nuestra ciudad, lo cual queda reflejada en acta de la comisión permanente municipal de fecha 26 de abril de 1926.

Emparentado con Julio Maria López-Orozco, se afilió también al Partido Republicano Radical Socialista; ejerció fundamentalmente la especialidad de Cirugía. Se le incoó expediente de depuración tras la guerra por el Colegio de Médicos, en el cual reconoce que fue médico por concurso de la Mutualidad Patronal y tocólogo municipal por oposición. Fue separado de ambos cargos al ser detenido en la zona roja. A la pregunta del interrogatorio sobre los partidos políticos a que pertenecía antes del 18 de julio, responde que a ninguno, y que tampoco estaba afiliado a la masonería, ni desempeñó cargos públicos o de elección popular, ni formó parte de actos o círculos políticos. Reconoce haberse afiliado a la U.G.T. en octubre de 1937, y que en los primeros meses de la guerra fue obligado a ser médico de un Hospital de Sangre. Sin embargo, fue perseguido por agentes infiltrados, posiblemente comunistas, detenido por desafección al régimen en dos ocasiones, el 13 de octubre de 1937 y el 6 de abril de 1938, permaneciendo encarcelado durante varios meses en una checa de Valencia.

Al ser preguntado por personas destacadamente izquierdistas con quienes se ha relacionado (especialmente sanitarios), y hechos punibles que se les atribuyen responde "*No los conocía*". Precisamente, el Dr. Lucerga era yerno del Dr. López Orozco; ¿lo ignoraba o lo omitió el juez depurador? Al igual que otros compañeros, y se supone que bajo las presiones a que se veían sometidos por los juicios sumarísimos, afirmaba que durante los meses que estuvo en el Hospital de Sangre, el único servicio prestado a la causa nacional, fue el sabotaje y la negligencia, y consta en el Socorro Blanco. Sin embargo, él mismo reconoció que al ser republicano no tuvo problemas, ni se sintió amenazado en ningún momento.

En 1952 fue cesado como Cirujano del Seguro Obligatorio de Enfermedad, en Elche, y la plaza es sacada a concursillo, sin que hubiera mediado comunicación al respecto ni amonestación; ello tenía su origen, al parecer, en una estadística operatoria que había presentado la Inspección Local a la Jefatura Nacional del Seguro Obligatorio, considerada deficiente, y a una denuncia del alcalde de Crevillente, manifestando que los vecinos de esta población no querían ser operados por el Dr. Lucerga. En su descargo aportó una casuística de 1.580 pacientes operados en cuatro años, mostrando sus resultados; afirma que ello se debe a una enemistad personal con el Inspector Local, producida al negarse D. Joaquín a una petición de tipo económico y profesional, ya que pretendía le nombrase ayudante de equipo, para dejarse la inspección y establecer una colaboración profesional. Y que la denuncia del alcalde de Crevillente, estaba en relación con el fallecimiento postoperatorio de un familiar, afecto de pancreatitis aguda. El Colegio de Médicos, enterado del asunto, dictamina que la estadística aportada es correcta, se solidariza con el compañero, propone que estando vacante una plaza de Cirujano en Alicante, con sede en Elche, se nombre al Dr. Lucerga, y sobre la acusación de la motivación personal del asunto, decide abrir una investigación, sin que se encuentren actos punibles. Falleció el 14 de septiembre de 1990.

Era común que algunos médicos publicitaran su consulta en los medios de comunicación: así, José Amador, de Medicina y Cirugía General, especialista, además, en enfermedades del estómago y las vías respiratorias

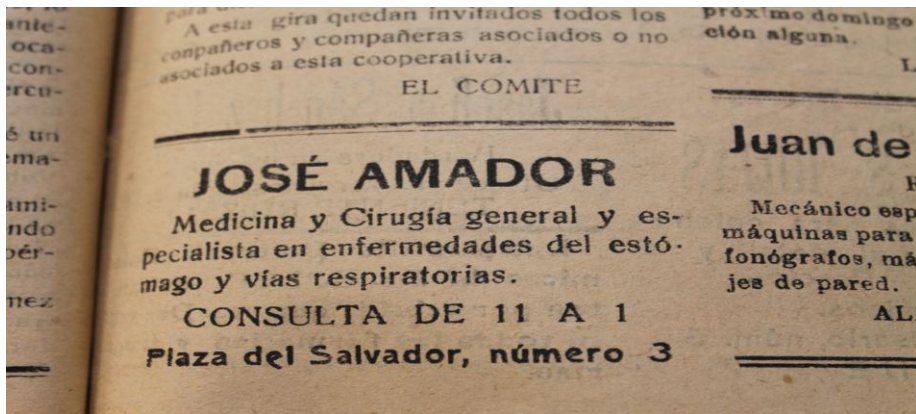
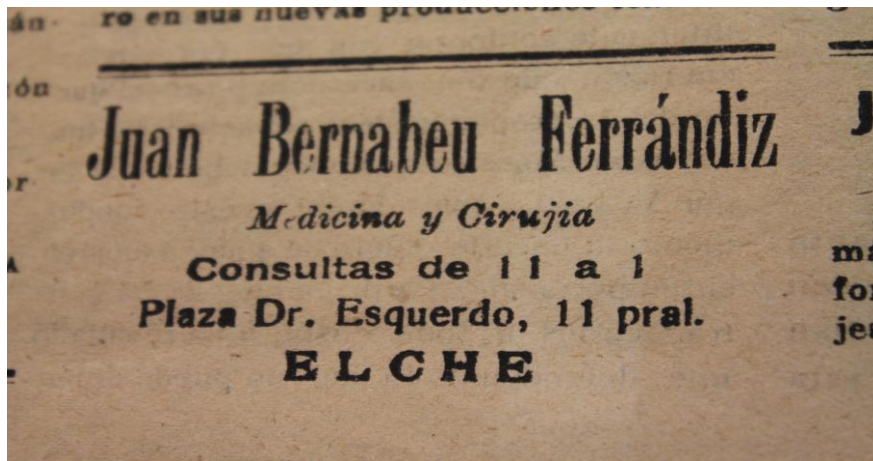


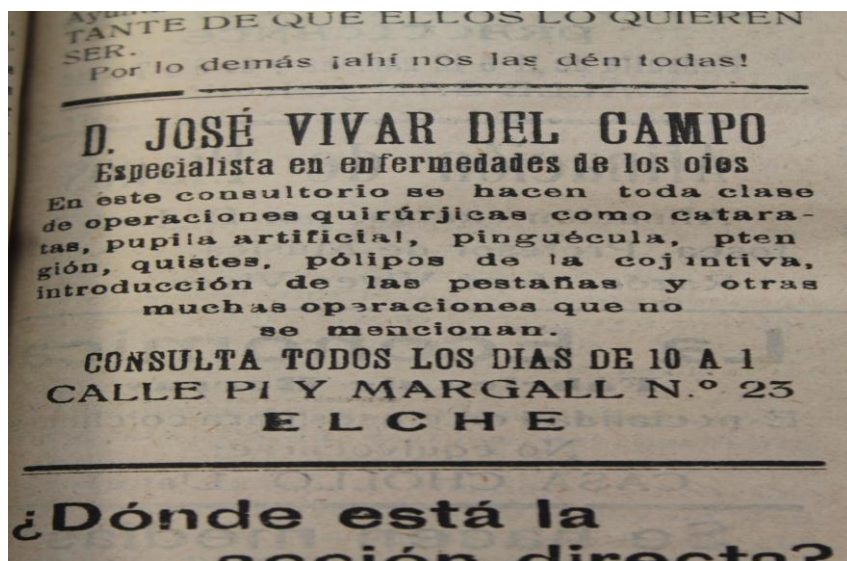
Figura 84.- Anuncios insertados en varias ocasiones en el semanario *Trabajo* (a)

Y Juan Bernabeu Ferrándiz, de Cirugía (con jota)



(b)

También algunas especialidades, como la oftalmología



(c)

Y también, la homeopatía, auténtica panacea por lo visto:

para bur-
licio gran-
de su afec

NCAR

Pastillas Doctor Soler.
30 CENTIMOS PAQUETE

HOMEOPATIA

Doctor Amancio Meseguer
Curación de toda clase de enfermedades

Consulta todos los lunes de 2 a 5 de la tarde

H. Comercio

Plaza Mayor **ELCHE**

Se venden terrenos

general,
ercio de
S, a la
(antigua

(d)

o la odontología

de y los domingos hasta las doce horas del día.

Cándido Cañamaque
Dentista de la Facultad de Medicina de Madrid, Dentista Militar y de la Beneficencia Provincial, tiene el honor de poner en conocimiento de su numerosa clientela de esta ciudad de Elche, que para la mayor comodidad de los pacientes se encontrará

TODOS LOS VIERNES EN LA FONDA «LA CONFIANZA» DE 9 A 12
donde por precios sumamente económicos y convencionales procederá a hacer extracciones; tratamientos de enfermedades de la boca y dientes; dentaduras de todos los sistemas, de oro y caucho, con plancha de oro; coronas de oro, coronas de porcelana; dientes pivot; dientes Richmand, incrustaciones de oro y porcelana, etc. etc.

Consulta diaria en Alicante: Bailén, 2, 1.º

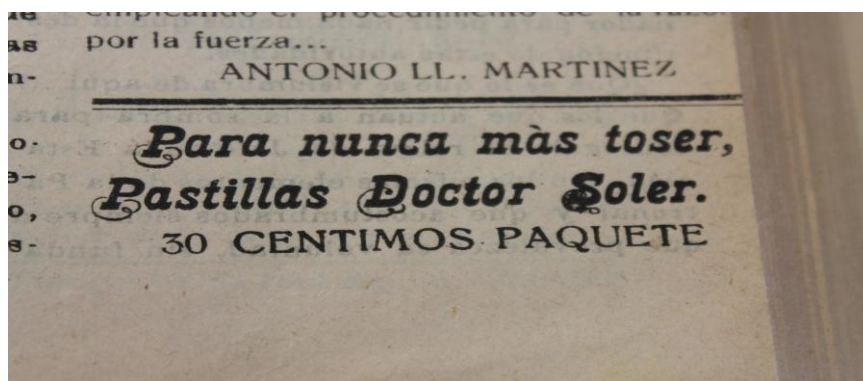
Traies bien hechos

(e)

En febrero de 1929, Doroteo Bermejo Sandoval, solicita se le nombre para el cargo de odontólogo municipal, con el fin de atender a las necesidades que puedan acaecer a las clases menesterosas, cuyo destino ejercería en el local que se le designase durante una hora al día, empleando el material de clínica, sillón e instrumentos dentales que dona voluntariamente al Excmo. Ayuntamiento, para amueblar parte de una sala de cirugía dental: se acepta el ofrecimiento, pero con carácter gratuito. Ya hemos visto que “el que regala bien

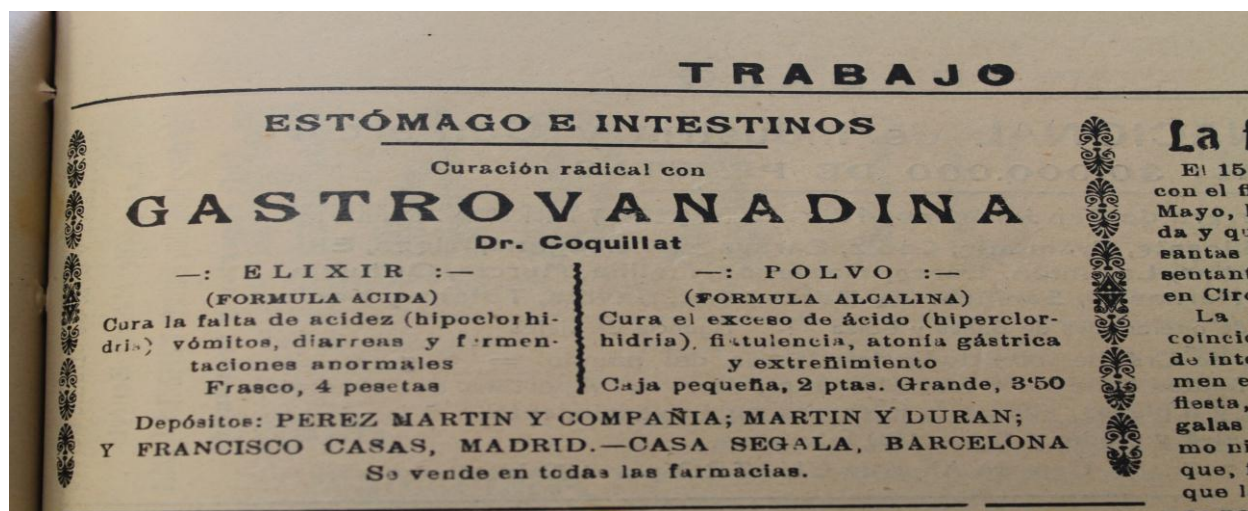
vende si el que recibe lo entiende”; a finales de ese mismo año, se informa que en el presupuesto de 1930 se ha consignado una partida para retribuir la plaza de odontólogo municipal, que, naturalmente, se asigna al Dr. Bermejo.

La publicidad de las consultas médicas se insertaba junto con la de las demás actividades industriales o comerciales. Además, aparecían también anuncios de medicamentos, remedios definitivos contra la tos:



(f)

O con distintas indicaciones terapéuticas según la formulación galénica: contra la hipoclorhidria en elixir, contra la hiperclorhidria en polvo:



(g)

4.1.2.- PRACTICANTES

El semanario *Trabajo*²⁴⁰ comunica la noticia de que Ramón Pastor Herrero ha obtenido el título de Practicante y Comadrón; poco después, en el mismo periódico, “ofrece al público sus servicios de practicante, Calle San Juan 50, Elche”; En agosto de 1922 se recibe en el ayuntamiento un escrito del mencionado Sr. Pastor Herrero, practicante de cirugía, expresando que al estar dividida esta población en cuatro distritos para los efectos de atención domiciliaria, a cargo cada uno de un médico titular, y siendo tres los practicantes que actualmente prestan servicios, para que estos resulten más perfectos y atendidos, convendría que también fuesen cuatro los practicantes, a la orden y dirección de cada uno de los

²⁴⁰ Semanario *Trabajo*, 25 de junio y 2 de julio de 1922.

médicos, ofreciéndose a prestar gratuitamente el servicio hasta que en el nuevo presupuesto se consigne cantidad suficiente para el pago de sus haberes. Naturalmente, el ayuntamiento acepta la propuesta, y le nombra practicante sin retribución.

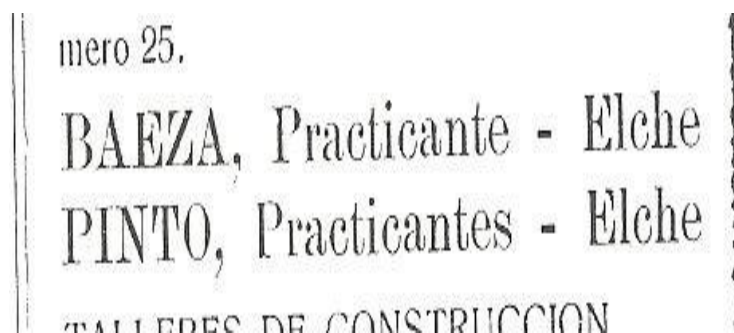
En octubre de ese mismo año, (1922) se recibe un escrito de Vicente Baeza Penalva, ofreciendo sus servicios como practicante en el Hospital, Asilo y Sección de la Cruz Roja, bajo la dirección de los facultativos de dichos benéficos establecimientos, con objeto de favorecer y mejorar la asistencia de las clases pobres, sin ninguna retribución, por ahora, hasta consignación en el nuevo presupuesto. Naturalmente también se acepta.

En junio del año siguiente, 1923, el concejal socialista (¿afinidad ideológica?) Antonio Cañizares pregunta en el pleno si se ha hecho ya el nombramiento de practicante de Beneficencia a Ramón Pastor; la respuesta del alcalde es que en el nuevo presupuesto se crea una plaza más de las que había, y cuando sea aprobado, se hará el nombramiento. En efecto, en julio de ese año se decide que, visto que la plaza de practicante del distrito 4º esta desempeñada interinamente, sea sacada a concurso, y se advierte que Vicente Baeza viene prestando gratuitamente sus servicios. En octubre se celebra el concurso para su provisión, al cual concurren Tomás Ródenas Chilar, Ramón Pastor Herrero, Juan Vicente Caracena y Vicente Baeza Penalva; a pesar de que este último parecía ser el candidato preferido, se recibe un escrito de quinientos vecinos del Arrabal de Santa Teresa a favor de Ramón Pastor, que, como hemos indicado, venia ocupando dicha plaza, y es este quien gana el concurso con 13 votos, contra los 7 de Baeza y 3 de Juan Vicente Caracena.

Es decir, que nombrado practicante sin retribución en agosto del 22, se le adjudica la plaza en octubre de 1924; más de dos años trabajando gratis para el Ayuntamiento.

Más de lo mismo: en junio de 1925 se reciben instancias de Vicente Baeza Penalva, Juan Bautista Giménez Ambit y Mariano Casas Antón, solicitando se les nombre para el desempeño del cargo de practicantes en el Santo Hospital, ofreciéndose a hacerlo gratuitamente. La comisión Permanente decide nombrar a Vicente Baeza, que viene desempeñando el cargo desde octubre de 1922, por supuesto, sin remuneración.

Son varios los practicantes que insertan anuncios de su actividad profesional en los medios de comunicación:



mero 25.
BAEZA, Practicante - Elche
PINTO, Practicantes - Elche
TALLERES DE CONSTRUCCION

Figura 85.- Anuncio en el semanario *Levante*

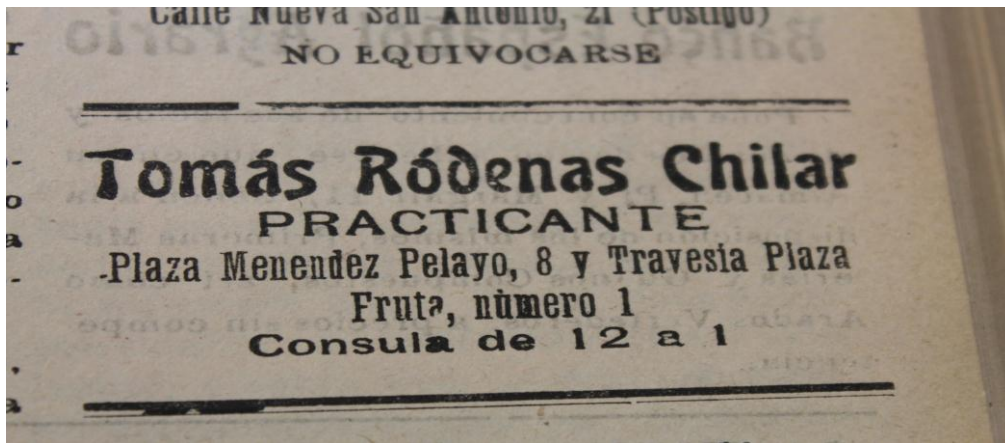
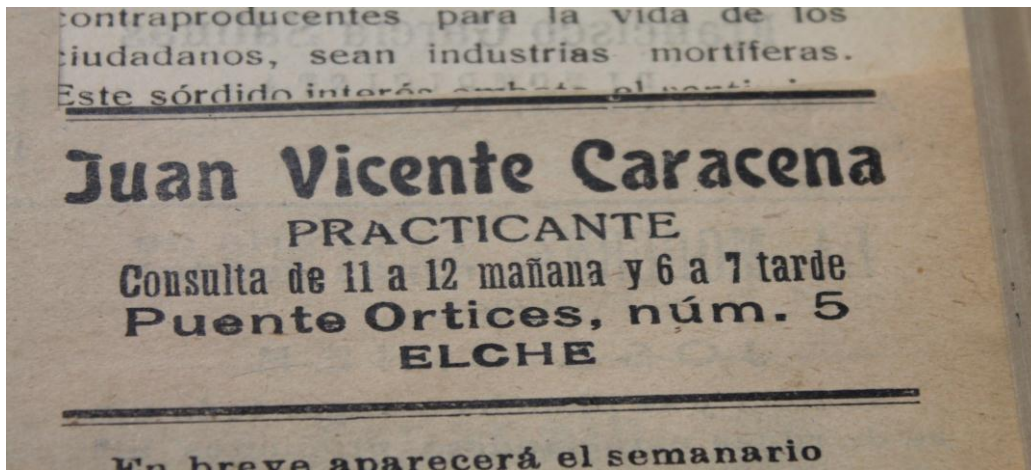


Figura 86.- Anuncios en el semanario *Trabajo* (a)



(b)



(c)

Otros practicantes tenían también otras ocupaciones paralelas, como la venta de alcohol para quemar:

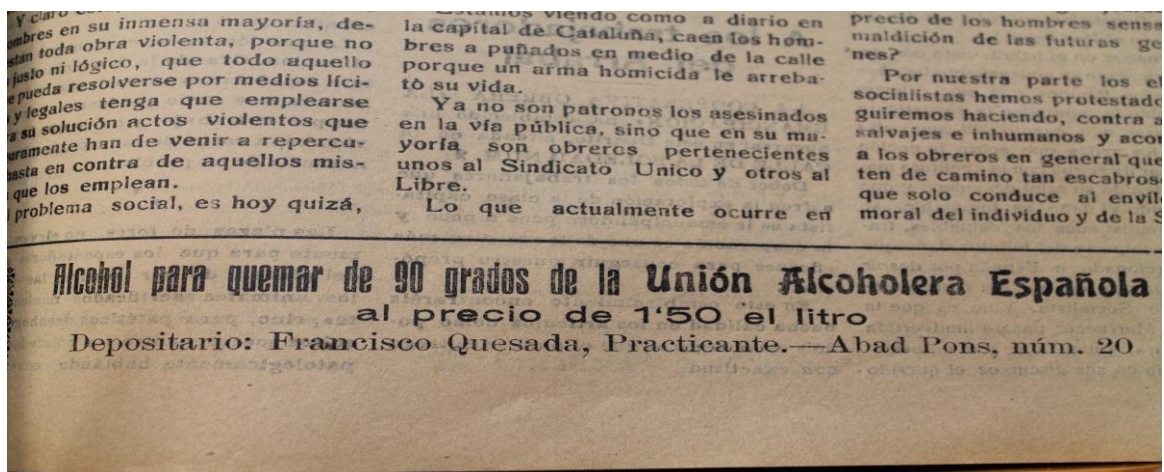


Figura 87.- Anuncio en el semanario *Trabajo*.

¿Cuál era el motivo de que estos profesionales ofrecieran *gratia et amore* sus servicios al Ayuntamiento? A fuer de bien intencionados, admitamos una componente de altruismo en su gesto, aunque la beneficencia municipal no era una organización no gubernamental al estilo de las actuales; pero no estaban los tiempos para muchos dispendios, es difícil creer que todos ellos estaban tan sobrados de clientela privada que no les importaba dedicar una parte de su tiempo a la asistencia gratuita, habida cuenta de que, además del trabajo, tenían que poner el material, el local, las instalaciones y los desplazamientos.. Quizás poder trabajar junto a alguno de los médicos titulares, y que éste, confiando en su colaborador, le remitiese pacientes privados para sus cuidados. Quizás la esperanza de optar en un futuro a una plaza vitalicia en propiedad que les garantizase unos ingresos mínimos anuales; por ejemplo en diciembre de 1929, se especifica por la Comisión Municipal Permanente, que, habiéndose consignado en el presupuesto del año siguiente, cantidad suficiente para retribuir a cuatro practicantes para que presten servicio permanente por turnos en el Dispensario de la Cruz Roja, propone que hasta que dichas plazas se provean en propiedad, se nombre para su desempeño interinamente a Tomás Ródenas Chilar, José Ródenas Chilar, Mariano Casas Antón y José Vicente Caracena. En junio de 1930 se resuelve el concurso, y aunque se ha presentado también Juan Bautista Jiménez Ambit, el Ayuntamiento decide asignar la plaza a los cuatro profesionales que las venían ocupando, con un sueldo de 750 pesetas al año. Repetimos: el que regala, bien vende.....

Ramón Pastor Herrero desempeñó sus funciones de practicante de Beneficencia, hasta su fallecimiento en 1931 por fiebre de Malta.

4.1.3.- MATRONAS

Había, en efecto, una matrona adscrita a cada distrito sanitario, ello se deduce de la solicitud presentada en junio de 1922 por las profesoras en partos encargadas de la asistencia de parturientas pobres, exponiendo que desde el fallecimiento de Asunción Baeza Doló, ocurrido a primeros de febrero, se presta dicho servicio por las tres recurrentes, distribuido por parroquias a cargo individualmente de cada una de ellas, y que el aumento de trabajo que supone prestar entre tres el mismo servicio que antes se hacía entre cuatro, exige una remuneración proporcional, y solicitan repartir entre las tres, las 30 pesetas que cobraba Asunción Baeza, a razón de 10 pesetas cada una, como mejora de sueldo, a lo cual accede el ayuntamiento.

Este sistema continua operativo, llevando entre tres matronas la asistencia de los partos, hasta que en noviembre de 1923, Josefa Guerrero Tomás solicita la plaza de comadrona de la Beneficencia Municipal por hallarse vacante una de ellas; se acepta la solicitud y se asigna al distrito 4. También estas profesionales anunciaban sus servicios en los periódicos:

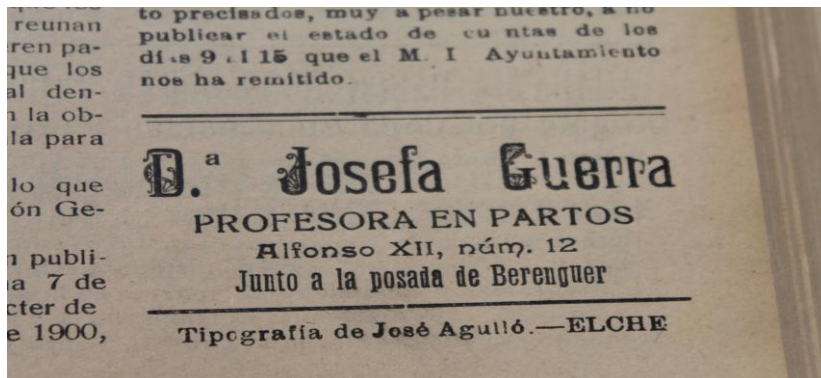


Figura 88. Anuncio en el semanario *Trabajo*.

No hay más referencias a matronas o profesoras en partos, que de ambas maneras eran designadas, hasta que en septiembre de 1929, Elvira Iglesias Pozo se ofrece para desempeñar gratuitamente el cargo de matrona en sustitución de cualquiera titular, por enfermedad o ausencia; se decide nombrarla matrona titular suplente, naturalmente, sin sueldo. Y lo mismo ocurre en abril de 1930 con Francisca Manchón Cremades, en mayo con Maria Moltó Brotons, en junio con Antonia Hernández Rizo. Parece que hubo ese año una promoción de matronas con notable componente ilicitano, las cuales volvieron a su tierra a ejercer su profesión. El ayuntamiento brinda a todas la misma respuesta: muy agradecido por su gesto altruista, son nombradas matronas suplentes, por supuesto, sin sueldo.

4.1.4.- PRESTACIONES FARMACEUTICAS

Según lo apreciado en las actas municipales, en el año 1922 es el Dr. Aurelio Coquillat,

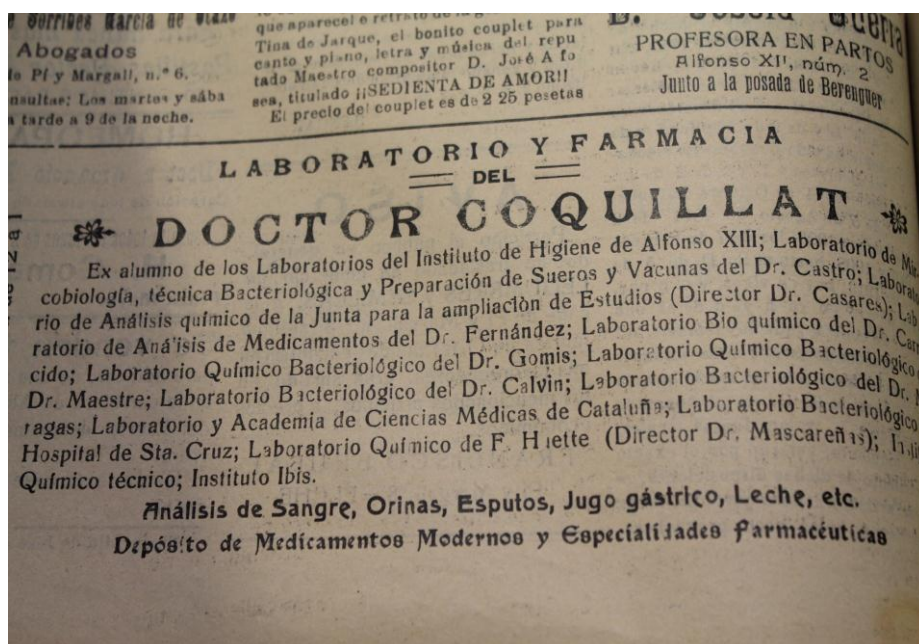


Figura 89.- Anuncio de Farmacia y Laboratorio en el semanario *Trabajo*.

de impresionante currículum para la época, el farmacéutico que distribuye las medicinas de los pobres, si bien, durante 1923 solo consta como autorizado, Manuel Pomares Ibarra. A lo largo del año figura el importe satisfecho mensualmente por este concepto; esas consignaciones se interrumpen tras el golpe de estado, y en ese año no constan más pagos por medicamentos. Poco después, se incorporó la farmacia de Ladislao Orts Maciá.

Manuel Pomares Ibarra (Legajo 3, AHE) obtuvo su título del licenciado en Farmacia en la Universidad de Barcelona en junio de 1888; abrió su oficina de Farmacia en la Corredora, esquina a San Jerónimo, 2, en junio de 1889.

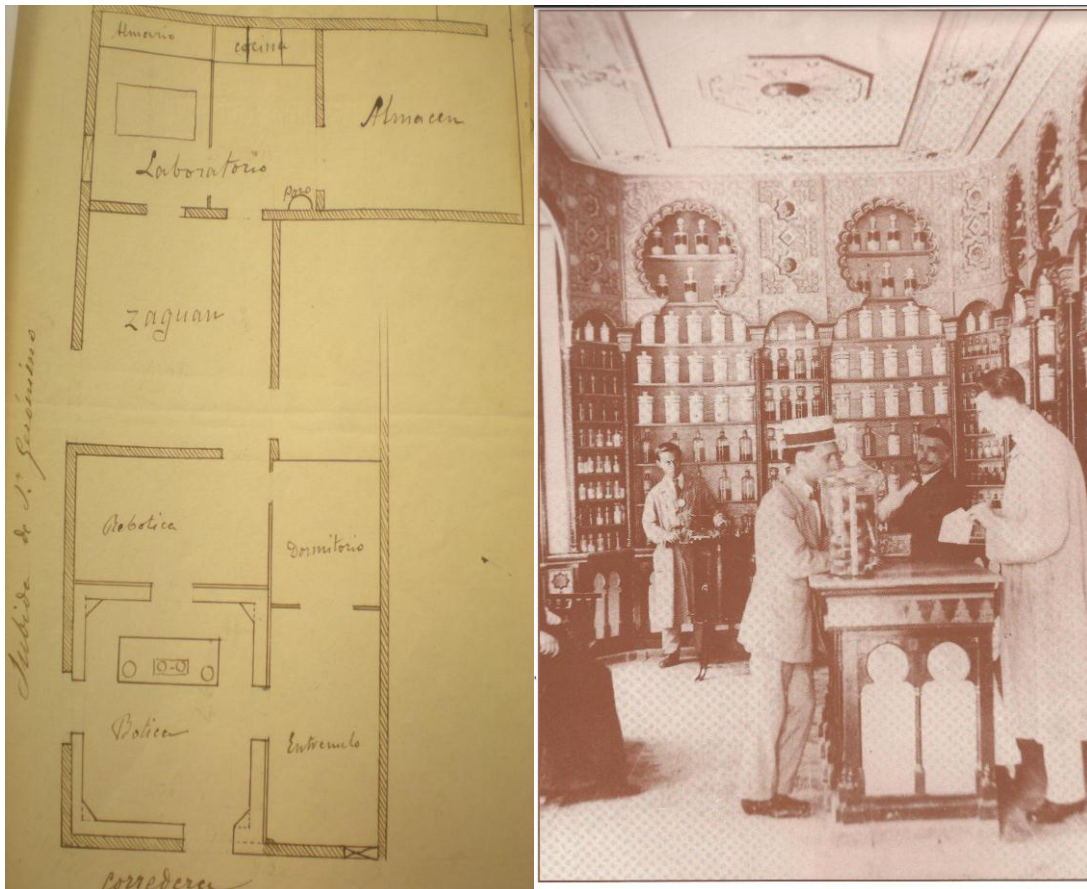


Figura 90.- Plano original de la Farmacia de Manuel Pomares Ibarra y su aspecto en 1915.

Consta en el expediente de apertura, la relación de fármacos y sustancias con que contaba: en el sentido que hoy entendemos la palabra "fármaco" solo podríamos considerar la codeína, la morfina, apomorfina, digitalina, antipirina, quinina y poco más; el resto son extractos, jarabes, tinturas, de multitud de plantas medicinales.

Ladislao Orts Maciá se licenció en Madrid en 1902; abrió su oficina en la calle Aureliano Ibarra, en 1904, con arreglo al plano siguiente:

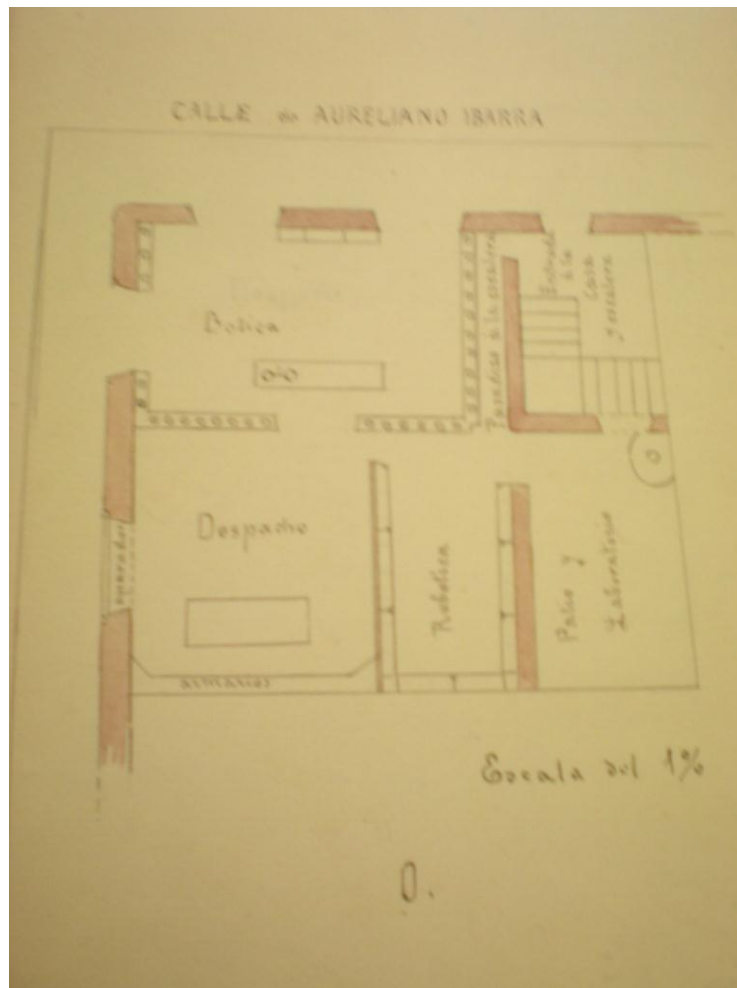


Figura 91.- Plano de la Farmacia de Ladislao Orts.

Aporta una relación de sustancias similar a la descrita para su colega Pomares, pero incluye también material de laboratorio, tal como alambique, balanza de precisión, morteros, probetas, etc.

Comienza ya a suscitarse la diatriba de quien debe suministrar los medicamentos; en la sesión municipal del 2 de enero de 1924, se decide que sean las farmacias existentes por meses alternos, de tal manera que los meses pares sea Ladislao Orts, y los impares, Manuel Pomares; desde el público, el socialista y ex concejal, Juan Barceló pide que cada uno pueda ir al establecimiento que prefiera, pero el delegado gubernativo responde que ciertamente hay un médico titular por distrito, pero no hay farmacias titulares, por lo que se asigna una de ellas por comodidad.

En julio de 1924 la Comisión Permanente acuerda incluir un farmacéutico más entre los autorizados. Parece que el asunto era suficientemente rentable y seguro, porque en marzo del año siguiente, solicita su inclusión también Diego Alonso Frías, de tal manera que a partir de este momento, son ya cuatro los farmacéuticos que dispensan medicamentos para enfermos pobres en la ciudad. Podría tratarse de un cuestión generalizada en todo el territorio nacional, puesto que para resolver las dudas sobre cómo se debe hacer esta dispensación, una Real Orden, en abril de 1925, establece que en las localidades en que existan varias farmacias, como es el caso de Elche, los pobres que

disfruten de medicamentos gratuitos, sean libres de acudir a la farmacia que tengan por conveniente.

Prácticamente en todas las reuniones municipales, tanto en sesiones plenarias como en las de la Comisión permanente, se refleja mensualmente, en el apartado de “pagos” la cantidad que se abona a cada farmacéutico por los medicamentos suministrados en el mes anterior a los enfermos pobres.

Pero, pese a lo dispuesto en la mencionada Real Orden, el ayuntamiento propone en su sesión de agosto de 1926, que el suministro de medicamentos a los pobres se vuelva a hacer por turnos mensuales entre los farmacéuticos de la localidad, por entender que ello resultaría mas equitativo, lo cual, previo informe de la Comisión Municipal de Beneficencia y Sanidad, es aprobado.

La evolución del servicio de prestaciones farmacéuticas en Elche a lo largo de este periodo fue la siguiente:

Tabla 50.- Relación de farmacias para beneficencia.

AÑO	FARMACIAS
1922	Aurelio Coquillat
1923	Aurelio Coquillat Manuel Pomares Ibarra
1924	Aurelio Coquillat Manuel Pomares Ibarra Ladislao Orts Maciá Gabriel Ruiz Chorro
1925	Aurelio Coquillat Manuel Pomares Ibarra Ladislao Orts Maciá Diego Alonso Frías Antonio Trives
1926	Aurelio Coquillat Manuel Pomares Ibarra Ladislao Orts Macia Diego Alonso Frías
1927	Aurelio Coquillat Manuel Pomares Ibarra Ladislao Orts Macia Diego Alonso Frías Alejandro Sansano Ibarra
1928	Aurelio Coquillat Manuel Pomares Ibarra Ladislao Orts Macia Diego Alonso Frías Alejandro Sansano Ibarra
1929	Aurelio Coquillat Manuel Pomares Ibarra Ladislao Orts Macia Diego Alonso Frías Alejandro Sansano Ibarra Concepción Verdaguer Cortés

1930	Aurelio Coquillat Manuel Pomares Ibarra Ladislao Orts Maciá Diego Alonso Frías Alejandro Sansano Ibarra Concepción Verdaguer Cortés Rafael Jiménez Ambit
------	--

Podemos observar que aunque en 1924 aparece como farmacéutico de la beneficencia Gabriel Ruiz Chorro, dedicado a labores políticas, no se refleja en las actas municipales ningún pago a su nombre.

A partir de 1924 vuelven a aparecer en las actas los pagos por medicamentos a enfermos pobres; ya hemos señalado anteriormente que este año se elabora el censo de individuos considerados beneficiarios de la asistencia médico-farmacéutica gratuita; como vemos en la tabla adjunta, la cantidad a abonar ya ha subido de forma clara, para dispararse de modo exagerado en los años siguientes, hasta las 13277,87 pesetas en el año 1925. Esto supone un incremento superior al 100 % en 1925 y 1926, la media llegó en 1926 y 1927 a rondar las mil pesetas al mes, para volver a dispararse al alza en 1930.

Tabla 51.- Facturas de gasto de beneficencia en farmacia y su importe.

Año	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Nº fact	7	9	27	38	13	11	12	12
Pts	3.631, 10	3.091, 55	6.438, 41	13.277, 87	12.156, 99	9.843, 31	9.887, 72	16.244, 13
Media mensual	369, 28	395, 55	664, 81	970, 47	968, 63	893, 18	811, 20	1350, 93
%		+ 17, 50	+108, 26	+106, 23	-8, 44	-19, 04	+0, 44	+39, 92

La explicación más lógica de esta crecida nos parece que podría ser que el padrón de familias pobres de 1924, a pesar de todos los defectos apuntados, se aproximase bastante a la realidad ilicitana, y que el número de personas subsidiarias de atención por la Beneficencia, fuera claramente superior al que se venía considerando hasta entonces, quizás apoyado en el censo de 1916, que, como se ha señalado, no permitió estimar de forma adecuada la situación de Elche en cuanto a índices de pobreza.

Una de las características del Gobierno primorriverista fue el apoyo de y en el Ejército y la Iglesia; la llegada de más contingentes de Guardia Civil hace que el ayuntamiento no solo se haga cargo de los gastos de mantenimiento del Cuartel, sino que, a petición de su capitán, se incluye a los miembros del benemérito Instituto entre los beneficiarios de prestación médico-farmacéutica gratuita; es poco probable que esto conllevara un incremento sustantivo del gasto, puesto que eran pocos los guardias destinados en nuestra localidad. También se incluyeron en los medicamentos servidos al Asilo de San José, y con el tiempo, a las monjas Clarisas.

Y aprovechando la coyuntura, en 1930, los obreros y empleados municipales solicitan ser incluidos en bloque en el padrón de familias pobres, la respuesta del Consistorio es que, abierto hasta finales de agosto el plazo de solicitudes, con vistas a confeccionar la lista de familias pobres, procedan dichos empleados a solicitar su inclusión, y que ello será analizado caso por caso, llegado el momento.

Ahora bien, estas cifras que parecen tan importantes en valor absoluto, deben ser matizadas en cuanto a su repercusión en el gasto por persona y año. Si tomamos como valor constante el número de personas incluidas en el censo de beneficencia de 1924, ya que no tenemos otro dato disponible, y que fueron 2.320, esto vendría a suponer un coste que oscilaría entre 1.33 y 7.0 pesetas anuales por pobre. Tampoco nos parece un dispendio excesivo. habida cuenta, por ejemplo, que en el problemático año 1926, se abonaron 40 pesetas a Antonio Torregrosa por predicar el sermón del día de Corpus Christi, otras tantas a José Belso por el sermón de la octava del Corpus, otras tantas por repicar las campanas en dicha festividad, y 259 pesetas por la cera consumida en la procesión.

Por otro lado, debemos considerar estas cifras en relación con el presupuesto global del Ayuntamiento para cada ejercicio; en marzo de 1923 se comenta en la sesión plenaria, la necesidad de elaborar un proyecto de presupuesto anual de ingresos y gastos, para tener una guía sobre imposición y dispendios del municipio; en noviembre del mismo año se vuelve a hablar del presupuesto anual, que sigue sin aprobarse; y así termina el año, sin que se consolide.

A lo largo de 1924 aparecen numerosas menciones al presupuesto anual, pero no hay ninguna sesión donde conste su discusión o aprobación. No es hasta 1925 cuando aparece un presupuesto detallado, que nos permita orientarnos en la disposición municipal para gastos relacionados con la salud o la asistencia sanitaria y social. Se dedican a estos asuntos, habitualmente los capítulos 7, 8 y 9; el séptimo, ya comentado, se titula salubridad e higiene, y tiene varios artículos, como aguas potables y residuarias, limpieza de la vía pública, cementerios, laboratorio de análisis de alimentos y preparación de vacunas, desinfección, epidemias, inspección sanitaria de locales, e higiene primaria. El capítulo noveno se dedica a asistencia social. El capítulo octavo, titulado Beneficencia, se ocupa de los gastos destinados a auxilios médico-farmacéuticos, hospitales municipales, instituciones benéficas municipales, socorro y traslado de transeúntes pobres y emigrados, y calamidades. Su cuantía era la siguiente:

Tabla 52.- Cuantía del Capítulo VIII, y su relación con el presupuesto municipal.

AÑO	1925	1926	1927	1298	1929	1930
Importe	57310	30945	59890	72990	72225	85680
Total presup.	746175, 54	444041. 44	764982. 74	806185. 28	840742. 26	837390. 36
%	7.68	6.96	7.82	9.05	8.59	10.23

Es decir, que a duras penas llegaba al 10 % del presupuesto la cantidad destinada la beneficencia en conjunto, incluyendo no solo la prestación farmacéutica, sino también el gasto del hospital; así, en 1928, 1929 y 1930 se detallan estas partidas, y se asignan 10000 pesetas a otros institutos benéficos municipales, es de suponer que se refiere al Dispensario de la Cruz Roja, que venía haciendo funciones de Casa de Socorro.

Tabla 53.- Distribución del gasto en Beneficencia Municipal.

AÑO	1298	1929	1930
Aux. Médico farm.	34630	44100	51100
Hospital municipal	23960	23960	23080
Socorro tanseuntes	200	665	1000

En una tabla anterior hemos anotado también el número de facturas, o de pagos autorizados a los farmacéuticos cada año; en 1923 se efectúan en siete ocasiones, puesto que a partir de octubre, tras el golpe de estado, ya no constan más anotaciones al respecto; solo se abonan a Manuel Pomares Ibarra; al año siguiente se incorpora Ladislao Orts Macia; pero en 1925 y 1926, donde ya son hasta seis los farmacéuticos (Pomares, Orts, Coquillat, Trives, Sansano y Alonso), el número de facturas crece de forma desmesurada. Posiblemente por eso, el Ayuntamiento decide no seguir las instrucciones de la Real Orden de 25 de abril de 1925, por la que cada cual podía acudir libremente a cualquier farmacia, lo cual había sido reclamado además, por otro exconcejal socialista, Hernández Rizo, en un pleno municipal, y a la vista de que la Comisión de Beneficencia y Sanidad aconsejó en agosto de 1926 que “suministren por cuenta del Ayuntamiento los medicamentos a los enfermos pobres, todos los señores farmacéuticos establecidos en esta ciudad en quienes no concurra incompatibilidad alguna” (parece poco probable que fuera una alusión a Gabriel Ruiz Chorro, puesto que en esa época también formaba parte del Ayuntamiento Ladislao Orts Maciá), fijar un turno rotatorio por meses entre los farmacéuticos; siempre será más fácil controlar diez o doce facturas que 80. Quizás sea ese uno de los motivos por los que el gasto farmacéutico baja de forma clara en 1928, aunque, aun así, el concejal de Sanidad se pregunta en marzo de este año, por qué sube tanto el gasto, cuando ahora hay menos enfermos; también puede influir que en este año y el anterior las condiciones de vida habían experimentado una cierta mejoría en todo el estado español.

En 1930 se firma un nuevo acuerdo entre el Ayuntamiento y los farmacéuticos para regular la prestación; lo primero que demandan los farmacéuticos es la confección del padrón o listado de familias con derecho a dicha asistencia, que cada cabeza de familia reciba una cartilla numerada acreditando su condición, que se facilite copia de este listado a los establecimientos, comprometiéndose a hacer una bonificación del 15 % en precio de factura por fórmula unitaria, exceptuando material de curas, gasas, vendas, algodones, sueros, etc., y que se unifique el modelo de receta.

Otra cuestión que nos ha llamado la atención es que el pago del ayuntamiento siempre se hace por el mismo concepto: “pago por medicamentos suministrados a enfermos pobres en el mes de x”. Sin embargo, tal como podemos observar en publicidad de algunas farmacias, se incluye también la del laboratorio. ¿Es que nunca se pedían análisis a los



Figura 92- Publicidad de farmacias y laboratorios clínicos

enfermos? ¿o era a los pobres a quienes no se hacían? ¿o este tipo de prestación no estaba incluida en la cartera de servicios ofertada por la Beneficencia Municipal, y cada individuo tenía que abonar por su cuenta el importe de los análisis que se le pudieran efectuar?; en verdad, ninguna de estas posibilidades nos parece plausible, dada la penuria económica que sufrían estos desventurados. No queremos creer que los médicos, aun reconocida su manifiesta sagacidad y preparación clínica, no necesitaran nunca de medios complementarios de diagnóstico, o, peor aun, que incluso siendo precisos, no los efectuaran por motivos económicos; es difícil asumir esta posibilidad, viendo la trayectoria vital y profesional de los médicos de la época: es difícil asumir, por ejemplo que Julio María López Orozco (a quien llegó a conocerse como “el médico de los pobres”) y otros pidan al Ayuntamiento que haga obras de reforma en el cementerio civil, y no reclamasen del Consistorio incluir esta prestación sanitaria para las clases menos favorecidas. Pero no hemos encontrado datos que nos permitan esclarecer estas dudas que estamos planteando.

En diciembre de 1930 se recibe en el ayuntamiento un oficio del Colegio Provincial de Farmacéuticos, en que comunica que, según los habitantes actuales de Elche, 33.137, corresponden siete inspectores farmacéuticos municipales de primera categoría; el concejal Hernández Rizo considera que hay que denegar la petición, por considerar innecesarias dichas plazas; el consistorio responde al mencionado oficio afirmando que dispone ya de un laboratorio municipal, y que considera excesivo el número de plazas, solicita del Colegio que reconsidere sus cálculos. En 1928, Madrid con una población de 794.294 habitantes, según Villarin,¹⁷⁵ tenía casi 300 farmacias, aproximadamente una cada 2.500; Elche tenía no menos de diez oficinas, aproximadamente una cada 3.000 habitantes.

Además, algunos farmacéuticos tenían también otras funciones relacionadas con la gestión municipal. Ya hemos visto a Gabriel Ruiz Chorro ocupando el sillón de la alcaldía, y además, dueño de una fábrica de trenzado de yute; también Ladislao Orts Maciá, formando parte de la Comisión de Beneficencia, Diego Alonso Frías, inspector de harinas (cesado en 1929 por amortización del cargo).

4.2.- ASISTENCIA HOSPITALARIA.

4.2.1.- EL HOSPITAL DE ELCHE

Para su estudio vamos a seguir, en cierta medida, las pautas de acercamiento que sugiere López Terradas²⁴¹, en cuanto a los aspectos institucionales, arquitectónicos, de funcionamiento interno, relaciones con la sociedad, asistencia médica, funcionamiento económico, etc.

La primera referencia sobre la existencia de un hospital en Elche se remonta a abril de 1380, según consta en el libro de remisiones de Pedro Ibarra, del Archivo Municipal, cuando Antonio Esclapez dejó ciertos bienes para el Hospital bajo testamento, pero no siendo bastante su cuantía a la fundación, dispuso el obispo se establecieran los bienes para ayuda y sostén del que había.

Según Alejandro Ramos⁴⁷ “*como el Concejo deseaba que se hiciera en la villa una Iglesia bajo la advocación de San Sebastián, en la calle Mayor, junto al Hospital de la villa, el 26 de abril de 1489, acordó dar cien sueldos para ayuda de la obra*”. Y así consta que en 1483,

²⁴¹ LOPEZ TERRADAS, Maria Luz: *El hospital como objeto histórico: los acercamientos a la historia hospitalaria*. Revista de Historia Medieval, 7, 1996

conocido como Hospital Real, estaba en la calle Mayor “por acta que recibió Pere Llopis, notario (en la casa de Bonifacio Medina, junto al callejón que iba al muro).”

La persistencia de la ermita de San Sebastián, en el actual Carrer Major de la Vila nos permite precisar su ubicación:



Figura 93.- Ermita de San Sebastián. Vista actual.

Encontramos aquí la primera nota diferencial del Hospital de Elche; en la Edad Media, prácticamente todos los hospitales estaban ligados a rutas de peregrinos, cabildos, viejos monasterios o puntos estratégicos en rutas itinerantes⁵⁸; el concepto tradicional de los hospitales medievales es que fueron fundados por la Iglesia, más particularmente por los monasterios, y que fueron crecimiento de los hospicios que acogían peregrinos, monjes enfermos y, posiblemente, a los enfermos de la zona. Formaba parte de la obligación del

monasterio, siguiendo el Evangelio, que deben darse cuidados al enfermo y necesitado²⁴²; durante muchos siglos, la asistencia en régimen de internamiento de los enfermos, sobre todo de los pobres, corría casi siempre a cargo de instituciones benéficas, por general ligadas a órdenes religiosas. Nuestra villa no cumplía prácticamente ninguno de estos requisitos, ni tampoco podía considerarse una gran urbe de tipo mercantil, portuario o universitario, por lo que entendemos que el hospital fue creado por las autoridades municipales para proporcionar asistencia a su población, tanto fija como transeúnte.

Tenemos pues, la segunda nota diferencial, en su relación patrimonial; el Santo Hospital de Caridad de Elche estuvo siempre bajo el control del Ayuntamiento; así consta en un acta de 1402, en que se nombra una comisión para que examine las cuentas del Hospital por haberse realizado obras en él; sin embargo, la gestión de las limosnas, donaciones, mandas testamentarias, etc. que se hacían para el beneficio del hospital, corría a cargo de la autoridad eclesiástica.

Más adelante, en 1514 se encuentra un testamento de Pedro Ferrández de Mesa, por el que deja la cifra de 15000 sueldos para construir un nuevo hospital; con esta cantidad, y la obtenida por la venta del mencionado de la calle Mayor, se procedió a dicha edificación: escogiéndose para ello un sitio extramuros de la ciudad, y algo separado del foso, en territorio de la parroquia de El Salvador.

Nos damos cuenta de que ahora, una vez concluida la Reconquista, libre Elche de las numerosas razzias sarracenas protagonizadas por los reyes moros de Orihuela o Murcia, con una paz estable, ya se permite la expansión de la villa por fuera del recinto amurallado, y, sin constricciones territoriales, puede abarcar mayor extensión, y mejorar su dotación. Según Pedro Ibarra⁴⁶, estaba dotado con un gran patio al que daba entrada la puerta principal a la Corredora, y la posterior, a los huertos, tenía, en la planta baja, una sala con capacidad para veinte camas y otra más pequeña para enfermos terminales; cocina con servidumbre a la acequia y dos cuartitos pequeños, para refugio de transeúntes pobres, además de una habitación para heridos; también tenía el correspondiente pozo y caballerizas. En la planta principal, otra sala con diez camas para mujeres, y otra más pequeña para enfermos agonizantes. Constaba también de una habitación para el Capellán asistente y otra para los criados.

Como se aprecia, no aparece reseña alguna de médicos, enfermeros, ni personal sanitario, porque en aquella época, la asistencia sanitaria era prestada por los facultativos, pero los cuidados estaban a cargo del personal religioso.

Hay constancia de que en 1547 se crea una Junta de Fundadores para una Capellanía o Beneficio Eclesiástico que ha de suministrar a los enfermos el debido soporte espiritual. Así lo refleja Cristóbal Sanz²⁴³: *“Fuera de estas casas y templos sagrados que de ordinario está reservado el Santísimo Sacramento en el altar mayor, hay ermitas bien puestas y aderezadas con grande devoción, como es la Sangre de Nuestro Señor Jesucristo y la Iglesia del Hospital, que es casa adonde se recogen pobres”*.

En 1599 se procede a la fundación del beneficio de la Sangre de Jesucristo, adscrito a la capilla del Santo Hospital, según las actas municipales (AHME, legajo H 28 20).

²⁴² GRANDSHAW, Lindsay; PORTER, Roy. *The Hospital in History*. Routledge, 1989.

²⁴³ SANZ, Cristóbal. *Excelencias de la Villa de Elche*. Atenea, 1954. (el original es de 1621).

Con el paso del tiempo, se mantiene la dualidad patrimonial: en numerosas actas de la Junta Local de Sanidad del año 1864 y siguientes, se reflejan datos sobre las cuentas del Hospital, (denominado entonces como "Hospital de la Santísima Sangre de Jesucristo", (legajo 39-10)) rendidas por parte del Mayordomo Administrador de sus rentas, el cual era nombrado por el Concejo; es decir que continuaba la situación de que la propiedad y la administración del Hospital eran claramente municipales, y sus rentas administradas por un mayordomo designado por el Ayuntamiento, ante el cual rendía cuentas, pero los bienes asociados al Beneficio eclesiástico, aunque pertenecieran también a dicho hospital, eran gestionados por la autoridad episcopal; así consta, por ejemplo, en la venta de una casa habitación propiedad del hospital, en cuya escritura firman, por una parte, regidores en representación del municipio, y también presbíteros y legados del obispo, que han recabado previamente su permiso para efectuar la transacción.

Este Hospital se mantuvo hasta 1678, en que fue derruido y levantado en su lugar uno nuevo, más espacioso. De los documentos consultados, observamos que no hubo en Elche una Casa de Misericordia, Hospicio o Asilo de Pobres, porque esta función era absorbida por el propio Hospital de Caridad.

En 1726, Felipe V solicita de los ayuntamientos informe sobre los Hospitales existentes en cada ciudad y las rentas de que disponen, cuyo texto, copiado literalmente del original existente en el Archivo Histórico Municipal es el siguiente; *"El Rey: Mi gobernador Capitán General, Regente y Audiencia de mi Reyno de Valencia. Sabed, que he refuelto fe formen y pongan en mis Reales manos, Relaciones de todos los Hofpiales, que huviere en cada una de las Ciudades, Villas y Lugares de cada provincia de mis Reynos, ya fea para curación, crianza, y albergue en general de los pobres, ó por lo particular de los de cada Pueblo: en qué tiempo fe fundaron los mifmos Hofpiales, y por quien: con que rentas y fiestas fe mantienen con disminución ó aumento; comprendiendo con feparacion, y en relación ó relaciones distintas, lo que mira a fundaciones fechas á los propios fines por los Señores Reyes mis Predecesores. Y afi os mando deis las ordenes, y providencias convenientes, para que por lo tocante a efte Reyno fe formen con la mayor brevedad las expresadas relaciones, en la forma y con la distinción que queda referido; y en estando afi ejecutadas, me las remitireis por mano de mi infracripto secretario. Que en ello fere fervido. Fecha en El Pardo, treze de febrero de mis setecientos y veinte y feis. YO EL REY. Lugar de tres rubricas--- Por mando de el Rey nuestro Señor, Don Lorenço de Vivanco Angulo---- es copia de la Real Cedula de fu Majestad, de que certifico. Don Francisco Comes"*

La respuesta del municipio confirma la existencia de un Hospital en la localidad: *"Carlos Gracia escribano publico del Ayuntamiento de la Villa de Elche del Reyno de Valencia, en cumplimiento del Real decreto de Su Magestad que Dios gde de fecha en El Pardo a treze de febrero mas cerca pasado del presente año doy fe que en dicha Villa hay un HOFPIAL que firve para los pobres que transitan por ella, y para la curacion de los pobres enfermos vezinos de la dicha Villa y otros forasteros que por no darles lugar sus accidentes para transitar a otros lugares se mantienen en el. Y la renta que al presente tiene feran hasta doszientas y diez libras anuales con poca diferencia algunos censos y los de agua. Son patronos de dicho hofpital los Regidores de la misma Villa quienes nombran mayordomo para que cuide de sus rentas y alimento de los enfermos Y por ser mas antigua su fundacion y haverse perdido la mayor parte de de los papeles que habian---- en el Archivo en el saco que padecio en el año de mil setecientos y seis en la entrada de las tropas del Rey, Ntro Señor, no -----noticia de su fundacion ni de las rentas que tenia al tiempo, ---- y de las que hay consta son los libros de quentas que quedan en el Archivo de esta Villa a que me remito. Y para que conste doy el*

presente que signo y firmo en esta villa a veinte y ocho de abril de mil setecientos veinte y seis año. Carlos Gracia”.

En 1812, en vista de las repetidas quejas de los vecinos de la Corredora en relación con la insalubridad que los muchos enfermos de tropa atacados de calenturas había en el Hospital, se propone que dichos pacientes sean trasladados desde el Hospital al Convento de San José, en el cual se hallaba alojado el Regimiento de Infantería de la Corona, por lo que se acuerda que se instale provisionalmente el Hospital en la ermita de San Antonio Abad, lo cual no llegó a realizarse.

Conocemos el inventario de enseres y efectos de que disponía el Santo Hospital de Caridad en el año 1813, por la relación que presenta al consistorio el entonces Mayordomo, Gaspar Moscardó; (AHME, Legajo 19-38): es curioso que entre la relación de bienes pertenecientes al Hospital conste un púlpito de madera, candeleros, casullas, alba, amito, corporales, estolas, manípulos, etc, es decir, la ropa que usa el Sacerdote cuando se reviste para oficiar la Santa Misa, denotando la clara adscripción religiosa del Santo Hospital; tenía también sillas, colchones, jergones, tablas de cama, mantas nuevas y viejas, almohadas, fundas de almohadas, cortinas; cocina con su menaje, y envoltorio para niños expósitos; como equipamiento médico, una mesa de sangrar y otra de curación.

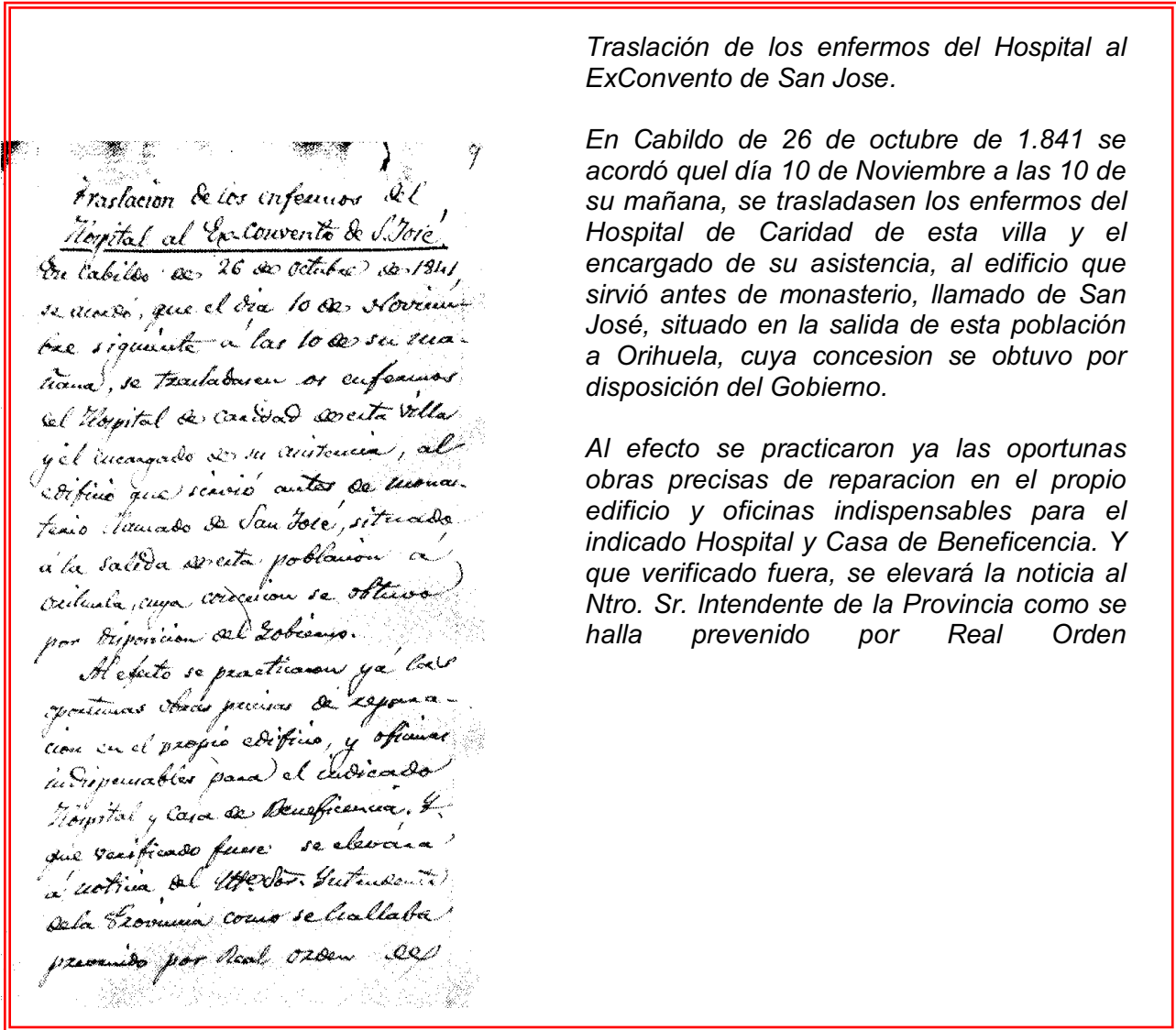
El 29 de agosto de 1814 se llama para administrar y asistir a los enfermos del Hospital, a los religiosos de San Juan de Dios, quienes llegaron el día 10 de septiembre de dicho año.

Los frailes del convento de San José fueron expulsados en 1834, por orden municipal, junto con los del convento de la Encarnación, tras haber encontrado una carta cruzada entre ambos superiores, en la que se manifestaban a favor del movimiento carlista, y contrarios al Gobierno de Isabel II, ejercido por su madre, la Reina Gobernadora. Por eso, cuando el 8 de marzo de 1836 es ordenada la supresión de los conventos, con la desamortización de Mendizábal, son vendidos los conventos de las Franciscanas de Santa Clara y de los Mercedarios²⁴⁴, pero no el Convento de San José. Así el Ayuntamiento no tuvo necesidad de adoptar nuevas medidas, sino que aprovechó la oportunidad para pedir en 1837, que el de San José fuera dedicado a Casa Hospital de Beneficencia, petición que fue reiterada años más tarde, (acta municipal del 4 de enero de 1841), elevando la correspondiente instancia a la Reina, y cuya respuesta de fecha 9 (11 según Pedro Ibarra²⁴⁵) de junio del mismo año, fue la siguiente: *“Conformándose el Regente del Reino con el parecer de esta dirección, en Junta de Rentas de Bienes Nacionales y dictamen del asesor de la Superintendencia, se ha servido acceder a la pretensión del Ayuntamiento de la villa de Elche, para que se le ceda el edificio convento de Santo José, de la misma población, a fin de trasladar allí el Hospital y Casa de Beneficencia, advirtiendo que con arreglo al artículo 1º del Decreto de 9 de diciembre ultimo, ha de ser empleado dicho edificio en el uso para el que ha sido reclamado, dentro de seis meses siguientes a esta adjudicación, que quedará sin efecto en caso contrario”.*

El Cabildo acordó el 9 de julio del mismo año, obedecer y aceptar lo ordenado, tomando inmediata posesión del edificio. Los enfermos fueron trasladados el día 10 de noviembre del mencionado 1841.

²⁴⁴ SANCHEZ, Glicerio. *La desamortización de Mendizábal en la provincia de Alicante*. Instituto de Estudios Juan Gil Albert, 1986.

²⁴⁵ IBARRA Y RUIZ, Pedro. *Compendio histórico de los Conventos de Elche*. Tip. Lucentum 1931.



Traslación de los enfermos del Hospital al ExConvento de San Jose.

En Cabildo de 26 de octubre de 1.841 se acordó que el día 10 de Noviembre a las 10 de su mañana, se trasladasen los enfermos del Hospital de Caridad de esta villa y el encargado de su asistencia, al edificio que sirvió antes de monasterio, llamado de San José, situado en la salida de esta población a Orihuela, cuya concesion se obtuvo por disposicion del Gobierno.

Al efecto se practicaron ya las oportunas obras precisas de reparacion en el propio edificio y oficinas indispensables para el indicado Hospital y Casa de Beneficencia. Y que verificado fuera, se elevará la noticia al Ntro. Sr. Intendente de la Provincia como se halla prevenido por Real Orden

Figura 94.- Traslado de los enfermos al nuevo Hospital.

Así consta en el archivo municipal (Legajo 39-48), la noticia de la erección de la Casa Hospital de Caridad en el convento de San José, cedido a dicho fin por el Gobierno, detallándose la ubicación, superficie, derechos de agua, linderos, etc.

Año 1868

Casa Hospital de Caridad

Noticia de la crección de la misma
 en el Convento de S.^a José,
 cedido a dicho fin por el
 Gobierno; y
 Superficie, linderos y fecha de adquisición

ARMOS MUNICIPALES
 N.º 18-39 Log
 39-18-1

Antes de dar el presente, por la creación
 de la Junta de Venta de bienes municipales para
 establecer en el Hospital, se destinó a este
 fin el llamado Convento de S. José, que
 se halla situado al sur-este de esta
 población, bajo lindes por Norte con la calle de
 la Rambla, por Sur con la calle de
 S. José, por Oriente con la calle de
 S. José y por Occidente con la calle de
 S. José y S. José y S. José y S. José
 de Santa Rosa; y su medida superficial
 es de 2172 metros 500 milímetros una
 cuadrada; no tiene carga real ni gravamen
 de ningún género, fue adquirido del go-
 bierno por el Sr. D. Juan de Dios y
 cedido por acuerdo de la Dirección de
 Fincas, según la cual se hace constar en la
 Memoria remitida por la Dirección
 general de Fincas del Estado con fecha
 de 1.º de Mayo de 1868, en la cual viene
 poseyendo este Municipio el edificio de
 que se trata.

Con el objeto de poder inscribir en el Registro
 de la propiedad de este tanto la finca pre-
 citada según la disposición por el Sr. D. D.
 Civil de la prof.ª, opido la presente por
 duplicado y conferido al presente en el Real
 Decreto de 14 de Noviembre de 1868, en virtud del

Figura 95.- Documentos del Hospital, año 1868.

Desde el siglo XVIII, existen numerosos documentos, por lo común, de cadencia anual, en que el administrador del Hospital rinde cuentas ante el consistorio; de fecha más cercana, por ejemplo, en el correspondiente al ejercicio 1878-1879, (legajo 58-15) apreciamos pagos al enfermero Francisco Rocamora, a la cocinera y ayudantas, por limpieza de la ropa, al Presbítero por su asistencia y culto, a Josefa Diez como nodriza mayor de expósitos, a Rafael Mirasol por su dotación de sangrador, honorarios a Manuel Campello, médico cirujano; se abonan dos pesetas por sanguijuelas, y una cantidad para carbón, pan, carne, suministros de arroz, patatas, garbanzos, sopa, azúcar y especias; es curioso que no aparecen compras de leche, pescado o huevos; se supone que al ser alimentos perecederos, de ciclo corto, su adquisición se hiciera por compra directa. En algunas ocasiones aparecen pagos de medicamentos a alguna farmacia, como la de Vicente Moreno en 1880.

La importancia del establecimiento debía ser más bien escasa; Concepción Arenal¹²² no lo incluye en la relación que expone en la memoria que le fue premiada por la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas en 1861.

En 1884 se instalaron las Hermanas de la Caridad.⁴⁶ En enero de 1866 se crea la plaza de Capellán, para oficiar la Misa los domingos y días de precepto y asistir espiritualmente a los enfermos ingresados, en abril, se nombra médico del Hospital a Manuel Campello Antón, con un sueldo de 2000 reales, y como sustituto a Juan Sansano, con 600.



Figura 96.- Fachada del Hospital hacia 1940.

Fueron numerosas las donaciones de personas ricas de la ciudad a favor del Hospital; así, (legajo H 104 26), consta en testamento otorgado en 1907 ante notario "*comparece D^a Ana Valera, conocida siempre como Antonia Serrano Franco, quien deja como heredera a su sobrina, y ordena entregar 15000 pesetas para la imagen de la Virgen de la Iglesia Parroquial de Elche, y que de las rentas y productos líquidos,,,, destine dos terceras partes a satisfacer sus necesidades y una tercera parte al Hospital Civil, también llamado de la Caridad*".

Volviendo a la época concreta que nos ocupa, vemos que el cargo de médico del Hospital fue ocupado por Luís Gómez Aznar hasta principios de 1905, en que fue cesado por el Ayuntamiento, al parecer porque el nombramiento no cumplía los requisitos especificados en la Instrucción General de Sanidad recientemente promulgada; su recurso ante el Gobernador

Civil fue rechazado, con la anuencia de la Junta de Gobierno y Patronato de Médicos Titulares.

En 1912 se nombra médico del Hospital a Manuel Pascual Urbán; en la sesión municipal en que tuvo lugar el nombramiento, el concejal socialista José Vives manifestó haber tenido referencias de que los Médicos Titulares tenían la obligación de prestar el servicio en dicho establecimiento, poniendo este hecho en conocimiento de la Junta por si podría hacerse de esta forma.

Le contesta el Alcalde afirmando que algunas veces han prestado el servicio los médicos titulares, pero no gratuitamente, sino distribuyéndose el haber correspondiente en prorrateo entre ellos, y resultando más dificultades para la buena gestión médica, se nombró interinamente para este servicio a quien hoy se propone para ocupar la plaza en propiedad. Incluso este turno rotatorio entre titulares había dado lugar a una queja de la Superiora del Santo Hospital, reconociendo que el servicio funciona mejor desde que lo desempeña el Dr. Pascual Urbán. Y que, aunque según los contratos celebrados con los médicos titulares es obligación de prestar por turno el servicio del Hospital si el Ayuntamiento así lo acordara, siendo él alcalde, lo dispuso de esta manera. Insiste el Sr. Vives en que el servicio debe prestarse de forma gratuita, sin coste adicional, y así debe consignarse en los contratos que se celebren de ahora en adelante.

Queda manifiesto, no obstante, que los médicos titulares vendrían obligados a prestar asistencia por turno en la Casa de Socorro cuando el Ayuntamiento así lo acordase.

Es indudable que la decisión de obligar a los médicos titulares a prestar servicio en el Hospital tendría que llevar aparejada una modificación de las condiciones, no solo contractuales, sino también legales, por las que se designaban los médicos titulares. De entrada, en el pliego de condiciones que elaboraba la Comisión Municipal de Beneficencia y Sanidad para la provisión en propiedad de estas plazas, no constaba por ningún sitio la obligatoriedad de asistir a los enfermos ingresados en el Hospital; se especificaba lo forma en que debía prestarse, la atención en consulta, de modo que el facultativo debía disponer del material y medios necesarios para el correcto ejercicio de la profesión, se especificaba también la asistencia a domicilio, el sueldo, etc, pero no se mencionaba el hospital. Por otro lado, tal como se exponía en el mencionado pliego, cada médico estaba obligado a atender a los pacientes pobres de su distrito, y no podía asistir ni recetar a los de otro distrito; por tanto, como con el paciente ingresado no podría hacer esta distinción, se plantea el dilema: si el enfermo pertenece a su distrito, el médico se hace cargo de él; en caso contrario, que venga el compañero que le corresponda; y, de esta manera, cada paciente tendría un médico, que iría a verle cuando las demás obligaciones, lo permitieran, ya que un enfermo ingresado condiciona, (suponemos) la obligatoriedad, como mínimo, de una visita diaria; otra alternativa sería hacer un turno rotatorio por periodos entre los titulares, de modo que cada uno se hiciera cargo de todos los pacientes ingresados durante ese periodo, con independencia de la adscripción distrital, lo cual supondría tener que dedicar una parte de la jornada a la visita hospitalaria, en detrimento de la asistencia diaria. Por eso es comprensible la queja de la Superiora, que reconoce que la asistencia es mejor cuando hay un solo facultativo encargado de ella en el Hospital.

En 1917, siendo alcalde Tomás Alonso Blasco, se consigue una subvención de 3.000 pesetas de la Diputación Provincial, y se construye una sala para enfermos infecciosos.

¿Hasta donde llegaba el esfuerzo económico del Ayuntamiento para el funcionamiento del Hospital? Es difícil de precisar, pues en las actas de los plenos figura agregado el capítulo 8 del presupuesto, gastos de beneficencia, en sus varios apartados; en septiembre de 1925, el concejal Jaime Martínez Torres expone que si bien en el presupuesto actual se ha aumentado la consignación para el Santo Hospital de Caridad, la cantidad que se destina a alimentación de los enfermos resulta insignificante en relación al precio de las subsistencias, por lo que suplica se incremente dicha dotación; el alcalde, Gabriel Ruiz afirma que la cantidad destinada a manutención de los enfermos se concede con arreglo al número de estos, procurando siempre que estén bien atendidos; Francisco Quiles, presidente de la Comisión de Beneficencia visita con frecuencia el Hospital y le consta que los enfermos están bien atendidos y alimentados. En el año 1930 sí que se desglosa el presupuesto, y podemos apreciar que se destinan 23.080 pesetas, a gastos del Hospital; esto equivale a poco más de la cuarta parte (26.93 %) del total del capítulo, y el 2.75 % del presupuesto anual. El gasto en farmacia no está contemplado en este capítulo, puesto que se abona a los farmacéuticos, mensualmente, junto con las cantidades correspondientes a enfermos pobres, Asilo y Guardia Civil; ocasionalmente también hay algún pago de material de curas. Esperemos, al igual que con los médicos titulares, que el sueldo del médico y los practicantes vaya al capítulo de personal, y que la cantidad indicada se destine íntegra a gasto corriente; porque si tuviésemos que restar sueldos de médicos y practicantes, asumiendo que las monjas no perciben remuneración municipal, la cantidad sería imposible; aun así, 23080 pesetas equivalen a poco más de 63 pesetas diarias; con una ocupación media de 10 pacientes, salen a seis pesetas por paciente y día., A la vista de estos datos, es difícil mantener la afirmación del alcalde Ruiz Chorro de que se concede la asignación en función del número de ingresos; no se especifican los criterios que se siguen para el cálculo presupuestario: no está claro si se toma como base el número de ingresos o estancias del año anterior, si la cantidad asignada se abona periódicamente en función de los datos de ocupación.

Se conservan en el Archivo Municipal, documentos que son órdenes de ingreso de pacientes en el Hospital, correspondientes a los años 1917 y 1918; llama la atención, en primer lugar que la práctica totalidad de ellos están firmados por el Director del Hospital, Manuel Pascual Urbán, quien de forma casi invariable dictamina que “ (en este caso: *Vicente Marco González*) *esta enfermo y necesita ingresar en el Hospital para atender a su curación*”:

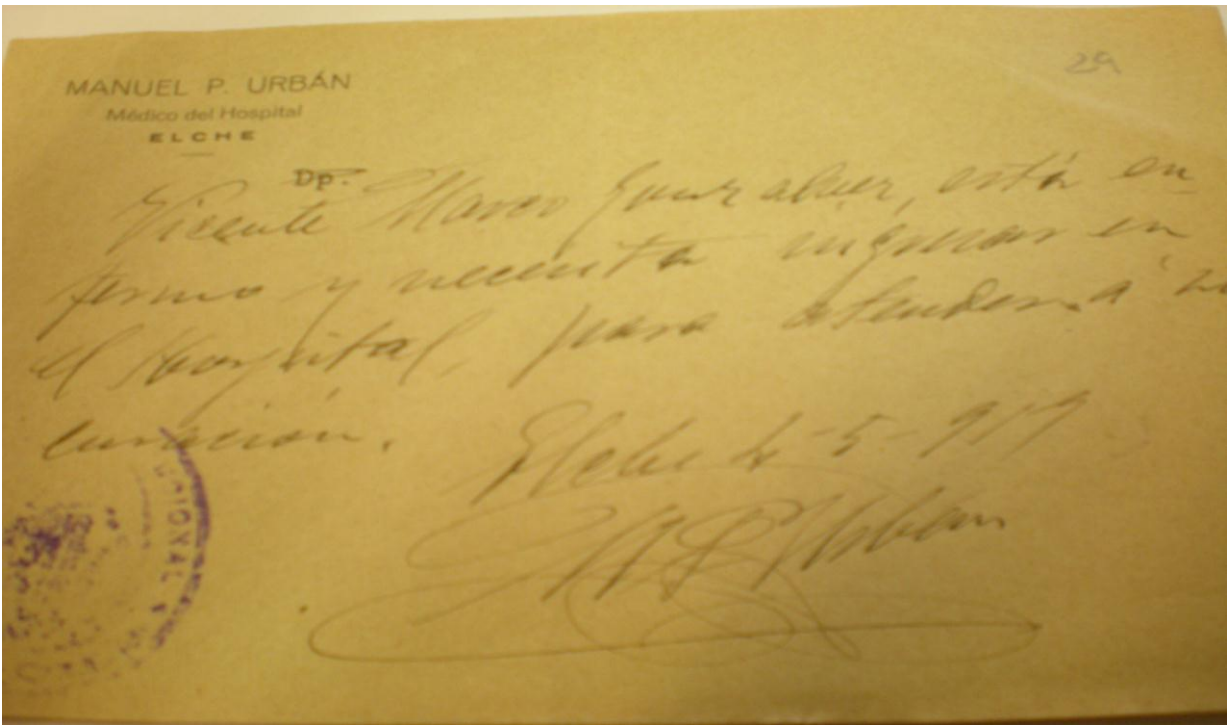
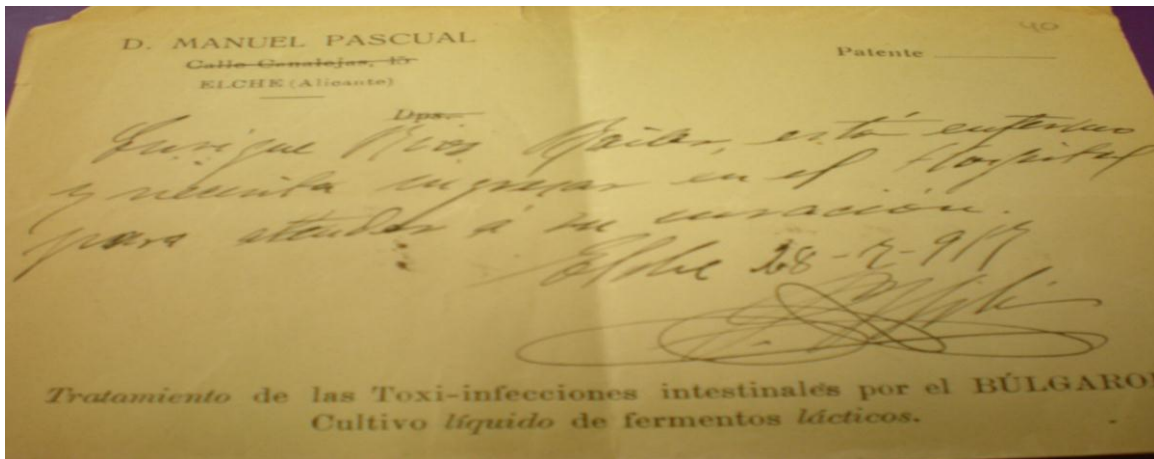


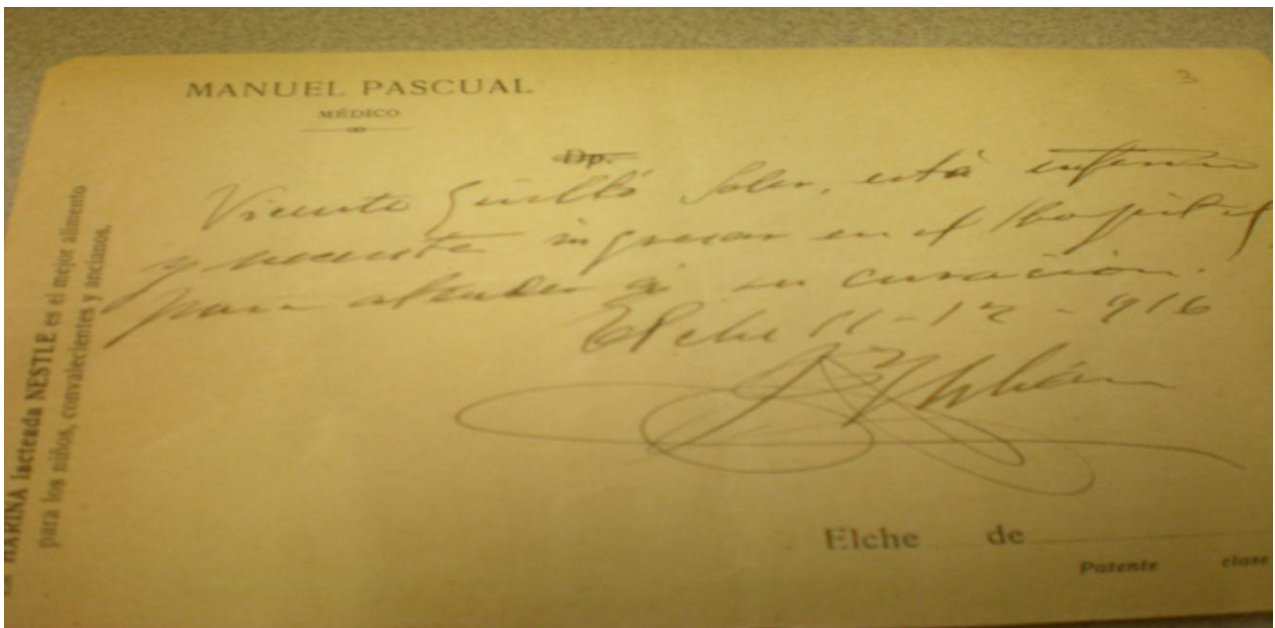
Figura 97.- Documentos de ingreso en el Hospital (a)

No todos los documentos llevan, como este, el sello del ayuntamiento, aunque, por lo visto, se permitía publicidad en las recetas de los médicos: en el faldón de esta se puede leer "Tratamiento de las Toxi-Infecciones intestinales por el BÚLGARO. Cultivo líquido de fermentos lácticos:



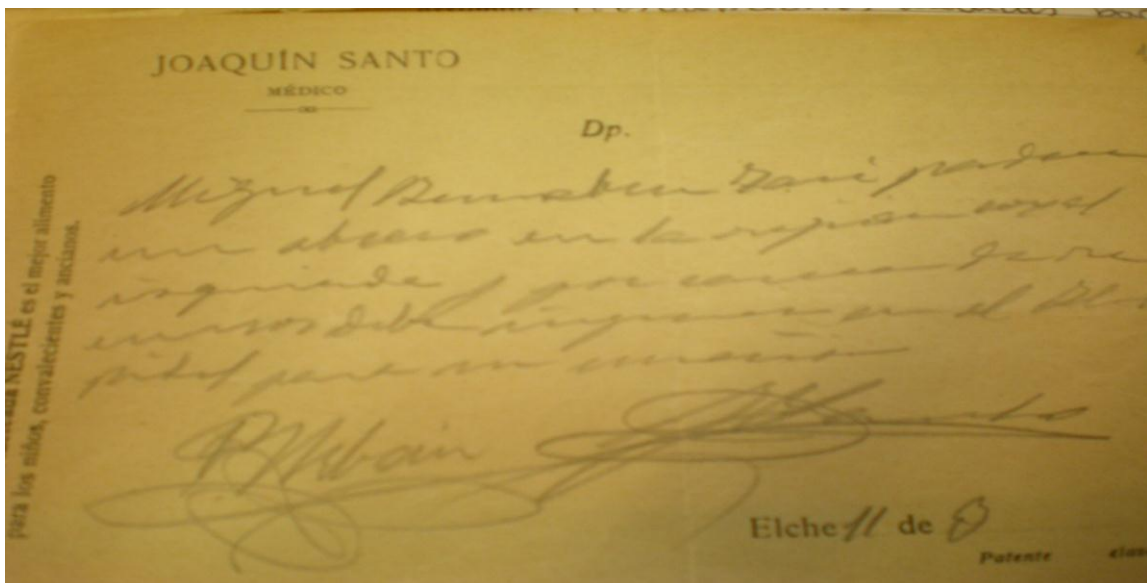
(b)

y en la lateral de esta otra "Harina lacteada NESTLÉ es el mejor alimento para niños, convalecientes y ancianos".



(c)

En ocasiones son otros médicos quienes indican el ingreso; Joaquín Santo lo hace firmando conjuntamente con el médico del Hospital, pero ni Carmelo Serrano ni Luís Gómez Aznar, debían tener recetas para uso diario, puesto que ambos escriben la solicitud de ingreso en trozos de papel corriente sin membrete ni domicilio. Carmelo Serrano es muy explícito en su descripción: “*Eleuterio Valentin Esquitino, de 13 años de edad y domicilio en la Calle Mayor Arrabal nº 20 esta enfermo y es pobre de solemnidad, y no pudiendo sufragar los gastos que le ocasiona dicho estado, debe ingresar para su curación en el Hospital de esta ciudad*”. Es llamativo que este paciente sea atendido por Carmelo Serrano García, quien no es, a la sazón, médico titular de la Beneficencia Municipal, y no lo fuera por Juan Micó Serrano, titular del Distrito de San Juan, puesto que este enfermo, en concreto, Eleuterio Valentin Esquitino, de 13 años de edad en este momento, figura inscrito en el libro de Beneficencia cuando tenía 20.



(d)

55

Valentín Valentín Argentino de 13 años de edad
 y domiciliado en la calle Urquiza-Ortizabal n.º 20 está
 enfermo y en prueba de solemnidad y no pudiendo su
 fragar los gastos que le ocasiona dicho estado, desea
 ingresar para su curación en el Hospital de este C.º

Dada 6 Octubre 1917
 Carmelo J. J.

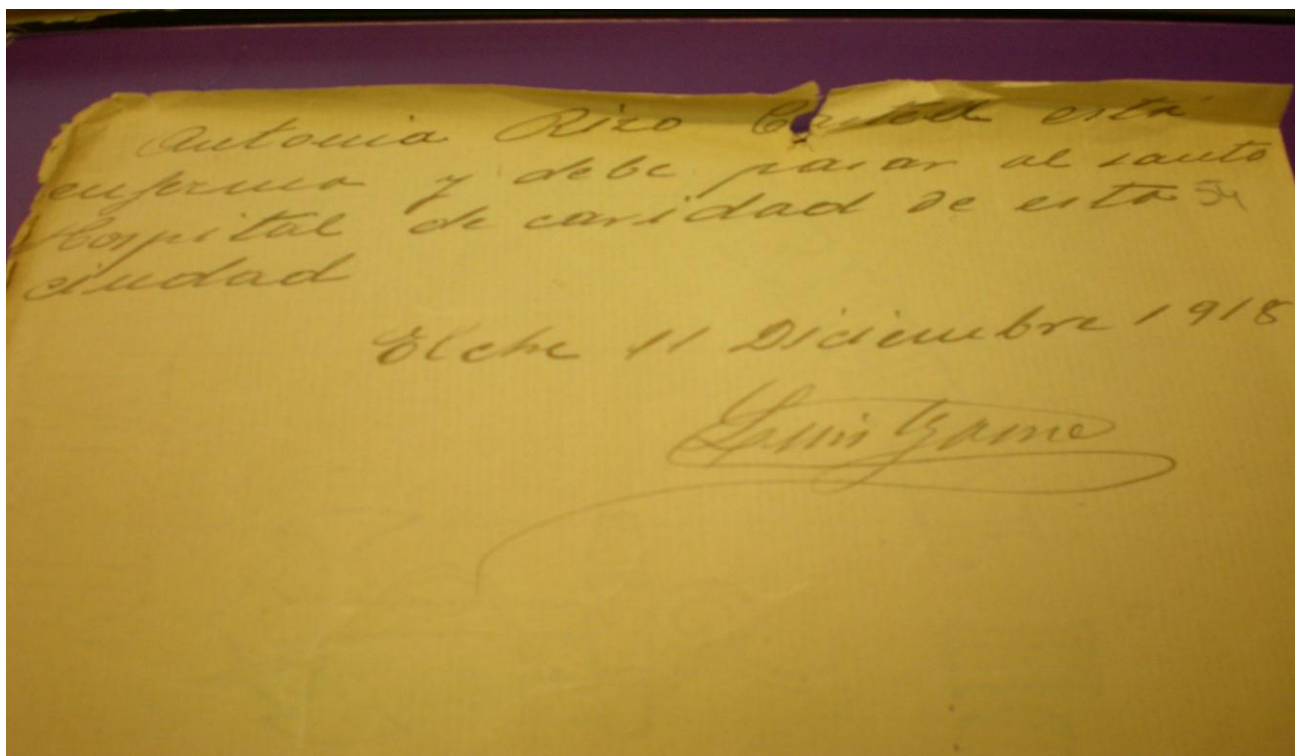
(e)

Calle o Plaza _____

PADRÓN de los individuos que
 céutica gratuitamente.

Nombres y Apellidos	Edad	Natural Provincia
Mariana Esquitino	54	Orizaba
Miguel Valentín	27	
José " "	22	
Blas " "	20	
Rosa " "	18	

(f)



(g)

Es fácil intuir que no se conservan todas las órdenes de ingreso, que son numerosas las que se han debido extraviar; y sobre todo, las correspondientes al año 1918, el de la epidemia de gripe. En la tabla adjunta consta la relación nominal de los enfermos remitidos al hospital por los diferentes médicos de Elche a lo largo de ese año, según las órdenes de ingreso que hemos examinado:

Tabla 54.- PRESCRIPCIONES MEDICAS PARA INGRESO DE ENFERMOS POBRES EN EL HOSPITAL, año 1.918
Relación de nombres y fechas. Cuando no se indica nada, el volante es de Manuel Pascual Urbán.

Nombre	Edad	Fecha	Comentarios
Maria Torres	52	24-1-918	Natural de Orihuela
Vicente Castello Garrigós		27-1-918	
Teresa Pascual Gonzalvez		10-2-918	
Jose Piñol Galiano		14-2-918	
Rafael Albarranc		15-3-918	
Carmen Navarro Garcia	24	16-3-1918	Carmelo Serrano
Pedro Martínez Costa		11-4-1918	
Antonio López Nieto		13-4-918	
Jose Vicente Vicente		15-4-918	
Maria Boix Vives	29	16-4-918	
Jose Coves Garcia		28-4-1918	
Antonia Vicente	79	29-4-1918	
Remedios Soler Bernad		2-5-1918	
José Juan Beltran		5-5-1918	
Josefa Candela Blasco		6-5-1918	
Salvador Calatayud Garcia		11-5-1918	

Miguel Bernabeu Tarí		15-5-1918	
Manuela Rodríguez		24-5-1918	
Pascual Jaen Vicente		5-6-1918	
Francisco Soler Pérez		9-6-1918	
Pedro Martínez Costa		16-6-1918	
Antonia Diez González		17-6-1918	
Josefa Miñana Pérez		20-6-918	
Juan Aznar Sánchez		6-7-1918	
Jose Gil Latour		7-7-1918	
Bartolomé Vila Gallego		16-7-918	
Jose Martínez Vera		17-7-1918	
Isabel Antón Juan		21-7-1918	
Jose Gil Hernández		2-8-1918	
Juan Planes Hurtado		12-8-1918	
Antonio Sempere Jaen		14-8-918	
Rosa Sempere Ribera		24-8-1918	
Salvador Hurtado Galván		27-8-1918	
Gines Campello Rodríguez		4-9-1918	
Antonia Diez		10-9-1918	
Francisco Miralles Oliver		17-9-1918	
Jose Mogica Serra		18-9-1918	
Andres Maciá Miralles		21-9-918	
Jose Soler Ribera		26-9-918	
Antonio Vicente Torres		20-9-1918	Sala de enfs. Infecciosos
Francisco Agullo Maciá		21-9-1918	
Antonio Gandina Ferrer		4-10-918	Manuel Pascual, pase a la sala de infecciosos
Joaquin Pastor Blanes		14-10-918	
Jose Miralles Maciá		22-10-1918	
Antonio Vicente Ballester		1-11-1918	
Joaquina Moreno Navarro	64	5-11-918	
Pura ¿Vaga¿ Caparrós		16-11-918	
Antonia Peral Esteve		27-11-918	
Jose Mogica Serra		2-12-1918	Manuel Pascual
Francisco García Esquitino		2-12-918	
Francisco Marco Fabra		8-12-918	Enfermo de gravedad
Antonia Rizo Castell		11-12-1918	Luis Gómez
Francisca Castaño Boix		18-12-918	
Juan Campello Vicente		30-12-1918	

Hay algunos datos llamativos en esta relación; distribuida por meses, da la impresión de que en la época invernal eran remitidos al hospital pocos pacientes, dos en cada mes; este número aumenta claramente en primavera, se mantiene en verano, y, curioso, cae de nuevo en otoño, precisamente cuando más estragos hizo la epidemia de gripe: según el periódico *Nueva Illice*, de fecha 10 de noviembre de 1918 “durante el pasado mes de octubre han ocurrido en nuestra ciudad 295 defunciones, de ellas 235 de gripe”:

Tabla 55.- Distribución por meses de los ingresos en el Hospital, 1918.

Mes	Ord.	Mes	Ord.	Mes	Ord.	Mes	Ord.
ENE	2	ABR	6	JUL	5	OCT	3
FEB	2	MAY	6	AGO	5	NOV	4
MAR	2	JUN	5	SEP	8	DIC	6
Suma	6		17		18		13

Según esto, se enviaron al hospital solo 54 pacientes en el año; poco más de cuatro al mes.

Hay algún documento aislado sobre enfermos del hospital, pero el sistema de registro, tal y como la entendemos hoy en día, era, al parecer inexistente y nos impide ni siquiera una aproximación. Junto a anotaciones de notoria exactitud:

“Margarita Durá Botella, de 23 años, natural de Elche, hija de Francisco y de Francisca, entró en el Hospital el día 19 de enero y ha fallecido a las tres de esta madrugada. Elche 27-1º-1917. La Superiora, Sor Maria Pérez”

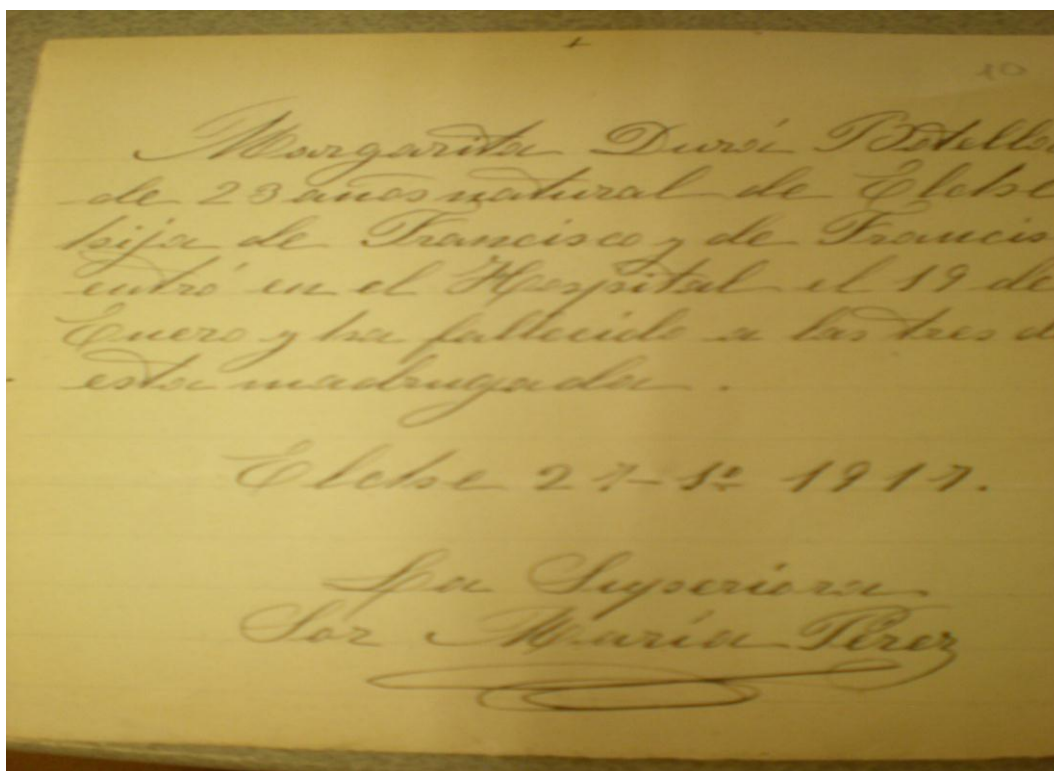


Figura 98.- Documentos firmados por la Madre Superiora del Hospital. (a)

Hay otras anotaciones mucho más imprecisas:

Dado de alta al pobre Rafael Berdu
del Berdu Candela
Por defunción de Francisco
Dura Botella
La Superiora
Sor Maria Perez
Elche 25-3-1919

“Dado de alta el pobre Rafael Berdu
Candela. Por defunción Francisco Dura
Botella.
La Superiora Sor Maria Perez. Elche 25-3-
1919

Y otras perfectamente inútiles:

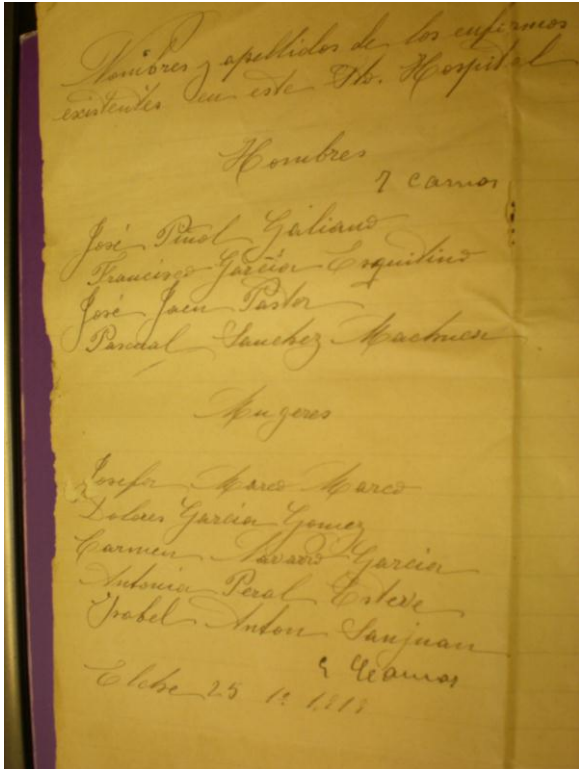
Alta por defunción
Pedro Soler Pascual
Hoy y Elche
La Superiora

“Alta por defunción Pedro Soler Pascual.
Hoy y Elche, La Superiora”.

Dados de alta por defunción
ayer Manuel Roman Molla; hoy, Juan Marco Clement.
La Superiora
Sor Maria Perez

“Dados de alta por defunción, ayer Manuel
Roman Molla; hoy, Juan Marco Clement.
La Superiora, Sor Maria Perez”

Disponemos de algún dato aislado referido al año 1919; claramente separados hombres y mujeres (por cierto, escrito mugeres, con “g”) se relacionan los enfermos ingresados a fecha 25 de enero de 1919; al no disponer siquiera de la fecha de ingreso, no podemos conocer las estancias causadas, ni calcular indicadores de rendimiento, de la forma que hoy lo manejamos como índices de funcionamiento hospitalario.



“Nombres y apellidos de los enfermos existentes en este Santo Hospital.

Hombres 7 camas:

Jose Piñol Galiano
Francisco Garcia Esquitino
Jose Jaen Pastor
Pascual Sanchez Marchena

Mugeres 4 camas:

Josefa Marco Marco
Dolores Garcia Gomez
Carmen Navarro Garcia
Antonia Peral Esteve
Isabel Antón Sanjuán
Elche 25-1º-1919”

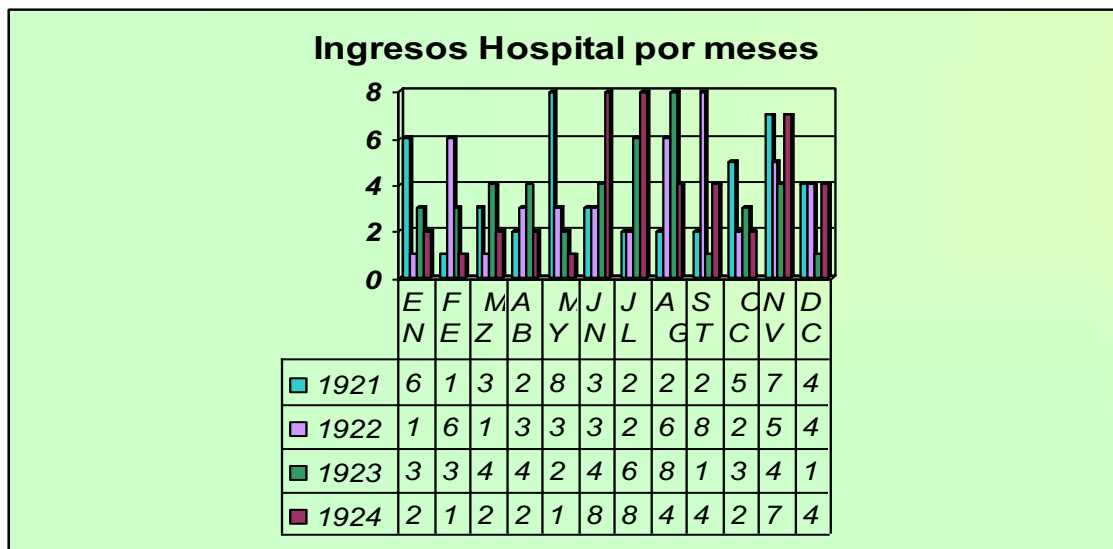
Figura 99.- Relación de enfermos ingresados.

Es decir, que el Hospital debía disponer en esa época de siete camas para ingresos de hombres, y cuatro para ingresos de mujeres; en total, pues, once camas; pero, siendo esto así, la ocupación del sector masculino no llega en este momento al 60 %, mientras que la del sector femenino es del 125 %.

Hay un libro de registro de ingresos de enfermos en el Hospital, que solo abarca desde enero de 1921 hasta marzo de 1925 (legajo 41-58); figura la fecha de ingreso y el nombre del paciente, no el diagnóstico ni la fecha de alta, salvo en un caso concreto de defunción.

Podemos comprobar que, en efecto, son pocos los enfermos que ingresan en el Hospital: no llegan siquiera a cuatro al mes; como dato llamativo, siempre ingresan más hombres que mujeres:

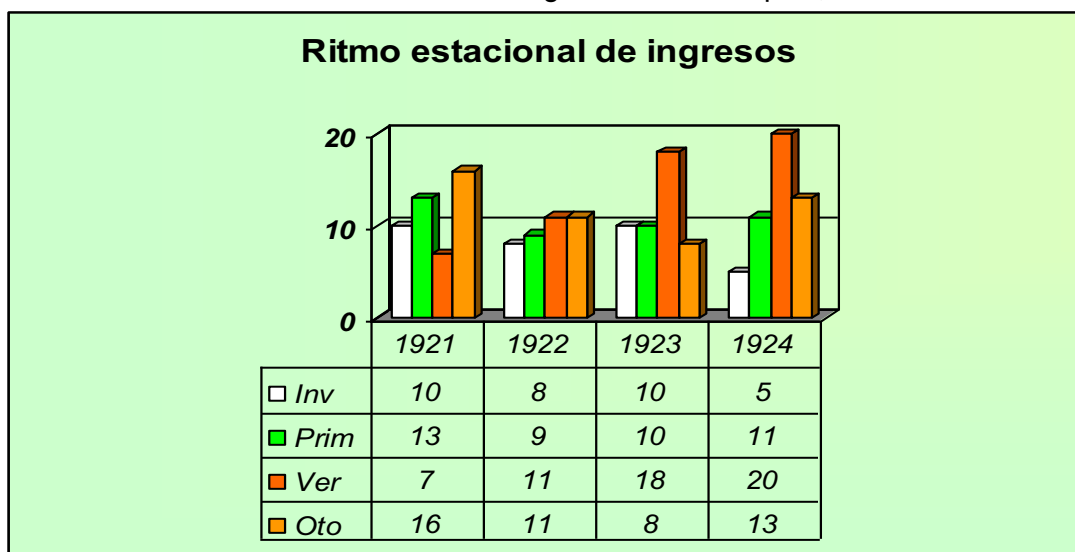
Tabla 56.- Distribución por meses y años de los ingresos en el Hospital, 1921-1924.



	1921	1922	1923	1924
Total mensual	45	44	43	45
Media mensual	3.75	3.67	3.58	3.75
Ratio V/H	1.25	1.93	2.58	1.68

La distribución de los ingresos tenía un cierto carácter estacional: excepto en 1921, había más ingresos durante los meses de verano que en los de invierno.

Tabla 57.- Ritmo estacional de ingresos en el Hospital, 1921-1924.



Como otras veces, hemos de ser cautos a la hora de admitir la verosimilitud de los datos; el registro se hace anotando simplemente el nombre del paciente y el día de ingreso; no consta ni el motivo de la admisión, ni el desenlace final del proceso, alta, exitus, etc., en los cuatro años que figuran las anotaciones; porque en 1925, súbitamente, cambia el modo de registro, y se anotan los enfermos existentes en unas fechas concretas (10 de febrero), no los ingresos; en algunos se reseña el motivo, por ejemplo, tres de ellos son heridos, uno está loco; en algunos figura el día de alta (al no constar el día de ingreso, no podemos estimar la duración de la estancia); y los apuntes terminan el día 31 de marzo de 1925.

En base a estos datos, contando que el hospital tuviera 11 o 15 camas, tendríamos una capacidad de ingreso de $11 \cdot 365 = 4.015$ o bien $15 \cdot 365 = 5.475$ estancias, para una ocupación máxima del 100%. Si se ingresa una media de tres-cuatro enfermos al mes, pongamos entre 40 y 50 al año, para mantener una ocupación completa, la estancia media debería ser de $4.015/40 = 101$, de $4.015/50 = 80$, de $5.475/40 = 137$ o de $5.475/50 = 109$ días por paciente. Obviamente, si el hospital tenía más camas de las que hemos estimado, la estancia media debería ser aún mayor para mantener estos niveles de ocupación.

Consideramos poco probable que fuesen los mismos enfermos quienes, por propia iniciativa, solicitaran su admisión en el Hospital, sin aviso ni consulta previa con el médico. Hay que tener presente que en esa época, al Hospital solo iban los enfermos pobres; los ricos eran atendidos en su propio domicilio. Pero siempre nos queda la duda de "las clases medias" ¿Qué ocurría con una persona que tenía suficientes recursos como para no ser incluida en el padrón de beneficencia, pero que no eran bastante para poder sufragar los gastos de una enfermedad, más aun si esta conlleva incapacidad laboral?.



Figura 100.- Cartel de Toros, a beneficio de Asilo y Hospital.

Ciñéndonos a la época que venimos estudiando, sabemos que en julio de 1923 se celebró una corrida de toros (más bien una becerrada), con el fin de recaudar fondos a beneficio del Hospital

y el Asilo. Ese mismo año, en octubre, ya con el Consistorio nacido tras el golpe de estado primorriverista, se informa en el pleno municipal de la situación ruinoso en que se encuentra la fachada del Santo Hospital, por su parte más elevada, donde se emplaza la campana. (Legajo A-1), según informe del perito Juan Senabre y Cister (AMHE; legajo 77-95). Al mismo tiempo se presenta a debate un presupuesto para construir el pabellón de sanidad o estufa de desinfección, en el local llamado de la Orden Tercera, por un importe de 1.600 pesetas. La necesidad de esta unidad de desinfección venía siendo patente desde años atrás. En 1916 hubo un contencioso entre el ayuntamiento y los médicos titulares, promovido por el entonces Subdelgado de Medicina, Luís Gómez Aznar, quien se hizo eco de una denuncia de un vecino, sobre *“el punible hecho de la venta de ropas y muebles sin previa desinfección, procedente de los fallecidos por tuberculosis, denuncia que formuló como consecuencia de que a él han hecho varios vecinos de la Plaza de Joaquín Costa, quienes manifestaron que al día siguiente de morir en la calle de Canalejas una tuberculosa, sin previa desinfección, se estaban sacudiendo ropas y efectos de la finada incluso esteras”*; en reunión de la Junta Municipal de Sanidad de julio de 1917, se acuerda *“pasar comunicación a las personas que conste se dedican al tráfico de compra y venta de muebles y ropas procedentes de enfermos o difuntos de enfermedades infecciosas, para que no puedan ejercer dicho tráfico sin la previa desinfección de las expresadas mercancías”*. La construcción de esta unidad de desinfección debió terminarse en poco tiempo, pues en noviembre del mismo año se efectúa el pago de las obras, y continúa encargado de su funcionamiento a Rafael Cremades, que lo venía haciendo desde 1921. No debía estar muy satisfecho el municipio con la gestión de dicha unidad, porque en febrero de 1924, decide encargar a los médicos titulares la dirección, en turnos rotativos, del servicio de desinfección. De hecho el responsable del servicio, Sr. Cremades, ya propone al Ayuntamiento en mayo de 1925 la venta de diversos aparatos y utensilios de desinfección. (Legajos A 1 y siguientes).

A pesar de que la distancia desde el centro de la ciudad al emplazamiento del Asilo y Hospital no es pequeña, vista la necesidad por ineludibles razones de higiene, en abril de 1924 se decide comenzar la acometida de agua potable hasta dichas instituciones.

A partir de este momento, constan en las actas municipales, numerosos asientos de pagos por obras y adquisición de diversos materiales para el Hospital: menaje de cocina, camas, con tendencia clara a la mejora de las instalaciones. La preocupación municipal es clara y patente, y no tenemos razones para dudar de ello, pero lo cierto es que, como en otros temas sanitarios, la demanda siempre es superior a la oferta, de modo por muchos recursos que se destinen, siempre quedan necesidades por cubrir, el Ayuntamiento decide organizar nuevamente, otra corrida de toros, para recaudar fondos a beneficio de Hospital y Asilo *“ya que ambos establecimientos prestan tan humanitarios servicios y se hallan escasos de recursos para atender a las necesidades de los ahí recogidos”*. Tiene lugar el evento, que, habida cuenta de que los diestros Navarro y Aroca renunciaron a sus honorarios, arroja un saldo positivo de 1.993,80 pesetas, a repartir entre ambas benéficas instituciones, También tiene lugar una función de teatro en el Kursaal con la misma finalidad, y unos beneficios de 700,45 pesetas.

Prosiguen las obras en el Hospital, con cuantías que ya parecen de cierta importancia, en ocasiones superiores a las mil pesetas.

Pero resulta altamente llamativo, que el presidente de la Comisión de Beneficencia exponga, en mayo de 1926, que muchas veces se acuerda por la alcaldía el ingreso de algún enfermo en el hospital, y no puede ser admitido por no existir camas para él, motivo por el cual propone se formalice un inventario de las camas existentes en las salas destinadas a hombres y mujeres, y se lleve un registro donde se anoten las entradas y salidas de enfermos, para saber en cualquier momento si hay plazas disponibles o no. Desde la perspectiva actual, para cualquier persona, con los mínimos rudimentos de gestión sanitaria, política o económica, es increíble que el ente propietario y responsable del Hospital no conociese el número de camas existentes en el centro, ni su dotación. Además, el hecho de que un enfermo pudiera ser internado en el Hospital

por orden del señor alcalde, nos retrotrae a la época en que eran enviados allí los pobres, vagabundos, maleantes, etc., puesto que, con la excusa de serían debidamente atendidos, se conseguía uno de los principales objetivos del mantenimiento del orden público, que era, si no acabar con la mendicidad, por lo menos que no fuera visible; coincidiendo en la opinión de otros autores; miedo nos da pensar cómo serían los hospitales cuando eran utilizados como elemento represor; se entiende claramente que nadie quisiera ir al hospital, visto como antesala de la muerte desde la época de la Ilustración.

Cierto es que había un “Médico del Hospital”, y así se determina también en el Reglamento de Beneficencia y Sanidad aprobado en 1928, pero, por lo visto, su función debía ser meramente asistencial, sin ningún tipo de control sobre ingresos, estancias, o gastos. Posiblemente, estos asuntos recayeran en manos de las monjas, la superiora de cuya comunidad es elogiada repetidamente por el Ayuntamiento, lo cual parecía ser norma habitual en la Congregación de las Hijas de la Caridad; fundada por San Vicente de Paul en 1633, vinieron a España por gestiones del Conde de Floridablanca a finales del siglo XVIII, y añadían a los votos clásicos de castidad, pobreza y obediencia, el del cuidado de los pobres enfermos, llevando la administración de numerosos hospitales por todo el país, dedicando sus labores a las dos funciones indicadas, una a través de Hermanas Enfermeras, y otra a través de la Hermana Sirviente o Superiora²⁴⁶.

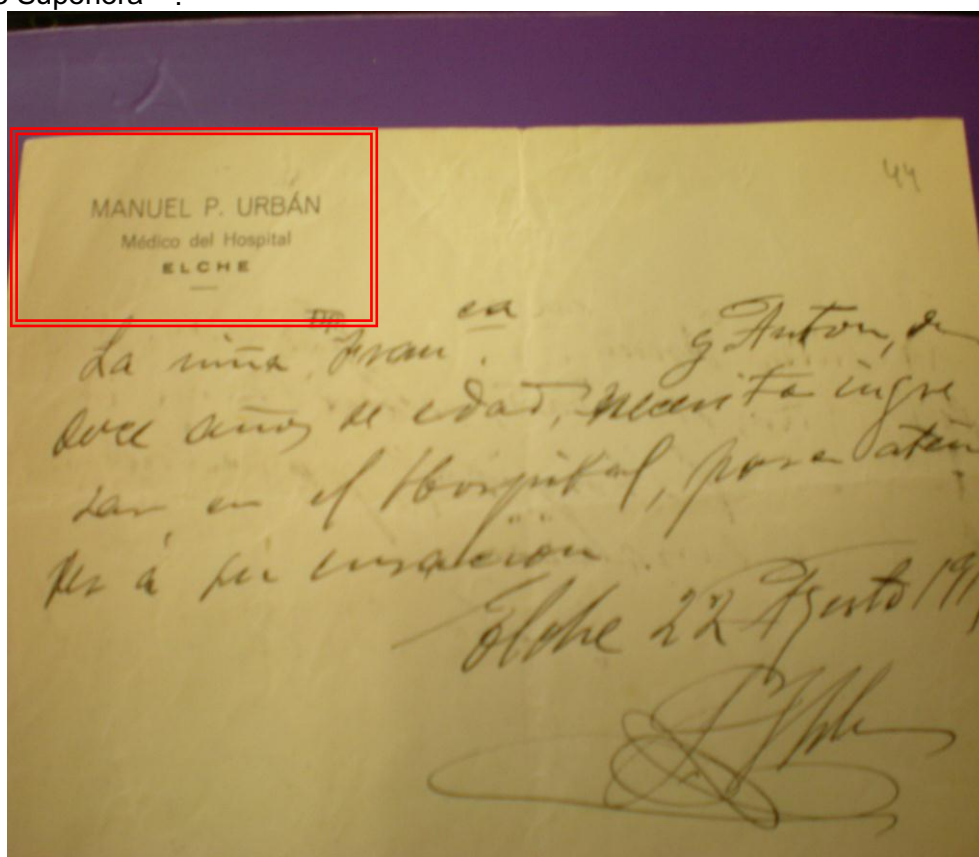


Figura 101.- Orden de ingreso firmada por el médico del Hospital.

De hecho, el citado presidente de la Comisión, Francisco Quiles, informa poco después, que ha visitado el Hospital, y comprobado que, a pesar del ímprobo trabajo que realizan las Hermanas de la Caridad que se hallan al frente del mismo, no es posible que estén bien atendidos los servicios por falta de personal, pues, de las cinco hermanas, dos están dedicadas a la enseñanza en la escuela que existe en dicho establecimiento, una a la cocina económica, quedando solo dos

²⁴⁶ HERNANDEZ MARTIN, Francisca. *Las Hijas de la Caridad y la profesionalización de la Enfermería*. Cultura de Cuidados, 20, 2006.

para todos los demás servicios, teniendo en cuenta además, que si bien existe un enfermero en la sala de hombres (Vicente Baeza Penalva), no hay enfermera para la de mujeres; que el aumento de enfermos, en la actualidad es de siete hombres y ocho mujeres, propone al Ayuntamiento y se acuerda, nombrar una enfermera para la sala de mujeres y ver si procede aumentar el número de monjas, para elevar la petición a la dirección de la comunidad religiosa.

Venimos otra vez a la cuestión de la asistencia médica en instituciones cerradas; la Beneficencia municipal ofrece prestación médica y farmacéutica gratuita a los enfermos pobres encuadrados en el padrón confeccionado a tal efecto (artículo 5 del Reglamento de Beneficencia y Sanidad: "*los vecinos incluidos en las listas de beneficencia tendrán derecho al servicio gratuito de médico, farmacia, practicante y matrona*"). Se entiende que, según hemos visto en los documentos de años anteriores, cuando el médico considera que un enfermo debe acudir al Hospital para su curación, extiende la pertinente orden y el enfermo es ingresado. Pero ¿Quién le atiende a partir de este momento? El hospital tiene un médico y un enfermero, son ellos quien asumen la asistencia: artículo 23 del mencionado Reglamento de 1928: "*el Médico del Hospital prestará los servicios de su profesión, tanto de medicina como de cirugía a los enfermos que existan o ingresen en dicho establecimiento y en el Asilo de San José de esta ciudad.*"; es totalmente imposible que el médico hiciera guardia de presencia física continuada en el Hospital; lo normal es que, como hemos visto en numerosas ocasiones, el facultativo pasase visita una vez al día, dictase las órdenes pertinentes al enfermero, quien ejecutaría las funciones propias de su competencia, y el resto de cuidados, y durante el resto del día, el paciente queda a la custodia de las monjas, quienes vuelcan todos sus desvelos y su mejor leal saber y entender en aliviar las dolencias del sufriente, pero no son profesionales de la medicina. ¿Qué ocurre si el paciente empeora por la tarde o en mitad de la noche? No existe teléfono, no hay acompañantes. La monja no va a salir del centro para ir a buscar al médico o al practicante, puede enviar al hospitalero.... Hay que esperar a la mañana siguiente, a la visita facultativa, si el pobre paciente ha logrado sobrevivir hasta entonces. En caso contrario ¿Dios le ampare?

A pesar de todo, el Hospital es el único establecimiento de la ciudad con capacidad para atender pacientes en régimen de internamiento y dotado con sala de operaciones a partir de 1926; ya sabemos que las clases pudientes, raramente iban a la consulta del médico; este acudía al domicilio, y en caso de que el proceso obligase al enfermo a permanecer en cama, lo hacía en su propia casa, cuidado por su familia y fámulas; pero esto no podía llevarse a cabo si la patología era subsidiaria de tratamiento quirúrgico; para ello era preciso el Hospital.²⁴⁷



Figura 102.- Joaquín Lucerga operando. Semanario Levante, abril, 1926.

²⁴⁷ Semanario *Levante*, 25 de abril de 1926.

En abril de 1926, la Comisión Permanente *“manifiesta su agradecimiento al Dr. D. Joaquín Lucerga Sánchez, quien ha verificado recientemente en el hospital actos de verdadera piedad, interviniendo quirúrgicamente a personas absolutamente pobres”*. Posiblemente esto sea el condicionante de que en junio de ese mismo año, se construya una sala de operaciones en el hospital, dotada con los elementos necesarios para dicho fin, ya que el mencionado facultativo ha realizado gratuitamente varias operaciones, y se halla dispuesto, según ha manifestado, a practicar cuantas se presenten contando con todos esos elementos, por lo que el consistorio propone se admita el ingreso en el Hospital a los que necesiten y deseen ser operados en él, aunque no sean pobres, mediante el pago de una cantidad para su manutención y estancia, habilitándose para ello las salas que sean necesarias, ya que el Dr. Lucerga está dispuesto a hacer gratis las operaciones. Se faculta a la Reverenda Madre Superiora para que forme la plantilla de la cantidad que los enfermos no pobres deben satisfacer en cada caso. Esta bienintencionada decisión, poco a poco, se va deslizando hacia otros terrenos; con motivo del abono de una factura a la farmacia por material suministrado para la operación y curas consecutivas practicadas a una paciente en el Hospital, el concejal Sr. Bonete expresa que *por esta vez, pase, pero que a partir de ahora, cada cual se pague sus gastos*; decide enviar un oficio al médico del Hospital para que, con excepción de las curas y operaciones de urgencia, que serán efectuadas tan pronto como sean necesarias, no se podrá practicar ninguna intervención en el establecimiento sin ponerlo antes en conocimiento del presidente de la Comisión de Beneficencia y Sanidad, y que el suministro de material para las operaciones y curas sucesivas por cuenta del Ayuntamiento, no se efectúe sin el informe previo del referido presidente de comisión. Este oficio al médico de hospital surtió, al parecer poco efecto, porque unos meses más tarde, de nuevo el concejal Francisco Quiles se queja de que en el Hospital se siguen practicando operaciones sin que de ellas se entere hasta después de hechas, por lo que opta por enviar un oficio a la Reverenda Madre Superiora de las Hermanas de la Caridad que tienen a su cargo dicho centro, y de nuevo al médico, recordando el cumplimiento del acuerdo adoptado con anterioridad, de comunicar a la comisión las operaciones a realizar. Es posible que lo que comenzó siendo una obra altruista para enfermos menesterosos, que luego se amplió a quienes pudieran pagar una cierta cantidad para gastos, se hubiera transformado en un hospital privado, donde las intervenciones se efectuarían por el Dr. Lucerga a coste inferior del que pudiera suponer en otros centros de la capital, dando por asumido que este no percibiría honorarios directamente.

Mientras tanto, se continúan las obras; se construye una sala para enfermos tuberculosos, se reforma el cuarto de dementes, se levanta un tabique en la sala de cadáveres, nueva corrida de toros para recaudar fondos, esta vez se consiguen 1.297,45 pesetas, a repartir como siempre. La situación del hospital es totalmente satisfactoria en julio de 1927: el pleno municipal de 21 de julio, el concejal Diego Irlas informa que en la última visita girada al Hospital por el inspector provincial de Sanidad, *“quedó éste satisfecho de su actual estado, manifestando al director de dicho establecimiento que lo único que faltaba, como complemento a las reformas últimamente llevadas a cabo, era la construcción de una escalera que permitiera el descenso al jardín, abriendo una puerta al efecto en la ventana que hay al final de la galería de las enfermerías, y que de esta forma se ayudaría eficazmente a la labor médica, ya que los enfermos convalecientes con mayor comodidad podrían trasladarse al jardín para completar su plan de curación”*.

Ciertamente, si todas las mejoras que propuso el citado inspector fueron esas, hemos de admitir que la situación del hospital era óptima (para aquel entonces). Después de la guerra, el hospital comenzó un lento declive, que condujo a su abandono y clausura; en 1964²⁴⁸, La Comunidad de Religiosas se mostraron dispuestas a dejarlo *“debido al abandono y al poco interés que se toma Elche por su Hospital... ya que hay peligro de que cualquier día se venga abajo”*. Este riesgo se materializó en enero del año siguiente, a raíz de un temporal que azotó severamente

²⁴⁸ Diario *Información*, 12 de marzo de 1964.

nuestra ciudad²⁴⁹, de modo que el alcalde a la sazón, Luís Chorro y Juan hubo de convocar un pleno extraordinario para dar cuenta de que el informe de los técnicos municipales lo declaraba en estado de ruina inminente en varias zonas, por lo que no reunía las condiciones necesarias de seguridad que requería para el fin a que estaba destinado, de modo que aconsejaban su evacuación; esta se llevó a cabo de acuerdo con el Jefe provincial de sanidad, gobernador civil y presidente de la Diputación, trasladándose los enfermos ingresados en ambulancias al Hospital provincial de Alicante; el Jefe provincial del Movimiento visitó Elche junto con el gobernador civil y comprobaron personalmente los daños sufridos; el alcalde pidió se habilitara un recinto adecuado para alojamiento de las monjas, y se reclamase a la compañía aseguradora La Adriática la correspondiente indemnización del valor de edificio por entender que la causa del siniestro estaba incluida en los riesgos catastróficos. Tras 153 años de servicio a Elche, el 23 de enero de 1965, es clausurado el viejo edificio del Hospital. Este era el aspecto de la fachada del Hospital de Caridad en el año 1978:



Figura 103.- Fachada del Hospital en 1978.

De nuevo sale el tema del servicio de desinfección. El concejal Diego Irlles expone que, si bien el contrato con el Sr. Cremades tiene vigencia para diez años desde 1921, la nueva legislación ordena que todos los servicios sanitarios deben prestarse por los municipios y no pueden ser arrendados; además, que el Sr Cremades no tiene en Elche los aparatos necesarios para la desinfección, pues los muy escasos que trajo, están en el local llamado de la Tercera Orden, y no responden a las necesidades del servicio por ser anticuados; y a mayor abundamiento, el mencionado señor no vive siquiera en Elche, tiene el servicio abandonado, no tiene persona competente que le sustituya, pues el auxiliar (José Picó) manifiesta que solo ha utilizado la estufa de desinfección una vez en cuatro años, por un caso de meningitis, que la desinfección que hace en los domicilios tras las defunciones, se efectúa rociando con un pulverizador las paredes y los muebles, cobrando lo que buenamente puede, para hacer entrega quincenalmente de lo recaudado al responsable del servicio, quien, por lo visto, solo venía para recoger el dinero. Por otro lado, resulta que el inspector de Sanidad ha concedido a Elche una sub-brigada sanitaria, dotada del equipo moderno necesario, por lo cual, si el Sr. Cremades desaloja el local de la Tercera Orden, con una pequeña reforma, se puede instalar el nuevo servicio de desinfección, al frente del cual se pondría al decano de los médicos titulares: tras la denuncia del contrato, el correspondiente recurso, etc, se llega al acuerdo de indemnizar con

²⁴⁹ Diario *Información*, 23 de enero de 1965.

1250 pesetas al Sr. Cremades, que abandona el servicio. Y para un mejor funcionamiento del servicio de desinfección, se acuerda que el practicante del Hospital, Vicente Baeza, preste sus servicios también como auxiliar de dicha sub-brigada (gratificación de 250 pesetas anuales).

Desde todos los puntos de vista, la labor de las monjas en el Santo Hospital de Elche, es digna de encomio; el Ayuntamiento en pleno hace constar sus condolencias por el fallecimiento de la Reverenda Madre Superiora del Santo Hospital, Sor Josefa Alcorta (hoy día, una calle de la ciudad lleva su nombre); ya hemos comentado el informe de julio de 1926; pues en abril de 1927, el Ayuntamiento expresa su agradecimiento a la Reverenda Madre Superiora de las Hermanas de la Caridad, Sor Carmen Latorre, por su altruista y caritativo proceder, pagando de su peculio particular, obras de mejora en el referido benéfico establecimiento; sin malicia, es fácil deducir que la Reverenda estaría cansada de solicitar ayuda para las reformas, y que ante la necesidad y la falta de respuesta municipal tuviese que pagarlas de su propio bolsillo, léase el de su familia. Por lo menos, su entrega y vocación eran valoradas por el Ayuntamiento, puesto que cuando en abril de 1928 el alcalde se entera de que la mencionada madre, Sor Carmen Latorre, va a ser trasladada a otro centro, envía un telegrama las superiores de la Orden, suplicando anulen el traslado; a ello se suman otras fuerzas locales, como el Diputado Provincial José Pascual Urbán, el cuerpo de Médicos Titulares, la Comunidad de Labradores y otros, que, por fin, logran se deje sin efecto la orden de traslado. La memoria de Sor Carmen Latorre fue perpetuada mediante una placa colocada a la entrada del Hospital.

Aquí también se suscita el problema de qué hacer con el paciente cuando es dado de alta por curación; puede ser que el proceso agudo esté resuelto, y la situación clínica no requiera obligatoriamente la continuación de la estancia; afortunadamente, el Hospital de Elche, sobre todo a partir de 1927 pudo disponer de una zona apropiada para convalecencia, cuando, como hemos visto, el inspector provincial de Sanidad manifiesta al médico director (ahora sí se le menciona con tal cargo), que lo único que faltaba era abrir una puerta en la escalera que da acceso al jardín, para que los enfermos convalecientes puedan trasladarse allí hasta completar su curación.

No obstante, persiste el problema del futuro del enfermo dado de alta, una vez curado y pasada la convalecencia; la mayor parte de las veces, se trata de pobres (en uno de los documentos aportados así consta), que quizás no se encuentren aún en condiciones adecuadas para su trabajo habitual, y pueden verse abocados a la mendicidad.

4.2.2.- EL ASILO DE ELCHE

Cuando eran ancianos, podían ser admitidos en el Asilo; en 1887, siendo alcalde José Rodríguez, se instaló un asilo para ancianos en la planta baja del hospital; considerado como insuficiente por la Junta de Damas que administraba dicho establecimiento, encabezada por Asunción López Martínez, Dolores Fenoll Bonet y Fernanda Santamaría, se pidió al Ayuntamiento el usufructo del local que en otros tiempos ocuparan los Terciarios Franciscanos, Orden Tercera, procediendo a su instalación en dicho edificio en 1909:

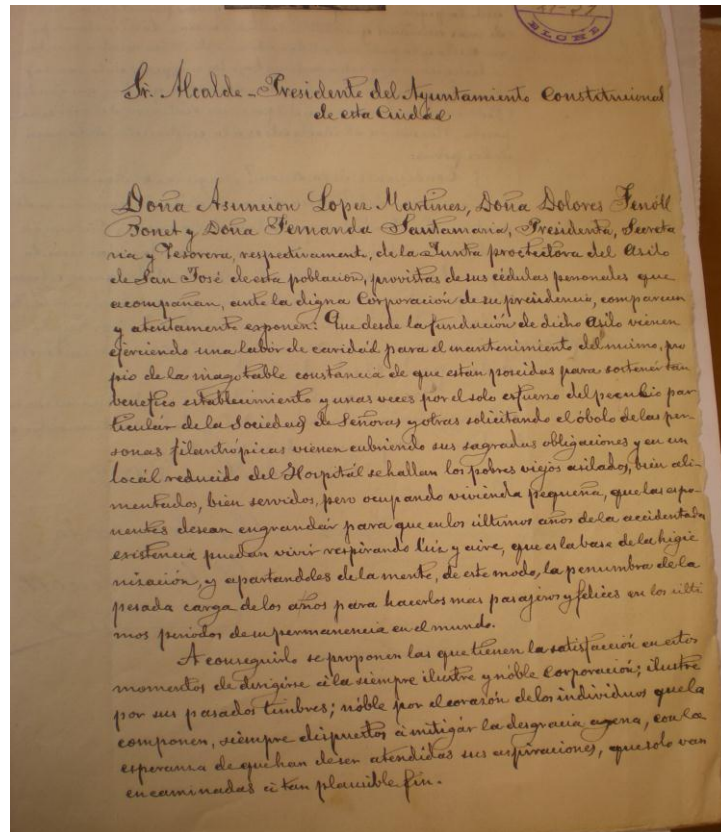


Figura 104.- Solicitud de construcción del Asilo.



Figura 105.- Edificio de la Orden Tercera, derruido, hacia 1980.

existe un plano con anteproyecto de este Asilo primigenio, elaborado, cómo no, por Marceliano Coquillat y Llofriu, en 1910, para reformar la mencionada planta baja del Hospital.

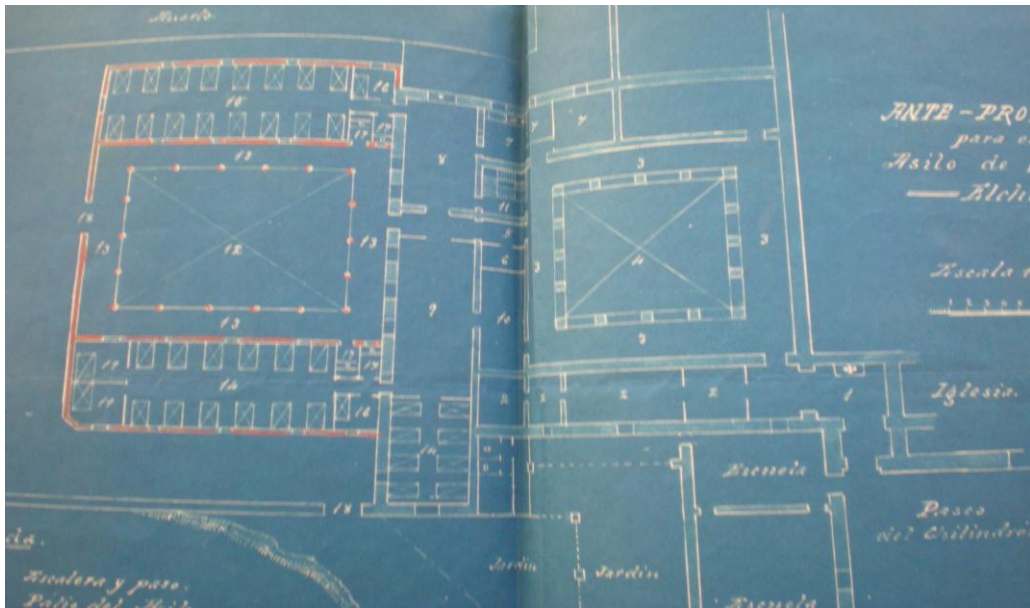
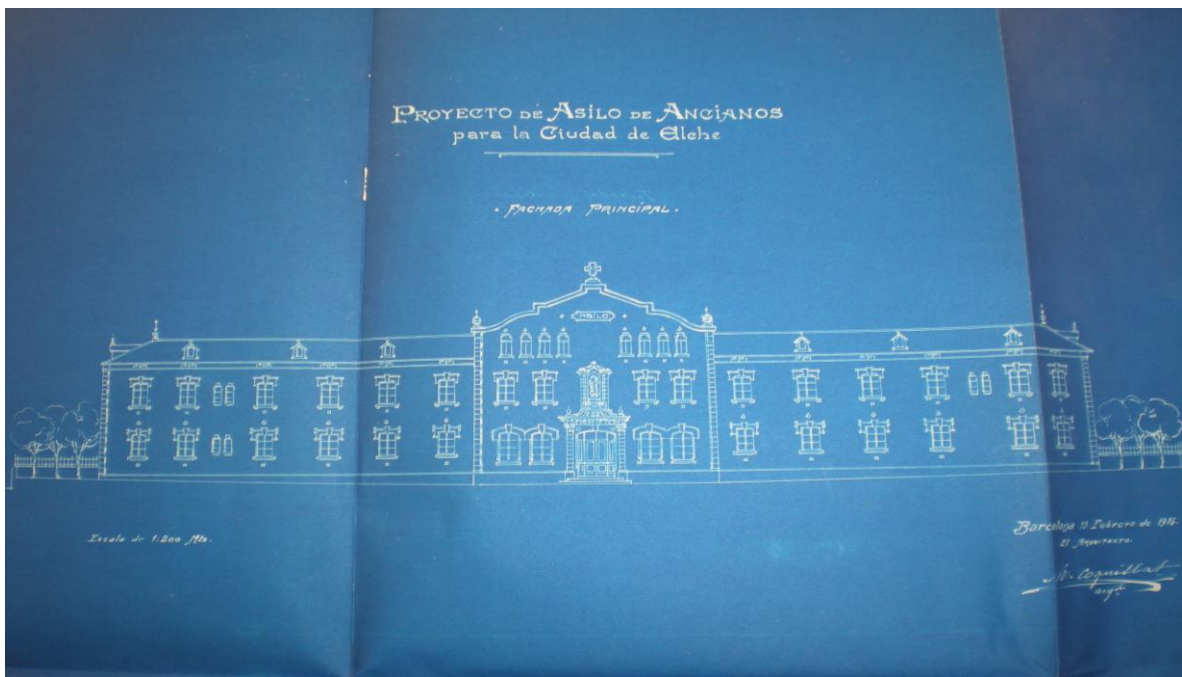


Figura 106.- Plano de reforma de la planta baja del Hospital para su utilización como asilo de ancianos, según Marceliano Coquillat (AHME, legajo H 104-29) (a)

En 1915, Fernanda Santamaría, de nuevo en nombre de la Junta de Damas del Asilo, pide que se ceda el terreno llamado de las Eras, ocupado por el paseo de la Princesa de Asturias.



(b)

En 1916 se coloca la primera piedra, con Tomás Alonso como alcalde, para edificar el bananal de la Torre, propiedad de la mencionada Fernanda Santamaría y de D. Jose Garcia Coquillat. Se inaugura en marzo de 1919, y es regentado por ocho monjas de la Caridad, con su correspondiente madre Superiora⁴⁶.

COLOCACIÓN DE LA PRIMERA PIEDRA

para el Asilo de San José de Elche

CONVECINOS:

La Junta de Señoras de esta Ciudad, protectora de los pobres desvalidos, que se albergan en algunas dependencias del Hospital de Caridad, tiene el honor y la satisfacción, de poner en conocimiento de todo el pueblo, que el día 1.º de Junio próximo, fiesta de la Ascensión del Señor, tendrá lugar la colocación de la primera piedra del edificio que vamos a levantar en las Eras. Tras largos años de una constante labor económica, creemos ha llegado el día de principiar las obras del nuevo Asilo. Seguid favoreciendo con vuestros donativos, la patriótica empresa y las veréis terminadas.

No hemos querido hacer besalamanos de invitación a la ceremonia, en gracia de no sufrir olvidos lamentables: Así, pues, por el presente aviso, se darán por invitadas, a honrar con su presencia la sencilla formalidad que se celebrará a las ocho de la mañana del expresado día, todas aquellas personas que en esta Ciudad, ejerzan *Autoridad, Dignidad, Cargo u Empleo*, sin distinción de clases ni partidos: así como todos los vecinos hombres y mujeres que quieran asistir. El punto de reunión, es la Iglesia del Convento de S. José, a las siete y media, para dar principio a la ceremonia de la bendición y colocación de la PRIMERA PIEDRA, a las ocho en punto.

Como es un suceso, que todos, tan vivamente hemos deseado, singularmente, todas aquellas personas que vienen sosteniendo con sus limosnas y donativos, este benéfico Instituto, creemos que por todas será bien acogida su fundación, y por todas será honrado, dando con ello una prueba más de cariño, y de simpatía en favor de los pobres desamparados, para quienes se levanta el edificio, que la Caridad pública, inagotable de este nuestro amado pueblo, desea construir.

El Arquitecto autor del proyecto, cuyos planos ya conocéis, ha venido expreso a tomar parte en este acto de colocación de la primera piedra y para disponer lo necesario a fin de comenzar seguidamente las obras.

Figura 107.- Noticia de la colocación de la primera piedra del Asilo.

CAPITULO 5.- ESTUDIO DE LA MORTALIDAD

Hay coincidencia general en opinar que los análisis de mortalidad y morbilidad son medidas negativas del concepto de salud²⁵⁰; es indudable que sería preferible abordar el aspecto positivo, en términos de bienestar, según propuso la O.M.S.; pero esto, en los estudios retrospectivos ofrece dificultades prácticamente insalvables, en razón de la multitud de factores que influyen en la determinación de la salud, tanto individual como global; por eso, la mayoría de las veces, nos vemos obligados a considerar las causas de mortalidad como posible indicador, puesto que, de alguna manera, reflejan el impacto acumulado a lo largo de toda la vida de los factores que condicionan la salud¹⁴; fueron registradas por primera vez en Gran Bretaña en 1838²⁵¹. Uno de los inconvenientes que suele presentar el análisis de la mortalidad bruta, es que viene condicionada por la estructura de la población, lo cual no siempre está disponible, por lo que se suelen emplear otros indicadores con el mismo sufijo, tales como la mortalidad por grupos de edad, por sexo, mortalidad infantil, mortalidad por diversas causas, etc.

Para poder centrar con más fiabilidad los datos, comenzamos analizando la natalidad en Elche, a fin de lograr inferencias sobre la evolución de la población durante el periodo estudiado

5.1.- NATALIDAD.

Hemos revisado puntualmente los datos existentes en cuanto a los nacimientos reseñados en los libros del Registro Civil de Elche, desde el primero de enero de 1923 hasta el 31 de diciembre de 1930.

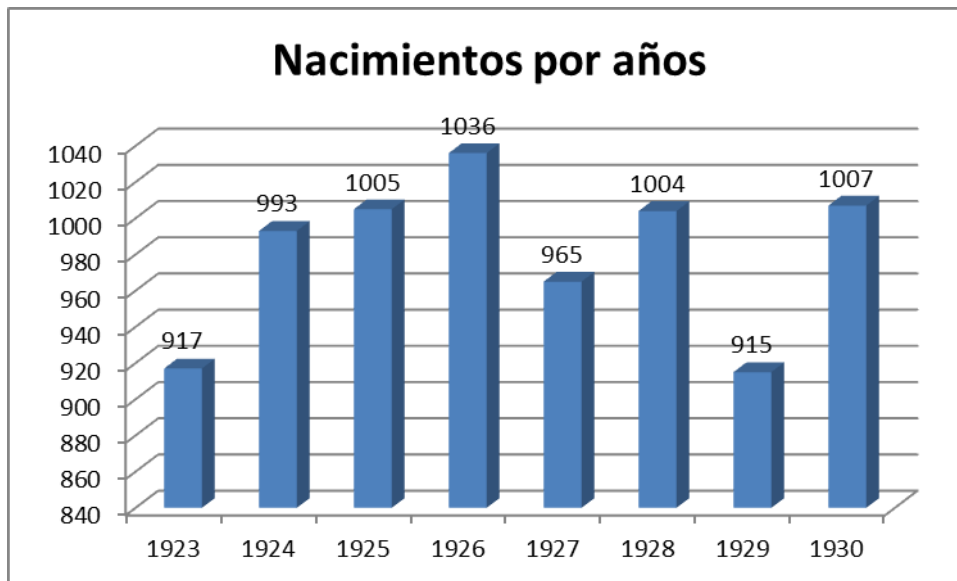
Los datos gozan de notable exactitud y tienen buena calidad. En la gráfica siguiente mostramos los datos de nacimientos:

Tabla 58.- Nacimientos en Elche, 1923-1930.

Año	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Total	917	993	1.005	1.036	965	1.094	915	1.097
Media mensual	76	83	84	86	80	91	76	91

²⁵⁰ PINEAULT, Raynald; DAVELUY, Carole. *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Mason, 1990.

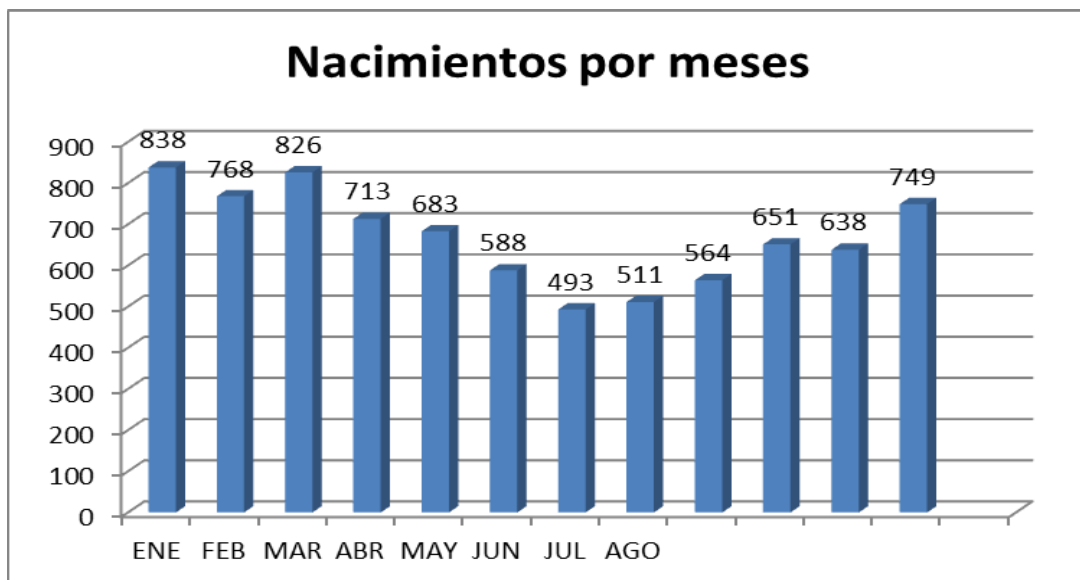
²⁵¹ CULVER, A.J. *La economía de la salud: un aperitivo*. *Cuadernos de Economía*, 4 (9) 1976.



Hubo, por lo general, más nacimientos en los meses de invierno que en los de verano; el máximo se alcanzó en enero de 1928, con 120 nacimientos, y el mínimo, en julio de 1923, con solo 49:

Tabla 59.- Distribucion mensual de los nacimientos.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
Total	838	768	826	713	683	588	493	511	564	651	638	749
Media	70	64	69	59	27	49	41	13	47	54	53	62



El semanario *Levante*, en su número correspondiente al día 5 de enero de 1926, informa que ha habido en Elche 1.008 nacimientos durante el año anterior, cifra muy similar a la encontrada por nosotros (1.005) para 1925.

5.2.- ANALISIS DE MORTALIDAD.

Ante la imposibilidad de obtener datos sobre morbilidad, por falta de archivo de historias clínicas y de estadísticas (ya que los datos sobre morbilidad solo están disponibles a partir de 1944, fecha en que comenzó la recogida centralizada), hemos tratado de conocer la mortalidad

acaecida en Elche durante el periodo que nos ocupa, para lo cual, hemos revisado, por un lado, el “Libro de Enterramientos” existente en el Archivo Histórico Municipal. (Legajo E 1.587) y, por otro, los libros de Defunciones del Registro Civil de Elche.

Nos hemos encontrado con dos problemas insalvables. En primer lugar, el libro de enterramientos abarca desde el mes de abril del año 1926 hasta el año 1931, con lo cual, no tenemos acceso, por esta vía, a los datos necesarios entre enero de 1923 y el mencionado abril de 1926. En segundo lugar, los archivos del Registro Civil sufrieron un incendio en la década de 1980; el tomo 93 está parcialmente quemado; hay un salto en las anotaciones desde el 23 de julio hasta el 23 de agosto de 1926, faltan los datos desde mediados de noviembre de 1926 hasta el 13 de mayo de 1927; en el año 1930 falta la última hoja. Ulteriormente, hemos podido recuperar parte de los datos de 1926 y 1927 a partir de un libro de recuperación, en que consta el nombre, la edad, la fecha y el diagnóstico, pero no la profesión, lo cual va a restar alguna fiabilidad a nuestros cálculos.

Dejando a un lado los aspectos emocionales de la muerte, podemos apreciar dos formas distintas de contemplar este suceso: según el punto de vista médico, y según el punto de vista jurídico o legal.

Desde la perspectiva científica, interesa conocer la enfermedad que ha provocado el exitus; su etiología, su patogenia, su evolución, sus complicaciones, la forma en que ha acabado con la vida de nuestro paciente; por eso, se intenta que los diagnósticos figuren tan completos y exhaustivos como sea posible; modernamente se considera un indicador de calidad asistencial, el número de diagnósticos, asociados al principal, con que se cierra un episodio y se da de alta al enfermo (con buen o mal desenlace). Para facilitar el manejo de esta información, se han ideado diversas clasificaciones, siendo la más utilizada, la llamada CIE, Clasificación Internacional de Enfermedades, donde los procesos se reúnen en grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), modificada para su utilización clínica, la conocida mundialmente como CIE-CM, actualmente en su edición número 10, con algunas versiones reducidas para hacerla algo más manejable. Desde la original en 1893, ideada por Bertillon (la ICD-Zero), con 161 categorías y 200 códigos, se fueron incluyendo notables mejoras, a medida que iba avanzando el conocimiento y se descubrían nuevas enfermedades; uno de los cambios más importantes fue el que tuvo lugar entre la 5ª y 6ª revisión, cuando se pasó de “*Clasificación de causas de muerte*” con unas 200 categorías, a “*una clasificación de enfermedades y causas de muerte*” con más de 1.000 categorías. La CIE-10 contiene 21 capítulos, con 261 grupos y 2.036 categorías; por eso ofrece también cuatro listas especiales (cortas o condensadas) para tabulación de datos de mortalidad y una de morbilidad²⁵². De acuerdo con Navarro²⁵³, vemos que entre las numerosas clasificaciones utilizadas a lo largo de la historia, la que estaba vigente entre 1901 y 1937 tenía 14 grupos;

1. Enfermedades generales
2. Enfermedades del sistema nervioso central y órganos de los sentidos
3. Enfermedades del aparato circulatorio
4. Enfermedades del aparato respiratorio
5. Enfermedades del aparato digestivo
6. Enfermedades del aparato genitourinario
7. Estado puerperal
8. Enfermedades de la piel y del tejido celular
9. Enfermedades de los órganos de locomoción

²⁵² Norms and Standards in Epidemiology. New PAHO list 6/37 for tabulation of ICD-10-MC data: Epidemiological Bulletin, PAHO 20, 3, 1999.

²⁵³ NAVARRO GARCIA, R. y cols. *Análisis de la Sanidad en España a lo largo del siglo XX*. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.

10. Vicios de conformación
11. Primera infancia
12. Vejez
13. Afecciones producidas por causas externas
14. Enfermedades mal definidas.

El grupo 1ª era un auténtico cajón de sastre; bajo la denominación de enfermedades generales se podían incluir las de tipo infeccioso, neofornativo, maligno, etc.; pero, por ejemplo, las diarreas se encuadraban en el grupo 5, enfermedades del aparato digestivo. Tampoco queda muy claro lo que son vicios de conformación; en primera infancia se agruparían todas las enfermedades infantiles, tanto infecciosas como de otro tipo.

Desde el punto de vista legal, o jurídico, lo que interesa fundamentalmente es el mecanismo de la muerte, en cuanto a su posible carácter voluntario o accidental, deslindando lo que es una muerte por finalización evolutiva de una enfermedad, más o menos grave, más o menos letal en un contexto determinado, de lo que es la muerte provocada, la que ha de requerir intervención policial y/o judicial para su esclarecimiento.

De esta forma, en la revisión que hemos efectuado, hemos encontrado con notoria asiduidad, causas de defunción que no arrojan luz ninguna sobre el proceso que ha conducido al exitus. Se certifica como muerte natural por ausencia de signos externos de violencia. Y se aceptan datos semiológicos como causas fundamentales de la defunción; es innegable que estos hechos nos van a dificultar, en cierta medida, la inclusión de estos apuntes dentro de la clasificación CIE.

5.2.1.- LIBRO DE ENTERRAMIENTOS DEL ARCHIVO HISTORICO MUNICIPAL DE ELCHE:

Aunque en este libro figura una anotación que afirma que los enterramientos habidos entre el 10 de marzo de 1923 y el 31 de diciembre de 1931 han sido 4.224, en realidad, comienza sus registros en el mes de abril de 1926 y se prolonga hasta 1936; hemos revisado, por tanto, los asientos correspondientes a los años 1926-27-28-29 y 30.

En columnas, figura, empezando por el margen izquierdo (del lector), la fecha del enterramiento (no de la defunción), el nombre, la edad, el lugar de nacimiento del finado, el estado civil, el domicilio que tuvo, la causa del fallecimiento, el lugar de enterramiento y el tipo de sepelio que se le hizo.

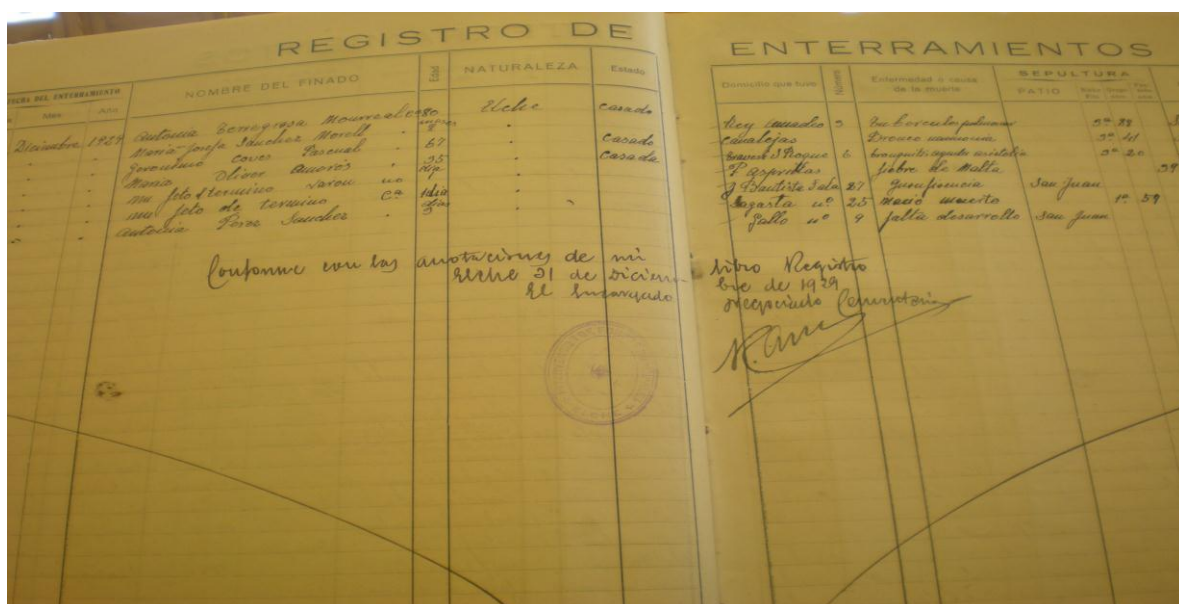


Figura 108.- Página del libro de enterramientos del AHME.

Con cierta periodicidad, y siempre anualmente, este registro es validado o certificado por el funcionario encargado del negociado de cementerios; es muy probable que estas anotaciones fueran realizadas por un escribiente, no versado en temas médicos, ya que con frecuencia aparecen anotaciones con faltas de ortografía, errores e inexactitudes; palabras ininteligibles, no solo por problemas de grafismo, sino también por mencionar términos no conocidos en el lenguaje médico: onidorditis, anitobosees, ataque de celonepico, dentitis, peotitis supurada. En la figura siguiente apreciamos diagnósticos no esclarecidos como “metrovago” o algo parecido, “prohemia” o algo parecido.

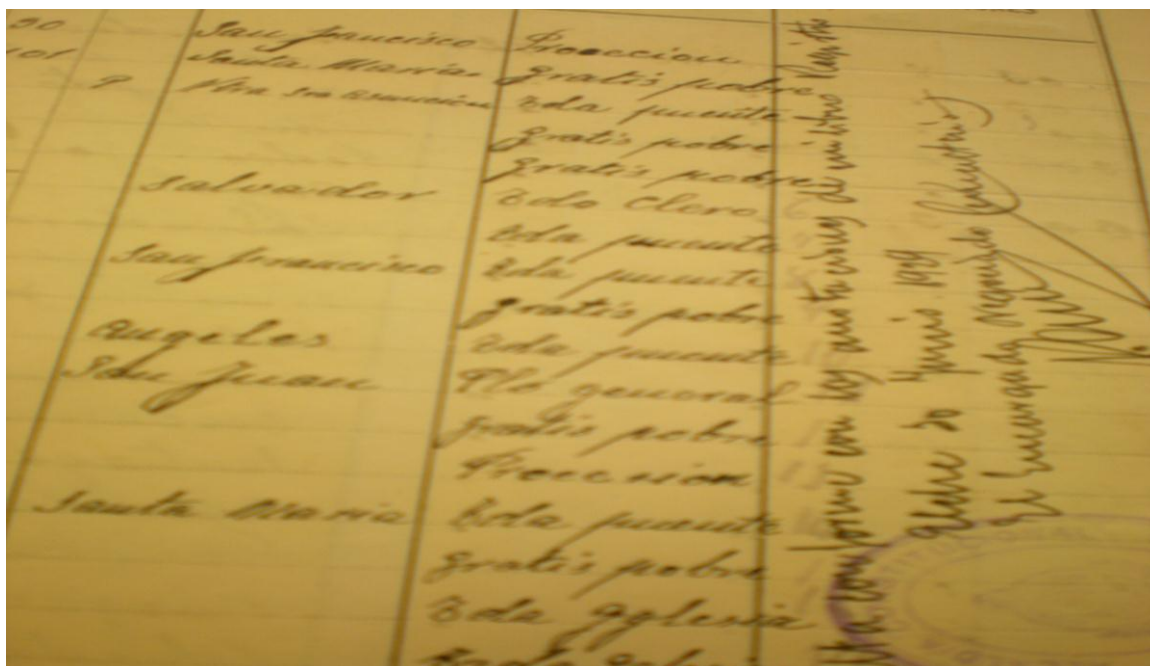


Figura 109.- Validación de las anotaciones del libro de enterramientos.

Norme Houde	3	Bronquitis		1. ^a 14
Cristobal Rave	4	gastro enteritis		4. ^a 56
Hospital		tuberculosis	Sau Juan	
Davis u ^o	2	hemorragia cerebral	Sau Juan	
Los Pajaros	19	Asistolia		1. ^a nuevo
Antonio y Cajal	22	Atrofia		3. ^a 35
Urujo Torres		infeccion intestinal	Sau Pedro	2. ^a nuevo
Dr. S. Gerouino		Gastro enteritis		1. ^a 5
Dr. Sainos		Asistolia		3. ^a 83
Prillas		difteria	Sau Juan	
Caro		gastro enteritis		1. ^a 61
Collado Alto		hemorragia cerebral		4. ^a 12
Quica u ^o	12	fenomenos dantonicos		1. ^a 115
Mayor	18	tuberculosis		1. ^a 41
Algoros		gastro enteritis		4. ^a nuevo
Sta		breve meningia	Sau Juan	
Juan u ^o	39	Atrofia		
Los y Molinos		Atrofia		4. ^a 1
Sra. Pineda	5	causas de estomago		3. ^a 1
Quadeo	2,4	Protonia		161
is u ^o	24	hemorragia cerebral		1. ^a

Figura 110.- Diagnósticos ininteligibles.

Hay diagnósticos difíciles de asumir, como el de arteriosclerosis en dos niños de 9 meses y 3 años; el cólico miserere causa la muerte de dos personas; y qué decir de la “enfermedad desconocida.”

Joaquín	9	icticia puerperal		189
Antonio		artemia esclerosis	San Juan	
Jorge	12	Hemorragia cerebral		1 ^a 109
Manuel		Insuficiencia		2 ^a 29
La Vega		Insuficiencia	San Juan	
Los	24	Tuberculosis pulmonar		1 ^a 3
Antonio		Bronconeumonía		
		colico miserere		4 ^a 13
ador	3	Bronconeumonía		
e	12	Insuficiencia	Santa María	
Antonio	1	debilidad congénita	San Juan	
urillo	9	colico miserere		4 ^a
Antonio	15	Bronquitis		1 ^a
lavo	3	gangrena umbil.		2 ^a
u.º	30	Asistolia		109
2 u.º	21	bronquitis cardiopatia		1 ^a
u.º	2	muerte de orina		1 ^a

Figura 111.- Diagnósticos en desuso. (a)

Y términos de uso médico corriente, pero que aportan poca concreción a la hora de discernir el mecanismo de la muerte; así, fenómenos dentarios, consunción, vejez, senectud.

Otros diagnósticos pretenden ser más ilustrativos, pero no logran esclarecer la etiología: podemos asumir como una cardiopatía congénita las “lesiones combinadas del corazón”; se supone que es una cardiopatía adquirida la “lesión orgánica del corazón”; es poco definitoria la “degeneración grasienta del corazón”, la “insuficiencia orgánica”, quizás se correspondiera con lo que hoy llamamos fracaso multiorgánico. Y cosas más difíciles aún de asumir, como por ejemplo, el “reblandecimiento cerebral”; podemos pensar en un coma urémico ante la “uremia de forma cerebroespinal”. Deja pocas dudas la “cirrosis hepática del hígado”, o el “ataque de asistolia”; redundancias, como la “asistolia aguda”; difícil de aceptar como mecanismo de muerte los “ataques de histerismo”.

The image shows a handwritten medical record table on aged paper. The table has several columns. The first column lists locations: Pdo. Saladas, Pdo. Saladas, Pdo. Comis., Pdo. Baya Alta, Puertos y molinos, Para civantes, Para Pilo u:, Para Puente, and D. Joaquín Santos. The second column lists medical conditions: ataques de histérismo (highlighted with a red box), Bronco neumonía, asfixia por inmersión, pulmonía aguda, bronquitis, cancer del esofago, colecistitis calculosa, gastro enteritis, and hemorragia cerebral. The third column lists 'San Pedro' for several entries. The fourth and fifth columns contain numbers, likely representing counts or dates, such as 1º 3, 1º 3, 3º 6, 3º 7, 1º 1, 2º, 2º, and 2º.

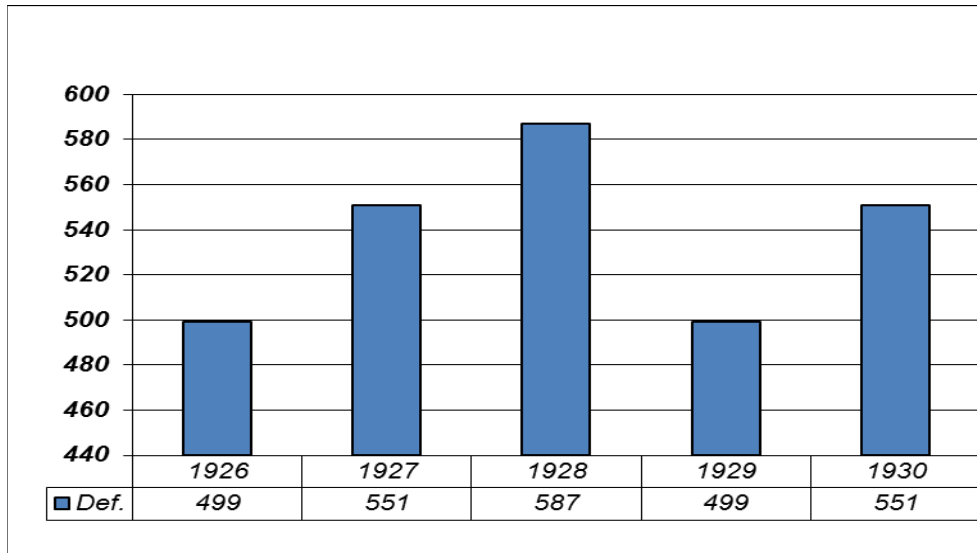
(b)

Y, sin embargo, hay relativamente pocas muertes por ciertas enfermedades infecciosas infantiles, como la difteria, tos ferina, varicela; no hay ningún caso de rubéola, hay un caso de Kala Azar infantil, dos de tétanos, ninguno de ellos en neonato.

En la tabla siguiente se muestran las cifras de enterramientos habidos en esos años, que fueron 383 entre abril y diciembre de 1926, 549 en 1927, 587 en 1928, 499 en 1929 y 551 en 1930, pocos más de cuarenta al mes.

Tabla 60.- Enterramientos según el AHME.

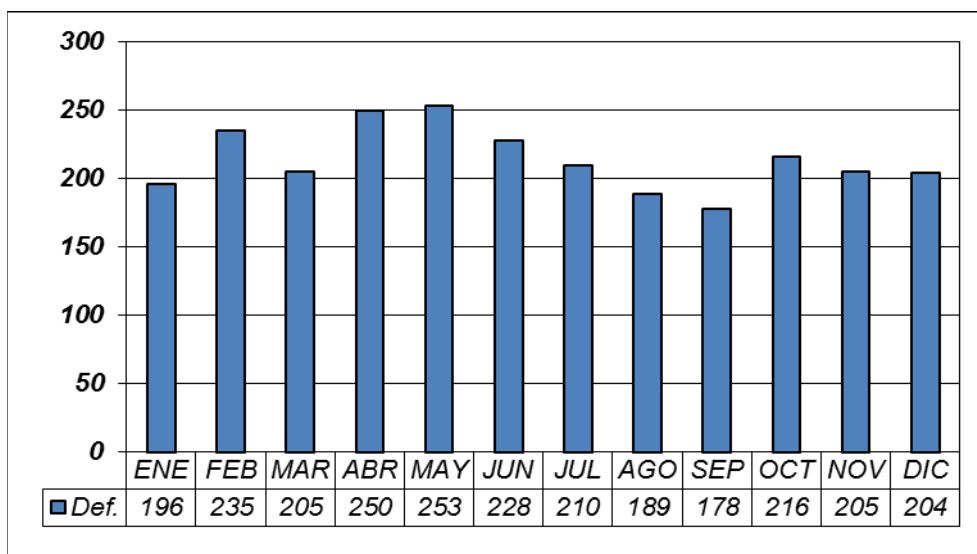
	1926	1927	1928	1929	1930
Total	383	549	587	499	551
Media	42,2	43,8	48,3	40,2	45,0
Desvestd	5,83	12,9	7,68	11,7	9,41

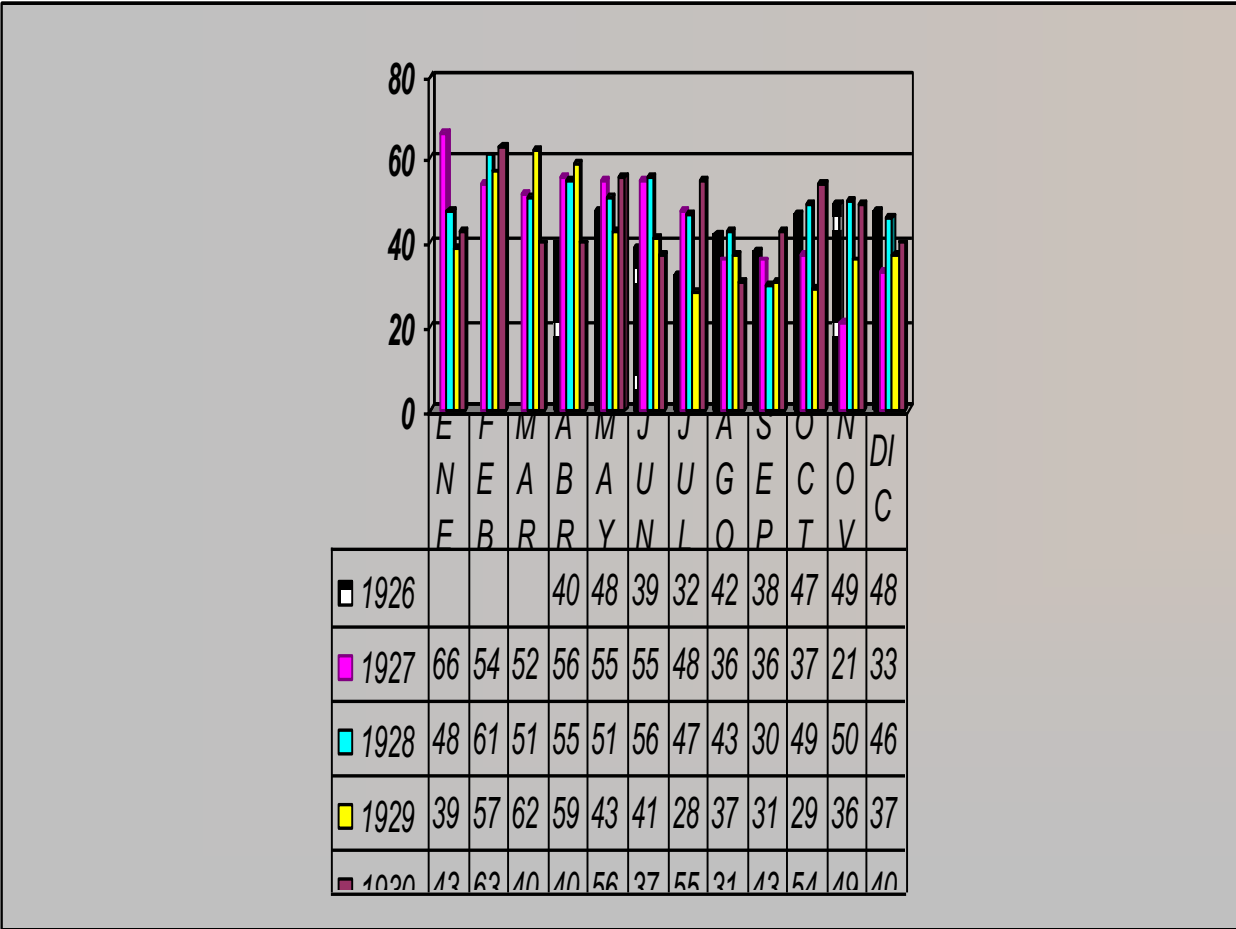


Parece existir un cierto aumento de la mortalidad bruta en los meses de primavera con respecto a los de verano, fundamentalmente abril y mayo versus agosto y septiembre, aunque también se observa menor mortalidad global en el mes de enero, salvo en 1927, que registró la cifra más alta de todo el periodo analizado:

Tabla 61.- Distribución por meses y años de los enterramientos, AHME

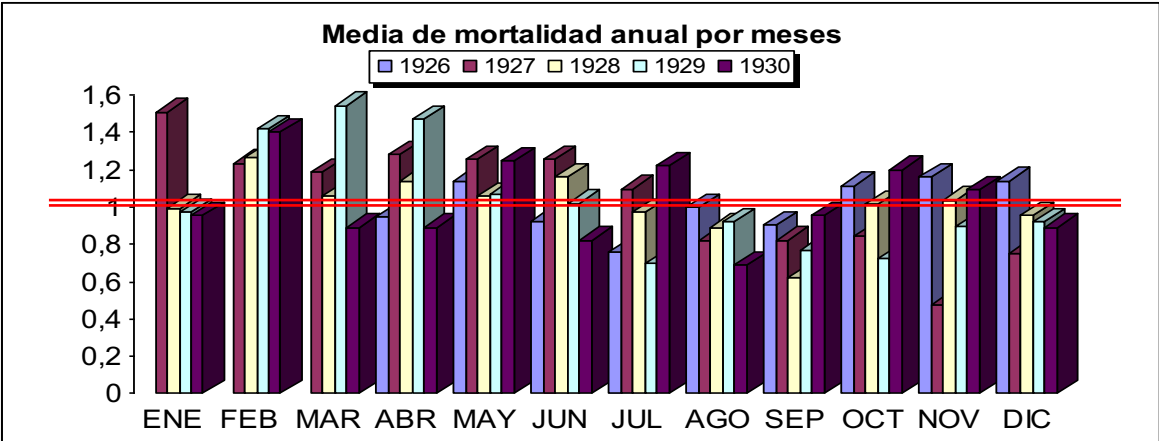
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1926				40	48	39	32	42	38	47	49	48
1927	66	54	52	56	55	55	48	36	36	37	21	33
1928	48	61	51	55	51	56	47	43	30	49	50	46
1929	39	57	62	59	43	41	28	37	31	29	36	37
1930	43	63	40	40	56	37	55	31	43	54	49	40





Si dividimos la cifra absoluta de enterramientos habidos en cada mes, por la media anual correspondiente, podemos observar que, en efecto, los meses de abril y mayo están prácticamente siempre por encima de la unidad, mientras que agosto y septiembre se sitúan por debajo, lo cual hace pensar en un exceso relativo de mortalidad en dichos meses.

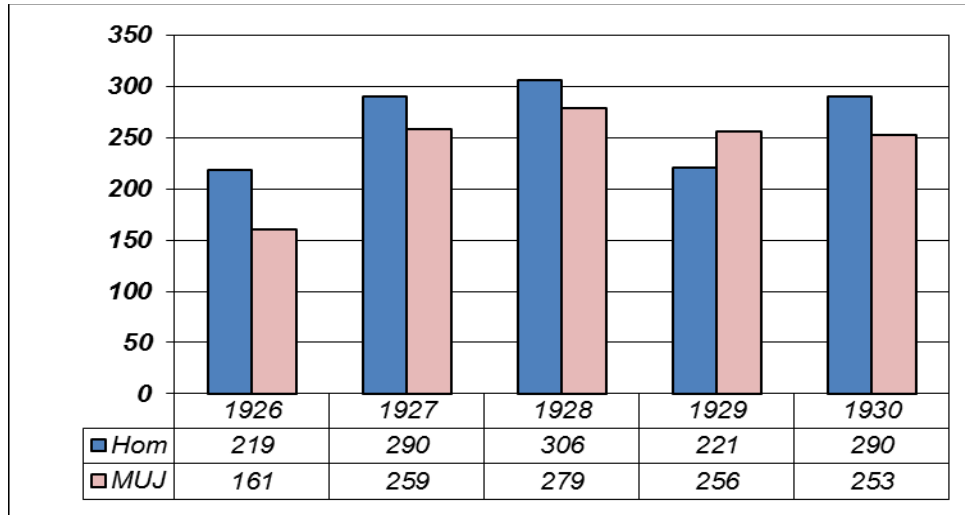
Tabla 62.- Media mensual de enterramientos, AHME.



La distribución por sexos del número de enterramientos ofrece también diferencias; por lo general, es mayor la mortalidad masculina que la femenina, salvo en 1.929; poco significativo, pero a destacar que en varias ocasiones cada año, no figura el sexo del difunto; el género lo hemos deducido por dos fuentes simultáneas, el nombre y el estado civil, ya que aunque se tratara de criaturas recién nacidas, constaba su soltería.

Tabla 63.- Distribución de los enterramientos según sexo. AHME.

	1926	1927	1928	1929	1930
No consta	3	3	2	22	8
Ratio H/M	1.36	1.12	1.10	0.86	1.15



Esta desigualdad se mantiene en la distribución global por meses; salvo septiembre y noviembre, la relación de fallecidos varones con respecto a hembras, sigue siendo desfavorable para el sexo masculino:

Tabla 64.- Distribución de los enterramientos por meses, según sexo. AHME.

	Homb	Muj	Total	Ratio
ENE	103	90	193	1,14
FEB	122	112	234	1,09
MAR	106	98	204	1,08
ABR	128	118	246	1,08
MAY	132	117	249	1,13
JUN	122	106	228	1,15
JUL	107	99	206	1,08
AGO	98	85	183	1,15
SEP	84	92	176	0,91
OCT	113	99	212	1,14
NOV	97	104	201	0,93
DIC	114	88	202	1,3

Tabla 65.- Distribución anual de los enterramientos por meses según sexo. AHME.

	1926		1927		1928		1929		1930	
	Homb	muj	Homb	muj	Homb	muj	Homb	muj	Homb	muj
ENE			32	34	31	17	14	23	26	16
FEB			29	25	36	25	28	28	29	34
MAR			28	24	24	27	32	29	22	18
ABR	25	15	28	28	28	27	28	27	19	21
MAY	30	18	33	22	24	27	17	22	28	28
JUN	17	22	27	28	33	23	19	22	26	11
JUL	24	8	27	21	23	24	9	17	24	29
AGO	25	17	20	16	19	22	17	17	17	13
SEP	18	20	20	16	10	20	14	16	22	20
OCT	25	21	15	22	32	17	14	14	27	25
NOV	24	24	9	12	24	26	13	21	27	21
DIC	31	16	22	11	22	24	16	20	23	17

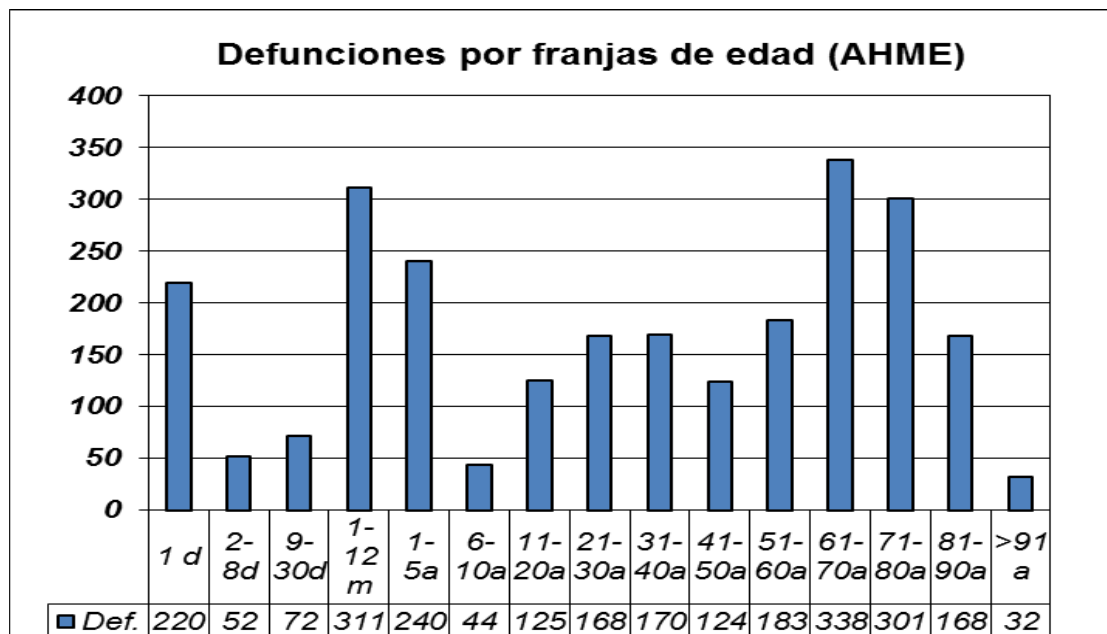
La mortalidad por franjas de edad se muestra en la tabla y gráfica siguientes; se aprecia la altísima mortalidad infantil, el 8.6 % de los fallecimientos tuvo lugar apenas un día después del nacimiento; el 13 % ocurrió en el primer mes de vida, y la cuarta parte de los enterramientos fueron de niños menores de un año de edad, más de un tercio lo fue antes de los cinco años.

La mortalidad vuelve a dispararse en la franja de los sesenta a ochenta años, otro 25 %:

Tabla 66.- Mortalidad por franjas de edad, AHME.

	1926	1927	1928	1929	1930	Suma
1 d	43	44	46	41	46	220
2-8 d	12	9	11	12	8	52
9-30 d	4	16	23	15	14	72
1 a 12 m	34	50	86	69	72	311
1 a 5 a	34	33	63	56	54	240
6-10 a	8	10	7	8	11	44
11 a 20 a	22	34	15	24	30	125
21-30 a	32	41	29	36	30	168
31-40 a	22	38	43	31	36	170
41-50 a	24	28	29	24	19	124
51-60 a	26	53	48	26	30	183
61-70 a	59	65	84	49	81	338

71-80 a	37	67	59	66	72	301
81-90 a	16	37	40	34	41	168
>91 a	6	12	2	6	6	32
no consta	4	2	2	2	1	11



La mortalidad antes de los cinco años de edad era realmente alta, pero ligeramente inferior a la detectada para el resto de España, que fue de 33.96 % en 1926 y 31.86 % en 1927.

Tabla 67.- Mortalidad antes de los cinco años de edad.AHME.

Año	Mort.	
	< 5 a	%
1926	127	33,2
1927	152	28,2
1928	229	39
1929	193	38,7
1930	194	35,2

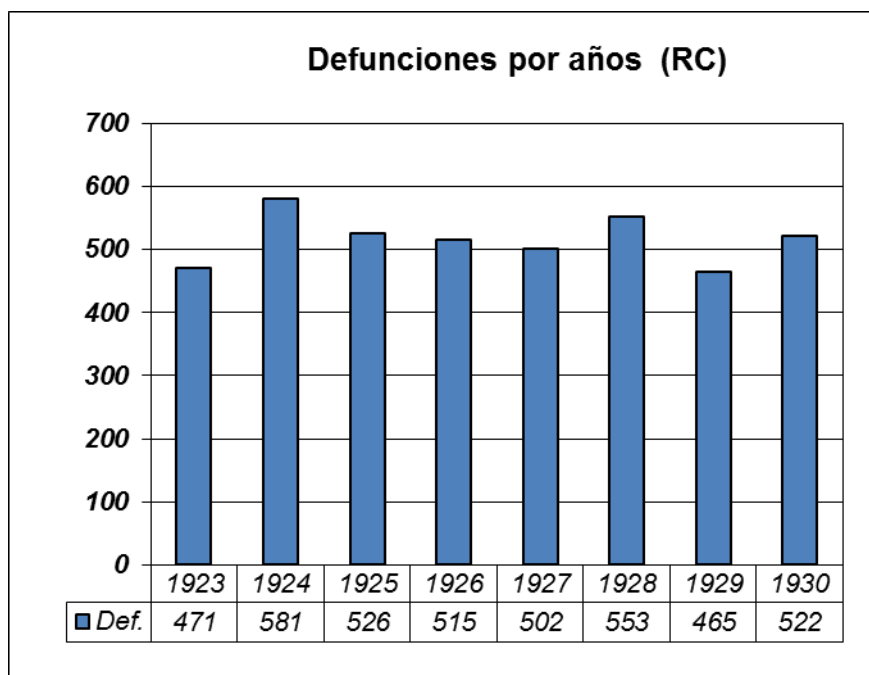
5.2.2- DATOS DEL REGISTRO CIVIL DE ELCHE

Las defunciones están anotadas en unos libros numerados correlativamente; cada uno tiene, por lo general, 500 folios, en cuya primera página (par) se inscriben los datos de filiación: nombre, edad, sexo, parentesco, estado civil, profesión, lugar del fallecimiento, causas de la muerte, observaciones, y firman el empleado y uno o dos testigos. En la página impar (reverso) se anotan más datos de tipo administrativo. Parte de los datos correspondientes a los años 1926 y 1927 han sido obtenidos a partir de un denominado “Libro de defunciones reconstituido”,

En la tabla y gráfica siguiente se muestran los datos de defunciones registradas:

Tabla 68.- Enterramientos según el Registro Civil. (RC).

		MORTALIDAD TOTAL POR AÑOS							
		1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Def.		471	581	526	515	502	553	465	522
Med		38,20	47,05	42,56	41,66	40,43	45,20	36,53	42,66

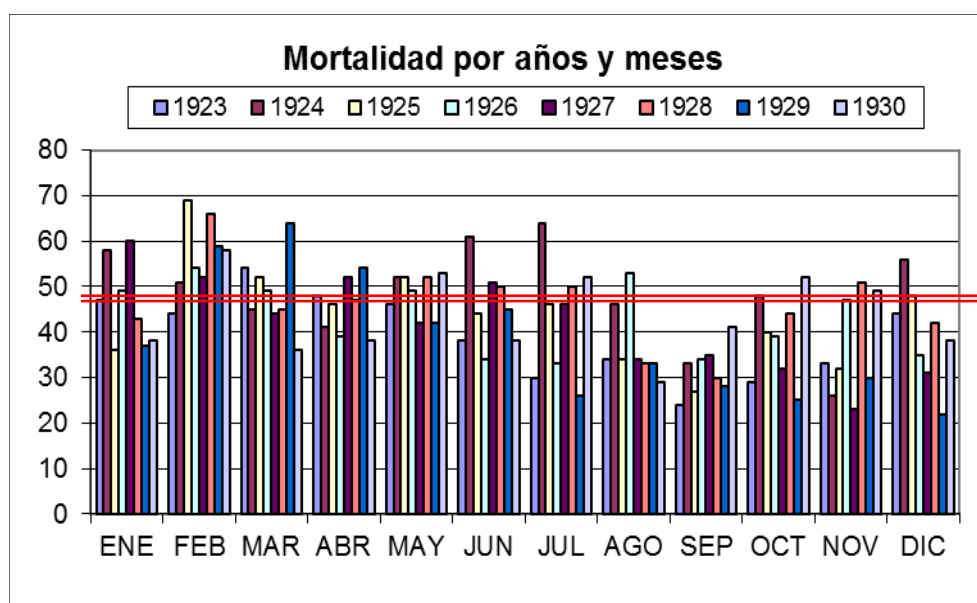
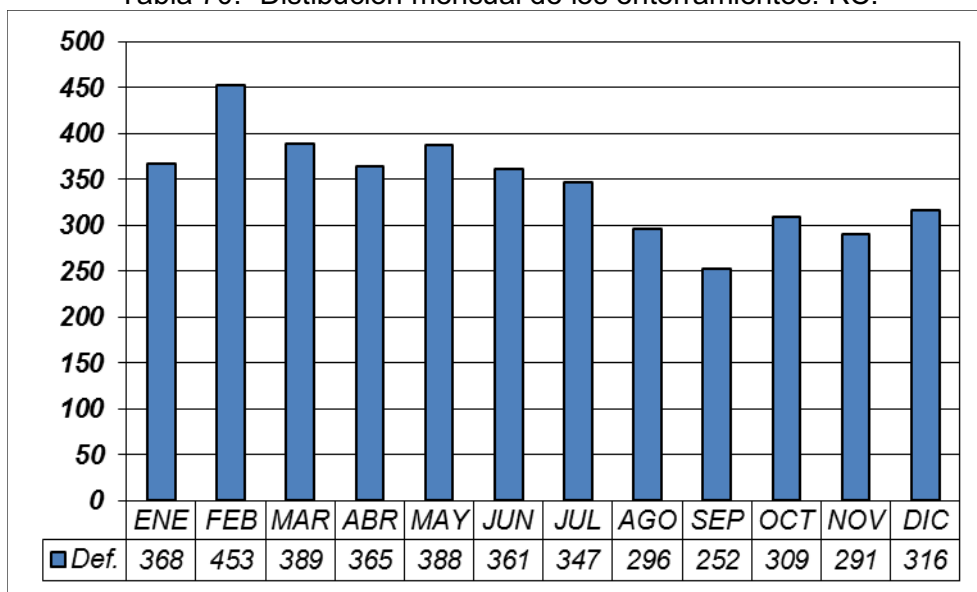


El mes que registra mayor cantidad de defunciones en esta serie, es julio de 1924, cuando fallecen 64 personas; no obstante, en global, el mes que determina mayor mortalidad a la larga, es febrero, con una media superior a los 47 fallecimientos, mientras que la más baja corresponde a septiembre, con una media apenas superior a los 36.

Tabla 69.- Distribución por meses y años de los enterramientos. RC.

	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
ENE	47	58	36	49	60	43	37	38
FEB	44	51	69	54	52	66	59	58
MAR	54	45	52	49	44	45	64	36
ABR	48	41	46	39	52	47	54	38
MAY	46	52	52	49	42	52	42	53
JUN	38	61	44	34	51	50	45	38
JUL	30	64	46	33	46	50	26	52
AGO	34	46	34	53	34	33	33	29
SEP	24	33	27	34	35	30	28	41
OCT	29	48	40	39	32	44	25	52
NOV	33	26	32	47	23	51	30	49
DIC	44	56	48	35	31	42	22	38

Tabla 70.- Distribucion mensual de los enterramientos. RC.



De la misma manera que hemos hecho anteriormente, si trazamos una línea divisoria a nivel del valor de la media de mortalidad en el periodo, vemos que los meses estivales, sobre todo septiembre, quedan por debajo de ella, mientras que los de invierno, sobre todo febrero, están muy por encima.

También aquí es mayor la mortalidad masculina que la femenina, salvo en el año 1929:

Tabla 71.- Distribución de los enterramientos según sexo. RC.

	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Hombres	246	322	289	284	279	285	222	264
Mujeres	225	259	237	231	223	268	243	258
Ratio	1,09	1,24	1,22	1,23	1,25	1,06	0,91	1,02

Tabla 72.- Distribución de los enterramientos por meses según el sexo, RC.

	H	M	Total	Ratio
ENE	188	180	368	1,04
FEB	226	227	453	1,00
MAR	192	197	389	0,97
ABR	187	178	365	1,05
MAY	195	193	388	1,01
JUN	182	179	361	1,02
JUL	177	170	347	1,04
AGO	156	140	296	1,11
SEP	122	130	252	0,94
OCT	142	167	309	0,85
NOV	149	142	291	1,05
DIC	163	153	316	1,07

Tabla 73.- Distribución anual de enterramientos por meses según sexo. RC.

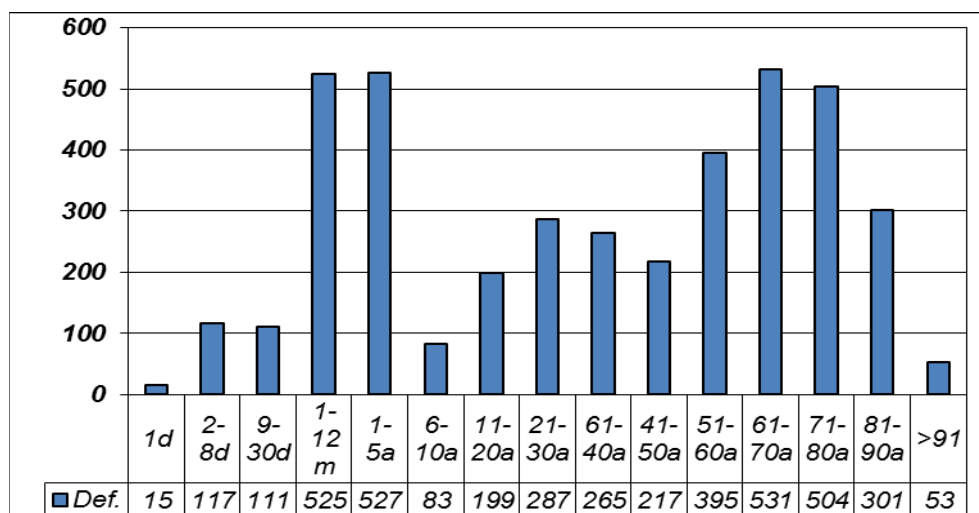
	19 23		19 24		19 25		19 26		19 27		19 28		19 29		19 30		suma
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
ENE	21	26	33	25	20	16	30	19	30	30	26	17	16	21	24	14	368
FEB	30	14	28	23	42	27	24	30	28	24	36	30	29	30	29	29	453
MAR	32	22	24	21	38	14	20	29	27	17	20	25	37	27	21	15	389
ABR	22	26	22	19	20	26	23	16	27	25	24	23	28	26	18	20	365
MAY	23	23	29	23	36	16	30	19	27	15	27	25	21	21	28	25	388
JUN	22	16	39	22	25	19	15	19	29	22	30	20	20	25	25	13	361
JUL	14	16	34	30	23	23	22	11	26	20	27	23	10	16	23	29	347
AGO	21	13	29	17	15	19	35	18	20	14	13	20	16	17	15	14	296
SEP	9	15	17	16	11	16	16	18	20	15	12	18	12	16	21	20	252
OCT	12	17	29	19	22	18	22	17	15	17	29	15	13	12	13	39	309
NOV	22	11	11	15	15	17	24	23	12	11	21	30	12	18	26	23	291
DIC	18	26	27	29	22	26	23	12	18	13	20	22	8	14	21	17	316
suma	246	225	322	259	289	237	284	231	279	223	285	268	222	243	264	258	

En la tabla y gráfico siguiente se muestran las defunciones por franjas de edad:

Tabla 74.- Mortalidad por franjas de edad.

	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	suma
< 24 h	2	2	0	2	2	2	4	1	15
2 a 8 d	13	22	17	18	8	16	16	7	117
9 a 30 d	9	19	17	13	11	15	13	14	111

1 a 12 m	38	99	63	53	47	87	65	73	525
1 a 5 a	50	87	71	75	52	72	59	61	527
6 a 10 a	11	14	11	8	13	7	9	10	83
11 a 20 a	18	28	28	25	32	16	25	27	199
21 a 30 a	42	39	31	37	33	35	37	33	287
31 a 40 a	32	22	36	31	34	43	34	33	265
41 a 50 a	39	26	29	27	26	30	24	16	217
51 a 60 a	53	56	60	49	53	54	26	44	395
61 a 70 a	55	64	52	85	67	80	47	81	531
71 a 80 a	63	63	67	57	60	59	65	70	504
81 a 90 a	36	30	37	27	54	34	37	46	301
> 91 a	10	8	7	6	10	3	4	5	53
no consta		2		2				1	5



La mortalidad antes de los cinco años sigue siendo algo inferior a la registrada en el resto de España, según el anuario estadístico de 1927:

Tabla 75.- Mortalidad antes de los cinco años de edad. RC.

Año	< 5 a.	%	España
1923	112	23,78	36,35
1924	229	39,41	35,41
1925	168	31,94	34,39
1926	161	31,26	33,96
1927	120	23,90	31,86
1928	192	34,72	
1929	157	33,76	
1930	156	29,89	

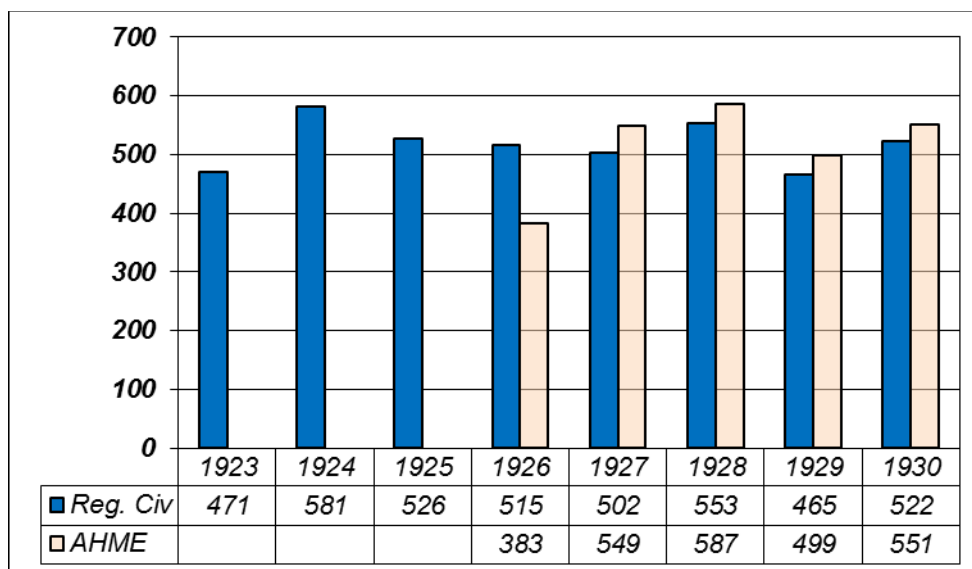
(A partir de este momento, vamos a utilizar como base de datos para comparar, los expuestos por Navarro García en *Análisis de la Sanidad en España a lo largo del siglo XX*).²⁵³

Estas cifras no coinciden exactamente con las del Archivo Histórico Municipal de Elche:

Tabla 76.- Diferencias de datos entre el Registro y el Archivo:

	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Reg. Civ	471	581	526	515	502	553	465	522
AHME				383	549	587	499	551
Dif				132	-47	-34	-34	-29
%				34,5	-8,6	-5,8	-6,8	-5,3

La disparidad de 1926 se debe, básicamente, a la ausencia de registros; como hemos señalado anteriormente, de este año solo disponemos de datos a partir del mes de abril, nada de los anteriores; en los sucesivos, vemos que la diferencia puede ser importante, entre un cinco y un ocho por ciento.



Inicialmente, pensamos que estas diferencias se podían deber a que el libro de registro Civil no refleja los recién nacidos muertos, que en el libro de Enterramientos constan como “un feto”, de uno u otro género; si se admite, según el Código Civil, artículo 30, *que “solo se reputará como nacido el feto que tuviere figura humana y viviera veinticuatro horas enteramente desprendido del seno materno”*,²⁵⁴ el Registro Civil no incluirá en la relación de nacimientos, a los fetos no viables o a criaturas muertas al nacer; y si no se inscriben en los nacimientos, no van a constar tampoco en las defunciones. Coinciden estas apreciaciones con la opinión de Dopico²⁵⁵, de que uno de los problemas existentes en la obtención de datos sobre mortalidad infantil, es el derivado del lapso de tiempo transcurrido entre el nacimiento biológico y la adquisición de la personalidad jurídica por parte del recién nacido; las estadísticas de fallecimientos antes del

²⁵⁴ GOMEZ REDONDO, Rosa. *Mortalidad infantil real frente a mortalidad infantil legal*. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica, II, I, 1984.

²⁵⁵ DOPICO, Fausto. *Desarrollo económico y social y mortalidad infantil. Diferencias regionales (1860-1950)*. Dynamis, 5-6, 1985-86.

primer año de nacidos vivos no recogen, por consiguiente, los muertos antes de las veinticuatro horas. Además, en nuestro caso, las cuentas tampoco salen con exactitud:

Tabla 77.-Discrepancia sobre recién nacidos muertos entre ambas fuentes.

Año	1927	1928	1929	1930
Recien nacidos muertos AHME	44	33	41	46
Recien nacidos muertos Reg. Civ.	47	34	34	29
Discrepancia	+ 3	- 1	- 7	- 17

Y, en efecto, los registros del Archivo en que constan enterramientos de un día (expresados generalmente bajo el epígrafe de “un feto varón/hembra”) no coinciden ni de lejos con lo que el Registro contempla como fallecidos en las primeras horas de vida.

Tabla 78.- Diferencia sobre enterramientos de un día entre ambas fuentes.

		1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	Suma
AHME	24 h				43	44	46	41	46	220
Reg. Civ	24 h	2	2	0	2	2	2	4	1	15

Esto nos impide calcular con exactitud la tasa de mortinatalidad (número de nacidos muertos más los muertos al nacer más los muertos en el primer día), ya que según el registro civil es ciertamente baja pero según el archivo municipal es realmente desmesurada:

Tabla 79.- Tasa de mortinatalidad.

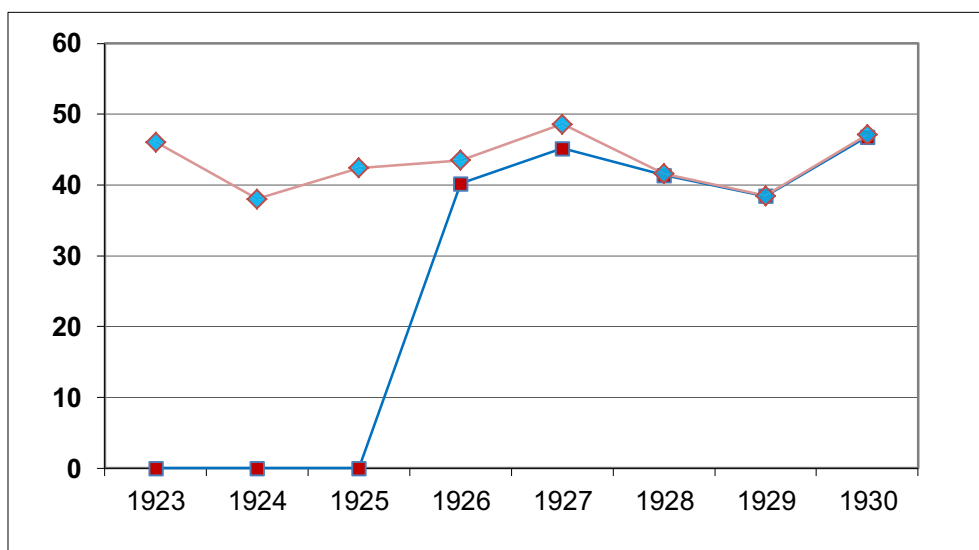
año	España	AHME	Reg. Civ
1923	28,8		2,18
1924	28,8		2,01
1925	29,2		0,00
1926	29,3	41,51	1,93
1927	30,0	45,60	2,07
1928	30,8	42,05	1,83
1929	31,4	44,81	4,37
1930	32,0	41,93	0,91

La impresión que arrojan estos datos, es que la mortalidad era realmente importante en las primeras etapas de la vida; para comprobar esta apreciación, y evitar en lo posible, el efecto confundiente que tiene la estructura por franjas de edad de la población, hemos calculado el índice de Swaroop-Uemura²⁵⁶; este índice valora los fallecidos con más de 50 años en relación con el total de fallecidos en un periodo determinado; si el numerador es elevado (fallecimientos en edades avanzadas) su valor será alto; si la mayoría de los fallecimientos se producen antes de alcanzar dicha edad, su valor será bajo: en nuestro caso, en efecto, se confirman valores inferiores al 50 %, característicos de países no desarrollados:

Tabla 80. Índice de Sawroop-Uemura:

	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
AHME				40.21	45.18	41.40	38.45	46.81
RC	46.07	38.04	42.4	43.5	48.61	41.59	38.49	47.13

²⁵⁶ SIERRA LOPEZ, A.; DORESTE ALONSO, J.L.; ALMARAZ GOMEZ, B. *Demografía dinámica. (I). Natalidad, fecundidad y mortalidad.* En. Piédola Gil, Gonzalo. Medicina Preventiva y Salud Pública. Masson, 2001.



5.2.3.- ANALISIS DEMOGRAFICO

Tenemos información sobre la población total de Elche a fecha 31 de diciembre de 1924 (33.251 personas); y de la bibliografía²⁵⁷ hemos obtenido los datos censales de los años 1920 y 1930, que son 33.167 y 38.013 personas respectivamente. Así, observamos que el incremento poblacional entre 1920 y 1924 es prácticamente nulo: $33.251 - 33.167 = 84$ personas. Y, sin embargo, en los años siguientes, es considerable: $38.013 - 33.251 = 4.762$ personas, más de un 8% en total; estos datos se asemejan a los expuestos por Jacinta Gomara²³¹, 33.267 en 1920 y 38.115 en 1930, quien afirma que, a partir de 1924 aproximadamente, el crecimiento se acelera tras el estancamiento sufrido entre 1920 y 1924, a ritmo, más o menos de 1.000 personas al año; nuestra valoración es algo inferior; si la población ha crecido en $38.115 - 33.251 = 4.864$ personas, al dividirlo entre seis años, asumiendo que el crecimiento fuera lineal y constante, saldrían unas 810 personas al año: en la tabla siguiente mostramos una estimación del censo de población de Elche, a partir de los datos reales de 1920, 1924 y 1930; añadiendo 810 a cada año, los resultados son bastante aproximados a la realidad, por lo que nos permitiremos utilizarlos para cálculo de índices de natalidad y mortalidad.

Tabla 81.- Población de Elche

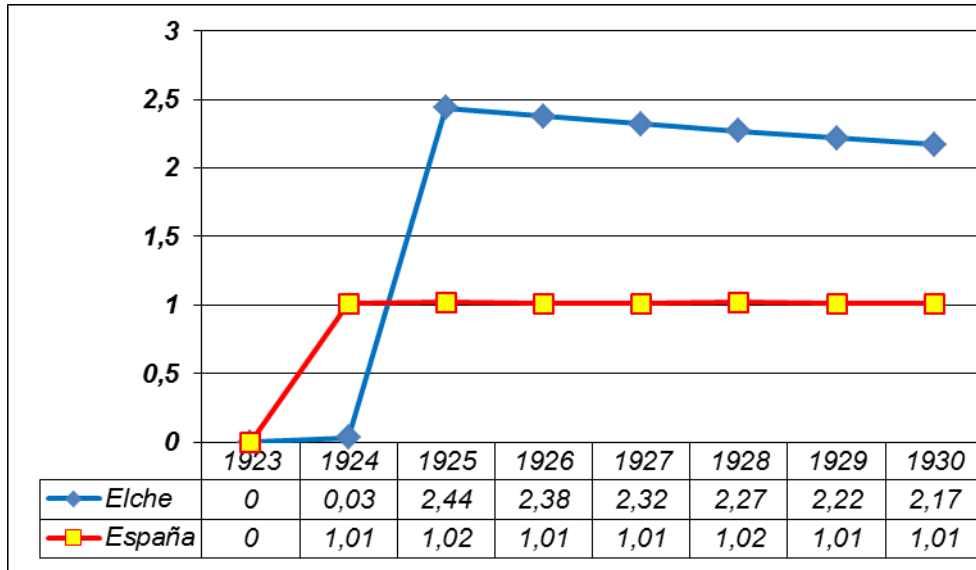
Año	Real	Estimado
1920	33.217	
1923		33.240
1924	33.251	
1925		34.061
1926		34.871
1927		35.681
1928		36.491

²⁵⁷ RODES JUAN, Antonio. *Un siglo de historia social*. En: Cien años de la Historia de Elche y de su Caja de Ahorros (1886-1986). Ed. Caja de Ahorros de Alicante y Murcia, 1986.

1929		37.301
1930	38.115	38.111

Nos hemos atrevido a estimar el crecimiento de la población en Elche como una función lineal y constante, habida cuenta de que el crecimiento de la población a nivel nacional también seguía una tendencia semejante, aunque el aumento del censo fuera casi el doble, proporcionalmente, en nuestra ciudad que en resto de España:

Tabla 82.- Incremento poblacional. Comparativo Elche-España



Entendiendo como tasa de natalidad, la relación entre los nacidos en un año y la población existente en ese año, obtenemos las cifras siguientes: hemos de hacer la salvedad que en demografía se recomienda tomar como denominador la cifra de población en el mes de julio del año a estudiar; en nuestro caso, esto no es factible, por lo que daremos credibilidad a los datos calculados, con la esperanza de que la desviación con la realidad sea mínima:

Tabla 83.- Tasas de Natalidad

Año	Elche	España
1923	27,59	30.5
1924	29,86	30.0
1925	29,51	29.4
1926	29,71	30.0
1927	27,05	29.0
1928	29,98	30.0
1929	24,53	29.0
1930	28,78	28.2

Vemos, como era de esperar, que la tasa de natalidad es muy alta, cercana al 30 por mil, pero sensiblemente igual a la del resto del territorio español, que, según Anna Cabré⁶² fue del 29.46 en la década 1921-1930; según Martínez Cuadrado¹⁸³ fue del 30.3 por mil en 1923, similar a la de Navarro²⁵³, mostrada en la tabla anterior, aunque algo superior a la encontrada por Blanes²⁵⁸.

Tomando los datos de mortalidad obtenidos del Registro Civil, y con arreglo al censo calculado líneas arriba, tendremos como resultado una tasa de mortalidad (definida como número de personas fallecidas en un año por cada mil habitantes):

Tabla 84.- Tasas de mortalidad.

Año	Elche	España
1923	14,17	20.6
1924	17,47	19.5
1925	15,44	19.4
1926	14,77	18.9
1927	14.07	18.5
1928	15,15	18.0
1929	12,47	17.6
1930	13,70	16.8

Ligeramente inferior a la de Navarro²⁵³ y también a las reseñadas por Ana Cabré⁶², del 18.93 para la década, y Martínez Cuadrado¹⁸³, 20.5 por mil en 1923 y 16.8 en 1930, aunque de nuevo superior a la de Blanes.²⁵⁸

Así las cosas, podemos apreciar que el crecimiento natural de la población de Elche en este periodo era claramente positivo, la natalidad era superior a la mortalidad, tanto en número absoluto, como en tasas:

Tabla 85.- Nacimientos, defunciones, tasas de natalidad y mortalidad, y diferencia.

AÑO	Nac.	Def.	Dif	T. Nat	T. Mort	Dif
1923	917	471	446	27,59	14,17	13,42
1924	993	581	412	29,86	17,47	12,39
1925	1.005	526	479	29,51	15,44	14,07
1926	1.036	515	521	29,71	14,77	14,94
1927	965	502	463	27,05	14,07	12,98
1928	1.094	553	541	29,98	15,15	14,83
1929	915	465	450	24,53	12,47	12,06
1930	1.097	522	575	28,78	13,70	15,08

²⁵⁸ BLANES LLORENS, Amando. *La mortalidad en la España del siglo XX. Análisis demográfico y territorial*. Tesis doctoral, Fac. Filosofía y Letras, Universidad Autónoma Barcelona, 2007.

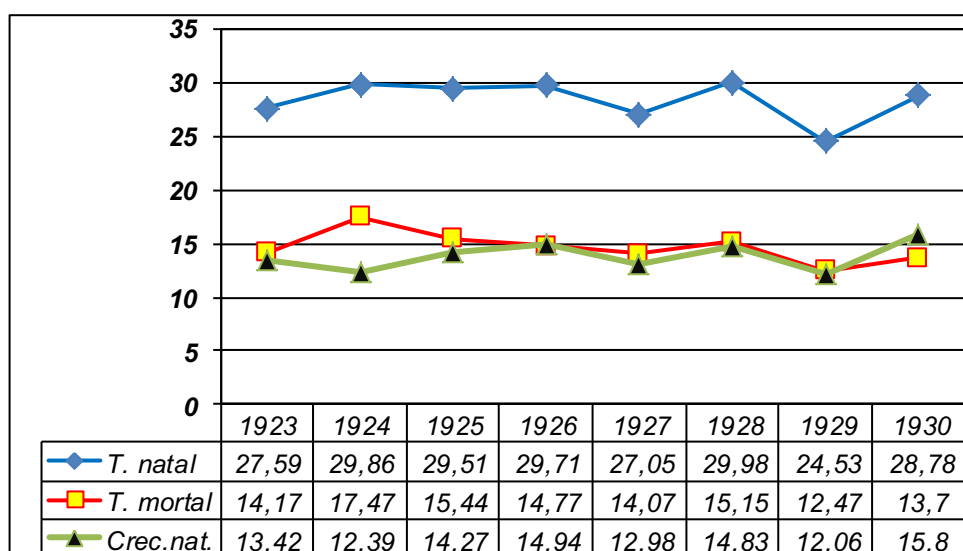
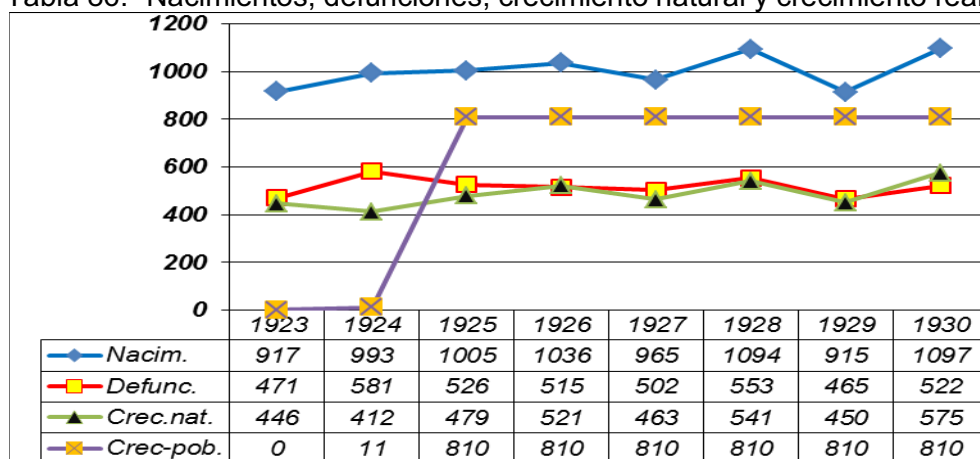


Tabla 86.- Nacimientos, defunciones, crecimiento natural y crecimiento real.



Sin embargo, si tenemos en cuenta el cálculo efectuado anteriormente para la estimación del número de habitantes, de un aumento lineal y constante de 810 personas por año, vemos que el crecimiento natural es inferior a esta cifra, lo cual nos indica que una parte de la variación poblacional se debe a movimientos migratorios; en los dos primeros años estudiados, hay saldo migratorio negativo, pese a haber un crecimiento natural positivo de más de cuatrocientas personas, la población apenas aumenta en un par de decenas, y no es hasta 1925 cuando se invierte la tendencia y comienza un saldo migratorio claramente positivo, en cantidad muy semejante a lo que es propiamente crecimiento natural; como queda expuesto, estos datos se orientan en la misma dirección apuntada por Jacinta Gomara.²³¹

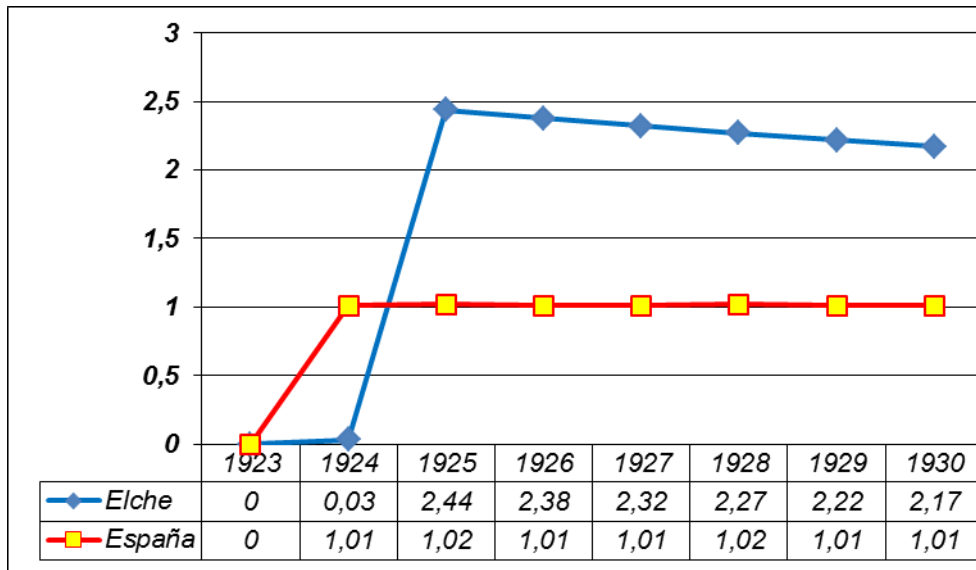
Tabla 87- Saldo migratorio.

Año	Censo	Incr. Pobl	Nac,	Defunc	Crec. Nat	saldo migr
1920	33.217					
1923	33.240	23	917	471	446	-423
1924	33.251	11	993	581	412	-401
1925	34.061	810	1.005	526	479	331
1926	34.871	810	1.036	515	521	289

1929		37.301
1930	38.115	38.111

Nos hemos atrevido a estimar el crecimiento de la población en Elche como una función lineal y constante, habida cuenta de que el crecimiento de la población a nivel nacional también seguía una tendencia semejante, aunque el aumento del censo fuera casi el doble, proporcionalmente, en nuestra ciudad que en resto de España:

Tabla 82.- Incremento poblacional. Comparativo Elche-España

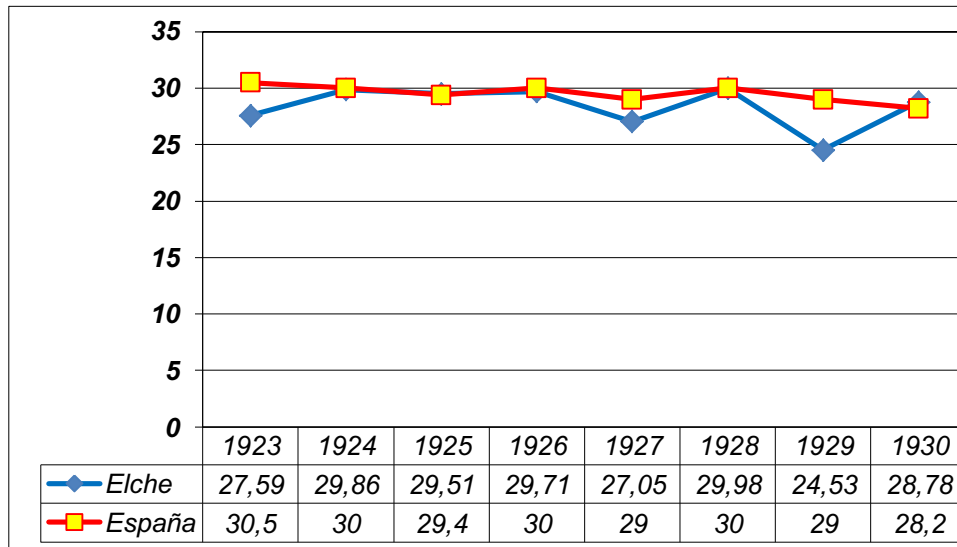


Entendiendo como tasa de natalidad, la relación entre los nacidos en un año y la población existente en ese año, obtenemos las cifras siguientes: hemos de hacer la salvedad que en demografía se recomienda tomar como denominador la cifra de población en el mes de julio del año a estudiar; en nuestro caso, esto no es factible, por lo que daremos credibilidad a los datos calculados, con la esperanza de que la desviación con la realidad sea mínima:

Tabla 83.- Tasas de Natalidad

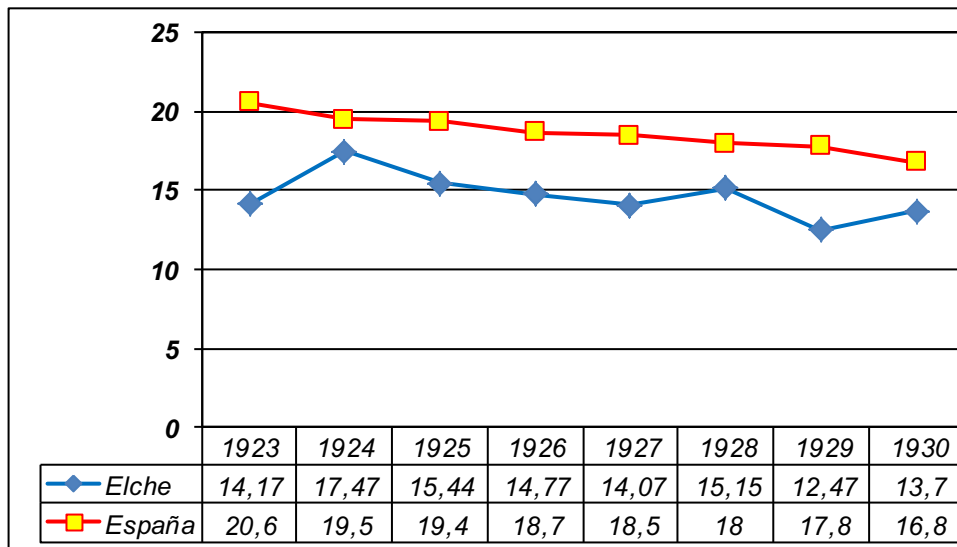
Año	Elche	España
1923	27,59	30.5
1924	29,86	30.0
1925	29,51	29.4
1926	29,71	30.0
1927	27,05	29.0
1928	29,98	30.0
1929	24,53	29.0
1930	28,78	28.2

Tabla 89.- Tasas de natalidad en Elche y resto de España.



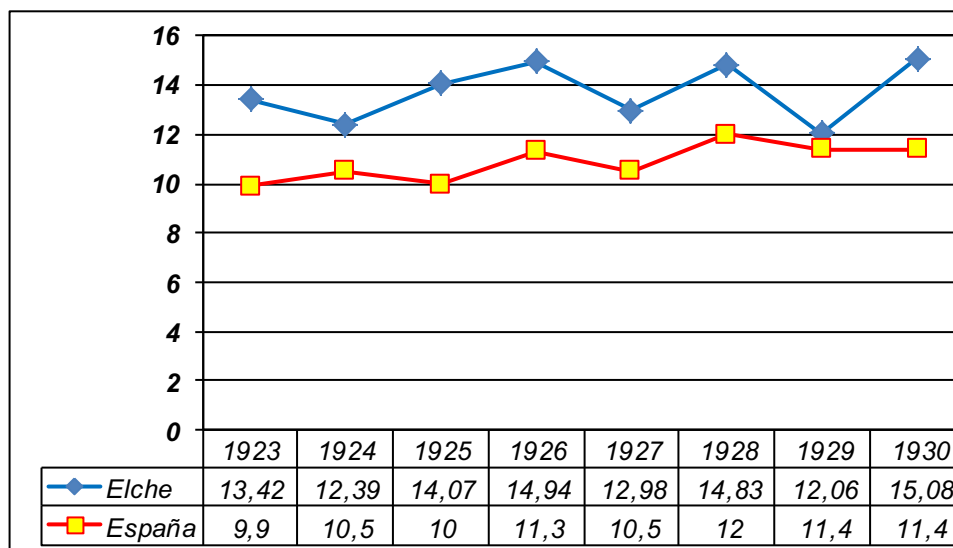
pero no así la mortalidad, que era claramente inferior en nuestra ciudad:

Tabla 90.- Tasas de mortalidad en Elche y resto de España.



lo que hacía que esta tuviese un crecimiento natural superior al resto del Estado, y, además, un crecimiento poblacional también mayor por tener un saldo migratorio positivo a partir de 1925.

Tabla 91.- Crecimiento natural en Elche y España.



Nuestros datos apuntan en el mismo sentido de la opinión de Salvador Forner⁴⁷ sobre las modificaciones poblacionales en la provincial, puesto que se abandonan las zonas rurales de montaña, sin industria y con agricultura poco desarrollada, en dirección a focos industriales o con agricultura de tipo comercial, especializada en cultivos de regadío, fundamentalmente, hacia Alcoy, Cocentaina, Elda, Petrel, Alicante y Elche. Pero la emigración hacia nuestra ciudad no procedía solo de otras zonas de la provincia, sino también de otras regiones españolas.

Tabla 92.- Comparativo población, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, crecimiento natural y saldo migratorio de Elche y resto de España.

		1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Pobla ción	España (miles)	21.847	22.068	22.292	22.518	22.746	22.877	23.210	23.445
	Elche	33.240	33.251	34.061	34.871	35.681	36.491	37.301	38.111
Tasa Natal	España	30,50	30,00	29,40	30,00	29,00	30,00	29,00	28,20
	Elche	27,59	29,86	29,51	29,71	27,05	29,98	24,53	28,78
	Diferencia	2,91	0,14	-0,11	0,29	1,95	0,02	4,47	-0,58
Tasa Mort	España	20,60	19,50	19,40	18,70	18,50	18,00	17,60	16,80
	Elche	14,17	17,47	15,44	14,77	14,07	15,15	12,47	13,70
	Diferencia	6,43	2,03	3,96	3,93	4,43	2,85	5,13	3,10
Tasa Crecim Nat	España	9,90	10,50	10,00	11,30	10,50	12,00	11,40	11,40
	Elche	13,42	12,39	14,07	14,94	12,98	14,83	12,06	15,08
	Diferencia	3,52	1,89	4,07	3,64	2,45	2,83	0,66	3,68
Saldo Migrat.	España		-1.495	11.659	-17.018	11.152	-21.931	-13685	-31372
	Elche		-401	331	289	347	269	360	235

5.2.4.- MORTALIDAD INFANTIL

Afirma Rosa Ballester²⁵⁹ que en torno a 1920 se comienza a considerar al niño como un objeto valioso y un problema social, intentando alejar la imagen tardorromántica de una infancia formada por la conjunción de inocencia y muerte; la precoz incorporación del niño al mundo laboral le hace perder prontamente la inocencia, y de modo quizás aun más rápido, la salud, conduciendo a una visión fatalista, la mortalidad infantil era el precio que había que pagar por el progreso. Como hemos señalado en la parte anterior, en Elche la vida laboral comenzaba a edades muy tempranas, al principio ayudando a la madre en casa en las labores artesanales, después como transportador de la faena desde el domicilio hasta la fábrica, ida y vuelta, y por último, como trabajador en la empresa como tal; las dos primeras tareas formaban parte del proceso productivo familiar, por lo que no tenían remuneración, y la tercera, merecía un salario absolutamente humillante, como hemos indicado.

Uniendo a ello las malas condiciones de salubridad, higiene y alimentación, sobre todo maternas, podemos ver sus consecuencias sobre la mortalidad infantil; en la tabla siguiente, se muestra el porcentaje de niños que fallecen antes de cumplir el primer año de vida con respecto al total de defunciones registradas:

Tabla 93.- Mortalidad en el primer año de vida, ambas fuentes.

AÑO	ARCHIVO			REGISTRO		
	Tot. Def	Def < 1 a	%	Tot. Def	Def. < 1 a	%
1923				471	62	13.16
1924				581	142	24.44
1925				526	101	19.20
1926	383	93	24.28	515	80	15.53
1927	549	119	21.67	502	68	13.54
1928	587	137	27.45	553	120	21.69
1929	499	137	27.45	465	98	21.07
1930	551	140	25.40	522	95	18.19

Pero si analizamos la tasa de mortalidad infantil, entendida como el número de niños que no llegan a cumplir el primer año de vida por cada mil recién nacidos vivos, veremos que las tasas son realmente altas:

Tabla 94.- Tasa de mortalidad en el primer año de vida, ambas fuentes:

Año	Rec.Nac	ARCHIVO		REGISTRO	
		Def. < 1 a	Tasa	Def. < 1 a	Tasa
1923	917			62	67.61
1924	993			142	143.00
1925	1005			101	100.49
1926	1036	93	89.76	80	77.22
1927	965	119	123.31	68	70.46
1928	1094	166	151.76	120	109.68
1929	915	137	149.72	98	107.10
1930	1097	140	127.62	95	86.59

Los valores del Archivo se asemejan más que los del Registro a los valores promedio de mortalidad infantil aportados por Dopico²⁵⁵ para los quinquenios de 1921-25 y 1926-30,:

²⁵⁹ BALLESTER AÑON, Rosa; BALAGUER PERIGÜEL, Emilio. *La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principios de siglo en España*. Dynamis, 15: 1995

Tabla 95.- Mortalidad infantil, comparación con otros autores:

Quinquenio	Archivo	Registro	Dopico
1921-1925		103.7	143.0
1926-1930	128.43	90.21	124.2

Pero si la mortalidad infantil se puede relacionar con las dificultades para llevar a feliz término una gestación, por la penuria económica, la insalubridad, la infraalimentación, la imposibilidad de la madre para atender a la lactancia por tener que contribuir con su trabajo a la economía familiar, el abandono precoz de la misma por parte del lactante²⁶⁰, etc, no es menos cierto que el exceso de mortalidad en niños menores de diez años, se debería relacionar con su precoz incorporación al mundo laboral, manteniendo la figura del niño trabajador en detrimento del niño escolar; es obvio que a la clase poderosa le resulta más conveniente a sus intereses que las nuevas generaciones no tengan base cultural ni educativa y sirvan desde sus inicios como mano de obra barata, aun a expensas de su no calificación, y lo que es peor aun, en su cortedad de miras y planteamientos cortoplacistas y sin visión de futuro (prueba palmaria de ello fueron los resultados de la Guerra Mundial en España), no son capaces de percibir el peligro que supone para el propio Estado, el hecho de tener un elevadísimo porcentaje de población en malas condiciones de salud y educación, hipotecando de forma dolosamente negligente, el porvenir de la nación y su sistema productivo en aras de un incremento de beneficios en el presente; en la tabla siguiente se muestra el porcentaje de niños fallecidos antes de los diez años de edad, con respecto al total de fallecimientos:

Tabla 96.- Mortalidad en los primeros diez años de vida, ambas fuentes.

AÑO	ARCHIVO			REGISTRO		
	Tot. Def	Def < 10 a	%	Tot. Def	Def. < 10 a	%
1923				471	123	26.11
1924				581	243	41.82
1925				526	183	34.79
1926	383	135	35.24	515	163	31.66
1927	549	162	29.50	502	133	26.49
1928	587	236	40.20	553	199	35.98
1929	499	204	40.88	465	166	35.69
1930	551	205	37.20	522	166	31.80

PROFESIONES

En los datos del Registro Civil, a diferencia de los datos del Archivo Histórico Municipal, consta también el empleo del finado; como ya hemos indicado, no disponemos de la totalidad de anotaciones. El listado de profesiones es realmente exhaustivo:

²⁶⁰ BERNABEU MESTRE, José; LOPEZ PIÑERO, José Maria: *Condicionantes de la mortalidad entre 1800 y 1930: Higiene, Salud y Medio Ambiente*. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica, VI, I 1988.

Tabla 97.- LISTADO DE PROFESIONES REGISTRADAS:

Abogado	Comerciante	Industrial	Practicante
Agricultor	Comisionista	Jornalero	Procurador
Albañil	Contable	Labrador	Propietario
Alpargatero	Costurero	Leñador	Rastrillador
Amanuense	Chofer	Loquero	Religioso/a
Aparador	Ebanista	Maestro nac.	Representante
Asilado/a	Electricista	Marinero	Sastre
Barbero	Empleado	Mecánico	Secr. Judicial
Cabrero	Escardador	Médico	Sirvienta
Calderero	Escribiente	Mendigo	Sus labores
Camarero	Estudiante	Militar	Tartanero
Campanero	Fotógrafo	Notario	Tejedor Tejero
Capataz	Guarda rural	Obrero	Tenedor libros
Carbonero	Guardia Civil	Oficial	Veterinario
Carnicero	Guard. Municipal	Panadero	Vigilante
Carpintero	Guarnicionero	Pastor	Zapatero
Carrero	Herrero	Peón caminero	
Carretero	Hilador	Perito agrono.	
Cartero	Hornero	Pintor	
Cochero	Hostelero	Pordiosero	

A este respecto, debemos señalar algunas observaciones; la profesión casi unánime en el género femenino es la de sus labores; cualquier mujer fallecida en este periodo, que tuviera más de 13 o 14 años de edad, tenía como profesión sus labores o su sexo, incluidas las ancianas cercanas a la centuria; ello supone casi la mitad de los registros. Pero pensamos que, en realidad, este dato está encubriendo el trabajo sumergido; es fácil intuir que la mayoría de estas mujeres no constaban como empleadas (salvo dos casos de sirvientas, alguna religiosa, solo una como propietaria), y que, en realidad, se venían ocupando de las labores domésticas, y también del trabajo artesanal a domicilio del sector alpargatero. A pesar de ello, somos un tanto escépticos en esta afirmación, que posiblemente se ajuste en gran medida a la realidad del momento, pero a veces la credibilidad de los datos queda en entredicho: en 1925 fallece Sor Josefa Alcorta, Reverenda Madre Superiora del Santo Hospital de Caridad de la ciudad; si bien es cierto que en las observaciones se hace mención a su cargo en el benéfico establecimiento, consta como profesión, sus labores.

Y, similia similibus: en cierta consonancia con lo que hemos observado en la confección del padrón de pobres del año 1924, la profesión anotada con más frecuencia, entre los hombres fallecidos por encima de los 12-13 años, salvo anotación en contra, como estudiante o similar, es la de jornalero, casi un 33 por ciento; y entendemos que este empleo no está relacionado con las labores agrícolas, puesto que existen también anotaciones de labrador o agricultor; suponemos que se refiere al trabajo en la alpargata, y que por la forma de calcular el salario, a razón de cada jornada de trabajo, se denomine jornalero por este motivo. No existe aquí la

denominación que se usa en otras regiones, sobre todo agrícolas, como Andalucía, de bracero (el que solo tiene sus brazos para trabajar) o yuntero, (el que tiene una yunta de mulas o bueyes para la labranza). Es fácil suponer que esta elevada mortalidad en la clase jornalera, pudiera estar en relación con las malas condiciones higiénicas, sanitarias, laborales, sociales, etc, del proletariado industrial; si entendemos, en este sentido, jornalero como trabajador de la industria, y agricultor o labrador al trabajador del campo, queda manifiesto el exceso de mortalidad en la zona urbana con respecto a la rural, en consonancia mantenida con las observaciones de numerosos autores, incluso del siglo anterior, sobre la insalubridad de los núcleos industriales, tanto en lo referido a la propia fábrica como a la vivienda del obrero.

Curiosamente, la segunda profesión en frecuencia, ya de lejos, entre los varones, es la de propietario; son menos los industriales fallecidos, posiblemente también porque eran menos en número; desconociendo datos censales por profesiones, no podemos inferir deducciones sobre la mortalidad por clases.

5.2.5.-CAUSAS DE LAS DEFUNCIONES.

De acuerdo con Bernabeu²⁶¹, la investigación causal de la mortalidad se puede hacer bien interpretando las defunciones según las denominadas “causas médicas”, o bien tratando de explicar los niveles de mortalidad alcanzados por una determinada población; en este segundo, el estudio de la mortalidad por causas tendría la consideración de “factor inmediato”, de tal manera que la causa médica de la muerte, en lugar de aparecer como factor determinante, resulta ser el eslabón final de la cadena que empalma el hecho morboso y letal, con las circunstancias sociales, económicas, culturales, etc. que lo condicionan. Pero, que, de cualquier modo, sigue afirmando este autor, la descripción causal ha de ser siempre el paso previo que nos permita profundizar en la interpretación y la explicación.

De esta manera, vamos a reflejar en las páginas siguientes, el análisis de las causas de fallecimiento encontradas en nuestra ciudad en el periodo estudiado, tratando en su descripción, de relacionar el hecho con las circunstancias locales del momento. Intentando, siguiendo las advertencias de Barona⁶¹, de no emplear métodos “heurísticos”, en el sentido empírico o de tanteo, hemos procedido al conteo riguroso, anotación por anotación, de las causas de muerte; la brevedad del periodo analizado nos obvia el problema diacrónico, y se puede apreciar una considerable uniformidad en los términos empleados para describir la causa del fallecimiento a lo largo de los ocho años estudiados.

La mayor parte de las veces figura un solo diagnóstico, especificando la entidad más importante y su localización (por ejemplo, tuberculosis pulmonar, laringitis diftérica, sepsis estreptocócica, etc.); en ocasiones, junto a este diagnóstico, se especifica asistolia como causa de la muerte. Cuando figuran dos diagnósticos, suelen estar relacionados, siendo uno complicación del otro, como gripe y neumonía, sarampión y bronconeumonía, peritonitis por apendicitis, cáncer y caquexia.

²⁶¹ BERNABEU MESTRE, Josep. *Expresiones diagnósticas y causas de muerte. Algunas reflexiones sobre su utilización en el análisis demográfico de la mortalidad*. En: Bernabeu, J; Robles, E. (Ed.) *Quaderns valencians de població*. Alicante 1994.

Tabla 98.- LISTADO DE DIAGNOSTICOS REGISTRADOS:

absceso cerebral	cáncer hígado	diarrea verde infantil
absceso cuello	cáncer intestino	difteria
absceso pulmón	cáncer laringe	difteria laringea
accidente	cáncer lengua	difteria, angina
albuminuria	cáncer mama	eclampsia
alcoholismo	cáncer útero	eclampsia infantil
alcoholismo, caquexia	cáncer vejiga	ectasia cardiaca
anemia perniciosa	cáncer, caquexia	ectasia locomotriz
ancianidad prematura	caquexia NEOM	edema de glotis
angina de Ludwig	caquexia alcohólica	edemas
angina de pecho	caquexia infecciosa	electrocución
anuria	caquexia fibromatosa	embolia cerebral
aortitis	cardiopatía	embolia femoral
apendicitis	cirrosis atrófica	encefalitis
apoplejía	cirrosis hepática	endocarditis
arteriosclerosis	cistitis aguda	endocarditis aguda
arteriosclerosis cerebral	cistitis crónica	endocarditis crónica
ascitis	colapso cardiaco	endocarditis reumática
asfixia por sumersión	colecistitis	enfermedad de Addison
asfixia por suspensión	cólera infantil	enfermedad de Bright
asistolia	cólico miserere	enfermedad de Little
asma	coma cerebral	enfermedad de Parkinson
ataxia locomotriz	coma diabético	enfisema pulmonar
atropia	congestión pulmonar	enteritis
atropello	congestión cerebral	enteritis aguda
bacilosis generalizada	coqueluche	enteritis crónica
bacilosis intestinal	crup	enterocolitis
bronconeumonía	debilidad senil	enterocolitis aguda
bronquitis aguda	debilidad congénita	enterocolitis crónica
bronquitis capilar	defenestración	enterorragia
bronquitis crónica	degeneración grasa corazón	epilepsia
cáncer de cara	dentitis	epitelioma
cáncer esófago	desarrollo insuficiente	epitelioma
cáncer estomago	diabetes	epitelioma boca

epitelioma cara	hemorragia interna	paludismo
epitelioma gástrico	hemorragia posparto	papiloma ovario
epitelioma laríngeo	herida arma de fuego	parálisis general progresiva
epitelioma ovario	hernia estrangulada	parálisis infantil
epitelioma útero	hidrocefalia	parálisis posthemorragia
erisipela	hipertrofia cardiaca	parálisis tabética
escarlatina	hipertrofia prostática	parotiditis supurada
esclerosis cerebral	hipotrofia	parto distócico
espinia bífida	histerismo	pénfigo
esplenomegalia	ictericia	peritonitis
falta de desarrollo	ictericia catarral	pleuresía
fenómenos dentarios	ictericia neonatal	pleuresía con derrame
fiebre de Malta	imperforación ano	poliomielitis
fiebre del crecimiento	infección intestinal	quiste de ovario
fiebre infecciosa	insuficiencia aortica	raquitismo
fiebre intermitente	insuficiencia cardiaca	reblandecimiento cerebral
fiebre tifoidea	insuficiencia hepática	retención de orina
fiebres gástricas	insuficiencia mitral	reumatismo articular
fiebres paratíficas	insuficiencia renal	sarampión
flebitis	kala azar	sarcoma brazo
flemón fosa iliaca	kala azar infantil	sarcoma cuello
flemón gangrenoso	laringitis estridulosa	sarcoma maxilar
flemón laríngeo	mastoiditis supurada	senectud
flemón perinefrítico	meningitis	senilidad
gangrena	meningoencefalitis	septicemia
gangrena EEII	metrorragia	septicemia puerperal
gangrena pulmonar	mielitis	sincope cardiaco
gastritis	miocarditis	síntomas del parto
gastritis aguda	miocarditis aguda	tabes mesentérica
gastritis crónica	miocarditis crónica	tétanos
gastroenteritis	muerte natural	tos ferina
gastroenteritis aguda	nefritis	traumatismo
gastroenteritis crónica	neumonía	tuberculosis
gripe	oclusión intestinal	tuberculosis generalizada
hemorragia cerebral	otitis aguda	tuberculosis intestinal

tuberculosis laringea	tumor abdominal	ulcera redonda
tuberculosis menígea	supuración flemonosa	uremia
tuberculosis ósea (Pott)	traumatismo	uremia cerebroespinal
tuberculosis peritoneal	ulcera duodeno	vejez
tuberculosis pulmonar	ulcera estomago	

Hemos recogido una serie de epígrafes que consideramos que hoy no tendrían vigencia, ni podrían englobarse en ninguna de las categorías de la CIE-9; tales son, la diarrea verde infantil, la fiebre del crecimiento, los fenómenos dentarios, el reblandecimiento cerebral, el “erpetismo”, el cólico miserere y la enfermedad desconocida. Hay otros diagnósticos que pueden equipararse con nomenclaturas actuales; entendemos la lesión orgánica del corazón como una cardiopatía, la fimia pulmonar y peritoneal como tuberculosis, la ectasia cardiaca como insuficiencia. Hay también diagnósticos que son realmente difíciles de aceptar como causa de muerte: la eclampsia infantil, el raquitismo en niños de 12 días y de dos meses de vida, la ancianidad prematura con 43 años; la inanición por histerismo, hay un diagnóstico de “parálisis posthemorragia”, no especifica el lugar de sangrado, posiblemente fuera un accidente cerebrovascular agudo, pero, ante la duda, no lo incluimos en ese grupo. Hay términos ininteligibles, como la prohemia, la cobitratosis, que suponemos son errores de transcripción: como un caso de “bacilosis intelectual”, que hemos adaptado en “bacilosis intestinal”; retina de orina entendemos que significa retención; resulta difícil admitir un diagnóstico de muerte por arteriosclerosis en un lactante de ocho meses (mayo 1927). Coincide, pues, nuestra opinión con la de Perdiguero⁵⁵ y la de Bernabeu²⁶², de que posiblemente, las expresiones diagnósticas que constan en los registros podían haber sido consignadas por personas ajenas a la medicina, con nula o escasa preparación científica (mero amanuense).

Tabla 99.- DIAGNOSTICOS ESPECIALMENTE IMPRECISOS

Las lesiones que tenía en la cabeza
 Acceso pernicioso
 Cólico miserere
 Cólico infantil
 Cólico gastrointestinal
 Fenómenos dentarios
 Dentitis
 Bronconeumonía cardiaca
 Degeneración grasienta del corazón
 Enfermedad desconocida

La “dentitis” aparece en una sola ocasión en los datos del Archivo, y hemos encontrado los “fenómenos dentarios” en otras ocho ocasiones en el archivo, y en nueve en el Registro Civil. Estos datos se alejan mucho de los aportados por los grupos de Historia de la Medicina de la Universidad de Valencia y Alicante, referidos a periodos anteriores⁵⁴, (su estudio concluye en 1914), en que la dentición llega a ser causa hasta del 8 % de la mortalidad registrada en determinadas poblaciones de la provincia.

Hay diagnósticos que adolecen notoriamente de falta de precisión, muchas veces se refieren a un síntoma concreto y no a una entidad nosológica: esplenomegalia sin más concreción

²⁶² BERNABEU MESTRE, Josep. *Expresiones diagnósticas y causas de muerte. Algunas reflexiones sobre su utilización*. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica, XI (3) 1993.

(¿linfoma? ¿Leishmaniasis? ¿paludismo?); edemas, albúmina, uremia, laringitis, arteriosclerosis, aterosclerosis. Otras veces, son muy inespecíficos: bacilosis generalizada, infección intestinal o flemón gangrenado.

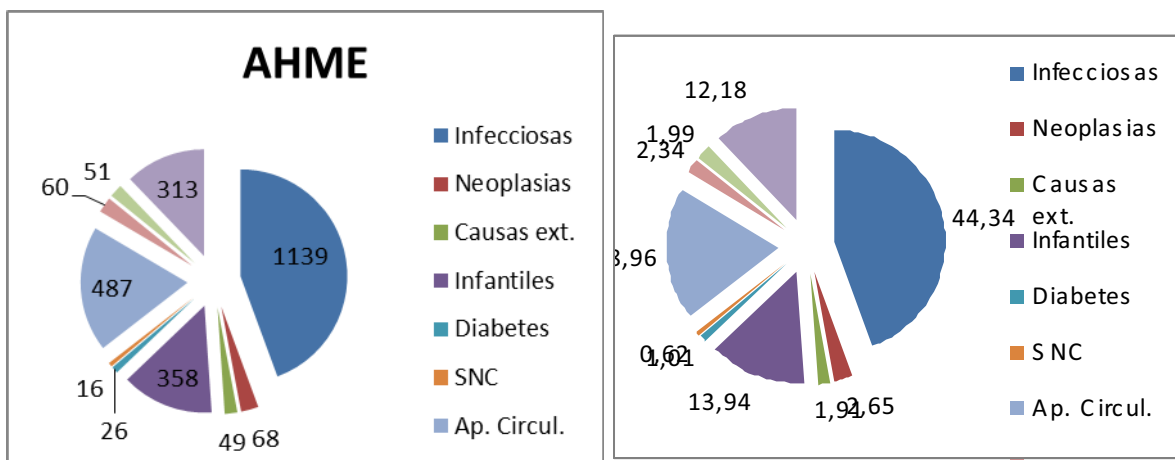
Por contra, hay diagnósticos de notable precisión clínica: meningitis meningocócica aguda; meningitis cerebroespinal; hemoptisis por tuberculosis; caquexia, cancerosa o diabética; hematemesis por úlcera de estómago; septicemia por flemón en un pie, miocarditis por septicemia.

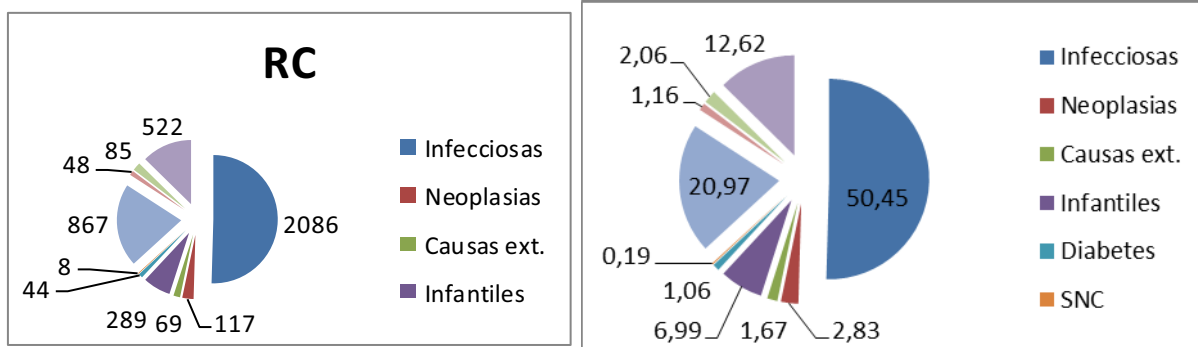
Resulta llamativa la polisemia que se utiliza en las inscripciones; una misma causa de muerte puede venir escrita de varias formas diferentes: por ejemplo, un recién nacido que fallece al poco tiempo, puede estar diagnosticado de atrepsia, atrepsia infantil, falta de desarrollo, desarrollo insuficiente, hipotrofia, debilidad congénita; una persona de edad avanzada, a falta de otro diagnóstico, puede serlo de senilidad, senectud, vejez, debilidad senil, consunción, e incluso de arteriosclerosis general, o no especificada. La fiebre de Malta es reflejada en ocasiones como sepsis maltesa, melitococia, sepsis melitocócica. La tifoidea a veces se denomina tifobacilosis o infección Eberthiana. No hemos apreciado diferencias semánticas de uno a otro de los ocho años estudiados.

La causa más frecuente de mortalidad en este periodo, fueron las enfermedades infecciosas, prácticamente la mitad de los fallecimientos, seguido de la patología del aparato circulatorio y la mortalidad infantil.

Tabla 100.- Mortalidad total por causas, ambas fuentes.

	AHME	AHME	RC	RC
	Num.	%	Num.	%
Infecciosas	1.139	44.34	2.086	50.45
Neoplásicas	68	2.65	117	2.83
Causas externas	49	1.91	39	0.94
Infantiles	358	13.94	289	6.99
Diabetes	28	1.09	44	1.06
SNC	16	0.62	8	0.19
Ap. circulatorio	487	18.96	867	20.97
Pat. Quirúrgica	60	2.34	48	1.16
Génitourinario	51	1.99	85	2.05
Resto	313	12.18	522	12.62





En los estudios sociológicos, para estudiar las causas que son susceptibles de producir la muerte, se suele descomponer la mortalidad en tres categorías:²⁶³

- Una mortalidad endógena o biológica al comienzo de la vida, que es fundamentalmente, una no-viabilidad
- Una mortalidad endógena o biológica debida al envejecimiento, que crece en progresión geométrica con la edad tras el décimo aniversario.
- Una mortalidad exógena, resultante de la acción del medio y cuya manifestación aparece a todas las edades: enfermedades infecciosas, accidentes, etc.

Esta clasificación no resulta tan útil desde el punto de vista estrictamente médico; asumimos que las causas endógenas, de no viabilidad al comienzo, se refieren fundamentalmente a los fenómenos perinatales, fetos muertos o fallecidos en el momento del nacimiento, por el propio trauma del parto, o malformaciones incompatibles con la vida, sin otra enfermedad concomitante que pudiera precipitar el desenlace; y, de la misma manera, las causas endógenas por no viabilidad al final de la vida, serían el resultado de alguna enfermedad que no ha podido ser curada con los medios disponibles en cada momento. Y queda el tercer apartado, cajón de sastre, donde las causas son exógenas, todas las demás y a todas las edades. Esta segregación en causas endógenas y causas exógenas hurta datos que estimamos de gran valor a la hora de valorar la mortalidad; si considera solo la no-viabilidad al inicio, no tendrá información completa sobre la mortalidad perinatal, ya que un recién nacido viable, puede fallecer por otro motivo distinto; si considera la no-viabilidad al final, no contemplará patologías que son especialmente prevalentes en la edad avanzada, porque las va a considerar exógenas; y, además, hoy día, la vejez no se considera como una causa de muerte en sí misma, aunque se reconoce que una insuficiencia funcional de determinados órganos y sistemas asociada al propio envejecimiento, pero que la causa que acaba con la vida del paciente, suele ser el agravamiento de alguno de estos fracasos, o alguna complicación sobreañadida.

Por eso, vamos a intentar seguir las normativas de la Pan American Health Organization, parte de la World Health Organization²⁶⁴, que recomienda el uso de listas cortas para la tabulación de datos con arreglo a la CIE-10-CM en un intento de obtener una visión panorámica de las causas de muerte; no obstante, prestaremos especial atención a los problemas más frecuentes, sobre todo en lo referido a mortalidad infantil.

Vamos a analizar por Grupos Relacionados de Diagnóstico las enfermedades señaladas en la lista PAHO263; aquellas que tengan escasa incidencia van a ser detalladas en cuanto a

²⁶³ LEGUINA, Joaquín. Análisis demográfico de la mortalidad. En: Fundamentos de demografía. Siglo XXI, 1981.

²⁶⁴ International Classification of Diseases. Preparation of short lists for data tabulation. Epidemiological Bulletin PAHO, 23, 4, 2002.

su presentación anual; haremos mención simple, sin análisis, de aquellas enfermedades que hayan supuesto menos del uno por ciento de las causas de muerte; las más frecuentes, o que hayan tenido mayor impacto sobre la mortalidad, van a ser analizadas en lo que se refiere a su cantidad anual, distribución por meses, distribución por franjas de edad, valorando en cada una de ellas su peso relativo con respecto a la mortalidad total del grupo, por si se aprecia tendencia estacional o mayor mortalidad en alguna época de la vida; también según el sexo, por si hay mayor predisposición en alguno de ellos. En un intento de apreciar si una enfermedad determinada causa mayor número de fallecimientos en una franja de edad concreta con respecto al resto de la vida, analizaremos también el peso específico de cada grupo etario dentro de cada GRD.

Tabla 101.- Lista para tabulación de datos de mortalidad, de la PanAmerican Health Organization.

Table 1: PAHO 6/67 List for tabulation of mortality data (ICD-10)

0.00 Symptoms, signs and ill-defined conditions (R00-R99)	4.00 Certain conditions originating in the perinatal period (P00- P96)
1.00 Communicable diseases (A00-B99, G00-G03, J00-J22)	4.01 Fetus and newborn affected by certain maternal conditions (P00, P04)
1.01 Intestinal infectious diseases (A00-A09)	4.02 Fetus and newborn affected by obstetric complications, birth trauma (P01-P03, P10-P15)
1.02 Tuberculosis (A15-A19)	4.03 Slow fetal growth, fetal malnutrition, short gestation, low birth weight (P05, P07)
1.03 Certain vector-borne diseases and rabies (A20, A44, A75-A79, A82-A84, A85.2, A90-A98, B50-57)	4.04 Respiratory disorders specific to the perinatal period (P20-P28)
1.04 Certain diseases preventable by immunization (A33-A37, A80, B05, B06, B16, B17.0, B18.0-B18.1, B26)	4.05 Bacterial sepsis of newborn (P36)
1.05 Meningitis (A39, A87, G00-G03)	4.06 Remainder of certain conditions originating in the perinatal period (rest of P00-P96, i.e. P08, P29, P35, P37-P96)
1.06 Sepsicemia, except neonatal (A40-A41)	5.00 External causes (V01-Y89)
1.07 HIV disease (AIDS) (B20-B24)	5.01 Land transport accidents (V01-V89)
1.08 Acute respiratory infections (J00-J22)	5.02 Other and unspecified transport accidents (V90-V99)
1.09 Other infectious and parasitic diseases (remainder of A00-B99, i.e. A21-A32, A38, A42-A43, A46-A74, A81, A85.0-A85.1, A85.8, A86, A88-A89, A99-B04, B07-B15, B17.1-B17.8, B18.2-B19.9, B25, B27-B49, B58-B99)	5.03 Falls (W00-W19)
2.00 Neoplasms (C00-D48)	5.04 Accidents caused by firearm discharge (W32-W34)
2.01 Malignant neoplasm of stomach (C16)	5.05 Accidental drowning and submersion (W65-W74)
2.02 Malignant neoplasm of colon and rectosigmoid junction (C18-C19)	5.06 Accidental threats to breathing (W75-W84)
2.03 Malignant neoplasm of digestive organs and peritoneum, except stomach and colon (C15, C17, C20-C26, C48)	5.07 Exposure to electric current (W85-W87)
2.04 Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung (C33-C34)	5.08 Exposure to smoke, fire and flames (X00-X09)
2.05 Malignant neoplasm of respiratory and intrathoracic organs, except trachea, bronchus and lung (C30-C32, C37-C39)	5.09 Accidental poisoning by and exposure to noxious substances (X40-X49)
2.06 Malignant neoplasm of female breast (C50 in women)	5.10 All other accidents (W20-W31, W35-W64, W88-W99, X10-X39, X50-X59, Y40-Y64)
2.07 Malignant neoplasm of cervix uteri (C53)	5.11 Intentional self-harm (suicide) (X60-X84)
2.08 Malignant neoplasm of corpus uteri (C54)	5.12 Assault (homicide) (X85-Y09)
2.09 Malignant neoplasm of uterus, part unspecified (C55)	5.13 Event of undetermined intent (Y10-Y34)
2.10 Malignant neoplasm of prostate (C61)	5.14 All other external causes (Y35-Y36, Y85-Y89)
2.11 Malignant neoplasm of other genitourinary organs (C61-C62, C66-C67, C69, C82-C88)	6.00 All other diseases (D50-D89, E00-E90, F00-F99, G04-G98, H00-H59, H60-H95, J30-J98, K00-K93, L00-L99, M00-M99, N00-N99, O00-O99, Q00-Q99)
2.12 Leukemia (C91-C95)	6.01 Diabetes mellitus (E10-E14)
2.13 Malignant neoplasm of lymphoid, other hematopoietic and related tissue (C81-C90, C96)	6.02 Nutritional deficiencies and nutritional anemia (E40-E64, D50-D53)
2.14 Malignant neoplasm of other and unspecified sites (remainder of C00-C97, i.e. C00-C14, C40-C47, C49, C50 in men, C58, C69-C80, C97)	6.03 Mental and behavioral disorders (F00-F99)
2.15 Carcinoma in situ, benign neoplasms and neoplasms of uncertain or unknown behavior (D00-D48)	6.04 Diseases of the nervous system, except meningitis (G04-G99)
3.00 Diseases of the circulatory system (I00-I99)	6.05 Chronic lower respiratory diseases (J40-J47)
3.01 Acute rheumatic fever and chronic rheumatic heart diseases (I00-I09)	6.06 Remainder of diseases of the respiratory system (rest of J00-J99, i.e. J30-J39, J60-J98)
3.02 Hypertensive diseases (I10-I15)	6.07 Appendicitis, hernia of abdominal cavity and intestinal obstruction (K35-K46, K56)
3.03 Ischemic heart diseases (I20-I25)	6.08 Cirrhosis and certain other chronic diseases of liver (K70, K73, K74, K76)
3.04 Pulmonary heart disease, diseases of pulmonary circulation and other forms of heart disease (I26-I45, I47-I49, I51)	6.09 All other diseases of the digestive system (rest of K00-K93, i.e. K00-K31, K50-K55, K57-K66, K71, K72, K75, K80-K93)
3.05 Cardiac arrest (I46)	6.10 Diseases of the urinary system (N00-N99)
3.06 Heart failure (I50)	6.11 Hyperplasia of prostate (N40)
3.07 Cerebrovascular diseases (I60-I69)	6.12 Pregnancy, childbirth and the puerperium (O00-O99)
3.08 Atherosclerosis (I70)	6.13 Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities (Q00-Q99)
3.09 All other diseases of the circulatory system (I71-I99)	6.14 Remainder of all other diseases (rest of A00-Q99, i.e. D55-D89, E00-E07, E15-E34, E65-E90, H00-H59, H60-H95, L00-L99, M00-M99, N41-N99)

inally designed in order to improve the internal administra-

enteritis, and miscellaneous digestive disease age 70 and over

0.00 CONDICIONES DEFINIDAS POR SINTOMAS, SIGNOS Y ENFERMEADES (R00-R99)

1.00.- Enfermedades infecciosas y parasitarias. (A00-B99, G00-G03, J00-J22)

Los datos a nivel nacional, referidos a enfermedades infecciosas, no son totalmente fiables; aunque la declaración de las enfermedades transmisibles era obligatoria desde el Real Decreto de 31 de octubre de 1902, siendo Ministro de Gobernación Alfonso González, los registros no son exhaustivos; en noviembre de 1919 se presentó el proyecto de ley sobre Profilaxis Pública de las enfermedades infecciosas, que, naturalmente, no prosperó en su trámite parlamentario

Una de los problemas encontradas al intentar compatibilizar los datos hallados con la clasificación de la PAHO, es que ciertas enfermedades, sobre todo de tipo infeccioso,

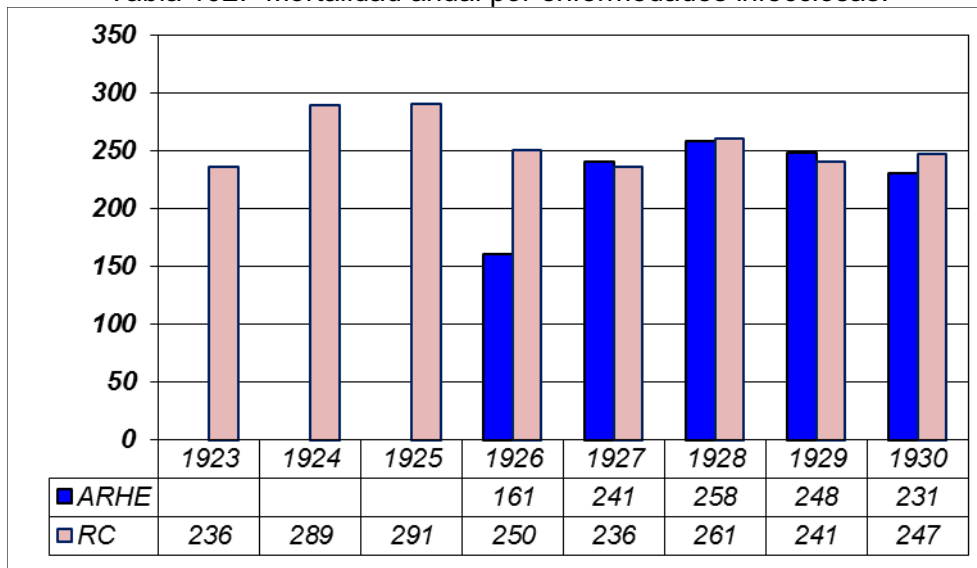
encuentran difícil acomodo; “ciertas enfermedades prevenibles con inmunización” de escasa mortalidad hoy día, tenían alta prevalencia en la época que venimos analizando; y otras, no se tienen en cuenta en la lista corta, como la escarlatina, erisipela, viruela,

Determinadas enfermedades transmitidas por vectores son extremadamente raras en nuestro medio en la actualidad, tal como el kala azar, paludismo, etc. No hemos encontrado diagnósticos de:

- Tifus exantemático
- Rabia
- Lepra
- Hidatidosis
- Hepatitis virales
- Rubéola
- Peste
- Carbunco

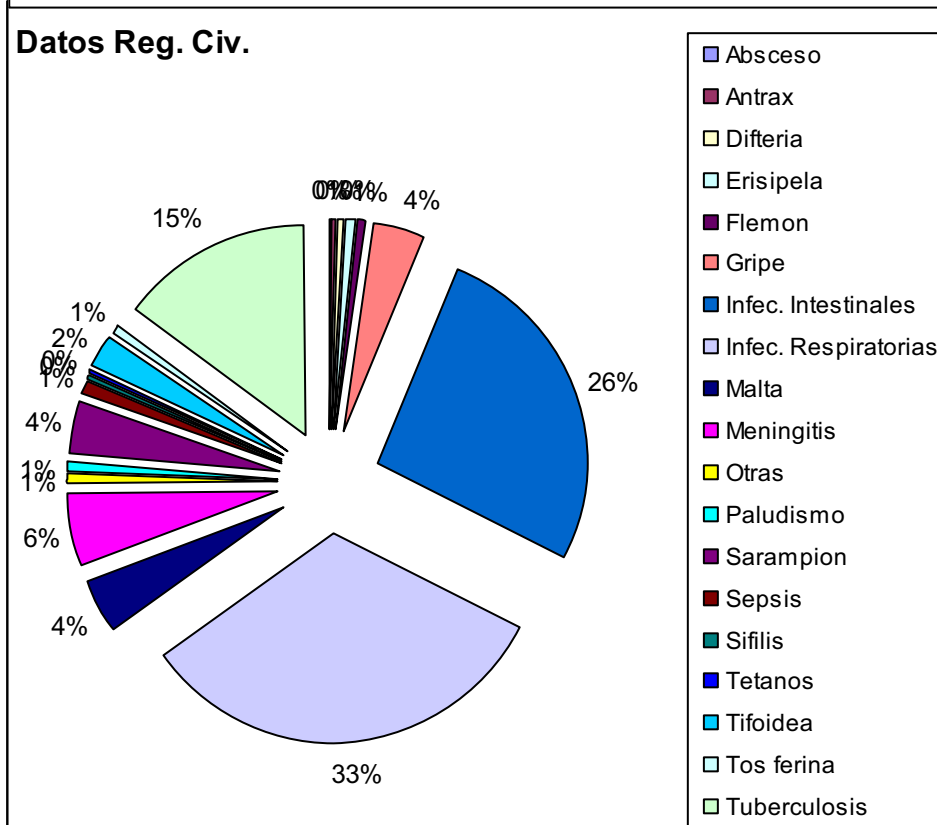
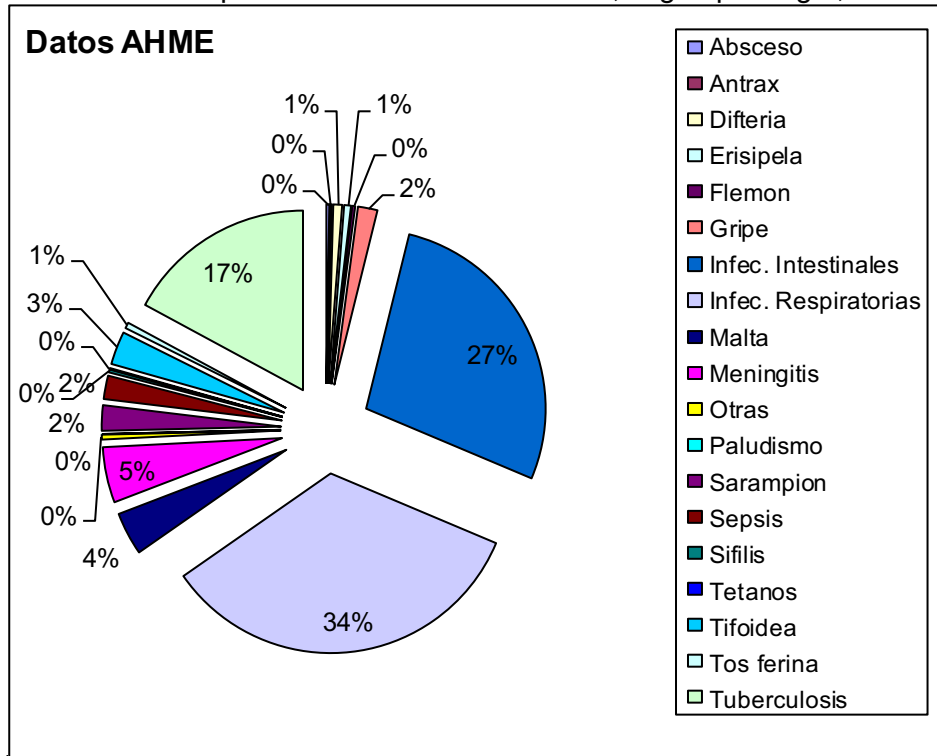
Las enfermedades infecciosas y parasitarias fueron la principal causa de muerte en Elche durante el periodo estudiado; un total de 2.083 personas (50.37 % del total), según datos del Registro Civil, 1.139 (44.34%) según datos del Archivo Histórico, fallecieron por causas infecciosas:

Tabla 102.- Mortalidad anual por enfermedades infecciosas.



Las causas más frecuentes fueron las enfermedades infecciosas respiratorias, intestinales y la tuberculosis.

Tabla 103.- Mortalidad por enfermedades infecciosas, según patología, ambas fuentes.



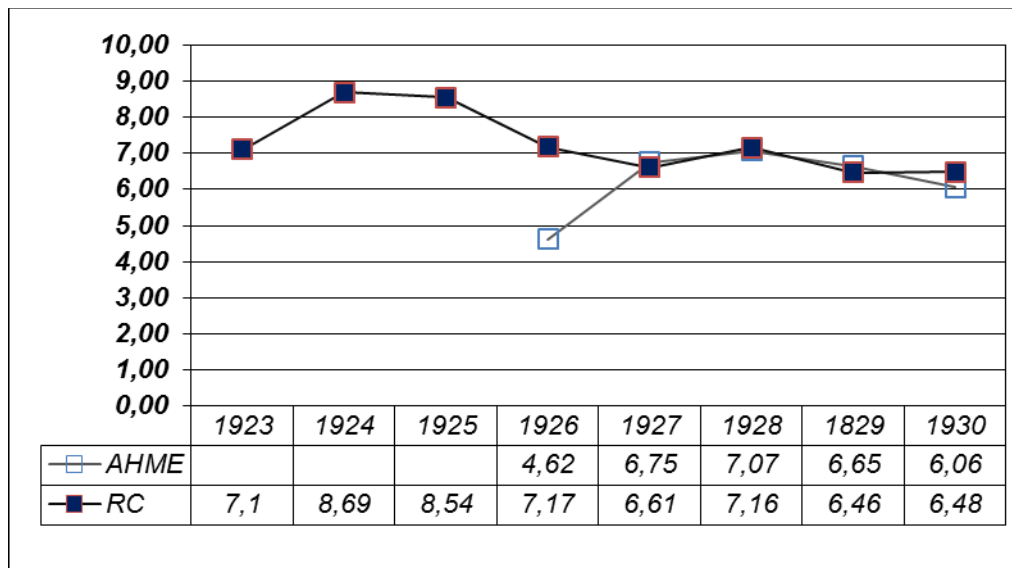
Estos datos son muy diferentes de los reflejados por Navarro²⁵³ para toda España, en que la mortalidad por enfermedades infecciosas era muy inferior a la encontrada por nosotros para la ciudad de Elche. Según esto, la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, cayó del 33.17 % del total de defunciones en 1923, a 28.36 en 1930; así, este índice tenía en Elche un valor mucho más alto que en el resto de España.

Tabla 104.- Mortalidad por enfermedades infecciosas, porcentaje sobre el total.

	España	AHME	RC
1923	33,17		50,11
1924	31,88		49,74
1925	31,34		55,32
1926	31,60	42,04	48,54
1927	30,12	43,90	47,01
1928	31,12	43,95	47,20
1929	28,94	49,70	51,83
1930	28,36	41,92	47,32

Tabla 105.- Tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas

Año	Censo	AHME	Tasa	RC	Tasa
1923	33.240			236	7,10
1924	33.251			289	8,69
1925	34.061			291	8,54
1926	34.871	161	4,62	250	7,17
1927	35.681	241	6,75	236	6,61
1928	36.491	258	7,07	261	7,15
1929	37.301	248	6,65	241	6,46
1930	38.111	231	6,06	247	6,48



1.01.- ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES (A00-A09)

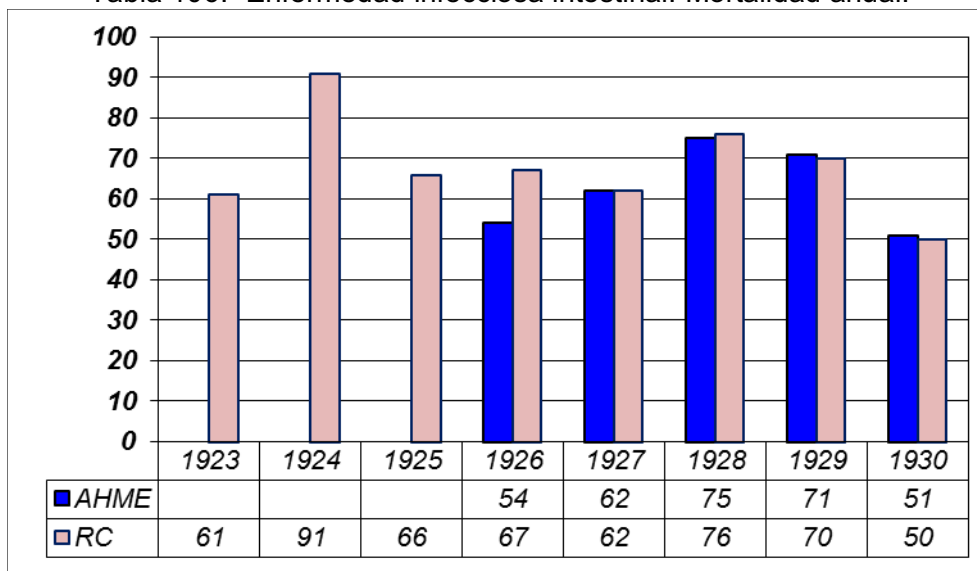
Vamos a englobar en este epígrafe, lo que se diagnostica en los apuntes, como gastroenteritis, enteritis, enterocolitis, tanto en fase aguda como crónica o no especificada. Hay algunos diagnósticos que no hemos considerado como infecciosos, por no tener clara su etiología, como la "gastroenteritis de los niños de pecho", que tal vez estuviera mas en relación con una intolerancia a la lactosa que con un proceso infeccioso digestivo propiamente dicho.

Por supuesto, en las anotaciones no hemos encontrado ningún indicio sobre aspectos microbiológicos de la infección; ninguna mención a Salmonella, Escherichia Coli, Shigella,

ameba, virus, etc., a pesar de que, de acuerdo con Ballester²⁵⁸, la etiología de las diarreas estivales quedó clarificada a partir de 1880 como una infección bacteriana del canal digestivo;

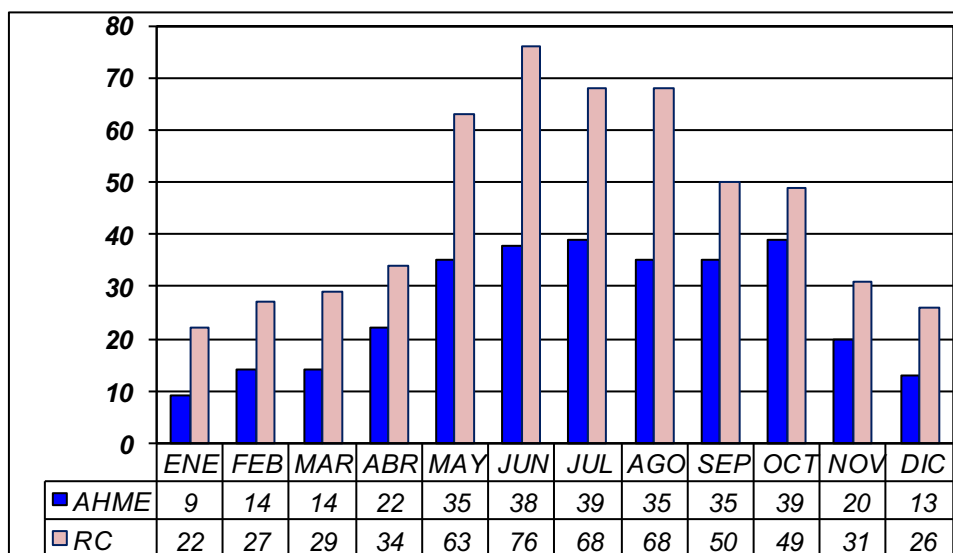
Aun así, la persona de menor edad fallecida con diagnóstico de gastroenteritis aguda tenía solo 10 días; 96 años la más anciana. Fallecieron por esta causa 313 pacientes, según el AHME y 543, según el Registro Civil, lo que supone el 12.18 y el 13.13 % respectivamente del total de fallecimientos.

Tabla 106.- Enfermedad infecciosa intestinal. Mortalidad anual.



Se aprecia un tendencia a concentrarse los casos en los meses cálidos, de mayo a septiembre / octubre, con claro descenso en los meses invernales.

Tabla 107.- Enfermedad infecciosa intestinal. Mortalidad anual por meses.

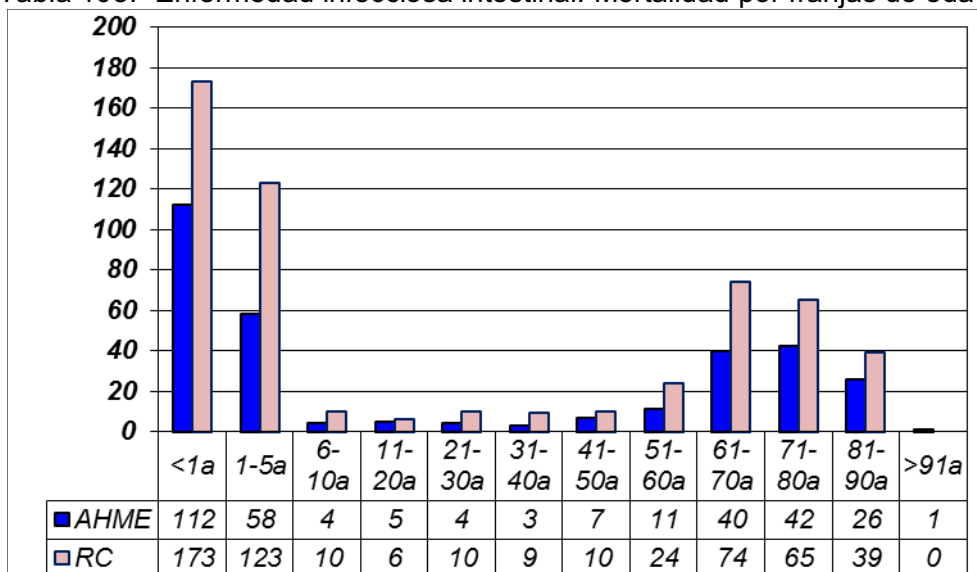


Las diarreas infantiles del verano eran consideradas generalmente, tanto por la población como por los médicos, como una de las causas más importantes de mortalidad infantil en las primeras etapas de la vida²⁶⁵. En nuestra serie, vemos que por franjas, tiene dos picos de incidencia, uno

²⁶⁵ BERNABEU MESTRE, Josep. *Problèmes de Santé et causes de décès dans la population infantile espagnole (1900-1935)*. Annales de démographie historique, 61, 1994.

en la infancia, con valores máximos en el primer año de vida, y otro menos importante, en la tercera edad, a partir de los 60 años.

Tabla 108.- Enfermedad infecciosa intestinal. Mortalidad por franjas de edad.



No hay diferencias en cuanto al sexo:

Tabla 109.- Enfermedad infecciosas intestinal.Mortalidad por sexo.

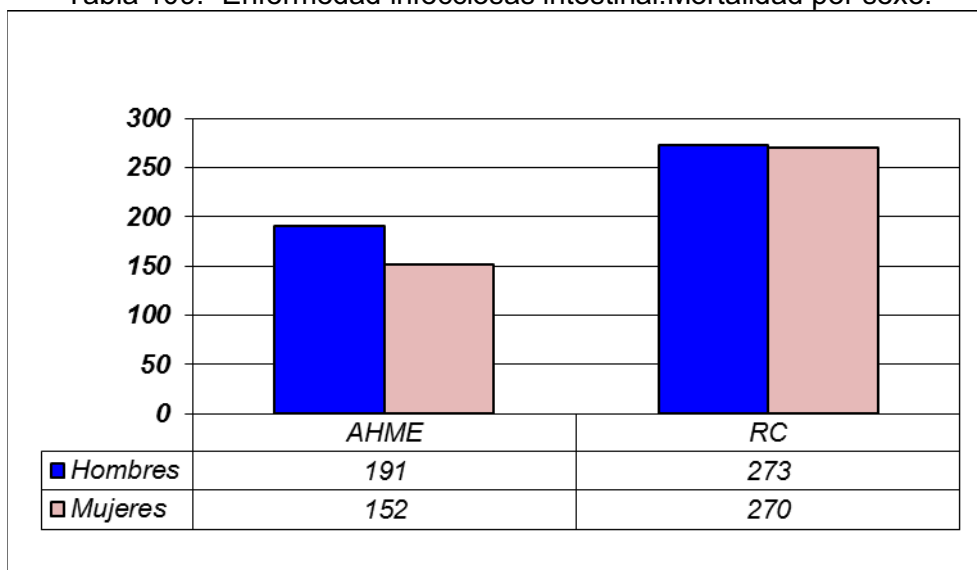
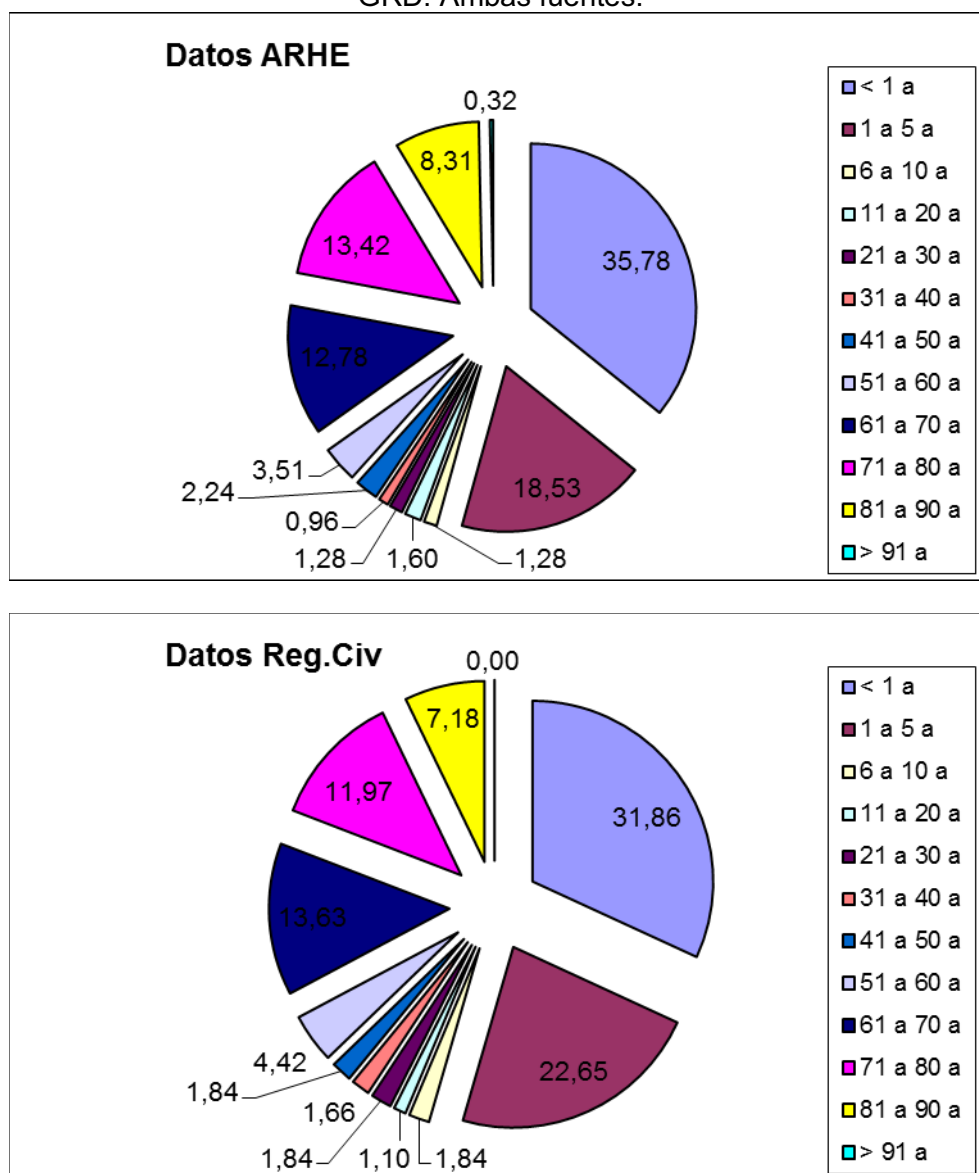


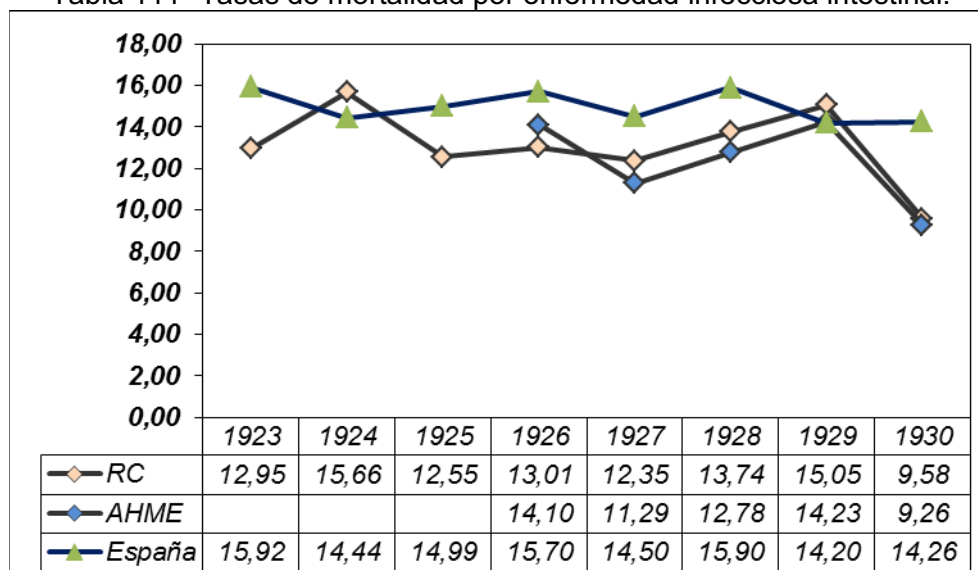
Tabla 110.- Enfermedad infecciosa intestinal. Mortalidad por franja de edad con respecto al GRD. Ambas fuentes.



La enfermedad infecciosa intestinal supuso un 15 % del total de muertes para toda España; a nivel local, fue muy ligeramente inferior, con un 12.18 %, según el AHME y un 13.10 % según el Registro. Mas de la mitad de los fallecimientos por esta enfermedad tuvieron lugar antes de los cinco años de vida, la tercera parte, antes de cumplir el primer año.

	AHME	RC	% GRD	% GRD	% total	% total
< 1 a	112	173	35,78	31,68	4,36	4,18
1 a 5 a	58	123	18,53	22,53	2,26	2,97
suma	170	296	54,31	54,21	6,62	7,16

Tabla 111- Tasas de mortalidad por enfermedad infecciosa intestinal.



1.02.- TUBERCULOSIS (A15-A19)

Conocida desde muy antiguo, la tuberculosis no se consideró como una enfermedad infectocontagiosa hasta el siglo XV; producida por el *Mycobacterium tuberculosis*, bacilo descubierto por Koch en 1882, sumamente difundida por todo el mundo, aunque fuera Villemin quien demostró por vez primera en 1865 que se trataba de una enfermedad transmisible, al infectar al conejo con cualquiera de los productos procedentes de las múltiples lesiones orgánicas tuberculosas. En España es de declaración obligatoria desde 1751.²⁵³

Fue la primera causa de mortalidad en personas de 15 a 34 años, sobre todo en las grandes ciudades, donde el 90 % de los sujetos se infectaban antes de los 18 años.

Las mycobacterias²⁶⁶ forman parte del género de las Actinomicetales, y se conocen, además de otros varios patógenos para los animales, e incluso saprofitos, dos especies importantes: el *Mycobacterium tuberculosis*, y el *Mycobacterium leprae*, agentes respectivos de la tuberculosis y la lepra humana, referidos también por el nombre de sus descubridores, Koch y Hensen; son bacilos delgados, rectos o ligeramente curvos, aislados o en pequeños grupos, no tienen cápsula, flagelos ni esporas.²⁶⁷

Había autores que opinaban que es un proceso epidémico, que evoluciona por brotes, y cuya diferencia primordial con las epidemias clásicas, sería que los brotes se prolongan a lo largo de varios decenios, de modo que se observaría²⁶⁸ primero una fase de tuberculinización de la población, en relación con el aumento de concentraciones humanas, por ejemplo, en momentos de industrialización, y más aun si coinciden deficientes condiciones higiénicas y económicas; habría posteriormente otras dos fases, de estabilización y de reducción de incidencia.

²⁶⁶ MATILLA, V. PUMAROLA, A. Del REY CALERO, J. y cols. *Microbiología y parasitología*. Amaro, 1969.

²⁶⁷ PIEDROLA GIL, Gonzalo. PUMAROLA BUSQUETS, A. BRAVO OLIVA, J. *Lecciones de Higiene y Sanidad*. 1961-62.

²⁶⁸ PEDRO PONS, A. FARRERAS VALENTI, P. FOZ TENA, A.- *Enfermedades producidas por bacterias*. En Pedro Pons, A.- *Tratado de Patología y clínica Medicas*, Vol. VI. Salvat, 1968.

Desde el punto de vista causal, intervienen dos tipos de *Mycobacterium tuberculosis*, la variante *hominis* y la variante *bovis*, que provoca la llamada tisis perlada en los animales y ocasionalmente, algunos casos de tuberculosis pulmonar en el hombre; cada uno de ellos tiene una vía preferente de transmisión; este último se ingiere con la leche no esterilizada de vacas enfermas, dando lugar a inoculaciones intestinales a los lactantes, con adenitis mesentérica.

Una vez producido el contagio, la infección puede difundirse desde el foco primario, por tres vías:

- Linfática.
- Hematógena.
- Tubular (tracto respiratorio, digestivo, urinario, etc.).

Ranke ha sistematizado la evolución de la enfermedad en tres periodos:

1. de lesión o complejo primario, integrado por el chancro de inoculación, y la adenopatía satélite (complejo de Ranke).
2. fase hiperérgica o de diseminaciones linfohematógenas (granulias), con implantación del germen en diversos órganos.
3. tisis aislada o tuberculosis del órgano, limitándose, por lo general a un solo órgano, al que suele destruir.

Ulteriormente se ha abandonado esta clasificación, quedando solo en primo- y reinfección. Las lesiones que produce son de tipo inflamatorio, y las localizaciones más frecuentes son: pulmones, ganglios linfáticos, intestinos y peritoneo, huesos y articulaciones, meninges y centros nerviosos, piel, riñón y aparato genitourinario.

El *Mycobacterium hominis* se transmite por contacto con los enfermos, siendo facilitada la difusión en las grandes aglomeraciones de tipo urbano; contagio es fundamentalmente por vía aerógena, a través de las gotitas de Pflügge, producidas al hablar, toser o estornudar, y de los núcleos de Wells, aerosol originado por aquellos mismos mecanismos, y por las partículas desecadas de los exudados que pasan al aire al movilizarse el polvo de los recintos cerrados; la transmisión por la leche u otros alimentos es poco frecuente, solo para el bacilo bovino. Es excepcional la transmisión por vía placentaria, aunque se hayan apreciado lesiones tuberculosas en la placenta de madres afectas. Y también se consideraba fácil la infección por medio de los vestidos de los tuberculosos cuando una persona sana hace uso de ellos.

La tuberculosis fue la principal causa específica de mortalidad en todo el occidente europeo hasta mediados del siglo XX, que fue superada por el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes de tráfico²⁶⁹.

Según Campos de España²⁷⁰, era bastante frecuente la coexistencia de tuberculosis y hábito asténico o tísico, caracterizado por un tórax aplanado y paralítico de abertura torácica superior, costilla flotante, huesos delgados, escaso panículo adiposo, debilidad muscular y retardo del desarrollo, planteando la duda si la tuberculosis era causa o efecto de este hábito constitucional; es fácil de deducir que si esta era la enfermedad de los pobres o estratos socioeconómicamente débiles,²⁷¹ la desnutrición proteico-calórica era un factor predisponente, a lo cual se añadía, una vez producida la infección, el cuadro clínico característico, con consunción del enfermo. Este mismo autor, ya mencionaba que un hecho importante para la propagación de la enfermedad es

²⁶⁹ MOLERO MESA, Jorge. *Dinero para la cruz de la vida. Tuberculosis, beneficencia y clase obrera en el Madrid de la Restauración*. Historia Social, 39, 2001.

²⁷⁰ CAMPOS DE ESPAÑA, Enrique. *Curso completo de Medicina interna*. Ripollés. Sin fecha.

²⁷¹ SCHUMBURG, Wilhelm. *La tuberculosis; medios de evitarla y curarla*. Manuel Marín, 1907.

la observación de que la enfermedad penetra con especial preferencia, en las oscuras chozas de los pobres, y en las grandes casas de vecindad, donde a veces se encuentran acumuladas seis y más personas en una cocina, al paso que suele respetar más las casas de campo y los palacios. No siempre era así, y tenemos como muestra real, a Alfonso XII, muerto prematuramente por esta enfermedad, y como muestra ficticia, a la Dama de las Camelias, de Alejandro Dumas, porque la tuberculosis puede tener preferencias, pero no respeta clases sociales. Nuestro insigne Premio Nobel, D. Santiago Ramón y Cajal tampoco escapó de este azote, cuando, favorecido por el paludismo contraído en Cuba, hizo un cuadro agudo en 1878, como él mismo describe en su *Infancia y Juventud*.²⁷²

Además de los factores de habitabilidad de las viviendas, ya señalado, parece ser, según Schumburg²⁷¹, que la profesión tenía también gran importancia para la producción de la TBC; el jornalero agrícola, que trabaja al aire libre, será menos atacado que el obrero de fábrica o pequeño artesano, que muchas veces tiene que hacer su trabajo en locales mal ventilados, húmedos o llenos de polvo, expuestos a frecuentes cambios de temperatura, como herreros, sopladores de vidrio, etc. También los picapedreros, afiladores y pulidores y fabricantes de lápices.

Así, muchos higienistas relacionaron el origen de la tuberculosis con la forma de vida proletaria: una alimentación insuficiente, largas jornadas de trabajo, alojamiento en viviendas insalubres, y otros hábitos poco recomendables, como el alcoholismo, la inmoralidad, ignorancia, promiscuidad sexual, onanismo, etc. De esta manera, aferrados a esta última versión, las autoridades políticas preferían emprender campañas educativas y moralizadoras hacia los obreros, en lugar de acometer reformas estructurales de envergadura, como la obligatoriedad de cumplir la jornada de ocho horas, mejora de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo, mejora de las condiciones de habitabilidad de las casas, etc. Y, a más abundamiento, la teoría bacteriológica, afirmando el carácter infecto-contagioso de la enfermedad, hacía que los políticos se sintieran en gran medida liberados de responsabilidad sobre la transmisión de la tuberculosis.

Como es fácil de suponer, Elche no iba a escaparse de esta maldición. Las deficientes condiciones higiénico-sanitarias de la población ya habían sido denunciadas en 1894 por los doctores Gadea y Fernández Grau a la Junta Provincial de Sanidad, como reflejaba *El Liberal* en noviembre de ese año. El Dr. Luís Gómez Aznar, Subdelegado Municipal de Medicina, insistió fuertemente en 1916 de que los cuerpos, nutridos tan deficientemente, sin probar bocado de carne en un mes, “están con respecto a la tuberculosis como el fuego junto a la pólvora”; para este médico, divulgador en numerosas publicaciones del semanario *Trabajo* a lo largo de varios años, las causas fundamentales del aumento de la enfermedad en Elche, eran la alimentación, el exceso de trabajo, el alcoholismo, el cine y, en consonancia con las teorías en boga a nivel nacional, los espectáculos semipornográficos que producían excitaciones ruinosas para la salud.

Ya hemos señalado, al revisar el padrón de Beneficencia del 1924, como en muchas viviendas, sobre todo del Arrabal de San Juan, convivían numerosas personas en un mismo domicilio, muestra fehaciente de hacinamiento:

²⁷² RAMON Y CAJAL, Santiago. *Mi infancia y Juventud*. Librería Beltrán, 1946.

Figura 112.- Hacinamiento según datos del padrón de 1924.

Calle o Plaza *San Juan* *Casas* *del Casa n.º 1*

PADRÓN de los individuos que tienen derecho a *cedencia*
 céutica gratuitamente.

Nombres y Apellidos	Edad	Naturalidad Provincia	Pueblo
<i>Enrique Dallerteros Jimena</i>	<i>38</i>	<i>provincia</i>	<i>el Alcazar</i>
<i>Damon Jimenez Rubio</i>	<i>28</i>	<i>provincia</i>	<i>el Alcazar</i>
<i>Alfonso Jimenez Rubio</i>	<i>22</i>	<i>provincia</i>	<i>el Alcazar</i>
<i>Catalina Jimenez Rubio</i>	<i>20</i>	<i>provincia</i>	<i>el Alcazar</i>
<i>Carolelecia Jimenez Rubio</i>	<i>17</i>	<i>provincia</i>	<i>el Alcazar</i>
<i>Alfonsina Jimenez Rubio</i>	<i>15</i>	<i>provincia</i>	<i>el Alcazar</i>
<i>Carmen Jimenez Dallerteros</i>	<i>7</i>	<i>provincia</i>	<i>el Alcazar</i>
<i>Olivero Jimenez Dallerteros</i>	<i>4</i>	<i>provincia</i>	<i>el Alcazar</i>

Pero este riesgo no era privativo del Arrabal de San Juan; en mayo de 1926, se aprueba una propuesta del Subdelegado de Medicina, acordando ordenar a Juan Mari Canales, dueño del edificio Cuartel, que en el término de treinta días, queden desalojadas las viviendas situadas en la parte norte de dicho edificio, las cuales no podrán ser habitables mientras no reúnan las debidas condiciones de habitabilidad. Y en junio de 1927, el concejal Diego Irlés propone al alcalde se sirva ordenar al Sr. Subdelegado de Medicina del Partido para que gire una visita de inspección a las viviendas que se sospeche sean antihigiénicas, principalmente en las del edificio llamado Antiguo Cuartel de Caballería, habitado por muchísimas familias pobres; y poco después, el informe del Subdelegado es demoledor: el edificio, propiedad de los herederos de Teresa Morante, tiene algunas paredes y techumbres en estado ruinoso, y propone medidas higiénicas, sobre todo en lo referido a evacuación de excretas, construcción, impermeabilización, etc., de retretes y urinarios, porque hay un retrete en comunicación con una cocina, otra cocina no tiene salida de humos, hay un retrete común para varias habitaciones y comunicado con ellas, en muy mal estado, sin puerta, sin sifón, de modo que el ayuntamiento ordena a la propietaria que efectuó las reformas propuestas en el mencionado informe, y en caso contrario, se prohibirá habitar en dichas viviendas.

Pero, como hemos señalado, también el ambiente laboral era favorecedor del contagio tuberculoso; a pesar de que gran parte del trabajo alpargatero era efectuado en el propio domicilio del trabajador, cuando se hacía en la fábrica o taller, era en condiciones penosas: en incomoda postura, en locales cerrados, oscuros, faltos de ventilación, tal como denunciaba en el semanario "Trabajo" el Dr. Gómez Aznar en 1909, y durante horarios maratonianos, puesto que, a pesar de haberse aprobado la jornada de ocho horas, nadie en Elche la respetaba, siendo común el destajo durante once o doce horas diarias. Con el paso de los años, la situación no había mejorado mucho: dicho semanario seguía diciendo en 1923 que "las viviendas son tugurios insalubres, los alimentos escasos y adulterados por la sed de ganancias de los fabricantes; sin aire, sin alimentación sana y abundante, los trabajadores han de dar constantemente una fuerte contribución a toda clase de enfermedades". Por eso, puede resultar resulta difícil de entender que en 1912 el alcalde y el gobernador civil prohibiesen sacar los bancos de los costureros al aire libre en calles de poco tránsito.



Figura 113.- Trabajo en la calle.

Según J. Verdes,²⁷³ el diagnóstico precoz de la TBC pulmonar primaria en el niño es completamente imposible, porque no ofrece signos físicos ni radiográficos ni de laboratorio, a pesar de ser esta fecha cuando se suele producir la primera infección tuberculosa, pero al ser su sintomatología tan poco llamativa, hay que esperar a que se presente el niño enfermo para poder sospechar el diagnóstico, sobre todo, en los casos en que la convivencia del pequeño con individuos que tosen, haga temer la posibilidad de un contagio. Es por lo que recomendaba hacer cuti-reacción, teniendo presente que a los catorce años, la totalidad de las gentes reaccionan a la tuberculina.

La BCG (Bacille Calmette Guerin) es una vacuna obtenida cultivando bacilo tuberculoso; se ensayó en 1912 en animales bovinos y en 1921 se comenzó a utilizar por vía oral en recién nacidos (Weill-Hale y Turpin); a partir de 1925 son los países escandinavos los que lideran estas experiencias, e intentan otras vías de administración, como la subcutánea o intradérmica.

Hemos señalado anteriormente, que una de las posibles vías de contagio, era la ropa de los enfermos; el conocimiento de este hecho y el no cumplimiento de la normativa dio lugar en 1916 a un violento enfrentamiento entre los médicos titulares, el subdelegado de medicina y el alcalde de Elche; todo se origina cuando el subdelegado, Luís Gómez Aznar denuncia "*el punible hecho de la venta de ropas y muebles sin previa desinfección, procedente de los fallecidos por tuberculosis, denuncia que formuló como consecuencia de la que a él le han hecho varios vecinos de la Plaza de Joaquín Costa, quienes manifestaron que, al día siguiente de morir en la calle de Canalejas una tuberculosa, sin previa desinfección, se estaban sacudiendo ropas y efectos de la finada, incluso esteras*" Y que, "extrañado el sr. alcalde de estas manifestaciones, que ponen en descubierto un abandono lamentabilísimo, preguntó por el motivo de ello, que según manifestó el sr. subdelegado, era debido al desconocimiento que se tenía de la existencia de ciertas enfermedades, y habiendo preguntado igualmente si los señores médicos titulares de elche cumplían las obligaciones que les imponen los artículos 63, 64, 124 y 187 de la Instrucción General de Sanidad, dando aviso escrito al inspector municipal de los casos de enfermedades contagiosas, y ser contestado negativamente por el subdelegado de medicina, propuso y así se acordó por unanimidad, que, como primera providencia y en vista de las

²⁷³ VERDES MONTENEGRO, José: *Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis pulmonar en el niño y el adulto*. Cia. Iberoamericana de Publicaciones, 1929.

facultades que le confieren los artículos 64 y 204 de la referida instrucción, se imponga a dichos titulares la corrección que estime procedente” los médicos afectados: fueron Carmelo Serrano García, Julio María López Orozco, Manuel Martínez Magro y José Pomares Perlasia. Se propuso una sanción económica de 40 pesetas. A ello respondieron los facultativos, todos en los mismos términos, del siguiente tenor: *Carmelo Serrano: cédula personal de clase octava num. 4289, patente clase 9ª folio 3, acusa de perseguir algún fin con la sanción, como privarle de la plaza de titular, o molestar al compañero, por la falta de memoria del inspector municipal, que, por su avanzada edad es ya legalmente incompatible con el ejercicio de tal cargo: afirma que viene informando puntualmente de las enfermedades infecciosas en que interviene, y pide que se levante la sanción.* Julio Mª López Orozco, cédula personal de clase octava, num. 2156, patente clase 5º, folio 5º, iguales términos. Manuel Martínez Magro, cédula personal clase octava, num. 3706, patente clase 5º, folio 2, iguales términos. José Pomares Perlasia, cédula clase octava, num. 1858, patente clase 5º, folio 4, iguales términos.

No se estiman las reclamaciones, y se imponen las sanciones, se envían al gobernador y se publican en el diario oficial de la provincia. Camelo Serrano escribe al alcalde diciendo que ya ha hecho la consignación, pero que presenta recurso de alzada, afirma que sospecha intención de privar de sus plazas a los titulares, porque hay otros médicos que quieren dichas plazas, apoyados por el inspector; que no entiende que se sancione a los titulares, y no a los médicos de ejercicio libre, y que también fueron denunciados por el inspector. Afirma que siempre ha informado de los casos infecciosos, pero que, ingenuamente, no retira recibo ni resguardo que lo acredite porque nunca se siguió esta costumbre, que supondría una falta de confianza y compañerismo. Resulta que la enferma no fue atendida por ninguno de los cuatro médicos titulares, lo cual no fue obstáculo para sancionar a los titulares, pero no al médico que atendió a la paciente fallecida, por lo que sospecha que hay intención concreta de perjudicarles a ellos. Los otros tres presentan escritos iguales

En la respuesta al recurso se afirma que la infracción, el no enviar la relación nominal de enfermedades, es falta grave según el artículo 202 de la Instrucción General de Sanidad, y la sanción puede ser la destitución; si les ponen una sanción económica, esta claro que “no van a por ellos”; que en la sesión de la Junta donde se aprobó la sanción, estaba Manuel Martínez Magro, que no protestó y firmó el acta; que la multa no la puso el alcalde, sino que fue consecuencia de un acuerdo de la Junta de Sanidad. Que los médicos titulares de Elche no cumplen, desgraciadamente, con su deber, se demuestra con el hecho de que desde que desempeñan el cargo, y dos de ellos llevan 17 años ejerciéndolo, no han visitado jamás a ningún enfermo pobre del campo, a pesar de venir obligados a ello por los contratos con el Ayuntamiento, dándose el caso de que alguno hay fallecido sin asistencia facultativa. A tal efecto, el alcalde publicó un bando señalando los derechos de los ciudadanos y los deberes de los médicos de beneficencia. El gobernador no admite el recurso, parece que por falta de forma, y lo devuelve a la alcaldía; Lo médicos pagaron la multa e inmediatamente presentaron su dimisión en bloque, con lo cual Elche se quedó temporalmente sin médicos de Beneficencia.

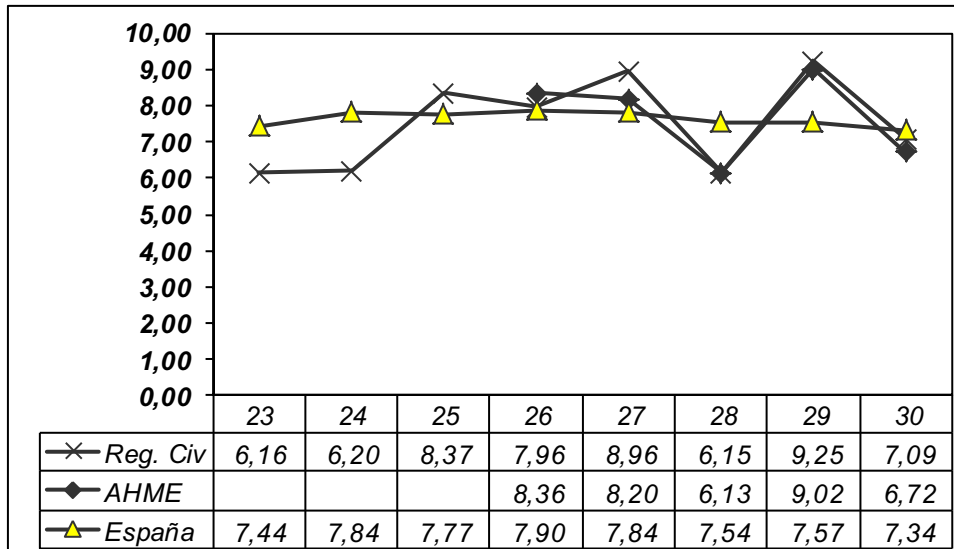
No le tiembla el pulso al alcalde, y acepta la dimisión, convocando, a continuación, concurso para cubrir las mencionadas plazas, dando un plazo de treinta días hábiles para la presentación de solicitudes. Se presentaron un total de veinticinco candidatos, de puntos tan distantes como Salamanca, Zaragoza, Castellón, o Almería, y se resolvió el 13 de noviembre con el siguiente resultado:

Distrito de Santa María.....Alfredo Llopis Castelado
Distrito del Salvador..... Joaquín Santo García
Distrito Arrabal de San Juan.....Juan Micó Serrano
Distrito Arrabal de Santa Teresa.....Luís Gómez Aznar

Se suscita la duda, al ver que, en efecto, el que era Subdelegado de Medicina y había denunciado a sus compañeros, ahora se presenta y obtiene en el concurso, la plaza de médico titular del distrito cuarto.

En España, la mortalidad por tuberculosis representó con gran regularidad, el 7.5 % del total desde 1900 a 1935. Según el Anuario 1927 del Instituto Nacional de Estadística, la tuberculosis fue causa de 7,90 de cada cien defunciones en 1926, y 7,61 en 1927 en el ámbito rural a nivel nacional; en Elche, las cifras son similares, incluso con los datos de Navarro García,²⁵³ oscilando entre el 6,16 de 1923 y el 9,25 de 1929, en que se pudo apreciar un cierto rebrote.

Tabla 112.- Tasas de mortalidad por tuberculosis.

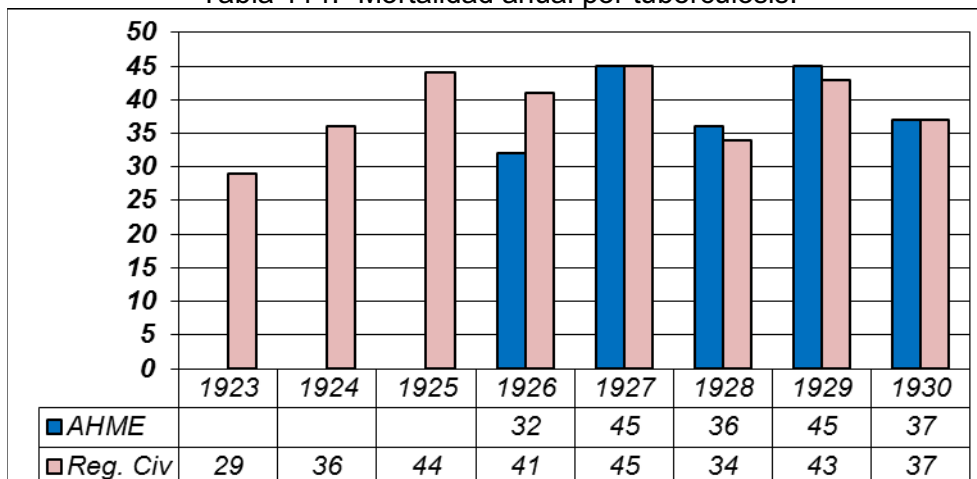


En el periodo que hemos estudiado, la tuberculosis fue causa de un total de 195 fallecimientos, según datos del AHME, desde abril de 1926, y de 309 según los datos del Registro Civil, desde enero de 1923, ambos hasta 31 de diciembre de 1930:

Tabla 113.- Mortalidad total por tuberculosis.

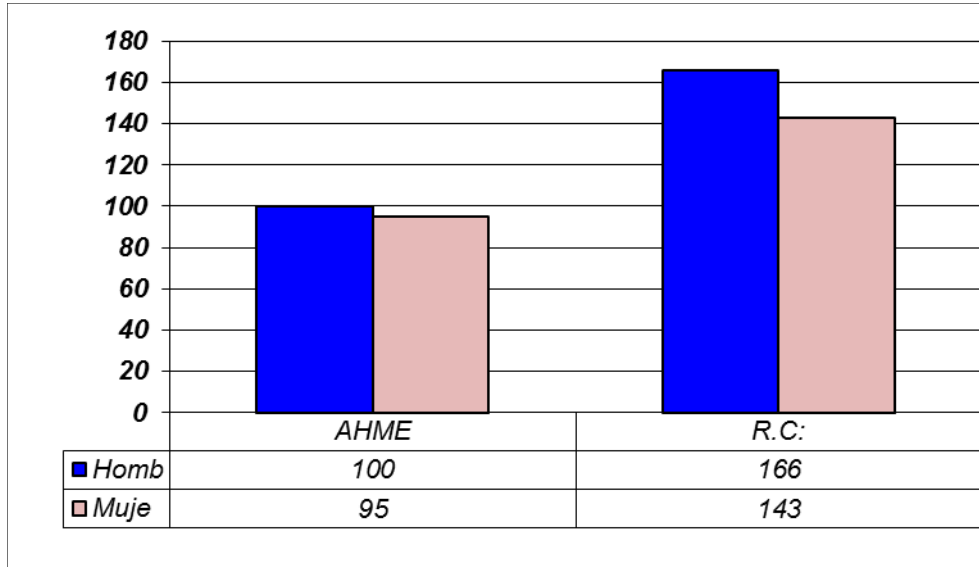
	AHME	Reg.Civ
Número	196	309
Media	15.9	25.3
Desv.St	3.30	4.23

Tabla 114.- Mortalidad anual por tuberculosis.



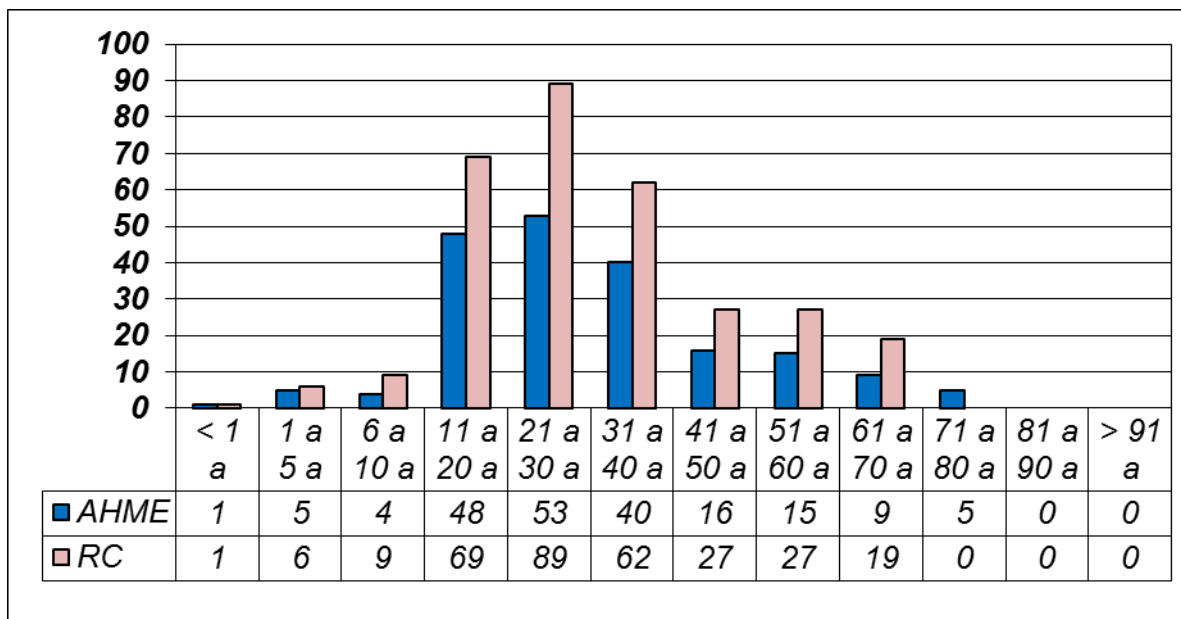
Parece que la mortalidad era algo superior en el sexo masculino que en el femenino, pero sin diferencia clara:

Tabla 115.- Tuberculosis. Mortalidad total por sexo.



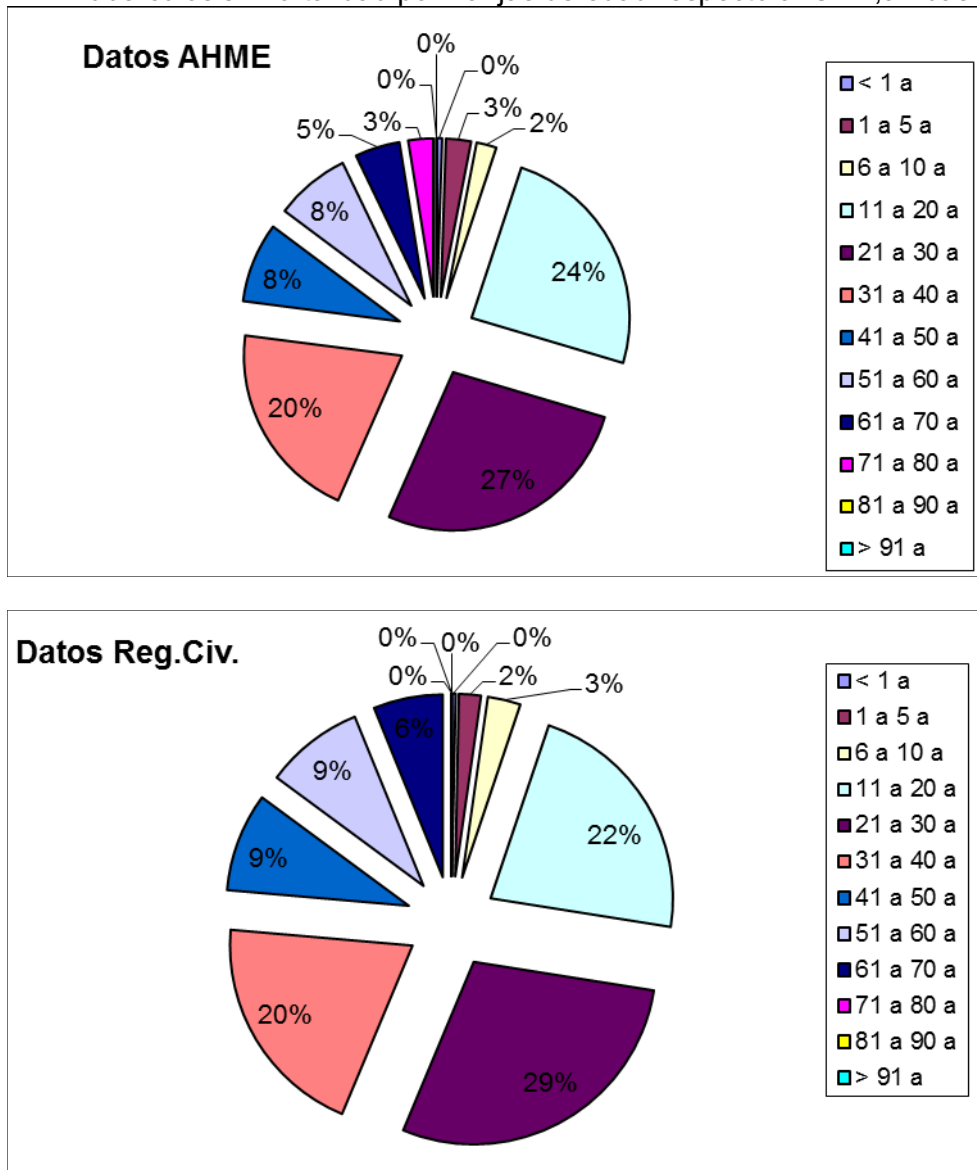
Diferente es lo que ocurre cuando analizamos la mortalidad por franjas etarias: prácticamente inexistente por debajo del año de vida, hay algunos casos hasta los diez años, comienza a elevarse la mortalidad con la adolescencia, y vemos que adopta una forma semejante a la campana de Gauss, con pico en la tercera década de la vida; afecta sobre todo a la edad adulta, disminuyendo con el paso de los años, hasta volver a ser escasa en la ancianidad: solamente hay cinco casos en todo el periodo, mayores de 71 años, ninguno por encima de los 80.

Tabla 116.- Tuberculosis. Mortalidad por franjas de edad.



De forma más clara podemos comprobar la distribución etaria de la mortalidad por tuberculosis, si estimamos el peso específico en porcentaje de cada franja con respecto a la mortalidad por esta enfermedad:

Tabla 117.- Tuberculosis. Mortalidad por franjas de edad respecto al GRD, ambas fuentes.



Vemos que, en efecto, la mayor mortalidad se concentra en las décadas segunda, tercera y cuarta de la vida, coincidiendo con la incorporación al mundo laboral.

Estos datos no coinciden con las apreciaciones de Schumburg²⁷¹, que afirma que la receptividad por la tuberculosis es máxima en la primera infancia y pubertad, siendo, en cambio, menor en la edad escolar intermedia; desconociendo datos de morbilidad, y manejando solo los de mortalidad, vemos que la mortalidad por tuberculosis no es significativa hasta la juventud, por encima de los 15 años, coincidiendo posiblemente con la incorporación definitiva al mundo laboral; hasta entonces, el trabajo de los niños no se efectuaba dentro de los recintos fabriles, sino más bien, como porteadores, llevando y trayendo “faena” , o colaborando con las labores de extracción del cáñamo, muchas veces como “filaor”, que ayuda al “menao”; tampoco podría ser descartable que estas labores del cáñamo fueran produciendo pequeñas lesiones pulmonares que fueran factores predisponentes a las infecciones relacionadas con el hacinamiento, primero en la vivienda, y posteriormente, en la fábrica.

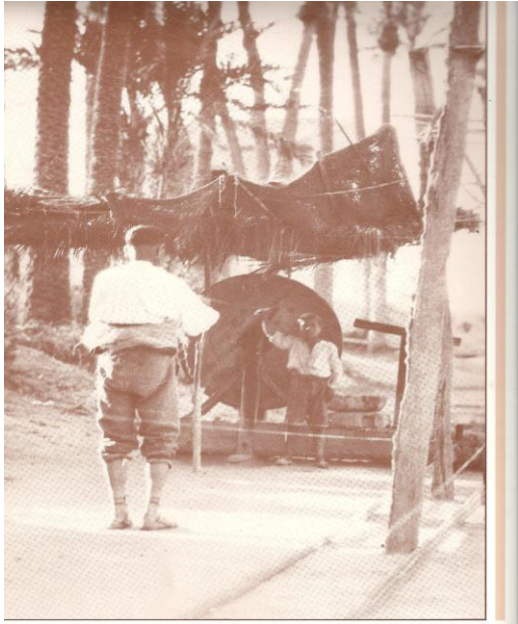


Figura 114.- Menaor y filaor, posiblemente padre e hijo, en las labores de extracción de la fibra del cáñamo.



Figura 115.- Cardador para la obtención de la fibra del cáñamo

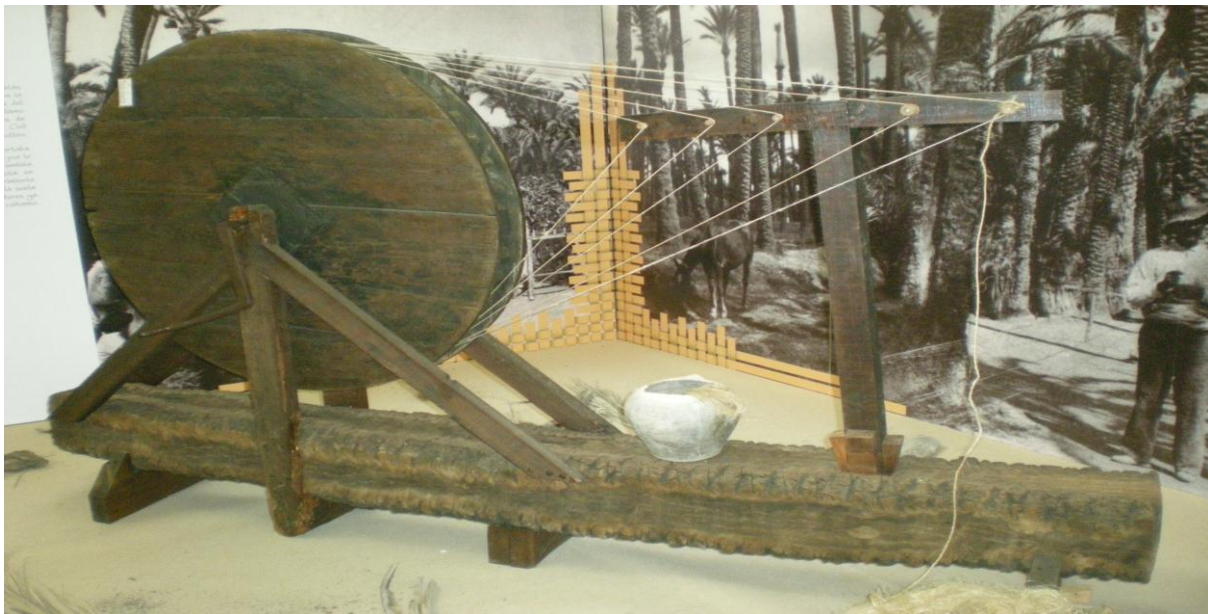
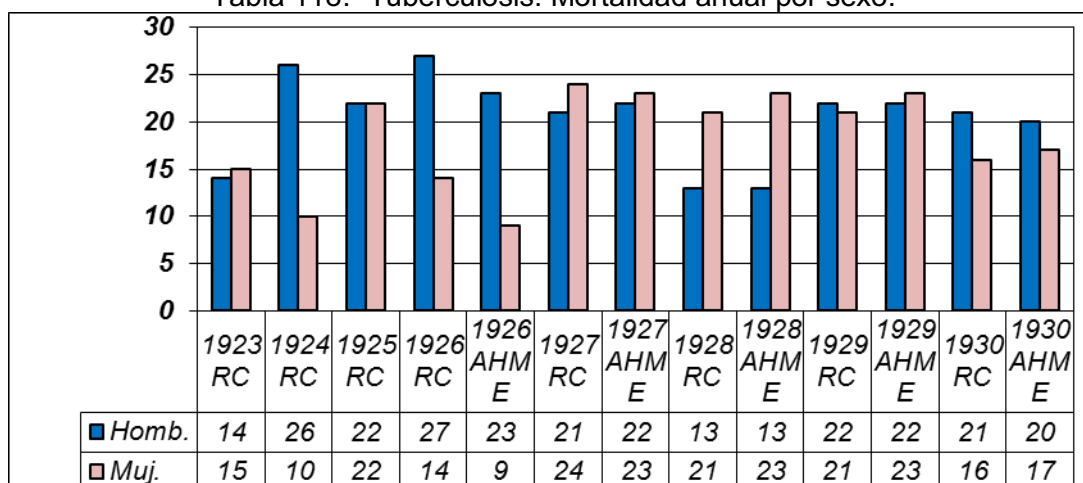


Figura 116.- Utensilio de filar.

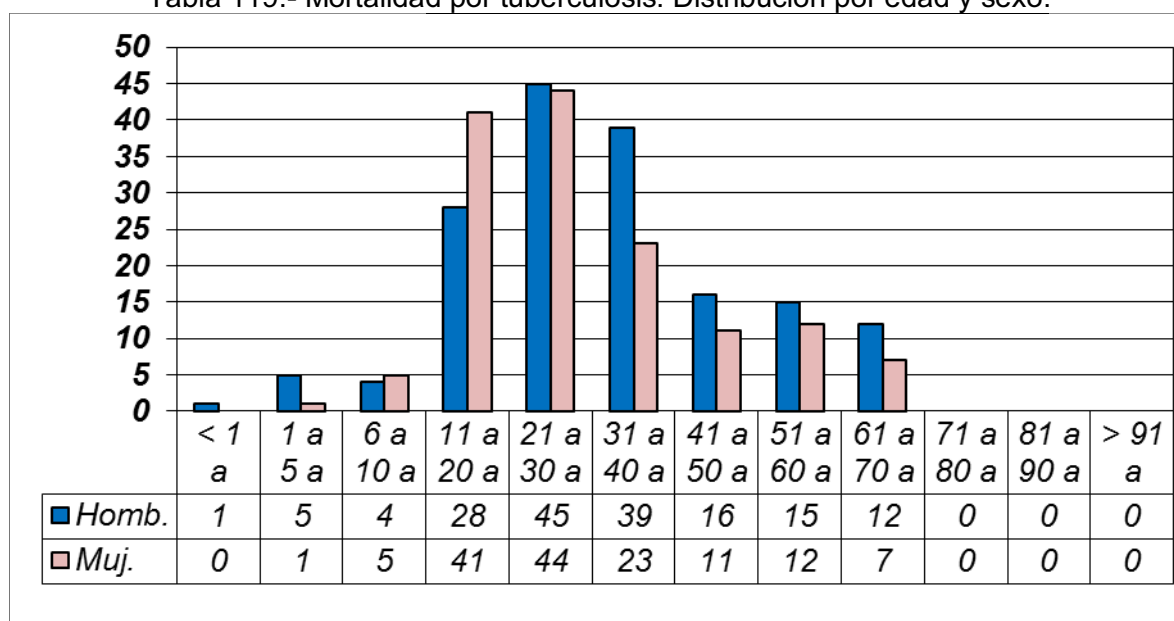
Algo más se aproximan a las afirmaciones de este mismo autor, quien manifestaba que hacia los 20 años son más fácilmente atacadas las mujeres, y al avanzar la edad, se modifica esta relación en perjuicio de los hombres, lo cual es debido a que estos, en sus ocupaciones en la lucha por la vida, están más fácilmente expuestos a la infección que las mujeres, las cuales en su mayoría se quedan cuidando de los quehaceres de la casa. Ya hemos visto que la precariedad del salario obligaba a que la mujer trabajase, muchas veces en casa, añadiendo las labores propias de su sexo, a las del trabajo alpargatero, pero otras muchas también fuera de ella, estando expuesta, por tanto, a los mismos riesgos que el varón, a los que habría que añadir los inherentes a su función reproductora. Nuestros datos coinciden en cierta medida:

Tabla 118.- Tuberculosis. Mortalidad anual por sexo.



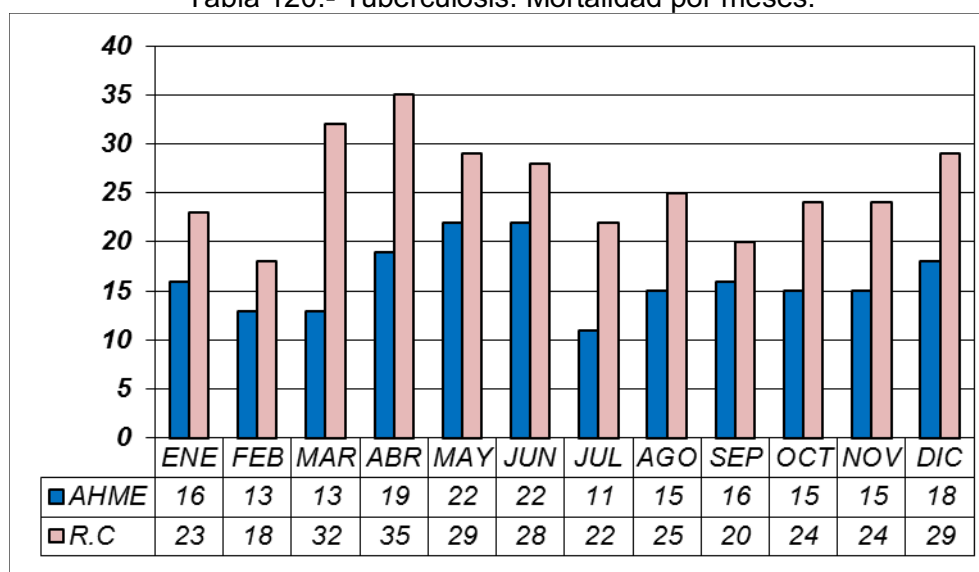
Encontramos que, si bien la mortalidad por TBC es mayor en la mujer en la década adolescente, casi con toda seguridad antes de que comience la maternidad, viene a igualarse en la franja etaria siguiente, la de los 20 años, es claramente menor en la de los 30, y también lo es en las décadas siguientes.

Tabla 119.- Mortalidad por tuberculosis. Distribución por edad y sexo.



Tampoco hemos encontrado una clara incidencia estacional en los fallecimientos por TBC en el periodo estudiado, tal vez algo más en la primavera y menor en el verano.

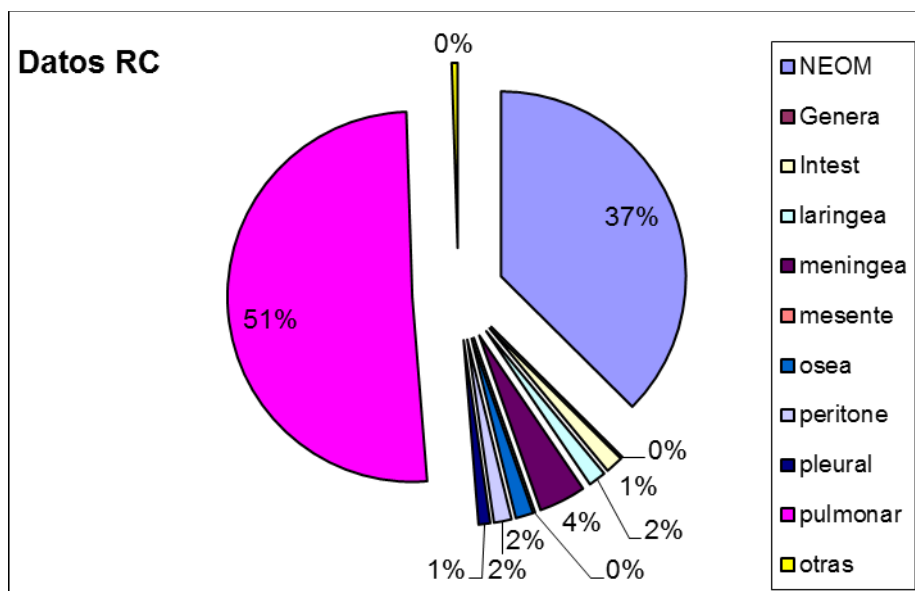
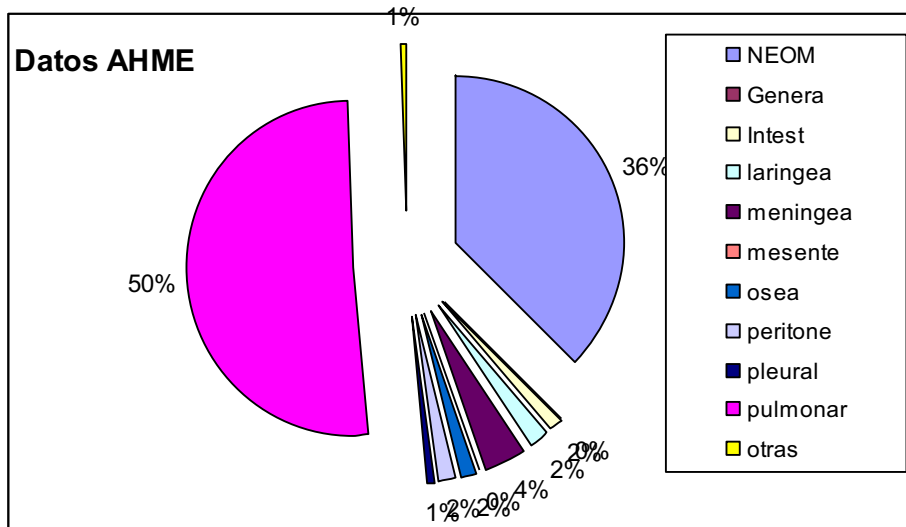
Tabla 120.- Tuberculosis. Mortalidad por meses.



En cuanto a la localización de la TBC como causa de muerte, fundamentalmente, es la pulmonar; en muchas ocasiones, sobre todo en los datos del Libro de Enterramientos del Archivo Municipal, se refleja solamente Tuberculosis, sin especificar un foco concreto; en otras ocasiones, se anota como tuberculosis generalizada; hemos incluido también una anotación de hemoptisis fímica como afección pulmonar, y una granulía como tuberculosis generalizada; hemos incluido aquí la meningitis cuando era etiquetada de origen tuberculoso, diferenciando de la meningocócica o la forma cerebrospinal.

Tabla 121.- Mortalidad por tuberculosis según localización.

	AHME	Reg.Civ.
NEOM	73	51
Generalizada	0	5
Intestinal	3	7
Laríngea	3	7
Meníngea	8	13
Mesentérica	0	1
Osea	3	3
Peritoneal	3	4
Pleural	2	2
Pulmonar	99	215
Otras	1	2
TOTAL	195	309

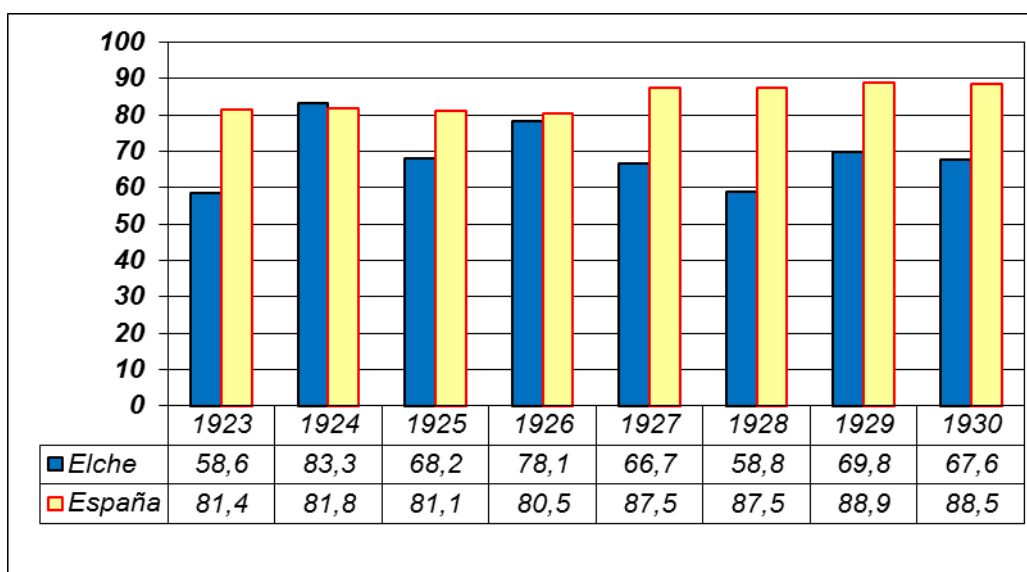


Comparando estos datos con los Navarro García²⁵³, vemos que la localización pulmonar de la tuberculosis, con ser la más frecuente en Elche, tuvo una mortalidad inferior a la media nacional a lo largo de los años:

Tabla 122.-Mortalidad por tuberculosis pulmonar, comparativo.

Año		Total fallecidos	TBC	% total	TBC pulmo	% TBC pulm
1923	España	449.683	33.477	7,44	27.261	81,43
	Elche	471	29	6,16	17	58,62
1924	España	430.590	33.746	7,84	27.600	81,79
	Elche	581	36	6,20	30	83,33
1925	España	432.400	33.580	7,77	27.227	81,08
	Elche	526	44	8,37	30	68,18
1926	España	420.838	33.207	7,89	26.736	80,51

1927	Elche	515	41	7,96	32	78,05
	España	419.816	30.274	7,21	26.495	87,52
1928	Elche	502	45	8,96	30	66,67
	España	413.002	28.620	6,93	25.038	87,48
1929	Elche	553	34	6,15	20	58,82
	España	407.486	28.298	6,94	25.154	88,89
1930	Elche	465	43	9,25	30	69,77
	España	394.488	26.553	6,73	23.482	88,43
	Elche	522	37	7,09	25	67,57



Y lo mismo para la localización meníngea, ligeramente inferior:

1.03.- ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES Y RABIAS (A20, A44, A75-79, A82-A84, A85, B17.0, B18.0,-B18.1, B26)

KALA AZAR

Es una forma de infección por un protozoo de la familia de los tripanosomas, denominado leishmania, concretamente, la donovani;^{266,267} característica de la edad infantil, con una distribución geográfica limitada prácticamente a los países mediterráneos; el reservorio fundamental es el perro, sobre todo los vagabundos; desde el animal enfermo, se transmite al hombre por medio de una pequeña mosca de color blanquecino, de la especie de los Flebotomos,(concretamente, el flebotomus argentipes), que, al picar al perro, adquiere el parásito, y le somete a una serie de transformaciones dentro de su tubo digestivo; una vez en el interior del niño, se va acantonar en el sistema retículo-endotelial: bazo, hígado, ganglios linfáticos y médula ósea.

Fue Roeser en 1835 quien hizo la primera descripción en la isla griega de Hydra; Clarke en 1896 la comprobó en los funcionarios ingleses residentes en la India y Birmania. Leishman en 1903 consiguió aislar el parásito a partir del bazo de un soldado fallecido en Inglaterra, que había regresado enfermo de la India.

Se aceptan tres enfermedades producidas por la Leishmania:

- Kala azar, producido por la *L. donovani*, de afectación predominantemente visceral.
- Botón de oriente, producida por la *L. trópica*, de afectación predominantemente dérmica.
- Espundia, producida por la *L. brasiliensis*, cutáneo-mucosa, casi exclusiva de América del Sur.

Tras un periodo de incubación de hasta cuatro meses, hay un breve pródromos de una semana, para dar paso a la triada sintomática, de *“fiebre, palidez y vientre grande”*; la fiebre es diaria, irregular; la palidez se debe a la anemia progresiva que ocasiona; el abombamiento abdominal se debe al enorme aumento de tamaño del bazo y también del hígado.

Es raro que evolucione de forma aguda, lo más frecuente es la subaguda, de varios meses, y es mortal sin tratamiento.

Fue causa de fallecimiento de una persona en 1924, dos en 1925 y otra en 1930. En España se han descrito casos desde principios del siglo XX, pero no se registran como causa de defunción hasta 1951; la morbilidad comienza a registrarse en 1981.²⁵³

Es muy probable que la escasa incidencia, en cuanto a mortalidad por Kala-azar, esté relacionada con la incesante lucha contra los perros vagabundos llevada a cabo desde el Ayuntamiento. Ya en agosto de 1923, el concejal Francisco Serrano García se quejaba de que las cabras iban por la calle sin bozal, lo cual *“puede ser peligroso en esta época, en que se esta suministrando veneno a los perros abandonados”*. Se hacía habitualmente, con estricnina, lo cual dio lugar a una queja de Francisco Quiles Maciá en una Comisión Permanente de junio de 1925, porque *la forma en que se procura la muerte de los perros vagabundos produce espectáculos verdaderamente repugnantes e impropios de un pueblo culto*, y propone que se estudie otro método para que desaparezcan los perros de la vía pública sin que se produzca dicho espectáculo; el alcalde, Gabriel Ruiz Chorro, propone recoger los perros a lazo, y (cómo no), crear un impuesto sobre su tenencia, multando a los dueños si lo tienen, empleando para los demás, el medio que se estime más adecuado.

PALUDISMO

Es una enfermedad, muy difundida en los países cálidos y templados, una de las más diseminadas por todo el mundo; su nombre procede del latín palus = laguna, por lo que se ha llamado también mal de los pantanos; recibe también el nombre de malaria, por la creencia antigua de que se transmitía por vía aérea al respirar aire contaminado (mal aire).

El paludismo ha acompañado secularmente a los habitantes de las tierras ribereñas del Mediterráneo. El motivo fundamental, también en esta zona, fue la llegada masiva de soldados repatriados tras las guerras de Cuba y Filipinas, portadores de la enfermedad. Al iniciarse el siglo XX Alicante era la décima provincia española en mortalidad por esta infección; en 1924, ocupaba la tercera posición, tras sufrir un rebrote en su incidencia en 1923. Por eso se ha afirmado que en España no se debe hablar de epidemias de paludismo, sino de recrudescimientos de la endemia palúdica.²⁷⁴

En España, la lucha antipalúdica no adquirió visos de organización hasta la segunda década del siglo XX, tras la epidemia sufrida entre 1914 y 1918, a pesar de que en 1901 la Dirección General de Sanidad había publicado una circular verdaderamente histórica en la lucha contra el paludismo, reconociendo de forma clara que *“un hombre sano contrae las calenturas porque un mosquito se las transmite desde otro hombre ya enfermo”*; y como quiera que esos mosquitos

²⁷⁴ BUENO MARI, Rubén; JIMENEZ PEYDRO, Ricardo. *Crónicas de arroz, mosquitos y paludismo en España: el caso de la provincia de Valencia, (s. XVIII-XX)*. Hispania, Vol LXX, 236, 2010.

se crían en aguas estancadas, “aconseja la desecación o petroleado además de uso de alambreras tupidas y traslado de los enfermos a lugares libres de mosquitos”.

Enfermedad de declaración obligatoria desde 1885, desapareció de la lista en 1901, para volver a ser incorporada en 1944, por una epidemia incontrolable.

Los agentes causantes del paludismo, descubiertos por Laveran en 1880, son unos protozoos del género plasmodio, y se conocen cuatro especies que pueden infectar al hombre:

- P. vivax, agente de la fiebre terciana.
- P. malariae, agente de la fiebre cuartana.
- P. falciparum, agente del paludismo pernicioso tropical.
- P. ovale, clínica parecida a la terciana.

Su huésped verdadero y definitivo es la hembra del mosquito anopheles, que se desarrollan en aguas claras, estancadas, principalmente rodeadas de vegetación; ponen sus huevos, dispuestos en forma de estrella, sobre la superficie, y en unos 15 días, si la temperatura es favorable (24-27° C), alcanzan la fase de mosquito adulto



Figura 117.- El Hondo de Elche, visión actual. Fotografía del autor

Su ciclo biológico fue descrito en 1897 por Ross: al picar el mosquito a un individuo enfermo adquiere el protozoo y lo inocula con su saliva al picar a un individuo receptivo, en forma de esporozoitos, que pasan rápidamente a la sangre y comienzan a reproducirse; afecta con mas facilidad a individuos malnutridos.

Produce un cuadro clínico de manifestaciones variables; en la forma aguda, tras un periodo de incubación que oscila entre 12 y 28 días, según la especie, con fiebre, quebrantamiento general, cefalea, lumbalgia y ya se comienza a palpar la esplenomegalia; de tres a cinco días mas tarde, baja la temperatura y todo parece normalizarse, hasta que comienzan los verdaderos accesos palúdicos, intermitentes, con picos febriles (escalofríos, calor, sudor) ligados a la liberación periódica de agentes infectantes (en forma de merozoitos), que irrumpen en la sangre cada 48 horas en la terciana, y cada 72 en la cuartana; los síntomas viscerales suelen ser escasos, salvo la anemia, progresiva; puede aparecer ictericia por afectación del hígado; si el individuo no sufre más reinfecciones, el paludismo suele remitir, se reduce la esplenomegalia, y si se ha tratado, no suele recidivar. Posiblemente por eso no fue un motivo especial de preocupación de las autoridades, alegando que “por cuartanas no doblan las campanas”

En la forma crónica, producida generalmente por sobreinfecciones, el dato fundamental es la anemia, con esplenomegalia, desnutrición, paroxismos febriles y localizaciones viscerales diversas, con hepatopatía y evolución hacia la cirrosis, edemas por hipoproteïnemia, que pueden conducir a la caquexia palúdica y la muerte; figura una lírica (y épica) descripción en *Mi Infancia y Juventud*, de Ramón y Cajal²⁷², cuando relata su estancia en la Guerra de los Diez Años de Cuba.

El método diagnóstico de elección, es la observación del parásito en gota gruesa de sangre tenida con el método de Giemsa.

Tabla 123.- Mortalidad en Elche por paludismo.

Año	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Reg.Civ	4	9	4	1	0	0	0	0
AHME				0	0	0	0	0
España	1.290	1.197	927	852	826	735	571	552

Vemos en la tabla precedente, como la mortalidad por paludismo iba descendiendo paulatinamente en España: en Elche fue la causa del fallecimiento 18 personas en este periodo; a partir de 1926, no se registran más muertes por esta enfermedad. En junio de 1927, el concejal Diego Irlés informa en la Comisión Permanente de que existen algunos casos de paludismo, y lo atribuye a las malas condiciones de las viviendas. En varias ocasiones se ha denunciado, y, por lo general, adoptado medidas, sobre edificios en mal estado, con problema de eliminación de excretas, que permiten que las aguas se remansen.

Este dato puede resultar llamativo, habida cuenta de la gran incidencia del paludismo en la provincia de Alicante; según Perdiguero²⁷⁵ las zonas de mayor concentración estaban en la zona norte y en el Bajo Segura, favorecido por los marjales y las grandes extensiones arroceras. Elche tenía dos posibles factores de riesgo para haber sufrido un cierto aumento de la incidencia del paludismo; por un lado, la existencia de zonas palustres y humedales, como el Hondo; por otro, la emigración frecuente y periódica hacia países africanos ribereños, sobre todo Argelia, donde los trabajadores podrían contagiarse la enfermedad y después transmitirla a nivel local. Sin embargo, no ocurrió así; de hecho, el primer dispensario antipalúdico como tal, se instaló en San Fulgencio en 1926; el de Elche solo estuvo funcionando durante el verano de 1933; y se cerró al comprobar que la mayoría de los pacientes atendidos provenían de la Vega Baja, y no de la propia población ilicitana.

La labor de la Junta Provincial de Sanidad fue muy intensa durante estos años en la lucha antipalúdica; sin embargo, cuando vino a Elche, llamó la atención sobre todo, por la elevada incidencia de Fiebre de Malta, pero no hizo mención alguna a la malaria.

BRUCELOSIS

Incluimos la brucelosis en este apartado por tener una vía de contagio primordial, que es la ingesta de leche procedente de animales infectados.

La Fiebre de Malta fue identificada como entidad nosológica en 1863 por Marston, médico de la Marina Inglesa, quien la denominó "mediterranean remittent, or gastric remittent fever." La brucelosis, al igual que el carbunco, la rabia, el muermo, la leptospirosis, etc., forma parte del grupo llamado zoonosis, enfermedades de animales transmisibles al hombre.^{266,267} Su nombre esta inspirado en el descubridor de su etiología, Sir David Bruce, coronel del Ejército Británico, quien en 1868 examinando el contenido bacteriano de bazos hipertróficos pertenecientes a

²⁷⁵ PERDIGUERO GIL, Enrique. *Huertos, Arroz y Mosquitos. La lucha contra el paludismo en la Provincia de Alicante*. Cuadernos de Historia de España, v 79, n ° 1. Buenos Aires, 2005.

soldados fallecidos en la isla de Malta a causa de una enfermedad febril de origen desconocido, encontró unos microbios muy pequeños, que consiguió aislar y cultivar un año más tarde. Propuesto por Bruce, se sigue llamando Fiebre de Malta, aunque Chauffard, aprovechando el nombre de Melitis con que los historiadores latinos designaban a esta isla, propuso el nombre de melitococia.

El género *Brucella* provoca en los animales el aborto epizoótico de los suidos (cerdos), el aborto epizoótico de los bóvidos (vaca), y la brucelosis del ganado ovino y caprino (oveja y cabra); el perro, gato, caballo, y las aves de corral, etc., pueden sufrir también la enfermedad, pero es excepcional el contagio desde ellos al hombre, a quien las brucellas causan la Fiebre de Malta, la enfermedad de Bang y la fiebre ondulante de origen porcino; clásicamente se han distinguido tres especies de *Brucella*: la *B. melitensis*, de Bruce, cuyo principal reservorio y huésped es el ganado caprino y ovino, que produce la Fiebre de Malta, la *B. abortus*, que provoca la enfermedad de Bang en el hombre y el aborto epizoótico en las vacas, y la *B. suis*, de Trau que afecta de manera preferente al ganado porcino.

Tras un periodo de incubación que oscila por lo general, entre 10 y 20 días, aunque puede haber formas de presentación retardada, la aparición de los síntomas es variable, la enfermedad suele debutar de forma aguda o subaguda, con fiebre elevada, escalofríos, una profusa sudoración de olor característico, cefalea, estreñimiento (raramente diarrea sanguinolenta), quebrantamiento general, y fuertes artromialgias (por ello Roger acuñó el término de fiebre sudoral-álgica). Clínicamente se caracteriza por la tétrada clínica de fiebre ondulante, sudoración, estreñimiento y dolores. En la exploración física es común encontrar hepatosplenomegalia, orquitis, afectaciones articulares, sobre todo, sacroiliacas, intervertebrales y coxofemorales, con alteración de la marcha. Dejado a su libre evolución, el proceso suele ser autolimitado, con curación en un plazo de medio a un año, sufriendo el enfermo en este tiempo, cuatro o cinco ondas febriles, cada vez más atenuadas; el desenlace fatal se produce, según la mayoría de los autores, en un 2-4 % de casos, debido, sobre todo, a las localizaciones viscerales graves, cuando provocan hepatitis, endocarditis o se localizan en el sistema nervioso central. Hasta la aparición de las sulfamidias y las tetraciclinas, el tratamiento era habitualmente sintomático, reposo en cama, alimentación suficiente y tiempo.

No se incluyó en la Clasificación Internacional hasta 1926²⁵³, por lo que no hay datos sobre mortalidad en España hasta 1933, donde aparece con 291 casos.

El contagio²⁷⁶ se realiza por intermedio de la leche de los animales enfermos y por los alimentos que han sido contaminados con las excretas.

En el acta municipal de fecha 7 de abril de 1922, el alcalde, Lorenzo Fenoll Serrano, manifiesta que se propone girar una visita, junto con el Inspector Municipal de Sanidad, para comprobar las condiciones donde pernoctan los ganados, para evitar la propagación de las fiebres de Malta, que tantos estragos causan en la salud pública. Pocos días más tarde, el concejal Francisco Fluxá expone los males que está ocasionando el desarrollo de las llamadas Fiebres de Malta, producidas tal vez por pernoctar el ganado en el casco de la población, como al parecer ha ocurrido en la calle del Ángel, en el distrito de San Juan, donde han tenido lugar dos defunciones, y existe en las casas inmediatas algunos enfermos que padecen dichas fiebres. Pero las cabras no solo pernoctan en la ciudad, también pastan y pasean por el cauce del río, lo cual ya había sido denunciado en la Comisión Permanente, dado que suponía un riesgo añadido, puesto que las cabras sin bozal, podrían ingerir la estricnina que se colocaba para exterminar perros vagabundos.

²⁷⁶ FORNS, Rafael. *Higiene Individual y social*. Imprenta Tipografía Tutor, Madrid, 1912.

Y es que, en efecto, a pesar de lo dispuesto con notable anterioridad, los ganados siguen pasando las noches en la ciudad. Se pide el pertinente informe a la Junta de Sanidad, y mientras tanto, no se permite dicha pernociación, pendientes del informe del Subdelegado de Medicina, que, a la sazón, estaba enfermo.



Figura 118.- Rebaño de ganado cabrío pastando por el cauce del río, bajo el puente del Ferrocarril, a principios del siglo XX. Foto Monferval.

Desde la oposición, Tomás Alonso Blasco señala que en el Bando de Policía actualmente en vigor, se ordena que los ganados pasarán la noche fuera de la población desde primeros de junio hasta finales de agosto, que se haga cumplir.

El semanario *Trabajo*²⁷⁷ en su reseña de las actividades consistoriales “*cabildeos municipales*” refiere que en la sesión plenaria del 26 de mayo de 1922, todos los bancos del salón estaban ocupados por propietarios de ganado cabrío de la población; porque en ese mismo mes, la Junta Directiva de la Sociedad “Obreros Cabreros”, en un primer intento de alargar la cuestión, pide que se revoque este acuerdo, por no disponer de locales adecuados fuera de la ciudad para encerrar sus cabras. Como no podía (o no debía) ser de otra forma, el acuerdo se mantiene y no se revoca.

Al mes siguiente, se lee el informe de los Subdelegados de Medicina y Veterinaria, sobre la pernociación de ganado cabrío en el casco de la población, cuyo tenor literal es el siguiente:

- *Durante los meses de verano, debe ponerse en vigor lo que disponen las Ordenanzas Municipales respecto a que los ganados cabríos pernocien fuera de la ciudad.*
- *En los demás meses, los establos o corrales para cabras dentro de la población, deberán reunir las siguientes condiciones: el suelo será impermeable, cemento, asfalto, ladrillo, etc., con uno o más canales de desagüe y grandes ventanas para su ventilación, debiendo extraerse los residuos diariamente, y lavarse los pisos.*

²⁷⁷Semanario Trabajo, 28 de mayo de 1922.

- *Para instalar un ganado cabrío en dichos corrales, será requisito indispensable la autorización de la alcaldía, previo informe favorable de la Junta Municipal de Sanidad, después de la visita de inspección a dichos establos del subdelegado de Medicina.*

Ya apreciamos un dato curioso: la respuesta de los Subdelegados solo hace referencia a las condiciones de estabulación del ganado, limpieza de corrales e instalaciones; pero no menciona nada relacionado con el consumo de leche o quesos de cabra; de acuerdo que la petición de informe a estas autoridades se refería básicamente a establecer una normativa que regulara la presencia de este ganado dentro de casco urbano; pero también es fácil entender que su finalidad es evitar la propagación de la brucella; y ambos subdelegados deberían conocer que esta bacteria también se transmite por la leche sin hervir y los quesos frescos elaborados con leche contaminada. ¿Abstracción? ¿Distracción? ¿Ignorancia? En la fotografía adjunta, tomada en 1910, vemos a un niño mamando directamente de las ubres de la cabra.

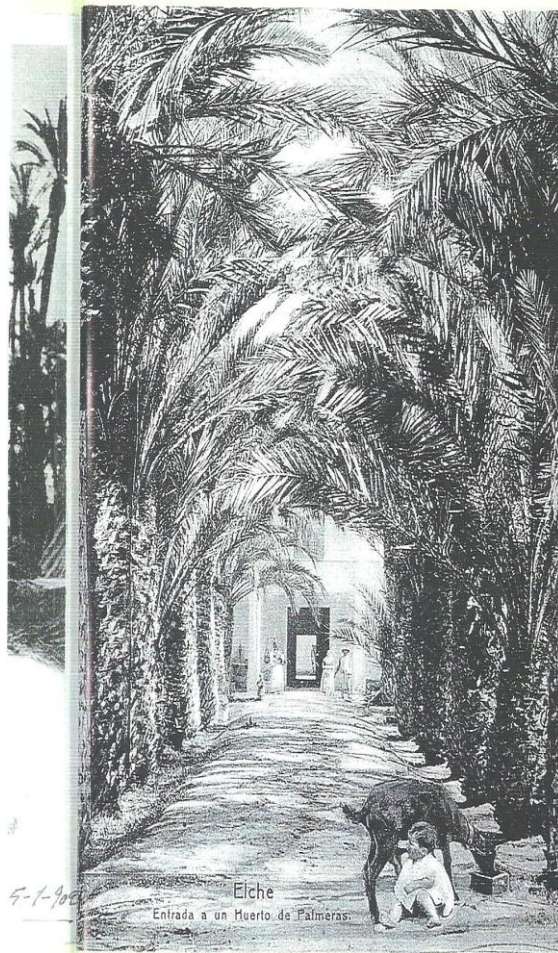


Figura 119.- Niño mamando de la cabra.

Hubo un grupo político que se significó especialmente en la reivindicación de estas medidas; la habilidad del equipo de gobierno, dió lugar a la protesta del concejal Antonio Cañizares, porque, al parecer, ante las quejas de los ciudadanos y los cabreros a la hora de aplicar estas medidas, la respuesta de la policía era atribuir el problema a las presiones de la minoría socialista. De nuevo, *Trabajo* sale en defensa de su director (el mencionado Cañizares), con un duro editorial contra los partidos dinásticos (en su línea habitual, dicho sea de paso), advirtiendo que “es seguro que la próxima sesión, liberales y conservadores – de lo corrompido – aprobarán de una manera diplomática una vergüenza y un escarnio para el pueblo de Elche, permitiendo como hasta aquí, que los ganados cabríos pernocten en la ciudad, con lo cual se agrava la situación del pueblo, y se vulneran las ordenanzas municipales, fabricadas y amañadas por los representantes de la repugnante monarquía.”

Se equivoca el vocero socialista, porque el alcalde, que se había reunido ya con los cabreros, ante el ruego de estos, concede simplemente una prórroga de ocho días para dar cumplimiento a la norma, que debe ser respetada en todos sus términos.

La protesta de los cabreros es declararse en huelga, y privar de leche a la población, sobre todo a los enfermos, culpando a Cañizares de lo ocurrido, lo que vuelve a disparar las alarmas socialistas, con otros varios artículos en defensa de la actuación de los concejales de este partido en el Ayuntamiento.

Pues bien, tres meses más tarde, en junio de 1922, el pleno informa que se ha reunido la Junta de Sanidad para estudiar lo de la pernoctación de ganados, y se ha nombrado una ponencia: en el libro de actas, no consta referencia alguna a esta reunión ni a la ponencia; en este año la comisión de Sanidad solo se reunió en el mes de noviembre, para discutir sobre licencias de instalación de fábricas; nada de Malta. Dos meses después, aun se siguen quejando en los plenos de que hay cabras en las calles Luna y Rastro, también del Arrabal de San Juan.

Tiene que transcurrir casi un año para que en mayo de 1923, de nuevo el concejal socialista Cañizares vuelva a manifestar que, como se acerca el verano, se recuerde a los dueños de ganado cabrío que no podrán, en dicha estación, pernoctar sus animales dentro de la población; dos meses después, en pleno periodo de la prohibición, las cabras siguen pasando la noche en la ciudad. El alcalde, Tomás Alonso Blasco, dice que ha dado ocho días de plazo a los cabreros para que se trasladen (lo tenían que haber hecho a primeros del mes anterior): pues más de lo mismo: al mes siguiente, y ya es agosto de 1923, sigue habiendo cabras en la calle de la Luna, y de Joaquín Santo, del mismo barrio de San Juan.

Con el cambio de régimen, ya no hay más intervenciones de concejales al respecto, pero, desde el público, se sigue insistiendo. En un pleno de noviembre de 1923, Antonio Sansano Mora expone que “en la ciudad se padecen con frecuencia las Fiebres de Malta, debido sin duda a que los ganados cabríos pernoctan en la población, y ruega se adopten las medidas necesarias para evitar esta enfermedad”. Esta vez sí que es trasladada la queja a la Junta de Sanidad, quien se remite a los acuerdos adoptados en sesión plenaria de junio de 1922, ratificándose ello en el pleno de 16 de noviembre.

Pero, dando marcha atrás, la Junta de Sanidad, en febrero de 1924 permite que las cabras puedan entrar y pernoctar en las casas últimas del casco de la población, siempre que estos edificios tengan salida independiente al campo, para que por ellas salga el ganado sin pasar por ninguna calle, y que el establo tenga ventilación suficiente y piso impermeable. Craso error, como veremos, pues los animales vuelven a estar en el perímetro de la ciudad, acercando de nuevo las fuentes de contagio.

Sin embargo, no hemos encontrado en 1925 ninguna mención a este problema, ni en los plenos ni en la Comisión Permanente, ¿se había solucionado? ¿Habían sido efectivas las medidas adoptadas por el Consistorio? ¿Se había acabado la Fiebre de Malta en Elche?.

Pues, es obvio que no; en marzo de 1926, se recibe en el Ayuntamiento un escrito firmado por Rafael Botella Pastor y cinco cabreros más, pidiendo permiso para tener en sus casas, como reserva y servicio al público, cuatro cabras de las de leche, a fin de atender a las necesidades perentorias de los enfermos. No deja de ser llamativo el intento de sortear la ordenanza, promoviendo la leche fresca de cabra a la categoría de medicamento de urgencia.

Cierto es que a la leche se atribuían en esa época numerosas propiedades medicinales: En un tratado de *Terapéutica física*, de 1928²⁷⁸ se indica que en muchos estados morbosos es

²⁷⁸ PRETI, Luis. *Terapéutica física*. Tomo I. Wasserman, 1928.

necesario recurrir a la dieta láctea: que estando constituida por albúminas, hidratos de carbono y grasas, casi en las proporciones óptimas para la nutrición, puede decirse que es un alimento completo; la leche constituirá la base de la alimentación en estados febriles, por ser digerida con menor dispendio energético; también recomienda el régimen lácteo en la úlcera gástrica, la gastritis aguda y crónica, la cirrosis biliar hipertrófica.

El profesor Velázquez²⁷⁹ recomienda el consumo de leche de vaca o cabra, la que mejor le sienta y esté acostumbrado al enfermo, y como la leche cruda no suele producir el estreñimiento que la hervida, siendo alimento más completo, se podrá usar en aquellos casos que pueda lograrse de un animal (vaca o cabra) sano, a los enfermos de úlcus (hiperacidez, vagotonia, estreñimiento), úlcus pilórico, epiteloma gástrico, pero no en las litiasis biliares, diarreas gastrógenas; leche de vaca sin hervir, ordeñada de día, si se tiene la garantía de ser siempre del mismo animal y que este es sano. Leche con miel en las hepatitis, descremada en las pancreatitis, retirada la nata después de hervida y enfriada. Queso fresco de cabra en la gota. Cura de leche en los diabéticos de tipo gordo sin desnutrición, poca leche en la hipertensión o la tuberculosis, la insuficiencia miocárdica.

Pero es notorio que nada de ello justificaba la necesidad de obtener a cualquier hora del día o de la noche, leche recién ordeñada para administrar a los enfermos, no se apreciaba motivo para su extracción con carácter de urgencia, por lo que enterada la comisión del mencionado escrito, teniendo en cuenta los acuerdos de la Junta Municipal de Sanidad de 14 de noviembre de 1923 y 29 de febrero de 1924, así como lo dispuesto en el artículo 14 del Reglamento de 17 de noviembre de 1925, sobre clasificación de establecimientos, el presidente de la Comisión de Beneficencia y Sanidad y Teniente de Alcalde Francisco Quiles dijo que si el primer acuerdo de la precitada Junta que acaba de leerse, se hubiera sostenido en toda su integridad, nada habrían dicho los ahora recurrentes, pero habiéndose modificado se ha dado base a que hayan surgido desigualdades, perjudicando intereses, puesto que unos pueden vender leche y otros no, por lo cual, en evitación de perjuicios y en beneficio de todos, debe someterse este asunto de nuevo a estudio por la Junta Municipal de Sanidad. La respuesta de esta Junta, es clara y sensata: no se puede autorizar la presencia de cabras en el casco urbano, y si tienen que vender leche para atender necesidades perentorias de algún enfermo, que calculen previamente lo que van a necesitar, que lo envasen adecuadamente y lo despachen en las debidas condiciones; este acuerdo es ratificado a su vez por la Comisión Permanente, pues se considera que hay facilidad para que los vendedores de leche tengan dispuesta en vasija a propósito la que consideren necesaria para el citado servicio a enfermos, y que se conceda treinta días a los citados vendedores para que, en este término, busquen local adecuado y a la distancia prevenida para tener las reses los que actualmente se hallen o residan en la población.

Un tercer intento cuando en mayo, de nuevo, escrito de Rafael Botella y otros, solicitando permiso para que sus ganados pernocten en los patios o corrales en las afueras de la ciudad, no forzosamente a más de 500 metros; y de nuevo, negativa a ello del Ayuntamiento. Una semana después, nueva instancia, ahora de Antonio Pastor y otros cabreros, pidiendo prórroga para sacar los ganados a dicha distancia, porque no encuentran locales para ello. Y la comisión permanente accede a ello. Hemos llegado a mayo de 1926, y las cabras siguen sin abandonar la ciudad.

En junio de 1927 se vuelve a denunciar la presencia de cabras en el Huerto del Murciano, y simultáneamente, se informa por el inspector de Sanidad, de la existencia de 17 casos de Fiebras de Malta y 10 de tifoidea en Elche. El informe del secretario inspector de Sanidad, da cuenta de un oficio del Inspector provincial de Sanidad en el que pone de manifiesto como

²⁷⁹ LORENZO VELAZQUEZ, Benigno. *Formulario de Terapéutica Clínica*. Tipografía y encuadernación Senén Martín Díaz, Avila, 1939.

consecuencia de la visita girada el día 11 de los corrientes (julio), las deficiencias observadas en el orden sanitario, entre ellas, la presencia de veinte enfermos atacados de fiebre tifoidea y más de cuarenta de melitococia; expone que esto último es debido, sin duda, al contagio de las cabras, unas veces por la leche o quesos frescos fabricados con ella, y otras, a la excreta de estos animales, que infecta otras sustancias alimenticias. Este informe ordena se prohíba la venta de quesos frescos procedentes de leche de cabra, y que esta se someta previamente a ebullición antes de su uso, haciendo cumplir al mismo tiempo y con todo rigor, el acuerdo ya tomado de que no se permita la estabulación de cabras en local que diste menos de 500 metros de la población.

Porque, de nuevo, en octubre de 1927, Rafael Botella y compañeros, y ya van cinco veces, solicitan se autorice durante las estaciones de otoño e invierno, puedan cerrar sus ganados en establos bien acondicionados, situados en las últimas casas o los alrededores de la población; y se vuelve a pedir dictamen a la Comisión de Beneficencia y Sanidad y al subdelegado de Medicina. Lo cual obliga, a que en enero de 1928, al alcalde, ahora Antonio Bonete Pomares, tenga que ratificar por enésima vez el acuerdo municipal de no estabular las cabras a menos de 500 metros de la población.

En mayo de 1928, el subdelegado de Medicina informa a la Junta de Sanidad de que la ha sido comunicado por Diego Irlles Martínez, Presidente de la Comisión Permanente de Beneficencia y Sanidad del Ayuntamiento, que en la calle San Agatángelo número 24 se cierra un ganado, dándose el caso que en aquella calle se han registrado algunos casos de fiebre de malta, muriendo uno de los atacados de dicha enfermedad y ruega a la presidencia se pongan en vigor todas las disposiciones acordadas sobre el cierre de ganados en la población, imponiendo a los contraventores de las mismas, las multas a que hayan lugar.

El presidente contesta que había dado orden para que se tomase relación de todos los ganados que cierran en la ciudad, y tan pronto se la presente, impondrá multas a los dueños de los mismos, y dará un plazo breve para cierren su ganados a más de 500 metros de la población. El mismo subdelegado propuso y la Comisión acordó por unanimidad se prohíba terminantemente la venta de queso de leche de cabra.

Y en noviembre de 1928, se refiere que “a pesar de los diferentes acuerdos adoptados sobre los establos de cabras, hasta la fecha no se ha conseguido que estén fuera del radio de la población, y se propone que por el sr. alcalde se cite a los cabreros y se les haga saber estos acuerdos, apercibiéndoles que de no realizar el traslado de los establos donde marca la ley en el plazo que se les señale, se les impondrá el máximo de la multa.”

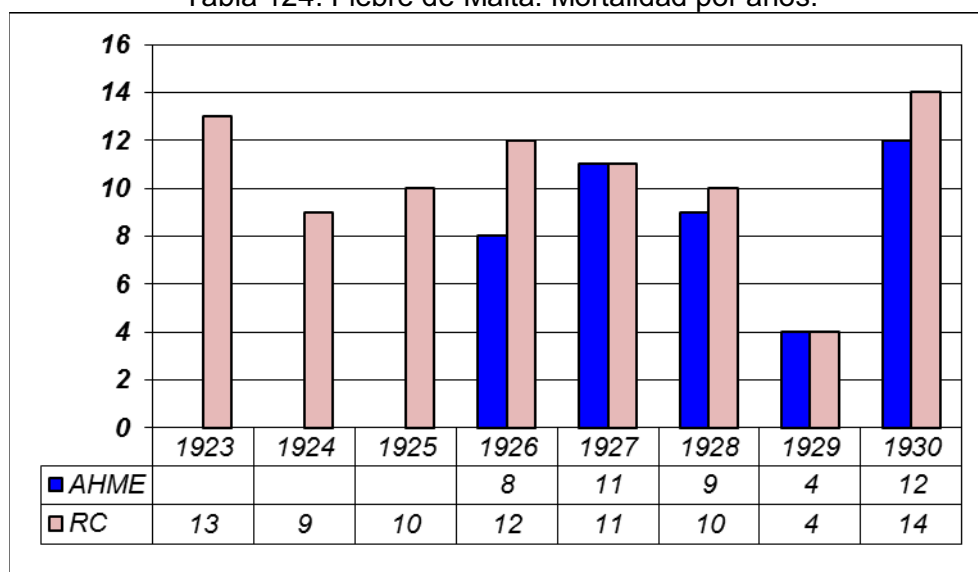
¿Cabe mayor incompetencia en la gestión de un asunto tan importante para la salud pública? Porque en mayo de 1930, la Comisión Permanente acusa recibo de un oficio del gobernador civil en relación con este asunto, y en junio Emilio Ferragut, inspector provincial de Sanidad asiste a la reunión de la Junta de Sanidad, y, explica que su presencia en esta Junta con motivo de las visitas hechas a esta población por haberse presentado frecuentes casos de Fiebras de Malta, expone las observaciones y estudios que ha hecho de los enfermos y análisis de sangre de las cabras, para sacar la conclusión de que en la actualidad existen atacados por esta enfermedad unos cuarenta enfermos, y que el 70 % de las cabras padece melitococia, cuyo origen radica principalmente, en la convivencia con las personas del ganado cabrío: tanto la leche como la orina y los excrementos de estos animales son el vehículo principal y primero del contagio, originándose luego casos de transmisiones diversas, de persona a persona, aumentando día a día la proporción de atacados por este mal, que tantos estragos origina en Elche, y cuyas pérdidas económicas pueden calcularse en unos cien mil duros anuales, aparte del valor inapreciable de las vida humanas que se pierden. Y vuelve a pedir al alcalde que prohíba la estancia de las cabras a menos de 500 metros de la población, que si por alguna razón tiene que ser a menor distancia, procede y debe preceder el informe del inspector municipal de Sanidad y el de Higiene y Sanidad Pecuaria, que se prohíba la venta de queso

fresco, que se separen las cabras enfermas de las sanas, que la leche se consuma hervida, que las casas donde existan fiebres de Malta deben ser provistas por el Ayuntamiento, si son pobres, de cal suficiente para desinfectar los orinales, mezclando la cal con la orina de los enfermos por espacio de una hora antes de ser arrojada a los retretes, y, por último, que la ropa de los enfermos deberá someterse a la ebullición o desinfección por legiadora.

En agosto, José Pareja Pomares, ganadero, dirige una instancia al alcalde, que le tiene que responder diciendo *“que respecto a la “estabulación” de un ganado de cabras en un corral anexo al domicilio del Sr. Pareja situado en la calle de, Dr. Fajarnés, (ahora es en el Arrabal de Santa Teresa), a espaldas del asilo y a distancia no menor de 12 metros de cualesquiera otras habitaciones”* deben atenerse a las disposiciones que constan en las actas de 14-11-1923, 27-03-1926, 28-06-1927, 2-6-1930, y al oficio nº 269 del Gobierno Civil de 15-05-1930, que dice *“se ordena a todos los propietarios de cabras que se encuentran a menos de 500 metros de la ciudad, procedan a su evacuación en un plazo de cinco días”*, oficio que fue leído por el Sr. alcalde a todos los cabreros que acudieron a la alcaldía previamente citados para este objeto”.

Ocho años de ordenanzas municipales incumplidas con respecto a la prevención de la transmisión de la brucelosis. Parece que al final, el Ayuntamiento consiguió imponer la norma, pues si bien hay que reconocer que la Fiebre de Malta no era una de las principales causas de mortalidad en Elche en el periodo que venimos estudiando: supuso la muerte de un total de 83 personas según el Registro Civil, y 44 según el Archivo Municipal entre 1923-1926 y 1930: ello supone el 1.71 y el 2.01 % respectivamente, de la mortalidad total. No podemos comparar nuestros datos con los de Navarro García²⁵³. En 1931, el practicante de la Beneficencia Municipal Ramón Pastor murió por esta enfermedad.

Tabla 124. Fiebre de Malta. Mortalidad por años.



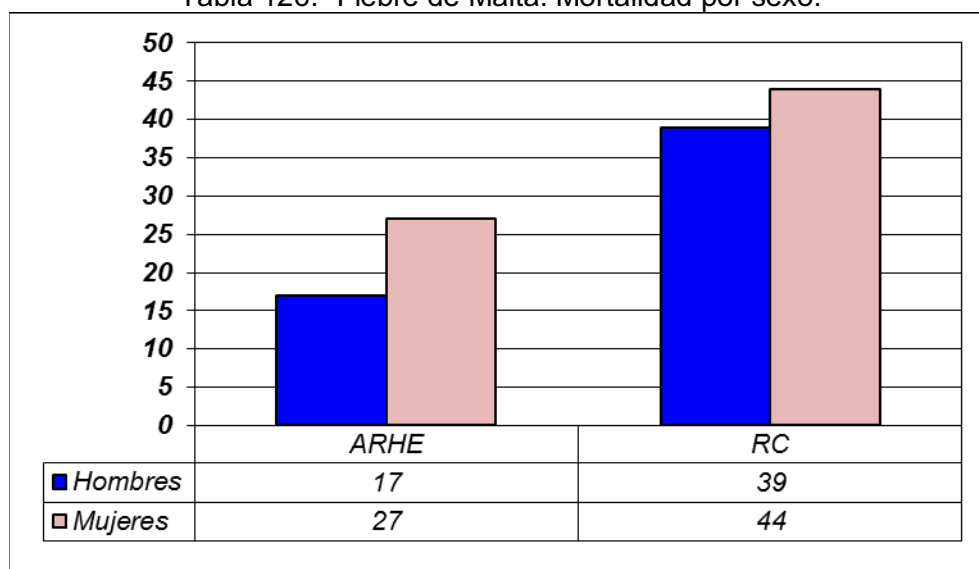
Parece ser que las medidas adoptadas por la alcaldía en el año 1928 dieron un cierto resultado, ya que en los dos últimos meses de ese año, y hasta julio del año siguiente, no hubo ninguna defunción por brucelosis, con notable caída de la mortalidad en el año 1929, solo cuatro casos. Pero en 1930 hubo un nuevo rebrote, con cinco fallecimientos en los cuatro primeros meses, lo cual vino a motivar la comentada intervención del mencionado Inspector Provincial de Sanidad.

Tabla 125.- Fiebre de Malta. Mortalidad anual por franjas de edad.

	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930					
	R.C	R.C	R.C	ARHE R.C	ARHE R.C	ARHE R.C	ARHE R.C	ARHE R.C	ARHE R.C	ARHE R.C	ARHE R.C	ARHE R.C	ARHE R.C
< 1 a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 a 5 a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6 a 10 a	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1
11 a 20 a	1	2	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1
21 a 30 a	4	1	1	4	4	2	2	2	3	0	0	2	2
31 a 40 a	3	0	2	1	2	2	2	3	2	1	0	2	1
41 a 50 a	2	2	2	2	3	1	1	0	0	1	2	1	1
51 a 60 a	2	2	1	0	1	2	2	2	2	1	1	2	4
61 a 70 a	1	1	1	0	1	2	2	1	2	0	0	5	4
71 a 80 a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
81 a 90 a	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
> 91 a	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
total	13	9	10	8	12	11	11	9	10	4	4	12	14
Homb	7	4	6	3	4	5	5	2	4	1	1	6	8
Muje	6	5	4	5	8	6	6	7	6	3	3	6	6

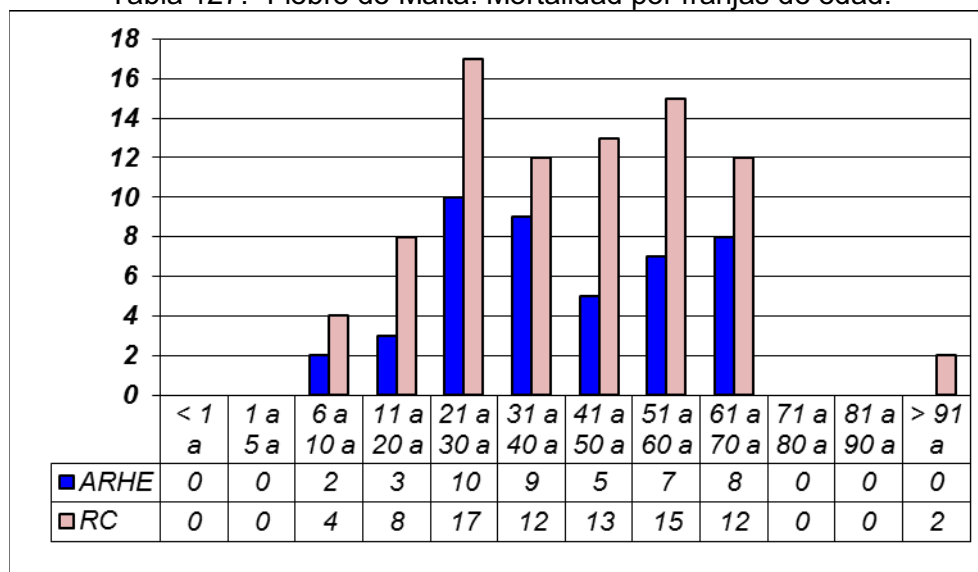
Parece que la enfermedad era algo más frecuente entre las mujeres:

Tabla 126.- Fiebre de Malta. Mortalidad por sexo.



Enfermedad más propia de la edad adulta que de la infancia, no se registra ningún caso antes de los cinco años, tiene un pico de frecuencia en la década de los veinte años, mantenida de forma estable hasta la sesentena para caer después de forma clara.

Tabla 127.- Fiebre de Malta. Mortalidad por franjas de edad.



Cierto es que la mortalidad no es excesiva, según se puede desprender de estos datos; pero si seguimos lo señalado por A. Pedro Pons²⁶⁸ de que la mortalidad era de un 2-4 %, ya resulta una morbilidad apreciable: oscilaría entre 500/1.000 casos al año en 1926, para bajar a 200/400 en 1930, que podrían equivaler a los 40 enfermos detectados en un momento puntual por el Inspector Provincial de Sanidad.

No se incluyó en la Clasificación Internacional hasta 1926, por lo que no hay datos de mortalidad en España hasta 1933, donde aparece con 291 casos²⁵³

Por otro lado, hay que entender las posturas, tanto de los cabreros como de los munícipes. Asentado que la fiebre de Malta se transmite al hombre desde la cabra, y teniendo comprobado que más de 70 % de la cabaña cabria ilicitana estaba enferma de brucelosis, y debía ser sacrificada, queda claro que el cumplimiento de la normativa suponía la ruina completa para el colectivo de ganaderos de cabras, que perderían su fuente primordial de ingresos; y el Ayuntamiento, por muy cumplidor que quisiera ser de las normativas, no podía dejar de considerar la situación en que iban a quedar estas familias.

1.04.- ENFERMEDADES PREVENIBLES CON INMUNIZACION (A33-A37, A80, B05, B06, B16, B17, B18,-B18.1, B26)

SARAMPION

Enfermedad infectocontagiosa, producida por un mixovirus, era el proceso exantemático mas frecuente en la infancia.

A pesar de tener una baja letalidad por sí misma, representaba una causa importante de mortalidad infantil en España, alcanzando cifras muy elevadas en pacientes mal nutridos, o pertenecientes a estratos sociales menos favorecidos. Su receptividad es prácticamente universal; el niño la sufría cuando concluía la inmunidad pasiva que le había transmitido la madre (si esta había padecido la enfermedad previamente), y tomaba contacto con el virus; no solía aparecer antes de los seis meses de edad, generalmente, en relación con el periodo de lactancia materna (hoy este postulado no tiene vigencia)

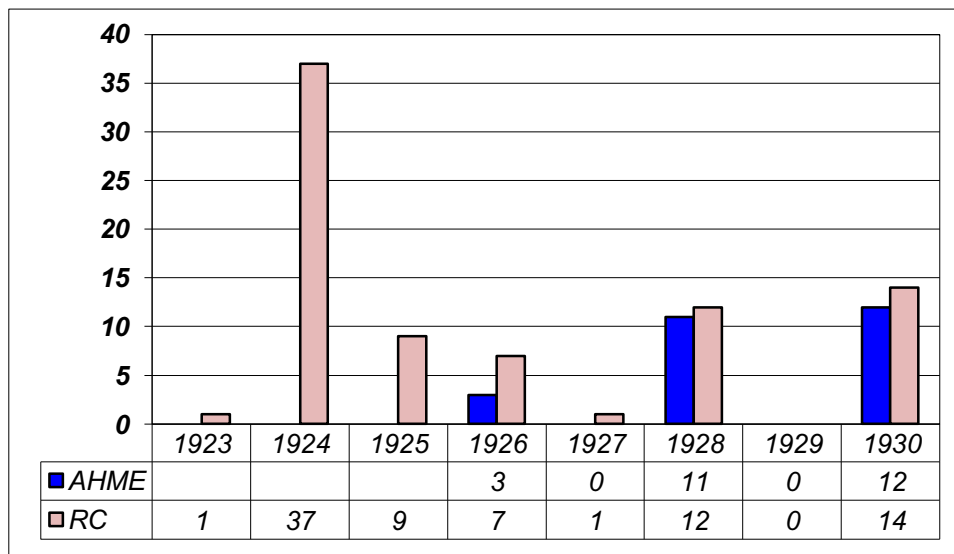
Tenía mayor tendencia a aparecer, en forma de oleadas epidémicas, en los meses fríos, de invierno y primavera.

Sus datos clínicos sobresalientes, son la fiebre, conjuntivitis, enantema (enrojecimiento de las mucosas) exantema (enrojecimiento de la piel) y las características manchas de Koplik, blanquecinas, como salpicaduras de azúcar sobre el fondo rojo de la cara interna de labios y mejillas.

La mortalidad solía relacionarse con las complicaciones, sobre todo, las respiratorias, en forma de bronquitis capilar (bronquiolitis) y bronconeumonías, aunque también puede producir afectación neurológica con meningoencefalitis y mielitis, generalmente en forma desmielinizante.

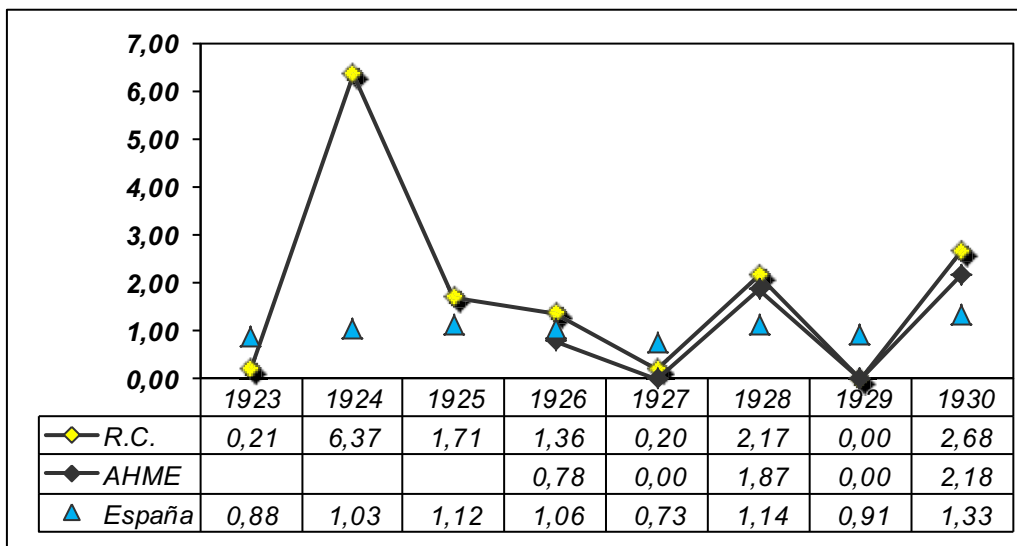
Causó el fallecimiento de 26 personas según el archivo y 81 según el registro durante el periodo que venimos estudiando, el 1,01 % y el 1,95 % respectivamente. La diferencia tan notable se debe, en este caso, a una epidemia sufrida en la ciudad durante el año 1924, que ocasionó la muerte de 37 personas, 22 de ellas en un mes.

Tabla 128. Mortalidad anual por sarampión.



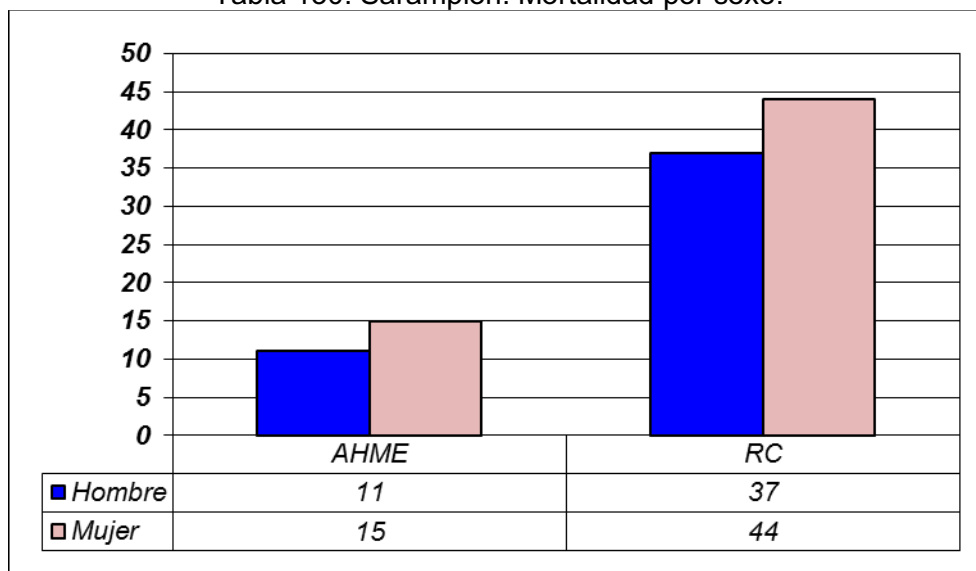
Comparando estos datos con los de Navarro²⁵³, vemos que, en efecto, la mortalidad por sarampión en el año 1924 multiplicó por seis la media nacional, permaneciendo ligeramente superior en los años consecutivos:

Tabla 129.- Tasa de mortalidad por sarampión.



Afectó un poco más al sexo femenino que al masculino sin diferencia valorable.

Tabla 130. Sarampión. Mortalidad por sexo.



Enfermedad característicamente infantil, no hubo ningún caso por encima de los 40 años, la persona de más edad fallecida por sarampión fue una mujer de 38 años. Una niña de tres días figura inscrita como fallecida por bronconeumonía sarampionosa; con excepción de esto, no hay ninguno con menos de seis meses, con esta edad figuran dos fallecidos, y a partir de ahí, la frecuencia va en aumento, alcanzado su pico antes de los cinco años.

Tabla 131.- Sarampión. Mortalidad por franjas de edad.

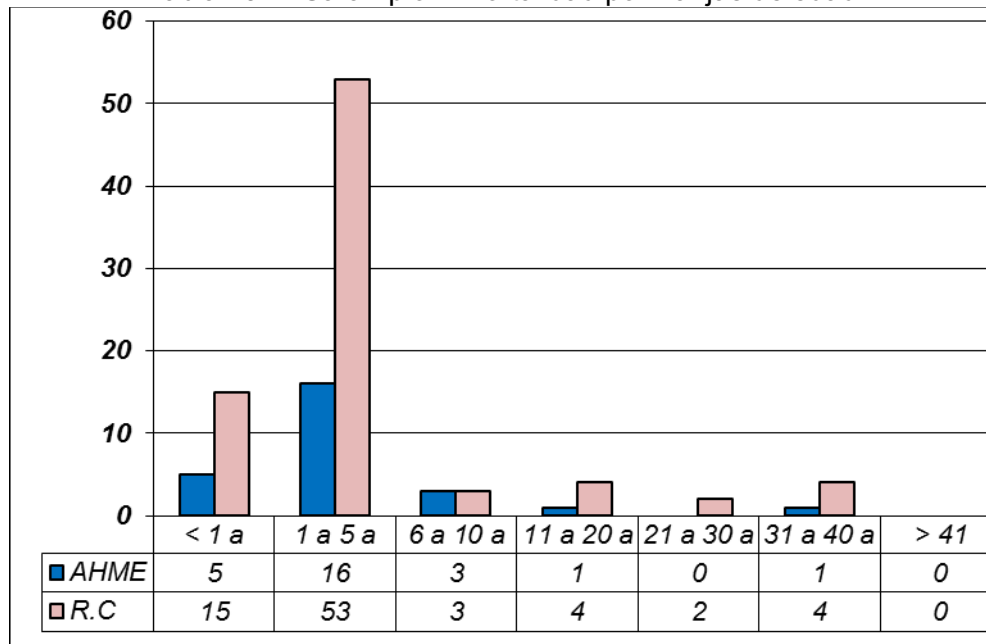
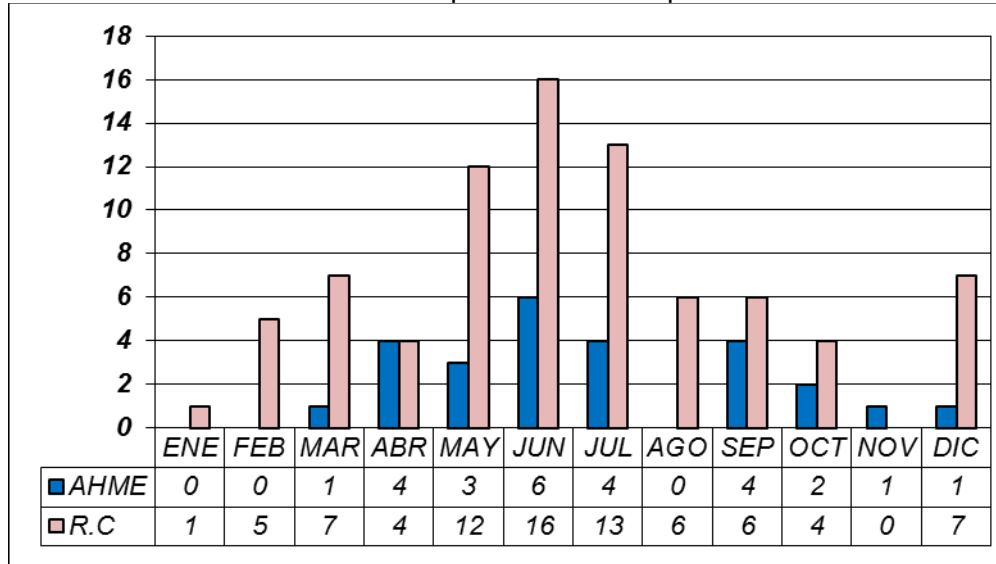


Figura en muchos casos como causa aislada del fallecimiento, pero también se registra la causa como complicación de la enfermedad: sobre todo, las de tipo respiratorio, como bronquitis, bronconeumonía, faringitis, laringitis, estomatitis, y menos, las digestivas, con gastroenteritis o neurológicas, bajo el diagnóstico de coma, lo que ocurre en una sola ocasión, suponemos que sería una meningoencefalitis, complicación ya señalada anteriormente.

No hay anotado ningún caso de rubéola, puesto que esta aparece en la lista de la CIE en 1948.

En nuestra serie, el sarampión tuvo más tendencia a agruparse en los meses de primavera y principios de verano, no tanto en invierno.

Tabla 132.- Sarampión. Mortalidad por meses.



GRIPPE

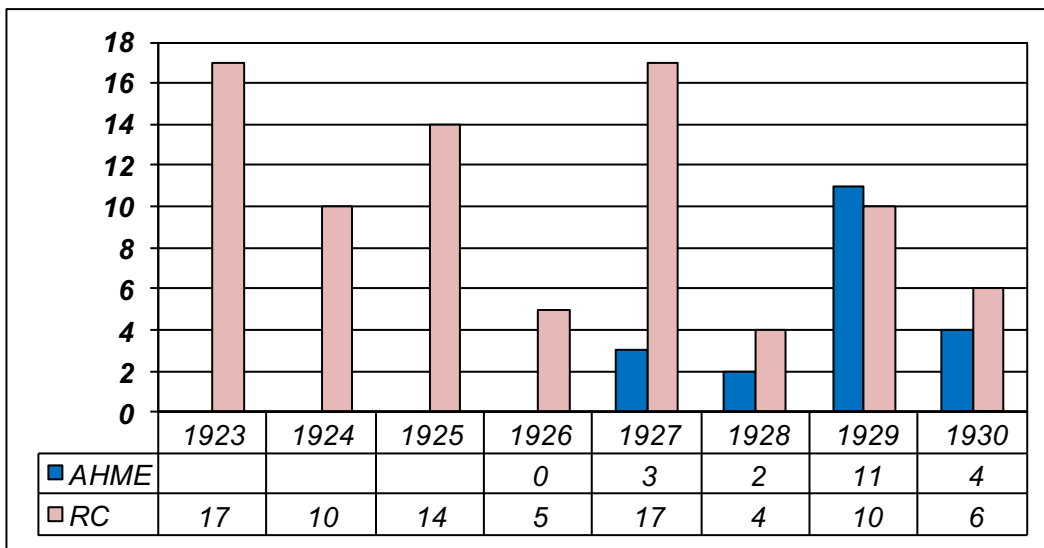
En el año 1918 hubo en España (y también en Elche, por supuesto) una importante epidemia de gripe (por aquel entonces se escribía “grippe”); ni el propio Rey Alfonso XIII pudo librarse de ella; en septiembre de ese año se reunió la Junta de Sanidad, bajo la presidencia del alcalde, Tomás Alonso Blasco, para exponer que *“la enfermedad gripal que ha invadido a varias poblaciones, se ha presentado también en esta, aunque con carácter benigno..... por lo que creía conveniente publicar un bando indicando a los vecinos las medidas higiénicas a adoptar”*.

En octubre, nueva reunión, el alcalde ya reconoce que la enfermedad se ha propagado extraordinariamente, por lo que dicta una serie de normas de higiene, para tratar de evitar los contagios, tales como prohibir la entrada a los cementerios, poner un capa de cal sobre los cuerpos enterrados, no usar agua bendita en Iglesias, que el finado se entierre a la mayor brevedad posible, incluso sin acompañamiento eclesiástico; que los coches fúnebres se desinfecten diariamente, y también se haga en las casas de los fallecidos, con las ropas de cama, en los teatros, fondas, cafés, casinos, etc.

En noviembre se levanta la alerta por haber concluido la epidemia, en opinión del subdelegado de Medicina, Luís Gómez Aznar, dejando a su paso 235 muertos en un mes (en España había dejado 147.114). La actuación del alcalde fue destacada, y unos años después, le fue concedida la Cruz de Beneficencia por este motivo.

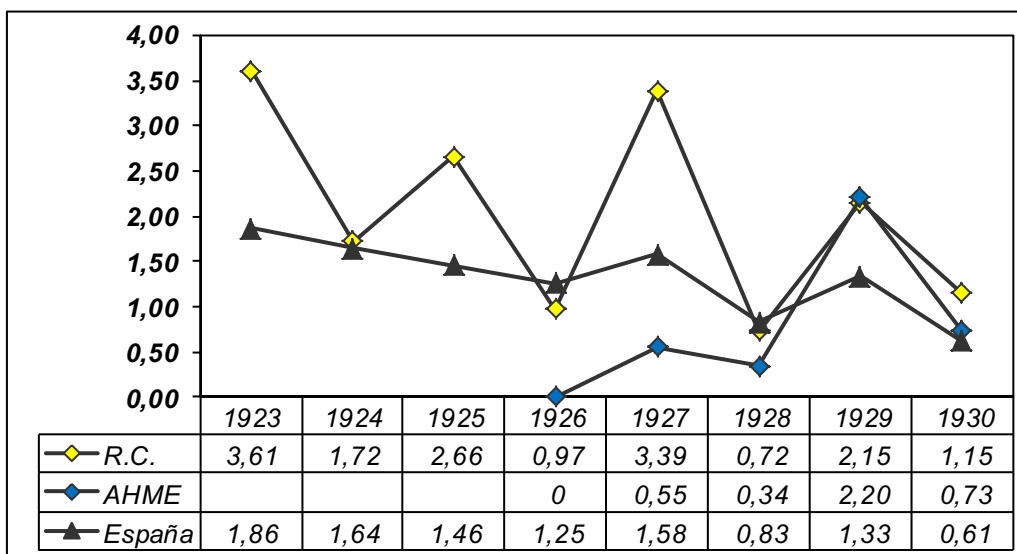
En el periodo que hemos estudiado, hay una algunos años de mayor incidencia, como 1923 y 1927, y otros en que apenas causa mortalidad; en total fueron 20 casos según el archivo (0.78 % del total) y 83 según el registro (2.01 % del total).

Tabla 133.- Gripe. Mortalidad anual.



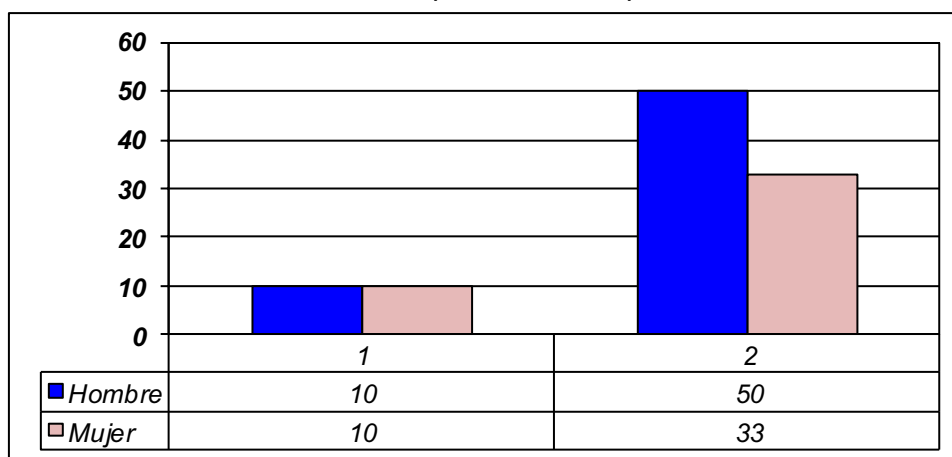
Comparando estos datos con los de Navarra²⁵³, encontramos que, mientras a nivel nacional la incidencia de gripe va disminuyendo paulatinamente con el tiempo, en Elche la mortalidad fue oscilante, con años de escasa o nula afectación y otros, con picos de aumento de casos, sobre todo en 1927.

Tabla 134.- Tasa de mortalidad por gripe.



Según el Registro fue más frecuente entre varones que entre mujeres:

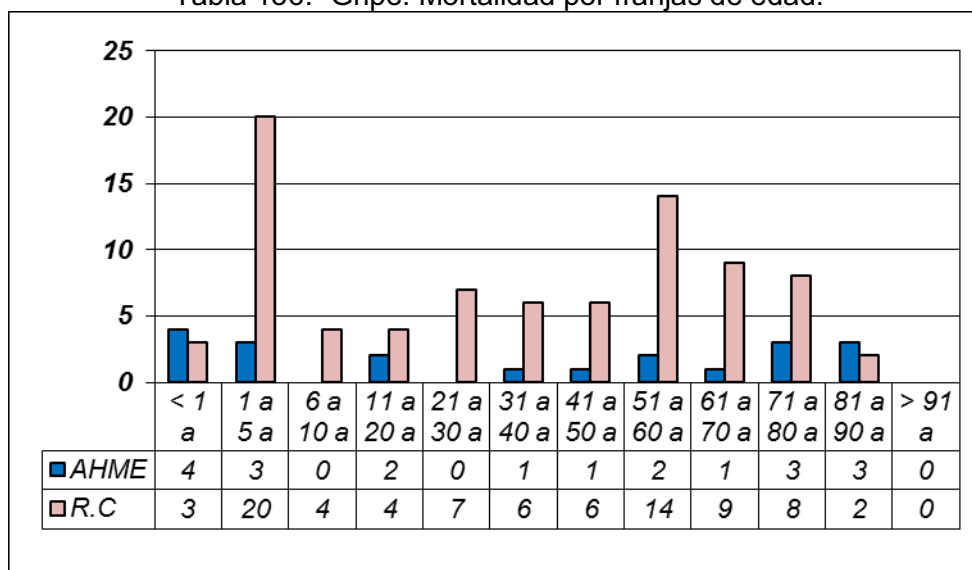
Tabla 135.- Gripe. Mortalidad por sexo



No son muchas las ocasiones en que figura aislada como causa del fallecimiento; la mayoría de las veces, esta como causa primaria de una complicación, sobre todo respiratoria, que acaba con la vida del paciente: bronquitis, bronconeumonía, etc. Hay un caso de “gripe de forma nerviosa”, entendemos como encefalitis vírica.

Por franjas de edad, de nuevo tiene su pico en los primeros cinco años de vida, con otro en la década de los sesenta.

Tabla 136.- Gripe. Mortalidad por franjas de edad.

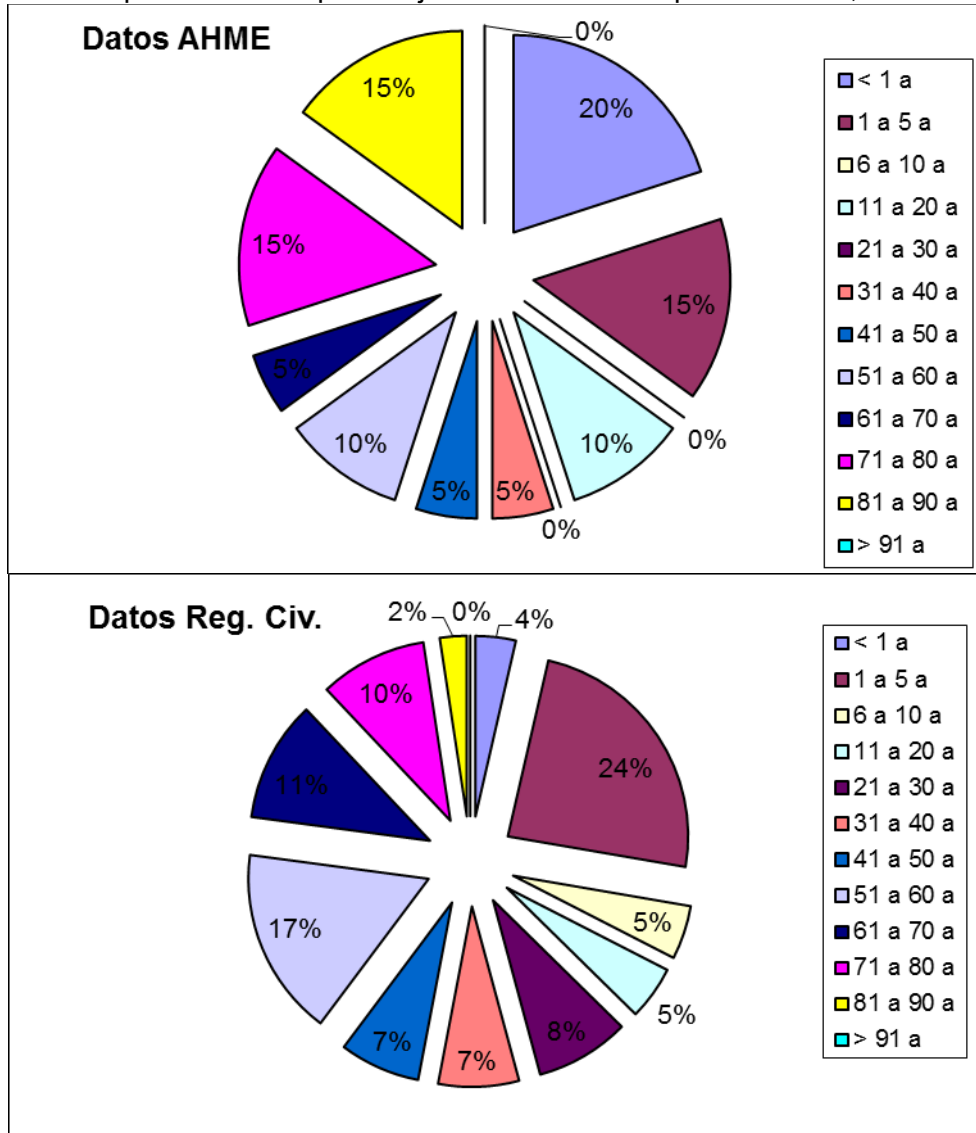


La discordancia entre los datos del archivo y del registro es un tanto sorprendente: mientras que en los primeros, hay una distribución porcentual semejante en la franja de menos de un año, de uno a cinco, y también en la edad adulta, de 51 a 60 y en las 71-80 y 81-90, según el registro la mayoría de los enterramientos se sitúa por debajo de los cinco años, prácticamente es el 30 % de los casos, con otras dos franjas afectadas, la de los cincuenta y la de los sesenta.

Dando por descontado que la infancia era siempre mas sensible a las enfermedades infecciosas, podría esperarse mayor presencia de la gripe en la edad adulta, en relación con el mencionado anteriormente hacinamiento y las malas condiciones higiénico-sanitarias de fábricas, talleres y viviendas. Desconocemos datos de morbilidad, por lo que no podemos relacionar la prevalencia del fenómeno gripal, pero se nos plantea la posibilidad de que, fuera de epidemias de especial virulencia, quedase un goteo de casos aislados, y que los adultos

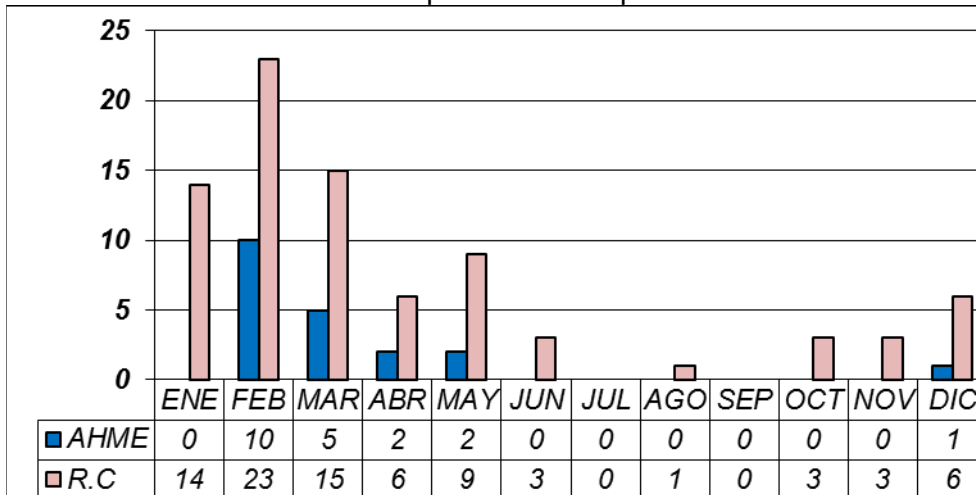
sufriesen una enfermedad de carácter benigno, que no lo era tanto cuando afectaba a menores de cinco años, donde la mortalidad era claramente mayor, como hemos señalado.

Tabla 137.- Gripe. Mortalidad por franjas de edad con respecto al GRD, ambas fuentes.



Vemos que se concentra fundamentalmente en los meses fríos:

Tabla 138.- Gripe. Mortalidad por meses.



TETANOS

En contra de lo que se podía esperar, causó muy pocas muertes, solo seis, en el periodo que venimos estudiando; y ninguno de ellos fue un tétanos neonatal, mérito que habrá que atribuir al buen hacer del equipo de matronas.

DIFTERIA

Enfermedad infecto contagiosa producida por el *Corynebacterium diphtheriae* o bacilo de Klebs Löffler. Areteo de Capadocia, con el nombre de úlcera siriaca, describió epidemias de úlceras faríngeas en el siglo II, en Siria y Egipto.

Durante el siglo XVI, los renanos la designaron fiebre pestilente, y en el siglo XVII los españoles, que la sufrieron en gran cantidad, visto el poder asfixiante, semejante al garrote vil del verdugo, le aplicaron el nombre de “garrotillo”. Los italianos la llamaron morbos sofocante, angina estreptitosa, enfermedad anginosa estranguladora, y los franceses, gangrena de la garganta. F. Home, en 1765 observó una enfermedad de la laringe que asfixiaba, y dependía de la formación anatómica de unas membranas que ocluyan la garganta, causando una tos perruna, o como graznido de cuervo, por lo que la denominó croup por onomatopeya²⁶⁶

Fue Bretonneau quien le puso el nombre de “difteritis”, o sea, inflamación membranosa, e introdujo la traqueotomía como medio de evitar la asfixia. Trousseau cambió el nombre por “difteria” para remarcar que el cuadro tóxico era independiente del grado de inflamación membranosa. No obstante, conserva una gran variedad semántica, como ha apreciado Barona⁶⁰; en nuestra serie se ha llamado: difteria, crup, angina diftérica, difteria laríngea, neumonía crupal, etc.

En 1883, Klebs, y en 1884, Löffler demostraron que era producida por un bacilo que provocaba la formación de las membranas. Roux y Yersin identificaron la gravedad del cuadro clínico con la toxina del germen. Behring consiguió neutralizarla al describir la sueroterapia antitoxina de la difteria en 1894. En 1913, T. Smith, Behring y Park comenzaron los estudios encaminados a lograr una inmunización profiláctica activa contra la difteria. G. Ramón, en 1923 logró aislar la anatoxina o toxoide que, administrada al ser humano, es capaz de inducir inmunidad activa contra la difteria. Se ha relacionado también con las malas condiciones de las viviendas, la escasa alimentación, la falta de limpieza, la falta de abrigo en las estaciones frías y húmedas y, en general, el lamentable abandono de los principios higiénicos.²⁸⁰

Enfermedad predominantemente infantil, agrupada bajo las denominaciones tanto de difteria, como de difteria laríngea, crup, difteria crupal, laringitis diftérica, angina diftérica, causó la muerte de un total de 19 personas según el registro, 13 según el archivo, el paciente más joven tenía tan solo tres días; por encima de los cinco años de edad, solo hay dos pacientes, un varón de 26 años, fallecido con diagnóstico de angina diftérica y escarlatina, y un varón de 70 años, con angina diftérica.

Tabla 139.- Mortalidad por difteria.

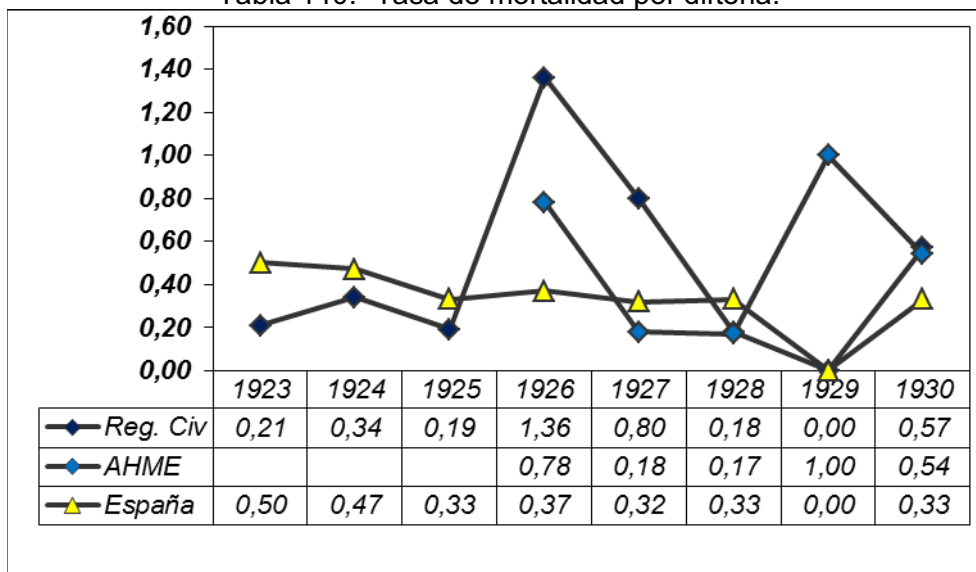
Año	número		edad		
	RC	AH		RC	AH
1923	1		1 a 8 días	1	0
1924	2		9 a 30 días	0	0
1925	1		1 a 12 m	4	2
1926	7	3	1 a 5 a	12	9

²⁸⁰ RODRIGUEZ-OCAÑA, Esteban. *La producción social de la novedad: el suero antidiftérico, “nuncio de la nueva medicina”*. Dynamis, 27, 2007.

1927	4	1	6 a 10 a	0	0
1928	1	1	11 a 20 a	0	0
1929	0	5	21 a 30 a	1	1
1930	3	3	> 31 a	1	1
suma	19	13		19	13

Comparando estos datos con los de Navarro²⁵³, vemos que la evolución de la mortalidad por difteria en Elche durante este periodo fue distinta a la del resto de España, y también la enorme discrepancia que hay entre los datos obtenidos del registro civil y del archivo municipal.

Tabla 140.- Tasa de mortalidad por difteria.



VIRUELA

La viruela es una enfermedad infectocontagiosa, provocada por un virus específico, transmisible directamente de hombre a hombre; conocida desde muy antiguo, sobre todo en el lejano Oriente; en la Edad Media, las Cruzadas contribuyeron grandemente a su difusión por Europa y Oriente Medio. A España llegó con la invasión musulmana.

Aunque ya Buist en 1886 describió los pequeños corpúsculos que se acepta que representan el virus de la viruela, fue a partir de las observaciones de Paschen en 1906, cuando se concedió valor a los mismos, conociéndose desde entonces por su topónimo²⁶⁶.

Ya en China e India se sabía que la inoculación de pus de individuos levemente afectados por la viruela a individuos sanos, prevenía la aparición de la enfermedad. Pero no fue hasta 1796, cuando Jenner al observar como los campesinos que ordeñaban las vacas afectas de una erupción de viruela en las ubres, permanecían indemnes en casos de epidemia, decidió inocular la viruela procedente de una pústula de una ordeñadora, mediante dos cortes superficiales en el brazo de un niño de ocho años, y comprobó que tras un corto periodo de malestar, presentó una erupción semejante a la de la viruela en la zona de inoculación, sin más padecimientos; para asegurar la inmunización, volvió a administrarle materia virulosa, sin que produjese ningún efecto. El hecho de proceder el material de las vacas, hizo popularizar el término de vacuna, aplicable hoy en la práctica, a cualquier técnica de inmunización contra enfermedades transmisibles, aunque la sustancia ya no tenga origen animal.

En España se introdujo la vacunación contra la viruela de la mano de Piguillem a finales del mismo siglo XVIII, y más adelante, otros miembros de la Academia Médico-Práctica de

Barcelona, como Salvá y Vicente Mitjavila²⁸¹, aunque el verdadero impulsor fuera J. Balmis, desde los primeros años del siglo XIX.

Plaga de las tradicionales y más temidas en la antigüedad, fue arduamente combatida en Elche desde el inicio del siglo XX; en el AHME se conservan numerosas relaciones de pacientes vacunados contra la viruela, detallando el nombre del médico, el nombre del paciente, la edad, etc., correspondientes a los años 1912, 1913 y 1914; hubo días en que algún médico llegó a vacunar a 362 personas (Carmelo Serrano, el 25 de marzo de 1914); generalmente, se administraba a individuos jóvenes, desde los dos meses de edad, hasta aproximadamente los 40-50 años; no hemos encontrado en las relaciones revisadas sobre vacunaciones, referencias a ancianos.

Relación de los individuos vacunados el día 25 de Marzo 1914			
Médico: Dr. Carmelo Serrano Garcia			
N.º de orden	Nombre y apellidos	mes	años
1	José Melara Olamua		19
2	José Luis Serrano		24
3	Faustino Soló Martínez		15
4	Rafael Valentín Esquitino		21
5	José Torres Serrano		16
6	José Morales Prad		18
7	Juan Martínez Marchiola		19
8	Ramón Protón Serrón		40
9	Andrés Martínez Marchiola		17
10	José Serrano Borrujar		17
11	Diego Sempere Castell		17
12	José Fabre Aubin		17
13	Margarita Riquena Marco		17
14	Encarnación Maciá		17
15	José García Pérez		17
16	José García Pérez		17
17	Amudá Sempere Sanchis		17
18	Manuela Serrano Esquitino		17
19	Remedios Penabaz Almola		17
20	Gregorio Mollá Martí		17
21	José Olaso Vives		17
22	Solano Cruzta Navarre		17
23	Antonio Sempere Bravo		17
24	Harutimé Sanchala Protón		17
25	Isabel Fabre Sanchis		4
26	José Fabre Sanchis		4

Figura 120.- Vacunación antivariólica.

Semestralmente se enviaban los datos sobre vacunación a la Dirección Provincial de Sanidad, habitualmente, del orden de 1.700 personas por periodo, y el resultado, si ha prendido o no, de los años 1912-13-14, incluso a veces se especifica la procedencia de la vacuna.

²⁸¹ OLAGÜE DE ROS, Guillermo. ASTRAIN GALLART, Mikel. *¡Salvad a los niños! Los primeros pasos de la vacunación antivariólica en España, (1799-1805)*. Asclepio, vol. LVI, I, 2007

termino municipal de *Elche* 1^{er} semestre de 1914

ESTADO de las operaciones de vacunación y revacunación efectuadas en este termino municipal durante el expresado semestre

PRECEDENCIA DEL TIPO	FECHA de la vacunación	OPERADOS	FECHA de la operación	VACUNACIONES		REVACUNACIONES		OBSERVACIONES
				Vencido	Total	Vencido	Total	
Instituto de Higiene de Valencia III	Zanaguera	29	9 Febrero 1914	70	11	16	4	
		52	10 "	312	7	16	2	
		101	11 "	72	15	32	9	
		27	12 "	25	21	2	2	
		139	13 "	101	22	32	12	
		123 111	14 "	11	12	3	4	
		122	15 "	70	15	52	21	
		52	17 "	45	10	15	5	
		23	18 "	21	13	2	2	
		362	25 Mayo	702	52	160	32	
		243	26 "	213	149	22	9	
76	2 Abril	69	12	7	1			

de 1914
El Alcalde,

Figura 121.- Vacunación antivariólica. (a)

En la estadística de defunciones habidas por causas infecciosas, en el primer semestre de 1914, (legajo 39-19) sobre un censo total de 30.713 personas, se registran 20 fallecimientos por viruela (22 por tuberculosis, 11 por meningitis); siempre se registraron más muertes por tuberculosis que por viruela:

Estadística Sanitaria
Provincia de Alicante
Estado correspondiente al 1^{er} Semestre de 1914
Circunscripción Municipal de Elche

El Alcalde que suscribe cumpliendo lo dispuesto por Real Orden del Ministerio de la Gobernación de 10 de Mayo de 1909, participa a la Inspección General de Sanidad exterior que el número de defunciones ocurridas en este municipio, por enfermedades infecciosas, durante el tiempo expresado, es el siguiente:

Censo	Fiebre tifoidea	Esfuerzo mático	Viruela	Sarampión	Escarlatina	Coque-tuche	Difteria	Gripe	Scarlatina purpúrea	Stomatitis	Escarlatina	Meningitis	Total
30.713			20				1	5	1	4	22	11	64

Elche 28 de Julio de 1914
El Alcalde.

(b)

Su incidencia sobre la mortalidad poblacional en el periodo que estamos considerando es realmente mínima; de hecho, no se refleja ningún fallecimiento con diagnóstico de viruela en el periodo analizado. Posiblemente ello se deba a dos factores principales; uno, las medidas de higiene y aislamiento ordenadas por el Ayuntamiento en los casos declarados de viruela, y otra,

más importante, claro, las campañas de vacunación antivariólicas efectuadas por el departamento de Sanidad municipal.

Ciertamente, la preocupación consistorial era evidente en la prevención de la viruela, como demuestra la publicación de unas instrucciones al respecto, redactadas por el Inspector Municipal, y promulgadas como si fuese un Bando del Alcalde:

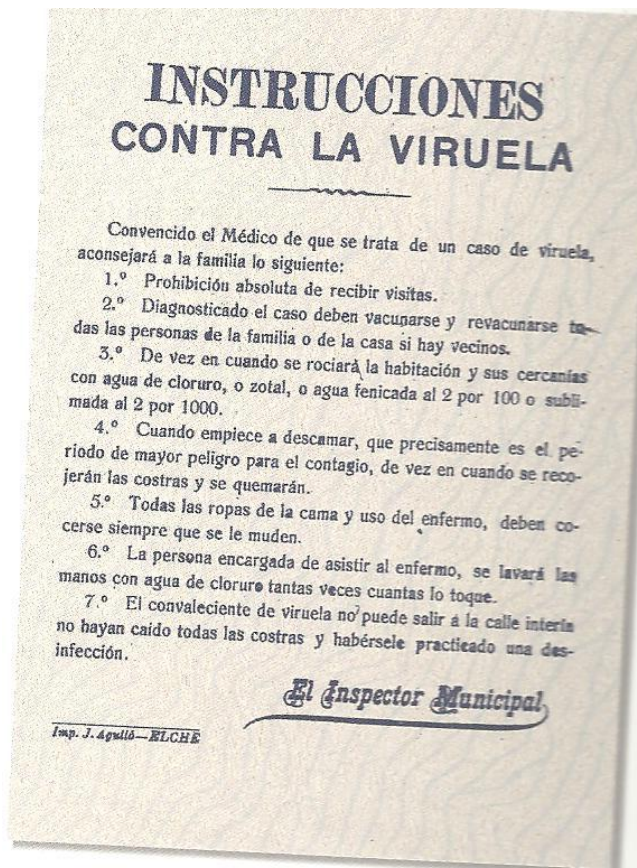


Figura 122.- Bando con instrucciones sobre la viruela.

En 1923, el concejal socialista Antonio Cañizares expone que tiene noticias de que algún ganado del término está atacado de viruela, y pide que se investigue, pero no se confirma.

En mayo de 1926, la Comisión Permanente solicita del inspector provincial de Sanidad el envío de suficientes dosis de vacuna antivariólica, para proceder a la vacunación y revacuación gratuita de la población. En mayo de 1930 se informa a la Comisión Permanente que en la calle Polit había un enfermo atacado de viruela, atendido por el Dr. Andrés Bru, y se pide se adopten las medidas oportunas para evitar la propagación de la enfermedad.

También es llamativo que no haya ningún fallecimiento en relación con complicaciones de la vacuna antivariólica; cierto es que se ha estimado la prevalencia de meningitis por vacuna en un caso por cada 200.000 vacunaciones, y aquí en Elche, esta cifra de denominador era realmente difícil de alcanzar, pero los problemas locales eran algo más frecuentes, del tipo de celulitis, absceso, erisipela, etc.

TOS FERINA

Enfermedad infectocontagiosa del aparato respiratorio^{266,267}, caracterizada por la aparición de una tos típica, convulsiva, en accesos; es producida por la Bordetella Pertussis, o bacilo de Bordet-Gengou, investigadores del Instituto Pasteur de Paris que le descubrieron y dan nombre desde 1906, recibe también el nombre de coriza convulsiva y de coqueluche, por su

denominación francesa, debido a la costumbre antigua de cubrir con una caperuza la cabeza de los pacientes.

El género *Bordetella* comprende tres especies:

- la *B. pertussis*, agente de la tos ferina humana.
- la *B. parapertussi*, que provoca un cuadro semejante a la tos ferina.
- la *B. bronchiseptica*, excepcional en el hombre.

Enfermedad predominantemente infantil, se transmite de enfermo a enfermo a través de las gotas de Pflugge (no existe contagio de portadores sanos), su incidencia es muy alta en niños sin vacunar, actualmente, excepcional desde la administración obligatoria de la vacuna.

Clínicamente cursa con accesos de tos, sobre todo nocturnos, llamados “quintas”, que comienzan con una inspiración profunda, seguidas de sacudidas espiratorias en número variable, de 10 a 20, con dificultad respiratoria, congestión facial, prominencia de la lengua, y termina con otra inspiración profunda, ruidosa, con estridor o silbido por espasmo de las cuerdas vocales, lo que se denomina “gallo”, que puede dar lugar al inicio de otro acceso de tos.

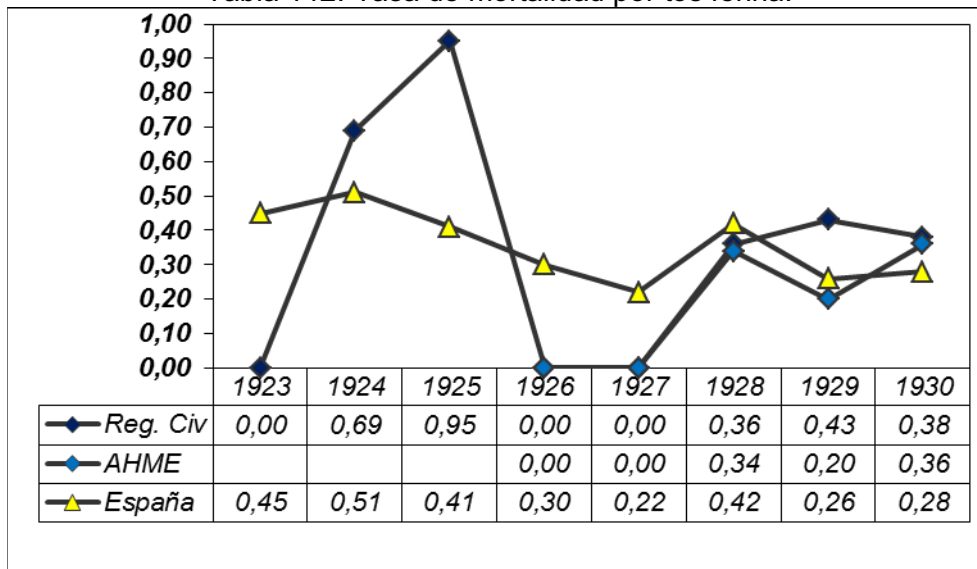
Enfermedad de declaración obligatoria desde 1904 hasta 1944, y de curso generalmente benigno, puede asociarse a complicaciones potencialmente mortales, como la bronquitis capilar, otitis, pleuritis, bronconeumonía, etc.

Durante el periodo estudiado, solo causó la muerte de quince personas, según datos del Registro Civil, cinco según el Archivo, la mayor parte de ellas en 1924 y 1925.

Tabla 141.- Mortalidad por tos ferina.

Año	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Reg. Civ.	0	4	5	0	0	2	2	2
AHME				0	0	2	1	2

Tabla 142.-Tasa de mortalidad por tos ferina.



FIEBRE TIFOIDEA

La fiebre tifoidea ya existió en las edades Antigua y Media, confundándose entonces con otras infecciones en las que predominaba la obnubilación sensorial. Es producida por la *Salmonella Typhi*, o bacilo de Eberth; el género *Salmonella* incluye la mencionada *Typha*, y también las

salmonellas paratíficas A, B y C²⁸²; la primera tiene como reservorio único al hombre y se transmite de uno a otro, transportada por las heces, el agua o los alimentos contaminados, penetrando en las formaciones linfáticas del intestino, que se infartan y ulceran, para pasar, a través de ellas, a la sangre y alcanzar el retículo endotelial.

Hasta el inicio del siglo XIX no se llegó a un conocimiento científico aproximado de la infección tífica; en 1804, Prost destacó la presencia de lesiones intestinales en el curso de las fiebres que hasta entonces se denominaban como mucosas, gástricas, adinámicas y atáxicas. Tras los trabajos de Petit y Serres, fueron las aportaciones de Bretonneau en 1826 y Louis en 1829 las que señalan el momento diferencial entre la tifoidea y otras fiebres, aplicando el nombre griego de uno de sus síntomas, el estupor (typhos) a su característica clínica.²⁶⁶

Budd, hacia 1856 defendió la especificidad de las materias fecales procedentes de enfermos en la transmisión de la enfermedad, corroborado posteriormente por Liebermeister al destacar el importante papel vehicular que representa el agua potable contaminada por excretas de pacientes paratíficos. Finalmente, en 1880, Eberth descubrió el germen causal, casi al mismo tiempo que lo hacían Koch y Meyer. Gaffky logra cultivarlo dos años después, y comprueba su presencia en la sangre, heces y orina de enfermos y convalecientes.

A. Pedro Pons²⁶⁷ describe hasta cuatro formas de transmisión de la enfermedad:

- Contacto directo: suele ser el menos frecuente, pero más grave, como consecuencia de la eliminación de bacterias por las excretas del enfermo; las heces contienen salmonellas desde el periodo de incubación hasta el de convalecencia, y pueden infectar a las personas que conviven o cuidan del paciente, tanto en el medio hospitalario como en el doméstico o familiar.
- Transmisión indirecta: es el medio más frecuente de contaminación interhumana; la eliminación de bacilos por los excrementos, como hemos señalado anteriormente, puede provocar también la polución del medio ambiente.
 - i. Agua: puede tener dos modalidades:
 1. cuando el agua se utiliza para abastecimiento poblacional a gran escala, dando origen a verdaderas epidemias.
 2. cuando el agua procede de pozos o manantiales que surten a una familia o pequeña comunidad; en ocasiones, esta segunda forma puede seguir en el tiempo a la primera, tras una epidemia por contaminación del agua de la población, se infectan también los acuíferos locales, que producen brotes pequeños, pero mantenidos; suelen ser cisternas mal construidas, no aisladas, que reciben filtraciones desde el subsuelo infectado, o campos abonados o regados con aguas fecales.
 3. también el hielo puede ser vía de transmisión.
 - ii. Alimentos: esta fuente sigue en frecuencia a la causa hídrica;
 1. la leche es uno de los más peligrosos vehículos de transmisión, a través de las manos del ordeñador, recipientes para su conservación o transporte defectuosamente limpios, la adición de agua contaminada.
 2. productos elaborados con esta leche colonizada, como queso, nata, requesón, helados, mantequilla, etc.
 3. Otra vía muy importante, y de especial gravedad, es el consumo de moluscos crudos, sobre todo, ostra, almeja y mejillón
 4. vegetales y frutas ingeridos crudos que han sido regados con agua fecal.
- Otras causas: a través de insectos, como las moscas.

²⁸² DROBNIC, L.SABALLS, P.; VERDAGUER, A. *Salmonellosis tifoparatíficas*. Medicine, 3ª serie, Ed. Idepsa, 1983.

- Portador asintomático; es un elemento importante de propagación endémica de la enfermedad; los contagios surgen especialmente una vez terminado el brote endémico; los portadores suelen ser sujetos que han pasado la fiebre tifoidea o están en periodo de incubación, también personas sanas que, al menos en apariencia, no la han contraído, y eliminan bacilos por las heces y la orina; su peligro potencial se relaciona con su profesión: sobre todo, en los trabajadores del ramo de la alimentación, y entre ellos, el sexo femenino.

Según Rico Avello⁹⁷, la fiebre tifoidea tiene el valor de un indicador que permite juzgar sobre el desarrollo y la preocupación sanitaria de una nación, ya que desaparece cuando el saneamiento es eficaz.

Hay que reconocer que la Fiebre tifoidea no fue una de las principales causas de mortalidad en Elche en el periodo que venimos estudiando; no hubo ningún brote epidémico, pero si se mantuvo una cierta frecuencia de casos a lo largo del tiempo; según el libro de enterramientos de Elche, la tifoidea supuso la muerte de un total de 32 personas entre 1926 y 1930, y de 51 entre 1923 y 1930; solo hubo dos momentos, los años 27 y 30 en que alcanzó un nivel llamativo la mortalidad por fiebre tifoidea en Elche, con doce fallecimientos, poco más del dos por ciento del total de defunciones registradas, tanto en el libro de enterramientos como en el Registro Civil.

Tabla 143. Mortalidad anual por fiebre tifoidea.

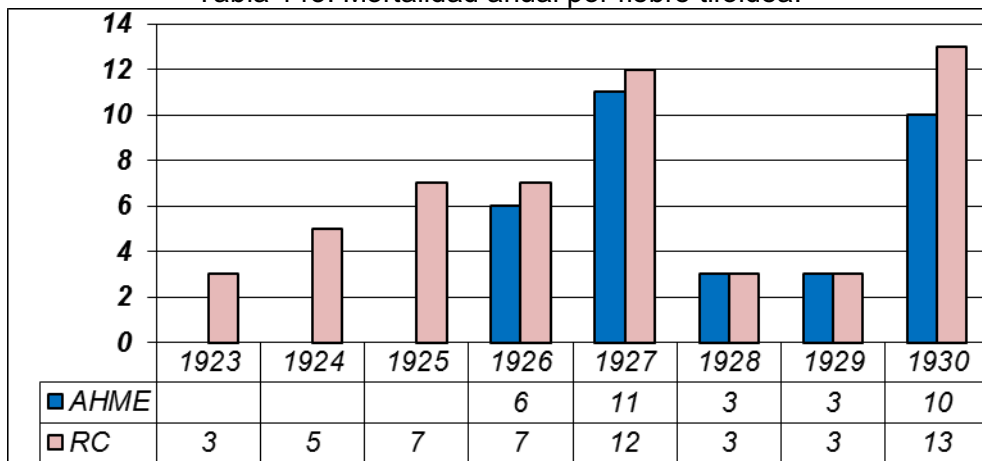
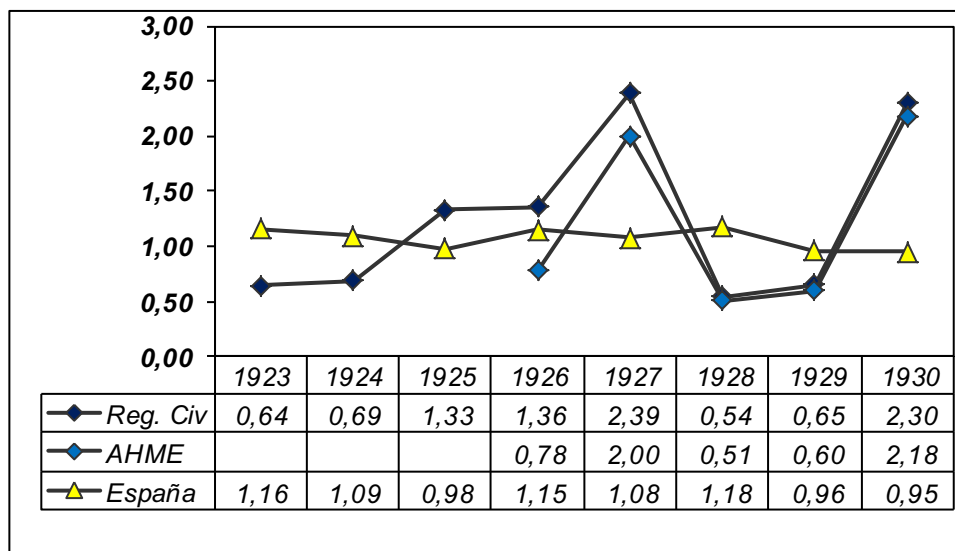


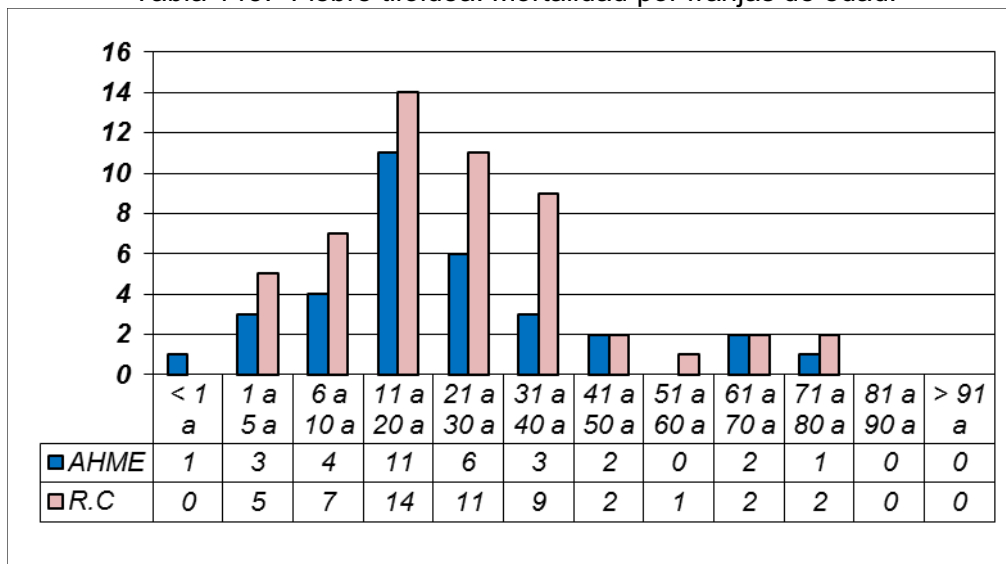
Tabla 144.- Tasa de mortalidad por fiebre tifoidea.



Comparando con los datos de Navarro²⁵³, vemos que en 1925 comienza un claro ascenso en la frecuencia de mortalidad por fiebre tifoidea en Elche, que hasta entonces, era inferior a la media nacional, y persiste durante tres años, con máximo en 1927; vuelve a caer en los dos años siguientes, para rebrotar con fuerza en 1930.

La distribución por franjas de edad, es semejante a la expuesta por Piédrola²⁶⁶: máxima morbilidad y mortalidad de los 15 a los 19 años, algo menos de 20 a 30, y escasas cifras antes de los cinco y después de los 50 años.

Tabla 145.- Fiebre tifoidea. Mortalidad por franjas de edad.



En cuanto a su distribución por meses, nuestras observaciones coinciden también con lo descrito por este autor, la frecuencia más alta se presenta en los meses de verano y otoño (5 en julio, 10 en agosto, 6 en septiembre, 8 en octubre y noviembre).

Los motivos fundamentales de la persistencia de fiebre tifoidea, eran la ausencia de alcantarillado y la más que dudosa calidad del agua, lo cual era un tónica generalizada en nuestro país; según Ramón Navarro⁹⁸, en un estudio realizado en 1922, el 90 % de los pueblos de España no tenían alcantarillado, y el 80 % no disponía de agua potable. Si bien no hubo ninguna contaminación masiva que originara un pico señalado de incidencia en un momento determinado, si que existía un “goteo” constante de casos a lo largo del año. Elche sí tenía agua potable en esa época, distribuida por medio de fuentes comunales, a veces en estado defectuoso; el agua procedía del manantial de Aspe, pero el mal estado de la conducción hacía que se perdiese por el camino la mayor parte del flujo, con zonas por donde el agua circulaba a cielo abierto, con frecuentes robos, uso para otros fines, como abrevadero de animales, etc, según denunciaba el semanario *Trabajo*,²⁸³ y se reflejaba en las actas de la Junta Municipal de Sanidad, como hemos señalado.

En 1924, un grupo de propietarios, industriales e intelectuales conforma la Unión Illicitana, y publica un manifiesto dirigido al Pueblo de Elche, en el que reivindica, entre otras cosas, la traída de aguas en condiciones de higiene y seguridad, la construcción de una red perfecta de alcantarillado; el documento viene firmado por Diego Ferrández Ripoll, el veterinario municipal Francisco Llebrés Javaloyes, Sebastián Canales Mira-Perceval, Ingeniero municipal, los médicos Jerónimo Sánchez Pascual, José Martínez Pérez, José Juan Orts, José Pomares Perlasia,,

²⁸³ Semanario *Trabajo*, 6 de agosto de 1922.

farmacéuticos como Ladislao Orts, Gabriel Ruiz Chorro, y numerosos abogados, comerciantes, etc.

El Ayuntamiento se endeuda en un millón de pesetas, repartiendo acciones para canalizar las aguas potables, construir el alcantarillado, y también edificar la Lonja de Contratación y las Escuelas Graduadas; estas últimas necesitarán años y años para verse construidas.

En 1926²⁸⁴ el periódico *Levante* refleja, en su primera editorial, la mejora que supone para los vecinos del Barrio Nuevo extendiendo hasta allí la red de distribución de agua potable; y se pregunta cuando acometerá el Ayuntamiento la magna obra de la traída en su totalidad, mencionando que el verano había sido durísimo para las gentes modestas que tienen que acudir por agua a las fuentes públicas; de modo que cada vivienda dispondría de un aljibe, relleno periódicamente, con agua acarreada mediante cántaros u otras vasijas ad hoc, desde la fuente pública.



Figura 123.- Aguadoras.

Si ya nos surgen dudas sobre la calidad del agua en dicha fuente, son mayores las que nos plantea la limpieza y desinfección de los recipientes de transporte, y mayores aún las del aljibe.

Obviamente, esto es lo referido al casco urbano; por supuesto, en el campo, donde son viviendas unifamiliares, aisladas, en medio del huerto, sin posibilidades de aporte de agua potable, ni mucho menos de alcantarillado, eliminando sus excretas por medio de pozo séptico, de haberlo; no era excepcional en aquella época que las viviendas careciesen de aseo/lavabo en el interior, debiendo los moradores efectuar sus necesidades fisiológicas en el corral, con los animales durante el día, o mediante las antihigiénicas bacinillas durante la noche. Esta fosa séptica, por lo general de un tamaño moderado, era vaciada periódicamente, dejando entonces secar al sol los componentes sólidos, mezclados con paja para elaborar abonos.

²⁸⁴ Semanario *Levante*, septiembre de 1926



Figura 124.- Vivienda unifamiliar del campo de Elche, visión actual; se intenta destacar el aislamiento de la vivienda, no hay otras casas en los alrededores. Fotografía del autor.

En la mayoría de las ocasiones, las viviendas del campo de Elche solían tener un aljibe adyacente a la casa, en el cual se almacena el agua, en la medida de lo posible, procedente de las precipitaciones, no demasiado abundantes, por lo general en nuestra zona; siempre se tenía la precaución de construir el aljibe en la parte contraria, lo más distante posible de la fosa séptica, a fin de evitar contaminación del agua por filtraciones residuales; además, bien contruidos, estaban siempre sus paredes impermeabilizadas y recubiertas por no menos de dos capas de cal; estancos, no permitían absorber agua subterránea, puesto que esta, en el mejor de los casos, tendría un elevado índice de salinidad que anularía la potabilidad del agua de lluvia.



Figura 125.- Fotografía antigua de vivienda rural del campo de Elche; la flecha señala el canalón de recogida de agua de lluvia



Figura 126.- Vivienda actual en la Partida de Alzabares Bajo, con recogida de aguas pluviales a aljibe adyacente a la casa; las flechas señalan el canalón y la tapa del aljibe. Fotografías del autor



Figura 127.- Visión actual de un pozo de aguas pluviales en una vivienda de la partida de Maitino. Fotografías del autor.

De cualquier modo, los problemas de eliminación de aguas residuales persisten durante mucho tiempo; en las actas se recogen numerosas quejas y denuncias, tanto de vecinos como del ingeniero y aparejador municipal, sobre aguas estancadas, abocamiento de retretes a la vía pública u otras conducciones. En 1930 el subdelegado de Medicina informa que ha girado visita a los alrededores del Matadero, y ha comprobado que la acequia de Marchena despiden un olor nauseabundo, procedente del vertido de retretes de la población, y que este problema se va a agravar con la construcción de un nuevo sifón que drenaría las aguas fecales de algunas calles del centro de la ciudad, con el consiguiente peligro para la salud pública, puesto que en esta acequia se lavan frecuentemente ropa y otros utensilios, con aguas contaminadas que transportan microbios del tífus y la tuberculosis, por lo que aconseja el cierre de dicha acequia en un tramo determinado.

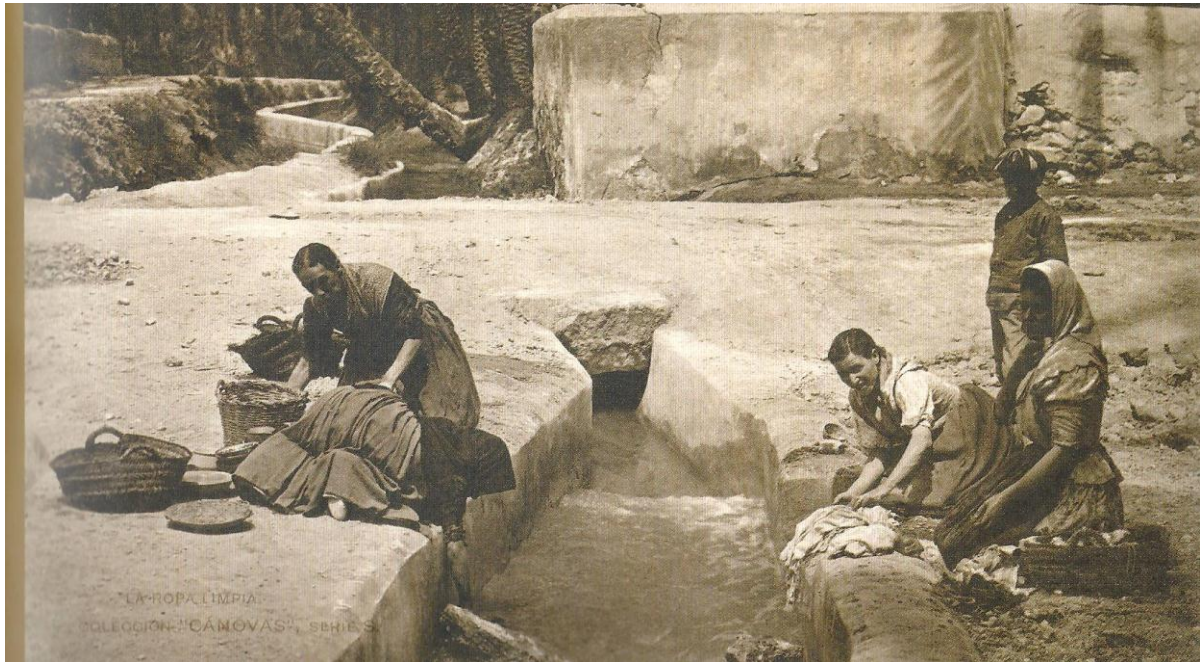


Figura 128.- Lavanderas en la acequia. (a)

No es hasta 1931 cuando el Ayuntamiento decide acometer el proyecto de un plan general de alcantarillado para la ciudad, “por considerarlo no necesario, sino obligatorio”



(b)

En varias ocasiones se refleja como causa de fallecimiento la fiebre gástrica.

Tabla 146.- Fallecimientos por fiebres gástricas.

AÑO	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Reg. Civil	3	0	1	1	0	0	1	0
AHME				1	0	0	1	0

Según A. Pedro Pons²⁶⁸, la fiebre endodigestiva o fiebre gástrica, tiene un cuadro clínico semejante a las infecciones tifoparatóficas, pero de curso más benigno; sería un diagnóstico por exclusión, con una semiología que orienta hacia la infección por salmonella, pero que no se pudo demostrar por técnicas de seroaglutinación.

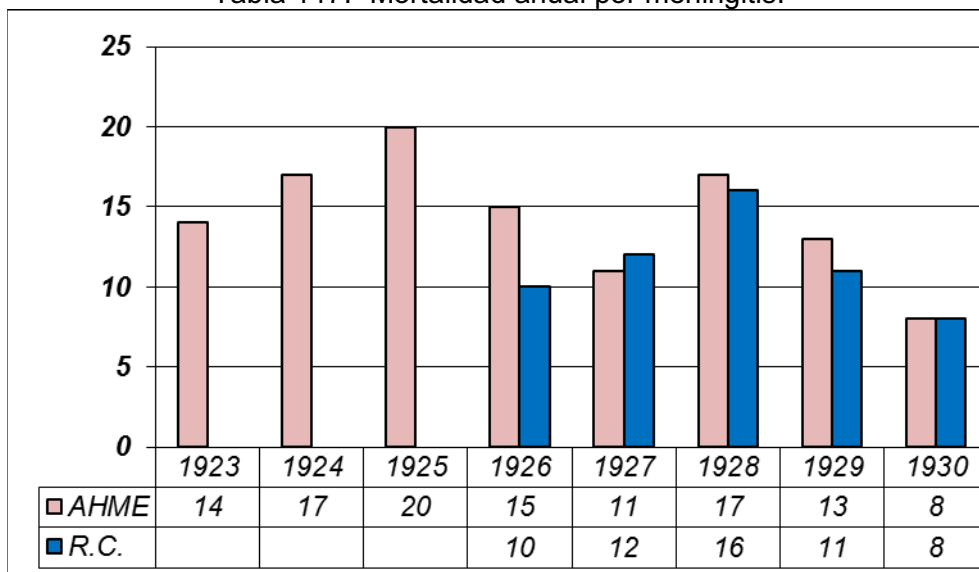
1.05.- INFECCION MENINGOCOCICA (A39, A87, G00-G03)

La meningitis cerebroespinal epidémica fue descrita por primera vez en Ginebra, en 1805 por Vieusseu, y en los Estados Unidos de América en 1806 por Danielson y Mann, identificándose el germen causal en 1885, por Weichelbaum.

Consideramos en este epígrafe, los diagnósticos de meningitis, meningitis aguda, y meningitis meningocócica, lo que clásicamente se denominaba como meningitis cerebroespinal epidémica; y también la denominada en una ocasión meningitis bacilósica; excluimos las que tienen otras posibles etiologías, distintas de la posible meningocócica, tal cual la sarampionosa, o la más frecuente, tuberculosa; hay un caso de meningitis por fenómenos dentarios, y otra, en un niño, de meningitis por arma de fuego.

De escasa importancia en cuanto a causa de mortalidad en el periodo analizado, supone poco más del 2 % de los fallecimientos registrados: 57 según el Archivo, 115 según el Registro Civil; hubo un discreto pico en 1925, otro menor en 1928, la mortalidad se mantuvo relativamente estable en el resto de años; esto supone el 2.2 y 2.7 % respectivamente, del total de defunciones registradas:

Tabla 147.- Mortalidad anual por meningitis.



Comparando estos datos con los de Navarro Garcia²⁵³, podemos comprobar que, excepto para 1925, la mortalidad por meningitis en Elche fue ligeramente inferior a la media nacional.

Enfermedad eminentemente infantil, casi el 20 % de fallecimientos por meningitis tiene lugar en el primer año de vida; entre el 75 y el 85 % (según la serie, del Archivo o del Registro) de muertos por este motivo tenían menos de 10 años.

Tabla 148.- Tasa de mortalidad anual por meningitis.

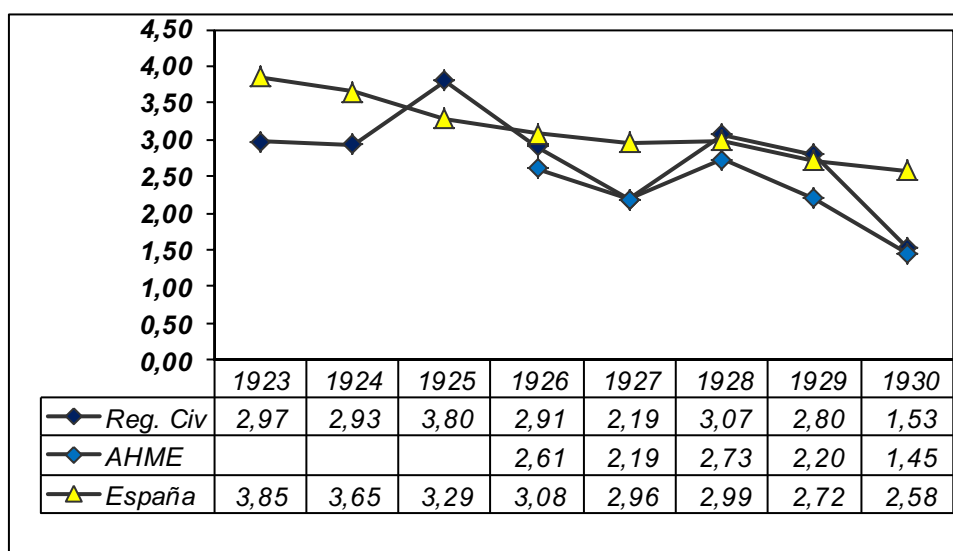
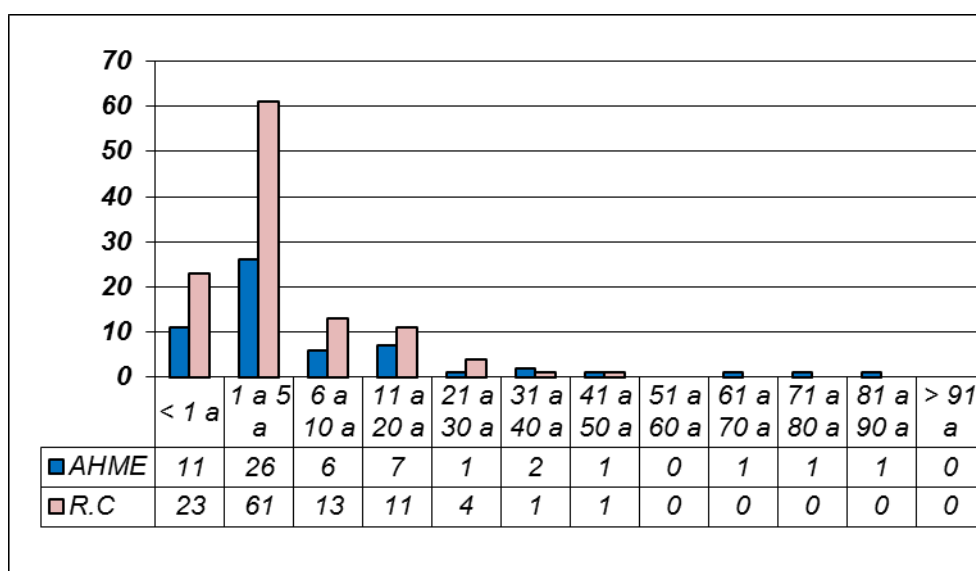
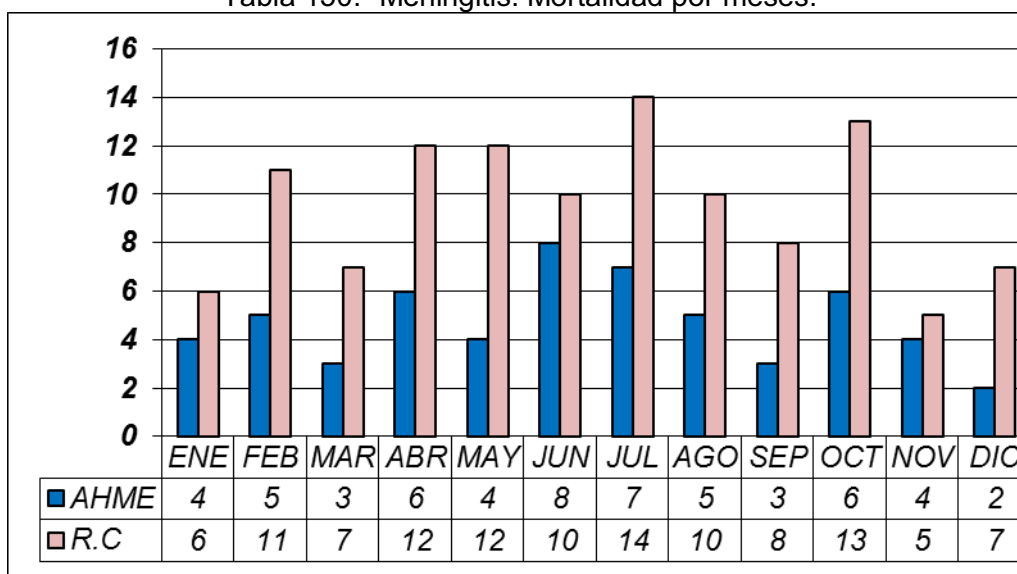


Tabla 149.- Meningitis. Mortalidad por franjas de edad.



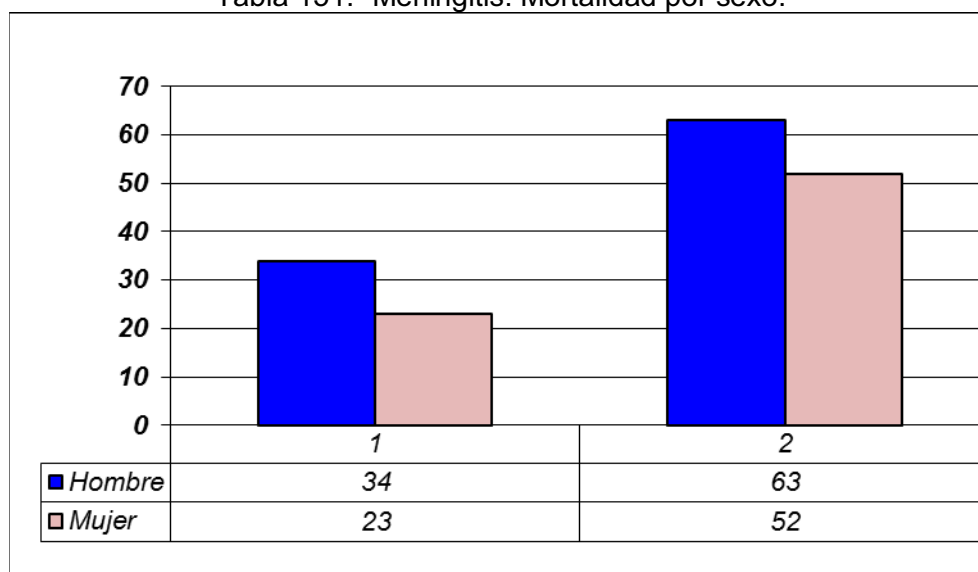
Enfermedad con cierto carácter estacional, suele incidir poco en invierno, algo más en primavera y en verano: coincide bastante con nuestros datos, puesto que, salvo febrero, la mayor mortalidad se registró en julio, octubre, abril y mayo.

Tabla 150.- Meningitis. Mortalidad por meses.



Su frecuencia es algo mayor en varones que en hembras, con una relación de 1.5:1 según datos del AHME, y de 1.2:1 según el Registro.

Tabla 151.- Meningitis. Mortalidad por sexo.



No hay descrito ningún caso de septicemia meningocócica, ni de alteraciones de la coagulación tipo síndrome de Waterhouse-Friederischen.

1.06.- SEPTICEMIA, EXCEPTO LA NEONATAL (A40-A41)

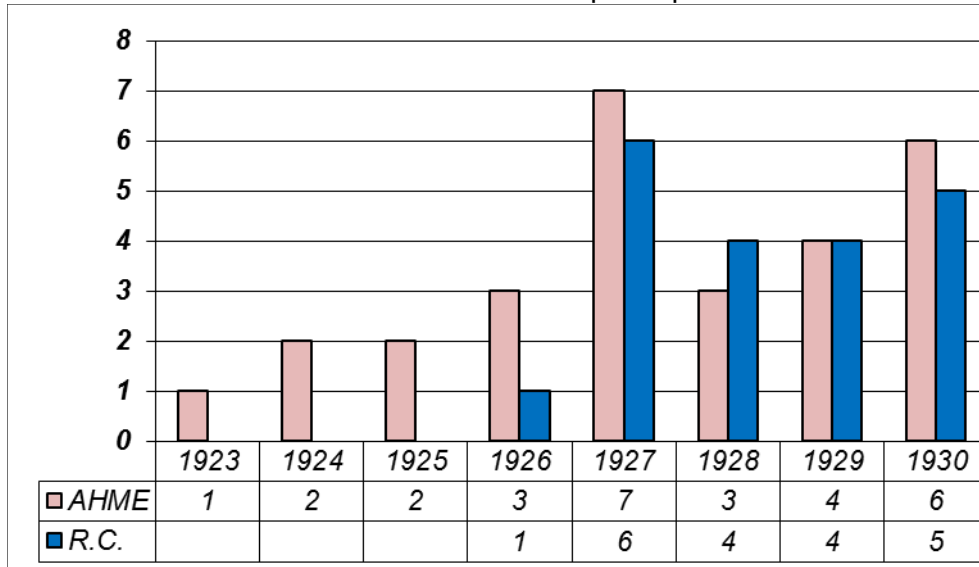
En contra de lo que podría suponerse, la septicemia originó solo 27 fallecimientos según el Registro (0.65 % del total) y 20 según el archivo (0.78 % del total).

Entendiendo los términos de septicemia y sepsis como la diseminación por vía hemática de una infección, sea cual sea su puerta de entrada, tenemos que incluir también en este apartado lo que, con la sinonimia al uso, se definía también como bacilosis generalizada, aplicado a cuatro pacientes en total; en ningún momento se utilizó el vocablo shock séptico.

Solo en una ocasión se precisa la etiología del cuadro séptico, en 1925 que se diagnostica a un paciente de septicemia estreptocócica. No contabilizamos aquí los epígrafes de sepsis o septicemia maltesa o melitocócica, por haberlos considerado ya en el estudio de la brucelosis; hay una paciente que fallece por anemia secundaria a septicemia (¿hemólisis? ¿Coagulación intravascular diseminada?).

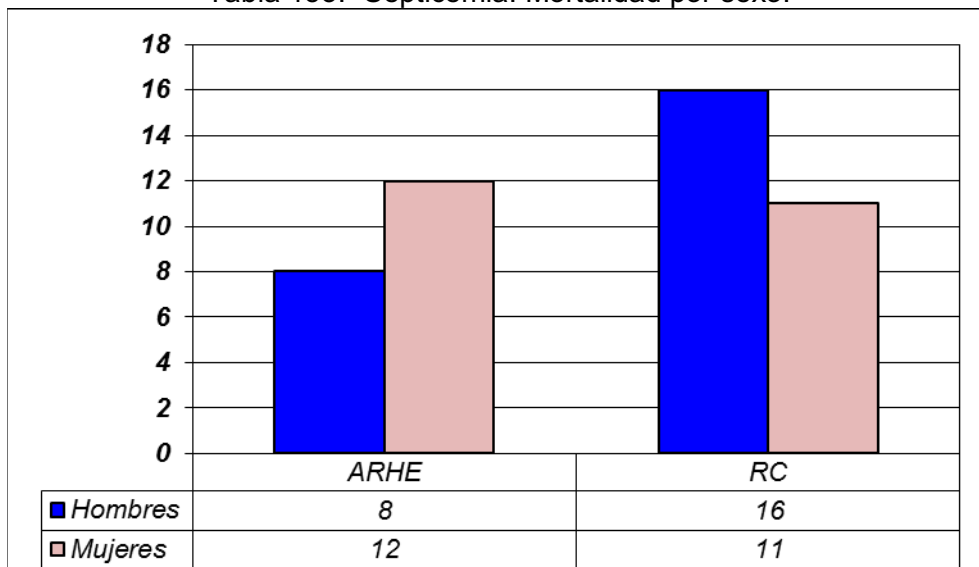
Excluimos un caso de sepsis neonatal, en una niña de 15 días, fallecida el año 1923, pero incluimos a los pacientes de edad superior a los dos meses que figuren con este diagnóstico; dejamos aparte la sepsis e infección puerperal, que será objeto de estudio en otro apartado. El año que hubo mas fallecimientos por septicemia fue 1927.

Tabla 152.- Mortalidad anual por septicemia.



Hay disparidad entre el registro y el archivo en cuanto a su distribución por sexo:

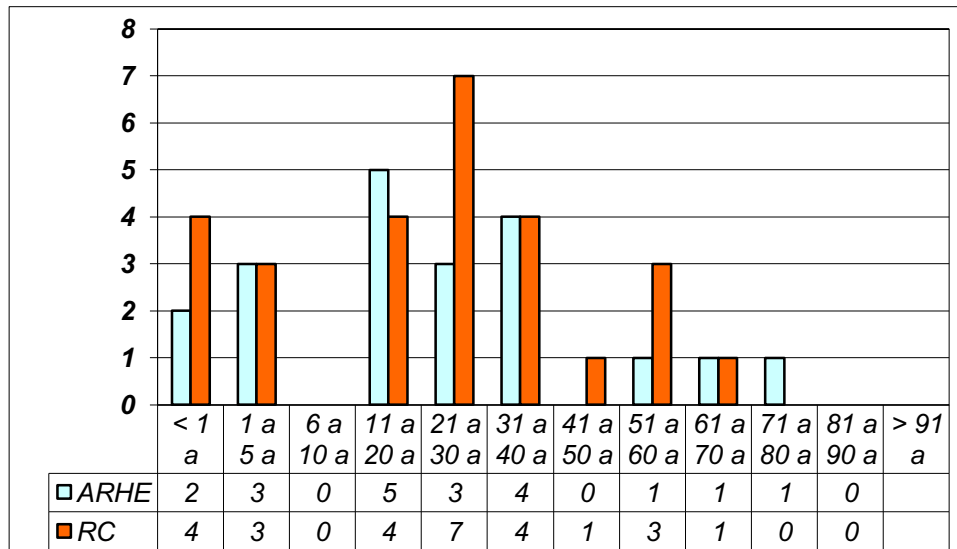
Tabla 153.- Septicemia. Mortalidad por sexo.



En cuanto a la distribución por franjas de edad, vemos que afecta, por un lado, a las primeras etapas de la vida: cuatro pacientes (14,81 %) fallecieron por este motivo antes del año de edad, el más joven con apenas dos meses, según el registro, y en total ocho no alcanzaron los cinco

años de vida (25.92 %); datos similares encontramos en el archivo. Sin embargo, hay otro notable pico de mortalidad, entre los 21 y los 30 años según el registro, con otro 25 %, pico que se presenta en la década inmediatamente anterior según el archivo, para caer de forma clara con el paso de los años; según el registro, solo fallecieron por este motivo, en edad más avanzada, dos pacientes, de 55 y 56 años; según el archivo, el más anciano fue un varón de 72 años, fallecido en 1927 con esta diagnóstico.

Tabla 154.- Septicemia. Mortalidad por franjas de edad.



1.07.- ENFERMEDAD POR HIV (sida) (B20-B24)

Obviamente, no hay ninguna.

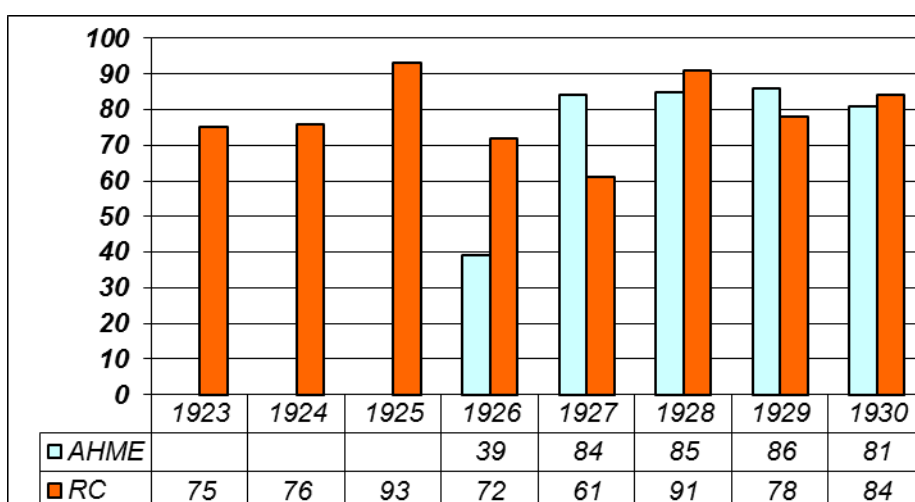
1.08.- INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS (J00-J22)

Las enfermedades infecciosas del aparato respiratorio fueron otra causa importante de mortalidad en Elche en el periodo que venimos estudiando. 630 pacientes según el registro (14.6 % del total) y 375 según el archivo (15.24 %).

Incluimos los diagnósticos de bronquitis, bronquitis aguda, pulmonía, neumonía y bronconeumonía; para la primera, agrupamos los tipos aguda, catarral, capilar, fétida, etc.; en las neumonías, las fibrinosas y urofibrinosas; en las segundas, excluimos aquellas en que la bronconeumonía aparece como complicación de otra enfermedad, como sarampión, gripe, etc., que serán analizadas junto con la patología primaria. Hemos asumido que salvo especificación de crónica, la bronquitis era aguda. También hemos incluido aquí las afectaciones infecciosas pleurales, como la pleuresía, pleuresía con derrame, o pleuropulmonia, pero no las de origen específico o tuberculoso.

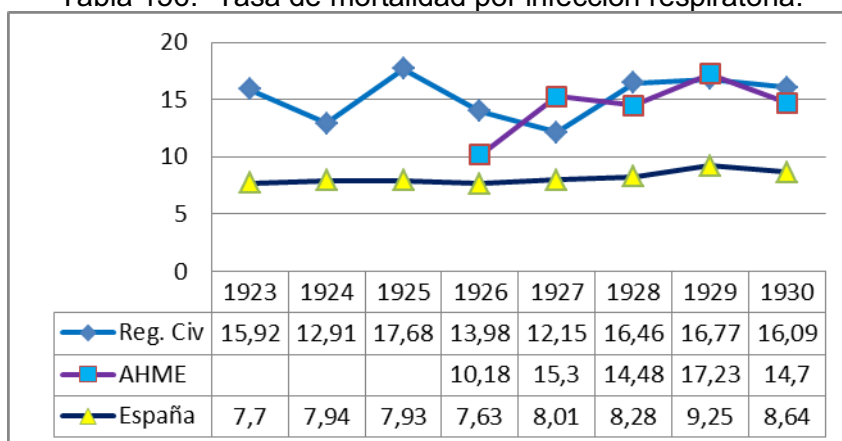
Con la polisemia al uso, se escribe a veces como “pneumonia”, “broncopneumonia”. No se hace ninguna indicación que pudiera sugerir aspectos etiológicos, salvo los mencionados; es probable que la mayoría fueran bacterianas. El año que menos defunciones hubo fue 1927.

Tabla 155.- Infección respiratoria. Mortalidad anual.



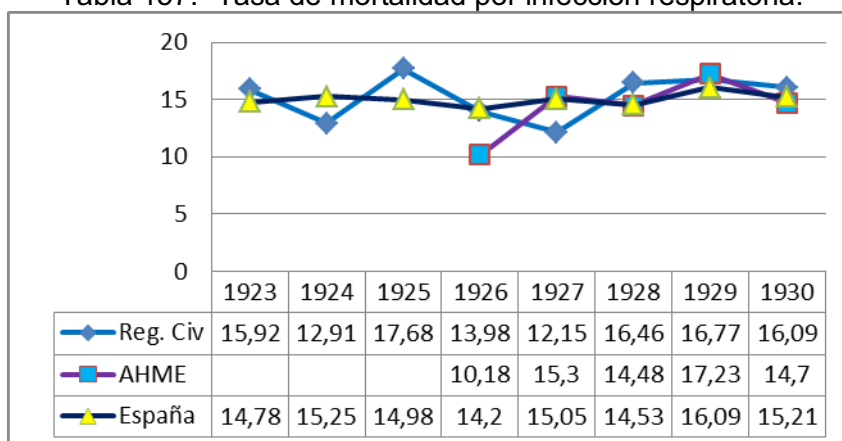
Comparando estos datos con los de Navarro García²⁵³, en una primera apreciación, vemos que la mortalidad por patología infecciosa del aparato respiratorio, fue mucho más alta, en ocasiones más del doble, en Elche que en el resto de España durante el periodo estudiado:

Tabla 156.- Tasa de mortalidad por infección respiratoria.



la diferencia estriba en que Navarro analiza por separado la bronquitis de la neumonía; cuando sumamos ambas patologías, los niveles se igualan:

Tabla 157.- Tasa de mortalidad por infección respiratoria.



Afectó más a hombres que a mujeres, en proporción cercana al 1.5 a 1. Podría pensarse que esta diferencia estuviera en relación con algunos factores, como la incorporación de los varones al mercado laboral fabril, mientras la mujer hace los trabajos en el domicilio, o al consumo de tabaco: pero no fue así, porque, respecto a las edades, comprobamos que, nuevamente, es una causa señalada de mortalidad infantil: el 28 % largo de fallecimientos por este motivo tuvieron lugar antes de cumplir el primer año de vida, según el archivo, y casi el 26 % según el registro; cifra que se eleva hasta el 46 % cuando contamos hasta los cinco años de edad (43 % para el registro). Vuelve a repuntar algo entre los 60 y 80 años.

Tabla 158.- Infección respiratoria. Mortalidad por sexo.

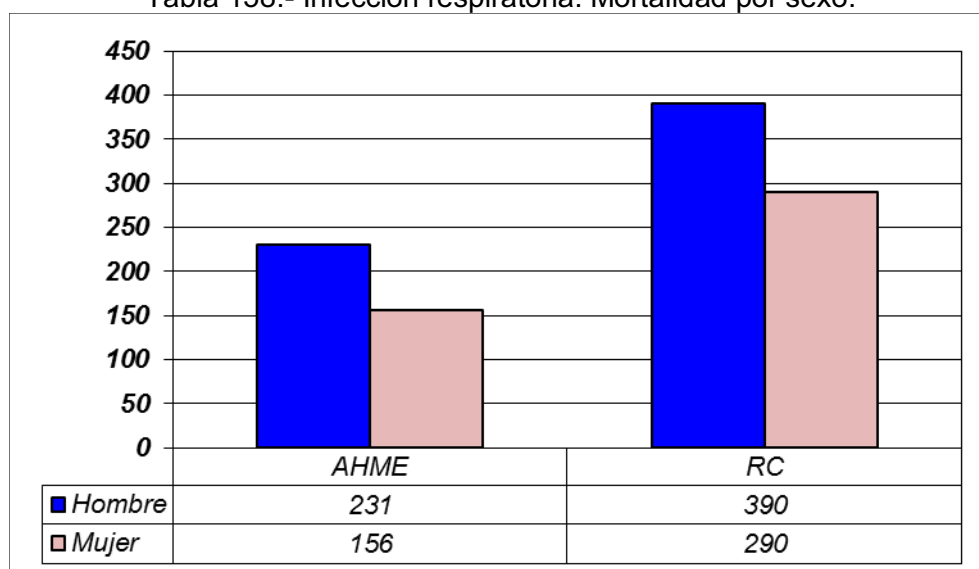
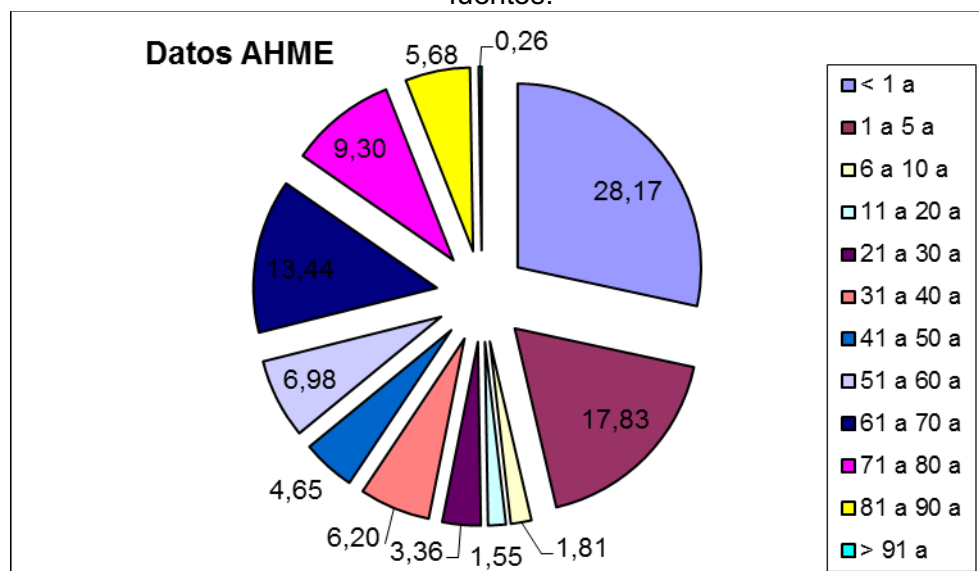
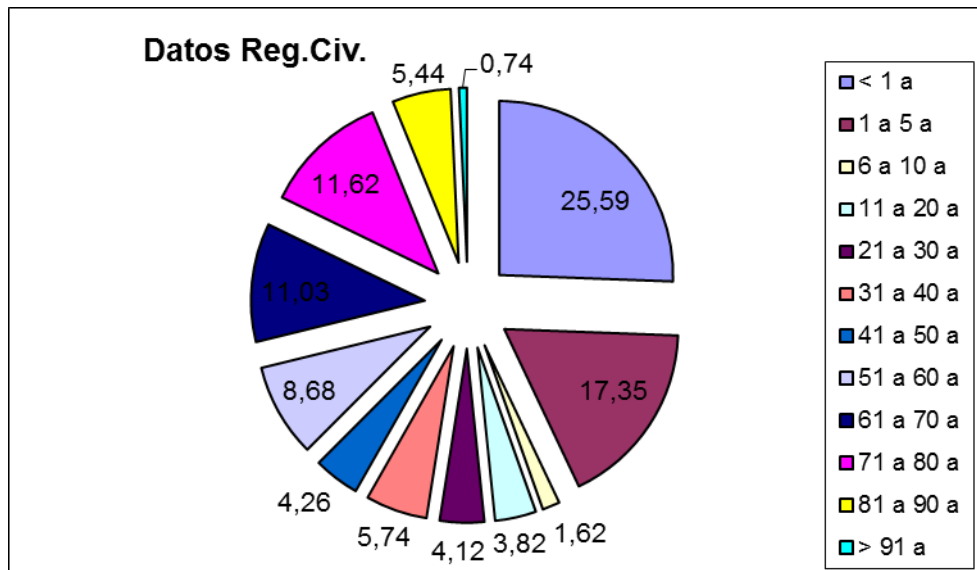


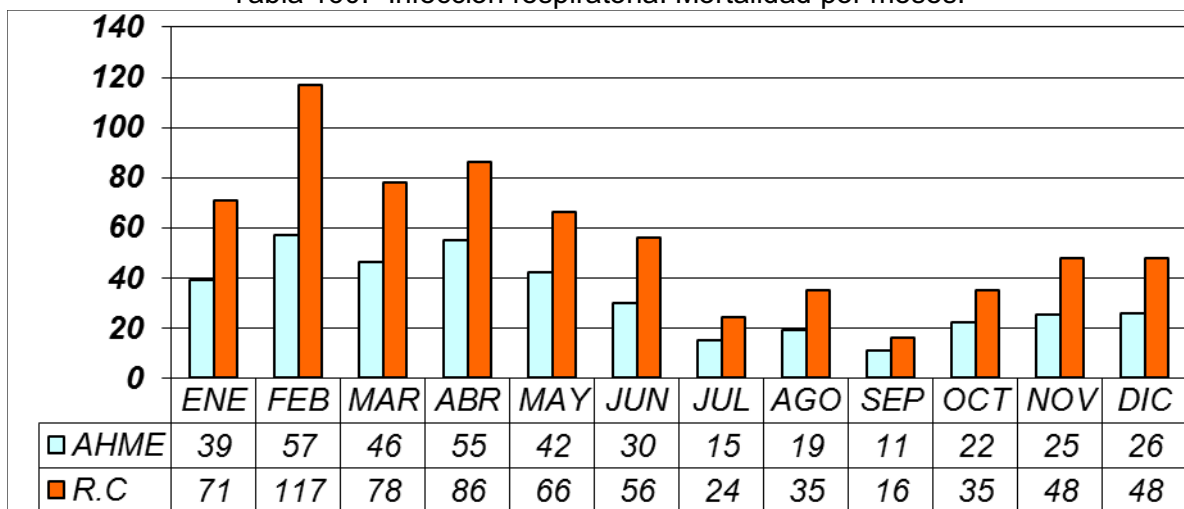
Tabla 159.- Infección respiratoria. Mortalidad por franjas de edad respecto al GRD. Ambas fuentes.





Los meses que registraron mayor concentración de muertes por infecciones respiratoria fueron los invernales, con clara caída en los de verano, como, por otra parte, era de esperar:

Tabla 160.- Infección respiratoria. Mortalidad por meses.



1.09.- OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS (resto de A00-B99) ESCARLATINA

Conocida desde antiguo, se confundía, por lo general, con otras enfermedades exantemáticas, hasta que Sydenham identificó la epidemia de Londres de 1661. De declaración obligatoria desde 1885.

Era una patología relativamente frecuente en la era preantibiótica²⁸⁵, el propio Rey Alfonso XIII también fue afectado por ella; se debe a la infección, a través de las gotitas de Pflügge, por el estreptococo beta-hemolítico y su toxina, llamada eritrogenética (Löffler y Schottmüller, 1895)

Si el paciente no tiene inmunidad contra el germen, este anida en la faringe, y comienza a producir su toxina, que pasa a la sangre y será neutralizada por los correspondientes anticuerpos; este enfrentamiento dará lugar a manifestaciones cutáneas, con un exantema de

²⁸⁵ DICK, G.F, DICK, G.H. *Experimental scarlat fever*. J. Amer. Ass. 81: 1166, 1923.

color rojo escarlata, intenso, micropapuloso, que suele comenzar por el cuello para extenderse hacia las extremidades, predominantemente en los pliegues.

Pero, además, el propio estreptococo puede producir lesiones por si mismo, o por mecanismo inmunológico, dependiendo de la capacidad de respuesta del huésped: en el siguiente cuadro, tomado de Cruz Hernández, se muestra como la infección por este germen puede ser totalmente inocua, o producir severa afectación renal. Volveremos sobre este aspecto más adelante.

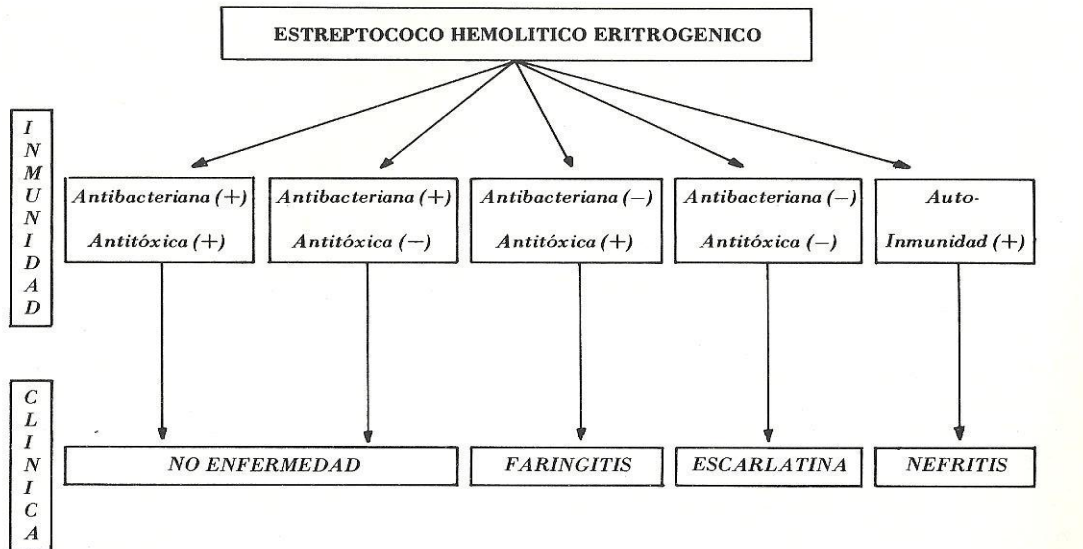


Figura 129.- Etiopatogenia de la infección por estreptococo hemolítico.

A pesar de ello, solo hubo registrados tres casos de escarlatina en Elche en todo el periodo estudiado, dos niños de un año y uno de tres, edades inferiores a lo habitual para este tipo de patología, que suele ser mas frecuente entre los 5 y los 10 años.

ERISPELA

Hemos encontrado en este periodo, un total de siete pacientes fallecidos por erisipela, los mismos para ambas fuentes.

La erisipela es una enfermedad infecciosa, producida por el estreptococo pyogenes, que cursa con una inflamación aguda, febril, de la piel y el tejido celular subcutáneo, con tumefacción dolorosa y circunscrita. Lo llamativo de esta patología, es que solía ser un problema intrahospitalario, que antes de la aparición de las medidas antisépticas, causó verdaderas epidemias en lazaretos y servicios quirúrgicos, ya que, por lo general, el contagio se producía por medio de los instrumentos quirúrgicos, apósitos, manos del cirujano o enfermera, etc.

En nuestra serie, hubo dos niños de corta edad, de siete días y un mes, fallecidos por este motivo; un varón de 20 años con erisipela denominada maligna, tres mujeres de 35, 50 y 55 años, esta con afectación facial; el más anciano fue un varón de 75 años de edad.

En ninguno de ellos se hace mención a intervención quirúrgica o estancia reciente en el hospital (lo cual no lo descarta, pero lo hace poco probable); quizás podría asumirse la vía de contagio facultativa en los niños pequeños comentados, pero no se puede afirmar para los demás casos.

SIFILIS

La palabra sífilis procede del nombre "Syphilo", protagonista del poema en prosa escrito por el polifacético renacentista veronés Gerolamo Fracastoro entre 1525 y 1530, inspirado en una composición de Ovidio, donde relata el castigo sufrido por este pastor de ovejas como

consecuencia de haber erigido altares prohibidos a los dioses y por su vida inmoral y viciosa.²⁸⁶ Recibió mas adelante tambien la denominación de “lues”, que significa, simplemente, epidemia.

En opinión de Lain Entralgo²⁸⁷, hay controversias sobre el origen de la sífilis; una teoria se basa en que durante el sitio de las tropas francesas de Carlos VIII (1496) en Nápoles por las del Gran Capitán, estalló una gran epidemia extraña y grave, con alta mortalidad; tras la rendición de los franceses, al dispersarse por el resto de Italia, Alemania y Francia, diseminaron la enfermedad; de ahí el nombre de “morgo gallico” o mal francés con que fue designada a partir de entonces. Otra teoria arranca con Diaz de Isla, que en 1539 publicó un “*Tratado llamado Fructo de Todos los Santos, contra el mal serpentino venido de la Isla Española*”, atribuyendo a Colón y sus marinos la importación del mal venéreo adquirido en el nuevo mundo.

No se conoció realmente su etiología hasta los trabajos de Hoffmann y Schaudinn; tratada con derivados de mercurio durante muchos años, fue Ehrlich²⁸⁸ quien desarrolló un compuesto arsenical que fue la primera quimioterapia contra la sífilis, hasta la llegada de la penicilina.

Se ha estimado que alrededor del 15 % de la población europea padecía sífilis a comienzos del siglo XX. Estas cifras no coinciden en absoluto con nuestros hallazgos, puesto que aunque vamos a considerar en este apartado las enfermedades de transmisión sexual, fue realmente mínima la mortalidad registrada por enfermedades venéreas; no hay ningún caso de gonococia, ni, por supuesto de herpes genital o virus del papiloma; solo se registraron siete de sífilis, en sus diversas manifestaciones, a lo largo del periodo, según el registro, cinco según el archivo;

En 1923, dos mujeres de 22 y 30 años son diagnosticadas de tabes mesentérica; en ambas consta de profesión, sus labores, como en la inmensa mayoría de los fallecimientos del sexo femenino, lo cual, no impediría, obviamente, que también pudieran dedicarse a la otra profesión, la que se conoce como más antigua del mundo, pero ante la ausencia de información, afirmamos nuestra confianza en la honorabilidad de ambas señoras.

También ese año fallece un varón de 62 años diagnosticado de parálisis tabética. Diagnósticos semejantes tienen otros dos hombres, de 59 y 62 años según el registro, 59 y 69 según el archivo, que fallecen en 1927 por parálisis general progresiva, lo mismo que otro, de 50 años en 1928, y otro más, de 54, en 1929.

En 1928 se registra la defunción de un niño de dos meses, por heredosifilis; habíamos hablado anteriormente de las víctimas inocentes.

2.00 NEOPLASIAS

Bajo el epigrafe de neoplasias, incluimos los diagnósticos de cáncer (CA), carcinoma, sarcoma y epiteloma, encontrados como causa de muerte en los documentos consultados, así como la denominada caquexia cancerosa.

Produjeron el fallecimiento de un total de 68 personas según el archivo municipal (2.65 % del total de enterramientos) y de 117 según el registro civil (2.83 %).

Los diagnósticos encontrados fueron:

²⁸⁶ POTENZIANI, Julio C; POTENZIANI, Silvia D. *Historia de las enfermedades venéreas*. Bajado de la red: www2.hu-berlin.de/sexology/BIB/Potenziani/hist01.htm

²⁸⁷ LAIN ENTRALGO, Pedro. *Historia de la Medicina. Medicina Moderna y Contemporánea*. Científico Médica, 1954.

²⁸⁸ TURNES, Antonio L. *La sífilis en la medicina. Una aproximación a su historia*. Bajado de la red: www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/sifilis.pdf

Tabla 161.- Listado de diagnósticos de neoplasias. (* CA = carcinoma)

Caquexia cancerosa	CA lengua
CA cara	CA mama
CA cuello	CA nasofaringe
Epitelioma de boca	CA parótida
Epitelioma uterino	CA pulmón
	Sarcoma de boca
Epitelioma vulvovaginal	Sarcoma de cuero cabelludo
CA esófago	Sarcoma gástrico
CA estómago	
Gangrena cancerosa	Sarcoma del cuello
CA genital	CA útero (matriz)
CA hígado	CA vejiga
CA intestino	
CA laringe	

En una ocasión no hemos podido entender lo escrito para la localización del cáncer; en otra, figura como cáncer de estómago e hígado.

Cierto es que la palabra cáncer se utiliza genéricamente para designar procesos neoformativos de carácter maligno. Pero la primera cuestión que se nos plantea, es la veracidad o verosimilitud del diagnóstico; si ya hemos comentado las dificultades existentes en esa época en nuestra ciudad para la realización de analíticas no demasiado complicadas, resulta poco creíble que alguien estuviese en condiciones, técnicas y científicas, de realizar estudios histológicos que permitieran discernir la estirpe de los tumores malignos. Se acepta, por lo común²⁸⁹ que las neoplasias procedentes del tejido mesenquimal (es decir, tejido fibroso, cartílago, hueso, vasos sanguíneos, músculo, membranas cerebrales, etc.) se denominan sarcomas; y las neoplasias originadas en células epiteliales (tejido glandular, tejido de revestimiento,) se denominan carcinomas. Recasens²⁹⁰ incluía bajo la denominación de cáncer, todas las neoplasias que, con un curso siempre progresivo, conducían a la caquexia y la muerte, pudiendo producir metástasis a distancia; sin embargo, reconoce que hay otros autores que limitan esta etiqueta a las neoplasias de origen epitelial, excluyendo, por tanto, los sarcomas, endoteliomas, etc., que, como aquellos, también tienen un curso progresivo hacia la caquexia y la muerte, y también pueden dar metástasis a distancia.

Así, resulta difícil asumir el sarcoma gástrico, del cuero cabelludo, del brazo, de la boca; y también el epitelioma uterino o vulvovaginal.

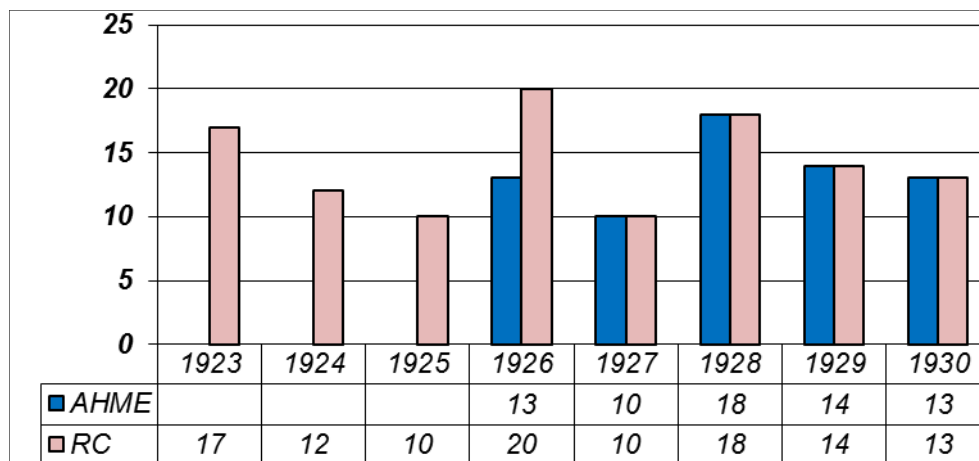
Por otro lado, en ningún registro se hace referencia a metástasis (solo en una ocasión se menciona un cáncer de estómago e hígado en el mismo paciente);

²⁸⁹ ROBBINS, Stanley I. *Tratado de Patología*, Interamericana, 1968.

²⁹⁰ RECASENS, Sebastián. *El cáncer de útero*. Espasa, Madrid, 1931.

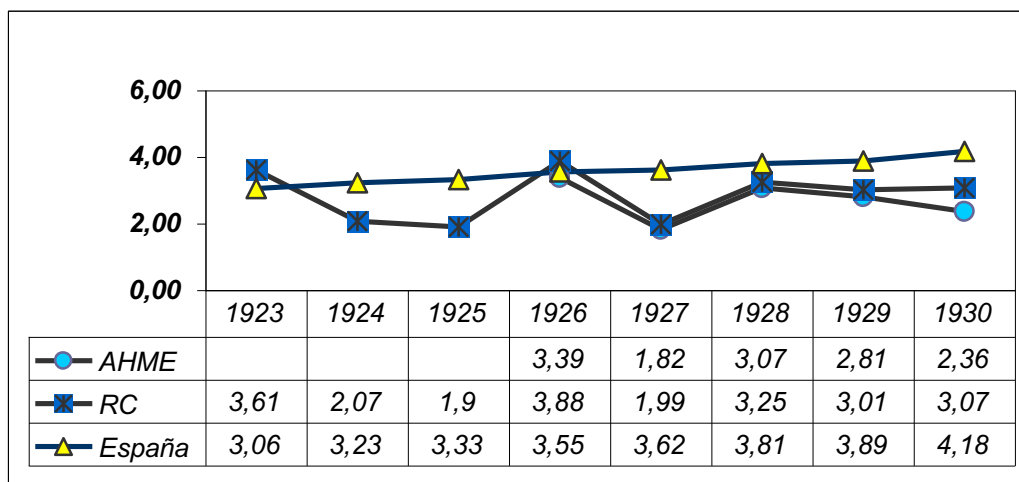
El año que registró mayor mortalidad por procesos neoformativos fue 1926 (recordemos que en los datos del archivo, este año comienza en abril), con 20 y 13 fallecidos por cáncer, según la fuente.

Tabla 162.- Mortalidad anual por cáncer.



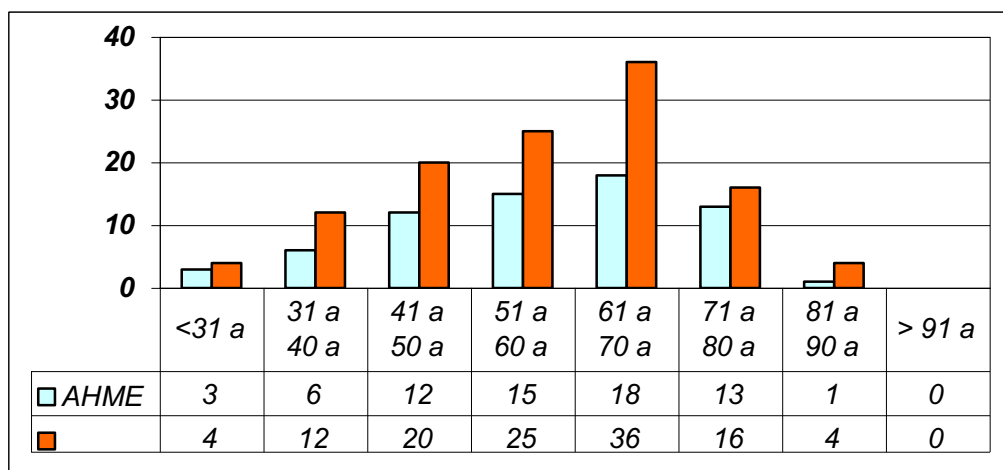
La mortalidad por cáncer en Elche durante este periodo fue similar a la acaecida en el resto de España:

Tabla 163.- Tasa de mortalidad por cáncer.



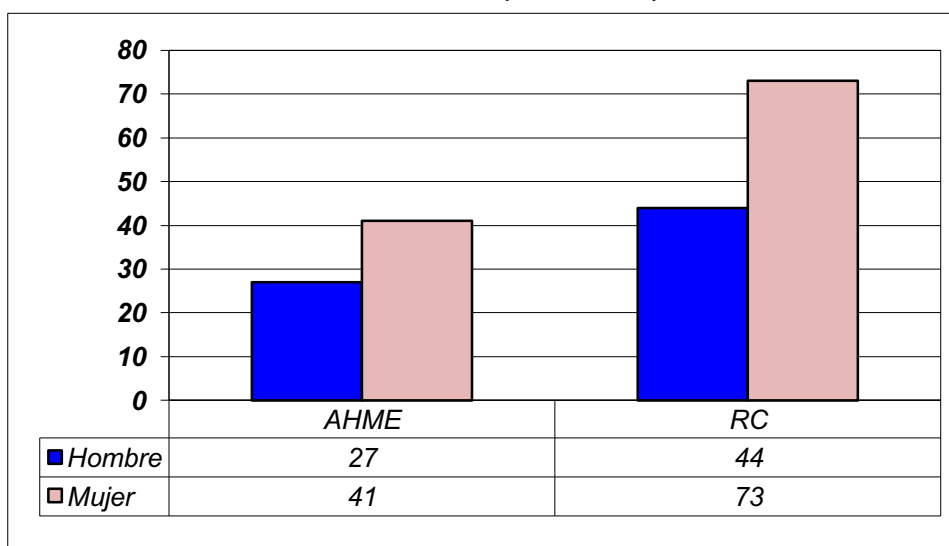
El paciente de menor edad fue un niño de 18 meses, diagnosticado de sarcoma; la más anciana, una mujer de 89, con caquexia cancerosa.

Tabla 164.- Mortalidad por cáncer por franjas de edad.



Fue más frecuente en las mujeres, con relación 1.5 a 1 según el archivo, 1.6 a 1 según el registro civil.

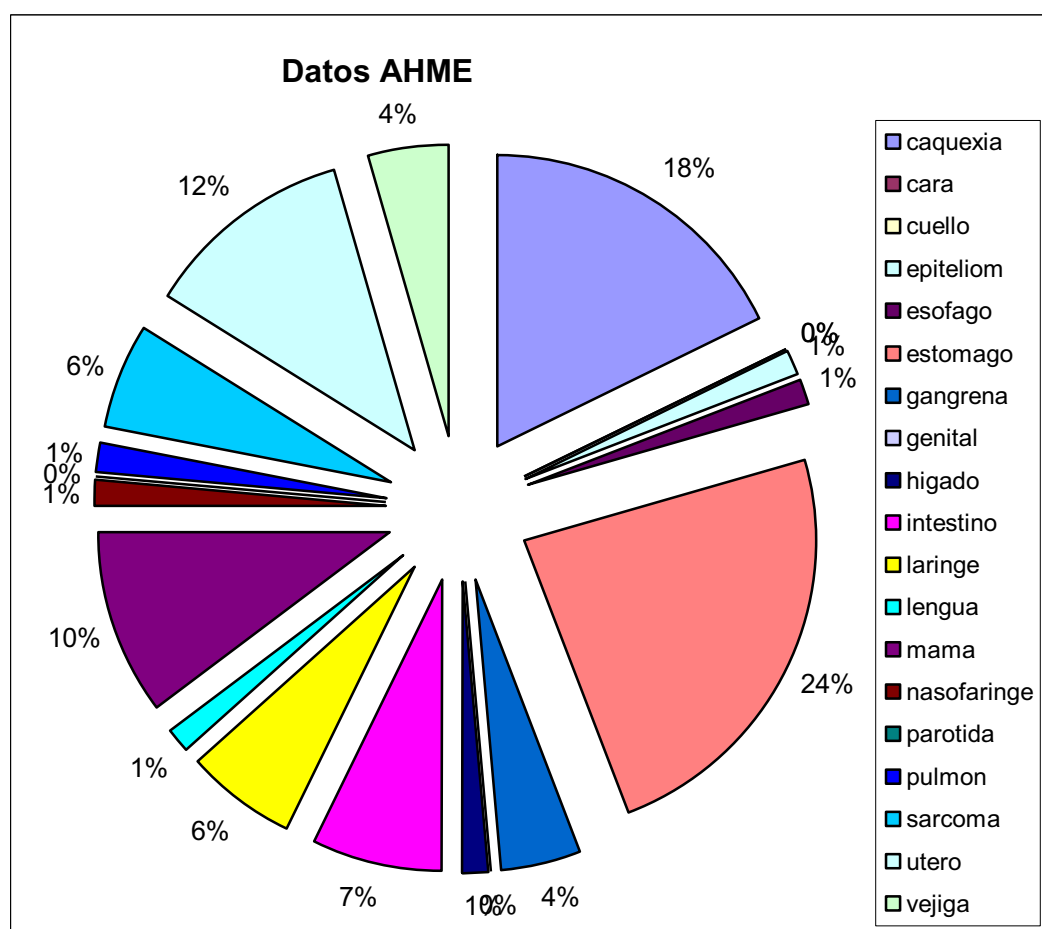
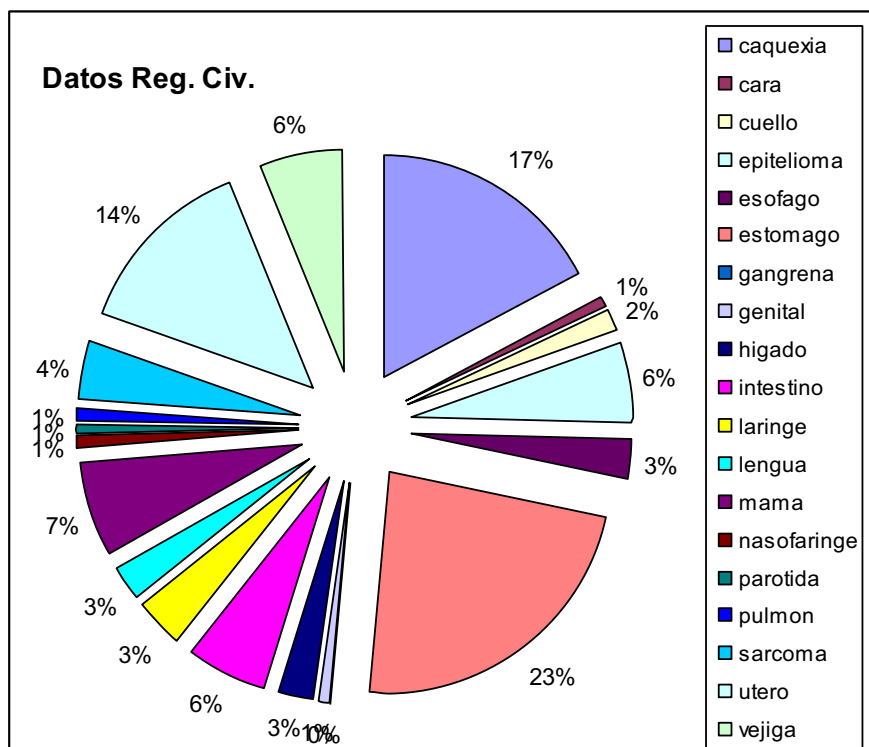
Tabla 165.- Mortalidad por cáncer por sexo.



Esta diferencia en cuanto al sexo no se justifica solamente por la frecuencia de cáncer genital femenino, o de mama, puesto que la localización más habitual fue la de estómago (más frecuente en varones), seguido de la caquexia cancerosa (más frecuente en mujeres), que no especifica la estirpe del tumor primitivo, al igual que los diagnosticados de gangrena cancerosa, en dos ocasiones.

Recasens²⁹⁰ acepta también que la mortalidad era mayor entre las mujeres que entre los hombres, y atribuye esta diferencia a la alta prevalencia del cáncer de cuello de útero, que, según sus datos, representa el 32 % del total de cánceres que afectan a la mujer, proporción que llega hasta el 85 % si se incluye el cáncer de mama; estas cifras son muy diferentes de las encontradas en nuestra serie: del total de 117 personas fallecidas con este diagnóstico, 73 eran mujeres; de ellas, solo 16 (menos del 22 %) fallecieron por cáncer de útero; si le sumamos las 8 mujeres con cáncer de mama, la proporción sube hasta el 32.8 %; más aún, si añadimos las 14 mujeres fallecidas con diagnóstico de caquexia cancerosa (asumiendo que en todas ellas el cáncer era de origen genital, que no lo sería), superaría apenas la mitad de los casos, lejos del 85 % mencionado por Recasens²⁹⁰.

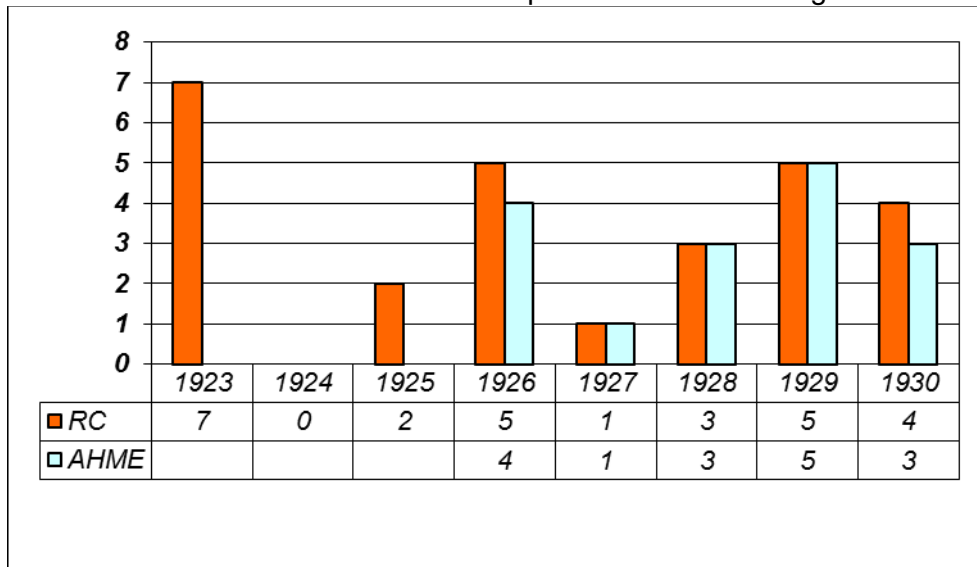
Tabla 166.- Mortalidad por cáncer según localización topográfica, ambas fuentes.



2.01 NEOPLASIA MALIGNA DE ESTOMAGO (C16)

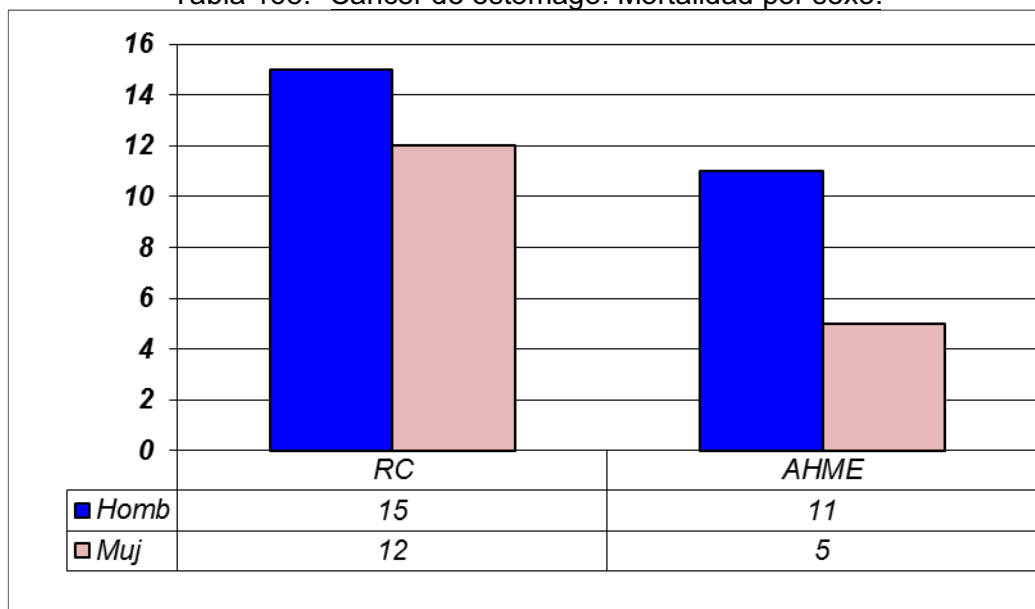
Fue la más frecuente entre todas: un total de 27, según el Registro Civil, 16 según el archivo municipal, lo cual supone mas del 23 % de fallecimientos por neoplasias en este periodo para ambas fuentes.

Tabla 167.- Mortalidad anual por cáncer de estómago.



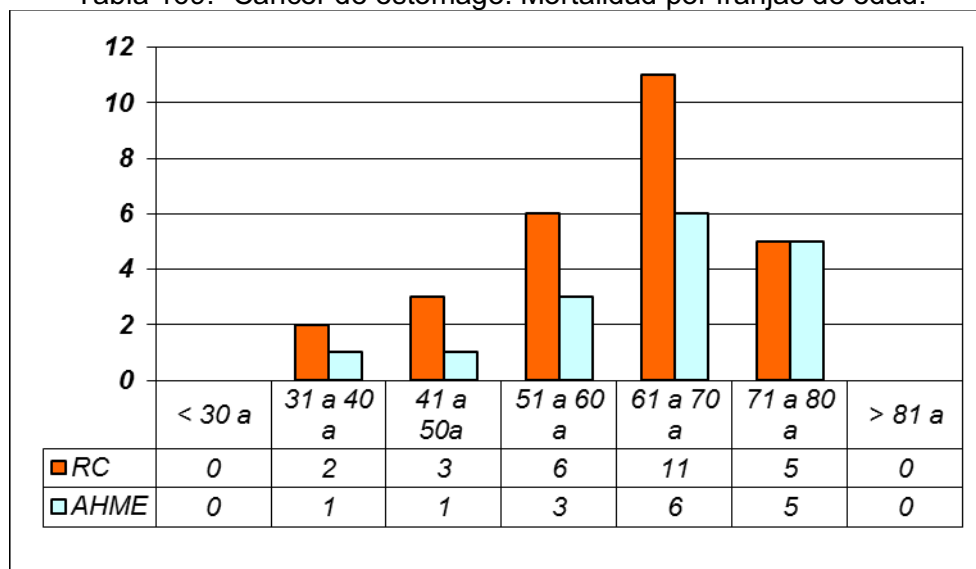
Fue más común entre los varones, poco según el registro, pero más del doble según el archivo

Tabla 168.- Cáncer de estómago. Mortalidad por sexo.



Como casi todas las neoplasias, afectó más a la séptima década de la vida; ningún paciente menor de 30 años ni mayor de 80.

Tabla 169.- Cáncer de estómago. Mortalidad por franjas de edad.



2.02 NEOPLASIA MALIGNA DE COLON Y UNION RECTOSIGMOIDEA (C18-C19)

Solo figuran siete casos de cáncer de intestino en el registro y cinco en el archivo en todo el periodo estudiado; nada más que en una ocasión se inscribe como cáncer de recto; en el resto, no se especifica si el intestino era delgado o grueso.

2.03 NEOPLASIA MALIGNA DE ORGANOS DIGESTIVOS Y PERITONEO, EXCEPTO ESTOMAGO Y COLON (C15, C17, C20-C26, C48)

Del resto de órganos digestivos, se afectó el esófago en tres ocasiones según el registro, y en una según el archivo; el hígado se vio involucrado en tres ocasiones según el registro (una de ellas conjuntamente con el estómago) y en una según el archivo. Ninguna mención a páncreas, vesícula, vías biliares, etc.

2.04 NEOPLASIA MALIGNA DE TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON (C33-C34)

Solo se registra un caso de cáncer de pulmón en toda la serie, para ambas fuentes.

2.05 NEOPLASIA MALIGNA DE ORGANOS RESPIRATORIOS E INTRA-TORACICOS, EXCEPTO TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON (C30-C32, C37-C39)

No hay ningún registro; si incluimos la laringe entre las vías respiratorias, encontramos cinco casos en el registro y cuatro en el archivo municipal.

2.06 NEOPLASIA MALIGNA DE LA MAMA FEMENINA (C50)

Tuvo escasa frecuencia en este periodo; solo hemos contabilizado ocho pacientes fallecidas por esta causa en el registro, y seis en el archivo; la mitad de las mujeres estaban entre los 31 y 40 años, la más joven tenía 32 y la mayor tenía 75.

2.07 NEOPLASIA MALIGNA DEL CUELLO UTERINO (C53)

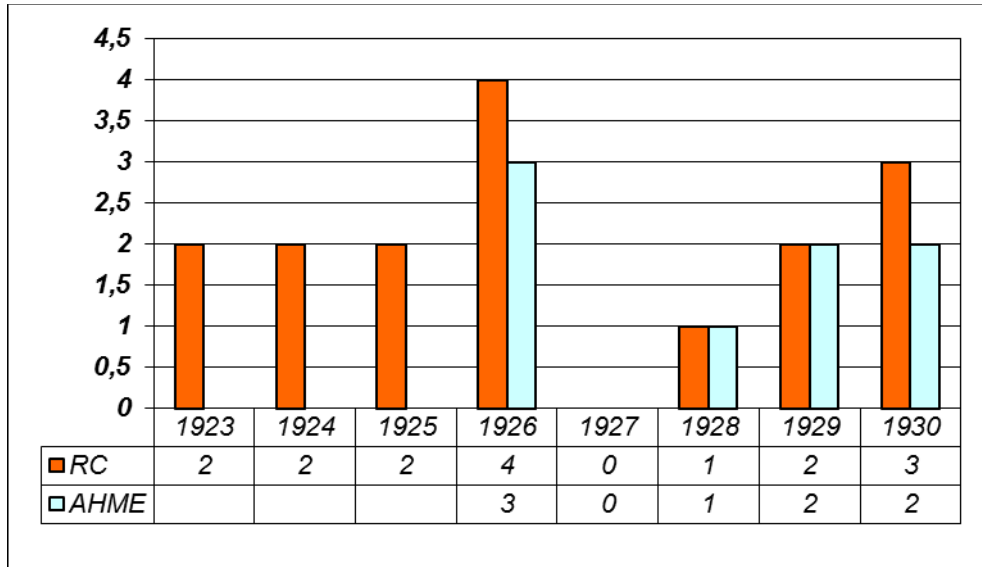
2.08 NEOPLASIA MALIGNA DEL CUERPO UTERINO (C54)

2.09 NEOPLASIA MALIGNA DE UTERO, PARTE NO ESPECIFICADA (C55)

Incluimos en este apartado todas las neoplasias genitales femeninas, puesto que no se especifica la parte del útero afectada, solo consta como cáncer de útero o de matriz; hay un diagnóstico de epiteloma vulvovaginal y otro, de epiteloma uterino; esta nomenclatura

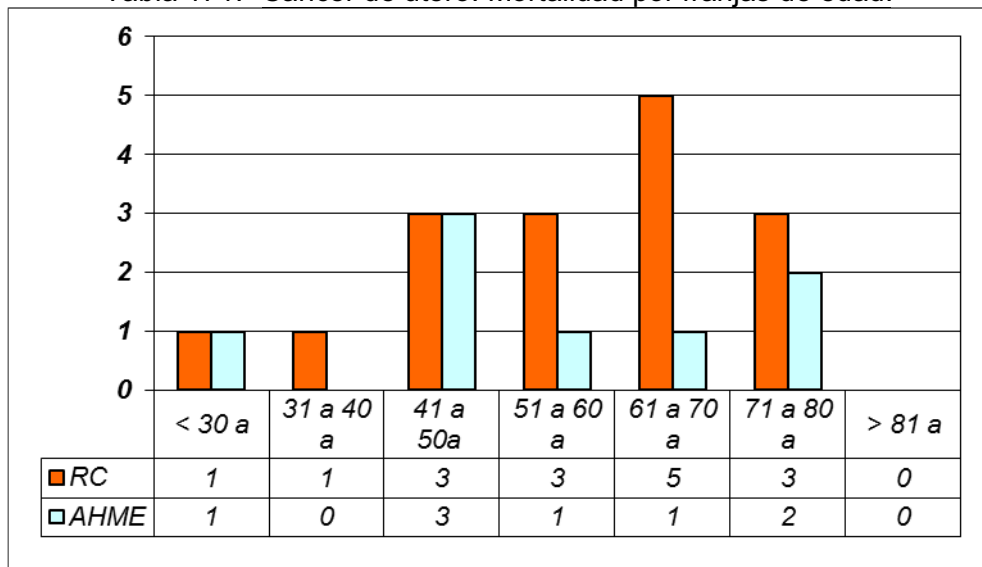
estaba al uso, según hemos comprobado²⁹¹. Ocasionó la muerte de 16 mujeres (13.67 % del total de neoplasias) según el registro, y de 8 según el archivo (21 %).

Tabla 170.- Cáncer de útero. Mortalidad anual



En cuanto a la distribución por edades, afectó a una mujer menor de 30 años (28), con el pico sobresaliente entre los 61 y 70 años de edad.

Tabla 171.- Cáncer de útero. Mortalidad por franjas de edad.



Afirma Recasens²⁹⁰ que la posición social influye de manera considerable en la frecuencia del cáncer de cuello de útero; las clases pobres son afectadas en mayor proporción, y lo relaciona con el hecho de que las señoras de clases acomodadas, cuidan más de la higiene personal, sus partos son mejor asistidos, tienen menos desgarros uterinos y es menos común la multiparidad. No tenemos datos al respecto.

²⁹¹ BOURSIER, André. *Manual de Ginecología*. José Espasa, Barcelona, sin fecha.

2.10 NEOPLASIA MALIGNA DE PROSTATA (C81)

No hay ningún registro.

2.11 NEOPLASIA MALIGNA DE OTROS ORGANOS GENITOURINARIOS (C51-C52, C56-C57, C60, C62-68)

Hemos encontrado siete casos diagnosticados de cáncer de vejiga en el registro, y tres en el archivo. Cuatro eran mujeres y tres varones. Con edades comprendidas entre los 53 y 75 años de edad, tres estaban entre 51 y 60.

2.12 LEUCEMIA (C91-C95)

En 1927 falleció una mujer de 54 años con diagnóstico de leucemia, sin concretar estirpe ni tipo evolutivo.

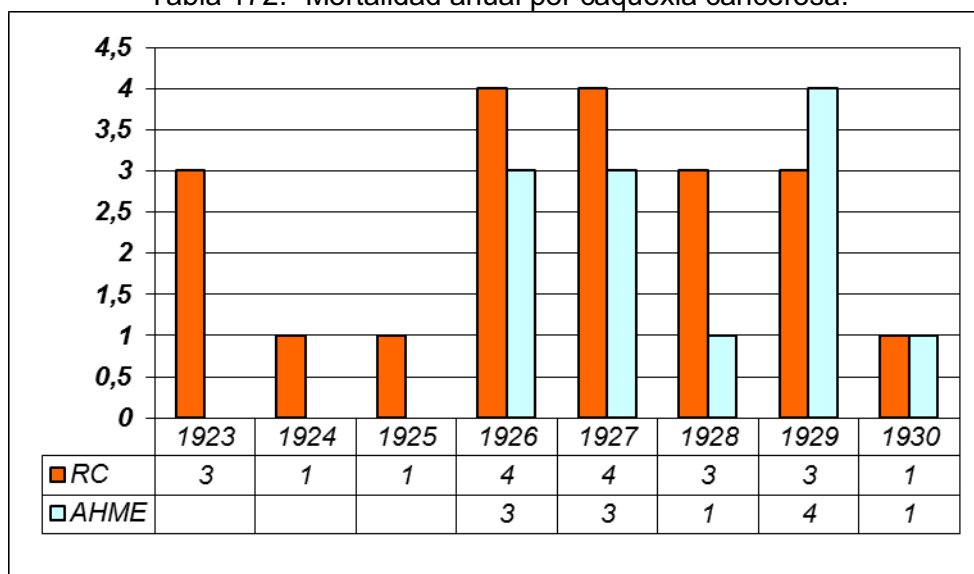
2.13 NEOPLASIA MALIGNA DEL SISTEMA LINFOIDE Y OTRO TEJIDO HEMATOPOYETICO Y RELACIONADO (C81-C90, C96)

En 1924, una mujer de 91 fallece con diagnóstico de linfosarcoma.

2.14 NEOPLASIA MALIGNA DE OTROS SITIOS NO ESPECIFICADOS

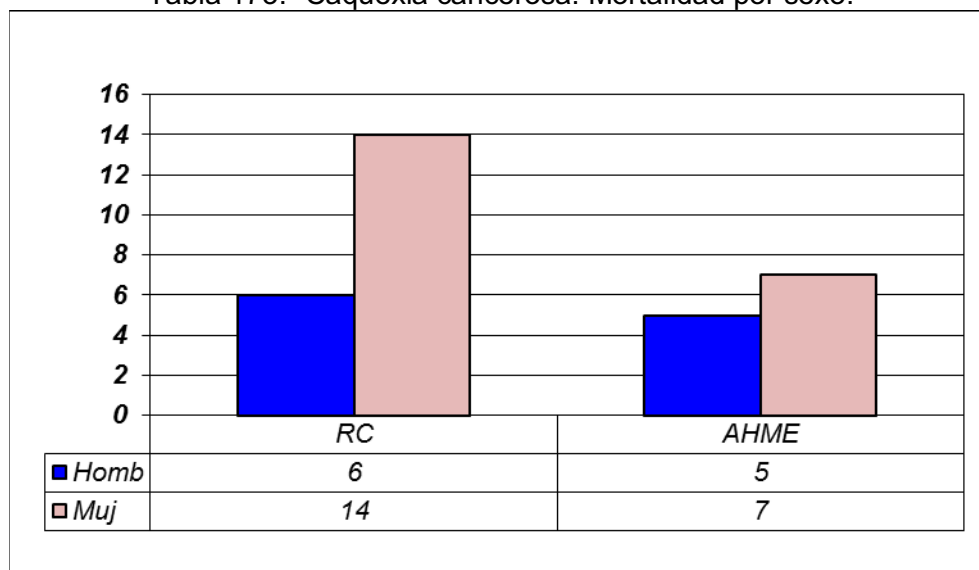
Vamos a incluir en este apartado la miscelánea englobada bajo el epígrafe de caquexia cancerosa; figura así descrita, sin hacer mención al origen o estirpe tumoral. Y lo hace en veinte ocasiones según el registro, y en doce según el archivo, algo más del 17 % del total en ambas fuentes.

Tabla 172.- Mortalidad anual por caquexia cancerosa.



Fue claramente más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, más del doble según el Registro Civil.

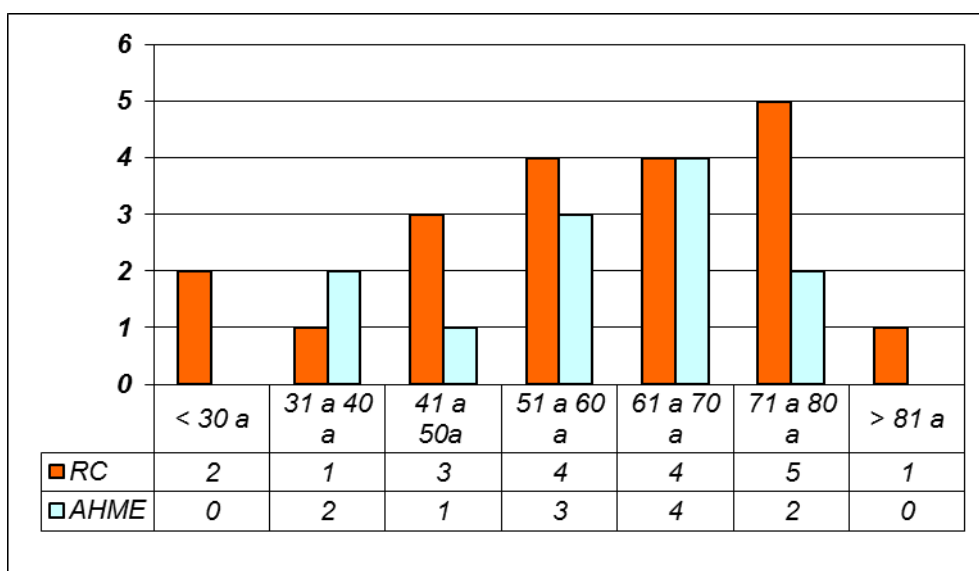
Tabla 173.- Caquexia cancerosa. Mortalidad por sexo.



En cuanto a la edad, su frecuencia aumenta con los años, tiene el máximo entre los 71 y 80 de vida.

Es muy probable que se emplease la etiqueta de caquexia cancerosa para expresar el deterioro final del paciente afecto de un proceso consuntivo de localización no determinada, ante el desconocimiento del curso evolutivo o los síntomas iniciales que pudieran orientar hacia algún órgano concreto.

Tabla 174.- Caquexia cancerosa. Mortalidad por franjas de edad.



2.156 CARCINOMA IN SITU, NEOPLASIAS BENIGNAS Y NEOPLASIAS DE CONDUCTA INCIERTA O DESCONOCIDA

En cinco ocasiones, según ambas fuentes, la causa de la muerte fue un sarcoma; en una ocasión se localiza en estómago, otra en el cuello, otra en cuero cabelludo y la última en el

brazo; uno de ellos es un niño de 18 meses. Una mujer de 62 años fue diagnosticada de cistosarcoma ovárico.

En siete episodios del registro aparece el diagnóstico de epiteloma, solo uno en el archivo; se localiza a nivel vulvovaginal (ya comentado), en el propio útero, en la boca,

3.00 ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO (I00-I99)

Causaron la muerte de 487 personas según el archivo (18.96 % del total) y 867 según el registro (20.97 % del total).

Vemos que en esta ocasión, los datos obtenidos del Archivo Municipal coinciden en gran medida con los del Registro Civil.

Hemos englobado como accidente cerebrovascular agudo (ACVA) las enfermedades cerebrovasculares; cardiopatía no especificada de otra manera cuando en el diagnóstico solo constaba esta palabra, cardiopatía, sin más concreción. No hay ningún diagnóstico, principal ni relacionado, de hipertensión arterial.

Los diagnósticos encontrados para esta categoría fueron:

Tabla 175.- Listado de diagnósticos de enfermedades del aparato circulatorio.

ACVA	Endocarditis
Angina de pecho	Insuficiencia Cardíaca
Arteriosclerosis	Insuficiencia Mitral
Asistolia	Miocarditis
Cardiopatía NEOM	

Hay también una serie de diagnósticos muy inespecíficos, a veces difíciles de encuadrar en alguna categoría: lesión orgánica del corazón, que no se refiere, aparentemente, solo a cardiopatías congénitas, puesto que en una ocasión causa la muerte de un jornalero de 24 años; el colapso cardíaco, las lesiones combinadas del corazón, la degeneración grasienta del corazón, la hipertrofia cardíaca, etc.

Tabla 176.- Mortalidad anual por cardiopatías.

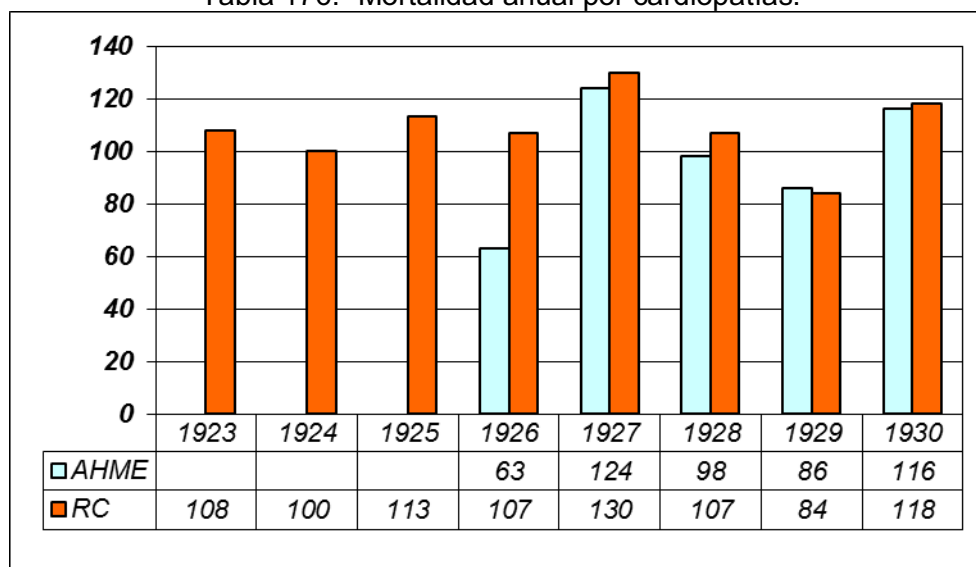
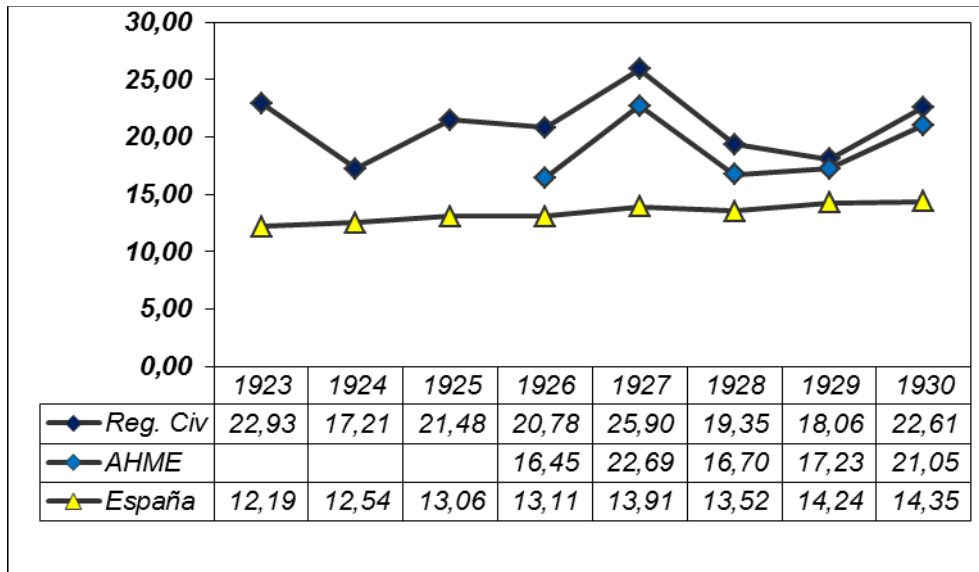
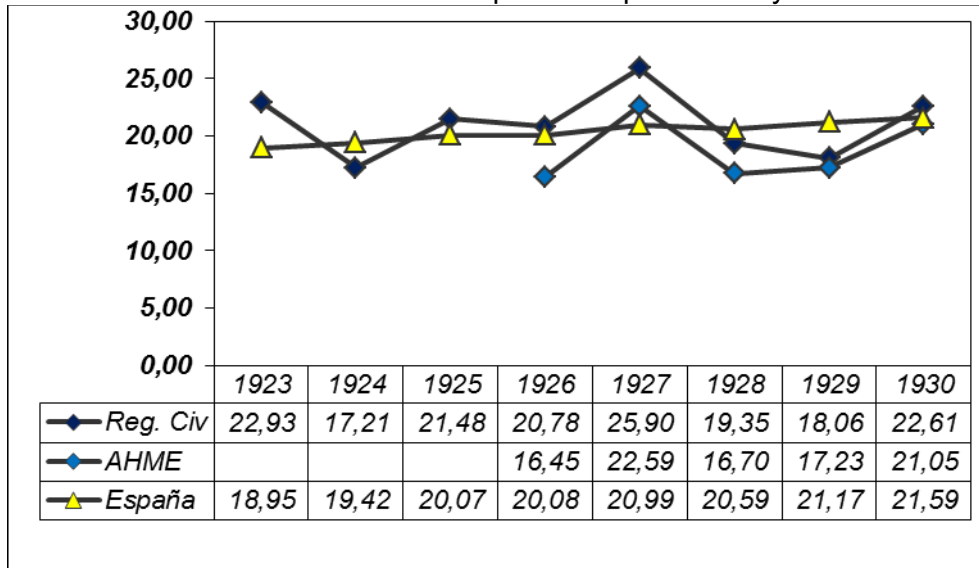


Tabla 177.- Tasa de mortalidad por cardiopatías.



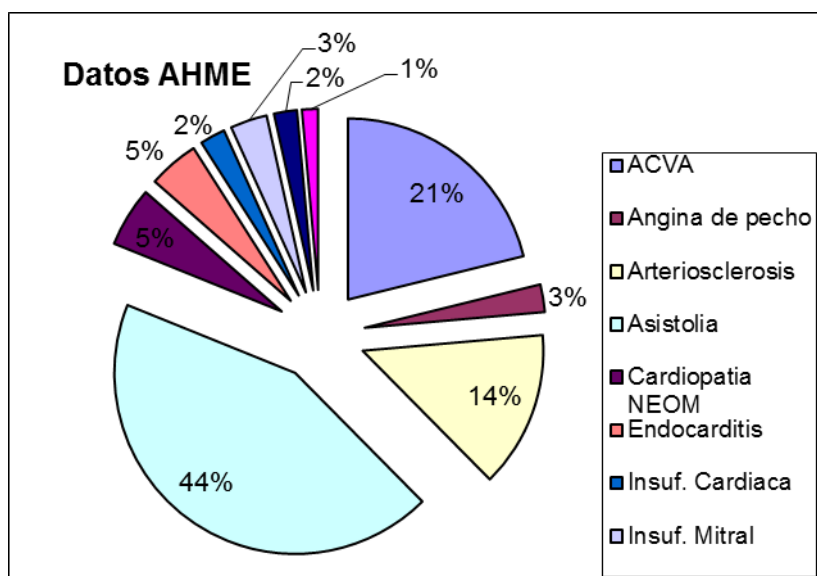
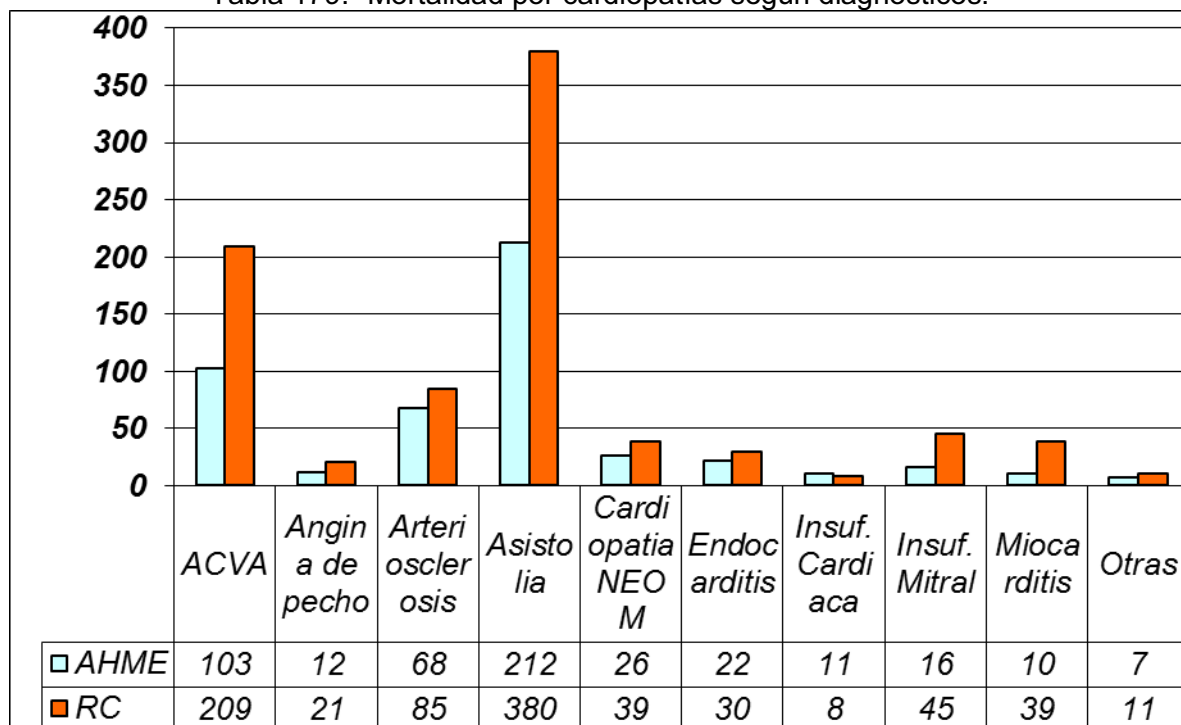
La mortalidad por enfermedades cardiovasculares durante el periodo estudiado fue muy superior en Elche a la media nacional en comparación con los datos de Navarro Garcia²⁵³; pero, al igual que nos ocurrió con las infecciones respiratorias, tampoco se han considerado aquí las enfermedades cerebrovasculares; y resulta que, si las sumamos, la incidencia ya es mucho más parecida.

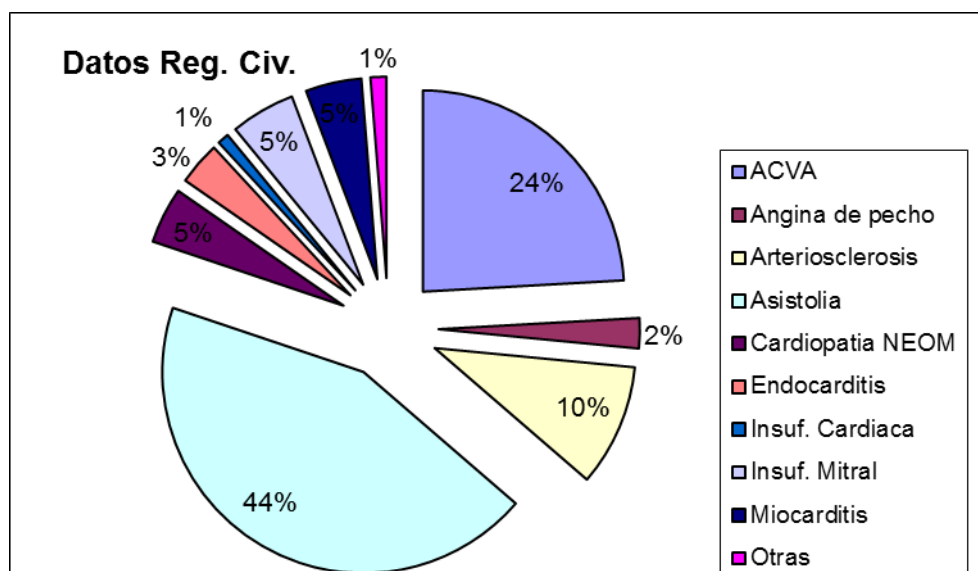
Tabla 178.- Tasa de mortalidad por cardiopatías incluyendo ACV



Podemos apreciar que la causa más frecuente de mortalidad por enfermedades cardiacas, fue la asistolia (incluyendo la denominada muerte natural y la senilidad), seguida de las de origen cerebrovascular y la arteriosclerosis. Es decir, que casi un 60 % de las defunciones por cardiopatía registradas en el archivo tuvieron diagnósticos tan poco precisos como la asistolia o la arteriosclerosis, y lo mismo ocurrió con el 55 % de las anotaciones del Registro.

Tabla 179.- Mortalidad por cardiopatías según diagnósticos.





Hemos preferido, en esta ocasión, no establecer la distribución por franjas de edad para el conjunto del epígrafe, habida cuenta de la enorme disparidad de consideraciones etiopatogénicas a estimar, ya que podría resultar un cajón de sastre analizar conjuntamente enfermedades degenerativas, infecciosas, o inespecíficas; de cualquier modo, fueron escasos los fallecimientos por enfermedades cardíacas en la infancia y adolescencia, comenzando a presentarse a partir de la tercera década de la vida, con máximos entre los 60-80 años para las diversas entidades nosológicas, como veremos mas adelante.

3.01 FIEBRE REUMÁTICA AGUDA Y CRÓNICA (I00-I09)

Descrita por Bouillard en 1840, incluyendo la afectación cardíaca, fue Aschoff quien en 1904 describió las lesiones histopatológicas de tipo granulatoso características. Enfermedad de declaración obligatoria desde 1944.

No aparece ningún diagnóstico de fiebre reumática, ni aguda ni crónica en el periodo estudiado. Solo en tres ocasiones aparece reflejada la endocarditis reumática como causa de fallecimiento: una mujer de 35 años en 1925, un niño de 7 en 1927 y una joven de 15 en 1930, estos dos últimos coinciden en el listado del archivo y del registro. Y en una mujer de 62 años aparece "Endocarditis. Reumatismo crónico."

Vamos a incluir en esta categoría, la cardiopatía valvular, presumiendo que la mayor parte de las veces, tuviera un origen reumático.

Recordamos que la fiebre reumática²⁹² es una enfermedad aguda que tiene lugar como secuela tardía de una infección faríngea por el estreptococo tipo A; afecta principalmente al corazón, sistema nervioso central, articulaciones, piel y tejidos subcutáneos; sus manifestaciones más típicas en la forma aguda, son la poliartritis migratoria, fiebre y carditis, aunque también puede aparecer corea de Sydenham, nódulos subcutáneos y eritema marginado, lo cual constituye la base del diagnóstico de la enfermedad, según los criterios de Jones: deben aparecer dos criterios mayores, o un criterio mayor y dos menores.

²⁹² HARRISON, T.R. *Principles of Internal Medicine*. Mc Graw Hill, 1980.

Tabla 180.- Criterios de Jones para el diagnóstico de la fiebre reumática.

CRITERIOS MAYORES	CRITERIOS MENORES
Carditis	Fiebre
Poliartritis	Artralgias
Corea	Fiebre reumática previa, o cardiopatía reumática
Eritema marginado	Alteraciones electrocardiográficas
Nódulos subcutáneos	Alteraciones analíticas (PCR, ASLO)

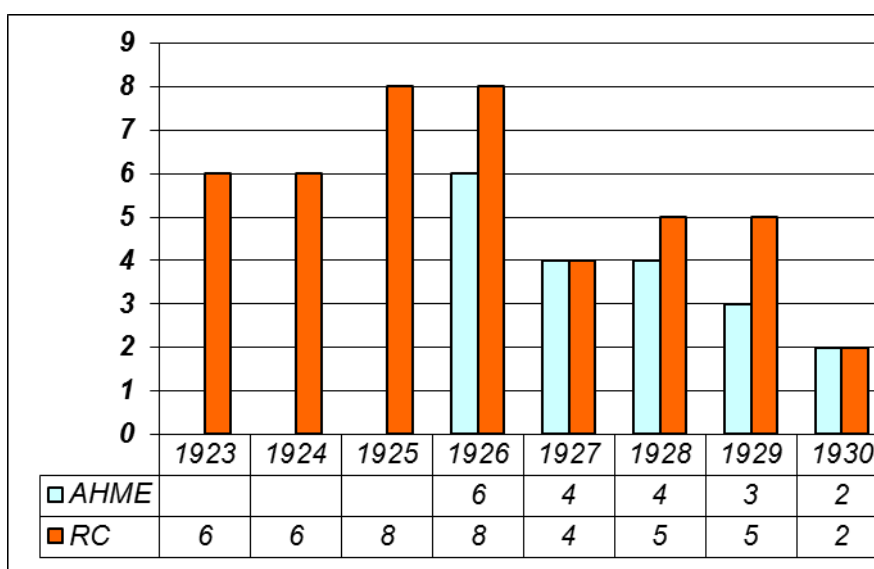
El corazón es el lugar de afectación más importante y característico de la fiebre reumática; en las articulaciones produce cambios exudativos, que suelen curar sin consecuencias; por algo se decía que “la fiebre reumática lame las articulaciones y muerde el corazón”. Puede afectar tanto al endocardio, como al mio- y pericardio, o a todos ellos a al vez (pancarditis); la endocarditis reumática produce una valvulitis verrucosa, que, al cicatrizar, deja lesiones severas, por engrosamiento, fibrosis y adhesión de las cuerdas tendinosas, lo cual da lugar a grados variables de estenosis o insuficiencia, sobre todo a nivel de mitral y aórtica, raramente la tricúspide y casi nunca la pulmonar. Por eso, la primera manifestación de la carditis reumática suele ser la aparición de soplos de insuficiencia mitral o aórtica, sobre todo la primera.

En nuestra serie, el diagnóstico predominante es la insuficiencia mitral, solo en cuatro ocasiones, según el registro, y en dos según el archivo, se inscribe la insuficiencia aórtica; las edades de los pacientes eran 24 / 32 / 54 y 68 años en una fuente, y 24 y 68 en la otra; tres varones en el registro, una en el archivo.

No hay ningún diagnóstico de estenosis mitral ni de estenosis aórtica; las válvulas derechas, tampoco aparecen afectadas entre las causas de muerte.

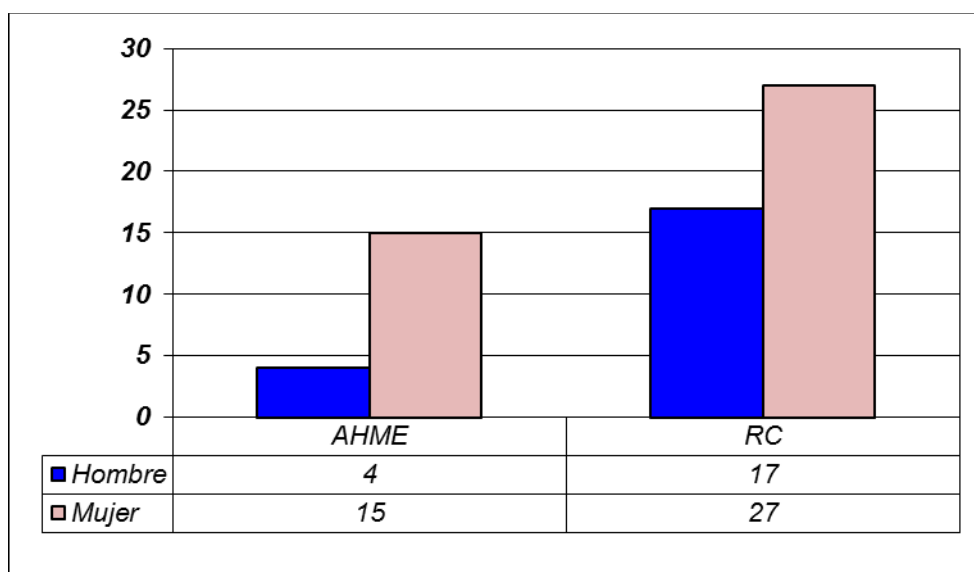
La insuficiencia mitral fue la causa del fallecimiento de 19 personas según el archivo y 44 según el registro, apenas el 0.7 y el 1.06 % del total, respectivamente.

Tabla 181.- Mortalidad anual por insuficiencia mitral.



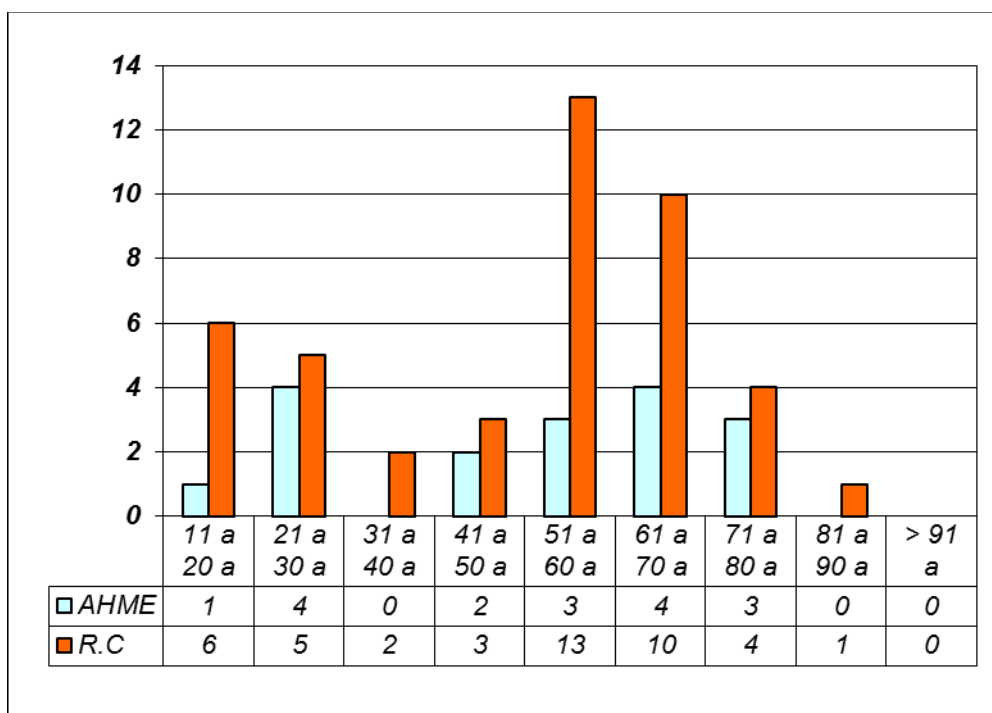
Afectó más frecuentemente a las mujeres, con relación 1 a 4 según el archivo y 1 a 1.4 según el registro.

Tabla 182.- Mortalidad por insuficiencia mitral por sexo.



Por edades, tiene un pico notable entre los 50 y 70 años. No hubo ningún fallecimiento por debajo de los 13 años, y solo uno por encima de los 80.

Tabla 183.- Mortalidad por insuficiencia mitral por franjas de edad.



3.02 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS (I10-I15)

En ninguno de los apuntes revisados aparece alusión alguna a la hipertensión arterial, no ya como causa de muerte por sí misma, ni siquiera asociada a otra patología. Es fácil intuir que muchas muertes por hemorragia cerebral pudieran tener un origen hipertensivo, pero ante la ausencia de anotación en tal sentido, no podemos considerarlo como causa, directa o indirecta de fallecimiento.

3.03 CARDIOPATIA ISQUEMICA (I20-I25)

La cardiopatía isquémica es la traducción clínica del desbalance entre el aporte y la demanda de oxígeno por parte del miocardio. Por lo común, se debe al estrechamiento progresivo, hasta llegar a la oclusión total, de las arterias coronarias, que son las encargadas del suministro de sangre al propio órgano cardíaco; se relaciona, básicamente, con la arteriosclerosis coronaria²⁹³; el depósito de colesterol y calcio va obstruyendo paulatinamente la luz arterial, disminuyendo el paso de sangre hasta llegar a impedirlo por completo, al formarse un trombo por agregación de plaquetas sobre la placa de colesterol, a lo cual puede sumarse un espasmo coronario; el desequilibrio entre las necesidades de oxígeno y la cantidad que recibe el corazón, provoca un síndrome conocido como angina de pecho, *angor pectoris* de los clásicos; la fase inicial sería la situación en que, cuando aumentan las necesidades de oxígeno por parte del corazón, con el ejercicio, la circulación coronaria es incapaz de suplir este aumento puntual de la demanda, y aparece la llamada angina de esfuerzo; al ir progresando la obstrucción, el déficit de irrigación coronaria va a hacer que incluso en reposo tenga lugar esta desproporción entre oferta y demanda, la llamada angina de reposo; por último, la interrupción completa del flujo coronario va a provocar la muerte de las células cardíacas situadas corriente abajo de la obstrucción, lo cual se conoce como infarto agudo de miocardio²⁹⁴.

En las láminas siguientes, reproducidas del atlas de Frank Netter²⁹⁵ se muestran imágenes de los pasos sucesivos que conducen, desde una arteria de calibre normal, a la obstrucción de su luz por depósitos lipídicos, la trombosis localizada y la obstrucción completa que provocaría, primero la angina de pecho de esfuerzo, después la de reposo, y por último, el infarto de miocardio.

²⁹³ HURST, J. Willis. *The heart*. Mc Graw Hill, 1978.

²⁹⁴ BRAUNWALD, E. *Heart disease*. Saunders, 1980.

²⁹⁵ NETTER, Frank H. Colección Ciba de Ilustraciones Médica, tomo V, Corazón. Salvat, 1969.

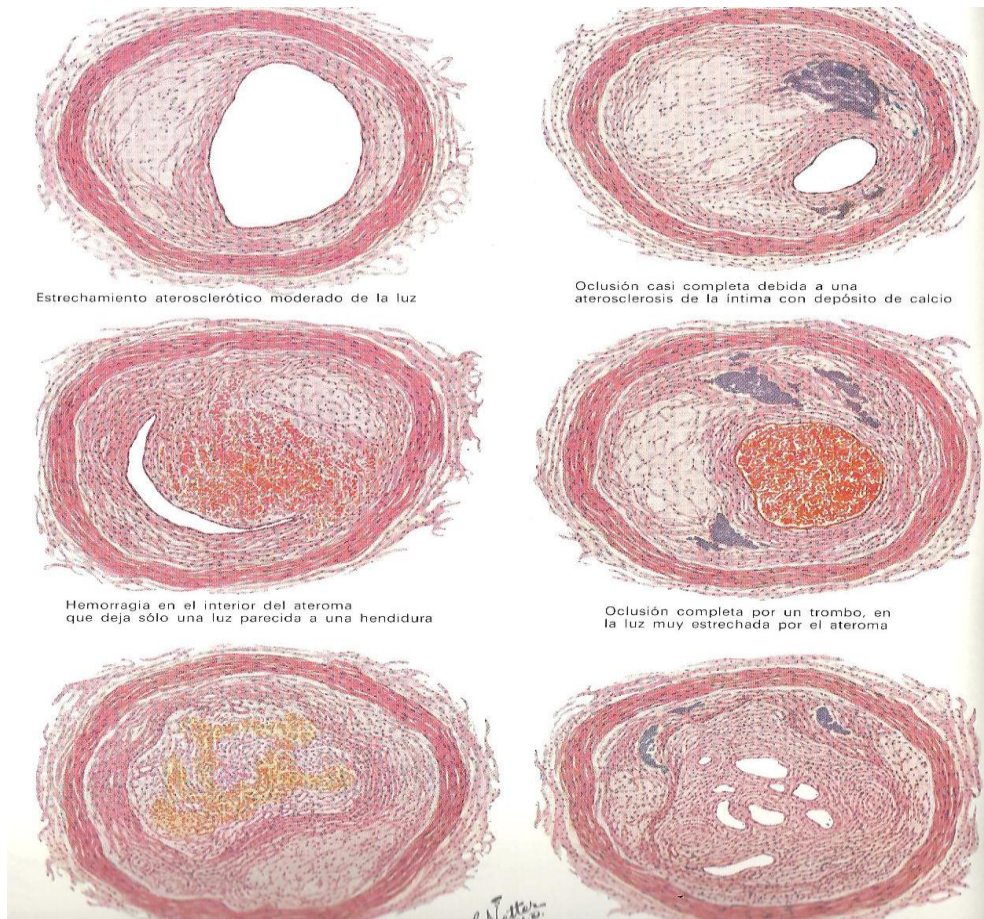
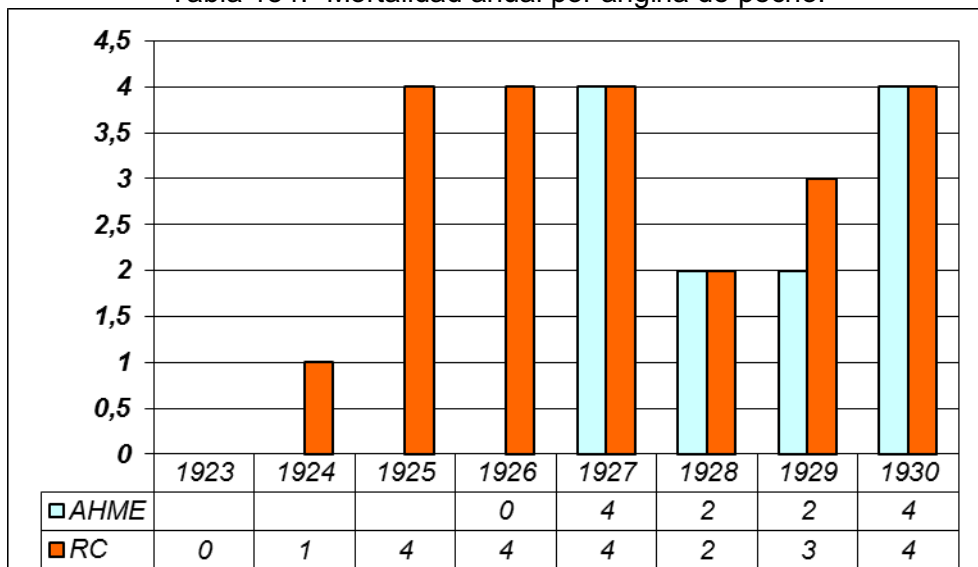


Figura 130.- Anatomía patológica de la arteriosclerosis y cardiopatía isquémica.

En nuestra serie, no hay ningún diagnóstico de infarto agudo de miocardio; como expresión de cardiopatía isquémica, solo consta la angina de pecho.

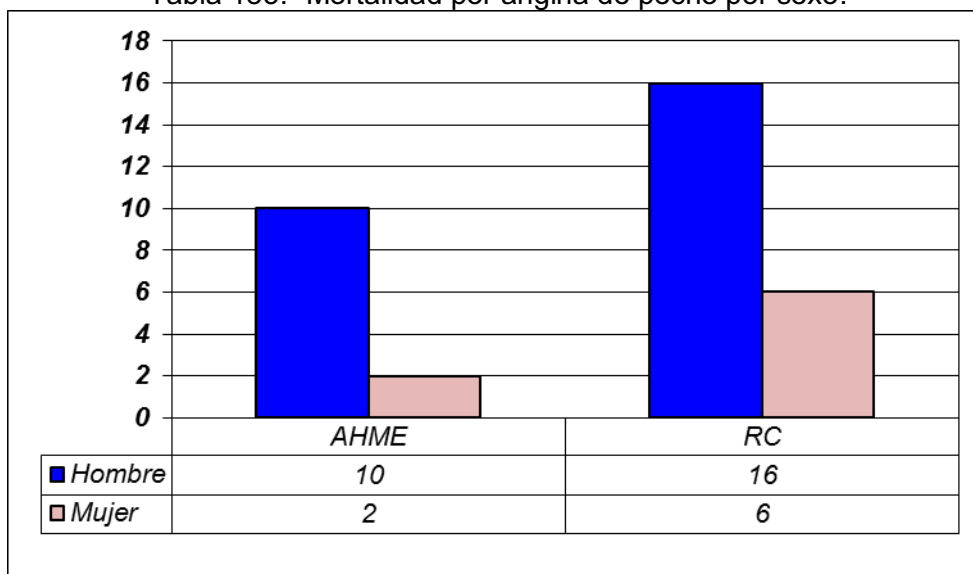
Ocasionó la muerte de 12 pacientes según el archivo y 22 según el registro, apenas el 0.5 % del total.

Tabla 184.- Mortalidad anual por angina de pecho.



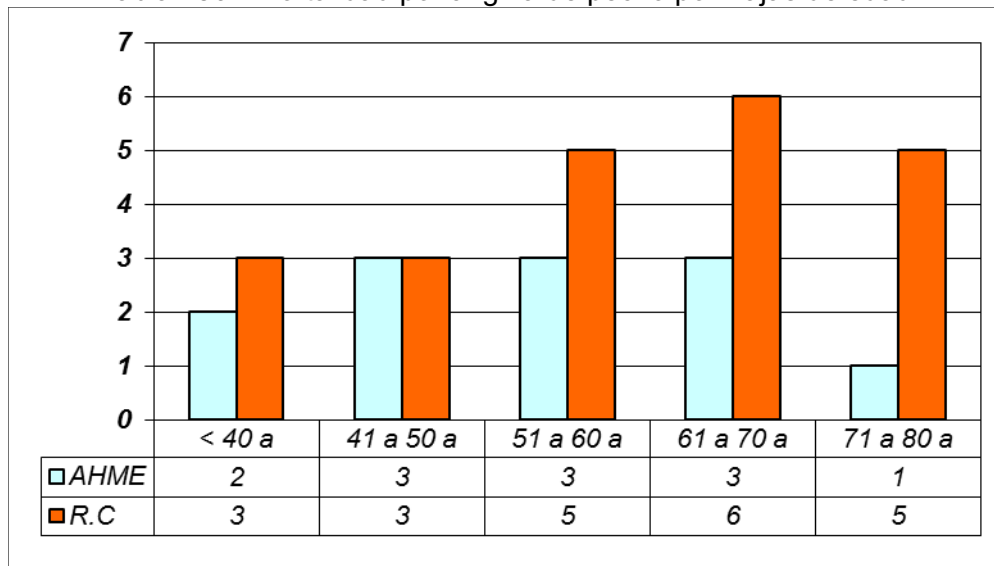
Ya entonces, como ocurre en la actualidad, la cardiopatía isquémica afectaba más al hombre que a la mujer, en proporción muy variable, de 5 a 1 según el registro, de 2.7 a 1 según el archivo.

Tabla 185.- Mortalidad por angina de pecho por sexo.



Afectando principalmente en edades medias/altas de la vida, solo hemos encontrado dos casos, uno de 23 años y otro de 38, según el Registro, y uno de 38 según el archivo.

Tabla 186.- Mortalidad por angina de pecho por frajas de edad.



3.04 ALTERACIONES DE LA CIRCULACION PULMONAR, ENFERMEDADES CARDIOPULMONARES Y OTRAS FORMAS DE CARDIOPATIA (I26+I45,I47-I49, I51)

NO hay ningún diagnóstico de tromboembolismo pulmonar, o cor pulmonale, ni agudo ni crónico, o cosa similar entre los datos del archivo ni del registro.

3.05 PARADA CARDIACA (I46)

Incluiremos también en esta categoría el epígrafe de muerte natural; porque, puestos a no precisar la causa de la muerte, tan inespecífica es la asistolia como la “*muerte, natural al parecer*”, así etiquetada generalmente, “*por ausencia de signos externos de violencia*”. Pensamos que lo que se pretende con estos diagnósticos es señalar que, aunque el motivo del fallecimiento resulte desconocido para el médico firmante del certificado, no se aprecian indicios de origen violento o intencionado en la defunción, y que no amerita el suceso la intervención de la justicia.

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define la muerte natural como la que “*solo se atribuye a vejez*”. Los textos de Medicina Legal no contemplan esta acepción. Por eso, resulta llamativo que en nuestra serie, aparezca este concepto de muerte natural en el fallecimiento de un recién nacido de 14 días, en niños de uno o cuatro meses, de un año o de 15 años.

Cierto es que durante muchos años, hemos venido rellenando los Certificados de Defunción escribiendo la asistolia como causa inmediata de la muerte, para después especificar en la causa fundamental, el diagnóstico desencadenante del proceso que terminaba con la vida del paciente: esto ha sido válido para todos, desde el más alto hasta el más bajo: por ejemplo, parada cardíaca como causa inmediata del fallecimiento, y choque endotóxico peritonítico como causa fundamental.²⁹⁶

CLASE 3.ª
Serie B
Nº 198074

COLEGIO GENERAL DE MÉDICOS DE ESPAÑA
autorizados por el Estado
CIEN FIRMAS

CERTIFICADO MEDICO DE DEFUNCION

Colegio de Madrid

D. Vicente González Estanero soltero
en Medicina y Cirugía, con ejercicio en Madrid Terrano 6, inscrito
con el número 6913 en el Colegio Oficial de Médicos de esta Provincia.

CERTIFICO la defunción de Sr. General Francisco Franco
Sahamonde, jefe de Estado
que ocurrió a las once veintiocho horas del día veinte de noviembre
de mil novecientos setenta y cinco en la República de España. Defunción total
núm. cuarto población de Madrid
Murió a consecuencia de Parada cardíaca
(Causa inmediata de fallecimiento)
Choque endotóxico peritonítico
(Causa fundamental)
y son manifiestas en el finado las señales de descomposición v. fr. ausencia de
pulso y latido El finado tenía la edad de ochoenta y dos años
de estado casado Era natural de El Ferrol del Cantón
hijo de N. N. N. y de Pelusa (Ciudad y provincia)
Arreaga de Euzkadi cuya identidad (1) no fue
Observación especial (2) no fue

Madrid a 20 de Noviembre de 19 75

Vicente González Estanero

(1) «Se me acreditó con documento de Identidad» o «Se me asegura por don» domiciliado
en cuya identidad me acredita y firma este parte, o «Conozco de ciencia propia»
(2) Si hubiera indicios de muerte violenta se comunicará urgente y especialmente al Encargado del Registro Civil.

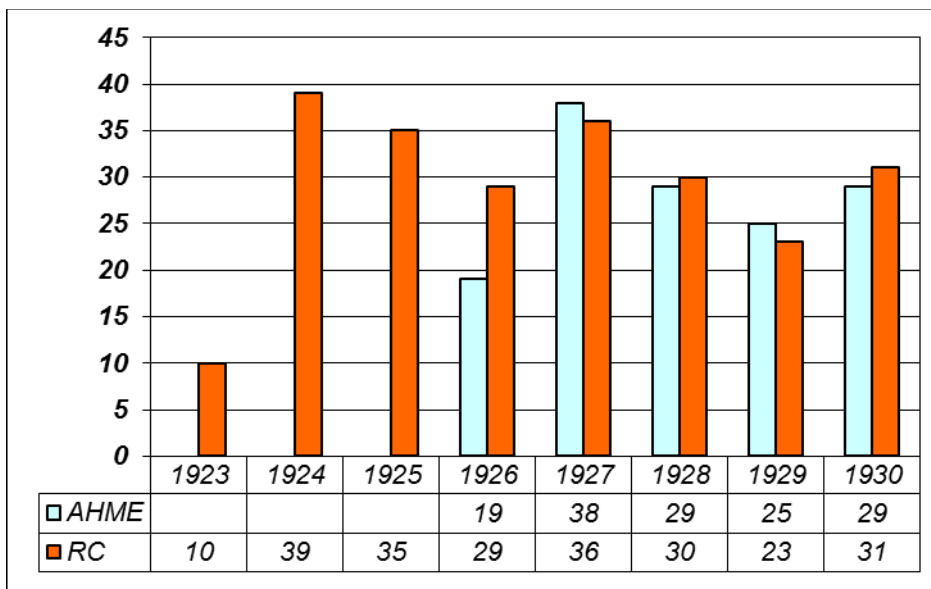
NOTAS.—Este Parte de Defunción podrá ser impido por el Médico si no se extendió en este impreso, editado por el Consejo de los
Colegios Médicos, debiendo llevar estampado el sello oficial del Colegio Médico Provincial.
Las tarjetas autorizadas por la Dirección General de Sanidad son independientes de los Timbres que exigen las disposiciones
vigentes.
Corresponde al modelo 5 aprobado por la Orden del Ministerio de Justicia de 24 de diciembre de 1958.

Figura 131.- Certificado de defunción del General Franco.

²⁹⁶ HIDALGO HUERTAS, Manuel. *Como y por qué operé a Franco*. Garsi, 1976.

Pero en los apuntes del libro de enterramientos y del registro civil, solo consta, la mayoría de las veces, un diagnóstico, (en contadas ocasiones hay dos), por lo que la asistolia queda establecida como mecanismo de muerte, con independencia de la enfermedad inicial que hubiera dado lugar al exitus.

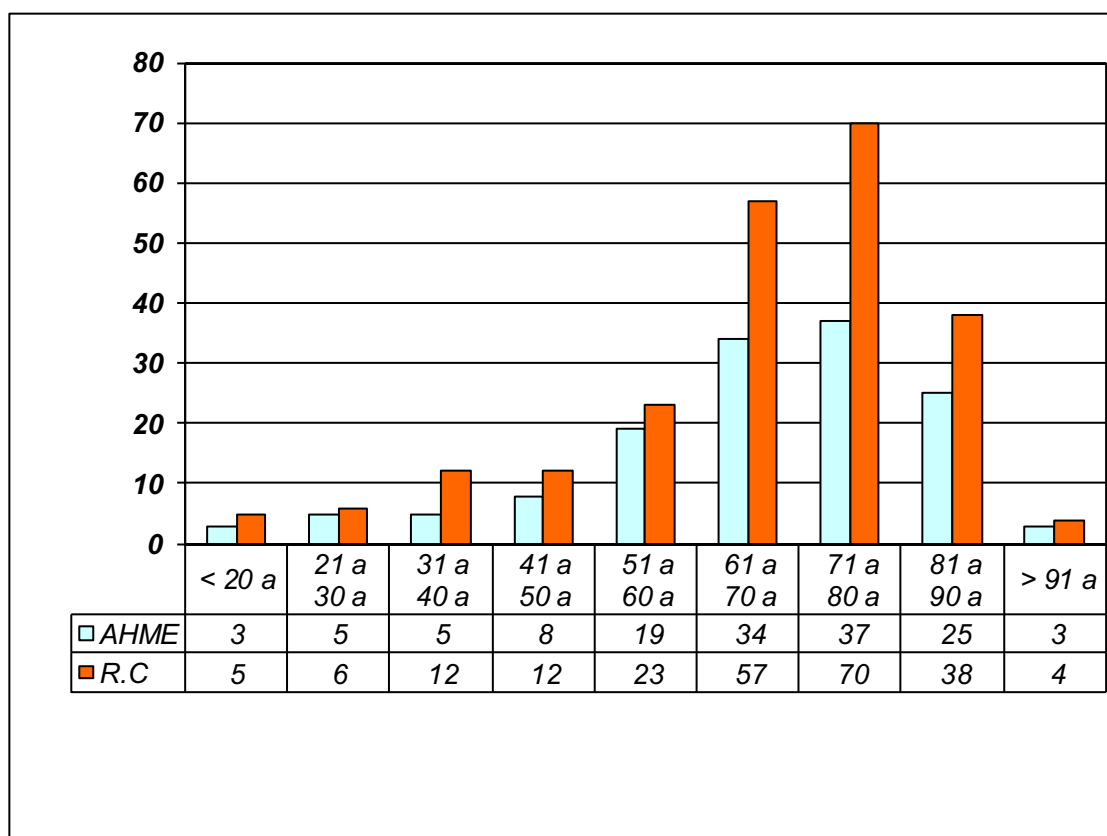
Tabla 187.- Mortalidad anual por parada cardiaca.



Fueron 224 pacientes según el registro y 140 según el archivo, los que fallecieron por asistolia 5.49 y 5.45 % del total, respectivamente. Es llamativo que en algunas anotaciones figura como “ataque de asistolia” o “asistolia aguda”; terminología difícil de aceptar, puesto que es imposible una asistolia crónica, ni subaguda, ni tampoco se puede entender que la asistolia curse con ataques o paroxismos.

Por edades, tiene su máximo de frecuencia entre los 60 y 80 años, mayor incluso que en la década de los 80 y más de 91:

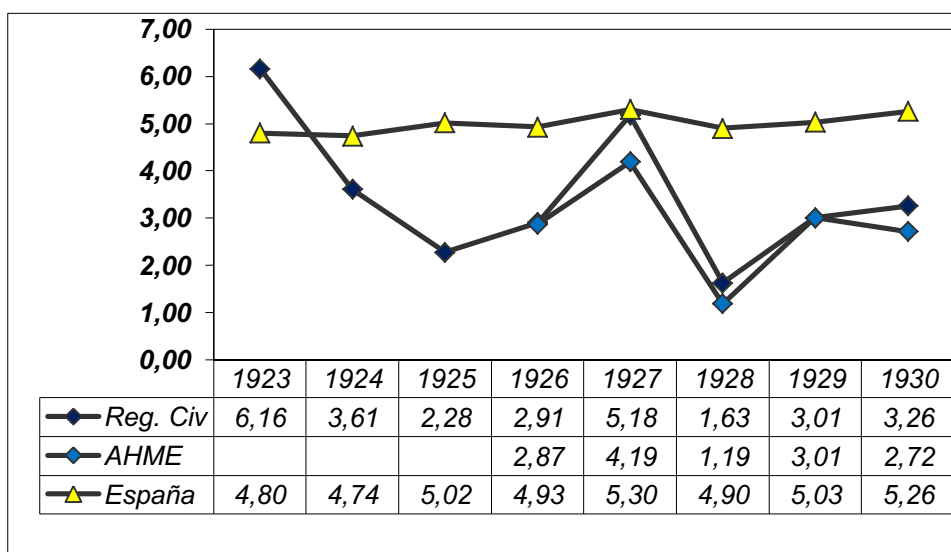
Tabla 188.- Mortalidad por parada cardiaca por franjas de edad.



Y también es curioso que figure la asistolia como causa de muerte en un niño de cinco meses; por eso, es probable que, a semejanza de lo descrito con la muerte natural, se utilizase la asistolia para reflejar un fallecimiento debido al desenlace de alguna enfermedad, en ausencia de datos que hicieran sospechar que el exitus tenía intencionalidad; por ejemplo, en personas de edad avanzada, sobre todo del campo, que habrían consultado al médico en pocas o ninguna ocasión, y que eran desconocidas para el facultativo, quien, ignorante de la posible patología, se veía en un dilema cuando era avisado para certificar la defunción una vez producida esta. Posiblemente ahí hubiera estado más acorde la etiqueta de muerte natural, por envejecimiento, que el de asistolia.

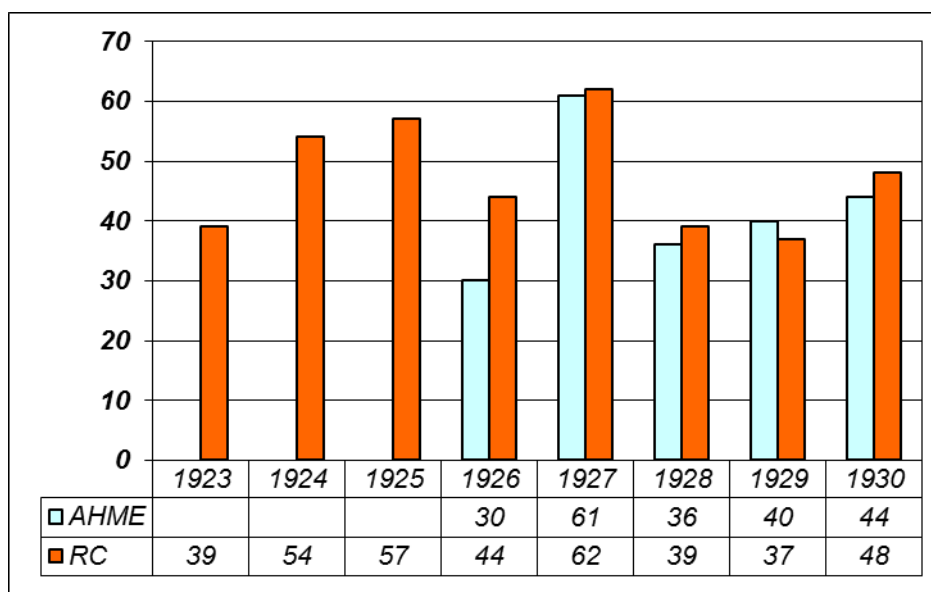
Y, posiblemente ocurriera lo mismo con los epígrafes de senilidad, senectud, debilidad senil, consunción, vejez. Per se, no son indicativos de ninguna enfermedad, y sin embargo, figuran en 143 y 71 casos, según el registro y el archivo, respectivamente. Sin embargo, Navarro García²⁵³ también lo contempla, en el grupo XII de la clasificación utilizada, con los siguientes resultados:

Tabla 189.- Tasa de mortalidad por senilidad.



Por tanto, si sumamos todos los fallecimientos en que la causa no esta bien determinada, esto es, incluyendo asistolia, muerte natural y sinónimos de ancianidad, las cifras son realmente considerables:

Tabla 190.- Parada cardiaca. Mortalidad anual.



Serian ya 380 anotaciones según el registro, 9.19 % del total y 211 según el archivo, 8.21 %.

3.06 INSUFICIENCIA CARDIACA (I50)

Incluso tomando en consideración los epígrafes insuficiencia cardíaca y ectasia cardiaca, la cantidad de fallecimientos relacionados con esta patología son realmente exiguos:

Tabla 191.- Mortalidad por insuficiencia cardiaca.

	AHME	RC		AHME	R.C
1923		2			
1924		0	51 a 60 a	0	1
1925		1	61 a 70 a	0	5
1926	0	2	71 a 80 a	1	1
1927	0	0	81 a 90 a	0	1
1928	1	2	> 91 a	0	0
1929	0	0			
1930	0	1			

Según el Archivo Histórico, solo hubo un fallecimiento en 1928, una mujer de 74 años; según el registro, hubo ocho fallecimientos, cuatro hombres y cuatro mujeres; ninguno tenía menos de 50 años, 86 el que más.

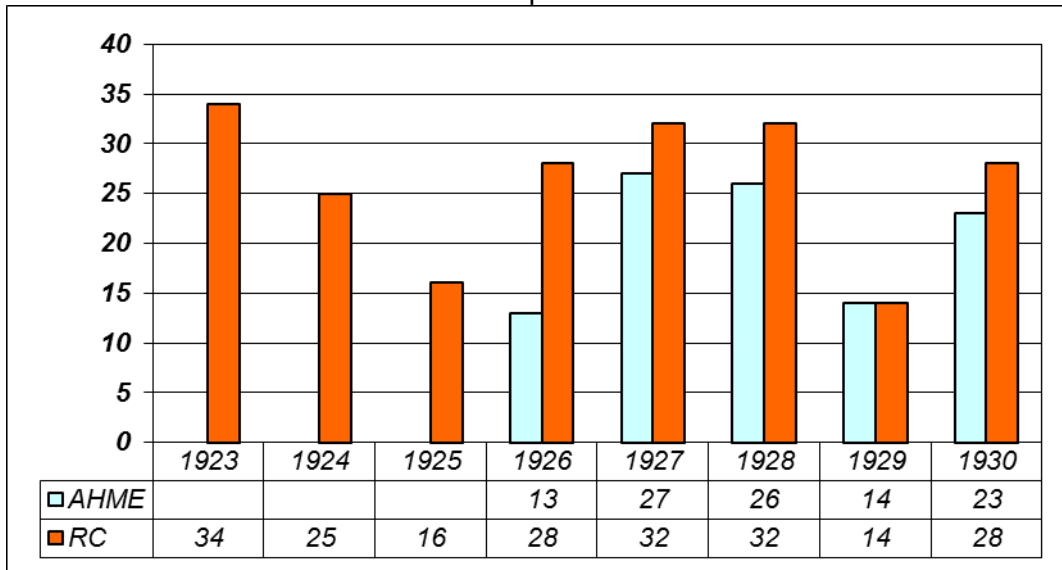
E incluso suponiendo que el diagnóstico congestión pulmonar pudiera referirse al edema pulmonar por insuficiencia cardiaca izquierda, tampoco nos ayuda en demasía: de entrada, figura, la congestión pulmonar, como causa del fallecimiento de un niño de tres días, una niña de 17 meses, otra de un año, y de un joven de 15 años; en caso de serlo, sería por una cardiopatía congénita, o probablemente por una estenosis mitral reumática en el adolescente, y entendemos que esta categoría de la CIE se refiere a situaciones evolutivas de cardiopatías que terminaron en un cuadro de insuficiencia. De cualquier modo, en el archivo solo aparecen cuatro anotaciones de congestión pulmonar en el periodo analizado, y seis en el registro civil, una de ellas especificada como edema pulmonar.

No hemos incluido en la insuficiencia cardíaca el diagnóstico de edemas aislado, para no presuponer de forma obligada su etiología cardiaca, ya que, como veremos, también hay patologías renales que podrían ser motivo de este síntoma.

3.07 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES (60-I69)

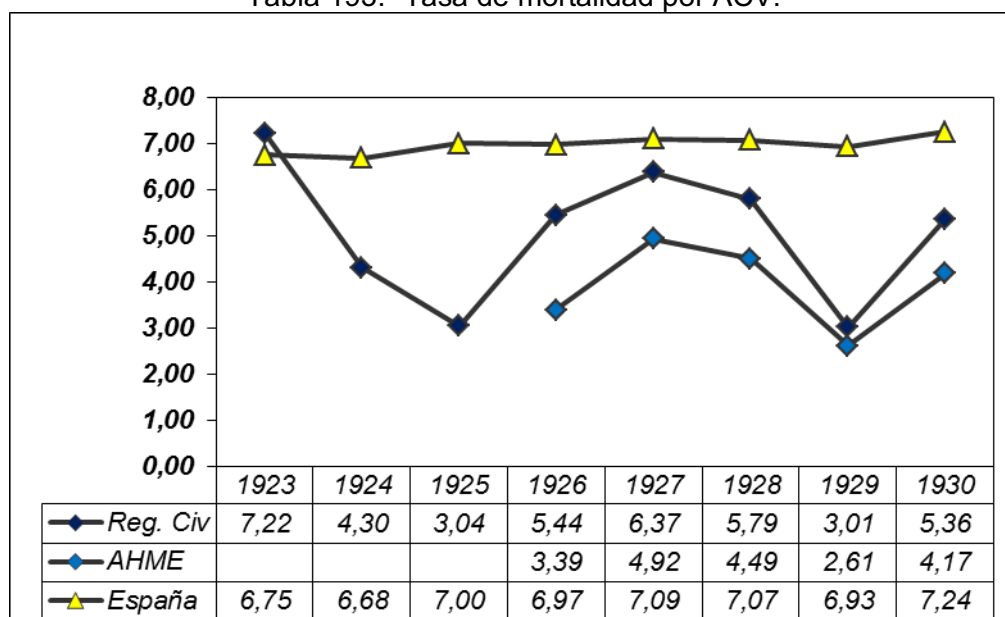
Las enfermedades cardiovasculares (Accidente cerebrovascular agudo, ACVA), fueron una causa importante de mortalidad en el periodo estudiado: 103 pacientes según el archivo, 209 según el registro civil, lo cual supone el 4.01 y el 5.05 % de los fallecimientos, respectivamente. Hemos agrupado en su totalidad los epígrafes de embolia cerebral, hemorragia cerebral y apoplejía; hemos excluido un caso de embolia cerebral séptica, pero hemos incluido dos de embolia cerebral con cardiopatía; con la semántica al uso, también se ha etiquetado en alguna ocasión como ataque de embolia.

Tabla 192.- Mortalidad anual por accidente cerebrovascular.



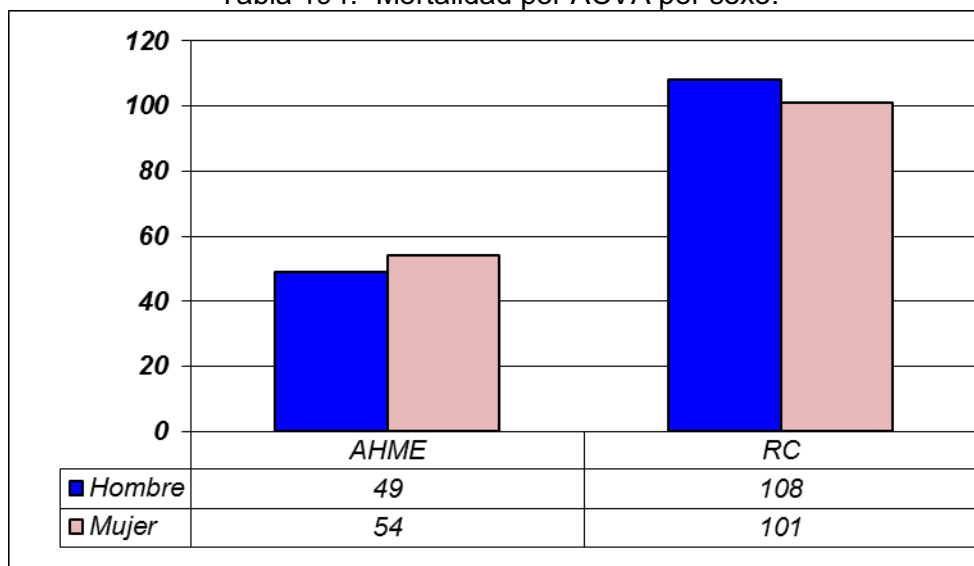
Su incidencia fue algo menor en Elche que en el resto de España, comparado con los datos de Navarro García.²⁵³

Tabla 193.- Tasa de mortalidad por ACV.



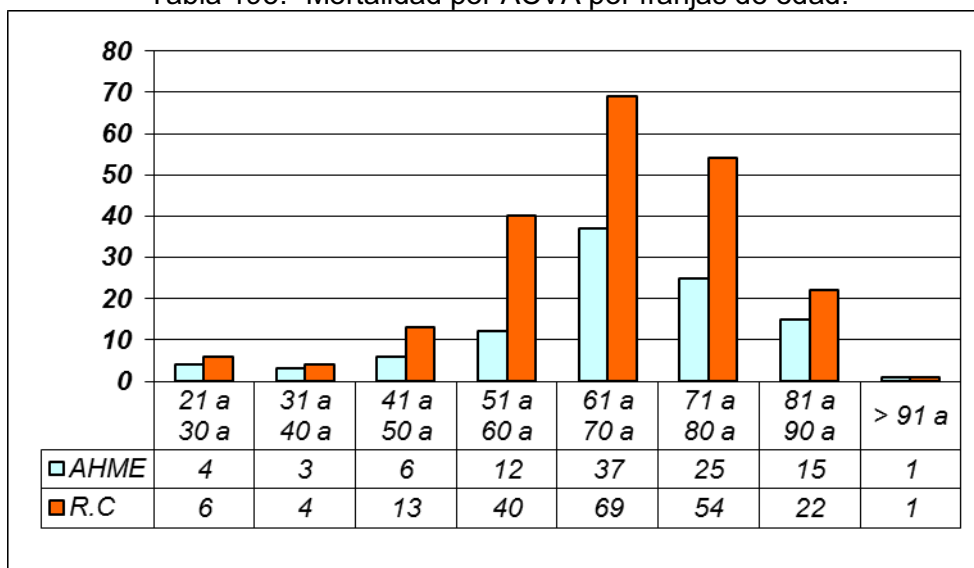
Afectó casi por igual a hombres y mujeres:

Tabla 194.- Mortalidad por ACVA por sexo.



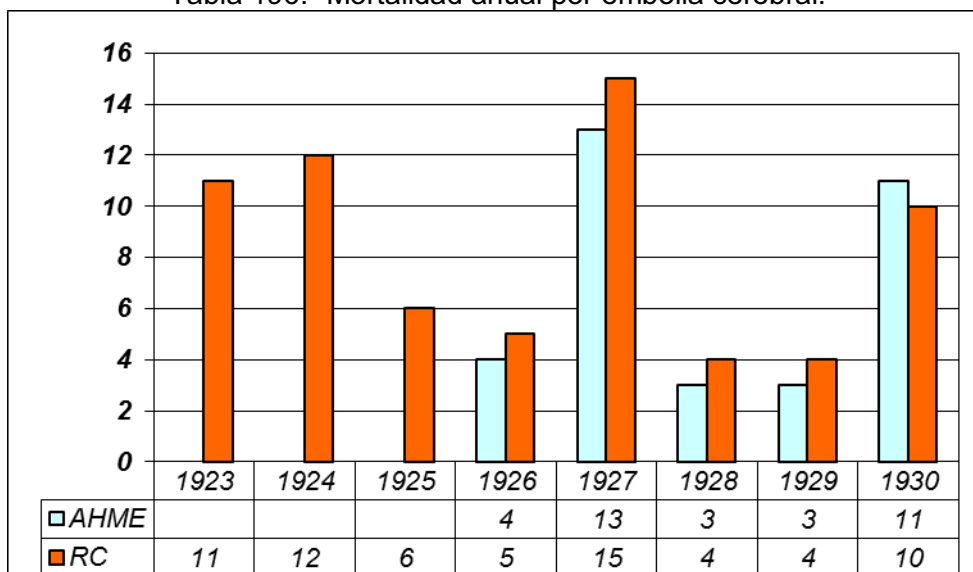
Patología propia de la edad avanzada, su mayor pico de frecuencia se sitúa en los 60-70 años.

Tabla 195.- Mortalidad por ACVA por franjas de edad.



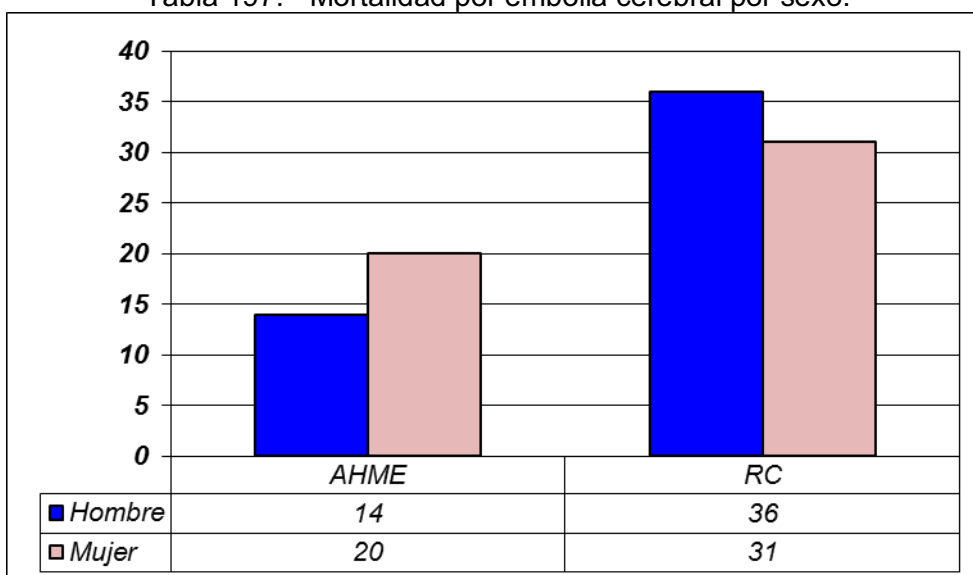
Sin embargo, la frecuencia de la embolia y de la hemorragia no son idénticas: el fenómeno embólico causó la muerte de 24 personas según el archivo, 67 según el registro, 1.32 y 1.62 % respectivamente del total de fallecimientos en el periodo.

Tabla 196.- Mortalidad anual por embolia cerebral.



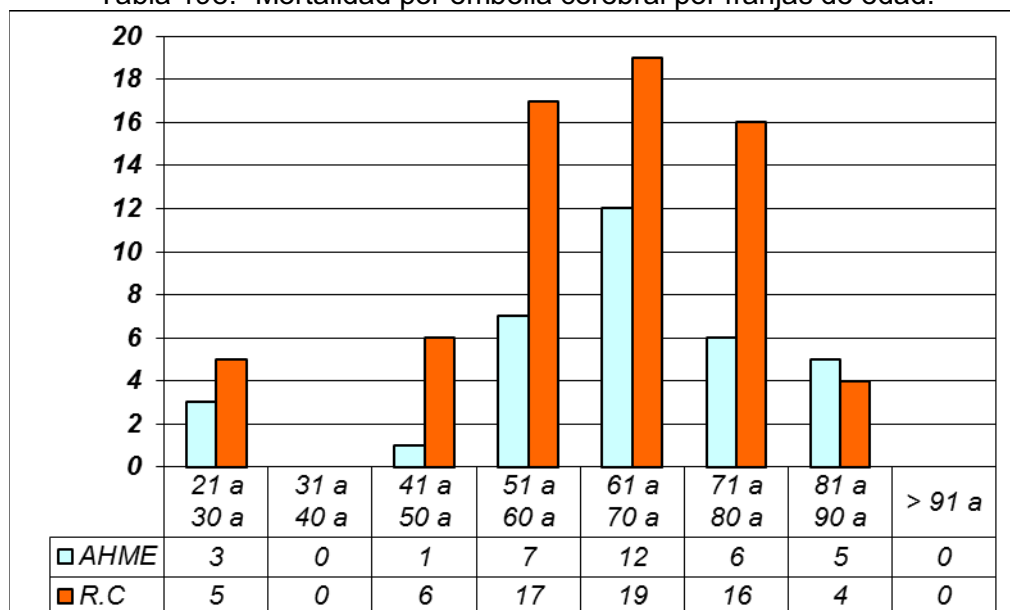
Su distribución según el sexo no coincide entre ambas fuentes, es algo más frecuente en la mujer según el archivo, y menos para el registro (ratio H/M 0.7 y 1.12).

Tabla 197.- Mortalidad por embolia cerebral por sexo.



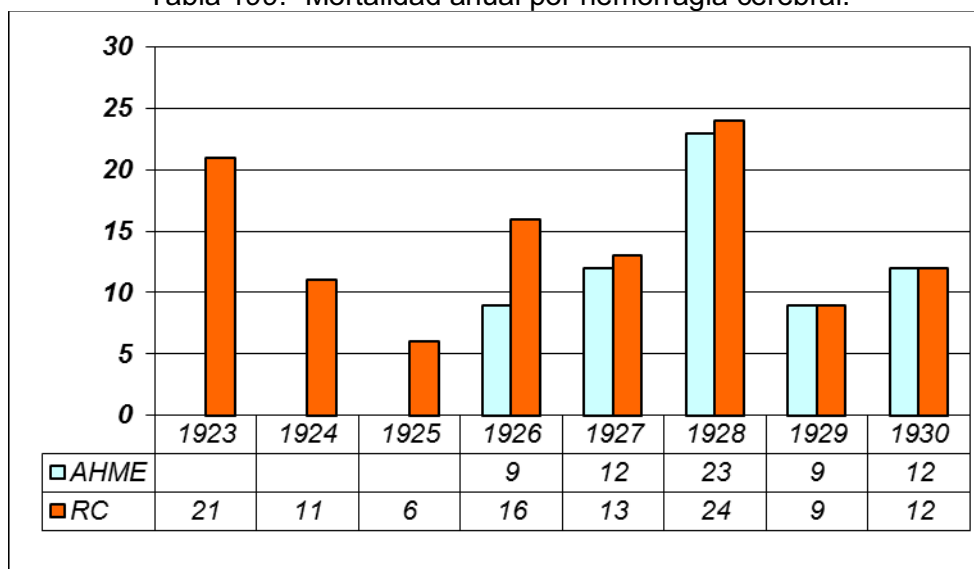
En cuanto a la distribución por franjas de edad, vemos que afecta de forma claramente mayoritaria a personas entre los 50 y los 80 años de edad; hay registrado un caso en una criatura de dos años, etiquetado de embolia por cardiopatía congénita, y otros casos a los 17 y 28 años; la persona mas anciana fallecida con diagnóstico de embolia cerebral tenia 90 años.

Tabla 198.- Mortalidad por embolia cerebral por franjas de edad.



Sin embargo, el accidente cerebrovascular agudo de corte hemorrágico tuvo una mortalidad mayor: 65 personas según el archivo, 112 según el registro, 2.53 y 2.71 % respectivamente del total de fallecimientos, con dos años de especial frecuencia, 1923 y 1928.

Tabla 199.- Mortalidad anual por hemorragia cerebral.



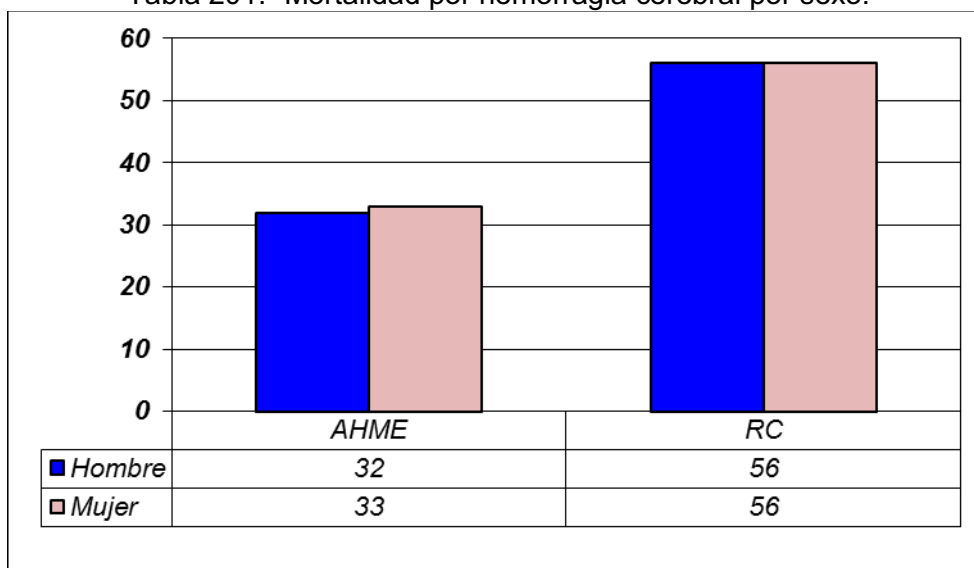
Navarro no desagrega la enfermedad cerebrovascular según su forma, tromboembólica o hemorrágica; hemos podido comparar nuestros datos con los del anuario estadístico de 1927, y vemos que la mortalidad por hemorragia cerebral era en Elche claramente inferior a la media nacional:

Tabla 200.- Mortalidad por hemorragia cerebral en Elche y España

		1923	1924	1925	1926
Totales	España	30.373	29.624	30.295	29.337
Totales	Elche	21	11	6	16
%	España	6,75	6,88	7,01	6,97
%	Elche	4,46	1,89	1,14	3,11

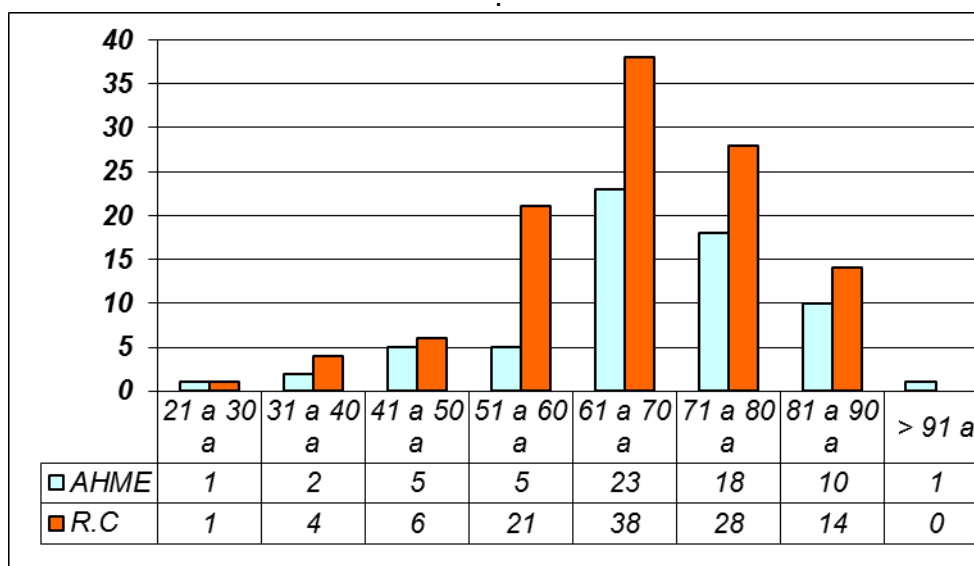
No presentó predilección por ninguno de los dos sexos:

Tabla 201.- Mortalidad por hemorragia cerebral por sexo.



Y su pico de frecuencia es algo más tardío que el de la embolia, comienza a elevarse en la década de los 50 años, y alcanza el máximo en la siguiente, para decaer paulatinamente hasta los 80; solo una persona que había rebasado los 90 años de edad falleció por este motivo.

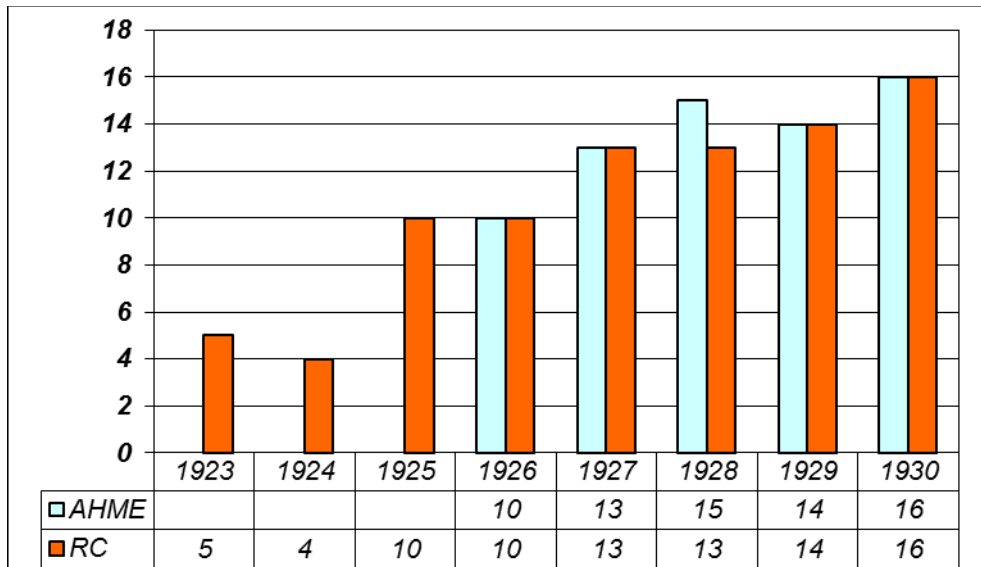
Tabla 202.- Hemorragia cerebral. Mortalidad por franjas de edad



3.08 ARTERIOSCLEROSIS (I70)

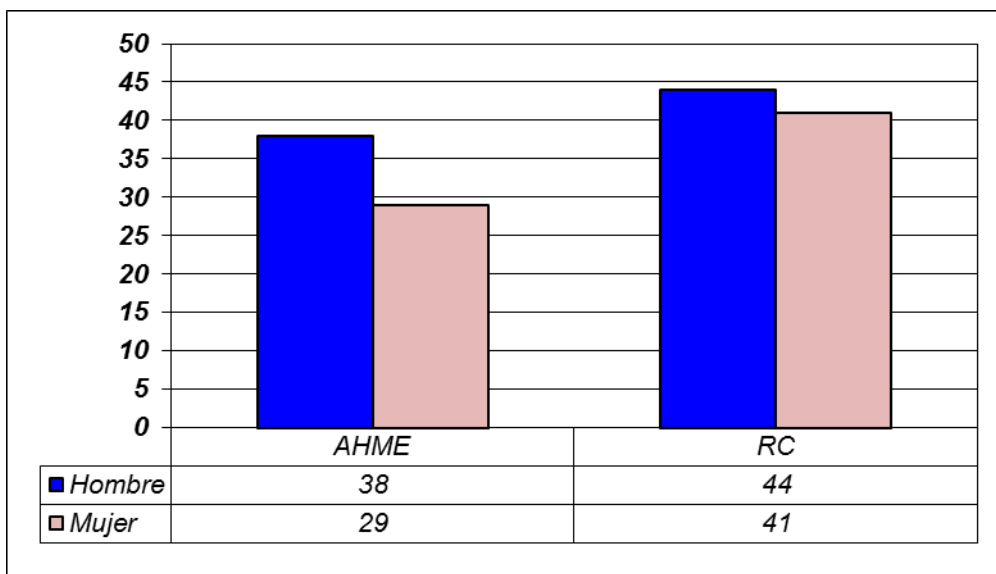
Enfermedad característica de edades avanzadas, causó la muerte de 38 personas según el Archivo y 85 según el registro, lo que supone el 2.06 y el 2.6 % del total de fallecimientos en este periodo.

Tabla 203.- Mortalidad anual por arteriosclerosis.



Ligeramente más frecuente en el sexo masculino según el archivo, y prácticamente igual entre ambos, según el registro.

Tabla 204.- Mortalidad por arteriosclerosis por sexo.



En cuanto a la distribución por franjas de edad, hay muy pocos casos por debajo de los 60 años, -y van a merecer mención aparte- la mayor mortalidad se sitúa por encima de los 70 años.

Tabla 205.- Mortalidad por arteriosclerosis por franjas de edad.

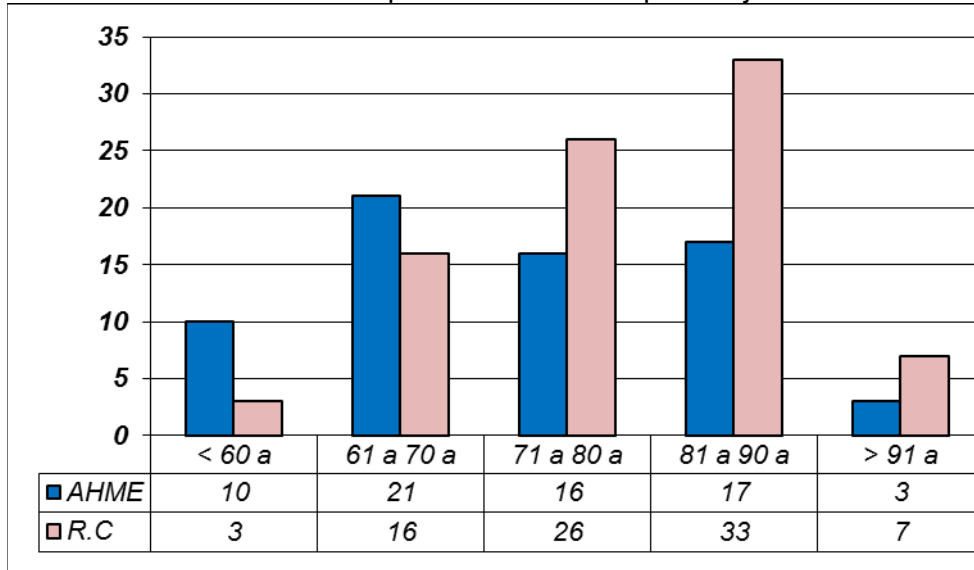
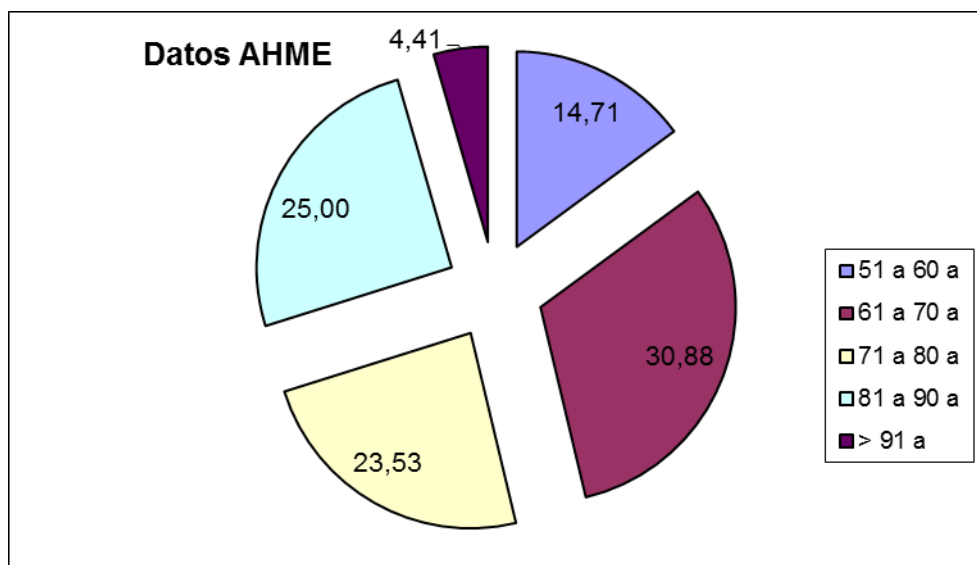
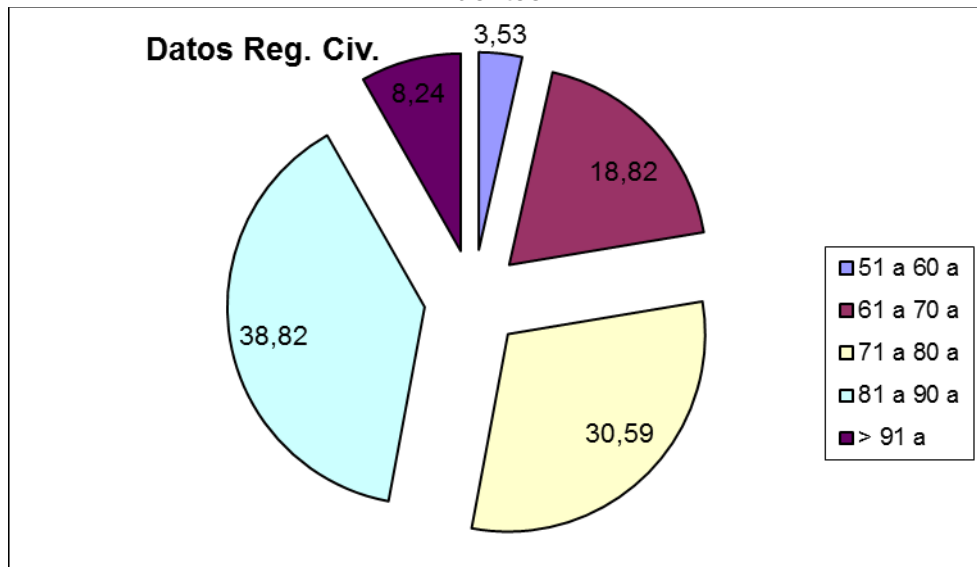


Tabla 206.- Mortalidad por arteriosclerosis por franjas de edad respecto al GR, ambas fuentes.

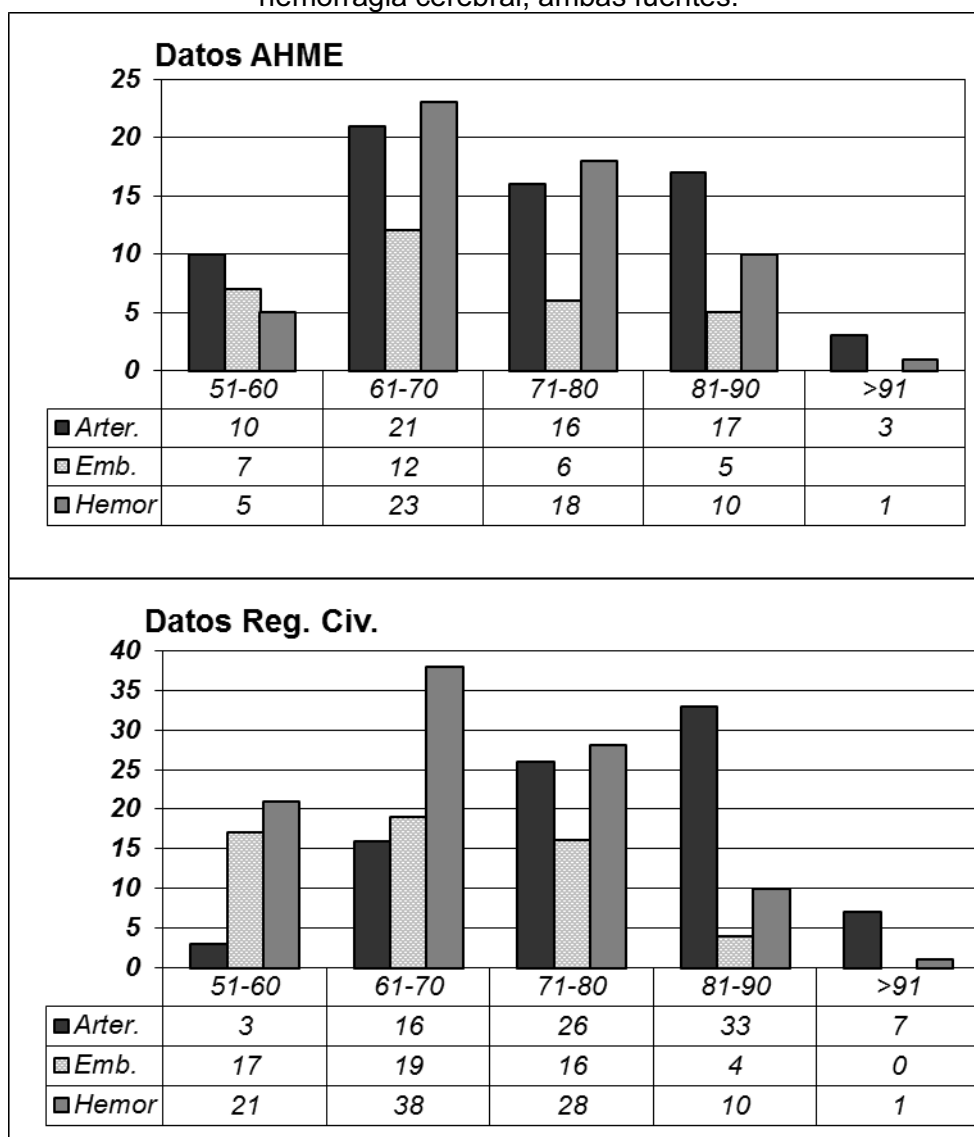


Resultan sorprendentes las siguientes anotaciones: según el Registro Civil, en 1927 falleció por arteriosclerosis un niño de ocho meses; según el Archivo, en 1927, fallecieron un niño de 16 meses, y dos pacientes de 13 y 18 años; en 1928, fallecieron un niño de 9 meses y una niña de 3 años.

Esta distribución etaria ofrece algunas peculiaridades con respecto a la que hemos observado en los accidentes cerebrovasculares; así, podemos observar que mientras en el archivo aparece que en la sesentena la arteriosclerosis y la hemorragia cerebral causan aproximadamente el mismo número de fallecimientos, y en menor cantidad lo hace la embolia, según el registro, la frecuencia es sensiblemente igual para la arteriosclerosis y la embolia, y, sin embargo, la hemorragia es mucho mas frecuente.

Y, por el contrario, a partir de los ochenta años, es mayor la mortalidad por arteriosclerosis que por embolia o hemorragia cerebrales.

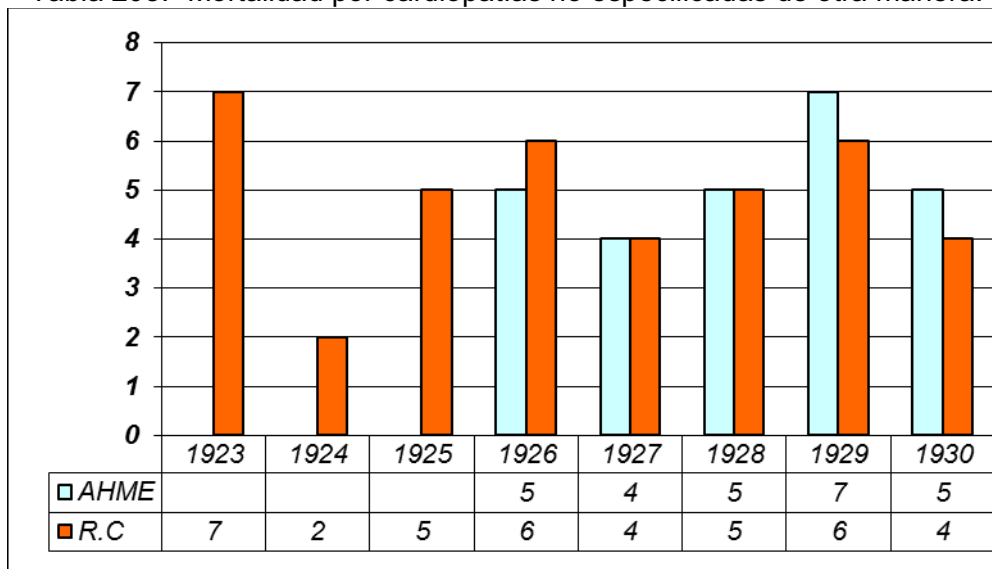
Tabla 207.- Distribución por edad de mortalidad por arteriosclerosis, embolia cerebral y hemorragia cerebral, ambas fuentes.



3.09 RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO (I71-I99)
 CARDIOPATIA NO ESPECIFICADA DE OTRA MANERA

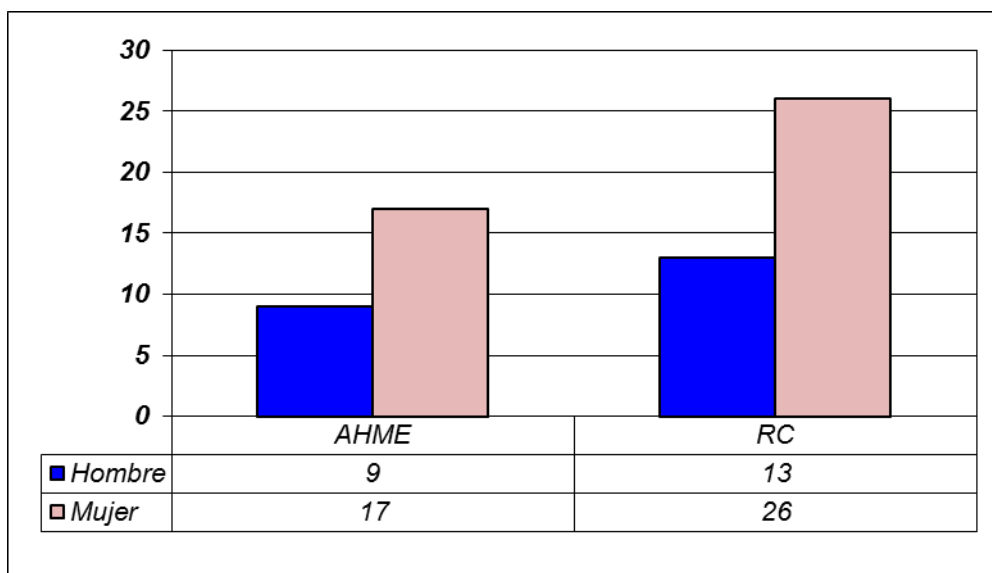
En ocasiones figura como causa del fallecimiento la palabra cardiopatía, sin más. Fue la causa de defunción para 26 personas según el archivo, y 39 según el registro, rozando en ambos casos el 1% de las causas (1.01 y 0.94 %).

Tabla 208.- Mortalidad por cardiopatías no especificadas de otra manera.



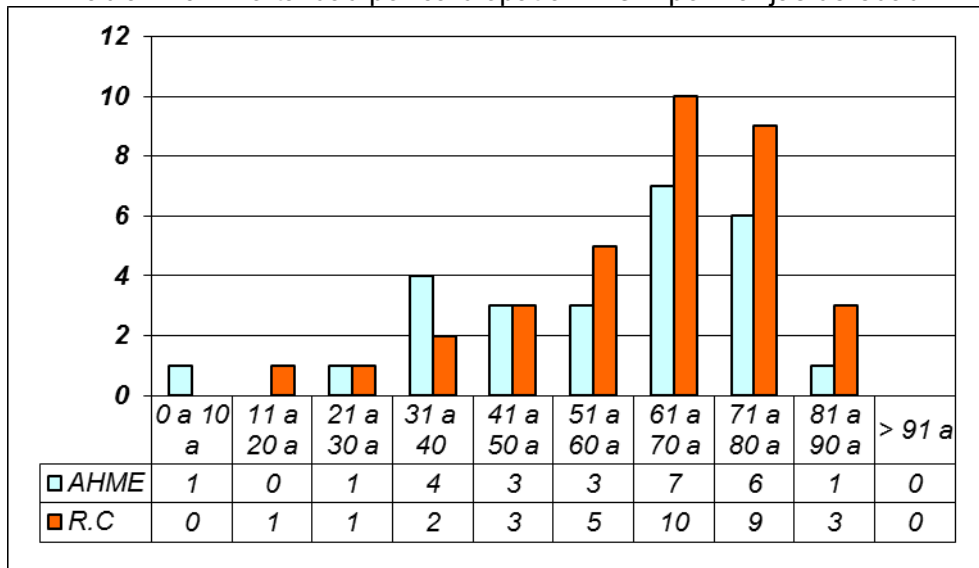
Afectó más frecuentemente a las mujeres que a los hombres, prácticamente el doble:

Tabla 209.- Mortalidad por cardiopatía NEOM según sexo.



Solo consta en dos ocasiones como cardiopatía congénita, sin mayor concreción, una en una niña de dos años, y la otra, en un varón de 17 años que ya es jornalero de profesión. Vemos como es más frecuente entre los 60 y los 80 años de edad, y muy escasa antes de los 30.

Tabla 210.- Mortalidad por cardiopatía NEOM por franjas de edad.

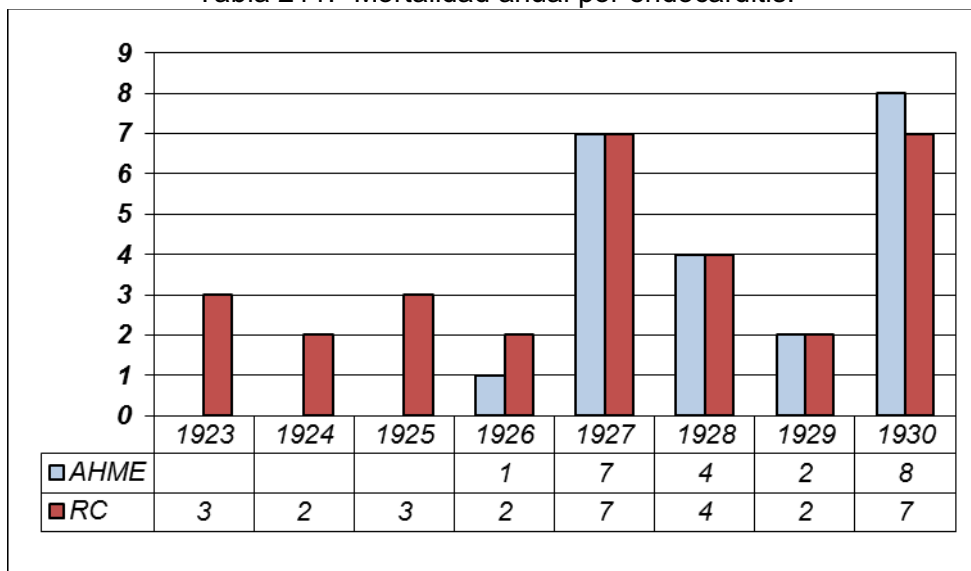


ENDOCARDITIS

Sin otra connotación, es de suponer que la etiología fuese fundamentalmente infecciosa; en cinco ocasiones esta señalada como endocarditis reumática, y en cuatro se indica como crónica.

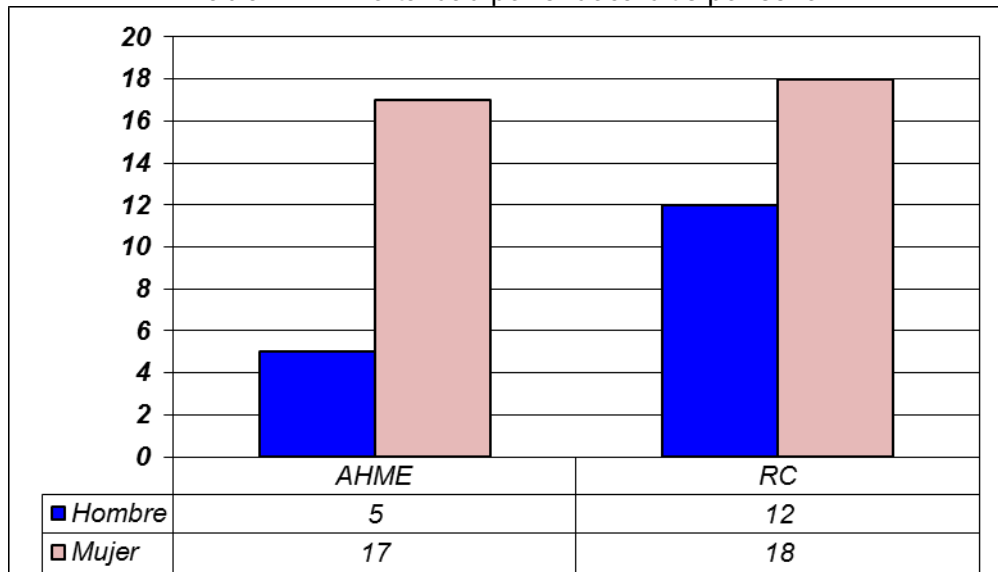
Figura como causa de fallecimiento en 22 personas en el archivo y 30 en el registro (0.86 y 0.73 % del total, respectivamente).

Tabla 211.- Mortalidad anual por endocarditis.



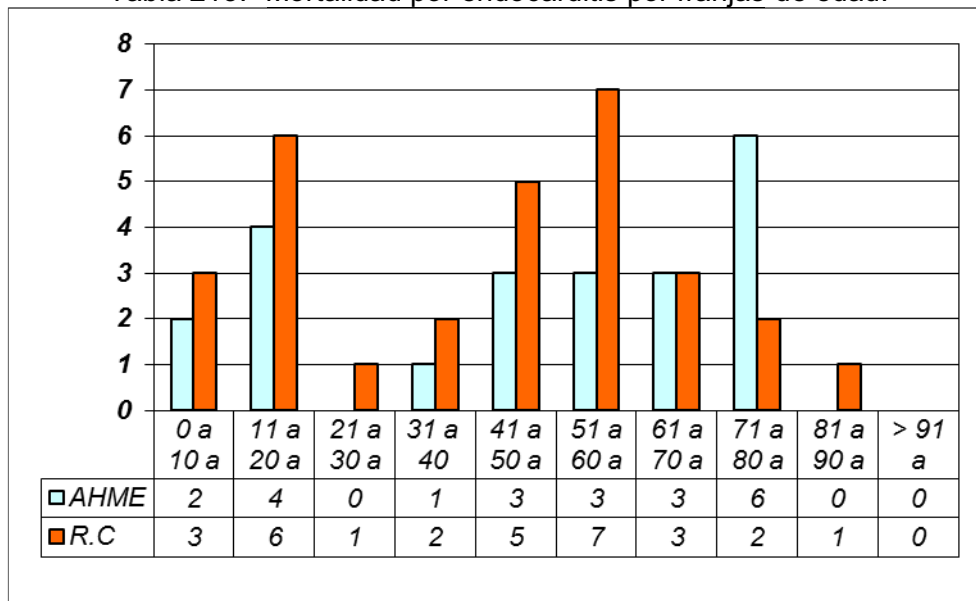
Como en otras patologías cardiacas, fue más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, en relación 1 a 3 según el archivo, y 1 a 2.5 según el registro.

Tabla 212.- Mortalidad por endocarditis por sexo.



No respetó la infancia, pues el paciente de menor edad fallecido por endocarditis tenía 10 meses, mientras que solo hubo una persona mayor de 80 años que falleciera por esta patología. Tuvo dos picos de mayor presencia, en la adolescencia (de 11 a 20 años) y entre los 40-60 años.

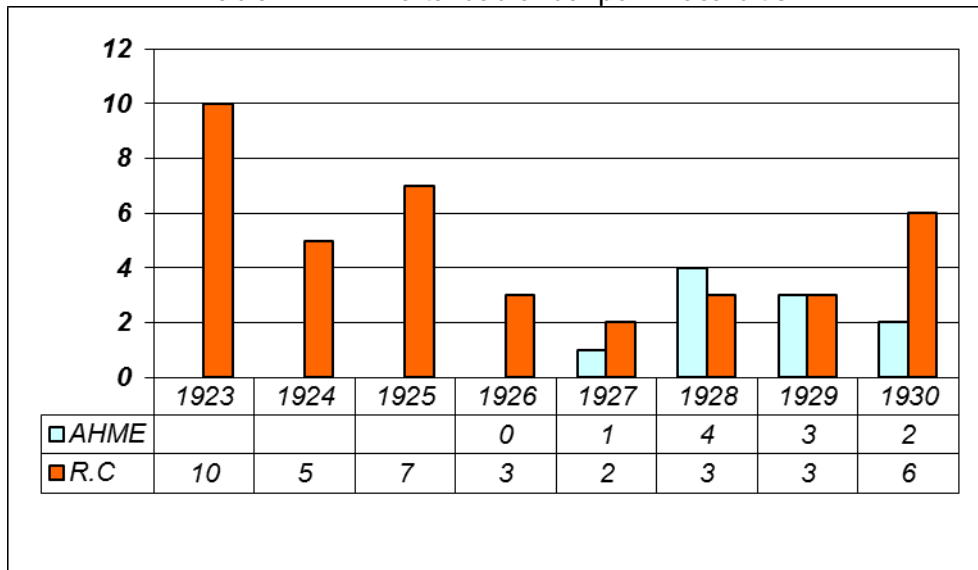
Tabla 213.- Mortalidad por endocarditis por franjas de edad.



MIOCARDITIS

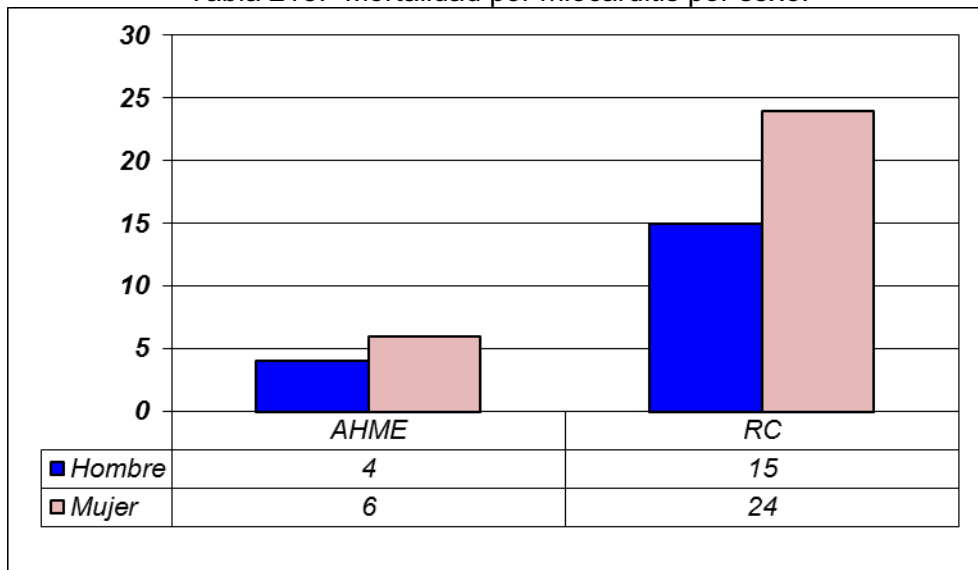
Con datos muy discordantes entre el archivo y el registro, la miocarditis figura como causa de muerte en 10 ocasiones según el primero, y en 39 según el segundo; en este caso si que suele asociarse una causa añadida a la miocarditis, como puede ser la gripal, en el curso de una septicemia, asociada a bronquitis, neumonía, enterocolitis, etc.

Tabla.- 214.- Mortalidad anual por miocarditis.



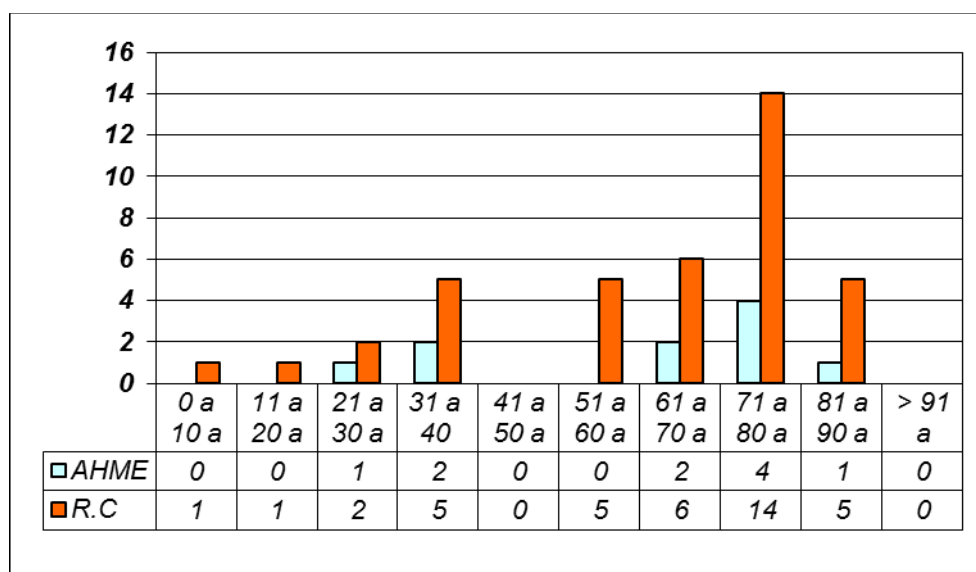
Y también fue más frecuente entre las mujeres, en relación 1 a 1.5.

Tabla 215.- Mortalidad por miocarditis por sexo.



Tiene un notable pico de incidencia en la década de los 70 años de vida, el paciente más joven tenía 10 años, y 85 el más longevo:

Tabla 216.- Mortalidad por miocarditis por franjas de edad.



4.00 CIERTAS CONDICIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO NEONATAL (P00-P96)

4.01 FETOS Y RECIEN NACIDOS AFECTADOS POR CIERTAS CONDICIONES MATERNAS (P00-PO4)

4.02 FETOS Y RECIEN NACIDOS AFECTADOS POR COMPLICACIONES OBSTETRICAS (P01-P03, P10-P15)

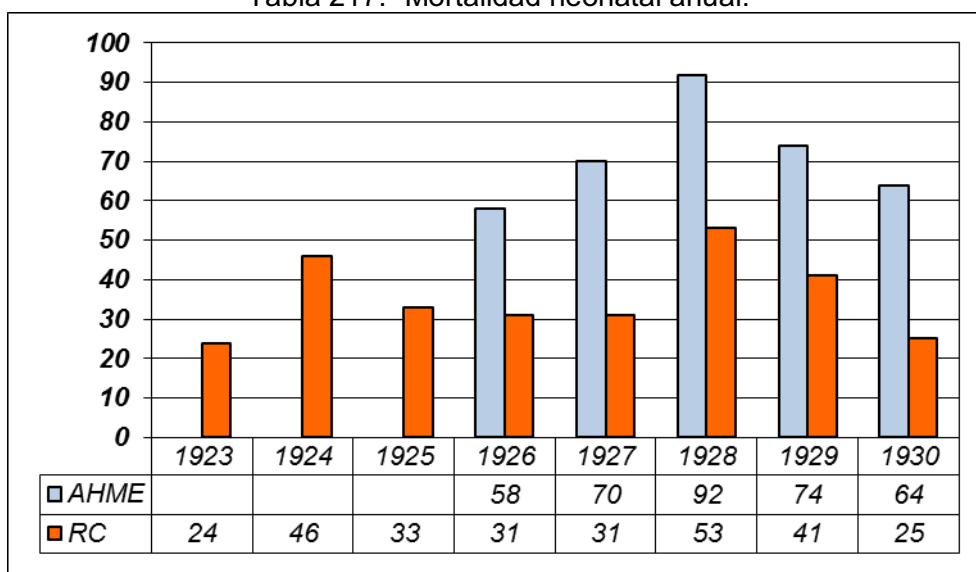
Una anotación en el año 1925, de un niño de seis días, fallecido por “*parto prematuro de la madre*” (sic); una anotación de parto distócico, con fallecimiento de la madre con 23 años.

4.03 BAJO CRECIMIENTO FETAL, MANUTRICION FETAL, BAJO PESO AL NACER (P05-P07)

Esta es una de las causas más frecuentes de mortalidad infantil en ambos registros; bajo los epígrafes de falta de desarrollo, falta de desarrollo orgánico, insuficiencia, insuficiencia orgánica, atresia, atrepsia infantil, atrofia, debilidad congénita y desarrollo insuficiente, que entendemos sinónimos de la malnutrición el bajo peso, la prematuridad, y posiblemente también, malformaciones fetales; en esta ocasión, hay notable discrepancia entre el Registro Civil y el libro de enterramientos del Archivo Histórico Municipal de Elche.

Porque los términos utilizados no vienen a significar lo mismo en una y otra fuente de datos; en el archivo consta gran cantidad de anotaciones con la denominación de “insuficiencia” o “insuficiencia orgánica”, referidos a fetos, y que se les atribuye un día de vida. Mientras que en el registro hay más anotaciones de atrepsia, de debilidad congénita y de falta de desarrollo, lo cual hace que, por única vez, haya más entierros que fallecidos por estos motivos durante el periodo considerado; 358 según el archivo, 289, según el registro; la relación con respecto al total de fallecimientos es aún más demostrativa: el 13.94 % según el archivo, el 11.24 % según el registro; la explicación más plausible, ya comentada, es que el enterramiento de fetos no viables, se produjera sin ser inscritos en el registro como recién nacidos vivos, y, por tanto, no podría constar su fallecimiento en tales libros. Hemos encontrado también en cuatro ocasiones el término hipotrofia, a edades variables, entre los cinco meses y los dos años; y un caso más de hiponutrición a los cinco meses.

Tabla 217.- Mortalidad neonatal anual.



Contrastan profundamente estos datos con los encontrados de Navarro Garcia²⁵³, posiblemente porque estemos utilizando distintos criterios de inclusión; se aprecia, de entrada, la enorme discrepancia entre las tasas obtenidas del archivo municipal, que prácticamente duplican las del registro civil, y apreciamos que, en todo momento, la mortalidad infantil en Elche es superior a la del resto de España; nosotros hemos considerado en este epígrafe, los fetos muertos y muertos al nacer, con menos de 24 horas; si el fallecimiento se produjo después del primer día, y se especifica otra etiología, lo hemos incluido en el apartado correspondiente; por eso, la tasa correspondiente al archivo es mucho más alta, al incluir los fetos enterrados, que, como hemos indicado líneas arriba, no se corresponden con los inscritos en el registro civil.

Tabla 218.- Tasa de mortinatalidad.

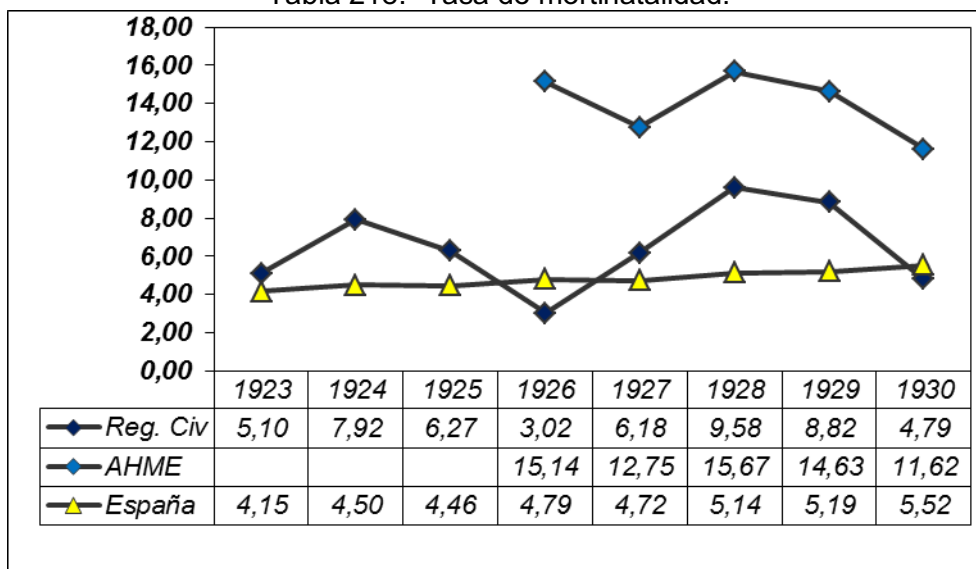
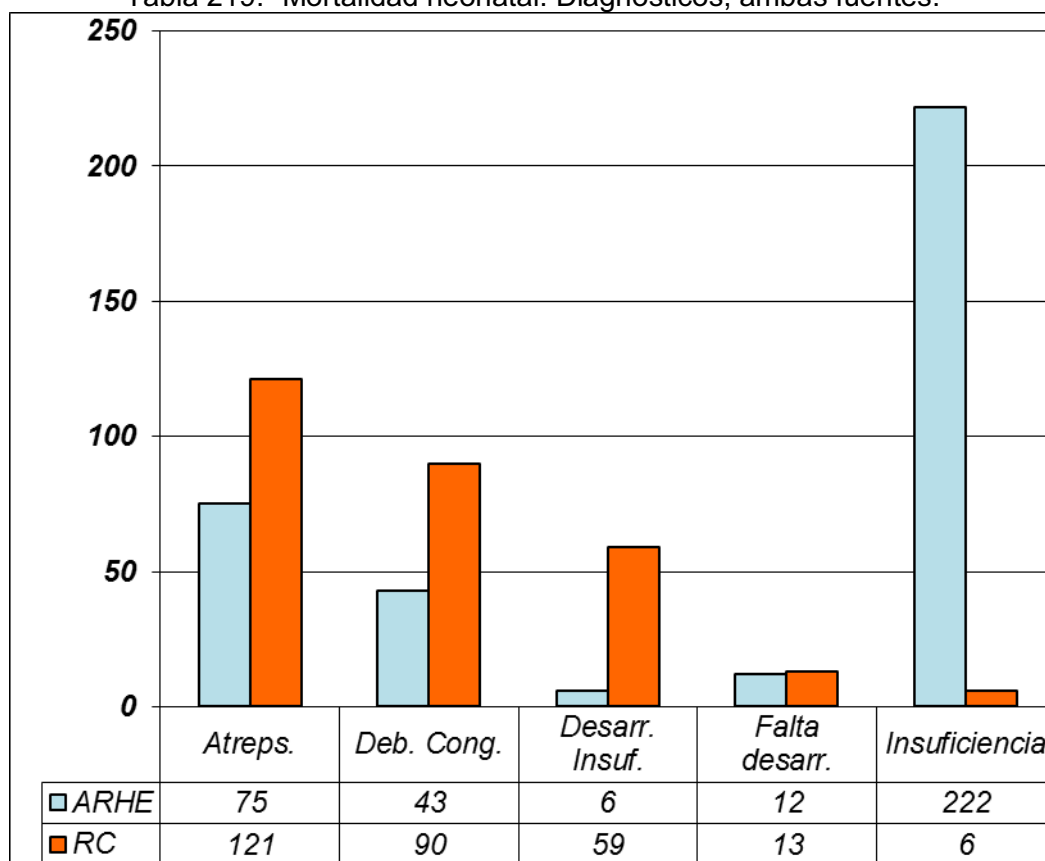
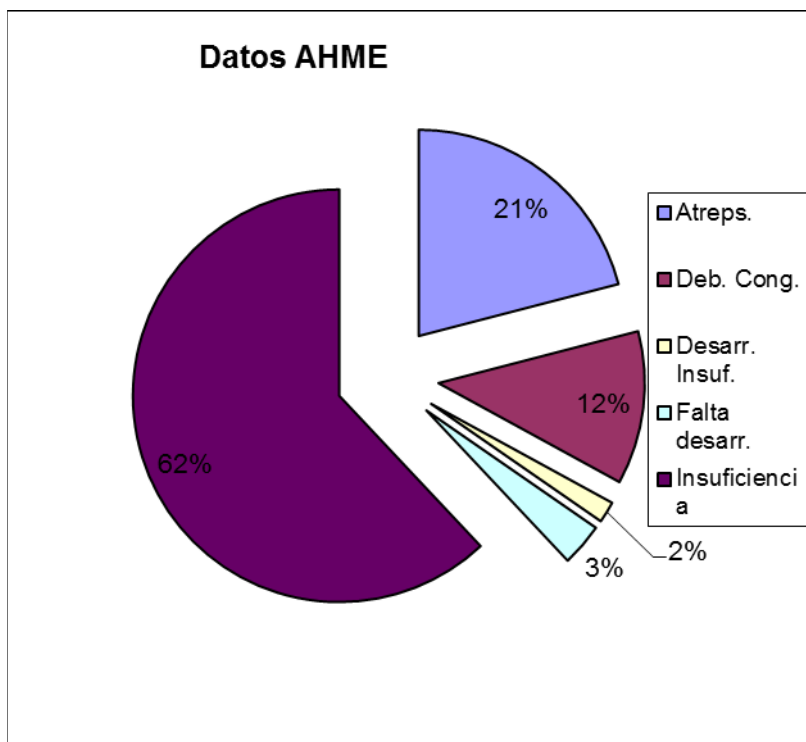


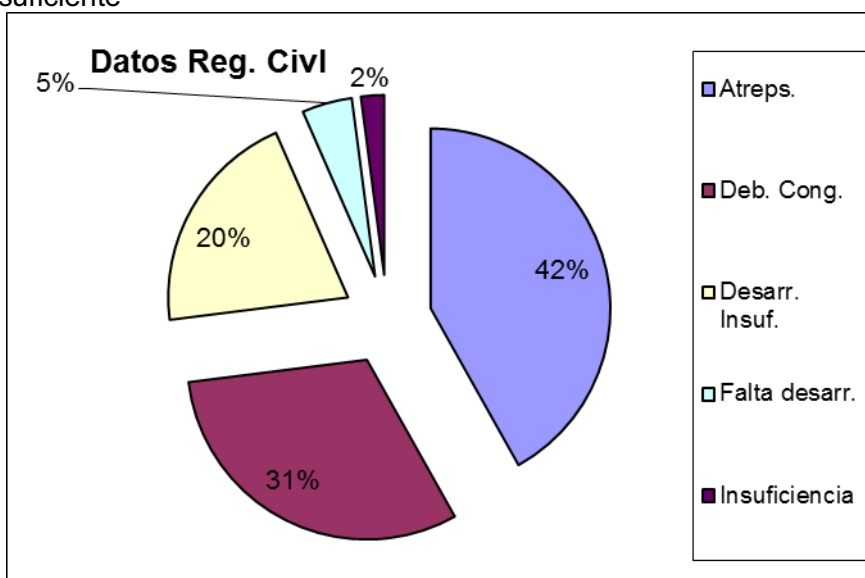
Tabla 219.- Mortalidad neonatal. Diagnósticos, ambas fuentes.



Podemos comprobar como según el archivo, la principal causa de muerte fue la insuficiencia, seguida de la atrepsia, y la debilidad congénita

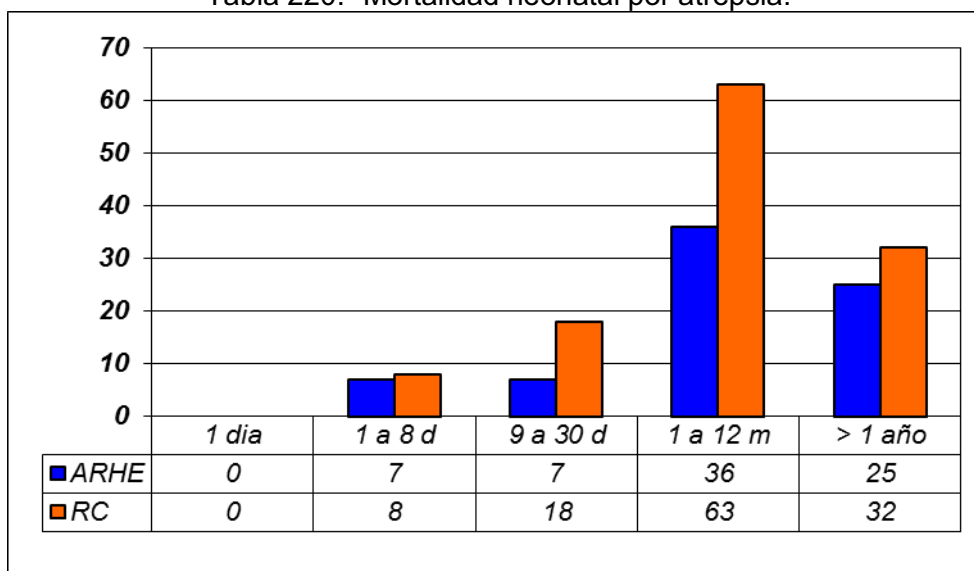


Mientras que para el registro, fue la atrepsia, seguida de la debilidad congénita, y el desarrollo insuficiente



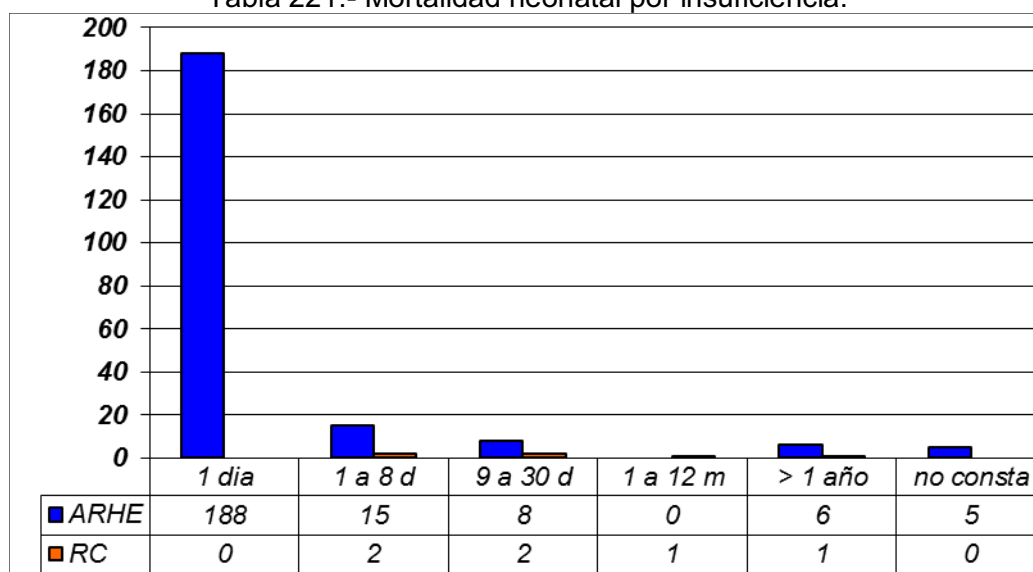
Es muy probable que se emplease el término atrepsia para designar anomalías o malformaciones congénitas, que, sin bien no anulaban la viabilidad del recién nacido, sí eran lo suficientemente importantes como para acortar sobremanera su vida: así, vemos que no hay ningún fallecimiento con este diagnóstico con menos de 24 horas, algunos en la primera semana y primer mes, y muchos en el primer año, sin ser excepcional, ni mucho menos, sobrepasar incluso la adolescencia y alcanzar los 14 y hasta los 19 años.

Tabla 220.- Mortalidad neonatal por atrepsia.



Y justo lo contrario ocurre con el diagnóstico de insuficiencia, casi exclusivo del archivo, denotando fetos muertos: se inscribe como “un feto varón/hembra”, y edad, un día.

Tabla 221.- Mortalidad neonatal por insuficiencia.



4.04 ALTERACIONES RESPIRATORIAS ESPECIFICAS DEL PERIODO NEONATAL (P20-P28)

Para el cómputo general, están incluidas en las infecciones respiratorias; solo hubo una muerte por bronconeumonía en un recién nacido de tres días en 1926: todos los demás, lo fueron por bronquitis: un total de once niños, de edades comprendidas entre 8 y 24 días.

4.05 SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO (P36)

Solo consta un caso, un niño de 15 días, fallecido por septicemia; a partir de esa edad, los siguientes registros de fallecimiento por septicemia tienen ya dos, tres, cuatro y seis meses, como mínimo.

4.06 RESTO DE ENFERMEDADES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL (Resto de P00-P96)

Hay algunos diagnósticos difíciles de encuadrar en los enunciados de la PAHO; un niño de 7 días fallece por “defectos congénitos”; una niña de dos años, por imperforación de ano; seis casos detectados en el registro, de fallecimientos por hidrocefalia, con edades entre comprendidas entre un mes y dos años. Tres niños, de 3, 9 y 25 días fallecieron en 1924 y 1926 por ictericia; es de suponer que sería por enfermedad hemolítica del recién nacido.

A falta de mejor definición, vamos a considerar aquí un diagnóstico que se repite con cierta asiduidad en ambas fuentes, y que hoy no tiene vigencia alguna, tal y como se aplicaba en la época estudiada; nos referimos a la eclampsia como causa de mortalidad infantil, patología que, curiosamente, apenas tuvo repercusión en las mujeres adultas. Bourne²⁹⁷ afirma claramente que sin gestación no hay eclampsia; Botella²⁹⁸ encuadra el síndrome eclámpico dentro de las gestosis, y especifica que la eclampsia es un modo de acabar estas, entendidas como un grupo de afecciones cuya etiología depende directamente de la

²⁹⁷ BOURNE, Aleck W. *Recientes adquisiciones en Obstetricia y Ginecología*. Ed. Morata, 1932.

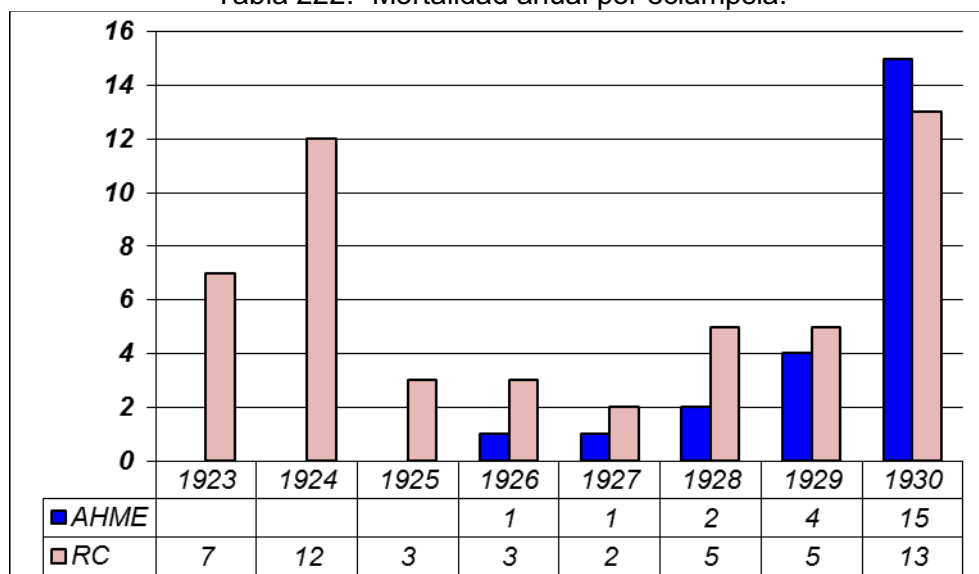
²⁹⁸ BOTELLA LLUSIA, José. *Tratado de Ginecología, Tomo II: Patología obstétrica*. Ed. Científico-Médica, 1972

existencia de un huevo, y, por definición, no puede existir fuera del periodo grávido-puerperal. En ningún tratado de Pediatría hemos encontrado la eclampsia como una patología infantil.

Fallecieron con diagnóstico de eclampsia un total de 23 personas, según el archivo municipal, y 50 según el registro civil, lo que representa alrededor del uno por ciento del total de fallecimientos (0.90 y 1.21 %, respectivamente)

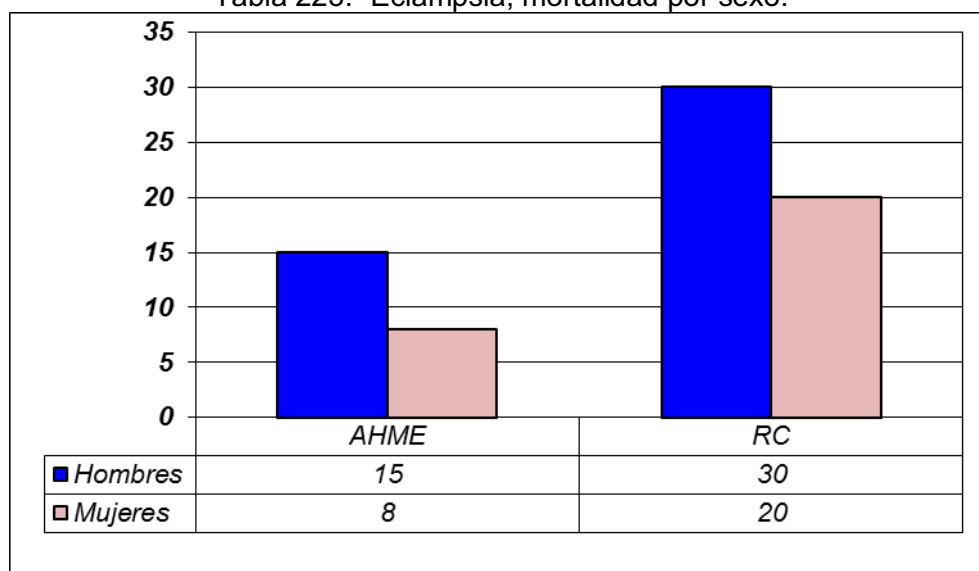
Hubo dos picos uno en 1924 y otro en 1930

Tabla 222.- Mortalidad anual por eclampsia.



Curiosamente, fue más frecuente en el sexo masculino, con una proporción de 1.8 a 1 según el archivo, y de 1.5 a 1 según el registro.

Tabla 223.- Eclampsia, mortalidad por sexo.

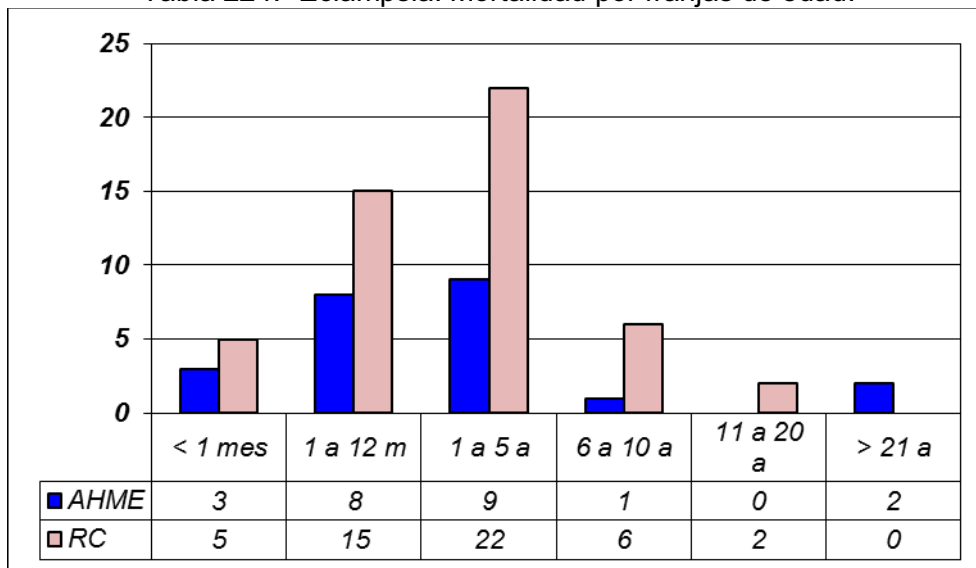


Solo hubo dos episodios de eclampsia en mujeres de edad adulta, de 35 y 39 años, en una de ellas consta claramente como eclampsia puerperal. Pero lo llamativo es su alta frecuencia en la infancia, incluso muchas veces designada como eclampsia infantil: el niño más joven fallecido con este diagnóstico tenía solo cuatro días, y, a excepción de las dos

puerperales señaladas líneas arriba, la persona de mayor edad, fue un joven, varón, de 16 años y profesión jornalero.

Siempre nos quedaría la duda de si se consideraban convulsiones eclámpticas las de origen febril, aunque esto sería extremadamente raro a ciertas edades, sobre todo a partir del primer año de vida.

Tabla 224.- Eclampsia. Mortalidad por franjas de edad.

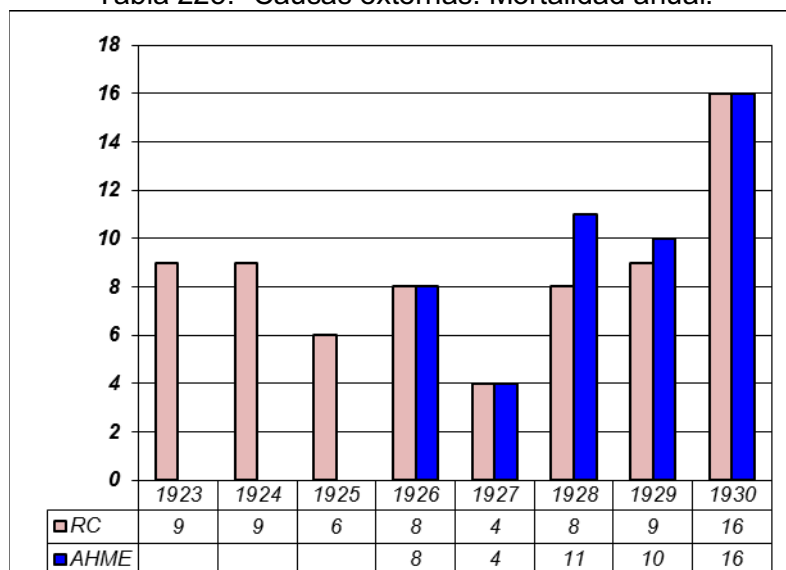


Vendría a coincidir este dato, con la escasa mortalidad por gestosis durante este periodo, no hay registrado ningún otro caso de complicaciones maternas de este tipo.

5.00 CAUSAS EXTERNAS (V01-Y99)

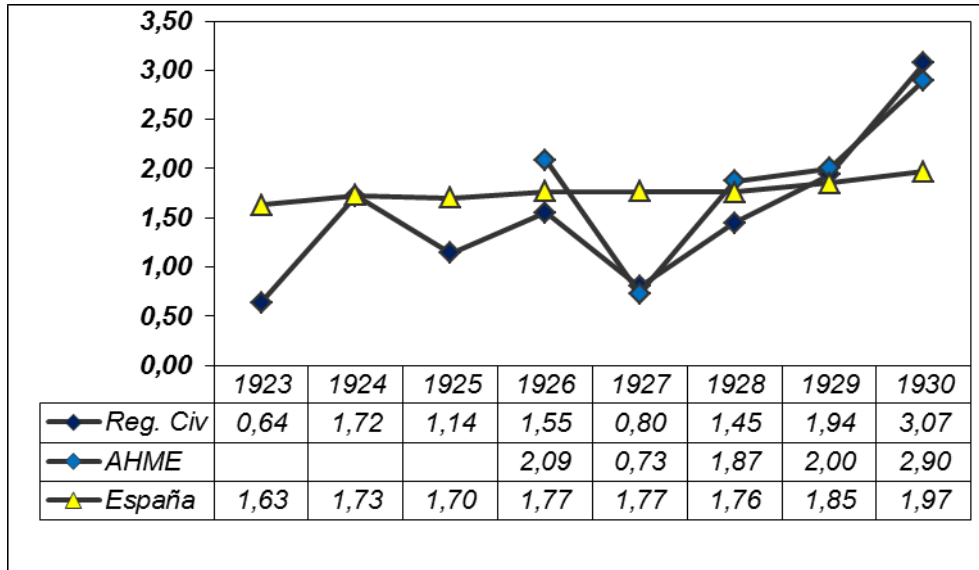
A lo largo del periodo estudiado, hemos encontrado un total de 69 fallecidos por lo que podemos englobar como causas externas, según los datos de Registro Civil, y 49 según el archivo municipal; esto supone el 1.67 y 1.91 % del total de fallecimientos, respectivamente.

Tabla 225.- Causas externas. Mortalidad anual.



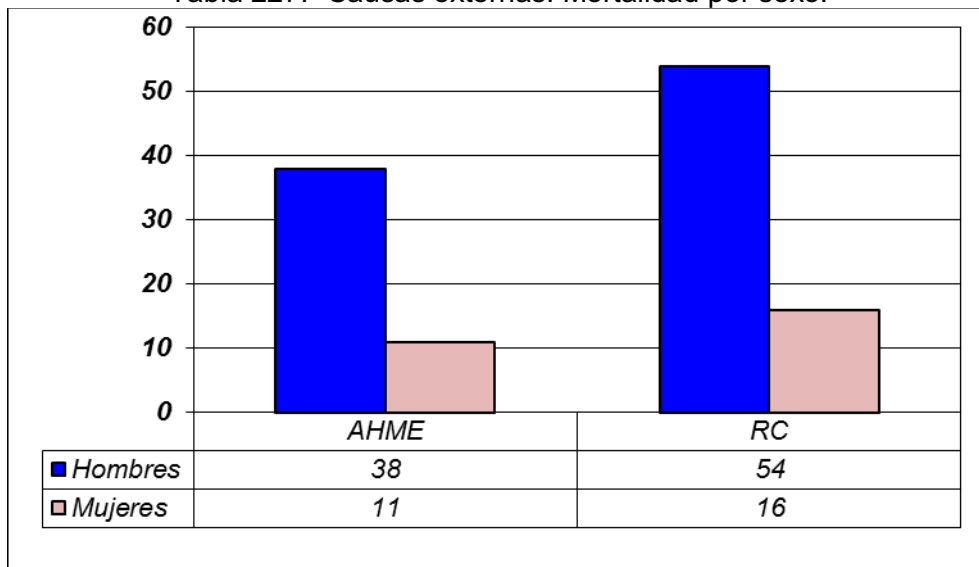
Comparando estos datos con los encontrados expuestos por Navarro Garcia²⁵³ vemos que la frecuencia de muertes violentas (incluido el suicidio), era similar en Elche al resto de España, algo inferior quizás, pero hay un repunte en 1930.

Tabla 226.- Causas externas. Tasa de mortalidad.



Estas causas de fallecimiento, fueron más frecuentes entre los varones, con una proporción de 1.4 a 1 respecto a las mujeres.

Tabla 227.- Causas externas. Mortalidad por sexo.



Los diagnósticos encontrados fueron los siguientes:

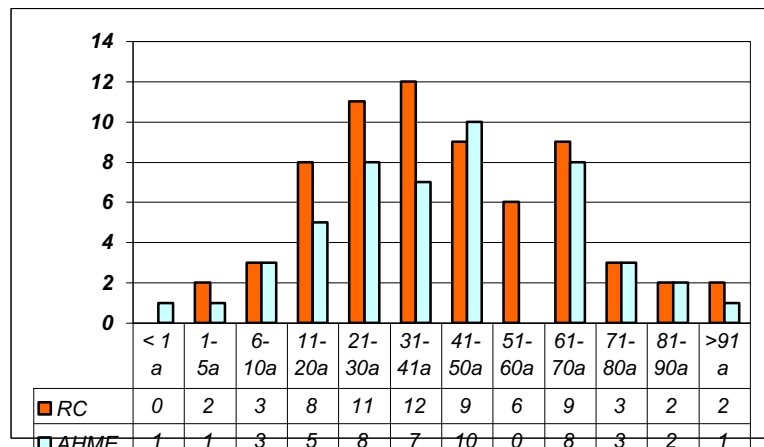
accidente	encontrado muerto
aplastamiento	fractura de base de cráneo
asfixia por compresión del tórax	fractura cuello de fémur
asfixia por sumersión	golpe de hacha en el cuello
asfixia por suspensión	herida por arma de fuego
atropello automóvil	ingesta tóxico
atropello tren	shock traumático
caída de gran altura	sincope
caída objeto	suicidio
carbonizado	traumatismo
colision automóvil	
electrocucion	

Hemos incluido aquí un caso de fractura de cuello de fémur en una mujer de 94 años; es muy posible que la fractura fuera de origen osteoporótico, vista la edad, pero ante la ausencia de otra evidencia de enfermedad común, preferimos englobarla en las causas externa.

No hemos incluido fallecidos en otros puntos geográficos, y que han recibido sepultura en tierra ilicitana; un tripulante de un vapor noruego que se había hundió en La Coruña, soldados caídos en acción de guerra en Marruecos, puesto que no se pueden considerar como muertos en Elche.

Por franjas etarias, vemos que se agrupa mucho en torno a la mitad de la vida, aunque, curiosamente, según los datos del archivo, no hubo ninguna muerte violenta con edad comprendida entre los 51 y los 60 años en este periodo. Dejando aparte el feto hallado muerto, el fallecimiento por causa externa de menor edad, fue un niño de 3 años, que figura como asfixia por sumersión, a renglón seguido de un varón de 28; la igualdad del primer apellido nos induce a pensar en un padre que intenta salvar a su hijo que se esta ahogando, y perecen los dos. La persona de mayor edad, fue una mujer de 97 años, caída de gran altura.

Tabla 228.- Causas externas. Mortalidad por franjas de edad.



Pero aquí resulta aun más llamativa la discrepancia entre los datos de una y otra fuente; en el registro encontramos (1924) dos fallecidos en los que no consta la edad; en el archivo (1926) encontramos el entierro de un feto varón, de un día, hallado muerto. Hay diferencias de edad incluso cuando hay coincidencia de diagnóstico:

Tabla 229.- Diferencias en causas externas entre ambas fuentes (a)

Edad	Causa	Edad	Causa
50	caída gran altura	d 01	feto varón hallado muerto
70	sincope al caer dentro de un pozo	65	sincope al caer dentro de un pozo
77	haber ingerido dosis de zotal	75	haber ingerido dosis de zotal
43	asfixia por suspensión	45	asfixia por suspensión
62	asfixia por suspensión	62	asfixia por suspensión
34	lesiones al pasarle un carro por encima	37	accidente de carro
53	caída cornisa campanario S. Juan	43	caída cornisa campanario S. Juan
17	fractura base cráneo	17	fractura base cráneo

Y diferencias en cuanto al numero de anotaciones: por ejemplo, en 1928 hubo ocho en el registro y once en el archivo; en este figuran dos personas, de 48 y 41 años de edad, de distinto sexo, habitantes del mismo domicilio, muertos ambos por asfixia, que no aparecen en el registro civil. Vemos también que figura una mujer de 45 años de edad, en el archivo como asfixia por sumersión, en el registro, suicidio al arrojar a un pozo

Tabla 229.- Diferencias en causas externas entre ambas fuentes (b)

Edad	Causa	Edad	Causa
50	caída gran altura	48	asfixia
39	caída gran altura	41	asfixia
63	asfixia por sumersión	50	caída gran altura
10	asfixia por sumersión	37	caída gran altura
45	asfixia por sumersión	68	caída gran altura
60	asfixia por sumersión	62	arrollado por el tren
45	suicidio arrojada a un pozo	63	asfixia por sumersión
34	caída gran altura	10	asfixia por sumersión
		45	asfixia por sumersión
		78	asfixia por sumersión
		43	asfixia por sumersión

5.01 ACCIDENTES DE TRANSPORTE POR TIERRA (V01-V89)

Hay algunos accidentes producidos por el ferrocarril; en 1924, un ciudadano de edad desconocida, fallece arrollado por el tren; de igual manera fallece otro hombre de 81 años en 1925, otro de 42 en 1929, según el registro; para este mismo sujeto, que en el archivo consta como de 40 años, figura como causa del fallecimiento "sección del cuello causada por la rueda del tren"; posiblemente fuera un suicidio, en el archivo también consta otro varón de 62 años arrollado por el tren.

También hubo accidentes de tráfico, tanto por vehículos como por carruajes de tracción animal.

En noviembre del año 1925, el periódico *Amanecer* ya advertía que “*los automóviles circulan por las calles de la población a carrera desenfrenada, poniendo en constante peligro la seguridad de los peatones*”. El año anterior había fallecido un hombre de 60 años arrollado por un vehículo; ya no hay más atropellos con coche hasta 1929: un joven de 14 años muere al chocar su bicicleta contra un automóvil; un niño de seis años muere también atropellado ese mismo año. Y también un varón de 29 años fallece al pasarle la rueda de un camión por encima de la región inguinal derecha; posiblemente fuera por un síndrome de aplastamiento, poco conocido en aquella época. En 1930 esta anotada la muerte de un joven de 10 años, por shock traumático secundario a contusión abdominal.

También los carros y los carreros o carreteros tenían su siniestralidad: en 1926 fallece uno de ellos al pasarle el carro por encima de las extremidades inferiores, quizás también por síndrome de aplastamiento; otro carretero fallece asfixiado por compresión del tórax, no se especifican más detalles, tal vez fuera un vuelco del carro que le atrapara debajo. Y, por último, otro carretero que fallece tras pasarle por encima la rueda de un carruaje (no se concreta el tipo de carruaje)

En resumen, cuatro fallecidos por atropello de vehículo automóvil, tres por vehículos de tracción animal.

5.02 OTROS ACCIDENTES DE TRANSPORTE Y NO ESPECIFICADOS (V90-V99)

Hay dos anotaciones, tanto en el registro como en el archivo, de fractura de base de cráneo como causa de la muerte, varones de 17 y 25 años, en 1926 y 1927, pero no se especifica el mecanismo productor de dicha fractura, si fue un atropello, una caída, una agresión; solo consta que se hizo la autopsia y se autorizó (o se procedió a) la inhumación por mandato judicial.

En 1924 se inscribe un adolescente de 14 años fallecido por traumatismo, sin más especificaciones; se realizó autopsia, pero no figuran más datos sobre el mecanismo de la muerte. En 1926 se inscribe en el libro de enterramientos, un niño de ocho años, fallecido por accidente.

5.03 CAIDAS (W00-W19)

En tres ocasiones se trata de caída de objetos, no de caída a distinto nivel; un varón de 41 fallece en 1923 al caer desde el puente del ferrocarril; como en otras ocasiones, no podemos vislumbrar la causa primaria, si fue accidental o voluntaria. Ese mismo año, fallece un obrero de 28 años, de profesión rastrillador, al caerle encima un poste eléctrico. En 1926 fallece un varón de 53 años, al caerle encima una cornisa del campanario de la Iglesia de San Juan. Resulta llamativo que no se haga mención alguna de este suceso, hasta diciembre de 1930, cuando en la Comisión Permanente del Ayuntamiento se denuncia el estado ruinoso de las cornisas de las Iglesias de Santa María y San Juan, “*teniendo en cuenta la gravedad de la denuncia, y que el derrumbamiento de parte de una cornisa de la Iglesia de San Juan ocasionó, en fechas no lejanas (¿?hacia más de cuatro años) la muerte de un transeúnte, y se acuerda que toda urgencia se oficie a los Señores Curas Párrocos de las respectivas Iglesias, y al Arquitecto Diocesano, para que a la mayor brevedad dicten las ordenes oportunas para que cese el estado de peligro de las referidas cornisas*”.

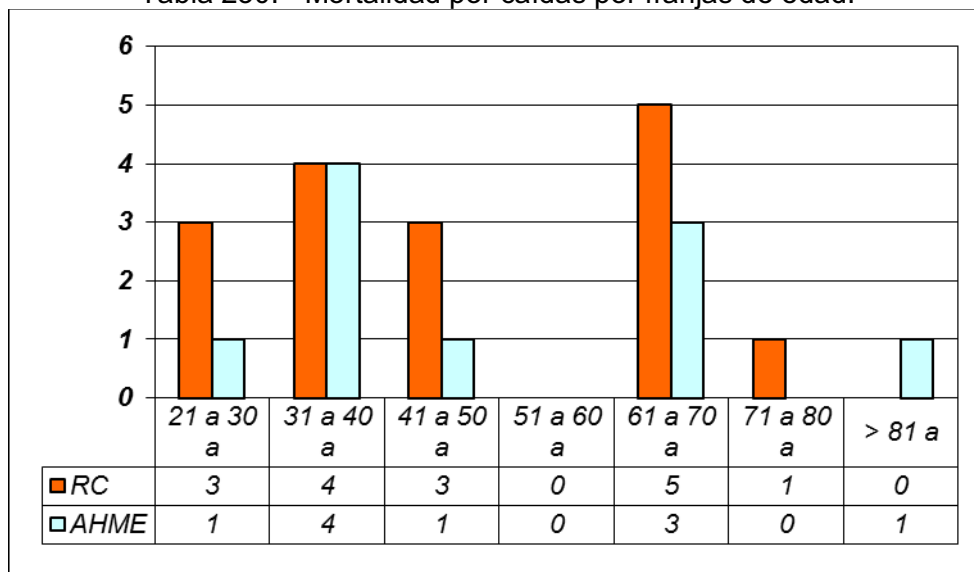
En otras 16 ocasiones figura en el registro civil, como causa de la muerte, la caída de personas, a veces prolijamente descrita como “las lesiones producidas al golpear contra el suelo por caída de gran altura”

Tabla 230.- Mortalidad anual por caídas, ambas fuentes

AÑO	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
R.C	2	2	1	2	0	5	0	4
AHME				0	1	5	0	4

La edad mínima fue de 22 y la máxima 75 años según el registro, y 81 según el archivo; fue más frecuente entre los 61 y 70:

Tabla 230.- Mortalidad por caídas por franjas de edad.



Solo en dos ocasiones se trataba de mujeres, todo lo demás eran varones.

De nuevo, se nos plantea la duda de si la defenestración fue accidental o voluntaria; es posible que un albañil caiga de gran altura durante su trabajo, como uno de los fallecidos en 1930; pero es menos probable que esto ocurra con alpargateros, jornaleros, o mujeres dedicadas a sus labores. Por ejemplo, la caída desde el puente del ferrocarril, que habitualmente, no era transitable para peatones, es poco plausible que fuera accidental, es más lógico pensar en suicidio. .

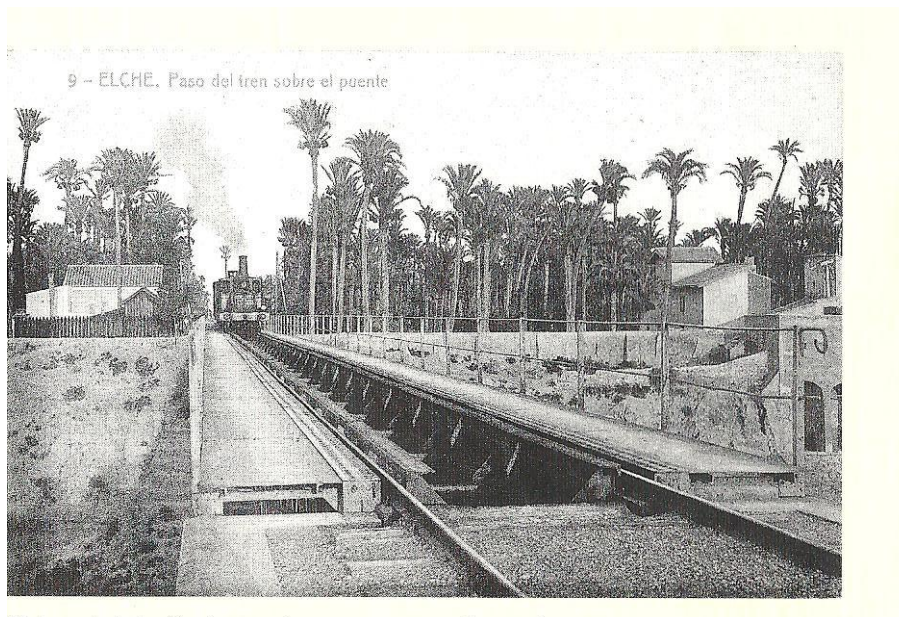


Figura 132.- Puente del ferrocarril.

5.04 ACCIDENTES CAUSADOS POR DISPAROS DE ARMAS DE FUEGO (W32-W34)

Hubo pocas defunciones por disparos de arma de fuego en este periodo; según el registro civil, dos personas, hombre y mujer, de 32 y 38 años, fueron muertos por disparo de arma larga en 1923, es de suponer que sería una escopeta de caza; el mismo año, un joven de 19 años falleció por una meningoencefalitis producida por herida de arma de fuego: es decir, que no falleció por el propio disparo en la cabeza, sino tardíamente, por complicaciones infecciosas locales.

En 1930, hubo otros dos fallecidos por herida de arma de fuego, varones de 23 y 29 años según el registro, de 24 y 27, según el archivo; consta que a ambos se les practicó la oportuna autopsia, pero mientras el registro no facilita otros detalles, el archivo menciona que uno de ellos había recibido el tiro en la frente.

5.05 AHOGAMIENTO Y SUMERSION ACCIDENTAL (W65-274)

Raro era el año que no aparecía alguien ahogado, a veces en el río, otras en un pozo, o en una balsa de riego; desde los tres años de edad, hasta los 78, hubo un total de 14 muertes por ahogamiento (asfixia por sumergimiento) a lo largo del periodo.

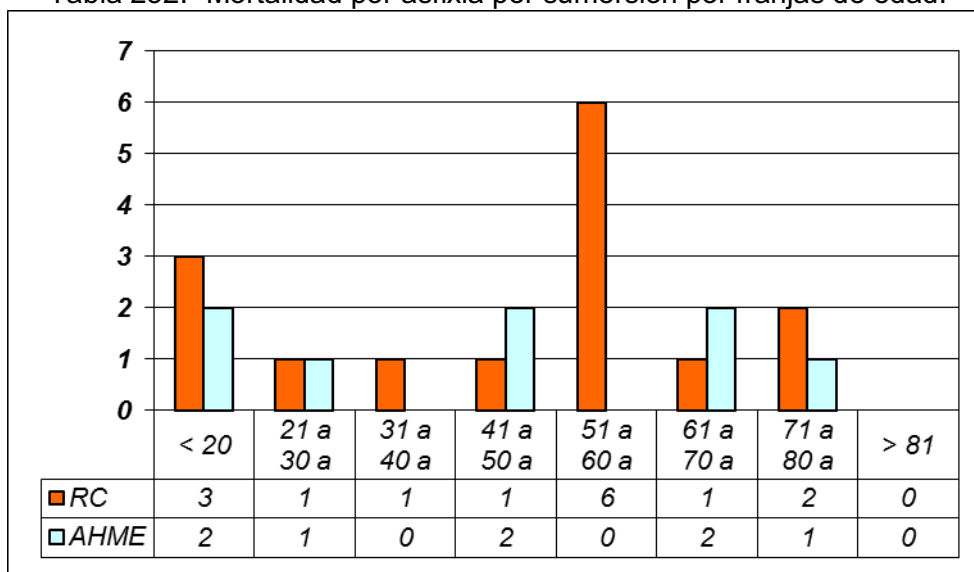
Tabla 231.- Mortalidad anual por ahogamiento:

AÑO	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
R.C.	2	1	2	1	1	4	2	2
AHME				1	0	5	0	2

No se detalla en las anotaciones el lugar donde se produjo el ahogamiento, playa, río, acequia, pozo, balsa, etc. Es curioso que uno de los fallecidos en 1929 por este mecanismo fuera precisamente el carretero aguador.

Según los datos del registro, vemos que ocurrió con mayor frecuencia en la década de los 50 años.

Tabla 232.- Mortalidad por asfixia por sumersión por franjas de edad.



5.06 AMENAZAS ACCIDENTALES DE LA RESPIRACION (W75-W84)

5.07 EXPOSICION A CORRIENTE ELECTRICA (W85-W87)

Por este motivo, solo hubo cuatro fallecimientos según el Registro, y dos según el archivo durante este periodo

El más pequeño fue un niño de dos años en 1923, y tres personas de 21, 26 y 28 años de edad, todos varones, según el registro; en el archivo aparece un varón de 15 años, por "corriente eléctrica de gran intensidad"

No se especifica si fueron accidentes laborales, domésticos, o por mal estado de las instalaciones.

Uno de los fallecidos, en 1925 era guarda municipal; su fallecimiento es reconocido como acto de servicio en la sesión plenaria municipal de abril, y se acuerda abonar el mes de haberes completo, una suscripción pública para la viuda y la hija huérfana, y una pensión vitalicia de 500 pts anuales; exigua cantidad, pues hemos visto que, en esa época, el salario mínimo de un jornalero era de 1.323 pesetas al año.

5.08 EXPOSICION A HUMO, FUEGO Y LLAMAS (X00-X06)

Un ciudadano de 35 años falleció carbonizado en un incendio en 1930.

5.09 ENVENENAMIENTO ACCIDENTAL POR EXPOSICION A SUSTANCIAS TOXICAS (X40-X49)

En cuanto a la ingesta de sustancias tóxicas, ocurrió en tres ocasiones, una en 1923 (mujer de 36 años, que ingirió un cáustico), un varón de 77 años que en 1923 ingirió zotal, y una joven de 18 años que en 1927 ingirió sal de acederas.

Tomado directamente de la pagina web de Laboratorios Zotal, vemos que esta marca registrada ® es un desinfectante, fungicida y desodorizante indicado para la desinfección en general de todo tipo de recintos y viviendas así como para instalaciones de uso ganadero, con una excelente actividad en presencia de materia orgánica, acaba con todo tipo de gérmenes nocivos y elimina olores molestos; su composición es: 4-cloro-3-metilfenol 0,8%, 4-cloro-2-bencilfenol 0,4% 2-fenil-fenol 1,5%

La sal de acederas es el oxalato potásico, y así se describe en la causa de muerte de esta persona

Al no constar expresamente que las ingestas tuvieran una clara finalidad autolítica, preferimos incluirlas en los sucesos accidentales, y no prejuzgar intencionalidad.

5.10 RESTO DE ACCIDENTES (W20-W31, W88-W99, X10-X39, X50-X59, Y40-Y84)

5.11 SUICIDIO (X80-X84)

Solo en dos ocasiones se inscribe la palabra suicidio en el registro civil, una mujer que en 1928 se quita la vida arrojándose a un pozo (*“suicidio, arrojada a un pozo”*), y otra, un varón de 75 años que en 1925 se arroja de gran altura (*“suicidio, lesiones provocadas al golpear contra el suelo por caída de gran altura”*). En el resto de ocasiones, no podemos dar por sentado que se trata de un acto voluntario, en las defenestraciones o en los ahogamientos, pues nada consta en tal sentido en los libros consultados; vamos a dar como suicidio los ahorcamientos, anotados generalmente como “asfixia por suspensión”, ya que aquel término solo se emplea una vez; en total seis personas emplearon este método para acabar con su vida; una mujer de 23 años en 1924, un hombre de 29 años en 1925, dos hombres, uno de 43 y otro de 62 en 1926 y otros dos, de 36 y 52 años en 1930; como se ve, solo hubo una mujer, el resto fueron varones; los datos son sensiblemente iguales para el registro civil y para el archivo municipal (solo hay una discrepancia en la edad de uno de ellos); en cierto modo, contrastan estos datos, admitiéndolos como suicidios consumados, ocho casos en los ocho años estudiados, con los de Navarro Garcia²⁵³, que fueron 13.273, una media de 1.659 al año en toda España.

5.12 HOMICIDIO (X85-Y09)

Ninguna anotación en los datos del registro civil nos permite dar por segura la muerte de una persona por homicidio; es fácil suponer que alguno, al menos, de los fallecidos por disparos de armas de fuego tuvieran intención asesina; pero lo único que consta son las lesiones, que se ha realizado la autopsia, y la orden de enterramiento firmada por el Juez. Del mismo modo que en las caídas, no podemos averiguar si la defenestración ha sido casual, intencionada por el propio sujeto, o lanzado al vacío por otra persona.

5.13 SUCESO DE CAUSA INDETERMINADA (Y10-134)

5.14 RESTO DE CAUSAS EXTERNAS (Y35-Y36, Y85-Y89)

6.00 TODAS LAS DEMAS CAUSAS (D50-D89, E00-E90, G04-G98, H00-H59, H60-H95, J30-J98, K00-K93, L00-L98, M00-M99, N00-N99. O00-O98, Q00-Q89)

6.01 DIABETES MELLITUS (E10-E14)

La diabetes es una enfermedad conocida ya desde la antigüedad; descrita ya en el papiro de Ebers, Areteo de Capadocia pensaba que esta era “una enfermedad asombrosa, fría y

húmeda, en que la carne y los miembros se fundían para convertirse en orina; los enfermos no dejan nunca de orinar, la orina mana continuamente”.

Por ello, su nombre proviene del latín *diabētes*, y éste del griego, (*diabētes*, 'correr a través' con *δια* o 'dia-', 'a través', y *βήτης* o 'betes', 'correr', de *διαβαίνειν* (*diabaínein*, 'atravesar'). Como término para referirse a la enfermedad caracterizada por la eliminación de grandes cantidades de orina, empieza a usarse en ya en el siglo I en el sentido etimológico de «paso», aludiendo al «paso de orina» de la poliuria.

En 1889, von Mering y Minkowski demostraron que la pancreatemia total en el perro, iba seguida de diabetes grave y fatal; Lepine²⁹⁹ interpretó este hecho suponiendo que el páncreas elaboraría una secreción interna que habría de intervenir directamente en el metabolismo glucídico.



Figura 133.- Minkowski y von Mering.

En 1893, Laguesse, basándose en la estructura anatómica de los acúmulos de células epiteliales descubiertos por Langerhans en 1869, sostiene que estas formaciones deben ser las encargadas de la mencionada secreción interna. Tras numerosas investigaciones se llegó a la hipótesis de que la función endocrina del páncreas que juega un papel esencial en el metabolismo de los hidratos de carbono, corre a cargo de los islotes de Langerhans; por esta razón, Schafer propuso en 1916 el nombre de insulina para esta sustancia, que, finalmente, fue descubierta por Banting y Best en 1921.

²⁹⁹ CARRASCO FORMIGUERA, R. *Insulina. Estudio fisiológico y clínico*. Ampliación de la ponencia presentada al Congreso de Medicina de Sevilla, octubre 1924. Instituto Bioquímico Hermes.

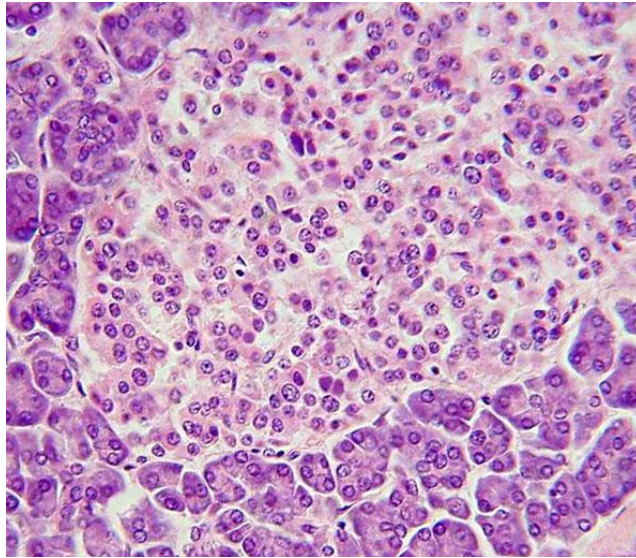


Figura 134.- Aspecto microscópico de un islote de Langerhans



Figura 135.- Charles Herbert Best y Frederick Grant Banting

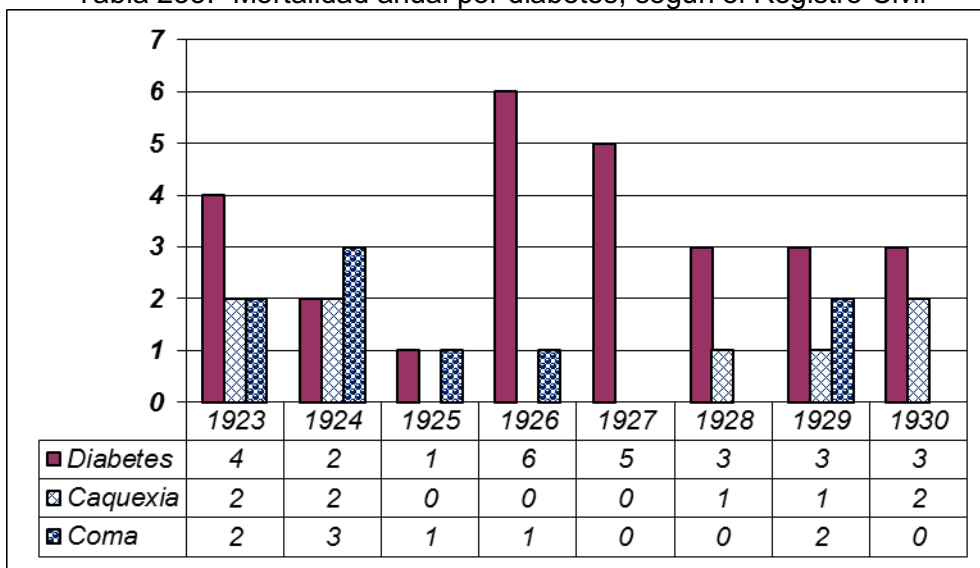
Es un síndrome endocrino-metabólico, caracterizado por el aumento de las cifras de glucosa en sangre y otros trastornos asociados, y en el que se engloban diversas enfermedades de distinta etiopatogenia, que conducen a una deficiencia, absoluta o relativa de insulina.

En la clasificación de la American Diabetes Association, se distinguen varios tipos de diabetes, entre los que destacan, por su prevalencia, los tipos 1 y 2. La diabetes tipo 1, de herencia poligénica, se caracteriza por una destrucción selectiva de las células beta de los islotes de Langerhans del páncreas, debido a autoinmunidad mediada por células, y se detectan anticuerpos circulantes contra diferentes antígenos de estas células beta. Este tipo viene a representar el 5-10 % de los casos de diabetes. Es más común en niños y adolescentes, en los que las manifestaciones clínicas suelen aparecer de forma brusca y con tendencia a la cetoacidosis; es común que los pacientes pierdan peso de forma acusada, por la falta de insulina, que debe ser administrada de forma externa. La diabetes tipo 2 supone más del 90 % de los casos, también de herencia poligénica, viene determinada porque la secreción pancreática de insulina es insuficiente para compensar la resistencia periférica a sus efectos, condicionada generalmente por la obesidad y el sedentarismo. Es decir, en este caso se produce una deficiencia relativa de insulina, que, al menos al principio, se puede controlar con dieta y ejercicio, aunque lo habitual es que, con el paso de los años, sea necesario el uso de medicación antidiabética, tanto para estimular la secreción pancreática de insulina, como para mejorar su utilización periférica, llegando en no pocos casos, a ser necesario el uso de insulina exógena. Silente y evolutiva, suele comenzar a actuar años antes de dar síntomas, por afectación de numerosos órganos, tales como el ojo, riñón, sistema cardiocirculatorio, sistema nervioso, etc.

Bajo la denominación de diabetes a secas, diabetes mellitus, diabetes sacarina, y dos de sus posibles complicaciones, el coma diabético y la llamada caquexia diabética, hemos encontrado un total de 44 anotaciones en el Registro Civil, y 28 según el archivo lo que viene a suponer poco más del 1 % del total de defunciones para ambas fuentes

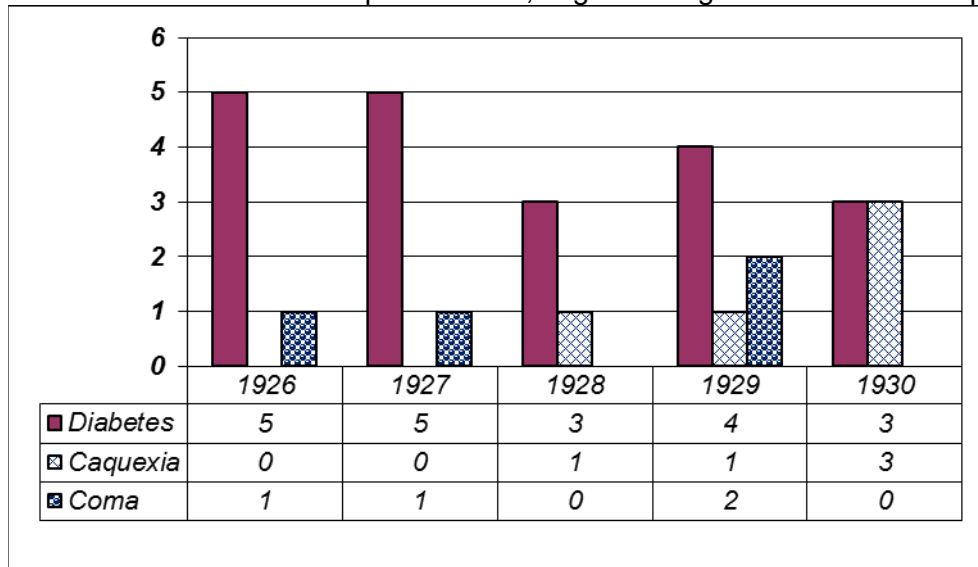
Según el registro, fue más frecuente la muerte por diabetes, sin especificar otro mecanismo asociado, sobre todo en los años 1926 y 1927, que causó un total de 27 fallecimientos; la caquexia diabética fue el motivo de otros ocho, y el coma diabético, otros nueve, a lo largo del periodo estudiado.

Tabla 233.- Mortalidad anual por diabetes, según el Registro Civil



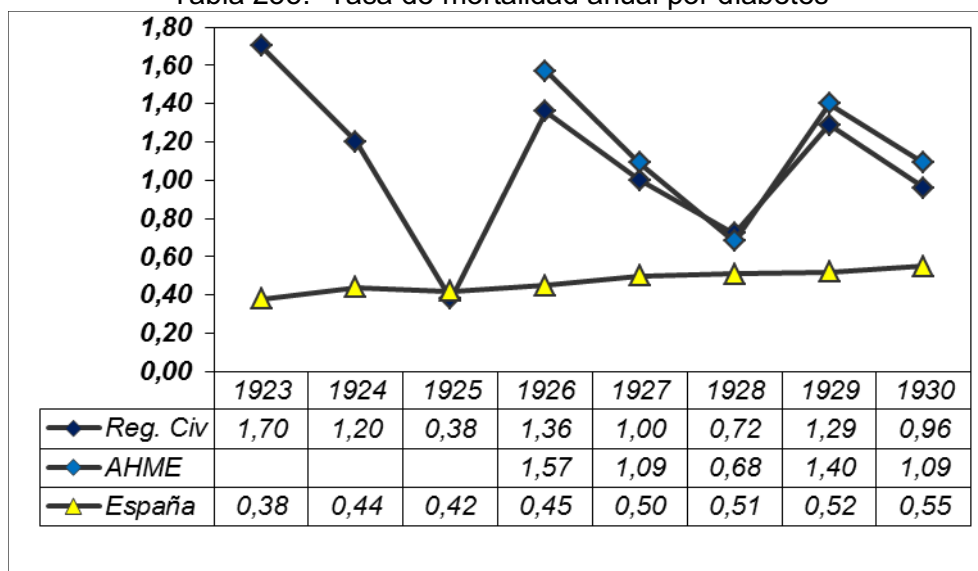
Según el archivo, datos similares: la diabetes figura en 20 enterramientos, la caquexia en cinco y el coma diabético con cuatro. Aquí también se observa que en los años 1926 y 1927 hubo más fallecimientos por diabetes.

Tabla 234.- Mortalidad anual por diabetes, según el Registro Archivo Municipal.



Causó, proporcionalmente, más muertes en Elche que en el resto de España, llegando en ocasiones incluso a cuadruplicar la tasa, como en 1923; de cualquier modo, habida cuenta que Navarro²⁵³ solo maneja el diagnóstico de diabetes, sin mas especificaciones, y nosotros hemos incluido la caquexia y el coma, es probable que la fiabilidad de los datos no se óptima, y sea el origen de las notables variaciones de mortalidad año a año por diabetes en nuestra ciudad.

Tabla 235.- Tasa de mortalidad anual por diabetes



Fue claramente más frecuente entre las mujeres que entre los hombres para ambas fuentes de documentación, en proporción como mínimo 2 a 1 para la diabetes; la

proporción es igual para ambos sexos en lo que respecta a la muerte por caquexia, y, discrepan los datos del registro y del archivo en cuanto al coma diabético, mas frecuente en el primero, más del triple en contra del sexo femenino, diferencia que no existe según el archivo.

Tabla 236.- Mortalidad por diabetes por sexo, según el Registro Civil

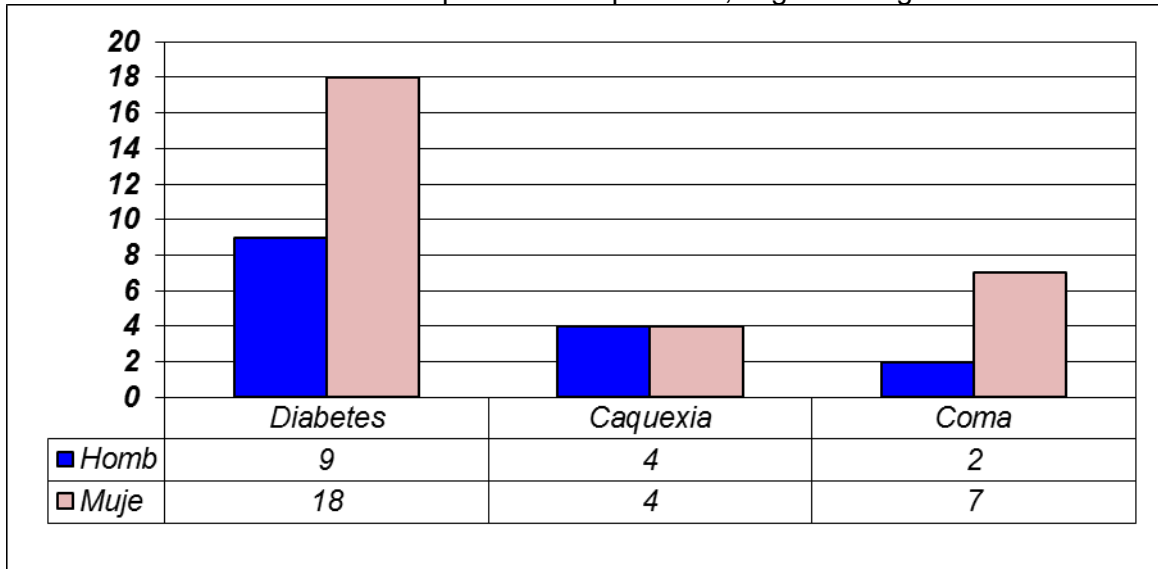
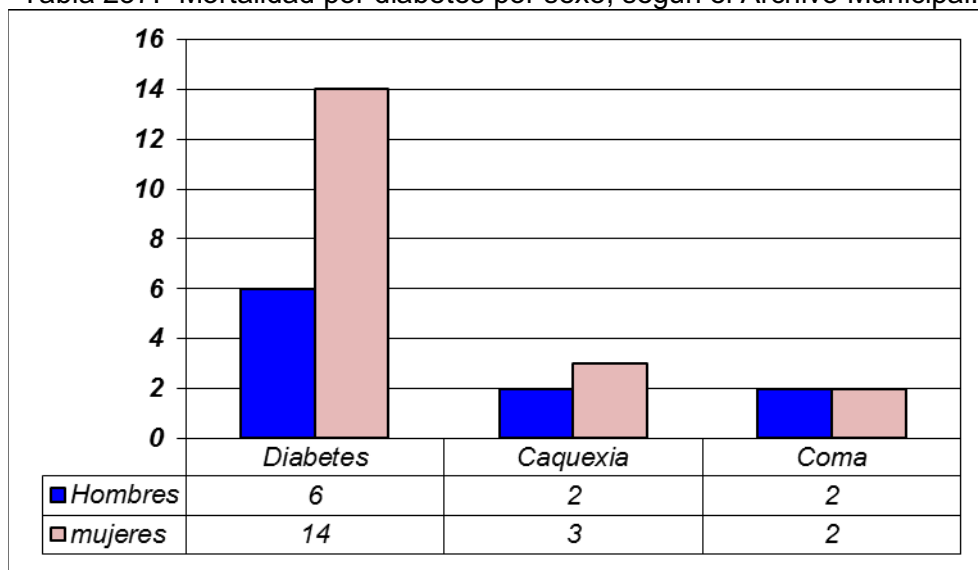


Tabla 237.- Mortalidad por diabetes por sexo, según el Archivo Municipal.



En cuanto a las edades, llama la atención la escasez de diabetes infantojuvenil, la que hoy denominamos tipo I: solo hemos encontrado un niño de cinco años fallecido por diabetes en 1.926; el paciente siguiente en edad, tenía 21 años, fallecido por caquexia diabética; otro de 26 años con diabetes, y otros dos, de 24 y 28 años, con caquexia diabética; de los fallecidos por coma diabético, ninguno tenía menos de 40 años.

Es decir, que, por lo visto, la mayoría de los pacientes tenían diabetes de tipo 2, propia del adulto.

Tabla 238.- Mortalidad por diabetes por franjas de edad, según el Registro Civil.

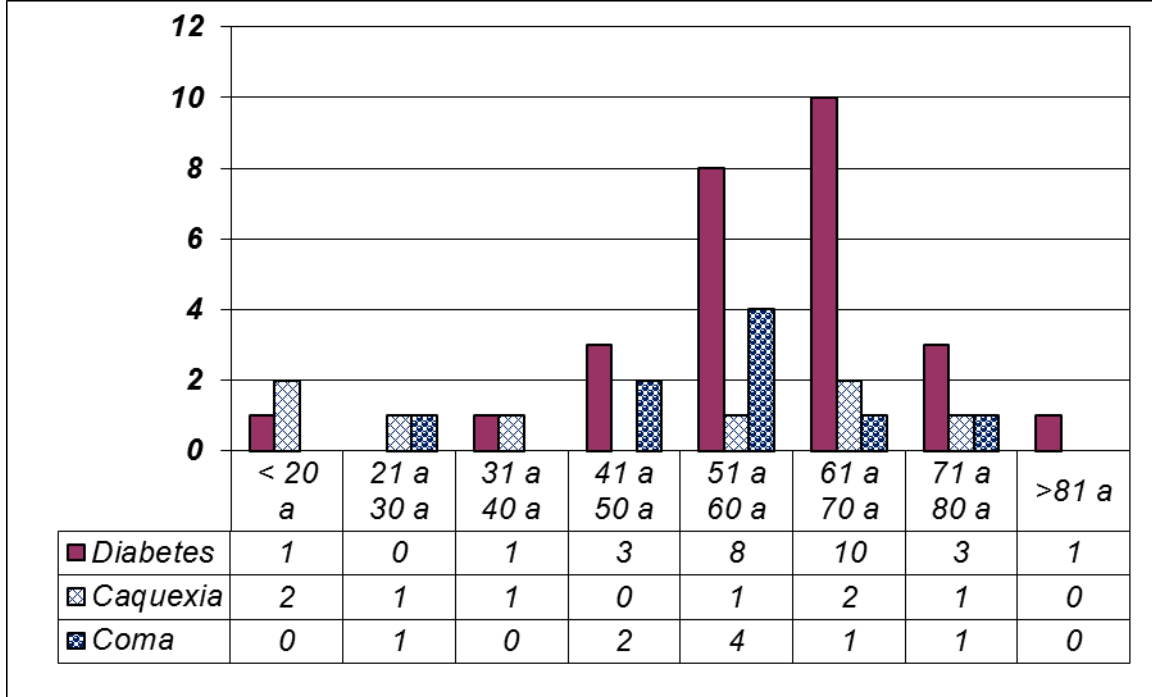
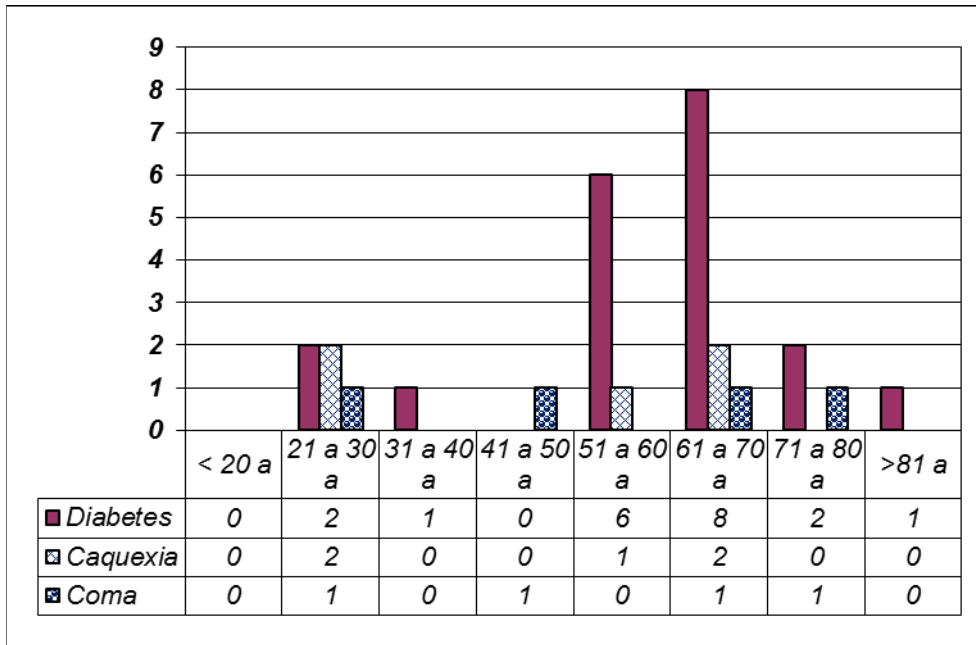


Tabla 239.- Mortalidad por diabetes por franjas de edad, según el Archivo Municipal.



En varias ocasiones aparecen diagnósticos que están relacionados directamente, o que podrían estarlo indirectamente con la diabetes: 18 pacientes según el registro, 12 según el

archivo, fallecieron por gangrena; excluimos una paciente de 60 años diagnosticada de gangrena húmeda, que atribuimos a infección por clostridios, y no a déficit de irrigación, como sería la complicación de una arteriopatía periférica o a un pie diabético,

Según el registro, fue más frecuente entre los 60 y los 80 años de edad, no afectando a ningún paciente menor de 50 años. Afectó con mucha más frecuencia al sexo masculino (¿efecto aditivo del tabaquismo sobre la mortalidad?)

Tabla 240.- Mortalidad por gangrena, comparativo fuentes por sexo y edad.

Año	num.		edad	HOMB		MUJ		Sumas	
	RC	AH		RC	AH	RC	AH	RC	AH
1923	1								
1924	2								
1925	2		< 50 a	1	1	0	0	1	1
1926	2	1	51 a 60 a	4	3	0	0	4	3
1927	1	1	61 a 70 a	3	1	3	1	6	2
1928	5	5	71 a 80 a	2	2	1	0	3	2
1929	1	1	81 a 90 a	2	2	0	0	2	2
1930	4	4	> 91 a	1	1	1	1	2	2
	18	12		13	10	5	2	18	12

6.02 DEFICIENCIAS NUTRICIONALES Y ANEMIAS NUTRICIONALES (E40-E84, D50-D53)

Haciendo excepción de la ya mencionada caquexia, que se puede atribuir a diabetes o neoplasia, y también de la caquexia senil, solo hemos encontrado dos tipos de alteraciones nutricionales en nuestra serie; por un lado, la anemia perniciosa, y por otro, el raquitismo.

Podemos incluir en este apartado lo que Ferreras³⁰⁰ denomina con el nombre de anemias megalobásticas hipercroma Biermerianas para distinguir un gran grupo de anemias carenciales, en las que la formación glóbulos rojos resulta perturbada por la falta de un principio madurador de los hematíes. Este principio (o principios) según la teoría de Castle, se forman a partir de principios vitamínicos (ácido fólico y vitamina B12), contenidos en los alimentos (factor extrínseco), después de haber actuado sobre ellos un fermento secretado por el estómago (factor intrínseco). Absorbido después este principio madurador (vitamina B12, cianocobalamina), es almacenado en el hígado para su utilización posterior por la médula para que permita la adecuada eritropoyesis.

En la anemia perniciosa genuina de Addison-Biermer, la carencia se produce al dejar de secretar el estómago la mucoproteína que integra el factor intrínseco de Castle.

³⁰⁰ FARRERAS VALENTI, P.- *Fisiopatología de la sangre y los órganos hematopoyéticos*. En. Balcells, Gorina, A, y cols. Patología Médica. Ed. Toray, 1968

Tabla 241.- Mortalidad por anemia, comparativo fuentes por sexo y edad

Año	Anemia		edad		
	RC	AH		RC	AH
1923	0		< 1 a		1
1924	1		1 a 5 a	1	1
1925	1		6 a 10 a	1	
1926	2	1	11 a 20 a	1	1
1927	2	1	21 a 30 a		
1928	0	0	31 a 40 a	3	1
1929	2	2	41 a 50 a	1	
1930	0	0	51 a 60 a	1	
	8	4	suma	8	7

El raquitismo se produce por falta de vitamina D³⁰¹, lo cual conduce a un trastorno del metabolismo del calcio y fósforo, que altera la formación ósea, con anomalías esqueléticas muy características; fue descrito en 1650 por Francis Glisson, y conocido desde entonces también como el “mal inglés”

La carencia de vitamina D se debe fundamentalmente, a una alimentación inadecuada, y, sobre todo, a una exposición inadecuada de la piel a los rayos ultravioleta solares, que permite su síntesis endógena.

Aunque esta enfermedad raramente es letal por si misma, en Elche, durante el periodo que estamos estudiando causó la muerte de seis niños según el registro, cuatro según el archivo, la mayor parte de menos de un año de edad, el más pequeño de doce días de vida, el mayor de seis años.

Tabla 242.- Mortalidad por raquitismo, comparativo fuentes por sexo y edad

Año	Raquitismo		edad		
	RC	AH		RC	AH
1923	0		< 1 a	4	3
1924	1		1 a 5 a	1	1
1925	1		6 a 10 a	1	0
1926	0	0	> 10 a	0	0
1927	1	1			
1928	1	1			
1929	2	2			
1930	0	0			
	6	4	suma	6	4

Nos parece bastante dudosa la muerte a los pocos días de nacer por este motivo; podría tratarse, quizás, de alguna malformación que diese al esqueleto del recién nacido un aspecto parecido al del raquitismo, salvo que se tratase de un raquitismo hereditario por alteración del metabolismo del fósforo (no esta indicado así).

³⁰¹ CRUZ HERNANDEZ, Manuel. *Pediatría y Puericultura*. Ed. Romargraf. 1972.

Puede que tenga razón Aviles¹⁶⁰ cuando afirma que en siglo XX ha habido hambre en España, pero un hambre que mataba poco.

6.03 ALTERACIONES MENTALES Y DE LA CONDUCTA (F00-F99)

Solo hemos encontrado dos anotaciones de alteraciones mentales o de la conducta como causa de muerte, una en 1928 y otra en 1.929; en ambas de trata de mujeres, una de 36 y otra de 24 años, que fallecen diagnosticadas de ataques de histerismo y de inanición por histerismo.

6.04 ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO MENINGITIS (G04-G9)

Las más frecuentemente encontradas fueron la epilepsia y el denominado “reblandecimiento cerebral”.

La epilepsia afectó a doce pacientes según el registro, solo a dos según el archivo: la paciente más joven tenía 27 años, la mayor, 67; no hubo diferencia llamativa en cuanto a su distribución por sexo.

Tabla 243.- Mortalidad por epilepsia, comparativo fuentes por sexo y edad.

Año	Num.		edad	HOMB		MUJ		Sumas	
	RC	AH		RC	AH	RC	AH	RC	AH
1923	2		< 30 a	1	1	2	0	3	1
1924	2		31 a 40	1	0	1	0	2	0
1925	4		41 a 50 a	1	0	0	0	1	0
1926	2	1	51 a 60 a	2	0	1	1	3	1
1927	0	0	61 a 70 a	0	0	3	0	3	0
1928	2	1	71 a 80 a	0	0	0	0	0	0
1929	0	0	81 a 90 a	0	0	0	0	0	0
1930	0	0	> 91 a	0	0	0	0	0	0
	12	2		5	1	7	1	12	2

El anuario estadístico de 1927 incluye el reblandecimiento cerebral junto con la hemorragia cerebral; reconociendo nuestro desconocimiento del significado del término, hemos preferido aislarlo del accidente cerebrovascular y analizarlo por separado.

Hemos encontrado un total de 16 pacientes fallecidos por reblandecimiento cerebral en el registro civil, y la mitad en el archivo; según el registro, fue mucho más frecuente entre varones que entre mujeres, no así en el archivo; la persona más joven era una mujer de 35 años, la más longeva, otra de 89; se presentó con mayor frecuencia a partir de los 70 años, lo cual indica una posible etiología degenerativa

Tabla 244.- Mortalidad por reblandecimiento cerebral, comparativo fuentes por sexo y edad.

Año	Num.		edad	HOMB		MUJ		Sumas	
	RC	AH		RC	AH	RC	AH	RC	AH
1923	2		< 30 a	0	0	1	1	1	1
1924	2		31 a 40	0	0	0	0	0	0
1925	3		41 a 50 a	1	0	0	0	1	0
1926	2	2	51 a 60 a	2	0	0	0	2	0
1927	2	2	61 a 70 a	2	2	1	1	3	3

1928	2	1	71 a 80 a	4	2	1	1	5	3
1929	2	2	81 a 90 a	2	0	2	1	4	1
1930	1	1	> 91 a	0	0	0	0	0	0
	16	8		11	4	5	4	16	8

En cinco ocasiones, igual para ambas fuentes, aparece como causa de la muerte, la enfermedad de Little y la parálisis infantil; la enfermedad de Little²⁹⁵ es una diplegia espástica, que afecta fundamentalmente a las primeras etapas de la vida; en nuestro caso, el más pequeño fue un niño de dos días, la mayor, una niña de tres años;

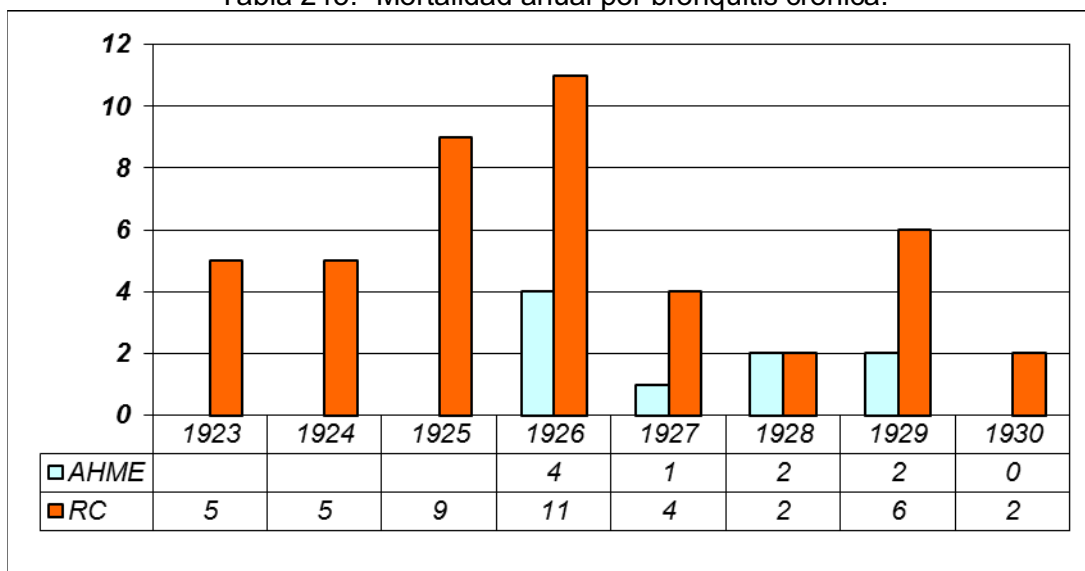
Difíciles de encuadrar, dos fallecimientos, uno de parálisis agitante y otro de ataxia locomotriz. Tres pacientes, dos mujeres de 66 años, y un hombre de 64, fallecieron con diagnóstico de enfermedad de Parkinson.

6.05 ENFERMEDADES CRONICAS DEL TRACTO RESPIRATORIO INFERIOR (J40-J47)

Asumimos que el diagnóstico de bronquitis crónica se estableció en función de la duración del cuadro clínico, en ausencia de criterios de espirometría, actualmente en uso; hasta no hace mucho tiempo se definía como paciente afecto de broncopatía crónica aquel que presentaba tos y expectoración diaria durante un tiempo mínimo de tres meses, durante mas de dos años consecutivos.

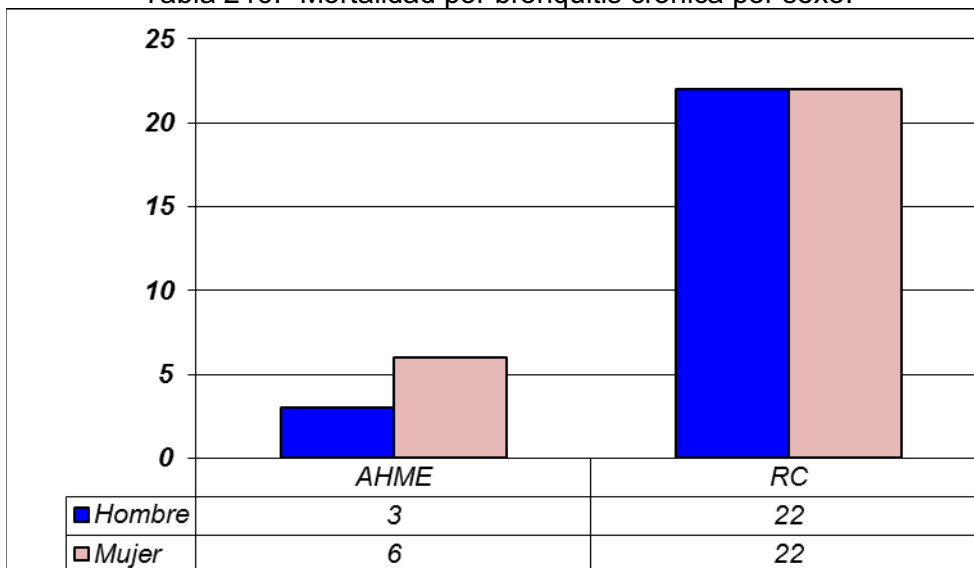
La bronquitis crónica ocasionó la muerte de nueve pacientes según el archivo municipal y 44 según el registro civil; 1926 fue un año especialmente señalado para la mortalidad por esta causa, ya que la cuarta parte de los fallecimientos por este motivo tuvieron lugar en este año.

Tabla 245.- Mortalidad anual por bronquitis crónica.



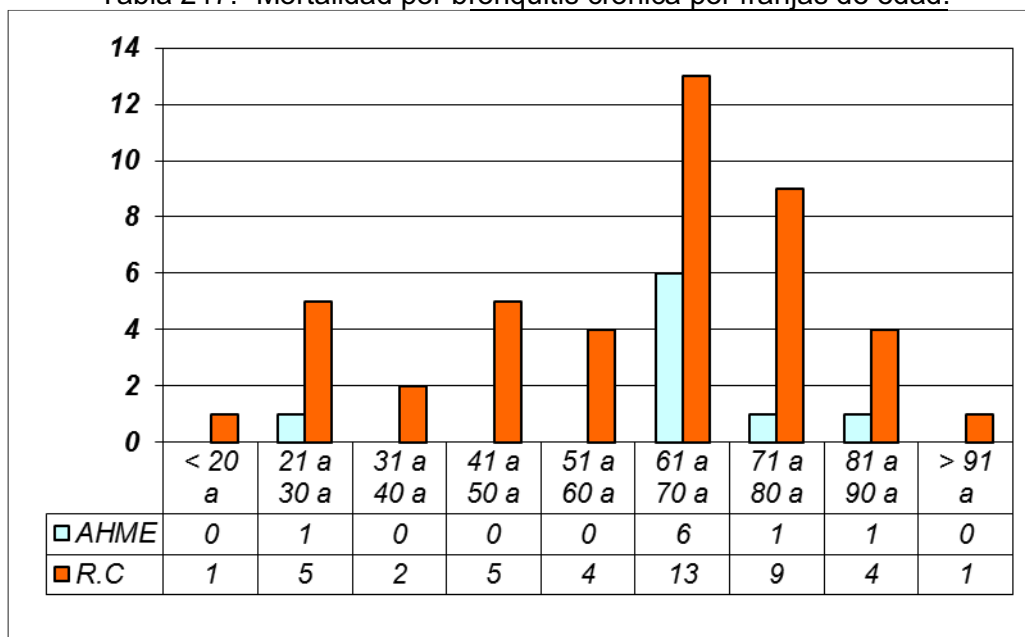
Según el archivo, fue más frecuente entre las mujeres, pero la presentación fue igual para ambos sexos según el registro civil.

Tabla 246.- Mortalidad por bronquitis crónica por sexo.



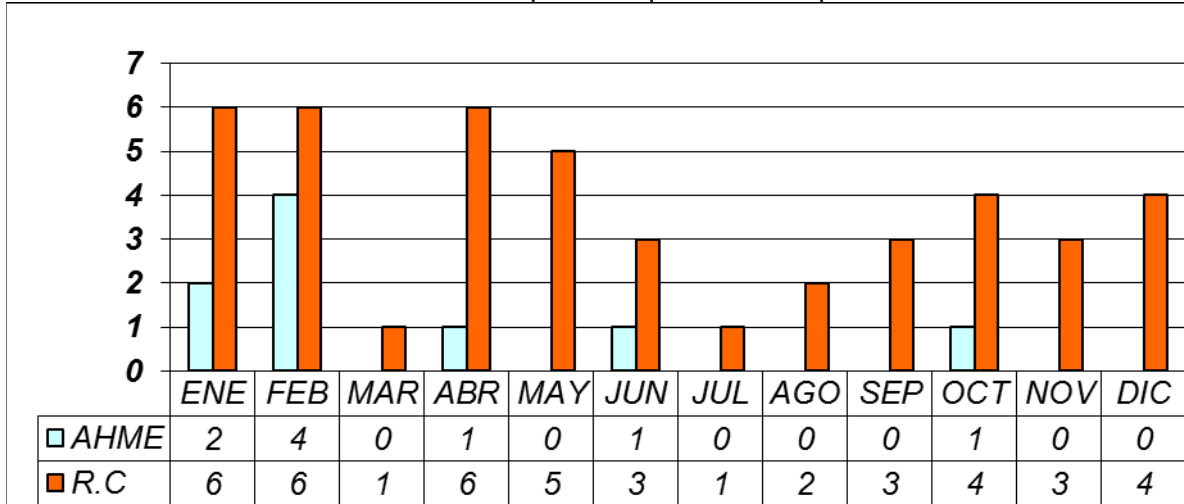
Por franjas de edad, hay un paciente (resulta difícil aceptar este diagnóstico aquí, con las premisas clínicas anteriormente expuestas) de dos años de edad, fallecido en 1926 por bronquitis crónica; excepción hecha de este caso, ya no hubo ningún enfermo menor de 20 años, teniendo un máximo de frecuencia en la década de los 61-70 años; el paciente mas longevo tenia 94 años.

Tabla 247.- Mortalidad por bronquitis crónica por franjas de edad.



Es de suponer que, al igual que otras enfermedades crónicas, su curso se podría ver alterado por infecciones intercurrentes: de esta manera, la mortalidad por bronquitis crónica es algo mayor en los meses fríos y menor en el verano: es sorprendente que no haya fallecimientos por esta causa en el mes de marzo de ningún año, para ambas fuentes:

Tabla 248.- Mortalidad por bronquitis crónica por meses.



6.06 RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO (resto de J00-J99)

Hemos encontrado nueve pacientes fallecidos con diagnóstico de asma en el registro, y seis en el archivo; hemos interpretado el asma cardial como insuficiencia cardiaca, aquí consideramos solo el asma sin otra mención, y el asma bronquial.

Tabla 249.- Mortalidad por enfermedades de aparato respiratorio, comparativo fuentes y franjas de edad.

Año	Número		Edad	Número	
	RC	AH		RC	AH
1923	1		< 30 a	0	0
1924	1		31 a 40	1	0
1925	0		41 a 50 a	1	0
1926	0	0	51 a 60 a	1	1
1927	1	0	61 a 70 a	2	0
1928	1	1	71 a 80 a	3	4
1929	2	2	> 81 a	1	1
1.930	3	3			
	9	6		9	6

No hubo ningún caso de asma infantil, el paciente más joven tenía 33 años, la de más edad, 82.

En el registro hay dos casos anotados de muerte por enfisema pulmonar, una muchacha de 16 años, y un varón, jornalero de 70; en el archivo constan ambos, y otro varón de 50 años.

6.07 APENDICITIS, HERNIA DE LA CAVIDAD ABDOMINAL Y OBSTRUCCION INTESTINAL (K35-K46, K56)

APENDICITIS.

Hemos encontrado seis registros de fallecimiento por apendicitis sin otra mención de complicación, en el archivo, y once en el registro; la persona más joven tenía 19 años, la más anciana, 73.

Tabla 250.- Mortalidad por apendicitis, comparativo fuentes y franjas de edad.

Año	Número		Edad	Número	
	RC	AH		RC	AH
			< 1 a	0	0
			1 a 5 a	0	0
1923	0		6 a 10 a	0	0
1924	3		11 a 20 a	3	2
1925	0		21 a 30 a	2	0
1926	1	1	31 a 40	3	2
1927	3	3	41 a 50 a	0	0
1928	1	1	51 a 60 a	1	1
1929	3	1	61 a 70 a	1	1
1930	0	0	71 a 80 a	1	1
			> 81 a	0	0
	11	6		11	6

Un caso de invaginación intestinal, en un varón de 53 años

PERITONITIS

Hemos encontrado 15 pacientes fallecidos por peritonitis, aislada o con apendicitis como proceso inicial, en el registro, aparece la misma cantidad en el archivo (para un periodo mas corto); ello puede estar en relación con la escasa incidencia de esta patología como causa de muerte en los primeros años de la etapa estudiada; el paciente más joven fue un niño de ocho meses, el mayor tenía 70 años; uno de ellos, se especifica como peritonitis puerperal (¿sepsis? ¿Cesárea? ¿Perforación?).

El año de mayor presentación de esta patología fue 1928, con cinco casos; fue más frecuente en la década de los 31 a 40 años.

Tabla 251.- Mortalidad por peritonitis, comparativo fuentes y franjas de edad.

Año	Número		Edad	Número	
	RC	AH		RC	AH
			< 1 a	1	0
			1 a 5 a	1	2
1923	1		6 a 10 a	1	1
1924	0		11 a 20 a	3	2
1925	1		21 a 30 a	2	3
1926	3	3	31 a 40	4	4

1927	1	1	41 a 50 a	1	2
1928	5	5	51 a 60 a	1	0
1929	1	2	61 a 70 a	1	1
1930	3	4	> 71	0	0
	15	15		15	15

HERNIA

Se hace mención a dos tipos de hernia, la inguinal y la umbilical; ambos causan la muerte cuando están estranguladas, es obvio que no se pudieron operar, o, si lo fueron, que los pacientes fallecieron en el perioperatorio.

Hubo un total de 13 pacientes según el registro, 7 según el archivo; patología propia de la edad avanzada, la persona más joven fallecida por este motivo fue una mujer de 40 años, en 1927; alcanza su máximo a partir de los 60 años, la persona más anciana tenía 90 años.

Tabla 252.- Mortalidad por hernia, comparativo fuentes y franjas de edad.

Año	Número		Edad	Número	
	RC	AH		RC	AH
			< 1 a	0	0
			1 a 5 a	0	0
1923	1		6 a 10 a	0	0
1924	1		11 a 20 a	0	0
1925	3		21 a 30 a	0	0
1926	0	0	31 a 40	0	1
1927	3	3	41 a 50 a	1	0
1928	1	1	51 a 60 a	2	0
1929	1	0	61 a 70 a	4	2
1930	3	3	71 a 80 a	4	2
			> 81 a	2	2
	13	7		13	7

OBSTRUCCION INTESTINAL

En el registro civil hemos encontrado un total de 18 pacientes fallecidos con diagnóstico de obstrucción / oclusión intestinal, sin especificar el motivo por el cual se había producido esta. Incluimos también en este apartado el diagnóstico de cólico miserere, definido según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua como "*1. m. Oclusión intestinal aguda, por causas diferentes, que determina un estado gravísimo cuyo síntoma más característico es el vómito de los excrementos.*", es decir, la obstrucción intestinal manifestada por la presencia de vómitos fecaloideos;

En la tabla siguiente se muestra la distribución anual, por edades y por sexo; vemos que, según el registro, es más frecuente entre las mujeres, no afectando a la infancia ni juventud (el más joven, mujer, tenía 28 años), más frecuente entre los 50-80 años; de forma aislada, en 1923 encontramos un paciente de 99 años (a esta edad, lo más probable sería una trombosis mesentérica).

Tabla 253.- Mortalidad por obstrucción intestinal, comparativo fuentes, sexo y franjas de edad.

Año	Número		Edad	Hombres		Mujeres		Sumas	
	RC	AH		RC	AH	RC	AH	RC	AH
1923	3		< 30 a	0	0	1	0	1	0
1924	4		31 a 40	3	3	2	0	5	3
1925	5		41 a 50 a	1	1	1	0	2	1
1926	3	1	51 a 60 a	4	1	2	0	6	1
1927	1	2	61 a 70 a	0	0	2	1	2	1
1928	5	5	71 a 80 a	0	0	5	2	5	2
1929	1	0	81 a 90 a	0	0	0	0	0	0
1930	0	0	> 91 a	1	0	0	0	1	0
	22	8		9	5	13	3	22	8

6.08 CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES CIRROTICAS DEL HIGADO (K70, K73, K74, K78)

Etimológicamente cirrosis hepática viene a significar “hígado duro”, procedente del vocablo griego “kirros”, duro; se conoce desde los tiempos de Morgagni, hacia 1650, aunque el nombre le fue asignado por Laennec en 1817.

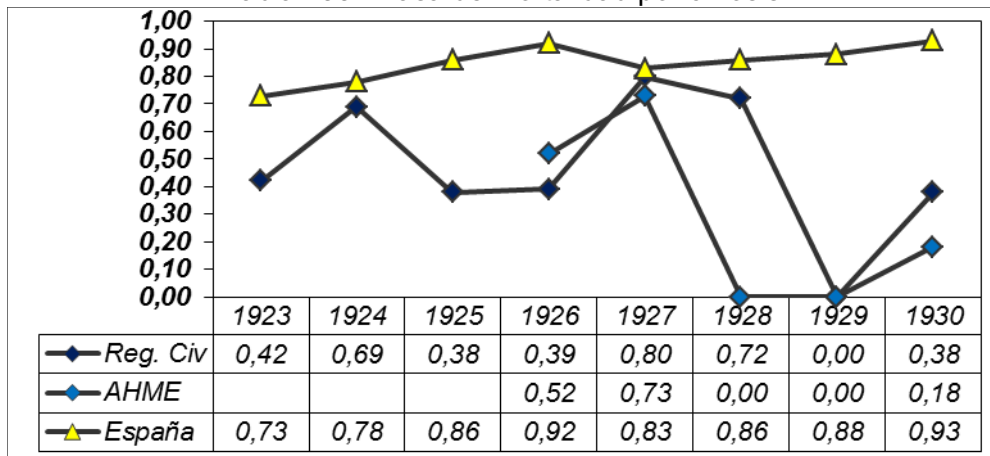
Bajo las denominaciones de cirrosis hepática, cirrosis de Laennec, cirrosis atrófica, cirrosis alcohólica, hemos encontrado 20 pacientes fallecidos con diagnóstico de cirrosis en el registro, y 7 en el archivo. El más joven, de 14 años fue diagnosticado de cirrosis atrófica; la de más edad, tenía 78 años:

Tabla 254.- Mortalidad por cirrosis, comparativo fuentes y franjas de edad.

Año	Num.		edad	Num.	
	RC	AH		RC	AH
1923	2		< 10 a	0	
1924	4		11 a 20 a	1	
1925	2		21 a 30 a	0	1
1926	2	2	31 a 40	4	1
1927	4	4	41 a 50 a	0	0
1928	4	0	51 a 60 a	5	1
1929	0	0	61 a 70 a	8	4
1930	2	1	71 a 80 a	2	0
			> 81 a	0	0
	20	7		20	7

La mortalidad por cirrosis hepática fue claramente inferior en Elche que en el resto de España:

Tabla 255.- Tasa de mortalidad por cirrosis.

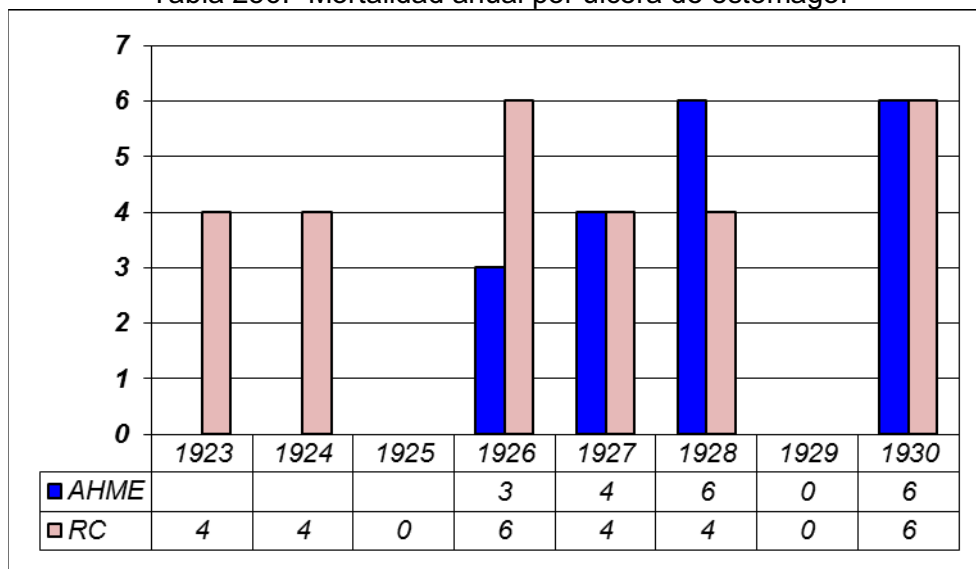


6.09 RESTO DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO (resto de K00-K83)

Bajo el epígrafe de úlcera de estómago, úlcera gástrica o úlcera redonda del estómago, hemos encontrado un total de 28 pacientes según el registro, 19 según archivo, lo que representa alrededor del 0.75 % del total de fallecimientos; en 1928 murió una mujer de 82 años, la única que consta con úlcera de duodeno. Hay tres anotaciones de gastritis en el registro: en 1.924, un varón de 86 años, y 1929, un niño de seis meses y un varón de 66 años.

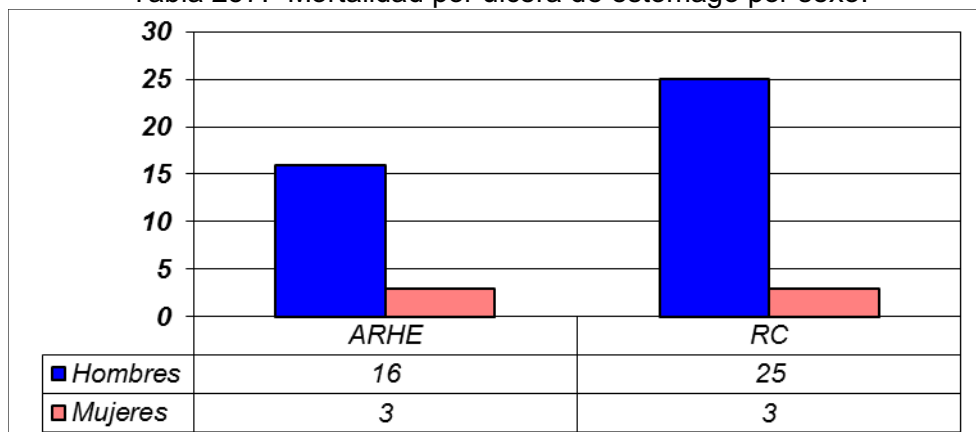
En los años 1925 y 1929 no se registró ningún fallecimiento por este motivo

Tabla 256.- Mortalidad anual por úlcera de estómago.



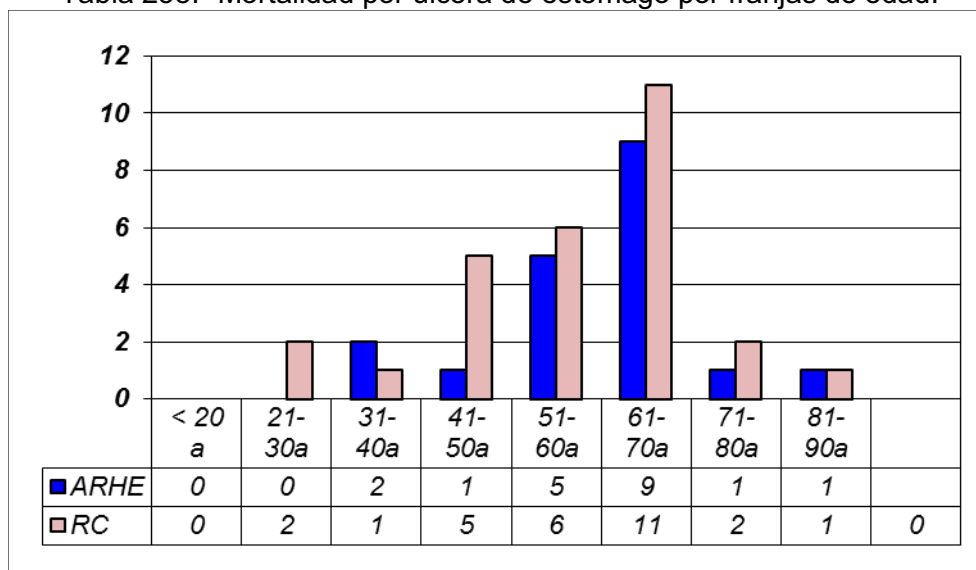
Enfermedad predominantemente masculina, la presentación de esta enfermedad entre mujeres era casi excepcional.

Tabla 257.- Mortalidad por úlcera de estómago por sexo.



Inexistente en la infancia y adolescencia, el paciente más joven fallecido por úlcera de estómago, fue un varón de 27 años, la de más edad, tenía 89: vemos que su presentación comienza a elevarse en frecuencia a partir de la década de los 40-50, teniendo su pico máximo entre los 61 y los 70 años.

Tabla 258.- Mortalidad por úlcera de estómago por franjas de edad.



En muy pocas ocasiones se especifica el mecanismo de muerte; la mayoría de las veces consta solo "úlcera de estómago" (o gástrica); solo se mencionan dos episodios de hematemesis, es decir, hemorragia digestiva alta a consecuencia de la mencionada úlcera, y otro paciente que fallece en uremia, se podría suponer que la elevación de las cifras de urea estuviera en relación con metabolismo de la hemoglobina liberada por sangrado no visible, dentro del propio tubo digestivo.

No hay ninguna mención a la hepatitis; podríamos asumir que los diagnósticos de ictericia grave estuvieran en relación con ella; con este diagnóstico fallecieron cinco persona según el registro (una de ellas, por ictericia catarral), y tres según el archivo, (tres mujeres y dos hombres, dos hombres y una mujer), con edades comprendidas entre los 44 y los 73 años.

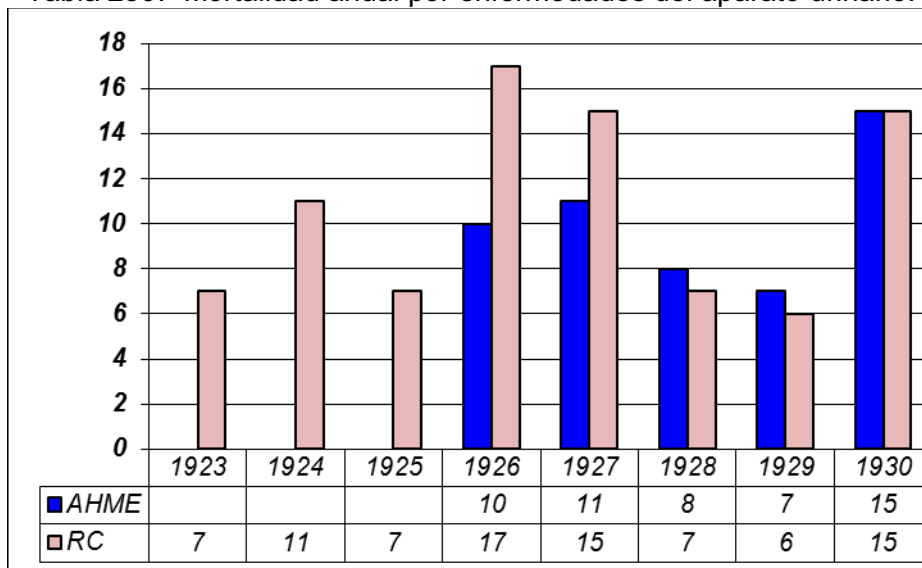
La vía biliar se vio involucrada como causa de muerte en seis ocasiones: con denominaciones tan variadas como la colecistitis, colecistitis calculosa, angiolecistitis, angiolecistitis supurada, colelitiasis; fueron en total seis personas según el registro, siete según el archivo; todas ellas era mujeres, de edades comprendidas entre los 46 y 84 años.

En 1930, figura una mujer de 37 años fallecida por ascitis, sin mayor precisión.

6.10 ENFERMEDADES DEL SISTEMA URINARIO (N00-N39)

Son ciertamente escasas las muertes por patologías nefrourológicas en este periodo; un total de 51 según el archivo y 85 según el registro, alrededor del 2 % del total. No podemos establecer una comparación adecuada en este caso con los datos de Navarro García²⁵³, puesto que aquí solo se incluyen las nefritis y las nefrosis, sin tener en consideración otras patologías del aparato genitourinario, como las afecciones prostáticas del varón, puesto que hemos encontrado, sirva como ejemplo, un diagnóstico de "uremia por hipertrofia prostática"

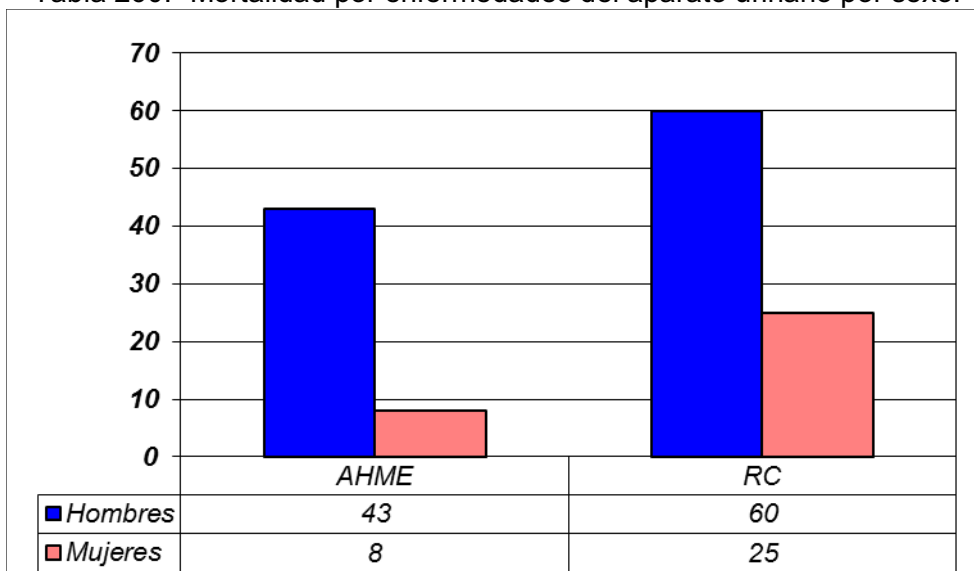
Tabla 259.- Mortalidad anual por enfermedades del aparato urinario.



Afectaron más frecuentemente a varones que a hembras, en proporción muy variable según de qué fuente se trate: cinco veces más según el archivo, más del doble según el registro.

Esta diferencia no se justifica en función exclusivamente de patologías específicas del aparato genitourinario masculino: solo en cinco ocasiones aparece el diagnóstico de hipertrofia prostática, bien de forma aislada, bien como causa de fallecimiento por elevación de las cifras de urea en sangre.

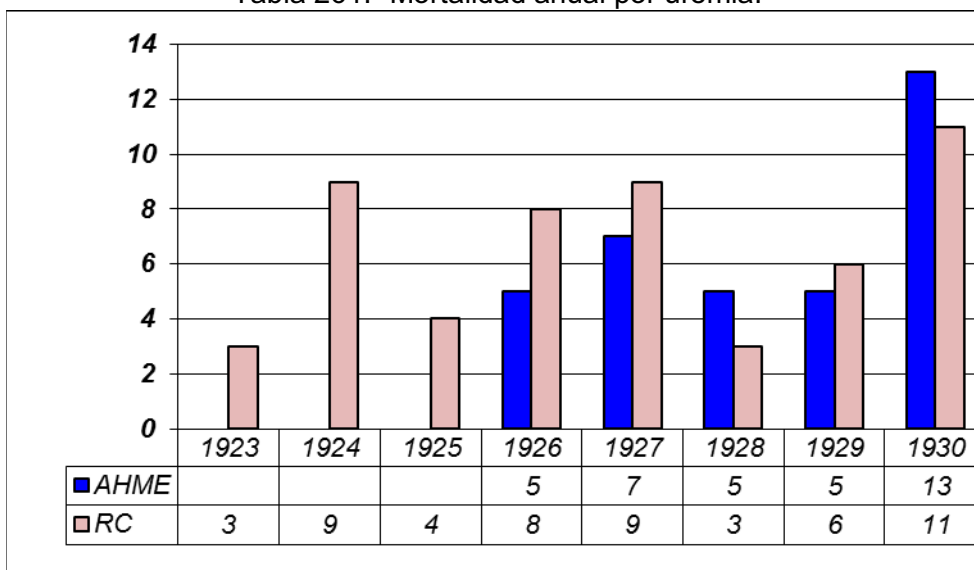
Tabla 260.- Mortalidad por enfermedades del aparato urinario por sexo.



Los dos diagnósticos más importantes encontrados, fueron la uremia y la nefritis; la primera, designada como uremia sin más concreción, pero también como ataque de uremia, uremia de forma cerebroespinal (entendemos coma urémico), o con datos etiológicos, tales como por hipertrofia prostática, por cáncer vesical, por nefritis, etc. No hay ninguna denominación de insuficiencia renal; solo una vez se menciona la nefritis con albuminuria; en una ocasión se relaciona la nefritis con la tuberculosis (no se diagnostica de tuberculosis renal); en ningún momento se hace alusión a afectación renal por diabetes, hipertensión arterial, un paciente falleció en anuria, otro con albuminuria sin más detalles.

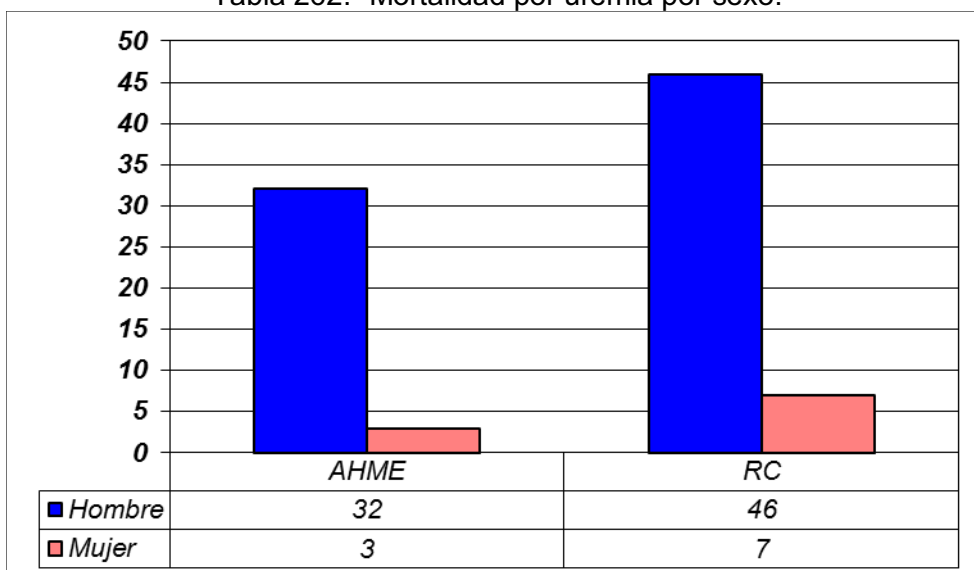
La uremia, en sus diversas manifestaciones, fue la causa de la muerte de 35 pacientes según el archivo y 53 según el registro, lo cual representa el 68.63 y 62.35 %, respectivamente, de los fallecimientos por enfermedades del aparato urinario en este periodo. Se relaciona, con insuficiencia mitral, hipertrofia de próstata, cistitis crónica.

Tabla 261.- Mortalidad anual por uremia.



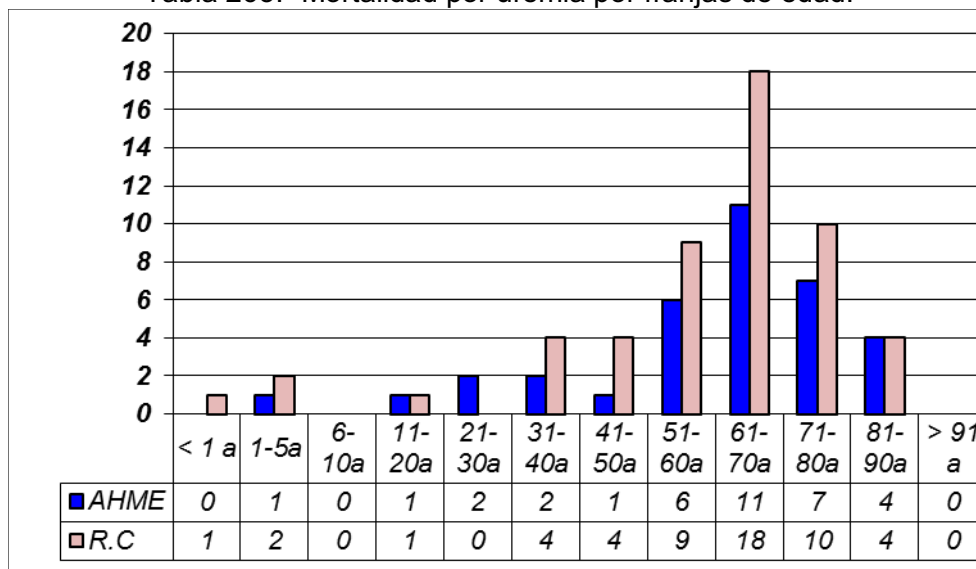
La diferencia entre sexos es enormemente desfavorable para el masculino.

Tabla 262.- Mortalidad por uremia por sexo.



En cuanto a la distribución por edades, vemos que apenas afecta a la infancia, juventud y edad adulta, comenzando a aumentar su frecuencia a partir de los 50 años, con máximo en la década de los 61-70; la paciente de mayor edad fallecida con diagnóstico de uremia tenía 90 años; el más joven, un niño de 14 días; es lógico pensar que se tratara en este último caso de alguna nefropatía congénita.

Tabla 263.- Mortalidad por uremia por franjas de edad.



La nefritis se puede apreciar en nuestra serie, como dato aislado, o definida evolutivamente en forma aguda o crónica; también en relación con cardiopatía, o como enfermedad (mal) de Bright.

En 1836, Richard Bright³⁰² publicó su mayor contribución en la patología renal, la descripción de la glomerulonefritis, (término acuñado por Edwin Klebs en 1875, y utilizado como sinónimo de la enfermedad de Bright.) al describir las observaciones de pacientes que presentaron edemas y albuminuria tras padecer escarlatina, en la línea de los experimentos de Dick²⁸² y Longscope³⁰³ sobre el origen estreptocócico de la enfermedad.

Aunque la mayoría de las veces, la glomerulonefritis³⁰⁴ tiene lugar tras una infección por estreptococo beta-hemolítico en otro lugar del organismo (no es este el único mecanismo), la patogenia de esta enfermedad no se basa en la infección renal directa, sino que se trata de un fenómeno inmunológico, una reacción antígeno-anticuerpo que lesiona el glomérulo renal.

Más modernamente, ha caído en desuso el término nefritis como forma aislada; o bien afecta también a la pelvis renal, en cuyo caso se denomina pielonefritis, o afecta al parénquima y los glomérulos, siendo entonces una glomerulonefritis.³⁰⁵ En nuestra serie, no podemos establecer ninguna vinculación entre la nefritis y enfermedades infecciosas de origen estreptocócico; las únicas patologías que sabemos a ciencia cierta que tienen esta etiología, la escarlatina y la erisipela, afectaron solo a tres y siete pacientes respectivamente;

³⁰² BRIGHT, Richard. Cases and observations illustrative of renal disease accompanied with the secretion of albuminous urine. Guys Hosp. Rep. 1: 338, 1836.

³⁰³ LONGSCOPE, W.T. *The pathogenesis of glomerular nephritis*. Bull Johns-Hopk, Hosp. 45: 335, 1929.

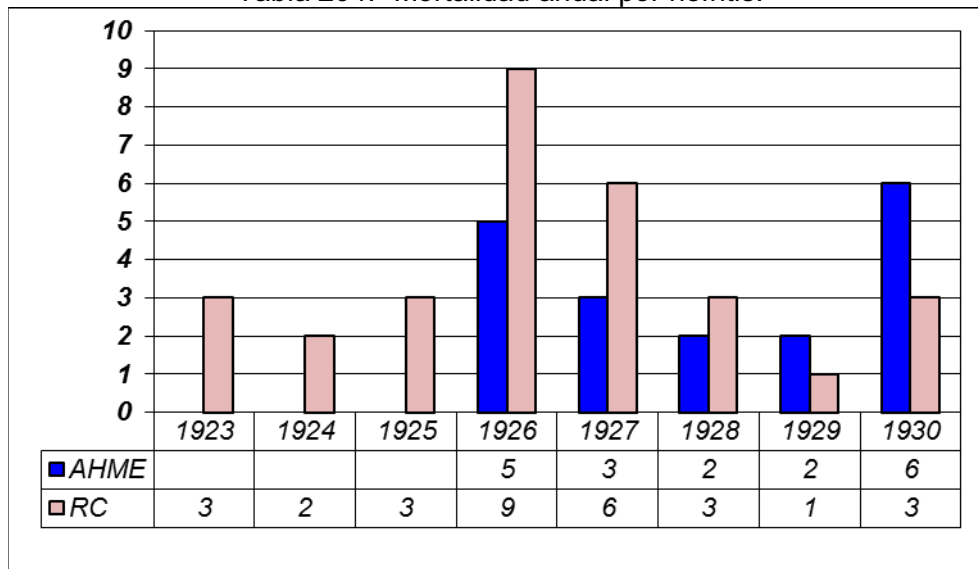
³⁰⁴ BOTELLA GARCIA, José. *Las glomerulonefritis*. Científico-Médica, 1973.

³⁰⁵ SMITH, Donald, R. *Urología General*. El Manual Moderno, 1972

En el periodo estudiado, fallecieron por nefritis un total de 18 pacientes según el archivo y 30 según el registro, un 35.29 % del total de fallecidos por enfermedades del aparato urinario.

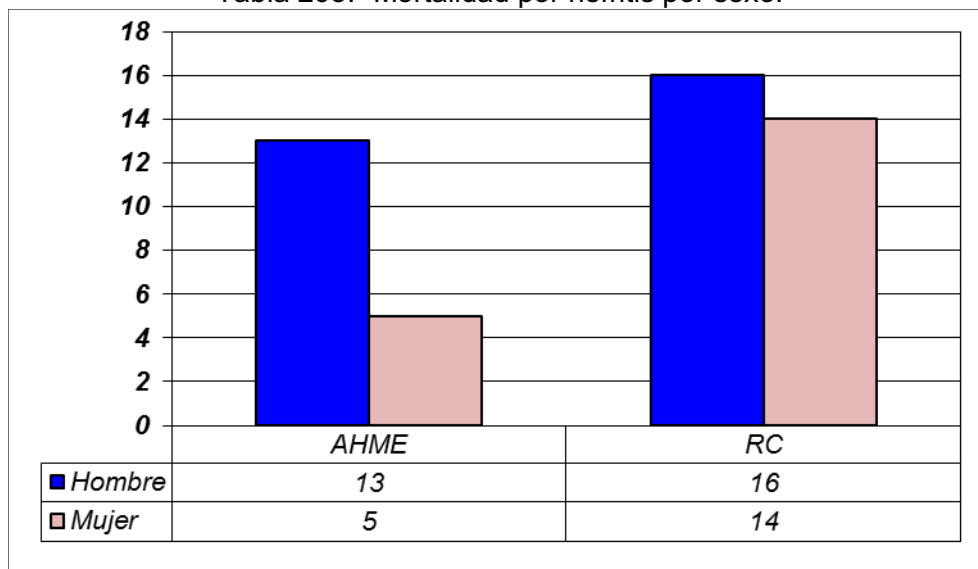
Hubo un brote notable en el año 1926, semejante al observado para el total de mortalidad por enfermedades del aparato urinario.

Tabla 264.- Mortalidad anual por nefritis.



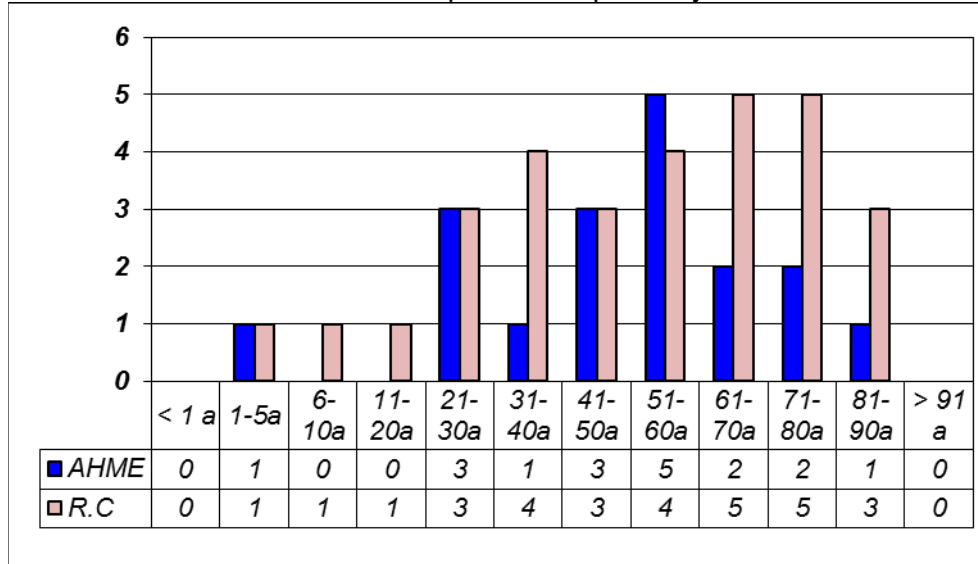
Según el archivo, fue más frecuente en el sexo masculino, diferencia que no aparece en los datos del registro civil.

Tabla 265.- Mortalidad por nefritis por sexo.



Vemos también que afecta predominantemente a la edad adulta; el mas joven fue un niño de apenas dos años, el mayor, un varón de 90 años.

Tabla 266.- Mortalidad por nefritis por franjas de edad.



6.11 HIPERPLASIA DE PROSTATA (N40)

Se registró el diagnóstico de hipertrofia de próstata en un total de cinco pacientes; en dos de ellos, como causa aislada de la muerte, con 60 y 75 años, y en otras tres, de 70, 72 y 90 años, asociado a uremia.

En 1930, un paciente falleció por adenoma prostático

6.12 EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (O00-099)

Fue sorprendentemente escasa la mortalidad materna por este motivo; una mujer de 23 años fallece en 1923 por parto distócico; en 1925, y en 1928, dos más, por metrorragia postparto (¿atonía uterina?)

En 1923, falleció una mujer de 23 años por parto distócico.

En cuanto a la mortalidad por infecciones o sepsis puerperales, los datos recogidos son los siguientes:

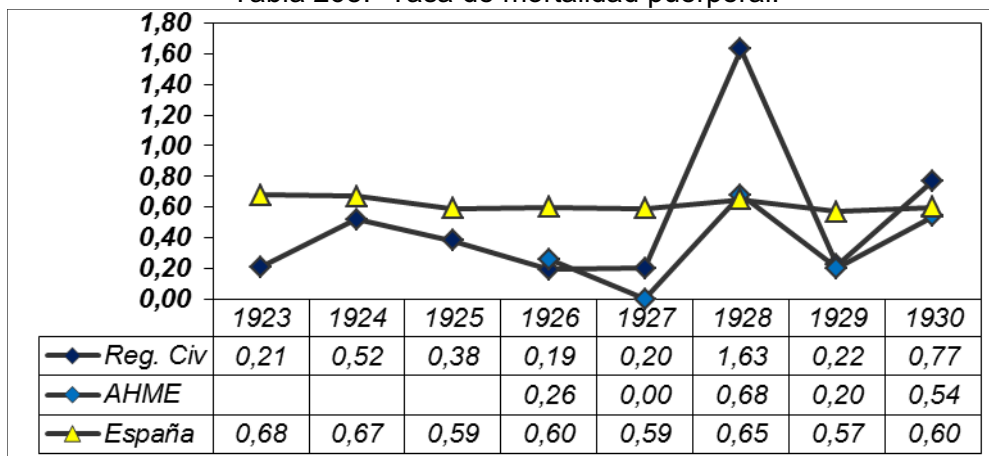
Tabla 267.- Mortalidad anual por sepsis puerperal.

Año	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Reg.Civ.	1	3	2	1	1	9	1	4
AHME				1	0	4	1	3

Entre ellas, una mujer de 56 años, No hay ningún diagnóstico de endometritis.

Excepto en 1928, en que hay un alarmante rebrote, la tasa de mortalidad maternal por sepsis puerperal se mantenía dentro de niveles aceptables aunque con algunos altibajos, si lo comparamos con los datos Navarro Garcia.²⁵³

Tabla 268.- Tasa de mortalidad puerperal.



Si ponemos estos datos en relación con el número de nacimientos habidos en esos años, vamos que la tasa de mortalidad por sepsis puerperal era realmente baja, perfectamente equiparable a la descrita por Bourne²⁹² para Inglaterra y País de Gales en esa época; de 1923 a 1926, estos valores fueron 1.30 – 1.39 – 1.56 y 1.60

Tabla 269. Comparativo de mortalidad por sepsis puerperal con otros autores.

Año	1923	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930
Exitus	1	3	2	1	1	9	1	4
Nacimientos	917	993	1005	1036	965	1094	915	1097
0/oo	1,09	3,02	1,99	0,96	1,03	8,22	1,09	3,64
Bourne	1.3	1.39	1.56	1.60				

Estos datos de mortalidad perinatal chocan frontalmente con la información suministrada en 1928 por el Subdelegado de Medicina y Jefe de los Servicios Sanitarios del ciudad, a petición del alcalde, Antonio Bonete Pomares, según lo dispuesto en una Real Orden del Ministerio de Gobernación de septiembre de ese año; el ayuntamiento solicita conocer el número de partos normales y distócicos atendidos por los médicos titulares en el año 1928 y en los cinco años anteriores; informa el Dr. Pascual Urban, de que ese año hubo 178 partos normales y 6 distócicos, siendo los números, para los cinco años anteriores de 890 normales y 30 distócicos, “aproximadamente”. La diferencia con las cifras que hemos encontrado son realmente notorias; según el Registro Civil, en 1928, hubo en Elche un total de 1.094 nacimientos; los años anteriores, como hemos señalado anteriormente, el mínimo de nacimientos estuvo cerca de los mil por año.

Lo primero, esta claro que no se llevaba un control adecuado por parte de los facultativos del número de partos asistidos, informa de valor aproximado en el ultimo lustro, estimado en base a los datos de 1928; pero si solo hubo seis partos distócicos, dando gracias a Dios de que no falleciera ninguna mujer en el puerperio, es difícil entender que en 1928 hubiera 33 enterramientos de fetos, más que partos distócicos en los cinco años anteriores. Resulta difícil creer que estos seis partos distócicos correspondan a familias de asistencia por beneficencia, y que el resto fueran familias no incluidas en dicho padrón; poco probable, que, precisamente, la clase más desfavorecida tenga mejores resultados de natalidad que las clases sociales más altas. Podría argumentarse que, según lo

dispuesto en el Reglamento de Beneficencia, la matrona debía asistir el parto y comunicar inmediatamente a la familia para que avisase al médico se apreciaba alguna complicación, y que, en caso de que el alumbramiento tuviese lugar sin ninguna incidencia, no se ponía en conocimiento del facultativo, de modo que el recién nacido podría ser inscrito en el registro civil solo con algún documento firmado por la propia matrona, sin que fuera preciso certificado facultativo de nacimiento; si consideramos que ese año hubo 178 recién nacidos vivos y seis fallecidos, esto supone una tasa de mortalidad neonatal del 33.70 por mil. Por otro lado, si nacieron solo 178, y si hubiera la inmensa suerte que ninguno de ellos falleciera antes de terminar el año (ya vemos que no fue así) considerando que hubo 587 enterramientos, salvo avalancha inmigratoria, el crecimiento de la población habría sido negativo.

Creemos, por tanto, que los datos aportados por el Subdelegado no se ajustaban a una realidad que, posiblemente, le fuera desconocida,

6.13 MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS (Q00-189)

En 1923 falleció un lactante de seis meses por acondroplasia. Dos recién nacidos, de 2 y 8 días, según el archivo, fallecieron por espina bífida; según el registro, fueron cuatro, de edades entre siete días y un mes, con igualdad de sexos en ambas fuentes.

6.14 RESTO DE ENFERMEDADES

Solo hemos encontrado dos fallecimientos por eclampsia en mujeres postparto. Dos pacientes fallecidos por cálculos de vejiga, hematuria, Enfermedad de Addison, de Rinetriel, en solo una ocasión.

QUINTA PARTE

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Hemos intentado, a lo largo de las páginas precedentes, sacar a la luz actual, mediante testimonios documentales, la situación de la Sociedad y la Medicina en Elche en una época concreta; en torno a estos años, hemos analizado y valorado los antecedentes, tanto históricos como sociales y políticos, con apoyo de abundante iconografía sobre la materia, para tratar de ofrecer una película en movimiento durante el tiempo, y no hacer una colección de fotografías instantáneas.

En la primera parte de la obra, se realiza una revisión histórica de la situación política, de la sanidad y la beneficencia a nivel estatal, partiendo del hito que marca la Constitución liberal de 1812, con mención a los más importantes hechos y personajes que tuvieron relación con la legislación en materia sanitaria a lo largo del siglo XIX, tales como Seijas Lozano, Mateo Seoane, Carlos María Cortezo, etc.

Se explica de qué manera, la sanidad no era entonces una organización administrativa, sino que sus competencias estaban habitualmente bajo el control de los Ministerios de Gobernación, y gozaba de exigua cuota en el reparto de los presupuestos nacionales.

Este vacío en materia de salud pública, ancestral, venía siendo suplido en muchos aspectos, sobre todo los de socorro, ayuda al menesteroso, asistencia al enfermo, protección al desvalido, etc., por la vía de la Beneficencia, que, durante mucho tiempo (siglos) estuvo a cargo de órdenes religiosas y alguna fundación auspiciada por la nobleza, a título individual, no de forma institucional. Situación esta que se mantendrá, pese al influjo de la Ilustración, hasta bien avanzado el siglo XIX, en que deja de verse la pobreza como una virtud y la limosna como un acto de caridad, pasando el hombre a ser el eje pivotal del devenir social, considerando dicha pobreza como un fracaso de la sociedad, que viene obligada a reducir las desigualdades, y proteger a los pobres que ella misma crea. España, como siempre, como en tantas otras cuestiones, se incorpora tarde y mal a los cambios que trae aparejado el progreso.

A raíz de la muerte de Fernando VII, se producen algunas modificaciones; si bien se había redactado una normativa reguladora de la Beneficencia en 1822, toma esta mayor carta de naturaleza con la que se promulga en 1849, y ya la sanidad va adquiriendo carácter de organización, si quiera un tanto embrionario, con la Ley General del Servicio de Sanidad de 1855.

Cabe destacar en este sentido, que, a excepción de la mencionada Constitución de 1812, ninguna de las demás Cartas Magnas (ni el Estatuto Real de 1808, ni las Constituciones de 1837, 1845, 1869 y 1876) hacen mención, cuando se refieren a los derechos de los individuos, a la protección de la salud, que no fue considerada como derecho individual hasta 1931.

Pero al definirse España como confesional, y más aun tras la desamortización de Mendizábal, los poderes públicos se vieron obligados a no dejar desasistidos a sus ciudadanos de clases más desfavorecidas, de modo que el Estado comenzó a hacerse cargo de la asistencia, sobre todo sanitaria, de los pobres e indigentes. Para ello, se promulgaron numerosas leyes, en relación a la protección en el Trabajo, con el empleo femenino, los horarios laborales, y, sobre todo, al inicio del siglo XX, la Instrucción General de Sanidad de 1904, que venía, casi cincuenta años después de la promulgada por Isabel II, a ordenar y organizar la sanidad a nivel nacional.

Para relatar estos acontecimientos, hemos hecho una revisión de la situación de la legislación sanitaria, de la beneficencia y de sus sistemas organizativos a nivel español, con mención expresa del órgano regulador de la profesión médica, como es el Colegio de Médicos de la Provincia,

Nos ocupamos, en la segunda parte, de la situación sociopolítica, en dos planos simultáneos, uno nacional, otro local; para poder centrar el debate y comparar resultados, se hace un sucinto resumen de los acontecimientos más señalados desde el advenimiento al trono de Alfonso XIII; reinado este caracterizado por la descomposición total del sistema de turnos establecido en la Restauración, privados los dos partidos políticos hegemónicos de sus principales líderes, Cánovas del Castillo y Mateo Sagasta, se atomizan y disgregan en multitud de fracciones, de tal manera que llegan a sucederse hasta 32 presidentes del consejo de ministros en 23 años.

Inmersos los políticos en sus intrigas y cabildeos, ocupados los escaños del Congreso de los Diputados en exclusiva por las clases pudientes, con un falseado sistema electoral que hurtaba a la mayor parte de la población sus posibilidades de participación, tanto activa como pasiva, (cosa que, por otra parte, tampoco le interesaba, sus anhelos se dirigían a la mera subsistencia), no se apercebían de los cambios sociales que se venían produciendo en España en las últimas décadas del siglo XIX y las dos primeras del XX. La hasta entonces sumisa clase obrera, harta de explotaciones y servidumbres, va a comenzar a rebelarse, y lo va a hacer de forma no siempre tranquila y sosegada. Puntos concretos de inflexión en este movimiento son, sobre todo la Semana Trágica de 1909 y los sucesos del verano de 1917.

Elche, a nivel político, también siguió, en cierta medida, los devaneos de Madrid; entre 1902 y 1923 hubo veinte alcaldes, algunos de mandato tan fugaz que no llegó al mes de duración. Aquí también el caciquismo hizo sus funciones, con dos personajes preeminentes, Manuel Gómez Valdivia y Andrés Tari Sánchez. Ciudad dedicada intensivamente a la fabricación de alpargatas, sufrió frecuentes desencuentros entre patronos y obreros, agrupados unos en el Centro Industria Alpargatera y otros en los nacientes Partido Socialista Español y Unión General de Trabajadores, el Sindicato del Ramo de la Alpargata y similares. El conflicto barcelonés de 1909 no tuvo apenas repercusión a nivel local, donde las huelgas y cierres patronales (conocidos por su denominación inglesa de lock-out), se sucedían en base a negociaciones de tipo salarial y productivo, ajenos a los grandes devenires de la Nación, como el asesinato de Canalejas o de Dato, porque en esta zona, salvo Alcoy, la implantación anarquista no llegaba a ser ni testimonial.

La situación sociolaboral en Elche era profundamente precaria, con gran parte del trabajo manual efectuado en condiciones harto desfavorables, con jornadas exhaustivas, salarios insuficientes para dar la cobertura mínima a las necesidades elementales, realizada la labor a menudo en el propio domicilio del trabajador, muchas veces por la esposa con ayuda de los hijos, de forma, si no totalmente clandestina, sí al menos de manera marginal, habida cuenta la escasa cuantía de los jornales en relación a los precios, con numerosas subidas y bajadas, en función de las veleidades del mercado o de coyunturas exteriores.

La Primera Guerra Mundial trajo como consecuencia un espectacular aumento en la demanda de productos de nuestro país, tanto agrícolas como industriales, hasta el punto que España pudo enjugar su ancestral déficit exterior. Años de notable bonanza, las inmensas fortunas conseguidas no fueron empleadas en modernizar la industria o los

cultivos, con lo que al final de la contienda, la situación quedó incluso peor que al inicio. Las tímidas mejorías obtenidas por el incremento de la demanda externa, fueron arrasadas en los años siguientes, abocando de nuevo a la pobreza y la miseria a amplias capas de la sociedad. Elche no escapó de este drama nacional.

Tras el importante desgaste que supuso para el país la huelga de 1917, con los conflictos de los militares, y la incapacidad de los políticos para afrontar la situación con altura de miras, poniendo incluso en riesgo la propia Institución Monárquica, se sucedieron en seis años, quince presidentes del Consejo de Ministros, y catorce alcaldes de Elche.

La masacre sufrida por el Ejército español en Marruecos en julio de 1921 tuvo enorme repercusión a nivel nacional, con exigencia de responsabilidades, promovida sobre todo por el socialismo, con Indalecio Prieto a la cabeza, apuntando también a la más alta magistratura de la nación; en Elche, de forma paralela, se critica con dureza a los militares, incluso se convoca una manifestación de protesta contra la guerra de Africa, y el consistorio se adhiere a la petición de responsabilidades.

El pronunciamiento, nada secreto ni discreto, del Capitán General de Cataluña el 13 de septiembre de 1923 encuentra desprevenidos al gobierno nacional de García Prieto y al local de Tomás Alonso Blasco; el advenimiento de Primo de Rivera fue recibido con claro alborozo por las clases altas y medias, con apoyo, más o menos explícito de la intelectualidad, salvo algunas excepciones, como Unamuno; en Elche, la oposición socialista, de forma un tanto independiente de las grandes líneas directrices marcadas por el Partido a nivel nacional, hace una notoria labor de crítica a la gestión municipal y a las personas designadas para ocupar los cargos.

La situación política en España durante la Dictadura de Primo de Rivera fue de marcada estabilidad; un directorio provisional, efímero, un directorio militar, un directorio civil, un retoque, y casi siete años sin sobresaltos ministeriales. No fue así en Elche, donde en este breve periodo se sucedieron hasta diez personas al frente de la alcaldía, con una duración media inferior a los once meses de mandato, con un incesante recambio de concejales.

La caída del Marqués de Estella y la subida del General Berenguer, con su intento de normalización constitucional y democratización de la vida pública tuvo también su efecto en Elche; volvieron al Ayuntamiento viejos políticos, representantes algunos de los viejos partidos dinásticos, ya fuera de tiempo, y la oposición, sobre todo socialista, y la nueva republicana, tendencia esta que iba arraigando cada vez más en la sociedad nacional y también ilicitana. Los sucesos de Jaca tuvieron también su consecuencia en Elche, con detención y encarcelamiento de destacados miembros del partido Republicano Radical Socialista.

Siguiendo la legislación vigente en cada momento, Elche tenía designada su Junta Municipal de Sanidad, su Junta Municipal de Beneficencia, pero, en realidad, poco operativas, según se desprende de los libros de actas de ambas que se conservan en el Archivo Histórico Municipal de Elche. Organos consultivos y asesores, tenían poca relevancia a la hora de tomar decisiones por parte del alcalde.

No es hasta 1924 cuando se logra tener un censo adecuado de la población pobre, beneficiaria, según la ley, de asistencia médica y farmacéutica con cargo al erario público; este segmento representaba aproximadamente el 13 % de la población del casco urbano, pues no se incluyeron en dicho padrón los habitantes de las partidas rurales. Elche

disponía entonces, para ello, de cuatro médicos titulares, uno por cada distrito de la ciudad, e igual número de practicantes y matronas; la proporción de familias acogidas a la Beneficencia en cada distrito era inferior a la determinada por la ley.

Tenía un Médico Subdelegado de Medicina, un Médico Director del Hospital, y también servicios de Farmacia y de Veterinaria. Al principio del periodo estudiado, existía un solo farmacéutico para dispensar las medicinas de forma gratuita a los pobres, número que fue aumentando con el paso del tiempo, hasta llegar a ser siete los establecimientos disponibles.

Además de los titulares, había más médicos en Elche, algunos contratados por el Ayuntamiento como suplentes de los titulares, y otros varios, dedicados al ejercicio libre de la profesión. Algunos de ellos prestaban asistencia también a través de las sociedades de Socorros Mutuos, nacidas al amparo de los movimientos sindicales o religiosos, como La Unión, el Despertar Femenino, la Emancipación, el Remedio, etc.

Disponía también de un Hospital, instalado desde el siglo anterior en el antiguo convento de San José, de titularidad municipal, asistido por monjas Hermanas de la Caridad, el frente del cual figuraba un médico director, donde se ingresaban, inicialmente, enfermos pobres y de pocos recursos, pero, a la larga, también admitía otro tipo de pacientes, no de beneficencia, sino de pago directo. Sus rentas procedían del Beneficiado del Santo Hospital de Caridad, perteneciente a la Iglesia, gestionadas por un administrador nombrado por el consistorio, ante el cual rendía cuentas periódicamente. Al principio, acogió en su mismo edificio el Asilo, que fue más tarde trasladado a un nuevo edificio, cercano. Estuvo en funcionamiento hasta 1965.

Había una sección de la Cruz Roja Española, donde los médicos y practicantes prestaban servicios, generalmente a accidentados; no habiendo Casa de Socorro, ni centros de expósitos, de acogida o similares, las funciones de beneficencia, socorro al menesteroso y ayuda al pobre e indigente, eran desarrolladas por el mismo Hospital de Caridad.

Hemos dispuesto de las dos fuentes existentes para la obtención de datos sobre mortalidad; una, el Libro de Enterramientos del Ayuntamiento, que se conserva en el Archivo, y otra, el Registro Civil; existe notable diferencia entre ellos, sobre todo en lo referido a la mortalidad perinatal. Es llamativa la polisemia utilizada para la inscripción de los registros, con numerosos sinónimos y tecnicismos, junto con diagnósticos ininteligibles o difíciles de asumir.

La natalidad en Elche durante este periodo era muy semejante a la media nacional, alrededor del 30 por mil; sin embargo, la mortalidad total era inferior a la del resto de España, este crecimiento natural positivo, venía incrementado por los movimientos migratorios, de modo que la tasa de crecimiento poblacional en Elche fue casi en todo momento, superior a la tasa nacional.

La causa más frecuente de mortalidad en Elche durante el periodo analizado, fueron las enfermedades infecciosas, que supusieron prácticamente la mitad de los fallecimientos registrados, tasa más alta de la constatada en la bibliografía para el resto del territorio nacional; y en particular, las infecciones intestinales, las respiratorias y la tuberculosis. Hemos hecho mención especial a la Fiebre de Malta, no solo por su repercusión sobre la mortalidad, sino por el enfrentamiento político que supuso su regulación entre el ayuntamiento y los propietarios de ganado cabrio, prolongado durante más de diez años de

incumplimiento de las normativas. Fue nula la mortalidad por viruela, merced a eficaces campañas de vacunación. La fiebre tifoidea tuvo una mortalidad algo mayor en Elche que en el resto de España, en relación con la mala calidad de las aguas potables, cuya conducción estaba con frecuencia al aire libre, y la ausencia de alcantarillado en la ciudad.

La mortalidad por procesos neoplásicos fue muy baja, inferior al 3 % del total, semejante a la provocada por causas externas.

Las cardiopatías supusieron alrededor del 20 % de la mortalidad; llama la atención la escasa presencia de la cardiopatía isquémica, y que la valvulopatía más común sea la insuficiencia mitral. En muchas ocasiones figura como diagnóstico, la asistolia, sin precisar la causa fundamental.

La mortalidad por diabetes, incluidas sus diversas presentaciones, como la caquexia o el coma, fue ligeramente superior a la media nacional en el periodo.

Resulta llamativa la notable presencia del diagnóstico "eclampsia" como causa de muerte en la infancia, y no de mujeres en relación con gestación o parto.

CONCLUSIONES

1. La situación política en Elche fue casi tan inestable como en España durante la etapa constitucional del Reinado de Alfonso XIII, (20 Alcaldes y 32 Presidentes del Consejo de Ministros en 21 años)
2. la situación social en Elche fue aun más inestable en Elche que en el resto de España durante este periodo, debido a los incesantes enfrentamientos entre obreros y patronos por cuestiones estrictamente laborales.
3. Los beneficios obtenidos durante la Primera Guerra Mundial no supusieron, ni para el conjunto de la nación ni tampoco para Elche mejoras en los sistemas productivos ni en el nivel de vida de la clase trabajadora.
4. Algunos sucesos, determinantes de la evolución de los Gobiernos de la Monarquía tuvieron escasa repercusión en Elche, como la Semana Trágica de Barcelona o la huelga del verano de 1917
5. Otros sí fueron contemplados en Elche a nivel político y social, como el desastre de Annual de 1921, sumándose el Ayuntamiento a la demanda de depuración de responsabilidades.
6. El pronunciamiento de Primo de Rivera fue recibido con indiferencia en Elche; ni el Ayuntamiento, ni la prensa local se hacen eco de ello, hasta su implantación a nivel local, cuando es sustituido el Ayuntamiento constitucional por el equipo nombrado por la dictadura.
7. La estabilidad política en España durante el Directorio no se correlaciona con la inestabilidad política a nivel local, donde se suceden hasta 10 alcaldes en siete años.
8. Elche sigue de forma bastante estricta las directrices gubernamentales, con creación del Somaten, la Unión Patriótica, y participación en la Asamblea Nacional.
9. El final de Primo de Rivera, y el intento de reconducción política del Gobierno Berenguer, condicionan la reaparición de los partidos políticos dinásticos, aparición de otros nuevos y reforzamiento de otros anteriormente marginados, con nuevas pujanzas. En Elche se afianzan principalmente el partido socialista y los partidos republicanos, que sufren también las consecuencias de la sublevación de Jaca en diciembre de 1930.

10. La protección de la salud no fue un derecho de los españoles contemplado en ningún texto constitucional, salvo la primera Carta Magna liberal de 1812, durante la dinastía de Borbón, hasta la Segunda República Española
11. La sanidad en España no tuvo una organización administrativa adecuada, pese a numerosa legislación, siempre de rango inferior, en forma de reales decretos, instrucciones generales, Cuestión marginal para los gobernantes, sus presupuestos eran ínfimos en comparación con otras partidas,
12. En Elche existían las Juntas Municipales de Sanidad y la de Beneficencia, poco operativas y meramente consultivas
13. No existe un censo de familias pobres debidamente organizado en Elche hasta 1924, en el que, pese a numerosos errores de inscripción, de grafía o de cumplimentación, se conoce la población con derecho a asistencia médico-farmacéutica gratuita, que es casi el 13 % del total; en este censo no consta la población de las partidas rurales, que suponía casi el 40% del total.
14. La asistencia sanitaria tenía tres modalidades: la de beneficencia para los inscritos en el mencionado padrón, la de socorros mutuos, a través de sociedades, muchas veces parasindicales, y la de relación directa médico-paciente.
15. Era prestada por los médicos, practicantes y matronas titulares, contratados por el Ayuntamiento; había más profesionales, dedicados a los otros tipos de asistencia señalados.
16. Además de la asistencia médico-farmacéutica gratuita para los pobres incluidos en el Padrón de Beneficencia municipal, disponía el Ayuntamiento de Elche de otro tipo de ayudas sociales, para lactancia o para enterramientos.
17. La asistencia hospitalaria tenía lugar en el Santo Hospital de Caridad, heredero de los antiguos situados en la calle Mayor y en la calle Hospital, localizado en el convento de San José desde la desamortización de Mendizábal. Su mantenimiento corría a cargo del municipio, pero sus rentas procedían del beneficio del Santo Hospital, de titularidad eclesiástica, aunque eran gestionadas por un administrador nombrado por el ayuntamiento, ante el cual rendía cuentas periódicamente. Era regentado por Monjas de la Caridad, cuyo trabajo era valorado muy positivamente, con un médico director al frente, y varios enfermeros. Instalado allí en 1841, fue clausurado en 1965.
18. La tasa de natalidad en Elche durante este periodo era semejante a la del resto de España, pero su menor tasa de mortalidad y la existencia de movimientos migratorios, hicieron que el crecimiento de su población fuera proporcionalmente superior a la media nacional.
19. Hay dos fuentes de obtención de datos sobre mortalidad, la del Archivo y la de Registro Civil, no siempre coincidentes en sus apuntes, sobre todo en lo referido a la mortalidad perinatal
20. La principal causa de muerte en Elche durante este periodo fueron las enfermedades infecciosas, sobre todo, las intestinales, respiratorias y la tuberculosis, más que en el resto de España
21. A continuación, se sitúa la mortalidad por patología del aparato circulatorio y la infantil; son más escasos los fallecimientos por causas externas (accidentes, suicidios), patología digestiva, neoplásica, renal, etc.

Laus Deo.

Elche, octubre 2010- octubre 2012

INDICE DE TABLAS

1. Legislación sobre Sanidad, siglo XIX *
2. Presupuestos 1902 *
3. Legislación sobre Sanidad, 1900-1923 *
4. Legislación sobre Sanidad, 1923-1930 *
5. Gasto sanitario público *
6. Presidentes del Colegio de Médicos de Alicante. Tomado de Vega Gutiérrez.
7. Composición del Ayuntamiento de Elche en enero de 1923 *
8. Presidentes del Gobierno de España y Alcaldes de Elche, 1900-1923 *
9. Cambios de gobierno en España 1900-1923 *
10. Cambios de alcalde en Elche 1900-1923 *
11. Salarios nominales. Tomado de Tuñón de Lara.
12. Evolución de los precios de las subsistencias. Tomado de Tuñón de Lara.
13. Evolución del índice de precios. Tomado de Tuñón de Lara.
14. Evolución de los precios de las subsistencias. Tomado de Vila San Juan.
15. Evolución del índice de coste de la vida. Tomado de Tuñón de Lara.
16. Precio medio de las subsistencias en varias ciudades españolas. Tomado de Tuñón de Lara.
17. Precio medio de las subsistencias en Elche. *
18. Coste promedio de una comida sencilla para una persona. Tomado de Vila San Juan.
19. Evolución de la balanza comercial española en la década previa a Primo de Rivera. Tomado de Tortella Casares.
20. Gastos de la guerra de Marruecos. *
21. Composición del Ayuntamiento de Elche el día 1 de octubre de 1923 *
22. Composición del Ayuntamiento de Elche el día 25 de octubre de 1923. Junta de Vocales Asociados*
23. Composición del Ayuntamiento de Elche en abril de 1924 *
24. Asistencia a las sesiones plenarios del Ayuntamiento de Elche. *
25. Asistencia a las reuniones de la comisión permanente del Ayuntamiento de Elche. *
26. Alcaldes de Elche durante la Dictadura. *
27. Composición del Ayuntamiento de Elche en abril de 1926 *
28. Composición del Ayuntamiento de Elche en junio de 1927. *
29. Fluctuaciones de la moneda española durante la Dictadura.*
30. Composición del Ayuntamiento de Elche en enero de 1930.*
31. Composición del Ayuntamiento de Elche en febrero de 1930.*
32. Titulares de los departamentos del Ayuntamiento de Elche en 1930.*
33. Composición del Ayuntamiento de Elche en marzo de 1930.*
34. Cuentas de las cárceles de Elche.*
35. Gastos socorros y medicamentos en las cárceles de Elche.*
36. Gastos en salubridad e higiene del Ayuntamiento de Elche.*
37. Altura de las viviendas en Elche.*
38. Distritos y secciones de Elche en 1922.*
39. Distribución de familias y personas por distritos en Elche.*
40. Distritos y calles de Elche en 1924.*
41. Diferencias entre el padrón municipal y el libro de registro de Beneficencia.*
42. Distribución por sexo de los habitantes del campo y la ciudad.*

43. Población de Elche según autores.*
44. Distribución de los pobres por distritos. *
45. Distribución de personas por familia según distritos.*
46. Distribución de hijos por familia según distritos.*
47. Gastos del Ayuntamiento para asistencia social.*
48. Distribución de entierros gratuitos.*
49. Proporción de entierros gratuitos sobre total de entierros.*
50. Relación de farmacias de beneficencia.*
51. Facturas de gasto de beneficencia en farmacia y su importe.*
52. Cuantía del capítulo VIII y su relación con el presupuesto municipal.*^
53. Distribución del gasto en Beneficencia Municipal.*
54. Prescripciones médicas para ingreso de enfermos pobres en el Hospital de Elche, año 1918.*
55. Distribución por meses de los ingresos en el Hospital, año 1918.*
56. Distribución por meses de los ingresos en el Hospital, años 1921-1924.*
57. Ritmo estacional de ingresos en el Hospital de Elche, años 1921-1924.*
58. Nacimientos en Elche, 1923-1930.*
59. Distribución mensual de los nacimientos.*
60. Enterramientos según AHME. *
61. Distribución por meses y años de los enterramientos. AHME.*
62. Media mensual de enterramientos. AHME.*
63. Distribución de los enterramientos según sexo. AHME.*
64. Distribución de los enterramientos por meses según sexo. AHME.*
65. Distribución anual de los enterramientos por meses según sexo. AHME.*
66. Mortalidad por franjas de edad. AHME.*
67. Mortalidad antes de los cinco años de edad. AHME.*
68. Enterramientos según RC.*
69. Distribución por meses y años de los enterramientos. RC.*
70. Media mensual de enterramientos. RC.*
71. Distribución de los enterramientos según sexo. RC.*
72. Distribución de los enterramientos por meses según sexo. RC.*
73. Distribución de los enterramientos por meses según sexo. RC.*
74. Mortalidad por franjas de edad. RC.*
75. Mortalidad antes de los cinco años. Rc.*
76. Diferencias entre datos del Registro Civil y del Archivo Histórico. *
77. Discrepancias sobre recién nacidos muertos entre ambas fuentes.*
78. Diferencias en enterramientos de un día entre ambas fuentes.*
79. Tasa de mortinatalidad. *
80. Índice de Swaroop.Uemura.*
81. Población de Elche.*
82. Incremento poblacional en Elche.*
83. Tasas de natalidad.*
84. Tasas de mortalidad.*
85. Nacimientos, defunciones, tasas de natalidad y mortalidad, y diferencias.*
86. Nacimientos, defunciones, crecimiento natural y crecimiento real.*
87. Saldo migratorio.*
88. Comparación de datos con otros autores.*
89. Tasas de natalidad en Elche y resto de España.*
90. Tasas de mortalidad en Elche y resto de España.*
91. Crecimiento natural en Elche y España.*

92. Comparativo de población, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, crecimiento natural y saldo migratorio de Elche y el resto de España.*
93. Mortalidad en primer año de vida, ambas fuentes.*
94. Tasa de mortalidad en el primer año de vida, ambas fuentes.*
95. Mortalidad infantil, comparación con otros autores.*
96. Mortalidad en los primeros diez años de vida, ambas fuentes.*
97. Listado de profesiones registradas.*
98. Listado de diagnósticos registrados.*
99. Diagnósticos especialmente imprecisos.*
100. Mortalidad total por causas, ambas fuentes.*
101. Lista para tabulación de datos de mortalidad según la Pan American Health Organization.
102. Mortalidad anual por enfermedades infecciosas.*
103. Mortalidad por enfermedades infecciosas según patologías, ambas fuentes.*
104. Mortalidad por enfermedades infecciosas, porcentaje sobre el total.*
105. Tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas.*
106. Enfermedad infecciosa intestinal. Mortalidad anual.*
107. Enfermedad infecciosa intestinal. Mortalidad meses.*
108. Enfermedad infecciosa intestinal. Mortalidad por franjas de edad.*
109. Enfermedad infecciosa intestinal. Mortalidad por sexos.*
110. Enfermedad infecciosa intestinal. Mortalidad por franjas de edad respecto al GRD, ambas fuentes.*
111. Enfermedad infecciosa intestinal. Mortalidad Elche resto de España.*
112. Tasa de mortalidad por tuberculosis.*
113. Mortalidad total por tuberculosis.*
114. Mortalidad anual por tuberculosis.*
115. Tuberculosis. Mortalidad total por sexo.*
116. Tuberculosis. Mortalidad total por franjas de edad.*
117. Tuberculosis. Mortalidad por franjas de edad respecto al GRD, ambas fuentes.*
118. Tuberculosis. Mortalidad anual por sexo.*
119. Mortalidad por tuberculosis. Distribución por edad y sexo.*
120. Tuberculosis. Mortalidad por meses.*
121. Mortalidad por tuberculosis, según localización.*
122. Mortalidad por tuberculosis pulmonar, comparativo.*
123. Mortalidad en Elche por paludismo.*
124. Mortalidad anual por fiebre de Malta.*
125. Mortalidad anual por fiebre de Malta por franjas de edad.*
126. Mortalidad por fiebre de Malta por sexo.*
127. Mortalidad por fiebre de Malta por franjas de edad.*
128. Mortalidad anual por sarampión.*
129. Tasa de mortalidad por sarampión.*
130. Mortalidad por sarampión por sexo.*
131. Mortalidad por sarampión por franjas de edad.*
132. Mortalidad por sarampión por meses.*
133. Mortalidad anual por gripe.*
134. Tasa de mortalidad por gripe.*
135. Mortalidad por gripe por sexo.*
136. Mortalidad por gripe por franjas de edad.*
137. Mortalidad por gripe por franjas de edad respecto al GRD, ambas fuentes.*
138. Mortalidad por gripe por meses.*
139. Mortalidad anual por difteria.*

140. Tasa de mortalidad por difteria.*
141. Mortalidad por tos ferina.*
142. Tasa de mortalidad por tos ferina.*
143. Mortalidad anual por fiebre tifoidea
144. Tasa de mortalidad por fiebre tifoidea.*
145. Mortalidad por fiebre tifoidea por franjas de edad.*
146. Fallecimientos por fiebres gástricas.*
147. Tasa de mortalidad anual por meningitis.*
148. Mortalidad por meningitis
149. Mortalidad por meningitis por franjas de edad!*
150. Mortalidad por meningitis por meses.*
151. Mortalidad por meningitis por sexo.*
152. Mortalidad anual por septicemia.*
153. Mortalidad por septicemia por sexo.*
154. Mortalidad por septicemia por franjas de edad.*
155. Mortalidad anual por infección respiratoria.*
156. Tasa de mortalidad por infección respiratoria.*
157. Tasa de mortalidad por infección respiratoria.*
158. Mortalidad por infección respiratoria por sexo.*
159. Mortalidad por infección respiratoria por franjas de edad respecto al GRD. ambas fuentes.*
160. Mortalidad por infección respiratoria por meses.
161. Listado de diagnósticos de neoplasias.*
162. Mortalidad anual por cáncer.*
163. Tasa de mortalidad por cáncer.*
164. Mortalidad por cáncer por franjas de edad*
165. Mortalidad por cáncer por sexo.*
166. Mortalidad por cáncer según localización anatómica, ambas fuentes.*
167. Mortalidad anual por cáncer de estómago.*
168. Mortalidad por cáncer de estómago por sexo.+
169. Mortalidad por cáncer de estómago por franjas de edad.*
170. Mortalidad por anual por cáncer de útero.+
171. Mortalidad por cáncer de útero por franjas de edad.*
172. Mortalidad anual por caquexia cancerosa.*
173. Mortalidad por caquexia cancerosa por sexo.*
174. Mortalidad por caquexia cancerosa por franjas de edad.*
175. Listado de diagnósticos de enfermedades del aparato circulatorio.*
176. Mortalidad anual por cardiopatía.*
177. Tasa de mortalidad por cardiopatía.*
178. Tasa de mortalidad por cardiopatía incluyendo ACV.*
179. Tasa de mortalidad por cardiopatía según diagnósticos.*
180. Criterios de Jones para el diagnóstico de fiebre reumática.*
181. Mortalidad anual por insuficiencia mitral.*
182. Mortalidad por insuficiencia mitral por sexo.*
183. Mortalidad por insuficiencia mitral por franjas de edad.*
184. Mortalidad anual por angina de pecho.*
185. Mortalidad por angina de pecho por sexo.*
186. Mortalidad por angina de pecho, por franjas de edad.*
187. Mortalidad por parada cardíaca.*
188. Mortalidad por parada cardíaca por franjas de edad.+
189. Tasa de mortalidad por senilidad.*

190. Mortalidad anual por parada cardiaca.*
191. Mortalidad anual por insuficiencia cardiaca.*
192. Mortalidad anual por accidente cerebrovascular (ACV).*
193. Tasa de mortalidad por ACV.*
194. Mortalidad por ACV por sexo.*
195. Mortalidad por ACV por franjas de edad.*
196. Mortalidad anual por embolia cerebral.*
197. Mortalidad por embolia cerebral por sexo.*
198. Mortalidad por embolia cerebral por franjas de edad.*
199. Mortalidad anual por hemorragia cerebral.*
200. Mortalidad por hemorragia cerebral en Elche y España.*
201. Mortalidad por hemorragia cerebral por sexo.*
202. Mortalidad por hemorragia cerebral por franjas de edad.+
203. Mortalidad anual por arteriosclerosis.*
204. Mortalidad por arteriosclerosis por sexo.*
205. Mortalidad por arteriosclerosis por franjas de edad.*
206. Mortalidad por arteriosclerosis por franjas de edad respecto al GRD, ambas fuentes.*
207. Distribución por edad de mortalidad por arteriosclerosis, embolia cerebral, y hemorragia cerebral, ambas fuentes.*
208. Mortalidad por cardiopatía no especificada de otra manera.*
209. Mortalidad por cardiopatía NEOM por sexo.*
210. Mortalidad por cardiopatía NEOM por franjas de edad.*
211. Mortalidad anual por endocarditis.*
212. Mortalidad por endocarditis por sexo.*
213. Mortalidad por endocarditis por franjas de edad.^*
214. Mortalidad anual por miocarditis.*
215. Mortalidad por miocarditis por sexo.*
216. Mortalidad por miocarditis por franjas de edad.*
217. Mortalidad neonatal anual.*
218. Tasa de mortinatalidad.*
219. Mortalidad neonatal por diagnósticos, ambas fuentes.*
220. Mortalidad neonatal por atrepsia.*
221. Mortalidad neonatal por insuficiencia.*
222. Mortalidad anual por eclampsia.*
223. Mortalidad por eclampsia por sexo.*
224. Mortalidad por eclampsia por franjas de edad.*
225. Mortalidad anual por causas externas.*
226. Tasa de mortalidad por causas externas.*
227. Mortalidad por causas externas por sexo.*
228. Mortalidad por causas externas por franjas de edad.*
229. Diferencias en causas externas entre ambas fuentes (a y b)*
230. Mortalidad anual por caídas, ambas fuentes.*
231. Mortalidad por caídas por franjas de edad.*
232. Mortalidad anual por ahogamiento.*
233. Mortalidad por asfixia por sumersión por franjas de edad.*
234. Mortalidad anual por diabetes según el Registro Civil.*
235. Mortalidad anual por diabetes según el Archivo Municipal.*
236. Tasa de mortalidad por diabetes.*
237. Mortalidad por diabetes por sexo según el Registro Civil.*
238. Mortalidad por diabetes por sexo según el Archivo Municipal.*

- 239. Mortalidad por diabetes por franjas de edad según el Registro Civil.*
- 240. Mortalidad por diabetes por franjas de edad según el Archivo Municipal.*
- 241. Mortalidad por gangrena, comparativo ambas fuentes por sexo y franjas de edad.*
- 242. Mortalidad por anemia comparativo ambas fuentes por sexo y franjas de edad.*
- 243. Mortalidad por raquitismo comparativo ambas fuentes por sexo y franjas de edad.*
- 244. Mortalidad por epilepsia, comparativo ambas fuentes por sexo y franjas de edad.*
- 245. Mortalidad por reblandecimiento cerebral, comparativo ambas fuentes por sexo y franjas de edad.*
- 246. Mortalidad anual por bronquitis crónica.*
- 247. Mortalidad por bronquitis crónica por sexo.*
- 248. Mortalidad por bronquitis crónica por franjas de edad.*
- 249. Mortalidad por bronquitis crónica por meses.*
- 250. Mortalidad por enfermedades de aparato respiratorio, comparativo fuentes y franjas de edad.*
- 251. Mortalidad por apendicitis, comparativo fuentes y franjas de edad.*
- 252. Mortalidad por peritonitis, comparativo fuentes y franjas de edad.*
- 253. Mortalidad por hernia, comparativo fuentes y franjas de edad.*
- 254. Mortalidad por obstrucción intestinal, comparativo fuentes, sexo y franjas de edad.*
- 255. Mortalidad por cirrosis, comparativo fuentes y franjas de edad.*
- 256. Tasa de mortalidad por cirrosis.*
- 257. Mortalidad anual por úlcera de estómago.*
- 258. Mortalidad por úlcera de estómago por sexo.*
- 259. Mortalidad por úlcera de estómago por franjas de edad.*
- 260. Mortalidad anual por enfermedades del aparato urinario.*
- 261. Mortalidad por enfermedades del aparato urinario por sexo.*
- 262. Mortalidad anual por uremia.*
- 263. Mortalidad por uremia por sexo.*
- 264. Mortalidad por uremia por franjas de edad.*
- 265. Mortalidad anual por nefritis.*
- 266. Mortalidad por nefritis por sexo.*
- 267. Mortalidad por nefritis por franjas de edad.*
- 268. Mortalidad anual por sepsis puerperal.*
- 269. Tasa de mortalidad puerperal.*
- 270. Comparativo de mortalidad por sepsis puerperal con otros autores.*

(*) Elaboración propia.

AHME = Archivo Histórico Municipal de Elche.

RC = Registro Civil de Elche.

INDICE DE FIGURAS

1. Amadeo de Saboya. Salón de Plenos del Ayuntamiento de Elche.
2. General Primo de Rivera.
3. Facsímile de la Constitución de 1918.
4. Dr. Carlos Maria Cortezo.
5. Bar El Abra, Madrid.
6. Comedor Ave Maria, Madrid.
7. Sello de pobres del Ayuntamiento de Elche. AHME.*
8. Insignia del Colegio de Médicos de Alicante.
9. Lorenzo Fenoll Sansano.
10. Tomás Alonso Blasco.
11. Manuel Gómez Valdivia.
12. Andrés Tarí Sánchez.
13. José Francos Rodríguez.
14. Visita de Alfonso XIII a Elche.
15. Sede de Riegos de Levante. Foto Monferval.
16. Canal de Riegos de Levante.*
17. Solicitud de reconocimiento al Rey. AHME.*
18. Almuerzo en la Glorieta en la visita de Alfonso XIII.
19. Carta respuesta del Rey.
20. José Vives Vives. Cedita por José Vives Gómez.
21. Porcentaje del gasto nacional dedicado a defensa. Tomado de Yllan y García Nieto.
22. Alpargatas de Elche. *.
23. Banco de trabajo de alpargatero.*
24. Taller de alpargatas.*
25. Fábrica de alpargatas.*
26. Máquina Singer.*
27. Monumento al obrero alpargatero.*
28. Viñeta del Semanario Levante.
29. Portada diario ABC 14 de septiembre de 1923.
30. Lectura del Bando de Primo de Rivera.
31. Artículo del Semanario Trabajo. AHME.*
32. Censura periodística. AHME.*
33. Manuel Lucerga Sánchez.
34. Antonio Sánchez Bernal.
35. Cuentas del Ayuntamiento de Elche. Semanario Trabajo. AHME.*
36. Diego Farrández Ripoll.
37. Gabriel Ruiz Chorro.
38. Sebastián Maciá Martínez.
39. Diario El Heraldo de Madrid. AHME.
40. Diario de Valencia. AHME.
41. Insignia de la Unión Patriótica.*
42. Integrantes de la Unión Patriótica de Elche.
43. Tarjeta invitación a homenaje a los Reyes.*
44. Medallas conmemorativas.*
45. Ayuntamiento de Elche presidido por Sebastián Maciá.
46. Monumento a Cajal en el parque del Retiro de Madrid.*

47. Billetes de curso legal durante la Dictadura.*
48. Busto de Vicente Sansano. AHME.*
49. Almirante Aznar.
50. Documentos de la cárcel de Altamira. AHME.*
51. Palacio de Altamira.
52. Parte diario de internos en la cárcel de Elche. AHME.*
53. Costereta de Bonus. Vista actual.*
54. Carta de Asunción Ibarra al alcalde. AHME.*
55. Expediente de listas de pobres en 1916.AHME.*
56. Ejemplos del padrón de 1916. (a,b,c,d). AHME.*
57. Formulario del padrón de 1924, reverso. AHME.*
58. Formulario del padrón de 1924. anverso. AHME.*
59. Ejemplos de formularios del padrón de 1924 con errores de cumplimentación (a.b.c.d.e.f.g.) AHME.*
60. Vivienda actual del barrio del Raval. Vista actual. *
61. Vista antigua del barrio del Raval.
62. Vista antigua del barrio del Raval.
63. Vivienda actual del barrio del Raval. Vista actual.*
64. Calle Mayor, 1920.
65. Formularios del padrón de 1924. AHME.*
66. Formularios del padrón de 1924.AHME.*
67. Distritos de Elche, proyección sobre un plano actual.*
68. Distritos de Elche, proyección sobre un plano antiguo.*
69. Libro registro general de inscritos de Beneficencia.*
70. Germán Penalva Mendiola. Tomado de J. Vives.
71. Cartel de Fiestas de Elche de 1927.
72. Contrato entre el Ayuntamiento y el médico de Beneficencia.*
73. Médicos de Elche.
74. Necrológica de Luis Gómez Aznar en el Semanario Trabajo.
75. Solicitud de ingreso en la masonería de Julio María López Orozco.
76. Nombramiento de masón Julio María López Orozco.
77. José Pomares Peral.
78. Santiago Pomares Ibarra.
79. Anuncio en el periódico de Jerónimo Sánchez Pascual.*
80. Inscripción Colegial de Manuel Martínez Magro.*
81. Inscripción Colegial de Antonio Bru Gomis.*
82. Inscripción Colegial de Juan José Orts Martínez.*
83. Anuncio en el periódico de Juan José Orts Martínez.*
84. Anuncios en el semanario *Trabajo* (a,b,c,d,e,f,g,h,i.).*
85. Anuncios en el semanario *Levante*.*
86. Anuncios en el semanario *Trabajo* (a,b,c.).*
- 87.. Anuncio de venta de alcohol en el semanario *Trabajo*.*
88. Anuncio de matrona en el semanario *Trabajo*.*
89. Anuncios de farmacia con laboratorio en el semanario *Trabajo*.*
90. Farmacia Pomares.*
91. Farmacia Ladislao Orts.*
92. Anuncio de farmacias con laboratorio. Tomado de M. Ors.
93. Ermita de San Sebastián, vista actual.*
94. Traslado de enfermos al nuevo Hospital.
95. Documentos del Hospital de 1866.*
96. Fachada del Hospital hacia 1940.*

97. Documentos de ingreso en el Hospital (a,b,c,d,e,f,g.).*
98. Documentos del Hospital firmados por la Madre Superiora.*
99. Relacion de enfermos ingresados en el Hospital.*
100. Cartel de Toros a beneficio de Asilo y Hospital. Tomado de M. Ors.
101. Orden de ingreso firmada por el médico del Hospital, Manuel Pascual Urbán.*
102. Joaquin Lucerga operando; semanario *Levante*, abril 1926.
103. Fachada del Hospital en 1978.Cedida por M. Ors
104. Solicitud para construir el Asilo.
105. Edificio de la Orden Tercera hacia 1980.
106. Planos del Asilo.(a,b)*
107. Colocación de la primera piedra del Asilo. Tomado de M. Ors
108. Página del libro de Enterramientos del AHME.*
109. Validación de las anotaciones del libro de enterramientos.*
110. Diagnósticos ininteligibles.*
111. Diagnósticos en desuso (a.b.).*
112. Hacimiento según el padrón.*
113. Trabajo en la calle.*
114. Menaor y filaor.
115. Cardador de cáñamo.*
116. Utensilio de filar.*
117. El Hondo, vista actual.*
118. Cabras pastando por el cauce del rio. Foto Monferval.
119. Niño mamando de las ubres de la cabra.
120. Vacunación antivariólica. Tomado de M. Ors.
121. Vacunación antivariólica (a,b.).*
122. Bando municipal con instrucciones sobre la viruela. Tomado de M. Ors.
123. Aguadoras.
124. Casa rural, vista actual.*
125. Casa rural antigua, con canalón y aljibe para recogida de aguas pluviales.*
126. Casa rural actual, con canalón y aljibe para recogida de aguas pluviales.*
127. Pozo doméstico, vista actual, casa en partida de Maitino.*
128. Lavanderas (a,b.).
129. Etiopatogenia de la infección por estreptococo beta. Tomado de Cruz Hernández.
130. Anatomía patológica de la cardiopatía isquémica y arteriosclerosis. Tomado de F. Netter.
131. Certificado de defunción del General Franco. Tomado de Hidalgo Huertas.
132. Puente del ferrocarril en Elche.
133. Minkoswki y Mering.
134. Islote de Langerhans.
135. Banting y Best.

(*) FA = Fotografía del autor.

AHME = Archivo Histórico Municipal de Elche.

BIBLIOGRAFIA

POR ORDEN DE APARICION EN EL TEXTO.

1. MUDROVICIC, M^a Inés. Algunas consideraciones epistemológicas para una “Historia del presente”. Hispania Nova, 1, 1998-2000.
2. CARR, Edward H. ¿Qué es Historia? Seix Barral, 1972.
3. PINILLA GARCIA, Alfonso: El acontecimiento histórico. Hacia una categorización. Norba, Revista de Historia, 18, 2005.
4. HERNANDEZ SANDOICA, Elena. Tendencias historiográficas actuales. Escribir historia hoy, Ed. Akal, 2004.
5. SERNA, Justo. PONS, Anaclet. En su lugar. Una reflexión sobre la historia local y el microanálisis. En: Frias, C y Carnicer, M.A. Eds. Nuevas tendencias historiográficas e historia local en España. Universidad de Zaragoza, 2001.
6. GEERTZ, Clifford. Conocimiento local. Ed. Paidós, 1994.
7. BURKE, P. Formas de hacer historia. Alianza, 2003.
8. GUINZBURG, Carlo. El queso y los gusanos: el cosmos, según un molinero del siglo XVI. Muchnik Ed. 1976
9. BAHAMONDE MAGRO, Angel. La Historia Urbana. Ayer, 10. 1993.
10. MORALES MOYA, Antonio. Formas narrativas e historiografía española. Ayer, 14, 1994.
11. JULIA, Santos. La historia social y la historiografía española. Ayer, 10, 1993.
12. GALLENT, Mercedes. Historia e Historia de los Hospitales. Revista de Historia Medieval, 7, 1996.
13. FONTANA, Josep. La historia después del fin de la historia. Ed. Crítica, 1992.
14. ANTO, J. M^a; COLL, Pilar. MURILLO, Carlos; ROVIRA, Juan: Estudio empírico del impacto de factores sanitarios y no sanitarios sobre el nivel de salud. Cuadernos de Economía, 14, 1986.
15. PIEDROLA GIL, G.- La salud y sus determinantes. Concepto de Medicina Preventiva y salud pública. En: Piédrola Gil, Gonzalo: Medicina Preventiva y Salud Pública. Masson, 2001.
16. BERNABEU MESTRE, José: Estados de salud y descenso de la mortalidad: un espacio para la interdisciplinariedad. Berceo, 137, 1999.
17. HUERTAS GARCIA-ALEJO, Rafael. Salud pública en la España contemporánea. Introducción. Dynamis, 14, 1994.
18. GALLENT MARCO, Mercedes. Problemas fundamentales en torno a la historia de la sanidad medieval en la península ibérica. Bajado de la red: www.vallenajerilla.com/berceo/santiago/medicinacamino.htm.
19. CARR, Raymond, y cols. Visiones de fin de siglo. Taurus, 1999.
20. COSTA, Joaquín. Oligarquía y caciquismo. Imprenta Hijos de M.G. Hernández, 1902
21. JOVER ZAMORA, José Maria. Edad Contemporánea, En: Introducción a la Historia de España, Ed. Teide, 1963.
22. GARCIA DE CORTAZAR, Fernando; GONZALEZ VESGA, José Manuel. Breve Historia de España. Alianza Editorial, 2002.
23. FERNANDEZ ALMAGRO, Melchor.- Historia del reinado de Alfonso XIII. Sarpe, 1986.
24. BARRIO, Angeles; SANCHEZ GUERRA, Manuel. El Reinado de Alfonso XIII. Colección Historia de España, Vol. 11, Ed. Espasa, 1999.
25. SANZ AGÜERO, Marcos. Antonio Maura. Círculo de Amigos de la Historia, 1975.
26. VILA SAN JUAN, José Luis. La vida cotidiana en España durante la Dictadura de Primo de Rivera. Argos Vergara, 1984.
27. GONZALEZ CALLEJA, Eduardo. La España de Primo de Rivera. Alianza Editorial.

28. PALOMARES LERMA, Gustavo. Mussolini y Primo de Rivera. Política Exterior de dos dictadores. Eudema, 1989.
29. CARR, Raymond,. Militares y política en la España Contemporánea. Historia 16, 1976.
30. MARQUES DE LOZOYA. Historia de España, Ed. Salvat, 1967.
31. GARCIA QUEIPO DE LLANO, Genoveva: La dictadura de Primo de Rivera. Historia 16, 1996.
32. BEN AMI, SHLOMO. La Dictadura de Primo de Rivera. 1923-1930. Planeta, 1984.
33. MARTINEZ SEGARRA, Rosa M^a: El Somatén Nacional en la Dictadura del general Primo de Rivera. Tesis Doctoral, Universidad Complutense, 1984.
34. NAVAJAS ZUBELDIA, CARLOS. Ejército, Estado y Sociedad en España (1923-1930). Instituto de Estudios Riojanos. 1991
35. GONZALEZ CALBET, M^a Teresa: La dictadura de Primo de Rivera. El Directorio Militar. Ed. El Arquero, Madrid, 1987.
36. GOMEZ-NAVARRO NAVARRETE, José Luís. El régimen de Primo de Rivera: reyes, dictadura y dictadores. Cátedra, 1991.
37. TUSELL GOMEZ, Javier; SECO SERRANO, Carlos. La España de Alfonso XIII. El Estado y la política (1902-1931), Vol. II: Del plano inclinado hacia la Dictadura al final de la Monarquía, 1922-1931, tomo XXXVIII de la Historia de España, Menéndez Pidal. Espasa Calpe, 1995.
38. PALOMARES IBAÑEZ, Jesús Maria. Nuevas políticas para un caciquismo. La Dictadura de Primo de Rivera en Valladolid. Secretariado de Publicaciones de la Universidad. 1993.
39. ALIA MIRANDA, Francisco. Ciudad Real durante la Dictadura de Primo de Rivera. Instituto de Estudios Manchegos, 1986.
40. ALVAREZ REY, Leandro. Sevilla durante la Dictadura de Primo de Rivera. La Unión Patriótica. Excm. Diputación Provincial de Sevilla, 1987.
41. GARRIDO MARTIN, Aurora. La Dictadura de Primo de Rivera: ¿ruptura o paréntesis? Cantabria, 1922-1931. Concejalía de Cultura del Excmo. Ayuntamiento de Santander, 1997.
42. NAVAJAS ZUBELDIA, Carlos. Los codos y las comadreja. La Dictadura de Primo de Rivera en La Rioja. Instituto de Estudios Riojanos, 1994.
43. MIRANDA RUBIO, Francisco. La Dictadura de Primo de Rivera en Navarra. Claves políticas. Ed. Eunate, 1995.
44. PEREZ RIVERO, Emilio. La provincia de Soria durante la dictadura de Primo de Rivera: 1923-1930. Centro de Estudios Sorianos, 1983.
45. NAVAJAS ZUBELDIA, Carlos. La dictadura de Primo de Rivera en Calahorra. Kalakorikos, 1, 1996.
46. IBARRA Y RUIZ, Pedro. Historia de Elche. Ed. Librería Séneca, 1982.
47. RAMOS FOLQUES, Alejandro. Historia de Elche. Ed. Picher, 1987.
48. FORNER MUÑOZ, Salvador. Historia de la Provincia de Alicante, tomo VI. Ed. Mediterránea, 1985.
49. MORENO SAEZ, Francisco. El movimiento obrero en Elche, 1890-1931. Ed. Ayuntamiento de Elche y Fundación Juan Gil Albert, 1987.
50. ORS MONTENEGRO, Miguel. FALCO PEREZ, Patricio. Elche, 1900-1949. Librería Ali i Truc, 1998..
51. ORS MONTENEGRO, Miguel. (coord). Elche, una mirada histórica, 2006.
52. ALVAREZ REY, Leandro. Bajo el Fuero Militar. La Dictadura de Primo de Rivera en sus documentos. Universidad de Sevilla, 2006.
53. CASTELLANO, J. (coord.) La Medicina en el siglo XX. Estudios históricos sobre medicina, sociedad y estado. SEHM 1998.

54. MARSET, P. RODRIGUEZ OCAÑA, E. SAEZ, M. La salud pública en España. En: MARTINEZ NAVARRO, T. et al.: Salud pública. Mc Graw Hill, Interamericana, 1998.
55. PERDIGUERO GIL, Enrique: Causas de muerte y relación entre conocimiento científico y conocimiento popular. En: Bernabeu, J; Robles, E. (Ed.) Quaderns valencians de població. Alicante, 1994.
56. PERDIGUERO, E., CASTEJÓN, R. Definiendo y gestionando la salud: medicina y acción social en la España contemporánea. En: PERDIGUERO, E., CASTEJÓN, R. (eds.) Trabajo social y salud. Número monográfico .nº 43, 2002.
57. RODRÍGUEZ OCAÑA, E., MOLERO MESA; J. La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud. En: MONTIEL, Luis, (ed.). La salud en el estado del bienestar. Análisis histórico. Madrid, Ed. Complutense, 1993.
58. CARASA SOTO, Pedro. El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual. Secretariado de publicaciones de la Universidad de Valladolid. Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Salamanca. 1985.
59. ESTEBAN DE VELA, Mariano. Pobreza, beneficencia y política social, Ayer, 25, 1997.
60. HERNANDEZ IGLESIAS, Fermín. La Beneficencia en España. Establecimiento tipográfico de Manuel Vinuesa, 1876.
61. BARONA Josep Lluís. Teorías médicas y la clasificación de las causas de muerte.. En: Bernabeu, J; Robles, E. (Ed.) Quaderns valencians de població. Alicante 1994.
62. BERNABEU MESTRE, José; RAMIRO FARIÑAS, Diego; SANZ GIMENO, Alberto. ROBLES GONZALEZ, Elena: El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones. Revista de Demografía Histórica. XXI, I, 2003.
63. CABRE, Anna; DOMINGO, Andreu; PENACHO, Teresa. Demografía y Crecimiento de la población española durante el siglo XX. En: Pimentel Siles, Manuel (coord.): Mediterráneo económico, 1.- procesos migratorios, economía y personas. Ed. Caja Rural Intermediterránea. Almería, 2002
64. MOLERO MESA, Jorge. La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos españoles anteriores a la guerra civil. Dynamics, 9, 1989.
65. GONZALEZ REBOLLO, Ana María. Los colegios de Médicos en España, 1893-1917. Tesis doctoral, Universidad de Valladolid, 1997.
66. BERNABEU MESTRE, Josep. La actualidad historiográfica de la historia social de la enfermedad. Revista de Demografía Histórica, 7, 1989.
67. SALORT VIVES, Salvador. Vivir y morir en Alicante. Higienistas e inversiones públicas en salud (1859-1923). Alicante, Universidad de Alicante, 2008.
68. VLAHOV, David. Cities and health: history, approaches and key questions. Academic Medicine, 79(12), 2004.
69. REIG, Ramir. La Constitución del orden conservador. De la Restauración a la Dictadura de Primo de Rivera (1874-1931). En: Martínez, Francesc A., Laguna, Antonio: La Gran Historia de la Comunidad Valenciana, Tomo 7. Ed. Prensa Valenciana, 2008.
70. RAMOS FERNANDEZ, Rafael. Historia de Elche, Ed. Diario Información, 1989,
71. GINES HUERTAS, Francisca. Información e Internet. Revista de Historia Medieval, 9, 1998.
72. ORS MONTENEGRO, Miguel. La prensa llicitana, 1836-1980. Caja de Ahorros Provincial. 1984.
73. VIÑES RUEDA, José Javier: La sanidad española anterior a 1847. Temas de Historia de la Medicina, Navarra, 2006.

74. VIÑES RUEDA, José Javier: La sanidad española en el siglo XIX a través de la junta provincial de la Sanidad Navarra (1870-1902). Temas de Historia de la Medicina, Navarra, 2006.
75. MARTINEZ RODA, Federico. Valencia y las Valencias. Su historia contemporánea. (1800-1975). Fundación Universitaria San Pablo CEU. 1998.
76. Constitución política de la Monarquía Española promulgada en Cádiz el 19 de Marzo de 1812.
77. LOPEZ PIÑERO, José María. M. Seoane. La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870), Colección Textos clásicos españoles de la salud, pública, nº 12. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1984.
78. MANGAS ROLDAN, Juana María. Anotaciones sobre las Juntas Municipales de Sanidad. VI Jornadas Nacionales Historia de la Veterinaria, Valencia, 2001.
79. LERA, Angel María de. La Masonería que vuelve. Planeta, 1980.
80. MARTINEZ DE VELASCO, Angel. La España de Fernando VII. La crisis del antiguo régimen (1808-1833). En Historia de España, Vol. 8, Espasa, 1999.
81. MORALES RUIZ, Juan José. Fernando VII y la masonería española. Hispania Nova, 3, 2003.
82. FERRER BENIMELLI, José Antonio. La Masonería. Alianza Editorial, 2005.
83. LOPEZ PIÑERO, José María; El saber médico en la sociedad española del siglo XIX. En: LOPEZ PIÑERO, José María; GARCIA BALLESTER, Luis; FAUS SEVILLA, Pilar.- Medicina y Sociedad en la España del siglo XIX. Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1964.
84. VICENS VIVES, Jaime. Aproximación a la Historia de España. Salvat, 1970.
85. TUÑÓN DE LARA, Manuel. La España del siglo XIX. Ed. Laia 1973.
86. PALACIO ATARD, Vicente. Manual de Historia de España, Vol. 4. Edad contemporánea, I (1808-1898). Espasa Calpe, 1978.
87. CARDONA, Alvaro: Los debates sobre Salud Pública en España durante el Trienio Liberal (1820-1823). Asclepio, LVII, 2005.
88. MONLAU Y ROCA, Pedro Felipe.- Elementos de Higiene pública o arte de conservar la salud de los pueblos. Madrid, Imprenta y estereotipia de M. Rivadeneyra, 1862.
89. MUÑOZ MACHADO, Santiago. La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos. Alianza Ed. 1995.
90. SEOANE SOBRAL, Mateo: Discurso preliminar sobre la reorganización de las profesiones médicas (1834). En: LOPEZ PIÑERO, José María. M. Seoane. La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870), Colección Textos clásicos españoles de la salud, pública, nº 12. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1984.
91. VIDAL GALACHE, Florentina, El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid. Rev. Fac. Geogr. Hist. 1, 1987.
92. ZABALA, Pío. Historia de España. Ed. Suc. Juan Gili, 1930.
93. MUÑOZ MACHADO, Santiago. La concepción sanitaria decimonónica. En: La sanidad pública en España. Instituto de Estudios administrativos, 1975.
94. PUERTO SARMIENTO, Francisco Javier. Ciencia y farmacia en la España decimonónica. Ayer, 7, 1992.
95. LOPEZ PIÑERO, José María; El testimonio de los médicos españoles del siglo XIX acerca de la sociedad de su tiempo. El proletariado industrial. En: LOPEZ PIÑERO, José María; GARCIA BALLESTER, Luis; FAUS SEVILLA, Pilar.- Medicina y Sociedad en la España del siglo XIX. Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1964.
96. Gaceta de Madrid, 22 y 23 de enero de 1904.
97. RICO AVELLO, E. Historia de la sanidad española, Ed. Giménez, Madrid 1969.
98. NAVARRO, Ramón. Historia de la Sanidad en España. Lundwerg, 2006.

99. BANDO CASADO, Honorio Carlos. Evolución Histórica de la protección de la Salud en España desde 1912 hasta la Ley General de Sanidad 1986. Bajado de la red; www.consumo-inc.gob.es/publicac/EC/1991/EC20/EC20_01.pdf.
100. RODRIGUEZ, E.; MENENDEZ, A. Salud, trabajo y medicina en la España de la legislación social, 1900-1939. Arch. Prev. Riesgos Labor, 9, 2006.
101. RERUM NOVARUM, Encíclica de S.S. León XIII, 15 de mayo de 1891.
102. GUILLEN, Ana M^a. Un siglo de previsión social en España. Marcial Pons, Ayer 25, 1997.
103. CALLE VELASCO, Maria Dolores de la: Sobre los orígenes del Estado social en España. Ayer, 25, 1997.
104. HUERTAS GARCIA-ALEJO, Rafael. Política sanitaria: de la Dictadura de Primo de Rivera a la 2^a Republica. Rev. Esp. Salud Pública, 74, 2000.
105. PERDIGUERO GIL, Enrique; BERNABEU MESTRE, José; ROBLES GONZALEZ, Elena. La salud pública en el marco de la administración periférica. El Instituto Provincial de Higiene de Alicante (1924-1936). Dynamis, 14, 1997.
106. Constituciones Españolas en el siglo XIX. Biblioteca de El Boletín Diplomático. Imprenta de F. López Vizcaíno, 1869.
107. SANCHEZ MANTERO, Rafael. La España de Isabel II. De la Regencia de Maria Cristina a la Primera República (1833-1874). En Historia de España, Vol. 9, Espasa, 1999.
108. Constitución Democrática de la Nación Española, 6 de junio de 1869.
109. Constitución Española, 30 de junio de 1876.
110. ALEU. Leyes Civiles y Penales de España. Madrid, 1911
111. ALVAREZ CHILLIDA, Gonzalo. El fracaso de un proyecto autoritario: el debate constitucional en la Asamblea Nacional de Primo de Rivera. Revista de Estudios Políticos (nueva época), 93, 1996.
112. GONZALEZ MARTINEZ, Carmen. La Dictadura de Primo de Rivera: una propuesta de análisis. Anales de Historia Contemporánea, 16, 2000.
113. Doctrina Cristiana, Ed. Paulinas. 1953.
114. MARSALL I FERRET, Marc. Pobreza y Beneficencia Pública en el siglo XIX español. Fundación Caixa Sabadell, Ed. Lex Nova. 2002.
115. PADROS, E. Cristianismo y Hospital. Medicina e Historia, 10, 1965.
116. CARASA SOTO, Pedro. Beneficencia y "cuestión social": una contaminación arcaizante. Historia Contemporánea, 29, 2004.
117. CARBALLO BARRAL, Borja. La Beneficencia Municipal de Madrid en el cambio de siglo: el funcionamiento de las Casas de Socorro (1896-1915). Congreso Internacional del Departamento de Historia Contemporánea de la UCM. 2006.
118. NAVAJO, Pablo. De la Caridad al Estado de Bienestar. En: Iniciativa Social y Estado de Bienestar, 2004. Bajado de la red www.iniciativasocial.net/historia.htm.
119. NUÑEZ FLORENCIO, Rafael. Tal como éramos. España hace un siglo. Espasa Calpe. 1978.
120. LAIN ENTRALGO, Pedro. Concepto de Salud y enfermedad. En: Balcells, Gorina, A, y cols. Patología Médica. Toray, 1968.
121. ALEMAN BRACHO, Maria del Carmen. "Una perspectiva de los servicios sociales en España". Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, 2, 1993.
122. ARENAL, Concepción. La Beneficencia, la Filantropía y la Caridad. Memoria premiada por la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, 1860.
123. CORAN, El. Ed. Edimat 1998.
124. ESTEBAN DE VELA, Mariano. Pobreza y beneficencia en la reciente historiografía española. Ed. Marcial Pons, Ayer, 25, 1997.

125. SIMON ARCE, Rafael Angel. Los socorros domiciliarios y la municipalización de los servicios médicos de beneficencia. Alcalá de Henares, 1800-1900. Congreso Internacional de Historia y Ciencia. La modernización del siglo XX. Universidad Carlos III, 2008.
126. RODRIGUEZ OCAÑA, E. Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2007.
127. Reglamento General de Beneficencia, 14 de mayo de 1852.
128. DIEZ RODRIGUEZ, Fernando. La sociedad desasistida. El sistema benéfico asistencial en la Valencia del siglo XIX. Historia Local, Diputación de Valencia, 1989.
129. MAZA ZORRILLA, Elena. Pobreza y Beneficencia en la España contemporánea. Ariel Practicum. 1999.
130. MARTINEZ NAVARRO, Juan Fernando. Salud pública y desarrollo de la epidemiología en la España del siglo XX. Rev.San.Hig.Pub. 68, 1994.
131. HUERTAS GARCIA-ALEJO, Rafael. Fuerzas sociales y desarrollo de la Salud Pública en España, 1917-1923. Rev. Esp. Salud Pública, 68, 1994.
132. VEGA GUTIERREZ, José Luis de la. Medio siglo de Medicina en Alicante. Historia del Ilustre Colegio de Médicos. 1894-1936. Ed. Caja de Ahorros Provincial, 1984.
133. BERTOMEU ALCARAZ, Vicente. Centenario del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Alicante. Ed. Colegio de Médicos. 1998
134. LOPEZ GOMEZ, José Manuel, Historia del Colegio Oficial de Médicos. Colegio de Médicos de Burgos, 2012.
135. PLATON, Miguel. Alfonso XIII, Plaza Janés, 1998.
136. MONTERO, Feliciano. TUSELL, Javier. Historia de España. El Reinado de Alfonso XIII. Ed. Espasa Calpe, 2004.
137. FUSI, Juan Pablo. PALAFOX, Jordi. España 1808-1996. El Desafío de la Modernidad. Ed. Espasa, 1997.
138. MOYA PONS, Marcial. Manual de Historia Dominicana. Ed. Universidad Católica Madre y Maestra, Republica Dominicana, 1983.
139. TORTELLA CASARES, Gabriel. MARTI, Casimiro y cols. Historia de España (dir. Manuel Tuñón de Lara). VIII: Revolución Burguesa, Oligarquía y Constitucionalismo, 1834-1923. Ed. Labor, 1981.
140. MADARIAGA, Salvador de. España; ensayo de historia contemporánea. Ed. Espasa Calpe. 1978.
141. MARTIN, José Luís; MARTINEZ SHAW, Carlos. TUSELL, Javier. Historia de España. Ed. Taurus, 1998.
142. CORTES CAVANILLAS, Julián. Alfonso XIII. Ed. Juventud, 1966
143. FERRERA CUESTA, Carlos. Formación de la imagen monárquica e intervencionismo regio: los comienzos del reinado de Alfonso XIII. (1902-1910). Hispania, LXIV/1, 216: 2004.
144. TUSELL, Xavier. La España del siglo XX. Ed. Dopesa, 1975.
145. GARCIA-NIETO, M^a Carmen; YLLAN, Esperanza. Historia de España, 1808-1978. Ed. Crítica, 1989.
146. VICENS VIVES, Jaime. Coyuntura económica y reformismo burgués. Ariel 1968.
147. VIVES GARCIA, Juan. La huelga de Elche 1903. Biblioteca Alicantina, 1974.
148. LORCA, Angel. Heraldo de Madrid, 21 de marzo de 1903.
149. Semanario Levante, 10 de julio de 1926.
150. Instituto de Reformas Sociales, Memoria de la Inspección General de Trabajo correspondiente al año 1908, citado por F. Moreno Sáez
151. SERRANO, Antonio. El Obrero, 18 de noviembre de 1928.
152. TUÑÓN DE LARA, Manuel. La España del siglo XX. La quiebra de una forma de Estado. 1 (1898-1931). Ed. Laia, 1974.

153. PARIS EGUILZA, Higinio. El movimiento de los precios en España. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1943.
154. TUÑÓN DE LARA, Manuel. EL movimiento obrero en la historia de España. Ed. Sarpe, 1981.
155. VARIAN, Hal R. Microeconomía intermedia. Antoni Bosch, Ed. 1994
156. CASTELLO BOTIA, Isabel. Higiene alimentaria y mortalidad en la España contemporánea (1900-1974): el ejemplo de la fiebre tifoidea y la diarrea y enteritis (en menores de dos años). Rev. Esp. Nutr Hum Diet. 15(2), 2011.
157. SECO SERRANO, Carlos. Alfonso XIII y la crisis de la Restauración. Rialp, 1992.
158. CIERVA, Ricardo de la. Monarquía y república: Jaque al Rey. ARC, 1996.
159. SECO SERRANO, Carlos, La España de Alfonso XIII. Espasa Calpe, 2002.
160. AVILES FERNANDEZ, Miguel y cols. El siglo XX. Los primeros treinta años. EDAF, 1994.
161. TUSELL, Javier. Radiografía de un golpe de estado. El ascenso al poder del General Primo de Rivera. Alianza Editorial, Madrid, 1987.
162. BRU SANCHEZ-FORTUN, Alberto. Padrino y Patrón. Alfonso XIII y sus oficiales (1902-1923). Hispania Nova, 6, 2.006.
163. DIAZ-PLAJA, Fernando. Otra Historia de España. Plaza & Janés, 1973.
164. MORENO SAEZ, Francisco. La huelga general de 1917 en la provincia de Alicante. Anales de la Universidad de Alicante. Historia Contemporánea, nº 2, 1983.
165. Semanario Trabajo, 9 de octubre de 1921.
166. FERNANDEZ DE VELASCO, Recaredo. Los alpargateros de Elche, parados. Semanario Trabajo, 6 de febrero de 1921.
167. CARRASCO GARCIA, Antonio. Annual 1921. Ed. RBA, 2007.
168. El Partido Socialista Obrero y la Unión General, a todos los trabajadores. Semanario Trabajo, 7 de agosto de 1921.
169. CAÑIZARES PENALVA, Antonio. La guerra de Marruecos. Trabajo, 21 de agosto de 1921.
170. MORENO JUSTE, Antonio. "El Socialista" y el desastre de Annual: opinión y actitud socialista ante la derrota. Cuadernos de Historia Contemporánea, nº 12, 1990.
171. Semanario Trabajo, 7 de agosto de 1921.
172. Diario ABC, Madrid, 14 de septiembre de 1923.
173. Semanario Trabajo, 16 de septiembre de 1923.
174. Semanario Trabajo, 14 de octubre de 1923.
175. VILLARIN, Juan. El Madrid de Primo de Rivera. 1928. Ed. Nova, 1979.
176. CASES SOLA, Adriana. Del "Ángel del Hogar" al "Ángel del Ayuntamiento". Mujeres e imagen del poder en Alicante. (1923-1930). Feminismo/s, 16, 2010.
177. ORS MONTENEGRO, Miguel. Elche, una ciudad en guerra, (1936-1939). Ali i Truc, 2008.
178. ULLOA CISNEROS, Luis, y cols. Historia de España. Vol. 5. Instituto Gallach de Liberia y Ediciones, Barcelona, 1959.
179. BRAVO MORATA, Federico. La Dictadura, I: 1924-1927. Ed. Fenicia, 1973.
180. CIERVA, Ricardo de la. Historia básica de la España Actual, 1800-1975. Ed. Planeta, 1974.
181. BAVIERA, S.A.R. Princesa Pilar de; CHAPMAN HOUSTON, Desmond, Comandante. Alfonso XIII. Ed. Juventud, 1945.
182. ORTEGA Y GASSET, José. España Invertebrada. Espasa Calpe, 1964.
183. MARTINEZ CUADRADO, Miguel. Historia de España. La Burguesía conservadora. Ed. Alfaguara, 1976.
184. CIERVA, Ricardo de la. Franco, un siglo de España. Ed. Ramos Majos, 1973.

185. VILLACORTA BAÑOS, Francisco. Dictadura y grupos sociales organizados. 1923-1930. *Ayer*, 40, 2000.
186. MARCO MIRANDA, Vicente. Las conspiraciones contra la Dictadura. 1923-1930. Relato de un testigo. Ed. Tebas, 1975.
187. GARCIA QUEIPO DE LLANO, Genoveva: Los intelectuales y la dictadura de Primo de Rivera. Alianza Ed. 1988.
188. ANDRES GALLEGOS, José. El Socialismo durante la Dictadura, 1923-1930. Ed. Tebas, 1997.
189. CARVAJAL, Pedro. Memoria Socialista. Ed. Temas de Hoy, 2005.
190. PAYNE, Stanley G. Falange: Historia del fascismo Español. Ed. Sarpe. 1985.
191. MARTINEZ SEGARRA, Rosa M^a. La Unión Patriótica. Cuadernos de la Cátedra Fadrique Furió Ceriol, 1, 1992.
192. GONZALEZ CALLEJA, Eduardo. SOUTO HUISTRIN, Sandra. De la Dictadura a la República: Orígenes y auge de los movimientos juveniles en España. *Hispania*, LXVII, 225, 2007.
193. QUIROGA FERNANDEZ DE SOTO, Alejandro: Perros de Paja: Las Juventudes de la Unión Patriótica. *Ayer*, 59, 2005.
194. LEMUS LOPEZ, Encarnación. "Vieja política" Y "Nuevo régimen" durante la dictadura de Primo de Rivera en Extremadura. Bajado de la red: www.institucional.us.es/revistas/contemporanea/7/art_12.pdf.
195. GUZMAN, Eduardo de. 1930: Historia política de un año decisivo. Ed. Tebas, 1973.
196. PRESTON, PAUL. Franco, Caudillo de España. Grijalbo, 1994.
197. AUNOS, Eduardo. Calvo Sotelo y la política de su tiempo. Ediciones Españolas, 1941.
198. FONTANA, J.; VILLARES, R.- Historia de España. Vol. 7: Restauración y Dictadura. Ed. Crítica. 2009.
199. BAHAMONDE, Angel. Historia de España siglo XX: 1815-1939. Ed. Cátedra, 2000.
200. BERBEL, Carlos. Santiago Ramón y Cajal. Ed. Rueda JM, 1996.
201. NAVAJAS ZUBELDIA, Carlos. Ejército y sociedad en España. 1923-1930. *Berceo*, 116-117, 1989.
202. REQUENA, Federico. Católicos, devociones y sociedad durante la Dictadura del Primo de Rivera y la Segunda Republica. La obra del Amor Misericordioso en España (1922-1936) Ed. Biblioteca Nueva, 2008.
203. BERENGUER FUSTE, Dámaso. De la Dictadura a la Republica. Ed. Tebas, 1975.
204. DUQUE DE MAURA; FERNANDEZ ALMAGRO, Melchor. Por qué cayó Alfonso XIII. Ed. Aldebaran, 1999.
205. HALL, C. The effect of civilization on the people in European Status. Reeditada New York, AM Kelley, 1965.
206. MALTHUS, Thomas: Ensayo sobre el crecimiento de la población, 1798.
207. Mc KEOWN, Thomas. El crecimiento de la población. Antoni Bosch, 1978.
208. CASI CASANELLAS, A; MORENO IRIBAS, C. Nivel socioeconómico y mortalidad. *Rev. San. Hig.Pub.* 66,1992.
209. RAMAZZINI, Bernardo. De morbis artificum diatriba, 1^a ed. Módena 1700 (op. Cit. Gil Hernández).
210. GIL HERNANDEZ, Fernando. Tratado de Medicina del Trabajo. Mason, 2005.
211. WEBER, M. Class, status and party. En: Gerth, H; Mills, CW, Ed. From Max Weber: essays in sociology. Oxford University Press, 1946.
212. DUNCAN, O.D.: A socioeconomic index for all occupations. En: Reiss, A,J.Jr. Ed. Occupational and social status. New York Free Press, 1961.

213. CARASA SOTO, Pedro. Crisis y transformación de la beneficencia del antiguo régimen. Aproximación al sistema hospitalario de La Rioja entre 1750 y 1907. Cuadernos de investigación: Historia, 10 (1) 1984.
214. WINSTON, Colin M. La clase trabajadora y la derecha en España, 1900-1936. Cátedra, 1989.
215. MIRA ABAD, Alicia; MORENO SECO, Mónica. Alicante en el cambio del siglo XIX al XX: secularización y modernidad. Hispania Nova, 3, 2003.
216. LATOUR PEREZ, J; RODRIGUEZ SERRA, M; LOPEZ CAMPS, V.- El Proyecto MUNS: un estudio sobre las desigualdades en Salud en la Comunidad Valenciana. Monografías Sanitarias, Generalitat Valenciana, 1989.
217. VALENCIANO, J.P. Historia de Elche. Ed, Mari Montañona, 1987.
218. MAURA GAMAZO, Miguel. Así cayó Alfonso XIII. Ed. Reus, 1968.
219. GUEREÑA, Jean Louis. De Historia prostitutionis. La prostitucion en la España contemporánea. Ayer, 25, 1997,
220. RODRIGUEZ SOLIS, Enrique. (Historia de la prostitución en España y América, 2 vol. 1892 y 1893, (op. Cit. J.L. Guereña.),
221. CASTEJON BOLEA, Ramón. Las enfermedades venéreas y la regulación de la sexualidad en la España contemporánea. Asclepio, 56 (2). 2004.
222. GELABERT, E. De la prostitucion en sus relaciones con la Higiene, en el doble concepto de la profilaxis de la sífilis de la reglamentación. Discurso leído en la sesión inaugural.. en 14 de enero de 1886. Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, Barcelona, Est. Tip. De los suc. de N. Ramírez y C. 1886. Citado por Castejón.
223. CASTEJON BOLEA, Ramón. Las estrategias preventivas individuales en la lucha antivenérea: sexualidad y enfermedades venéreas en la España del primer tercio del siglo XX. Hispania, LXIV, 13, 218, 2004.
224. GUEREÑA. Jean-Louis. La prostitucion en la España Contemporánea. Ed. Marcial Pons, Ediciones de Historia, 2003.
225. Catecismo de la Iglesia Católica. Asociación de editores del catecismo, 1992).
226. PRATS Y BOSCH, A. La prostitucion y la sífilis. Luís Tasso, 1861, op. Cit. Castejon.
227. GUEREÑA, Jean Louis. Médicos y prostitución. Un proyecto de reglamentación de la prostitución en 1809. Medicina e Historia, 71M 1998.
228. Código Penal. El Consultor de los Ayuntamientos, 1929.
229. CASTEJON BOLEA, Ramón. Enfermedades venéreas en la España del último tercio del siglo XIX. Una aproximación a los fundamentos morales de la higiene pública. Dynamis, 11, 1991,
230. GALIANA, M^a Eugenia; BERNABEU-MESTRE, Joseph. El problema sanitario de España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX. Asclepio, vol. LVIII, nº 2, 2006.
231. GOMARA DALLO, Jacinta. Estudio demográfico de la industria en Elche. Ed. Instituto de Estudios Alicantinos Juan Gil Albert, 1958.
232. GOZALVEZ PEREZ, Vicente. La ciudad de Elche. Estudio topográfico. Tesis doctoral, Fac. Filosofía y Letras, Departamento de Geografía, Universidad de Valencia, 1976.
233. JUARISTI, Jon. Las sombras del desastre. En. Carr, Raymond: Visiones de fin de siglo. Taurus, 1999.
234. SEVILLA JIMENEZ, Martín. Economía e industria. La evolución de Elche en el último siglo. En Cien años de la Historia de Elche y de su Caja de Ahorros (1886-1986). Ed. Caja de Ahorros de Alicante y Murcia, 1986.

235. RAMOS FOLQUES, Alejandro. La industria, el comercio y la agricultura en Elche. Ed. El autor, 1973.
236. Semanario Trabajo, 16 de diciembre de 1923.
237. Semanario Trabajo 16 de septiembre de 1923.
238. Semanario Trabajo, 30 de marzo de 1924.
239. Semanario Trabajo, 19 de junio de 1921.
240. Semanario Trabajo, 25 de junio y 2 de julio de 1922.
241. LOPEZ TERRADAS, Maria Luz: El hospital como objeto histórico: los acercamientos a la historia hospitalaria. *Revista de Historia Medieval*, 7, 1996.
242. GRANDSHAW, Lindsay; PORTER, Roy: *The Hospital in History*. Routledge, 1989.
243. SANZ, Cristóbal. Excelencias de la Villa de Elche. Ed. Atenea, 1954; (el original es de 1621).
244. SANCHEZ, Glicerio. La desamortización de Mendizábal en la provincia de Alicante. Instituto de Estudios Juan Gil Albert, 1986.
245. IBARRA Y RUIZ, Pedro. Compendio histórico de los Conventos de Elche. Tip. Lucentum 1931.
246. HERNANDEZ MARTIN, Francisca. Las Hijas de la Caridad y la profesionalización de la Enfermería. *Cultura de Cuidados*, 20, 2006
247. Semanario Levante, 25 de abril de 1926.
248. Diario Información, 12 de marzo de 1964.
249. Diario Información, 23 de enero de 1965.
250. PINEAULT, Raynald; DAVELUY, Carole. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Masson, 1990.
251. CULVER, A.J. La economía de la salud: un aperitivo. *Cuadernos de Economía*, 4 (9) 1976.
252. Norms and Standards in Epidemiology. New PAHO list 6/37 for tabulation of ICD-10-MC data: *Epidemiological Bulletin*, PAHO 20, 3, 1999.
253. NAVARRO GARCIA, R. y cols. Análisis de la Sanidad en España a lo largo del siglo XX. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
254. GOMEZ REDONDO, Rosa. Mortalidad infantil real frente a mortalidad infantil legal. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, II, I, 1984.
255. DOPICO, Fausto. Desarrollo económico y social y mortalidad infantil. Diferencias regionales (1860-1950). *Dynamis*, 5-6, 1985-86.
256. SIERRA LOPEZ, A.; DORESTE ALONSO, J.L.; ALMARAZ GOMEZ, B. Demografía dinámica. (I). Natalidad, fecundidad y mortalidad. En: Piédola Gil, Gonzalo. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Masson, 2001.
257. RODES JUAN, Antonio. Un siglo de historia social. En: Cien años de la Historia de Elche y de su Caja de Ahorros (1886-1986). Ed. Caja de Ahorros de Alicante y Murcia, 1986.
258. BLANES LLORENS, Amando. La mortalidad en la España del siglo XX. Análisis demográfico y territorial. Tesis doctoral, Fac. Filosofía y Letras, Universidad Autónoma Barcelona, 2007.
259. BALLESTER AÑON, Rosa; BALAGUER PERIGÜEL, Emilio. La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principios de siglo en España. *Dynamis*, 15, 1995.
260. BERNABEU MESTRE, José; LOPEZ PIÑERO, José Maria: Condicionantes de la mortalidad entre 1800 y 1930: Higiene, Salud y Medio Ambiente. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, VI, I, 1988.
261. BERNABEU MESTRE, Josep. Expresiones diagnósticas y causas de muerte. Algunas reflexiones sobre su utilización en el análisis demográfico de la mortalidad. En: Bernabeu, J; Robles, E. (Ed.) *Quaderns valencians de població*. Alicante 1994.

262. BERNABEU MESTRE, Josep. Expresiones diagnósticas y causas de muerte. Algunas reflexiones sobre su utilización. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica, XI (3) 1993.
263. LEGUINA, Joaquín. Análisis demográfico de la mortalidad. En: Fundamentos de demografía. Siglo XXI, 1981.
264. International Classification of Diseases. Preparation of short lists for data tabulation. Epidemiological Bulletin PAHO, 23, 4, 2002.
265. BERNABEU MESTRE, Josep. Problèmes de Santé et causes de décès dans la population infantile espagnole (1900-1935). Annales de démographie historique, 61, 1994.
266. MATILLA, V.; PUMAROLA, A. Del REY CALERO, J, y cols. Microbiología y parasitología. Ed. Amaro, 1969.
267. PIEDROLA GIL, Gonzalo. PUMAROLA BUSQUETS, A.; BRAVO OLIVA, J. Lecciones de Higiene y Sanidad. 1961-62.
268. PEDRO PONS, A; FARRERAS VALENTI, P; FOZ TENA, A.- Enfermedades producidas por bacterias. En Pedro Pons, A.- Tratado de Patología y Clínica Médicas, Vol. VI. Ed. Salvat, 1968.
269. MOLERO MESA, Jorge. Dinero para la cruz de la vida. Tuberculosis, beneficencia y clase obrera en el Madrid de la Restauración. Historia Social, 39, 2001.
270. CAMPOS DE ESPAÑA, Enrique. Curso completo de Medicina interna. Ed. Ripollés, (sin fecha).
271. SCHUMBURG, Wilhelm. La tuberculosis; medios de evitarla y curarla. Ed. Manuel Marín, 1907.
272. RAMON Y CAJAL, Santiago. Mi infancia y Juventud. Librería Beltrán, 1946.
273. VERDES MONTENEGRO, José: Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis pulmonar en el niño y el adulto. Cia. Iberoamericana de Publicaciones, 1929.
274. BUENO MARI, Rubén; JIMENEZ PEYDRO, Ricardo. Crónicas de arroz, mosquitos y paludismo en España: el caso de la provincia de Valencia, (s. XVIII-XX). Hispania, Vol LXX, 236, 2010.
275. PERDIGUERO GIL, Enrique. Huertos, Arroz y Mosquitos. La lucha contra el paludismo en la Provincia de Alicante. Cuadernos de Historia de España, v 79, n ° 1. Buenos Aires, 2005.
276. FORNS, Rafael. Higiene Individual y social. Imprenta Tipografía Tutor, Madrid, 1912.
277. Semanario Trabajo, 28 de mayo de 1922.
278. PRETI, Luís. Terapéutica física. Tomo I. Wasserman, 1928.
279. LORENZO VELAZQUEZ, Benigno. Formulario de Terapéutica Clínica. Tipografía y encuadernación Senen Martín Díaz, Avila, 1939.
280. RODRIGUEZ-OCAÑA, Esteban. La producción social de la novedad: el suero antidiftérico, "nuncio de la nueva medicina". Dynamis, 27, 2007.
281. OLAGÜE DE ROS, Guillermo. ASTRAIN GALLART, Mikel. ¡Salvad a los niños! Los primeros pasos de la vacunación antivariólica en España, (1799-1805). Asclepio, vol. LVI, I, 2007.
282. DROBNIC, L.; SABALLS, P.; VERDAGUER, A. Salmonelosis tifoparatificas. Medicine, 3ª serie, Ed. Idepsa, 1983.
283. Semanario Trabajo, 6 de agosto de 1922.
284. Semanario Levante, septiembre de 1926.
285. DICK, G.F, DICK, G.H. Experimental scarlat fever. J. Amer. Ass. 81: 1166, 1923.
286. POTENZIANI, Julio C; POTENZIANI, Silvia D. Historia de las enfermedades venéreas. Bajado de la red: www2.hu-berlin.de/sexology/BIB/Potenziani/hist01.htm.

287. LAIN ENTRALGO, Pedro. Historia de la Medicina. Medicina Moderna y Contemporánea. Científico Médica, 1954.
288. TURNES, Antonio L. La sífilis en la medicina. Una aproximación a su historia. Bajado de la red: www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/sifilis.pdf.
289. ROBBINS, Stanley I. Tratado de Patología, Ed. Interamericana, 1968.
290. RECASENS, Sebastián. El cáncer de útero. Ed. Espasa, Madrid, 1931.
291. BOURSIER, André. Manual de Ginecología. Ed. José Espasa, Barcelona, sin fecha.
292. HARRISON, T.R.- Principles of Internal Medicine. Mc Graw Hill, 1980.
293. HURST, J. Willis. The heart. Mc Graw Hill, 1978.
294. BRAUNWALD, E. Heart disease. Saunders, 1980.
295. NETTER, Frank H. Colección Ciba de Ilustraciones Médica, tomo V, Corazón. Salvat, 1969.
296. HIDALGO HUERTAS, Manuel. Como y por qué operé a Franco. Garsi, 1976.
297. BOURNE, Aleck W. Recientes adquisiciones en Obstetricia y Ginecología. Ed. Morata, 1932.
298. BOTELLA LLUSIA, José. Tratado de Ginecología, Tomo II: Patología obstétrica. Ed. Científico-Médica, 1972.
299. CARRASCO FORMIGUERA, R. Insulina. Estudio fisiológico y clínico. Ampliación de la ponencia presentada al Congreso de Medicina de Sevilla, octubre 1924. Instituto Bioquímico Hermes,
300. FARRERAS VALENTI, P.- Fisiopatología de la sangre y los órganos hematopoyéticos. En. Balcells, Gorina, A, y cols. Patología Médica. Ed. Toray, 1968.
301. CRUZ HERNANDEZ, Manuel. Pediatría y Puericultura. Ed. Romargraf. 1972.
302. BRIGHT, Richard. Cases and observations illustrative of renal disease accompanied with the secretion of albuminous urine. Guys Hosp. Rep. 1: 338, 1836.
303. LONGSCOPE, W.T. The pathogenesis of glomerular nephritis. Bull Johns-Hopk, Hosp. 45: 335, 1929.
304. BOTELLA GARCIA, José. Las glomerulonefritis. Ed. Científico-Médica, 1973.
305. SMITH, Donald, R. Urología General. El Manual Moderno, 1972.

POR ORDEN ALFABETICO

1. ALEMÁN BRACHO, María del Carmen. "Una perspectiva de los servicios sociales en España". Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social, 2, 1993.
2. ALEU. Leyes Civiles y Penales de España. Madrid, 1911
3. ALIA MIRANDA, Francisco. Ciudad Real durante la Dictadura de Primo de Rivera. Instituto de Estudios Manchegos, 1986.
4. ALVAREZ CHILLIDA, Gonzalo. El fracaso de un proyecto autoritario: el debate constitucional en la Asamblea Nacional de Primo de Rivera. Revista de Estudios Políticos (nueva época), 93, 1996.
5. ALVAREZ REY, Leandro. Bajo el Fuero Militar. La Dictadura de Primo de Rivera en sus documentos. Universidad de Sevilla, 2006.
6. ALVAREZ REY, Leandro. Sevilla durante la Dictadura de Primo de Rivera. La Unión Patriótica. Excm. Diputación Provincial de Sevilla, 1987.
7. ANDRÉS GALLEGO, José. El Socialismo durante la Dictadura, 1923-1930. Ed. Tebas, 1997.
8. ANTO, J. M^a; COLL, Pilar. MURILLO, Carlos; ROVIRA, Juan: Estudio empírico del impacto de factores sanitarios y no sanitarios sobre el nivel de salud. Cuadernos de Economía, 14, 1986.
9. ARENAL, Concepción. La Beneficencia, la Filantropía y la Caridad. Memoria premiada por la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, 1860.
10. AUNOS, Eduardo. Calvo Sotelo y la política de su tiempo. Ediciones Españolas, 1941.
11. AVILES FERNANDEZ, Miguel y cols. El siglo XX. Los primeros treinta años. EDAF, 1994
12. BAHAMONDE MAGRO, Angel. La Historia Urbana. Ayer, 10. 1993.
13. BAHAMONDE, Angel. Historia de España siglo XX: 1815-1939. Ed. Cátedra, 2000.
14. BALLESTER AÑÓN, Rosa; BALAGUER PERIGÜEL, Emilio. La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principios de siglo en España. Dynamis, 15, 1995.
15. BANDO CASADO, Honorio Carlos. Evolución Histórica de la protección de la Salud en España desde 1.912 hasta la Ley General de Sanidad 1986. Bajado de la red: www.consumo-inc.gob.es/publicac/EC/1991/EC20/EC20_01.pdf.
16. BARONA Josep Lluís. Teorías médicas y la clasificación de las causas de muerte. En: Bernabeu, J; Robles, E. (Ed.) Quaderns valencians de població. Alicante 1994.
17. BARRIO, Angeles; SANCHEZ GUERRA, Manuel. El Reinado de Alfonso XIII. Historia de España, Vol. 11. Espasa, 1999.
18. BAVIERA, S.A.R. Princesa Pilar de; CHAPMAN HOUSTON, Desmond, Comandante. Alfonso XIII. Ed. Juventud, 1945.
19. BEN AMI, SHLOMO. La Dictadura de Primo de Rivera. 1923-1930. Planeta, 1984.
20. BERBEL, Carlos. Santiago Ramón y Cajal. Ed. Rueda JM, 1996.
21. BERENGUER FUSTE, Dámaso. De la Dictadura a la Republica. Ed. Tebas, 1975.
22. BERNABEU MESTRE, José: Estados de salud y descenso de la mortalidad: un espacio para la interdisciplinariedad. Berceo, 137, 1999.
23. BERNABEU MESTRE, José; LOPEZ PIÑERO, José María: Condicionantes de la mortalidad entre 1800 y 1930: Higiene, Salud y Medio Ambiente. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica, VI, I 1988.
24. BERNABEU MESTRE, José; RAMIRO FARIÑAS, Diego; SANZ GIMENO, Alberto. ROBLES GONZALEZ, Elena: El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones. Revista de Demografía Histórica. XXI, I, 2003.
25. BERNABEU MESTRE, Josep. Expresiones diagnósticas y causas de muerte. Algunas reflexiones sobre su utilización en el análisis demográfico de la mortalidad. En: Bernabeu, J; Robles, E. (Ed.) Quaderns valencians de població. Alicante 1994.

26. BERNABEU MESTRE, Josep. Expresiones diagnósticas y causas de muerte. Algunas reflexiones sobre su utilización. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica, XI (3) 1993.
27. BERNABEU MESTRE, Josep. La actualidad historiográfica de la historia social de la enfermedad. Revista de Demografía Histórica, 7, 1989.
28. BERNABEU MESTRE, Josep. Problèmes de Santé et causes de décès dans la population infantile espagnole (1900-1935). Annales de démographie historique, 61, 1994.
29. BERTOMEU ALCARAZ, Vicente. Centenario del Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Alicante. Ed. Colegio de Médicos. 1998
30. BLANES LLORENS, Amando. La mortalidad en la España del siglo XX. Análisis demográfico y territorial. Tesis doctoral, Fac. Filosofía y Letras, Universidad Autónoma Barcelona, 2007.
31. BOTELLA GARCIA, José. Las glomerulonefritis. Ed. Científico-Médica, 1973.
32. BOTELLA LLUSIA, José. Tratado de Ginecología, Tomo II: Patología obstétrica. Ed. Científico-Médica, 1972.
33. BOURNE, Aleck W. Recientes adquisiciones en Obstetricia y Ginecología. Ed. Morata, 1932.
34. BOURSIER, André. Manual de Ginecología. Ed. José Espasa, Barcelona, sin fecha.
35. BRAUNWALD, E. Heart disease. Saunders, 1980.
36. BRAVO MORATA, Federico. La Dictadura, I: 1924-1927. Ed. Fenicia, 1973.
37. BRIGHT, Richard. Cases and observations illustrative of renal disease accompanied with the secretion of albuminous urine. Guys Hosp. Rep. 1: 338, 1836.
38. BRU SANCHEZ-FORTUN, Alberto. Padrino y Patrón. Alfonso XIII y sus oficiales (1902-1923). Hispania Nova, 6, 2006.
39. BUENO MARI, Rubén; JIMENEZ PEYDRO, Ricardo. Crónicas de arroz, mosquitos y paludismo en España: el caso de la provincia de Valencia, (s. XVIII-XX). Hispania, Vol LXX, 236, 2010.
40. BURKE, P. Formas de hacer historia. Alianza, 2003.
41. CABRE, Anna; DOMINGO, Andreu; PENACHO, Teresa. Demografía y Crecimiento de la población española durante el siglo XX. En: Pimentel Siles, Manuel (coord.): Mediterráneo económico, 1.- procesos migratorios, economía y personas. Ed. Caja Rural Intermediterránea. Almería, 2002
42. CALLE VELASCO, Maria Dolores de la: Sobre los orígenes del Estado social en España. Ayer, 25, 1997.
43. CAMPOS DE ESPAÑA, Enrique. Curso completo de Medicina interna. Ed. Ripollés, (sin fecha).
44. CAÑIZARES PENALVA, Antonio. La guerra de Marruecos. Semanario Trabajo, 21 de agosto de 1921
45. CARASA SOTO, Pedro. Beneficencia y "cuestión social": una contaminación arcaizante. Historia Contemporánea, 29, 2004.
46. CARASA SOTO, Pedro. Crisis y transformación de la beneficencia del antiguo régimen. Aproximación al sistema hospitalario de La Rioja entre 1750 y 1907. Cuadernos de investigación: Historia, 10 (1) 1984.
47. CARASA SOTO, Pedro. El sistema hospitalario español en el siglo XIX. De la asistencia benéfica al modelo sanitario actual. Secretariado de publicaciones de la Universidad de Valladolid. Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Salamanca. 1985.
48. CARBALLO BARRAL, Borja. La Beneficencia Municipal de Madrid en el cambio de siglo: el funcionamiento de las Casas de Socorro (1896-1915). Congreso Internacional del Departamento de Historia Contemporánea de la UCM. 2006.
49. CARDONA, Alvaro: Los debates sobre Salud Pública en España durante el Trienio Liberal (1820-1823). Asclepio, LVII, 2005.
50. CARR, Edward H. ¿Qué es Historia? Seix Barral, 1972.
51. CARR, Raymond, y cols. Visiones de fin de siglo. Taurus, 1999.

52. CARR, Raymond. Militares y política en la España Contemporánea. Historia 16, 1976.
53. CARRASCO FORMIGUERA, R. Insulina. Estudio fisiológico y clínico. Ampliación de la ponencia presentada al Congreso de Medicina de Sevilla, octubre 1924. Instituto Bioquímico Hermes,
54. CARRASCO GARCIA, Antonio. Annual 1921. RBA, 2007.
55. CARVAJAL. Pedro. Memoria Socialista. Ed. Temas de Hoy, 2005.
56. CASES SOLA, Adriana. Del "Angel del Hogar" al "Angel del Ayuntamiento". Mujeres e imagen del poder en Alicante. (1923-1930). Feminismo/s, 16, 2010.
57. CASI CASANELLAS, A; MORENO IRIBAS, C. Nivel socioeconómico y mortalidad. Rev. San. Hig.Pub. 66, 1992.
58. CASTEJON BOLEA, Ramón. Enfermedades venéreas en la España del último tercio del siglo XIX. Una aproximación a los fundamentos morales de la higiene pública. Dynamis, 11, 1991,
59. CASTEJON BOLEA, Ramón. Las enfermedades venéreas y la regulación de la sexualidad en la España contemporánea. Asclepio, 56 (2). 2004.
60. CASTEJON BOLEA, Ramón. Las estrategias preventivas individuales en la lucha antivérea: sexualidad y enfermedades venéreas en la España del primer tercio del siglo XX. Hispania, LXIV, 13, 218, 2004.
61. CASTELLANO, J. (coord.) La Medicina en el siglo XX. Estudios históricos sobre medicina, sociedad y estado. SEHM 1998.
62. CASTELLO BOTIA, Isabel. Higiene alimentaria y mortalidad en la España contemporánea (1900-1974): el ejemplo de la fiebre tifoidea y la diarrea y enteritis (en menores de dos años). Rev. Esp. Nutr Hum Diet. 15(2), 2011.
63. Catecismo de la Iglesia Católica. Asociación de editores del catecismo, 1992.
64. CIERVA, Ricardo de la. Franco, un siglo de España. Ed. Ramos Majos, 1973.
65. CIERVA, Ricardo de la. Historia básica de la España Actual, 1800-1975. Planeta, 1974.
66. CIERVA, Ricardo de la. Monarquía y república: Jaque al Rey. ARC, 1996.
67. Código Penal. El Consultor de los Ayuntamientos, 1929.
68. Constitución Democrática de la Nación Española, 6 de junio de 1869.
69. Constitución Española, 30 de junio de 1876.
70. Constitución política de la Monarquía Española promulgada en Cádiz el 19 de Marzo de 1812.
71. Constituciones Españolas en el siglo XIX. Biblioteca de El Boletín Diplomático. Imprenta de F. López Vizcaíno, 1869.
72. CORAN, El. Ed. Edimat 1998
73. CORTES CAVANILLAS, Julián. Alfonso XIII. Ed. Juventud, 1966
74. COSTA, Joaquín. Oligarquía y caciquismo. Imprenta Hijos de M.G. Hernández, 1902
75. CRUZ HERNANDEZ, Manuel. Pediatría y Puericultura. Ed. Romargraf. 1972.
76. CULVER, A.J. La economía de la salud: un aperitivo. Cuadernos de Economía, 4 (9) 1976.
77. Diario ABC, Madrid, 14 de septiembre de 1923.
78. Diario Información 23 de enero de 1965.
79. Diario Información, 12 de marzo de 1964.
80. DIAZ-PLAJA, Fernando. Otra Historia de España. Plaza & Janés, 1973
81. DICK, G.F, DICK, G.H. Experimental scarlat fever. J. Amer. Ass. 81: 1166, 1923.
82. DIEZ RODRIGUEZ, Fernando. La sociedad desasistida. El sistema benéfico asistencial en la Valencia del siglo XIX. Historia Local, Diputación de Valencia, 1989.
83. Doctrina Cristiana, Ed. Paulinas. 1953
84. DOPICO, Fausto. Desarrollo económico y social y mortalidad infantil. Diferencias regionales (1860-1950). Dynamis, 5-6, 1985-86.
85. DROBNIC, L.; SABALLS, P.; VERDAGUER, A. Salmonelosis tifoparatificas. Medicine, 3ª serie, Ed. Idepsa, 1983.

86. DUNCAN, O.D.: A socioeconomic index for all occupations. En: Reiss, A,J.Jr. Ed. Occupational and social status. New York Free Press, 1961.
87. DUQUE DE MAURA; FERNANDEZ ALMAGRO, Melchor. Por qué cayó Alfonso XIII. Ed. Aldebaran, 1999.
88. El Partido Socialista Obrero y la Unión General, a todos los trabajadores. Trabajo, 7 de agosto de 1921.
89. ESTEBAN DE VELA, Mariano. Pobreza y beneficencia en la reciente historiografía española. Ayer, 25, 1997.
90. ESTEBAN DE VELA, Mariano. Pobreza, beneficencia y política social, Ayer, 25, 1997.
91. FARRERAS VALENTI, P.- Fisiopatología de la sangre y los órganos hematopoyéticos. En. Balcells, Gorina, A, y cols. Patología Médica. Ed. Toray, 1968.
92. FERNANDEZ ALMAGRO, Melchor.- Historia del reinado de Alfonso XIII. Sarpe, 1986.
93. FERNANDEZ DE VELASCO, Recaredo. Los alpargateros de Elche, parados. Semanario Trabajo, 6 de febrero de 1921.
94. FERRER BENIMELLI, José Antonio. La Masonería. Alianza Editorial, 2005.
95. FERRERA CUESTA, Carlos. Formación de la imagen monárquica e intervencionismo regio: los comienzos del reinado de Alfonso XIII. (1902-1910). Hispania, LXIV/1, 216: 2004.
96. FONTANA, J.; VILLARES, R.- Historia de España. Vol. 7: Restauración y Dictadura. Ed. Crítica. Marcial Pons, 2009.
97. FONTANA, Josep. La historia después del fin de la historia. Ed. Crítica, 1992.
98. FORNER MUÑOZ, Salvador. Historia de la Provincia de Alicante, tomo VI. Ed. Mediterránea, 1985.
99. FORNS, Rafael. Higiene Individual y social. Imprenta Tipografía Tutor, Madrid, 1912.
100. FUSI, Juan Pablo. PALAFOX, Jordi. España 1808-1996. El Desafío de la Modernidad. Espasa, 1997.
101. Gaceta de Madrid, 22 y 23 de enero de 1904.
102. GALIANA, M^a Eugenia; BERNABEU-MESTRE, Joseph. El problema sanitario de España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX. Asclepio, vol. LVIII, n^o 2, 2006.
103. GALLENT MARCO, Mercedes. Problemas fundamentales en torno a la historia de la sanidad medieval en la península ibérica. Bajado de la red: www.vallenajerilla.com/berceo/santiago/medicinacamino.htm.
104. GALLENT MARCO, Mercedes. Historia e Historia de los Hospitales. Revista de Historia Medieval, 7, 1996.
105. GARCIA DE CORTAZAR, Fernando; GONZALEZ VESGA, José Manuel. Breve Historia de España. Alianza Editorial, 2002.
106. GARCIA QUEIPO DE LLANO, Genoveva: La dictadura de Primo de Rivera. Historia 16, 1996.
107. GARCIA QUEIPO DE LLANO, Genoveva: Los intelectuales y la dictadura de Primo de Rivera. Alianza Ed. 1988.
108. GARCIA-NIETO, M^a Carmen; YLLAN, Esperanza. Historia de España, 1808-1978. Ed. Crítica, 1989.
109. GARRIDO MARTIN, Aurora. La Dictadura de Primo de Rivera: ¿ruptura o paréntesis?. Cantabria, 1922-1931. Concejalía de Cultura del Excmo. Ayuntamiento de Santander, 1997.
110. GEERTZ, Clifford. Conocimiento local. Ed. Paidós, 1994.
111. GELABERT, E. De la prostitucion en sus relaciones con la Higiene, en el doble concepto de la profilaxis de la sífilis de la reglamentación. Discurso leído en la sesión inaugural.. en 14 de enero de 1886. Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, Barcelona, Est. Tip. De los suc. de N. Ramírez y C. 1886. Citado por Castejón
112. GIL HERNANDEZ, Fernando. Tratado de Medicina del Trabajo. Mason, 2005.

113. GINES HUERTAS, Francisca. Información e Internet. Revista de Historia Medieval, 9, 1998.
114. GOMARA DALLO, Jacinta. Estudio demográfico de la industria en Elche. Ed. Instituto de Estudios Alicantinos Juan Gil Albert, 1958.
115. GOMEZ REDONDO, Rosa. Mortalidad infantil real frente a mortalidad infantil legal. Boletín de la Asociación de Demografía Histórica, II, I, 1984.
116. GOMEZ-NAVARRO NAVARRETE, José Luis. El régimen de Primo de Rivera: reyes, dictadura y dictadores. Cátedra, 1991.
117. GONZALEZ CALBET, M^a Teresa: La dictadura de Primo de Rivera. El Directorio Militar. Ed. El Arquero, Madrid, 1987.
118. GONZALEZ CALLEJA, Eduardo. La España de Primo de Rivera. Alianza Editorial. 2005.
119. GONZALEZ CALLEJA, Eduardo. SOUTO HUSTRIN, Sandra. De la Dictadura a la República: Orígenes y auge de los movimientos juveniles en España. Hispania, LXVII, 225, 2007.
120. GONZALEZ MARTINEZ, Carmen. La Dictadura de Primo de Rivera: una propuesta de análisis. Anales de Historia Contemporánea, 16, 2000.
121. GONZALEZ REBOLLO, Ana Maria. Los colegios de Médicos en España, 1893-1917. Tesis doctoral, Universidad de Valladolid, 1997.
122. GOZALVEZ PEREZ, Vicente. La ciudad de Elche. Estudio topográfico. Tesis doctoral, Fac. Filosofía y Letras, Departamento de Geografía, Universidad de Valencia, 1976.
123. GRANDSHAW, Lindsay; PORTER, Roy: The Hospital in History. Routledge, 1989.
124. GUEREÑA, Jean Louis. De Historia prostitutionis. La prostitucion en la España contemporánea. Ayer, 25, 1997,
125. GUEREÑA, Jean Louis. Médicos y prostitución. Un proyecto de reglamentación de la prostitución en 1809. Medicina e Historia, 71, 1998.
126. GUEREÑA. Jean-Louis. La prostitucion en la España Contemporánea. Marcial Pons, Ediciones de Historia, 2003.
127. GUILLEN, Ana M^a. Un siglo de previsión social en España. Ayer 25, 1997.
128. GUINZBURG, Carlo. El queso y los gusanos: el cosmos según un molinero del siglo XVI. Muchnik Ed. 1976.
129. GUZMAN, Eduardo de. 1930: Historia política de un año decisivo. Ed. Tebas, 1973.
130. HALL, C. The effect of civilization on the people in European Status. Reeditada New York, AM Kelley, 1965.
131. HARRISON, T.R.- Principles of Internal Medicine. Mc Graw Hill, 1980.
132. HERNANDEZ IGLESIAS, Fermín. La Beneficencia en España. Establecimiento tipográfico de Manuel Vinuesa, 1876.
133. HERNANDEZ MARTIN, Francisca. Las Hijas de la Caridad y la profesionalización de la Enfermería. Cultura de Cuidados, 20, 2006
134. HERNANDEZ SANDOICA, Elena. Tendencias historiográficas actuales. Escribir historia hoy, Ed. Akal, 2004.
135. HIDALGO HUERTAS, Manuel. Como y por qué operé a Franco. Garsi, 1976.
136. HUERTAS GARCIA-ALEJO, Rafael. Política sanitaria: de la Dictadura de Primo de Rivera a la 2^a Republica. Rev. Esp. Salud Pública, 74, 2000.
137. HUERTAS GARCIA-ALEJO, Rafael. Salud pública en la España contemporánea. Introducción. Dynamis, 14, 1994.
138. HUERTAS GARCIA-ALEJO, Rafael. Fuerzas sociales y desarrollo de la Salud Pública en España, 1917-1923. Rev. Esp. Salud Pública, 68, 1994.
139. HURST, J. Willis. The heart. Mc Graw Hill, 1978.
140. IBARRA Y RUIZ, Pedro. Compendio histórico de los Conventos de Elche. Tip. Lucentum 1931.
141. IBARRA Y RUIZ, Pedro. Historia de Elche. Ed. Librería Séneca, 1982.

142. Instituto de Reformas Sociales, Memoria de la Inspección General de Trabajo correspondiente al año 1908, citado por F. Moreno Sáez
143. International Classification of Diseases. Preparation of short lists for data tabulation. Epidemiological Bulletin PAHO, 23, 4, 2002.
144. JOVER ZAMORA, José Maria. Edad Contemporánea, En: Introducción a la Historia de España, Ed. Teide, 1963.
145. JUARISTI, Jon. Las sombras del desastre. En. Carr, Raymond: Visiones de fin de siglo. Taurus, 1999.
146. JULIA, Santos. La historia social y la historiografía española. Ayer, 10, 1993.
147. LAIN ENTRALGO, Pedro. Concepto de Salud y enfermedad. En: Balcells, Gorina, A, y cols. Patología Médica. Ed. Toray, 1968.
148. LAIN ENTRALGO, Pedro. Historia de la Medicina. Medicina Moderna y Contemporánea. Científico Médica, 1954.
149. LATOUR PEREZ, J; RODRIGUEZ SERRA, M; LOPEZ CAMPS, V.- El Proyecto MUNS: un estudio sobre las desigualdades en Salud en la Comunidad Valenciana. Monografías Sanitarias, Generalitat Valenciana, 1989.
150. LEGUINA, Joaquín. Análisis demográfico de la mortalidad. En: Fundamentos de demografía. Siglo XXI, 1981.
151. LEMUS LOPEZ, Encarnación. "Vieja política" Y "Nuevo régimen" durante la dictadura de Primo de Rivera en Extremadura. Bajado de la red: institucional.us.es/revistas/contemporánea/7/art_12.pdf.
152. LERA, Angel Maria de. La Masonería que vuelve. Planeta, 1980.
153. LONGSCOPE, W.T. The pathogenesis of glomerular nephritis. Bull Johns-Hopk,
154. LOPEZ GOMEZ, José Manuel, Historia del Colegio Oficial de Médicos. Colegio de Médicos de Burgos, 2012.Hosp. 45: 335, 1929.
155. LOPEZ PIÑERO, José Maria. M. Seoane. La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870), Colección Textos clásicos españoles de la salud, pública, nº 12. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1984.
156. LOPEZ PIÑERO, José Maria; El saber médico en la sociedad española del siglo XIX. En: LOPEZ PIÑERO, José Maria; GARCIA BALLESTER, Luis; FAUS SEVILLA, Pilar.- Medicina y Sociedad en la España del siglo XIX. Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1964.
157. LOPEZ PIÑERO, José Maria; El testimonio de los médicos españoles del siglo XIX acerca de la sociedad de su tiempo. El proletariado industrial. En: LOPEZ PIÑERO, José Maria; GARCIA BALLESTER, Luis; FAUS SEVILLA, Pilar.- Medicina y Sociedad en la España del siglo XIX. Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1964.
158. LOPEZ TERRADAS, Maria Luz: El hospital como objeto histórico: los acercamientos a la historia hospitalaria. Revista de Historia Medieval, 7, 1996.
159. LORCA, Angel. Heraldo de Madrid, 21 de marzo de 1903.
160. LORENZO VELAZQUEZ, Benigno. Formulario de Terapéutica Clínica. Tipografía y encuadernación Senen Martín Díaz, Avila, 1939.
161. Mc KEOWN, Thomas. El crecimiento de la población. Antoni Bosch, 1978
162. MADARIAGA, Salvador de. España; ensayo de historia contemporánea. Espasa Calpe. 1978.
163. MALTHUS, Thomas: Ensayo sobre el crecimiento de la población, 1798.
164. MANGAS ROLDAN, Juana Maria. Anotaciones sobre las Juntas Municipales de Sanidad. VI Jornadas Nacionales Historia de la Veterinaria, Valencia, 2001.
165. MARCO MIRANDA, Vicente. Las conspiraciones contra la Dictadura. 1923-1930. Relato de un testigo. Ed. Tebas, 1975.
166. MARQUES DE LOZOYA. Historia de España, Salvat, 1967.
167. MARSET, P. RODRIGUEZ OCAÑA, E. SAEZ, M. La salud pública en España. En: MARTINEZ NAVARRO, T. et al. Salud pública. Mc Graw Hill, Interamericana, 1998.
168. MARSALL I FERRET, Marc. Pobreza y Beneficencia Pública en el siglo XIX español. Fundación Caixa Sabadell, Ed. Lex Nova. 2002.

169. MARTIN, José Luís; MARTINEZ SHAW, Carlos. TUSELL, Javier. Historia de España. Ed. Taurus, 1998.
170. MARTINEZ CUADRADO, Miguel. Historia de España. La Burguesía conservadora. Alfaguara, 1976
171. MARTINEZ DE VELASCO, Angel. La España de Fernando VII. La crisis del antiguo régimen (1808-1833). En Historia de España, Vol. 8, Espasa, 1999.
172. MARTINEZ NAVARRO, Juan Fernando. Salud pública y desarrollo de la epidemiología en la España del siglo XX. Rev.San.Hig.Pub. 68, 1994.
173. MARTINEZ RODA, Federico. Valencia y las Valencias. Su historia contemporánea. (1800-1975). Fundación Universitaria San Pablo CEU. 1998.
174. MARTINEZ SEGARRA, Rosa M^a. La Unión Patriótica. Cuadernos de la Cátedra Fadrique Furió Ceriol, 1, 1992.
175. MARTINEZ SEGARRA, Rosa M^a: El Somatén Nacional en la Dictadura del general Primo de Rivera. Tesis Doctoral, Universidad Complutense, 1984.
176. MATILLA, V.; PUMAROLA, A. Del REY CALERO, J, y cols. Microbiología y parasitología. Ed. Amaro, 1969.
177. MAURA GAMAZO, Miguel. Así cayó Alfonso XIII. Ed. Reus, 1968.
178. MAZA ZORRILLA, Elena. Pobreza y Beneficencia en la España contemporánea. Ariel Practicum. 1999
179. MIRA ABAD, Alicia; MORENO SECO, Mónica. Alicante en el cambio del siglo XIX al XX: secularización y modernidad. Hispania Nova, 3, 2003.
180. MIRANDA RUBIO, Francisco. La Dictadura de Primo de Rivera en Navarra. Claves políticas. Ed. Eunate, 1995.
181. MOLERO MESA, Jorge. Dinero para la cruz de la vida. Tuberculosis, beneficencia y clase obrera en el Madrid de la Restauración. Historia Social, 39, 2001.
182. MOLERO MESA, Jorge. La tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos españoles anteriores a la guerra civil. Dynamics, 9, 1989.
183. MONLAU Y ROCA, Pedro Felipe.- Elementos de Higiene pública o arte de conservar la salud de los pueblos. Madrid, Imprenta y estereotipia de M. Rivadeneyra, 1862.
184. MONTERO, Feliciano. TUSELL, Javier. Historia de España. El Reinado de Alfonso XIII. Espasa Calpe, 2004
185. MORALES MOYA, Antonio. Formas narrativas e historiografía española. Ayer, 14, 1994
186. MORALES RUIZ, Juan José. Fernando VII y la masonería española. Hispania Nova, 3, 2003.
187. MORENO JUSTE, Antonio. "El Socialista" y el desastre de Annual: opinión y actitud socialista ante la derrota. Cuadernos de Historia Contemporánea, nº 12, 1990.
188. MORENO SAEZ, Francisco. El movimiento obrero en Elche, 1890-1931. Ed. Ayuntamiento de Elche, y Fundación Juan Gil Albert, 1987.
189. MORENO SAEZ, Francisco. La huelga general de 1917 en la provincia de Alicante. Anales de la Universidad de Alicante. Historia Contemporánea, nº 2, 1983.
190. MOYA PONS, Frank. Manual de Historia Dominicana. Ed. Universidad Católica Madre y Maestra, Republica Dominicana, 1983.
191. MUDROVCIC, M^a Inés. Algunas consideraciones epistemológicas para una "Historia del presente". Hispania Nova, 1, 1998-2000.
192. MUÑOZ MACHADO, Santiago. La concepción sanitaria decimonónica. En: La sanidad pública en España. Instituto de Estudios administrativos, 1975.
193. MUÑOZ MACHADO, Santiago. La formación y la crisis de los servicios sanitarios públicos. Alianza Ed. 1995.
194. NAVAJAS ZUBELDIA, Carlos. Ejército y sociedad en España. 1923-1930. Berceo, 116-117, 1989.
195. NAVAJAS ZUBELDIA, CARLOS. Ejército, Estado y Sociedad en España (1923-1930). Instituto de Estudios Riojanos. 1991

196. NAVAJAS ZUBELDIA, Carlos. Los codos y las comadreas. La Dictadura de Primo de Rivera en La Rioja. Instituto de Estudios Riojanos, 1994.
197. NAVAJAS ZUBLEDIA, Carlos. La dictadura de Primo de Rivera en Calahorra. Kalakorikos, 1, 1996.
198. NAVAJO, Pablo. De la Caridad al Estado de Bienestar. En: Iniciativa Social y Estado de Bienestar, 2004 (bajado de la red). www.iniciativasocial.net/historia.htm.
199. NAVARRO GARCIA, R. y cols. Análisis de la Sanidad en España a lo largo del siglo XX. Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.
200. NAVARRO, Ramón. Historia de la Sanidad en España. Lundweg, 2006.
201. NETTER, Frank H. Colección Ciba de Ilustraciones Médicas, tomo V, Corazón. Salvat, 1969
202. Norms and Standards in Epidemiology. New PAHO list 6/37 for tabulation of ICD-10-MC data: Epidemiological Bulletin, PAHO 20, 3, 1999.
203. NUÑEZ FLORENCIO, Rafael. Tal como éramos. España hace un siglo. Espasa Calpe. 1978.
204. OLAGÜE DE ROS, Guillermo. ASTRAIN GALLART, Mikel. ¡Salvad a los niños! Los primeros pasos de la vacunación antivariólica en España, (1799-1805). Asclepio, vol. LVI, I, 2007.
205. ORS MONTENEGRO, Miguel. (coord.). Elche, una mirada histórica, 2006.
206. ORS MONTENEGRO, Miguel. Elche, una ciudad en guerra, (1936-1939). Ali i Truc, 2008
207. ORS MONTENEGRO, Miguel. FALCO PEREZ, Patricio. Elche, 1900-1949. Librería Ali i Truc, 1998.
208. ORS MONTENEGRO, Miguel. La prensa Illicitana, 1836-1980. Caja de Ahorros Provincial. 1984.
209. ORTEGA Y GASSET, José. España Invertebrada. Espasa Calpe, 1964.
210. PADROS, E. Cristianismo y Hospital. Medicina e Historia, 10, 1965.
211. PALACIO ATARD, Vicente. Manual de Historia de España, Vol. 4. Edad contemporánea, I (1808-1898). Espasa Calpe, 1978.
212. PALOMARES IBAÑEZ, Jesús María. Nuevas políticas para un caciquismo. La Dictadura de Primo de Rivera en Valladolid. Secretariado de Publicaciones de la Universidad. 1993
213. PALOMARES LERMA, Gustavo. Mussolini y Primo de Rivera. Política Exterior de dos dictadores. Eudema, 1989.
214. PARIS EGUILZA, Higinio. El movimiento de los precios en España. Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 1943.
215. PAYNE, Stanley G. Falange: Historia del fascismo Español. Ed. Sarpe. 1985.
216. PEDRO PONS, A; FARRERAS VALENTI, P; FOZ TENA, A.- Enfermedades producidas por bacterias. En Pedro Pons, A.- Tratado de Patología y clínica Medicas, Vol. VI. Ed.Salvat, 1968.
217. PERDIGUERO GIL, Enrique. Huertos, Arroz y Mosquitos. La lucha contra el paludismo en la Provincia de Alicante. Cuadernos de Historia de España, v 79, n ° 1. Buenos Aires, 2005.
218. PERDIGUERO GIL, Enrique: Causas de muerte y relación entre conocimiento científico y conocimiento popular. En: Bernabeu, J; Robles, E. (Ed.) Quaderns valencians de població. Alicante, 1994.
219. PERDIGUERO GIL, Enrique; BERNABEU MESTRE, José; ROBLES GONZALEZ, Elena. La salud pública en el marco de la administración periférica. El Instituto Provincial de Higiene de Alicante (1924-1936). Dynamis, 14, 1997.
220. PERDIGUERO, E., CASTEJÓN, R. Definiendo y gestionando la salud: medicina y acción social en la España contemporánea. En: PERDIGUERO, E., CASTEJÓN, R. (eds.) Trabajo social y salud. Número monográfico nº 43 2002.
221. PEREZ RIVERO, Emilio. La provincia de Soria durante la dictadura de Primo de Rivera: 1923-1930. Centro de Estudios Sorianos, 1983.

222. PIEDROLA GIL, Gonzalo.- La salud y sus determinantes. Concepto de Medicina Preventiva y salud pública. En: Piédrola Gil, Gonzalo: Medicina Preventiva y Salud Pública. Masson, 2001.
223. PIEDROLA GIL, Gonzalo. PUMAROLA BUSQUETS, A.; BRAVO OLIVA, J. Lecciones de Higiene y Sanidad. 1961-62.
224. PINEAULT, Raynald; DAVELUY, Carole. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. Mason, 1990.
225. PINILLA GARCIA, Alfonso: El acontecimiento histórico. Hacia una categorización. Norba, Revista de Historia, 18, 2005.
226. PLATON, Miguel. Alfonso XIII, Plaza Janés, 1998.
227. POTENZIANI, Julio C; POTENZIANI, Silvia D. Historia de las enfermedades venéreas. Bajado de la red: www2.hu-berlin.de/sexology/BIB/Potenziani/hist01.htm.
228. PRATS Y BOSCH, A. La prostitucion y la sífilis. Luís Tasso, 1861, op. Cit. Castejon.
229. PRESTON, PAUL. Franco, Caudillo de España. Grijalbo, 1994.
230. PRETI, Luís. Terapéutica física. Tomo I. Wasserman, 1928.
231. PUERTO SARMIENTO, Francisco Javier. Ciencia y farmacia en la España decimonónica. Ayer, 7, 1992.
232. QUIROGA FERNANDEZ DE SOTO, Alejandro: Perros de Paja: Las Juventudes de la Unión Patriótica. Ayer, 59, 2005.
233. RAMAZZINI, Bernardo. De morbis artificum diatriba, 1ª ed. Módena 1700 (op. Cit. Gil Hernández).
234. RAMON Y CAJAL, Santiago. Mi infancia y Juventud. Librería Beltrán, 1946.
235. RAMOS FERNANDEZ, Rafael. Historia de Elche, Ed. Diario Información, 1989,
236. RAMOS FOLQUES, Alejandro. Historia de Elche. Ed. Picher, 1987.
237. RAMOS FOLQUES, Alejandro. La industria, el comercio y la agricultura en Elche. Ed. El autor, 1973.
238. RECASENS, Sebastián. El cáncer de útero. Ed. Espasa, Madrid, 1931.
239. Reglamento General de Beneficencia, 14 de mayo de 1852.
240. REIG, Ramir. La Constitución del orden conservador. De la Restauración a la Dictadura de Primo de Rivera (1874-1931). En: Martínez, Francesc A., Laguna, Antonio: La Gran Historia de la Comunidad Valenciana, Tomo 7. Ed. Prensa Valenciana, 2008.
241. REQUENA, Federico. Católicos, devociones y sociedad durante la Dictadura del Primo de Rivera y la Segunda Republica. La obra del Amor Misericordioso en España (1922-1936) Ed. Biblioteca Nueva, 2008.
242. RERUM NOVARUM, Encíclica de S.S. León XIII, 15 de mayo de 1891.
243. RICO AVELLO, E. Historia de la sanidad española, Ed. Giménez, Madrid 1969.
244. ROBBINS, Stanley I. Tratado de Patología, Ed. Interamericana, 1968.
245. RODES JUAN, Antonio. Un siglo de historia social. En: Cien años de la Historia de Elche y de su Caja de Ahorros (1886-1986). Ed. Caja de Ahorros de Alicante y Murcia, 1986.
246. RODRIGUEZ, E.; MENENDEZ, A. Salud, trabajo y medicina en la España de la legislación social., 1900-1939. Arch. Prev. Riesgos Lab. 9, 2006
247. RODRIGUEZ OCAÑA, E. Salud pública en España. De la Edad Media al siglo XXI. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2007.
248. RODRÍGUEZ OCAÑA, E., MOLERO MESA; J. La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud. En: MONTIEL, Luís, (ed.). La salud en el estado del bienestar. Análisis histórico. Madrid, Ed. Complutense, 1993.
249. RODRIGUEZ OCAÑA, Esteban. La producción social de la novedad: el suero antidiftérico, "nuncio de la nueva medicina". Dynamis, 27, 2007.

250. RODRIGUEZ SOLIS, Enrique. Historia de la prostitución en España y América, 2 vol. 1892 y 1893, (op. Cit. J.L. Guereña.),
251. SALORT VIVES, Salvador. Vivir y morir en Alicante. Higienistas e inversiones públicas en salud (1859-1923). Alicante, Universidad de Alicante, 2008.
252. SANCHEZ MANTERO, Rafael. La España de Isabel II. De la Regencia de Maria Cristina a la Primera República (1833-1874). En Historia de España, Vol. 9, Espasa, 1999.
253. SANCHEZ, Glicerio. La desamortización de Mendizábal en la provincia de Alicante. Instituto de Estudios Juan Gil Albert, 1986.
254. SANZ AGÜERO, Marcos. Antonio Maura. Círculo de Amigos de la Historia, 1975.
255. SANZ, Cristóbal. Excelencias de la Villa de Elche. Ed. Atenea, 1954; (el original es de 1621).
256. SCHUMBURG, Wilhelm. La tuberculosis; medios de evitarla y curarla. Ed. Manuel Marín, 1907.
257. SECO SERRANO, Carlos, La España de Alfonso XIII. Espasa Calpe, 2002.
258. SECO SERRANO, Carlos. Alfonso XIII y la crisis de la Restauración. Rialp, 1992.
259. Semanario Levante, 10 de julio de 1926.
260. Semanario Levante, 25 de abril de 1926.
261. Semanario Levante, septiembre de 1926.
262. Semanario Trabajo, 19 de junio de 1921.
263. Semanario Trabajo, 7 de agosto de 1921.
264. Semanario Trabajo, 9 de octubre de 1921.
265. Semanario Trabajo, 28 de mayo de 1922.
266. Semanario Trabajo, 25 de junio y 2 de julio de 1922.
267. Semanario Trabajo, 6 de agosto de 1933
268. Semanario Trabajo, 16 de septiembre de 1923
269. Semanario Trabajo 16 de septiembre de 1923.
270. Semanario Trabajo, 14 de octubre de 1923
271. Semanario Trabajo, 16 de diciembre de 1923.
272. Semanario Trabajo, 30 de marzo de 1924.
273. SEOANE SOBRAL, Mateo. Discurso preliminar sobre la reorganización de las profesiones médicas (1834). En: López Piñero, José María: M. Seoane. La introducción en España del sistema sanitario liberal (1791-1870). Colección Textos Clásicos Españoles de la salud pública. Nº 12. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.
274. SERNA, Justo. PONS, Anacleto. En su lugar. Una reflexión sobre la historia local y el microanálisis. En: Frias, C y Carnicer, M.A. Eds. Nuevas tendencias historiográficas e historia local en España. Universidad de Zaragoza, 2001.
275. SERRANO, Antonio. El obrero, 18 de noviembre de 1928.
276. SEVILLA JIMENEZ, Martín, Economía e industria. La evolución de Elche en el último siglo. En. Cien años de historia de Elche y de su Caja de Ahorros. (1886-1996). Ed. Caja de Ahorros de Alicante y Murcia, 1986.
277. SIERRA LOPEZ, A.; DORESTE ALONSO, J.L.; ALMARAZ GOMEZ, B. Demografía dinámica. (I). Natalidad, fecundidad y mortalidad. En. Piédola Gil, Gonzalo. Medicina Preventiva y Salud Pública. Masson, 2001.
278. SIMON ARCE, Rafael Angel. Los socorros domiciliarios y la municipalización de los servicios médicos de beneficencia. Alcalá de Henares, 1800-1900. Congreso Internacional de Historia y Ciencia. La modernización del siglo XX. Universidad Carlos III, 2008.
279. SMITH, Donald, R. Urología General. El Manual Moderno, 1972
280. TORTELLA CASARES, Gabriel. MARTI, Casimiro y cols. Historia de España (dir. Manuel Tuñón de Lara). VIII: Revolución Burguesa, Oligarquía y Constitucionalismo, 1834-1923. Ed. Labor, 1981.

281. TUÑÓN DE LARA, Manuel. EL movimiento obrero en la historia de España. Ed. Sarpe, 1981.
282. TUÑÓN DE LARA, Manuel. La España del siglo XIX,. Ed. Laia 1973.
283. TUÑÓN DE LARA, Manuel. La España del siglo XX. La quiebra de una forma de Estado. 1 (1898-1931). Ed. Laia, 1974.
284. TURNES, Antonio L. La sífilis en la medicina. Una aproximación a su historia. Bajado de la red: www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/sifilis.pdf
285. TUSELL GOMEZ, Javier; SECO SERRANO, Carlos. La España de Alfonso XIII. El Estado y la política (1902-1931), Vol. II: Del plano inclinado hacia la Dictadura al final de la Monarquía, 1922-1931, tomo XXXVIII de la Historia de España, Menéndez Pidal. Espasa Calpe, 1995.
286. TUSELL, Javier. Radiografía de un golpe de estado. El ascenso al poder del General Primo de Rivera. Alianza Editorial, Madrid, 1987.
287. TUSELL, Xavier. La España del siglo XX. Ed. Dopesa, 1975.
288. ULLOA CISNEROS, Luís, y cols. Historia de España. Vol. 5. Instituto Gallach de Liberia y Ediciones, Barcelona, 1959.
289. VALENCIANO, J.P. Historia de Elche. Ed, Mari Montañona, 1987.
290. VARIAN, Hal R. Microeconomía intermedia. Antoni Bosch, Ed. 1994.
291. VEGA GUTIERREZ, José Luís de la. Medio siglo de Medicina en Alicante. Historia del Ilustre Colegio de Médicos. 1894-1936. Ed. Caja de Ahorros Provincial, 1984.
292. VERDES MONTENEGRO, José: Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis pulmonar en el niño y el adulto. Cia. Iberoamericana de Publicaciones, 1929
293. VICENS VIVES, Jaime. Aproximación a la Historia de España. Salvat, 1970
294. VICENS VIVES, Jaime. Coyuntura económica y reformismo burgués. Ariel 1968.
295. VIDAL GALACHE, Florentina, El impacto de la Ley General de Beneficencia de 1822 en Madrid. Rev. Fac. Geogr. Hist. 1, 1987.
296. VILA SAN JUAN, José Luis. La vida cotidiana en España durante la Dictadura de Primo de Rivera. Argos Vergara, 1984.
297. VILLACORTA BAÑOS, Francisco. Dictadura y grupos sociales organizados. 1923-1930. Marcial Pons, Ayer, 40, 2000.
298. VILLARIN, Juan. El Madrid de Primo de Rivera. 1928. Ed. Nova, 1979
299. VIÑES RUEDA, José Javier: La sanidad española anterior a 1847. Temas de Historia de la Medicina, Navarra, 2006.
300. VIÑES RUEDA, José Javier: La sanidad española en el siglo XIX a través de la junta provincial de la Sanidad Navarra (1870-1902). Temas de Historia de la Medicina, Navarra, 2006.
301. VIVES GARCIA, Juan. La huelga de Elche 1903. Biblioteca Alicantina, 1974.
302. VLAHOV, David. Cities and health: history, approaches and key questions. Academic Medicine, 79(12), 2004.
303. WEBER, M. Class, status and party. En: Gerth, H; Mills, CW, Ed. From Max Weber: essays in sociology. Oxford University Press, 1946.
304. WINSTON, Colin M. La clase trabajadora y la derecha en España, 1900-1936. Cátedra, 1989.
305. ZABALA, Pío. Historia de España. Ed. Suc. Juan Gili, 1930.