

MANUEL MARTÍN SALAZAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE SUS APORTACIONES A LA SALUD PÚBLICA.

MÁSTER EN SALUD PÚBLICA 2020 - 2021



Enrique García Verdúñez

Tutora

Lourdes Mariño Gutiérrez

Índice

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Antecedentes bibliográficos.....	11
Justificación.....	11
Objetivos.....	12
Materiales y método.....	12
Resultados.....	13
Biografía de Manuel Martín Salazar (1854-1937).....	13
Principales iniciativas sanitarias y políticas en materia de Salud Pública.....	15
Estadística sanitaria.....	15
Hospital del Rey y formación de médicos higienistas.....	15
Proyecto de Ley de Epidemias de 1914.....	16
Medidas adoptadas durante la epidemia de gripe de 1918-1919.....	17
Proyecto de Ley sobre profilaxis pública de las enfermedades infecciosas de 1919.....	20
Propaganda Sanitaria.....	21
Defensa de la creación de un Ministerio de Sanidad.....	21
Campaña sanitaria en las Hurdes.....	21
Conclusiones.....	22
Limitaciones.....	22
Fuentes y bibliografía.....	23
Anexo.....	29

Resumen.

Manuel Martín Salazar (1834-1937), vivió la convulsa etapa política, social, económica y sanitaria de finales del siglo XIX y principios del XX. A lo largo de su trayectoria profesional conoció veinte gobiernos diferentes, con veinticinco ministros de Gobernación, de los que dependían todos los asuntos sanitarios del país, con una nula atención a los aspectos epidemiológicos y sociosanitarios más elementales, resultando en una sanidad deficitaria.

Justificación.

Las medidas adoptadas frente a la pandemia de COVID-19, no son producto de las demandas fortuitas presentes, sino de todo un proceso regenerador sanitario que se inició a principios del siglo XX, situándose Martín Salazar a la vanguardia del mismo.

Objetivos.

Realizar una revisión bibliográfica de las aportaciones de Manuel Martín Salazar a la Salud Pública, analizando las medidas sociosanitarias y legislativas que se adoptaron antes y después de la gripe de 1918-1919, así como el alcance de las mismas.

Materiales y método.

Se realizó un estudio histórico bajo la perspectiva de la historia social de la medicina en el periodo comprendido entre 1855 y 1937, destacando los años 1909 hasta 1923. Para ello, se consultaron: fuentes de archivo, fuentes bibliográficas primarias y secundarias, así como fuentes orales.

Resultados.

Perfila la figura del médico higienista en España, describiendo sus competencias, la duración de su formación y el lugar donde se llevaría a cabo la misma. Elabora proyectos de ley sobre prevención de enfermedades infecciosas desde 1914-1922, así como reales decretos que suplirían la ausencia de una ley de sanidad en España durante los años de epidemia gripal.

Conclusiones.

Gracias a Martín Salazar, la Salud Pública existe tal y como es hoy en España. Sin su capacidad de movilización del personal sanitario y otros estamentos, ni sus aportaciones a la misma, no se habrían sentado las bases de nuestro actual sistema sanitario.

Palabras clave: Manuel Martín Salazar, higiene, salud pública, legislación sobre enfermedades infecciosas, estadística sanitaria, epidemia de gripe de 1918-1919, administración sanitaria.

Introducción.

Manuel Martín Salazar, médico, (1854-1937) comenzó su carrera profesional durante los años del Sexenio Democrático¹, tras el que finalizaría la Primera República Española y daría comienzo el periodo conocido como *Restauración Borbónica*² en la persona de Alfonso XII. En este nuevo periodo, profundamente influido por el *positivismo*³ y, junto al *regeneracionismo*⁴, nace el concepto de “España como un organismo enfermo y degenerado” (Porras, 1998). La trayectoria de Martín Salazar quedará marcada por este nuevo movimiento.

La modernización que propugnaba el regeneracionismo anhelaba alcanzar el modelo de las instituciones, infraestructuras y conocimiento de los estados europeos más modernizados, considerados “*ejemplarmente civilizados*” (Rodríguez, 1994). El problema al que se enfrentaban los regeneracionistas residía en la falta de políticos e instituciones con capacidad de liderazgo para emprender reformas en profundidad. El sistema político era el de alternancia entre el partido conservador, de la mano de Antonio Cánovas del Castillo (1828-1897)⁵, y el partido liberal, bajo Práxedes Mateo Sagasta (1825-1923)⁶.

La *clase médica*, como participante que fue del regeneracionismo, no tardó en relacionar el desastre de 1898 con la mala situación sanitaria y argumentó la necesidad de crear nuevas instituciones científicas y llevar a cabo una reforma sanitaria (Tuñón de Lara, 1974).

La Dictadura de Primo de Rivera intentará acabar con el caciquismo⁷, experimentando una cierta mejora económica, apaciguará el territorio marroquí⁸ (DHC, s.f.) y formalizará la apertura al exterior con la firma de acuerdos con la Junta de Sanidad Internacional de la Fundación

¹ Transcurre desde la Revolución de 1868, en la que es destronada Isabel II, hasta el Pronunciamiento del general Arsenio Martínez Campos en 1874.

² Constitución de 1876. Finalizó el 13 de septiembre de 1923, tras el golpe de Miguel Primo de Rivera.

³ Teoría filosófica que argumenta que todo conocimiento se limite a la interpretación de los hallazgos "positivos"; verificables.

⁴ Intento de modificar todas las facetas de la vida social y del Estado, surgido a causa de la pérdida de las últimas posesiones de ultramar en 1898: Cuba, Puerto Rico y Filipinas. Se anhelaba superar las prácticas caciquiles y lograr que la política respondiese a los movimientos de opinión pública. En el plano social aspiraban conseguir un país de clases medias y extender la industrialización. En el ámbito sanitario se tomaron como objetivo superar las importantes deficiencias del país (Rodríguez, Martínez, 2008).

⁵ Dirigente y fundador del Partido Conservador. Impulsó la Restauración Borbónica. Presidió el Consejo de Ministros en seis ocasiones.

⁶ Dirigente y fundador del Partido Liberal y Presidente del Consejo de Ministros, en alternancia con Cánovas del Castillo.

⁷ Mediante una reforma administrativa que sustituirá a los gobernadores civiles por otros militares y, los ayuntamientos por juntas de vocales asociados que, en la práctica, eran elegidas por los antiguos caciques (DHC, s.f.).

⁸ Tras el desembarco de Alhucemas el 8 de septiembre de 1925.

Rockefeller⁹. Las desavenencias con el nuevo régimen harán que Martín Salazar finalice su vida profesional en 1923 (Rodríguez, Martínez, 2008).

A principios del siglo XX España era una sociedad eminentemente agrícola, en donde la principal fuente de riqueza radicaba en la agricultura. La pobreza y el analfabetismo estaban muy extendidos (gráfico 1). Predominaban las bajas rentas de la mayor parte de la población, que dificultaban el desarrollo industrial, la modernización social, el consumo y el ahorro.

La sociedad presentaba condiciones físicas precarias que, junto con los bajos salarios y estacionalidad de los empleos, no permitían el mantenimiento de una adecuada nutrición, mostrando, por tanto, una mayor vulnerabilidad ante las enfermedades (Del Puerto, 2011).

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 1900 España contaba con 18.597.400 habitantes; la emigración a América, el débil crecimiento poblacional y las repetidas hambrunas y epidemias provocaron una desigualdad creciente entre España y el resto de los países europeos. No obstante, la población creció de forma lenta pero continua en el primer tercio del siglo XX. La caída de la tasa de mortalidad, basada en las mejoras sanitarias y sociales que irían sucediéndose¹⁰, fue la razón de este incremento demográfico.

Las tasas de mortalidad pasaron de 24,4 por cada mil habitantes (1901-1910) a 19 por cada mil habitantes (1921-1930). La edad media en 1900 estaba en 34,76 años, alcanzando en 1930 los 49,97 años (Campos, 1999).

⁹ Fundada por John D. Rockefeller (1839-1937), el 14 de mayo de 1913. Su misión principal: "Promover el bienestar de la humanidad en todo el mundo" (TRF). El informe Bailey de dicha fundación, afirmaba que la sanidad española era un "completo desastre", con profesionales anticuados y de escasa dedicación (Rodríguez, Martínez, 2008).

¹⁰ El control de las infecciones y las mejoras sociales permitieron reducir las tasas de mortalidad. Superadas las explicaciones miasmáticas, la teoría del contagio sistematizaba una intervención basada en la evidencia científica: confirmación microbiológica, rotura de la cadena de transmisión, control del enfermo y de sus contactos, aislamiento, desinfección, desinsectación y, finalmente, vacunación. Esto fue el argumento para la creación de unidades administrativas de intervención en el ámbito de la Administración sanitaria: la Brigada Sanitaria (1909) y la sección de epidemiología (1910), ambas en el Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII; la Brigada Epidemiológica Central (1921) denominada posteriormente Servicio Epidemiológico Central (1927) en la Dirección General de Sanidad y, a nivel provincial, las secciones de epidemiología y desinfección (1925), posteriormente secciones de epidemiología y estadística sanitaria (1935) (Bernabeu-Mestre, Galiana-Sánchez, Martínez-Navarro, Tamayo, 2014).

Entre 1830 y 1847, tras sucesivas epidemias de cólera en Europa¹¹, se sentaron las bases de lo que sería la diplomacia de las enfermedades transmisibles y la cooperación internacional en materia de salud pública, las Conferencias Sanitarias Internacionales. Pueden considerarse el inicio de la Salud Pública moderna (Nájera, 2019), celebrándose la primera de ellas en París, en 1851¹². Los convenios adoptados condujeron a la creación de dos instituciones: en 1907, la Oficina Internacional de Higiene Pública de París, siendo el primer organismo sanitario con competencias universales hasta el fin de la Segunda Guerra Mundial y en 1912, la Oficina Sanitaria Panamericana (Rodríguez, 1994).

En cuanto a la mortalidad por enfermedades infecciosas, desde finales del siglo XIX venía siendo un problema social y de salud pública en España, pues constituía básicamente el patrón epidemiológico del país. Gracias a las investigaciones bacteriológicas, principalmente por Robert Koch (1843-1910)¹³ y Louis Pasteur (1822-1895)¹⁴, junto a la validación del poder del suero antidiftérico, se generaron nuevas expectativas en el abordaje y tratamiento de cada enfermedad infecciosa¹⁵, lo que se tradujo en la incorporación del laboratorio¹⁶ en la gestión de los procesos infecciosos y en la necesidad de especialistas para el mismo. (Porrás, 2021).

La comparación con países europeos occidentales en términos sanitarios denota importantes deficiencias, tales como los pésimos servicios de suministro de agua y alcantarillado urbanos¹⁷, una mayor mortalidad general y amplia presencia de enfermedades infectocontagiosas¹⁸.

¹¹ Seis ondas pandémicas afectaron a Europa en 1817-1823; 1826-1837; 1841-1859; 1863-1875; 1881-1896; 1899-1923 siendo España el único país que sufrió todas ellas menos la primera (Rodríguez, E. Martínez, F. 2008).

¹² Se sucedieron 14 Conferencias Sanitarias Internacionales y España fue el único país que participó en todas ellas (Rodríguez, 1994).

¹³ Descubrió el bacilo causante de la tuberculosis en 1882 y el del cólera, en 1883.

¹⁴ Refutó la teoría de la generación espontánea y desarrolló la teoría germinal de las enfermedades infecciosas.

¹⁵ Martín Salazar consideraba que en el momento en que las enfermedades infecciosas aparecen como evitables, no debía extrañar que su alta prevalencia se achacara al atraso de la administración sanitaria y fuera un impulso para la adopción de políticas que abocaran en la deseada regeneración sanitaria (Martín, 1913).

¹⁶ Creación de los institutos Pasteur, en París y Robert Koch, en Berlín.

¹⁷ En 1902, se calcula que en Madrid (red acometida en 1856) existían más de 3.000 pozos negros, los sumideros carecían de sifones y más de 4.000 casas no tenían suministro de agua. Barcelona, se veía obligada en 1913, a construir numerosos depósitos de descarga de agua para mantener la circulación de las alcantarillas (Rodríguez, 1994).

¹⁸ En 1906, la Academia de Higiene de Cataluña atribuyó la ausencia de alcantarillado en el 70% de los municipios y la escasez e insalubridad del agua potable en el 49%, la principal causa de morbimortalidad (Bernabéu, 2006).

Como se puede apreciar en el gráfico 2, la tuberculosis es la principal causa de mortalidad por enfermedad infecciosa, seguida de neumonía y gripe, durante ambos quinquenios, tanto en capitales como en provincias¹⁹.

En el caso de Europa, la tuberculosis sigue siendo la principal causa de mortalidad por enfermedad infecciosa, seguida del sarampión (gráfico 3).

En lo que respecta a la organización central sanitaria a finales del siglo XIX, dependía de la Ley de Sanidad de 1855 (LGS 28-11-1855), con la Dirección General de Beneficencia y Sanidad del Ministerio de la Gobernación, como órgano ejecutivo y el Real Consejo de Sanidad, de carácter consultivo (diagrama 1). El sistema cuarentenario anterior quedaba sustituido por las visitas de inspección; en situaciones de riesgo epidémico, el Gobierno nombraba delegados de inspección y cuando no eran necesarios, la vigilancia se relegaba a subdelegados, que rendían cuenta a los Gobernadores Civiles y alcaldes de los distritos sanitarios a su cargo, sin apenas supervisión (Codina, Armiñán, Codina, 1927).

En materia asistencial, la ley invitaba a los municipios a prestar asistencia médico-farmacéutica a las familias pobres, como ya recogía la anterior Ley General de Beneficencia de 1849, y a atender los asuntos de higiene pública mediante la contratación de médicos titulares (Rodríguez, Martínez, 2008).

En 1899 se refunda brevemente la Dirección General de Sanidad (RD 19-08-1899) (Rodríguez, Martínez, 2008), como organismo independiente y separado del regulador de la Beneficencia, incluyéndose la aprobación de la *Instrucción General de Sanidad* (RD 12-01-1904) con el apoyo del ministro de la Gobernación, José Sánchez Guerra y Martínez (1859-1935)²⁰ y gracias a la iniciativa de Carlos María Cortezo y Prieto de Orche (1850-1933)²¹ quien, al mismo tiempo, impulsa la creación del Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII²².

¹⁹ Se estima que en el periodo de 1900-1937 se producían unas 100.000 defunciones anualmente, en las que se incluían las causadas por neoplasias, enfermedades infecciosas y enfermedades heterogéneas sin diagnosticar (Navarro, et. al, 2002).

²⁰ Varias veces ministro y presidente del Consejo de Ministros durante el reinado de Alfonso XIII.

²¹ Director General de Sanidad en 1899 y en 1902-1904, Director de la Real Academia Nacional de Medicina en 1929 (Matilla, 1987).

²² Inicialmente con las secciones de Bacteriología (competencias de análisis y enseñanza), Sueroterapia y Vacunas (producción de suero antiappestoso, antídiftérico, vacuna de la rabia y antitífica) y de Inoculaciones antivariolíticas. En 1909, con motivo de una nueva epidemia de cólera y de peste en el norte de África, se reordena con cinco secciones (Epidemiología, Sueroterapia, Vacunaciones, Bacteriología y Análisis Químicos) y cuatro subsecciones (Veterinaria, Parasitología, Tratamiento antirrábico, Ingeniería

En esta nueva institución, cuyo director será Santiago Ramón y Cajal (1852-1934), se disolverán el Instituto General de Vacunación de 1874²³ y el Instituto Nacional de Bacteriología e Higiene²⁴. Esto marcaría el inicio de los servicios de alerta, higiene y prevención estatales (Molero, J. Jiménez, I. 2000).

La *Instrucción General de Sanidad* se organizó en dos Inspecciones Generales: Sanidad Exterior e Interior²⁵. La Inspección General de Sanidad Exterior tendría las competencias en materia de estadística sanitaria y se le asignó el control de fronteras con Francia y Portugal, incluyendo a los funcionarios del Cuerpo de Sanidad Marítima y las nuevas funciones del control de higiene del transporte por ferrocarril²⁶ (RD 28-10-1899). El Reglamento de Sanidad Exterior definitivo no se aprobará hasta 1917 (RD 03-03-1917)²⁷. La Inspección General de Sanidad Interior²⁸ fue dotada de un Cuerpo funcional de Inspectores Provinciales²⁹, revestidos de autoridad sanitaria³⁰, y otro de Inspectores Municipales de Sanidad³¹ (Rodríguez, 1992).

sanitaria con Parque central). En 1908 se denominará Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII (Rodríguez, Martínez, 2008).

²³ Instituto de Vacunación del Estado (Ferret, 1919).

²⁴ El Instituto Nacional de Bacteriología e Higiene (RD 23-10-1894) nunca llegó a funcionar; estaría bajo la dirección de Amalio Gimeno Cabañas (1852-1936), higienista militar, Vocal del Real Consejo de Sanidad (1898), Consejero del Real Consejo de Sanidad (1927) y Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina (1932) (Malo de Poveda, 1919).

²⁵ Ambas Inspecciones se fusionaron por Real Decreto de 31 de mayo de 1916 en la Inspección General de Sanidad que, en 1922 pasaría a denominarse Dirección General de Sanidad (Rodríguez, 1992).

²⁶ La carencia e inexistencia de personal fijo se suplía nombrando comisiones de inspección con miembros de la Secretaría del Real Consejo de Sanidad, cuando surgía un peligro epidémico trasfronterizo (Rodríguez, 1992).

²⁷ En cumplimiento de los acuerdos firmados en la Conferencia de París de 1912, incluyéndose medidas para la vigilancia de la fiebre amarilla y definiendo, definitivamente, las funciones de vigilancia del transporte por ferrocarril.

²⁸ Las nuevas orientaciones de la sanidad nacional, basadas en las corrientes bacteriológicas que tuvieron, entre otras consecuencias, la suspensión del sistema cuarentenario en la Sanidad Exterior, hicieron que el Estado reforzara el sistema de inspección, creando un nuevo cargo; Inspector de Servicios Sanitarios (Ley de presupuestos de 1908) a las órdenes inmediatas de los Inspectores Generales y cuya misión consistía en acudir inmediatamente donde fuese necesario. Se convocaron cuatro plazas: Sanidad Interior, Sanidad Exterior (ambas desempeñadas por médicos), Servicios Farmacéuticos y Sanidad Veterinaria. (Rodríguez, 1992).

²⁹ En 1892, coincidiendo con una epidemia de cólera, se crea el cargo de Inspector Provincial de Sanidad (RO 29-08-1892). Su nombramiento correspondía a los Gobernadores Civiles. Estaban en comunicación con los subdelegados de provincia y, éstos, con los médicos titulares. En principio, sólo eran remunerados en caso de epidemia (Malo de Poveda, 1919).

³⁰ IGSP, art. 47: "se comunicará directamente con los Inspectores generales y acudiera al Gobernador civil sólo en los casos en los que su propia autoridad fuese desatendida o insuficiente". Además, en su art. 39 encomendaba al Inspector Provincial la organización y registro de la higiene de las prostitutas, su hospitalización o tratamiento domiciliario, vigilancia sobre balnearios, asilos y hospitales.

³¹ Dependían directamente de los alcaldes y tampoco percibían un salario fijo, más allá de sus dietas (Rodríguez, 1992).

Sin más dotación que el propio puesto de Inspector y con la casi total ausencia de competencias y retribuciones, se extendió el descontento con multitud de plazas vacantes en todo el territorio. En su Primera Asamblea Nacional, constituida en noviembre de 1916 y, especialmente tras la gripe de 1918-1919, sus exigencias se vieron reforzadas y se comenzó una campaña de opinión a favor de la creación de un Ministerio de Sanidad, cuyos funcionarios debieran ser sanitarios o médicos. En 1921, en otra asamblea se hicieron nuevas exigencias, incluyendo una vez más, la de la creación de dicho ministerio. Esta vez se verían apoyados por su Inspector General de Sanidad, Manuel Martín Salazar (Rodríguez, 1992).

Los avances de la ciencia sanitaria se encontraban fuera del país y era necesario para aprender, servirse de traducciones de tratados y monografías o desplazarse a los centros extranjeros³². Esto cambiará gracias a la reinstalación de la Dirección General de Sanidad en 1922³³ y los acuerdos firmados con la Comisión de Sanidad Internacional de la Fundación Rockefeller de 1922³⁴, que supusieron la colaboración con la Junta de Ampliación de Estudios³⁵, el envío de personal técnico a España, becas para la formación en salud pública (Rodríguez, Martínez, 2008) y el nacimiento de la Escuela Nacional de Sanidad (Madrid)³⁶, que comenzó su actividad en 1925, cuando se inauguró también el Hospital de Enfermedades Infecciosas u Hospital del Rey³⁷.

Estas iniciativas, junto al Reglamento de Sanidad Provincial, promulgado igualmente en 1925 y que creaba los institutos provinciales de Higiene, representaron el paso de nuestra salud pública a su etapa de consolidación, que se extendió hasta 1957 (Rodríguez, 2001).

³² Martín Salazar disfrutó de los privilegios de poder formarse en centros investigadores de Francia (Instituto Pasteur) y Alemania (Instituto Robert Koch) (Barona, s.f.).

³³ Había caído en descrédito tras la epidemia de gripe de 1918-1919 (Rodríguez, Martínez, 2008).

³⁴ Entraron en vigor en 1924, en plena Dictadura de Primo de Rivera.

³⁵ Creada en 1907 para promover la investigación y educación científica, cuyo presidente, Santiago Ramón y Cajal (1852-1934) y su secretario, José Castillejo Duarte (1877-1945), impulsaron, junto con la Fundación Rockefeller, la consolidación de la Sanidad como disciplina científica en España (Rodríguez, 2010).

³⁶ Inspirada en la School of Hygiene and Public Health (Universidad Johns Hopkins), con el objetivo de proporcionar formación especializada en Salud Pública para los médicos de la Administración sanitaria, que Martín Salazar había reclamado en 1913 (Martín, 1913).

³⁷ Demandado por los médicos durante la gripe de 1918-1919, cuando únicamente se adquirieron los terrenos (Porrás, 2021).

Antecedentes bibliográficos.

De todo el material y fuentes consultadas no se ha localizado ningún trabajo que trate de manera monográfica su obra y aportaciones a la sanidad. Sobre los aspectos biográficos, destaca la obra de Francisco Salas Fernández³⁸ (1952-2008) (Salas, 1998), de la que es depositario el Ayuntamiento de Montellano y de la que sólo se conserva un ejemplar en la Biblioteca Nacional de España. En cuanto al análisis de su obra y trayectoria se destacan, principalmente, los monográficos y la tesis doctoral (Porrás, 1994) de María Isabel Porrás Gallo³⁹ y los trabajos de Esteban Rodríguez Ocaña⁴⁰, así como otras referencias aisladas en artículos y obras menores de diversos autores.

Justificación.

A consecuencia de la pandemia de COVID-19, se han propuesto medidas preventivas y legislativas que aparecen en escena como auténticas novedades. Hace 103 años algunas de estas medidas ya fueron puestas en práctica y, otras, sopesadas o esgrimidas como necesarias para subsanar una sanidad deficitaria.

Entre 1888 y 1937, el Dr. Martín Salazar destacó en sus aportaciones al campo de la higiene militar, la sanidad exterior, la vacunología y en su compromiso social y político con la sanidad civil española en diversos ámbitos, incluso publicitándola.

En su desempeño como Inspector General de Sanidad le correspondió el dudoso honor de hacer frente a un sistema anticuado, que resultó ser funesto durante la epidemia de gripe de 1918-1919. Ante tales acontecimientos, la situación demandaba, medidas eficaces. Por ello, se hace necesaria una revisión de uno de los máximos defensores de aquellas medidas primigenias, para así comprender el impacto que algunas tuvieron y que otras hubieran tenido.

³⁸ Dedicó diez años a la elaboración de su obra sobre Martín Salazar (Salas, 1998) y destinó los beneficios de la misma a la erección de un busto de su biografiado en Montellano.

³⁹ Catedrática de Historia de la Ciencia (Universidad de Castilla La Mancha).

⁴⁰ Catedrático de Historia de la Ciencia (Universidad de Granada).

Objetivos.

Realizar una revisión bibliográfica de las aportaciones de Manuel Martín Salazar en materia de Salud Pública antes y después de ser nombrado Inspector General de Sanidad. Analizar las medidas sociosanitarias y legislativas que se adoptaron antes y después de la gripe de 1918-1919, así como el alcance de las mismas.

Materiales y método.

Se realizó un estudio histórico bajo la perspectiva de la historia social de la medicina en el periodo de tiempo comprendido entre 1855 y 1937, destacando por su relevancia y consecuencias los años 1909 hasta 1923, años del nacimiento de la salud pública en nuestro país. Para llevar a cabo el estudio se han utilizado:

- Fuentes de Archivo: Archivo Militar de Segovia (AGSM) y Archivo General de la Administración (AGA).
- Fuentes bibliográficas primarias y secundarias:
 - Para localizar las fuentes primarias se ha recurrido a la Biblioteca Nacional de España, Real Academia Nacional de Medicina y las Actas de las Sesiones del Congreso de los Diputados.
 - Para localizar trabajos sobre la figura de Martín Salazar se han realizado una serie de búsquedas bibliográficas simples en diferentes bases de datos: PubMed, Web of Science, Scopus, IBECs, Red Scielo y en los Índices del CSIC. Dichas consultas han arrojado un resultado de 3 referencias bibliográficas de bibliografía secundaria y ninguna monográfica sobre su figura. Hasta donde conocemos, la única obra que se ha publicado sobre esta importante figura es una biografía editada por el Ayuntamiento de Montellano, ciudad donde nació.
 - Se han consultado: la Gaceta de Madrid, Boletines Oficiales Provinciales y se han realizado búsquedas avanzadas en el buscador Google Académico⁴¹.
- Fuentes orales⁴².

⁴¹ Este buscador permite localizar documentos de carácter académico como artículos, tesis, libros, patentes, documentos relativos a congresos y resúmenes. Contiene información procedente de editoriales universitarias, asociaciones profesionales, repositorios de pre-prints, universidades y otras organizaciones académicas.

⁴² Las fuentes orales han solicitado el anonimato.

Resultados.

Biografía de Manuel Martín Salazar (1854-1937).

Primeros años	Nacimiento	28 de octubre de 1854 Montellano (Sevilla) ⁴³ .
	Formación	1873: Bachillerato en Artes. 1873-1878: Licenciado en Medicina y Cirugía ⁴⁴ .
Carrera militar	Desempeños	1879: Cuerpo de Sanidad Militar. 1880-1886: Hospital Militar de Cádiz ⁴⁵ . 1896: Ejército expedicionario de Cuba ⁴⁶ . 1898: "Médico Mayor por antigüedad" ⁴⁷ (AGMS). 1912: "Subinspector Médico de 2ª clase de Sanidad Militar por antigüedad" (AGMS).
	Obras	-La locura afectiva desde el punto de vista médico-legal (1885). -Higiene de la tisis con arreglo a la nueva doctrina parasitaria (1887). - <i>Revista de Sanidad Militar</i> ⁴⁸ . -Un nuevo método de suero-diagnóstico macroscópico de la fiebre tifoidea (1904). -Estado sanitario actual del Ejército español, conferencia (1905). -Inmunidad con aplicación a la Higiene y Terapéutica de las enfermedades infecciosas (1907). -Estado científico actual de la cuestión de inmunidad en la tuberculosis, con aplicación a la Higiene y terapéutica de este padecimiento (1908). -La inmunidad en la Tuberculosis (1912).

⁴³ Hijo de Roque Martín Jiménez, cirujano barbero y Gertrudis Salazar Carrillo. A los dos años fallece su hermana y a los 5, su madre (tuberculosis) (Salas, 1998).

⁴⁴ En Sevilla y posteriormente en Granada. Durante el curso de 1876-1877, sucedió una epidemia de tifus exantemático que acabó con la vida de un íntimo amigo y de un catedrático de Clínica Médica, del que había sido alumno (Salas, 1998).

⁴⁵ Doctorándose en 1885 con sobresaliente. Ese mismo año se presentó a la cátedra de Higiene Privada y Pública de la Facultad de Medicina de Cádiz (consiguiendo el segundo puesto), que había regentado el catedrático gaditano Benito Alcina Rancé (1853-1902), quien le prologa su monografía (Alcina, 1887) *Higiene de la tisis con arreglo a la nueva doctrina parasitaria* (Martín, 1887). La influencia que tuvo en Martín Salazar radica, en los artículos de higiene y las denuncias que Alcina Rancé hacía en la revista que publicaba (*Gaceta de Higiene y Climatología*); en 1883 señaló públicamente las carencias de España en sistemas de estadísticas médicas fiables, que la Dirección de Sanidad fuera un puesto ocupado por políticos que desconocían los fundamentos de la Higiene, así como las deficientes leyes sanitarias existentes (Salas, F. 1998).

⁴⁶ Ocupó durante dos cursos la Cátedra de Patología Médica como auxiliar extraordinario, en la Facultad de Medicina de La Habana (AGMS).

⁴⁷ Desde 1898 y hasta 1909, estuvo al frente de la Sección de Sueros y Vacunas del Instituto de Higiene Militar, institución que modernizó, fundando una sección para la preparación de suero antidiftérico, otros sueros y vacunas (Porrás, 1998).

⁴⁸ En 1888 empieza a colaborar en la *Revista de Sanidad Militar*, siendo su director desde 1906 hasta 1936.

		-La lucha contra la fiebre tifoidea (1912).
Sanidad civil y carrera política	Desempeños	1909: Inspector General de Sanidad Exterior. 1913: Académico de la Real Academia Nacional de Medicina ⁴⁹ . 1916: Inspector General de la Sanidad del Reino. 1921: Senador por el Partido Conservador en Cantabria. 1923: Senador por el Partido Liberal en Orense ⁵⁰ .
	Obras	-La Sanidad en España (1913) ⁵¹ . -Propaganda sanitaria: Crítica del estado actual de la vacunación antitífica (1915). -Propaganda sanitaria: Epidemiología y régimen sanitario de la parálisis infantil (1916). -Profilaxis del tifus exantemático (1916). -La sanidad y los seguros sociales (1918). -La medicina social y el saneamiento de Sevilla (1920). -El Ministerio de Sanidad y del Trabajo (1921). -Problemas sanitarios sociales (1923).
Últimos años	Obras	-Doctrina de Ferrán sobre la tuberculosis y su vacuna Antialfa (1927). -La química de la inmunidad (1928). -La Sanidad y La Instrucción pública como bases de la redención de España. (1931). -Valor Social y Sanitario del Seguro obligatorio de enfermedad (1934). -Superioridad de la hemoterapia sobre la sueroterapia (1935).
	Fallecimiento	25 de febrero de 1937 ⁵² .

⁴⁹ Académico electo en 1911 para ocupar la vacante por fallecimiento de Laureano García Camisón (1836-1910). El 8 de junio de 1913 tomó posesión del cargo (Salas, 1998).

⁵⁰ Hasta el 13 de septiembre, por el golpe militar de Miguel Primo de Rivera. El 22 de noviembre del mismo año presentó la dimisión de todos sus cargos, retirándose de la actividad profesional (Rodríguez, Martínez, 2008).

⁵¹ Discurso leído con motivo de su toma de posesión. Denuncia el atraso histórico, social y cultural en que vive inmerso el país. Analiza el lento progreso de las instituciones políticas y la escasez de médicos en la confección de leyes sobre sanidad. Afirma que la política predominante se opone a un “derecho sanitario” que imponga a los ciudadanos el cumplimiento de los preceptos de la ciencia sanitaria. Subraya que la “nueva higiene”, entendida como disciplina asentada en el método estadístico, llevará al control de las principales enfermedades infecciosas y a evitar la mortalidad por las mismas.

⁵² Por “bronquitis aguda”. Sus restos descansan en el Cementerio de Nuestra Señora de La Almudena de Madrid.

Principales iniciativas sanitarias y políticas en materia de Salud Pública.

Estadística sanitaria.

A finales de 1909⁵³, aparece el *Boletín de Estadística Demográfica Sanitaria*⁵⁴. Los datos⁵⁵ que se recogían concernían a instituciones como laboratorios, institutos de higiene, estaciones sanitarias de puertos, hospitales o asilos. Martín Salazar, como Inspector General de Sanidad Exterior⁵⁶, demandará la mejora de los servicios de estadística sanitaria, incidiendo en la carencia de leyes que obliguen a los inspectores municipales y médicos titulares, a la recogida y notificación de datos⁵⁷.

En consecuencia, en 1920 y bajo su mandato⁵⁸, el Reglamento del Cuerpo de Inspectores Provinciales de Sanidad consignará, como primera función de éstos, la vigilancia del cumplimiento del deber de los inspectores municipales y médicos titulares (Rodríguez, 1992).

Hospital del Rey y formación de médicos higienistas.

En 1913 plantea la construcción de un hospital para el tratamiento y aislamiento de enfermos infecciosos en Madrid. El proyecto tomaría forma por Real Orden de 24 de abril de 1913, mediante la que se encargaba al Arquitecto de la Inspección General de Sanidad, Ricardo García y Guereta (1861-1936), el estudio y formación del mismo; sería el futuro Hospital del Rey, que se vería impulsado definitivamente con la epidemia de gripe de 1918-1919⁵⁹.

A parte sus funciones propias, será uno de los centros de formación de los nuevos higienistas, que ya demandara el propio Martín Salazar en 1913; veía en los médicos un gran vacío en su

⁵³ La IGSP ordenaba la elaboración de estadísticas de morbilidad; todos los médicos que prestaban servicio en dispensarios, asilos u hospitales, debían rendir mensualmente la relación de enfermos asistidos. Las cifras eran compiladas por los inspectores municipales en los primeros diez días del mes siguiente y enviadas a los inspectores provinciales; de allí eran remitidas a la Inspección General de Sanidad Exterior, que procedía a su publicación en la *Gaceta de Madrid* e informaba a la Comisión de Estadística del Real Consejo de Sanidad, quien publicaba de forma semestral el *Boletín Demográfico Sanitario*.

⁵⁴ Más tarde se denominaría Boletín Mensual de Estadística Demográfica Sanitaria.

⁵⁵ A partir de 1910, se empezaron a consignar defunciones, distribuidas por causas, sexo y por grupos de edad. La natalidad se estructuró por sexos, legitimidad y vitalidad (nacidos vivos, nacidos muertos, muertos al nacer, muertos antes de las 24 horas).

⁵⁶ Como ya se mencionó, la estadística sanitaria estaba a cargo de la Inspección General de Sanidad Exterior.

⁵⁷ El mayor escollo que impedía alcanzar resultados eficaces era la insuficiencia del primer escalón en la recogida de datos y lo achacaba a la falta de motivación de los médicos titulares y los inspectores provinciales (Martín, 1913).

⁵⁸ Ya como Inspector General de Sanidad del Reino desde 1916.

⁵⁹ Esta real orden daba forma al proyecto, pero la adquisición de los terrenos no será hasta 1918 (RD 03-12-1918).

formación y propone la creación de cátedras de Microbiología en todas las facultades del país, así como la creación en España de la especialidad de “médico higienista”, con una duración de al menos dos años, planteando la opción de centralizar esta enseñanza en el Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII (Meseguer, et. al, 2017).

Proyecto de Ley de Epidemias de 1914⁶⁰.

Consta de 18 artículos, en los que se expone la necesidad de equiparación a las legislaciones vigentes en otros estados europeos, sobre enfermedades transmisibles, para abordar la alta mortalidad que éstas producen en España. Principalmente, incide en la obligatoriedad de la declaración de todo caso de enfermedad transmisible⁶¹, la desinfección⁶², el aislamiento de enfermos⁶³, la vacunación obligatoria⁶⁴, el deber de informar cuando las defunciones superen a la media nacional⁶⁵, la elaboración de estadísticas y demografías sanitarias⁶⁶, así como en disponer de personal veterinario⁶⁷.

Asimismo, aboga de nuevo por la formación de especialistas en higiene⁶⁸ mediante la creación de la especialidad de oficial sanitario o médico higienista, corriendo esta formación a cargo del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII⁶⁹ y propone la creación de un instituto de higiene en aquellas provincias con más de 10.000 habitantes⁷⁰.

Aborda también la necesidad del saneamiento de las viviendas y la purificación de aguas potables⁷¹.

⁶⁰ Su redacción fue encargada a Martín Salazar por el Ministro de la Gobernación, Sánchez Guerra. La epidemia de fiebre tifoidea de Madrid, Barcelona y Vigo (1913-1914), se saldó con un número aún por determinar de fallecidos; más de 4000 de forma directa e indirecta y fue el detonante del Proyecto de Ley de Epidemias de 1917. Fue leído ante las Cortes el 17 de noviembre de 1914 por Sánchez Guerra.

⁶¹ Establece una división entre enfermedades exóticas y “propias de nuestro clima”. Indica que la omisión en el cumplimiento de la declaración de enfermedades obligatorias, constituirá una falta grave.

⁶² La IGSP ratificó en 1904 la declaración obligatoria de enfermedades infecciosas, pero sin apenas resultados (Rodríguez, 1992).

⁶³ Todos los ayuntamientos han de disponer de un local para el aislamiento de enfermos en caso de epidemia.

⁶⁴ Propone la vacunación obligatoria que, en el caso de la viruela será al año de vida, con revacunación a los once o veinte años.

⁶⁵ Durante, al menos, cinco años consecutivos. El inspector municipal que lo detectara, informaría al provincial y, éste a su vez, al gobernador civil.

⁶⁶ En colaboración con el Ministerio de la Gobernación.

⁶⁷ Que informe de casos de enfermedades transmisibles al hombre.

⁶⁸ Que, aparte de médicos, incluirá a arquitectos, ingenieros, farmacéuticos, químicos y veterinarios con destinos en sanidad civil.

⁶⁹ Que mantendrá las funciones propias establecidas en sus secciones, anteriormente mencionadas.

⁷⁰ Dejando abierta la posibilidad de que dos o más provincias se asocien para crear uno, si no superan el número de habitantes referido.

⁷¹ Que serán responsabilidades de cada ayuntamiento.

Insiste en la penalidad por infracciones a esta ley, estableciendo distinción entre particulares y funcionarios públicos.

Se acomete, además, la solución del problema de las inspecciones municipales de sanidad, justificando la necesidad de que el Estado se encargue del pago de los sueldos de los inspectores municipales⁷² y que estén bajo la dirección y vigilancia del poder central.

Medidas adoptadas durante la epidemia de gripe de 1918-1919.

Las medidas que, directa e indirectamente, se dictaron desde la Inspección General de Sanidad, adscrita al Ministerio de la Gobernación, fueron:

- Declaración a la Oficina Internacional de Higiene Pública de París (Martín, 1918)⁷³ en agosto de 1918⁷⁴ de la aparición de una “extraña enfermedad epidémica”⁷⁵, siendo España el primer país que declaró oficialmente la existencia de la epidemia⁷⁶.
- Dada la confusión reinante al principio de la epidemia⁷⁷, a fin de disipar las dudas que existían y para conocer sobre el terreno las medidas adoptadas en Francia, la Inspección General de Sanidad y el Ministerio de la Gobernación acordaron enviar un equipo de observadores a finales del verano de 1918⁷⁸, que comprobará que la sintomatología era idéntica a la observada en España y analizará los tratamientos, medidas profilácticas y de desinfección allí adoptadas. Acorde a los datos recabados por los observadores, en octubre de ese mismo año se propondrá

⁷² En dicho proyecto, Martín Salazar apunta a la existencia de más de 10.000 inspectores por toda España.

⁷³ En dicho reporte, Martín Salazar relacionaba el estallido de la epidemia en Madrid, con la gran afluencia de visitantes durante la festividad de San Isidro. La primera noticia se publicó el 20 de mayo en el diario madrileño *El Sol* (Porrás, 1994).

⁷⁴ Reconoció en la sesión literaria de la Real Academia Nacional de Medicina, del 29 de junio de ese mismo año, que no tenía constancia de que existieran casos de una enfermedad similar en otros lugares de Europa (RANME).

⁷⁵ A pesar de que se le tachó de falta de gestión y previsión desde el principio de la pandemia (Fernández, 1918).

⁷⁶ Gracias a ello y a que no existía censura, la prensa del momento se hizo eco y fue denominada como “gripe española” (Porrás, 1994).

⁷⁷ Imperaba la teoría etiológica del bacilo de Pfeiffer (*Haemophilus influenzae*), ante la que Martín Salazar se mostró contrario, más partidario de la permeabilidad viral (etiología viral); esto sirvió para incrementar el enfrentamiento entre los profesionales sanitarios y la desconfianza pública.

⁷⁸ Gregorio Marañón (1887-1960), jefe de Infecciosos del Hospital Provincial; Gustavo Pittaluga (1876-1956), profesor de la Universidad de Madrid y Antonio Ruiz Falcó (¿ -1954), del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII. Tras visitar varios hospitales se trasladaron al frente de Reims, donde la epidemia producía diariamente más víctimas que la guerra y donde se contagió de gripe el propio Ruiz Falcó (Marañón, Pittaluga, Ruiz, 1918).

la aprobación al Ministerio de Gobernación, de las siguientes medidas publicadas en los Boletines Oficiales Provinciales⁷⁹:

1. “Se someterán a observación todos los viajeros, cualquiera que sea su procedencia, por término de siete días.”
 2. “Se procurará que esté montado y listo para recibir un enfermo, el local de aislamiento que se tiene ordenado.”
 3. “Se aislará al enfermo en cuanto presente síntomas de enfermedad cualquiera ella sea, vigilando a cuantos hayan tenido roce y contacto con él.”
 4. “Una vez sospechado el carácter contagioso o epidémico de la dolencia, se dará aviso telegráfico o por el medio más rápido a la Inspección Provincial de Sanidad, prohibiéndose las reuniones de gentes en locales cerrados; pues no es posible olvidar ni desconocer que el germen de la gripe se transmite por el aire, así como por el contacto con los enfermos y convalecientes.”
 5. Con respecto a las fronteras terrestres “se ponen en funcionamiento activo todas las estaciones sanitarias, todas están dotadas de médicos, material de desinfección y elementos necesarios para su funcionamiento.” Se habilitaron las estaciones sanitarias de la frontera con Francia como centros de vigilancia y control sanitario⁸⁰.
- Como medidas generales se dictaron actuaciones públicas tales como: prohibiciones de reuniones masivas, suspensión de actos públicos, cierre de locales, escuelas, limpieza urbana generalizada, desinfección de vehículos y de habitaciones colectivas (Porrás, 1994).
 - Martín Salazar viaja, en varias ocasiones y sin previo aviso, a distintas localidades a fin de comprobar personalmente el trabajo de campo que se estaba desempeñando⁸¹ e insistió en la limitada eficacia de las medidas de carácter general, alentando a los laboratorios municipales a la obtención de una vacuna⁸², sin éxito.
 - La pandemia gripal de 1918-1919 y las circunstancias socio-políticas consecuentes, condicionaron las iniciativas legislativas que se tomaron en ese período. Dado que, desde marzo

⁷⁹ Tomadas del Boletín Oficial de la Provincia de Sevilla, octubre de 1918.

⁸⁰ Todos los viajeros eran sometidos a reconocimiento médico, hospitalización (si así lo requerían), aislamiento de los que presentaban temperatura superior a 37º y desinfección de equipajes.

⁸¹ En la vallisoletana Pozal de Gallinas podrá comprobar personalmente la gravedad de la epidemia, ya que, de los 600 habitantes que tenía la localidad, 500 fueron afectados, falleciendo 24 de ellos (Salas, 1998).

⁸² En la sesión del 16 de noviembre de 1918 de la Real Academia Nacional de Medicina, Ángel Fernández-Caro y Nouvilas (1844- ?), presidente de la Sociedad Española de Higiene, apoyará los razonamientos de Martín Salazar.

de 1918 hasta marzo de 1919, se alternaron tres gobiernos diferentes, el último con el doctor Amalio Gimeno y Cabañas (1852-1936) al frente del Ministerio de la Gobernación, éste y Martín Salazar trabajaron intensamente juntos⁸³ y, a falta de una Ley de Sanidad, se valieron de reales decretos para afrontar la situación (Porrás, 1994):

- “Real Orden del Ministerio de Gobernación del 3 de octubre de 1918, relativa al establecimiento de laboratorios municipales”⁸⁴.
- “Real Decreto del Ministerio de Hacienda del 3 de diciembre de 1918, relativo a la aprobación del concurso celebrado para la adquisición de unos terrenos con destino a la construcción de un Hospital de epidémicos, que se denominará Hospital del Rey, y aceptando la proposición hecha de los terrenos que se indican, situados en el término de Chamartín de la Rosa”⁸⁵.
- “Real Decreto del Ministerio de Gobernación del 31 de enero de 1919, relativo a la organización sanitaria de este Ministerio”⁸⁶.
- “Real Decreto de Ministerio de Gobernación del 6 de marzo de 1919 relativo al Reglamento de para la elaboración y venta de especialidades farmacéuticas”⁸⁷.
- “Real Decreto del Ministerio de Gobernación del 10 de octubre de 1919, relativo a la aprobación del Reglamento (rectificado) para la elaboración y venta de vacunas y sueros”⁸⁸.
- “Real Decreto de 10 de enero de 1919, relativo a Disposiciones generales sobre prevención de las enfermedades infecciosas”⁸⁹. Consta de 5 artículos en los que se recoge la declaración obligatoria de enfermedades transmisibles y epidemias, medidas profilácticas de carácter

⁸³ Ambos compartían la condición de higienistas militares (Porrás, 1994).

⁸⁴ “Con elementos suficientes para análisis y desinfección en las capitales y poblaciones importantes que carezcan de ellos, y que por los Laboratorios municipales que en la actualidad existen, independientemente de los servicios que se relacionan con el término municipal de sus respectivos Ayuntamientos, atiendan a las necesidades sanitarias que se originen en aquellas localidades de sus correspondientes provincias donde no se disponga de Laboratorios.”

⁸⁵ Sólo se aprobó la adquisición de los terrenos, pero el Hospital no empezaría su labor hasta 1925.

⁸⁶ Se ampliaba la inspección sanitaria interior, incorporando a los inspectores provinciales, como colaboradores y, como auxiliares, a los Inspectores de Sanidad del Campo. Se incluía la creación del cargo de Inspector de distrito como supervisor de ambos. Con respecto al Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII, se incorporaba el personal a la Administración sanitaria central y se creaba un cuerpo especializado en el diagnóstico rápido y profilaxis de enfermedades transmisibles, compuesto por el propio personal, el de los institutos regionales y el de los hospitales anejos a éstos.

⁸⁷ Es la primera vez que se legislaba en este aspecto, estableciendo quién y en qué forma, podía elaborar estos productos; durante la epidemia se comercializaron muchos de dudosa efectividad.

⁸⁸ Se emulaban los intentos de legislar de otros países del entorno, reconociendo su importancia y el peligro de usar sueros y vacunas inadecuados ante agentes infecciosos, como ya ocurriera durante la epidemia (Porrás, 1994).

⁸⁹ En la exposición del mismo se justifica el hecho de legislar de manera fragmentaria por Reales Decretos, dados los fracasos para obtener una “completa Ley Orgánica de Sanidad”, argumentando la necesidad de esta vía, al considerar la morbilidad por las enfermedades infecciosas evitable (RD 10-01-1919).

general⁹⁰, medidas profilácticas de carácter especial⁹¹ y la creación de diez institutos de higiene regionales⁹² (aparte del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII).

Proyecto de Ley sobre profilaxis pública de las enfermedades infecciosas de 1919⁹³.

Consta de 14 artículos, apareciendo como novedad, respecto al de 1914⁹⁴:

- El concepto del valor económico de la salud, señalándose la importancia que tenía dicho criterio para justificar o demandar actuaciones para mejorar la Salud Pública⁹⁵.
- La apelación al derecho sanitario y a los seguros sociales obligatorios⁹⁶.
- La necesidad del refuerzo de la estadística sanitaria; esta vez se veía apoyada por la elevada mortalidad que estaba produciendo la pandemia gripal de 1918-1919⁹⁷.

Martín Salazar reelaboró el proyecto en 1921, en colaboración con Ángel Pulido Fernández (1852-1932)⁹⁸, logrando que lo presentaran los ministros de la Gobernación sucesivos hasta mayo de 1922: Gabino Bugallal Araújo (1861-1932), Manuel de Burgos y Mazo (1862-1946), Rafael Coello de Portugal y Oliván (1868-1953) y Vicente Piniés Bayona (1875-1943) (*Ómnibus sanitario Bugallal-Burgos-Coello-Piniés*). Contaba con notables similitudes, pero también con grandes diferencias; en la versión de mayo de 1922 ya no figuraban los seguros sociales, aunque se mantuvieron los seguros de enfermedad, de maternidad, medidas para luchar contra la mortalidad infantil y otras de higiene escolar, así como medidas de higiene industrial con las que se pretendía mejorar el ambiente y las condiciones del trabajo (Porrás, 1998).

⁹⁰ Aislamiento de enfermos, desinfección y la vacunación obligatoria frente a la viruela, antes de los seis meses de edad y la revacunación cada siete años, hasta los 30.

⁹¹ Frente a tuberculosis, lepra y enfermedades venéreas y sífilíticas.

⁹² Cuyas funciones serían colaborar con los Inspectores de Sanidad, preparar sueros y vacunas, formar personal sanitario en microbiología y química, disponer de material de desinfección, laboratorios transportables y hospitales de aislamiento.

⁹³ Redactado por Martín Salazar y Gimeno Cabañas. Leída ante el Congreso el 13 de noviembre de 1919.

⁹⁴ Se vuelve a incidir en: declaración obligatoria de enfermedades infecciosas, aislamiento de enfermos, desinfección, estadística sanitaria, vacunación obligatoria, salubridad de las viviendas y penalidad.

⁹⁵ A partir del valor de la vida se podía calcular lo que costaba la muerte y la enfermedad, determinando así la rentabilidad de las inversiones en salud que se propusieran con posterioridad (Porrás, 1993). Esta argumentación fue utilizada también por los ingleses, estadounidenses, franceses y alemanes, (Rodríguez, 1987).

⁹⁶ Los seguros sociales fueron considerados uno de los principales elementos que permitirían llevar a cabo la reforma social. La etiología social de algunas de las enfermedades infecciosas implicaba la necesidad de una mayor acción social del Estado (Porrás, 1993). El miedo a la revolución bolchevique convirtió a los seguros sociales en freno del marxismo que se extendía por toda Europa (Martínez, 1990).

⁹⁷ En 1918, la gripe mató a 147.114 personas, en 1919 a 21.245 y en 1920 a 17.825 (INE).

⁹⁸ Médico, militar y político. Fue presidente del Colegio de Médicos de Madrid (1907-1915), del Real Consejo de Sanidad, del Consejo de Protección a la Infancia y Director General de Sanidad (1901- 1902).

Propaganda Sanitaria.

En 1917 surge el programa de previsión social, apoyado por una campaña de propaganda de los seguros sociales (Quesada, Rojas, 2009) impulsada desde el Gobierno y siendo Martín Salazar uno de sus integrantes. Abogó por la propaganda y la educación sanitaria, como principios fundamentales del necesario regeneracionismo (Porras, 2020).

Defensa de la creación de un Ministerio de Sanidad.

Martín Salazar defendió activamente la creación de un Ministerio de Sanidad. En su obra *El Ministerio de Sanidad y del Trabajo* (Martín, 1921), se defiende ampliamente la necesidad de tal organismo y que sus funcionarios se dedicasen en exclusiva a sus nuevas competencias. Esta demanda venía de lejos, pues ya Felipe Hauser y Kobler (1832-1925)⁹⁹ lo había indicado en 1884 (Porras, 2020).

Campaña sanitaria en las Hurdes.

Debido a la endemia palúdica, fiebres tifoideas y mortalidad consecuente, producidas por la falta de higiene y la deficitaria alimentación, se impulsaron diversas campañas por la Dirección General de Sanidad, que tuvieron como consecuencia la creación del Real Patronato de las Hurdes¹⁰⁰. Se llevaban a cabo a través de los facultativos de las *Factorías* (Domínguez, 2007). Su impacto fue casi inmediato; se redujo en cinco años la mortalidad por causa infecciosa y alimentaria (Marañón, 1922).

⁹⁹ Médico húngaro, afincado en España que logró reunir una biblioteca que consta de 3.695 volúmenes y que, desde 1926, se encuentra depositada en la Biblioteca de la Real Academia de Medicina de Sevilla (Carrillo, s.f.)

¹⁰⁰ A propuesta de Vicente de Piniés Bayona (1875-1943), (RD 18-7-1921), bajo el Patronato de Alfonso XIII, se crea el Real Patronato de Las Hurdes, instaurando tres *Factorías* (Alfonso XIII, Los Ángeles y El Jordán), que eran instituciones benéficas que albergaban médicos, maestros, estafetas de correos y Guardia Civil.

Conclusiones.

- Gracias a sus estancias en los institutos Pasteur y Robert Koch, a las demandas de otros médicos, como Benito Alcina Rancé (1853-1902) y a las nuevas ideas que le llegaban por sus contactos con médicos militares de otras naciones, Martín Salazar fue perfilando su vocación higienista.
- Demandó, por primera vez en España, la necesidad de formar a nuevos médicos higienistas, que debieran formarse en el Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII, estudiando necesariamente microbiología.
- Fue consciente de que la regeneración de España requería de una modernización sanitaria en la que estuviera implicado el Estado; recurre al concepto del derecho a la salud que, a su vez, implicaba directamente a toda la sociedad en el mantenimiento de la salud y en el control de la higiene pública.
- En los proyectos de ley presentados entre 1914 y 1922, manifiesta la necesidad de medidas profilácticas frente a las enfermedades infecciosas, argumentando las ventajas que supondrían para la economía. Junto al beneficio económico aparecen las ventajas sociales que de su aplicación se lograrían, siendo la epidemia de gripe un elemento que vino a reforzar esta vía argumental. Estos proyectos legislativos consiguieron que una parte de los farmacéuticos y de los veterinarios reivindicaran su participación, manifestando su preferencia frente a los médicos; este contexto reivindicativo de las tres profesiones sanitarias y los desacuerdos entre ellas, fueron la clave para que ninguno fuese aprobado.
- Fue capaz de movilizar a gran parte del personal sanitario, de la clase médica y de otros estamentos, consiguiendo que se hicieran eco de las necesidades que la sanidad demandaba.
- Sin sus aportaciones y empeños, la Salud Pública en España no sería lo que es actualmente.

Limitaciones.

La limitación más importante y la que ha marcado el ritmo de trabajo, ha sido la pandemia actual, que ha condicionado el tiempo disponible para revisar toda la información recabada y la imposibilidad de acceder a la totalidad de los documentos existentes. Otra limitación, dadas las características de este estudio, han sido las restricciones marcadas en cuanto a extensión.

Fuentes y bibliografía.

1. Alcina Rancé, B. Prólogo En Martín de Salazar, Higiene de la tisis con arreglo a la nueva doctrina parasitaria. Cádiz: Imprenta y Litografía de la Revista Médica; 1887. p. 7-12.
2. Barona Vilar, JL. Manuel Martín Salazar, en Diccionario Biográfico Electrónico. Real Academia de la Historia. [Consultado 12 Jun 2021]. Disponible en: <http://dbe.rah.es/biografías>.
3. Bernabeu-Mestre, J. Galiana-Sánchez, ME. Martínez-Navarro, F. Tamayo Fonseca, N. Historia de la Sociedad Española de Epidemiología (1978-2014). Sociedad Española de Epidemiología; 2014. p15-16. [Consultado 3 Oct 2021]. Disponible en: <https://seepidemiologia.es>.
4. Bernabeu-Mestre, J. Medio urbano y salud en el proceso de modernización: los trabajos de la Academia de Higiene de Cataluña, 1892-1922. En J.M. Beascochea et al. (eds.), La ciudad contemporánea, espacio y sociedad. Bilbao: Universidad del País Vasco. Servicio Editorial Euskal Herriko Unibertsitatea; 2006. p. 183-200.
5. Boletín Oficial de la provincia de Sevilla, octubre de 1918. Sevilla; 1918. [Consultado 12 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.dipusevilla.es>.
6. Campos Luque, C. La transición demográfica en el primer tercio del siglo XX. Un estudio sobre el papel de las mujeres en la reproducción biológica y la reproducción social. Papeles de trabajo. Málaga: Cuadernos de ciencias económicas y empresariales. Vol. 25. Universidad de Málaga; 1999.
7. Carrillo Marto, JL. Felipe Hauser y Kobler, En Diccionario Biográfico Electrónico. Real Academia de la Historia. [Consultado 29 Jun 2021]. Disponible en: <http://dbe.rah.es/biografías>.
8. Codina Suqué L, Armiñán A, Codina Suqué J. Manual de legislación sanitaria. Madrid: Gráfica Universal; 1927. p. 392.
9. De Gabriel, N. Alfabetización, semialfabetización y analfabetismo en España (1860-1991). Madrid: Revista Complutense de Educación. Servicio de Publicaciones Universidad de A Coruña; 1997. nº 8. p199-231.
10. Del Puerto Fernández, I. Los cuidados de enfermería durante las guerras coloniales españolas (1895-1926). Repercusiones de ambos conflictos en la provincia de Toledo. Ciudad Real. Universidad de Castilla La Mancha; 2011.
11. Dictadura de Primo de Rivera. Asamblea Nacional 1923-1930, En Legislatura 1927-1929. Madrid: Documentos de la Historia del Congreso (1812-1977). [Consultado 26 Oct]. Disponible en: <https://www.congreso.es>.
12. Domínguez Domínguez, JP. Real Patronato de las Hurdes (1922-1931): una institución de beneficencia al servicio de las Hurdes. Vol. 63. Revista de estudios extremeños; 2007. p. 101-114. [Consultado 25 Jul 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es>.
13. Expediente de Manuel Martin Salazar, En Cuerpo de Sanidad Militar. Archivo General Militar de Segovia. Legajo M-1197.
14. Expediente de Manuel Martin Salazar. Archivo General de la Administración. Alcalá de Henares. IDD (05)001.019, Caja 31/16157, expediente 934-64.

15. Expediente personal del senador D. Manuel Martín y Salazar, por las provincias de Santander y Orense. Real Academia de la Historia, En Archivo del Senado. Madrid. [Consultado 12 Jun 2021]. Disponible en: <http://dbe.rah.es>.
16. Fernández Flórez, W. La salud en España. El fracaso de la Inspección de Sanidad. ABC. Madrid; 1918. p 10-18.
17. Ferret y Obrador, G. Los Institutos Provinciales de Higiene. La Medicina Social. Española. Madrid; 1919. p. 321-325.
18. Instituto Nacional de Estadística. Anuarios del Fondo Documental y estadísticas de defunciones del Instituto Nacional de Estadística. [Consultado 3 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es>
19. Instrucción General de Sanidad Pública. Edición oficial. Madrid: Tip. Hijos de J. A. García; 1904. p. 52-3.
20. Ley de 28 de noviembre de 1855, disponiendo lo conveniente sobre el servicio general de Sanidad. Gaceta de Madrid, nº 1059 (28-11-1855). [Consultado 7 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es>.
21. Ley de Presupuestos generales del Estado para el año económico de 1909. Gaceta de Madrid, nº 364 (29-12-1908). [Consultado 7 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es>.
22. Malo de Poveda y Écija, B. El doctor Gimeno, ministro sanitario. La Medicina Social Española. Madrid; 1919. 4: p 33-8.
23. Marañón y Posadillo, G. (1922). El problema de Las Hurdes es un problema sanitario. Madrid: Imp. De Antonio Mario; 1922.
24. Marañón y Posadillo, G. Pittaluga Fattorini, G. Ruiz Falcó, A. Informe sobre el actual estado sanitario de Francia y su identidad con la epidemia gripal en España. El Siglo Médico nº 65. Madrid; 1918. p. 916-921.
25. Martín Salazar, M. Doctrina de Ferrán sobre la tuberculosis y su vacuna Antialfa. Madrid: Sucesor de Enrique Teodoro; 1927.
26. Martín Salazar, M. El Ministerio de Sanidad y del Trabajo. Madrid: Sucesor de Enrique Teodoro; 1921.
27. Martín Salazar, M. Estado científico actual de la cuestión de inmunidad en la tuberculosis, con aplicación a la Higiene y terapéutica de este padecimiento. Madrid: Imprenta del Patronato de Huérfanos de Administración Militar; 1908.
28. Martín Salazar, M. Estado sanitario actual del Ejército español, conferencia. Centro del Ejército y de la Armada, Madrid: Sucesora de M. Minuesa de los Ríos; 1905.
29. Martín Salazar, M. Higiene de la tisis con arreglo a la nueva doctrina parasitaria. Cádiz: Imprenta y Litografía de la Revista Médica; 1887.
30. Martín Salazar, M. Inmunidad con aplicación a la Higiene y Terapéutica de las enfermedades infecciosas. 2ª ed. ampl. Madrid: Imprenta del Patronato de Huérfanos de Administración Militar, Enrique Teodoro; 1928.
31. Martín Salazar, M. La Grippe en Espagne. Rapports dirigée á l'Office International d'Hygiène publique. Bulletin de l'Office International d'Hygiène publique, X. Paris; 1918. p. 887-890.
32. Martín Salazar, M. La inmunidad en la Tuberculosis. Madrid: Imprenta de Valentín Tordesillas; 1912.
33. Martín Salazar, M. La locura afectiva desde el punto de vista médico-legal. Madrid: Valentín Tordesillas; 1885.

34. Martín Salazar, M. La lucha contra la fiebre tifoidea. Madrid: Imprenta de Valentín Tordesillas; 1912.
35. Martín Salazar, M. La medicina social y el saneamiento de Sevilla. Madrid: Nieto y Cía; 1920.
36. Martín Salazar, M. La química de la inmunidad. Madrid: Sucesor de Enrique Teodoro; 1928.
37. Martín Salazar, M. La sanidad en España. Madrid: Imprenta del Colegio Nacional de Sordo-Mudos y Ciegos; 1913.
38. Martín Salazar, M. La Sanidad y La Instrucción pública como bases de la redención de España. El Siglo Médico. 1931. nº 4052. p. 138-146.
39. Martín Salazar, M. La sanidad y los seguros sociales. Ministerio de la Gobernación. Propaganda Sanitaria Madrid: Valentín Tordesillas; 1918.
40. Martín Salazar, M. Problemas sanitarios sociales. Publicaciones de la Dirección General de Sanidad. Madrid: Estab. tipográfico Nieto y compañía; 1923.
41. Martín Salazar, M. Profilaxis del tifus exantemático. Madrid: Enrique Teodoro; 1916.
42. Martín Salazar, M. Propaganda sanitaria: Crítica del estado actual de la vacunación antitífica. Madrid: Imprenta de Valentín Tordesillas; 1915.
43. Martín Salazar, M. Propaganda sanitaria: Epidemiología y régimen sanitario de la parálisis infantil. Madrid: Imprenta de Valentín Tordesillas; 1916.
44. Martín Salazar, M. Sesión literaria del 16 de noviembre de 1918. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid; 1918. [Consultado 14 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.ranm.es>.
45. Martín Salazar, M. Sesión literaria del 29 de junio de 1918. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid; 1918. [Consultado 14 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.ranm.es>.
46. Martín Salazar, M. Superioridad de la hemoterapia sobre la sueroterapia. Madrid: Bolaños y Aguilar; 1935.
47. Martín Salazar, M. Un nuevo método de suero-diagnóstico macroscópico de la fiebre tifoidea. Madrid: Imprenta de la Administración Militar; 1904.
48. Martín Salazar, M. Valor Social y Sanitario del Seguro obligatorio de enfermedad. Madrid: Bolaños y Aguilar; 1934.
49. Martínez Quintero, E. El nacimiento de los seguros sociales, 1900-1918, En: Historia de la acción social pública en España. Beneficencia y Previsión. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1990. p. 241-286.
50. Matilla Gómez, V. 202 biografías Académicas. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina; 1987.
51. Meseguer Peinado, MA. Baquero Mochales, M. Meseguer Barros, C. Mariño Gutiérrez, L. Catálogo razonado de la colección de piezas anatómicas del Museo de Sanidad e Higiene Pública. Monografías del Museo de Sanidad e Higiene Pública. Madrid: Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud. Instituto de Salud Carlos III; 2017. p.1.
52. Molero Mesa, J. Jiménez Lucena, I. Salud y burocracia en España. Los cuerpos de sanidad nacional (1855-1951). Madrid: Rev. Esp. Salud Pública. Vol. 74; 2020.
53. Navarro García, R. Conde Rodelgo, V. Herce Galarreta, P. Llano Reguera, J. De Gelardo Guirao, MD. Análisis de la sanidad en España a lo largo del siglo XX. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2002. [Consultado 25 Ago 2021]. Disponible en: <https://repisalud.isciii.es>.
54. Porras Gallo, MI. De la gripe de 1918-1919 a las epidemias de poliomielitis en España. Estancias internacionales de investigación en el proceso de modernización científico-

- sanitario. Investigaciones de Historia Económica - Economic History Research nº17; 2021. p 11-18. [Consultado 18 Oct 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es>
55. Porras Gallo, MI. La Gripe de 1918-1919 y la transformación del ámbito laboral de las profesiones sanitarias en España. Revista Mundos do Trabalho Vol. 12. Florianópolis: 2020. p. 1-20. [Consultado 17 Oct 2021]. Disponible en <https://periodicos.ufsc.br>.
 56. Porras Gallo, MI. La profilaxis de las enfermedades infecciosas tras la pandemia gripal de 1918-19: los seguros sociales. Vol. 3. Madrid: Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam; 1993. p. 279-93.
 57. Porras Gallo, MI. Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918-1919 en Madrid. Madrid. Universidad Complutense de Madrid; 1994.
 58. Porras, M.I. (1998). Antecedentes y creación del Instituto de Sueroterapia, Vacunación y Bacteriología de Alfonso XIII. Madrid: Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam; 1998. p. 81-105.
 59. Proyecto de Ley de Epidemias del 17 de noviembre de 1914. Ministerio de la Gobernación. Ap.1º. Legislatura 1914-1915. Serie histórica del Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados. [Consultado 13 Ago 2021]. Disponible en: <https://www.congreso.es>.
 60. Proyecto de Ley presentado por el señor ministro de la Gobernación, sobre profilaxis pública de las enfermedades infecciosas. El Siglo Médico, 29 de noviembre de 1919. p. 1.041-1.045.
 61. Quesada Sánchez, FJ. Rojas Tercero, JA. Antecedentes históricos de la previsión social. Toledo: Pecunia; 2009. p. 307-323. [Consultado 15 Oct 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es>
 62. Real decreto creando, bajo el Patronato de S. M. el Rey, una Institución de Beneficencia dedicada a remediar las singulares necesidades de la comarca de Las Hurdes. Gaceta de Madrid, nº 201 (20-07-1922). [Consultado 23 Sep 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es>.
 63. Real Decreto de 10 de enero de 1919, relativo a Disposiciones generales sobre prevención de las enfermedades infecciosas. Gaceta de Madrid, nº 23 (23-01-1919). [Consultado 5 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es>.
 64. Real Decreto de 12 de enero de 1904, aprobación con carácter definitivo de la Instrucción general de Sanidad pública. Gaceta de Madrid, nº 23 (23-01-1904). [Consultado 1 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es>.
 65. Real Decreto de 17 de agosto de 1899, restableciendo la Dirección general de Sanidad, y nombrando para este cargo á D. Carlos María Cortezo. Gaceta de Madrid, nº 229 (19-08-1899). [Consultado 4 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es>.
 66. Real Decreto de 23 de octubre de 1894, creando en esta Corte un Instituto de Bacteriología e Higiene. Gaceta de Madrid, nº 53 (24-10-1894). [Consultado 4 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es>.
 67. Real Decreto de 28 de octubre de 1899, aprobando el Reglamento de sanidad Exterior. Gaceta de Madrid, nº 302 (29-10-1894). [Consultado 4 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es>.
 68. Real Decreto de 3 de maro de 1917, aprobando con carácter definitivo, el Reglamento de Sanidad exterior concordado en la Conferencia Sanitaria Internacional de París de 1912. Gaceta de Madrid, nº 64 (10-3-1917). [Consultado 2 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es>.
 69. Real decreto de 31 de mayo de 1916, refundiendo en una sola las Inspecciones generales de Sanidad interior y exterior, creadas por la Instrucción de 12 de enero de 1904, que se

- denominará en los sucesivo Inspección General de Sanidad del Reino. Gaceta de Madrid, nº 153 (01-06-1916). [Consultado 2 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es>.
70. Real Decreto de Ministerio de Gobernación del 6 de marzo de 1919, relativo al Reglamento de para la elaboración y venta de especialidades farmacéuticas. Gaceta de Madrid, nº 72 (13-03-1919). [Consultado 2 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es>.
 71. Real Decreto del Ministerio de Gobernación del 10 de octubre de 1919, relativo a la aprobación del Reglamento (rectificado) para la elaboración y venta de vacunas y sueros. Gaceta de Madrid, nº 269 (13-10-1919). [Consultado 2 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es>.
 72. Real Decreto del Ministerio de Gobernación del 31 de enero de 1919, relativo a la organización sanitaria de este Ministerio. Gaceta de Madrid, nº 46 (15-02-1919). [Consultado 4 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es>.
 73. Real Decreto del Ministerio de Hacienda del 3 de diciembre de 1918, relativo a la aprobación del concurso celebrado para la adquisición de unos terrenos para la construcción de un hospital de epidémicos, que se denominará Hospital del Rey, y aceptando la proposición hecha de los terrenos que se indican, situados en el término de Chamartín de la Rosa. Gaceta de Madrid, nº 337 (03-12-1918). [Consultado 1 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es>.
 74. Real Orden de 29 de agosto de 1892, creando Inspecciones de Sanidad con las facultades que se detallan, encaminadas á evitar los efectos de las epidemias coleriformes. Gaceta de Madrid, nº 243 (30-08-1892). [Consultado 6 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es>.
 75. Real Orden del Ministerio de Gobernación del 3 de octubre de 1918, relativa al establecimiento de laboratorios municipales. Gaceta de Madrid, nº 278 (05-10-1918). [Consultado 4 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es>.
 76. Rodríguez Ocaña, E. (1994). La salud pública en España en el contexto europeo, 1890-1925. Revista de sanidad e Higiene Pública. Vol. 68. p. 11-27. [Consultado 17 Ago 2021]. Disponible en: <https://www.msccs.gob.es>.
 77. Rodríguez Ocaña, E. «La Estadística en la Administración Sanitaria española del siglo veinte», en Las Estadísticas Demográfico-Sanitarias. I Encuentro Marcelino Pascua, Madrid, 14 de junio de 1991. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología; p. 47-77.
 78. Rodríguez Ocaña, E. La constitución de la Medicina Social como disciplina en España (1882-1923). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1987. p. 20-22.
 79. Rodríguez Ocaña, E. La JAE y la consolidación de la Salud Pública en España. En: Sánchez Ron, JM; García-Velasco, J (eds.), 100 JAE. La Junta para Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas en su centenario, Madrid: Publicaciones de la Residencia de Estudiantes; 2010. p. 601-623.
 80. Rodríguez Ocaña, E. Martínez-Navarro, F. Salud Pública en España. De la Edad Media al siglo XXI. Nueva Salud Pública. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2008. [Consultado 3 Sep 2021]. Disponible en: <https://www.easp.es>
 81. Rodríguez-Ocaña, E. The politics of Public Health in the State-Managed Scheme of Healthcare in Spain (1840-1990), en Lowy, I. y Krige, J. (eds.). Images of Disease, Science, Public policy and Health in Postwar Europe. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2001. p.187-210.

82. Salas Fernández, F. Manuel Martín Salazar: apuntes biográficos. Sevilla: Ayuntamiento de Montellano; 1998.
83. The Rockefeller Foundation. Our History. [Consultado 3 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.rockefellerfoundation.org>.
84. Tuñón de Lara, M. La España del siglo XX. 3.º ed., vol. 1, Barcelona: Lala; 1974. p. 15-16.

Anexo.



Imagen1. Manuel Martín Salazar en 1913. Fuente: banco de imágenes de la biblioteca digital de la Real Academia Nacional de Medicina.

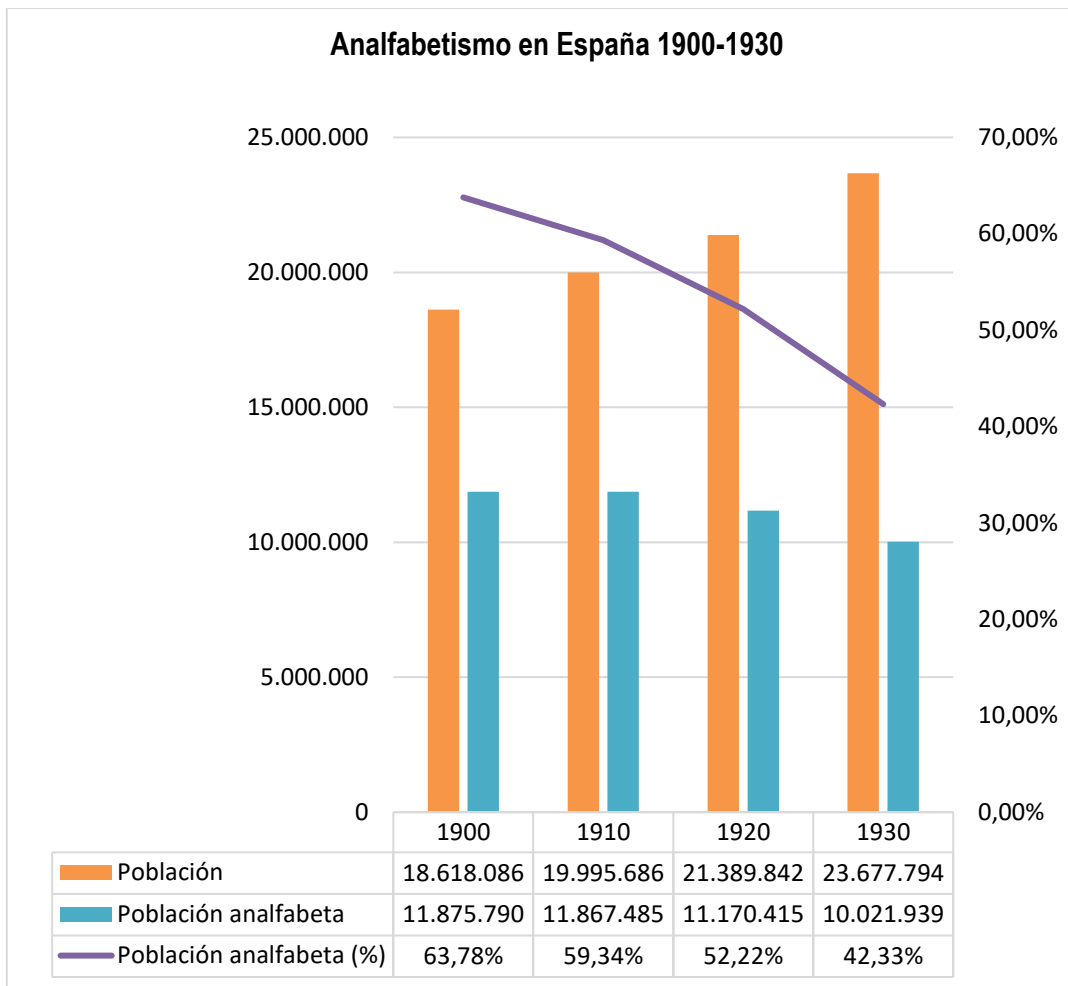


Gráfico 1. Alfabetización, semialfabetización y analfabetismo en España (1860-1991) (De Gabriel, 1997).

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la obra citada.

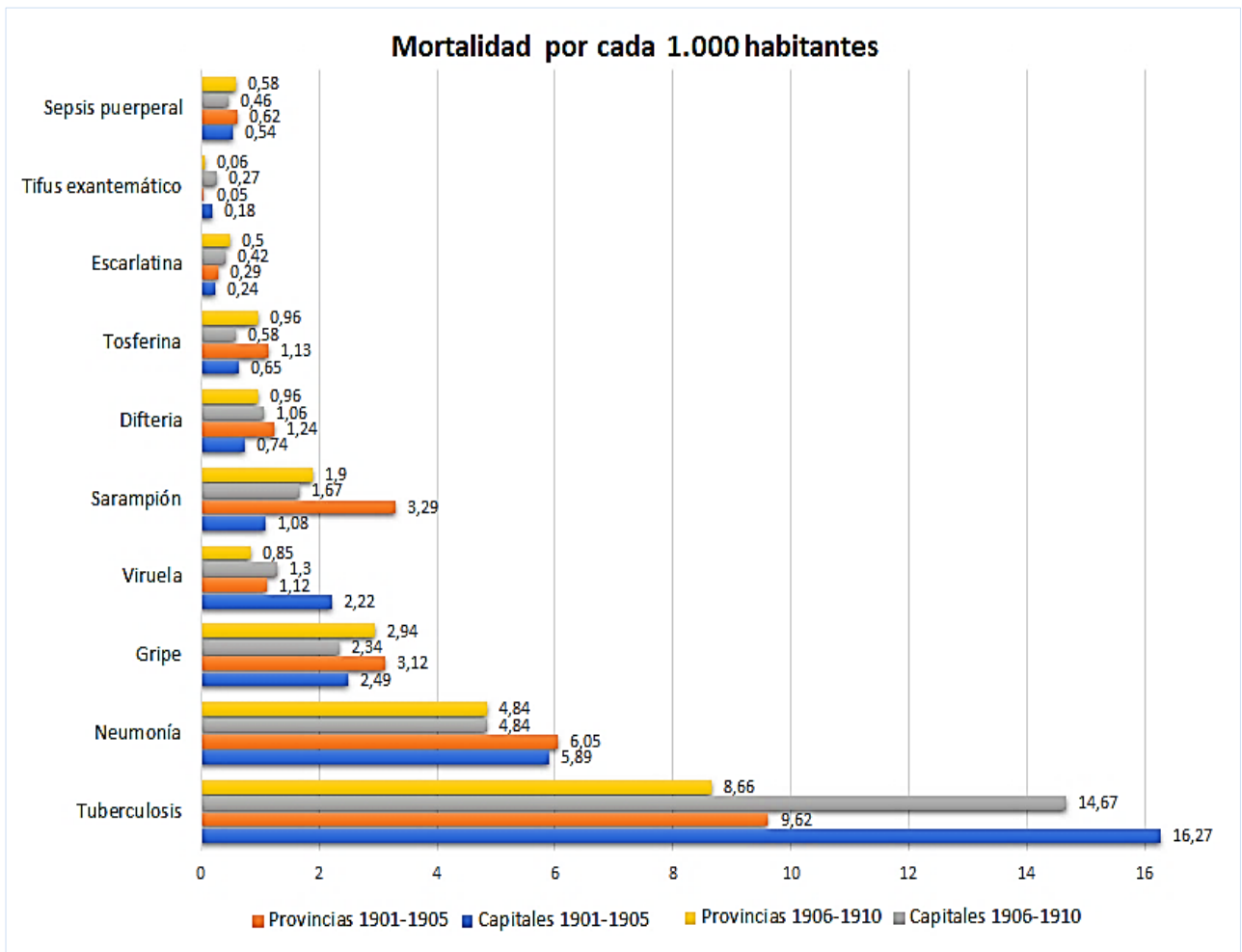


Gráfico 2. Principales causas de muerte por enfermedades infecciosas en España, por capitales y provincias, durante los quinquenios de 1901-1904 y de 1905-1910^{101,102}.

Fuente: elaboración propia a partir del Fondo Documental del Instituto Nacional de Estadística.

¹⁰¹ En España, hasta 1877 no se establecen métodos numéricos de recuento, a excepción de la estadística hospitalaria: especialmente los hospitales militares publican con cierta regularidad sus datos en revistas como *El Siglo Médico* (Rodríguez, Martínez, 2008).

¹⁰² Estos datos fueron presentados en forma de tablas, extraídas de los anuarios epidemiológicos que conserva actualmente el Fondo Documental del Instituto Nacional de Estadística, ante la Real Academia Nacional de Medicina por Martín Salazar, como anexo en su obra *La Sanidad en España en 1913*.

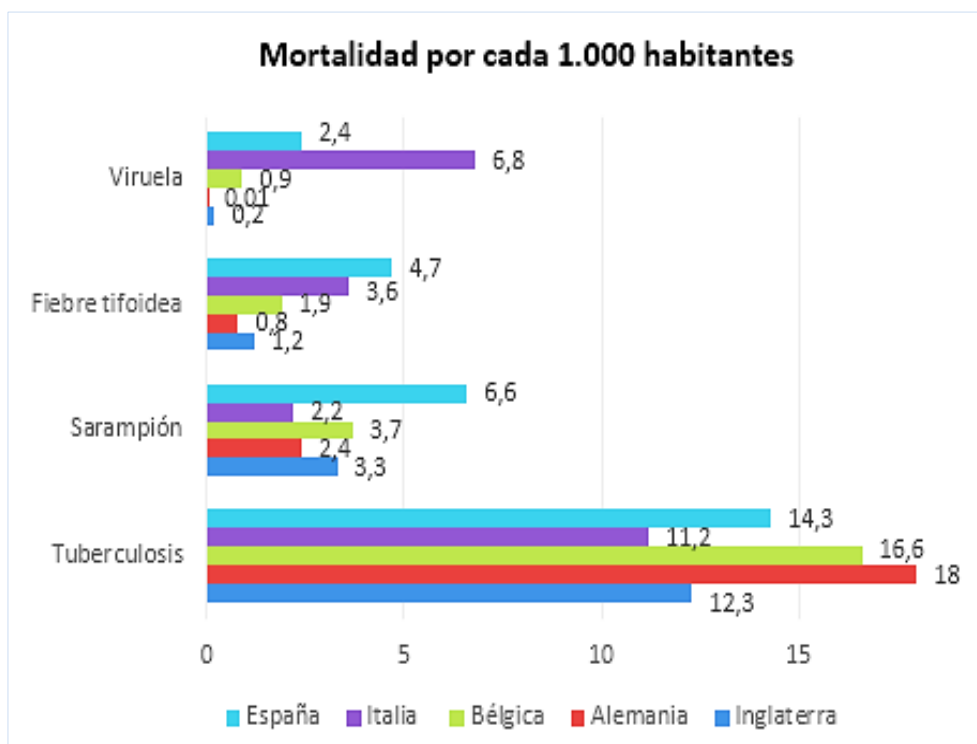


Gráfico 3. Mortalidad por enfermedades infecciosas en España, Italia, Bélgica, Alemania e Inglaterra en el quinquenio 1900-1905.

Fuente: elaboración propia a partir de Rodríguez, Martínez (2008).

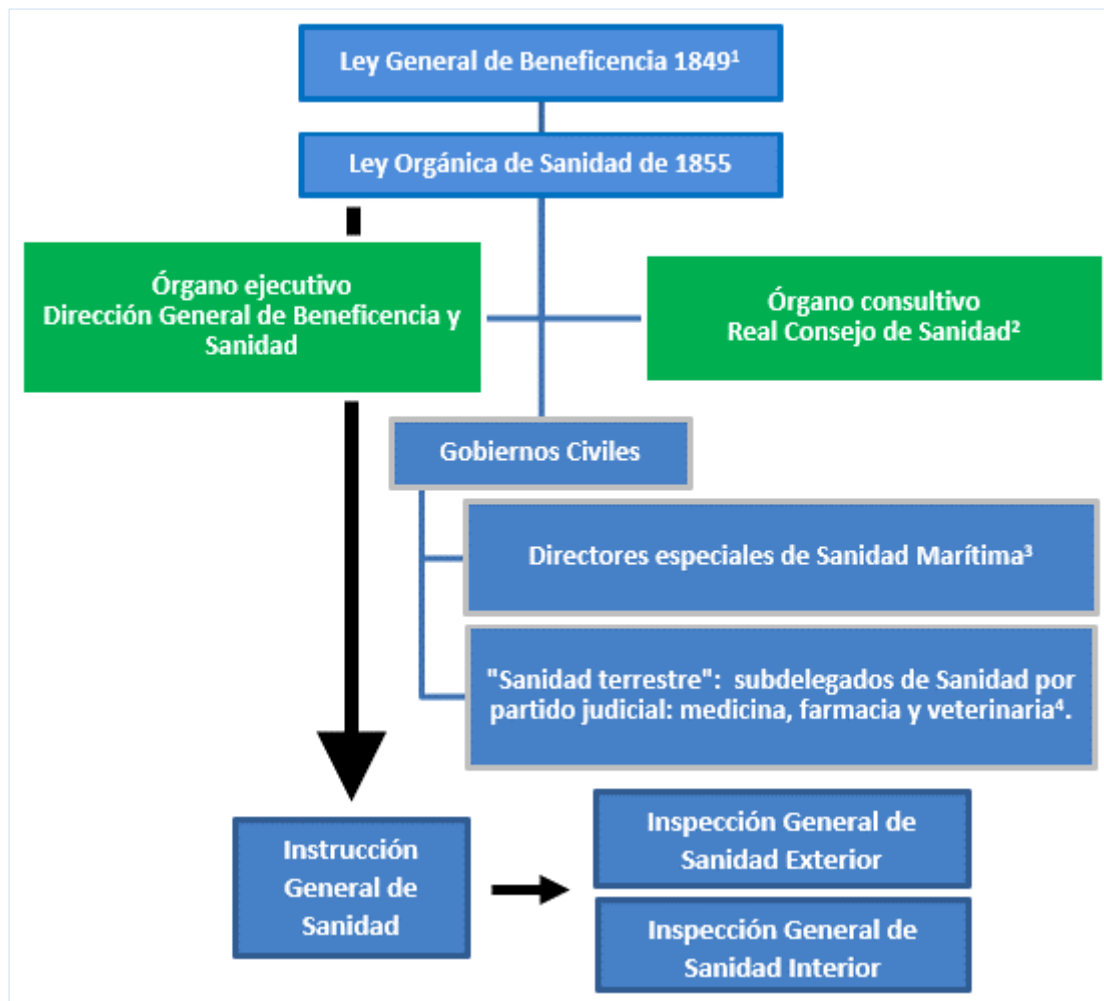


Diagrama 1. Evolución y organización de la administración sanitaria desde finales del siglo XIX hasta principios del XX.

¹ En Madrid una Junta General, en las capitales de provincia Juntas provinciales y en los pueblos Juntas municipales. Sistema de cuarentenas.

² Órgano consultivo creado por R.D. de 27 de marzo de 1847 integrado por representantes designados por el rey a propuesta del ministro de la gobernación. Tenía como función informar sobre proyectos de disposiciones, reformas de servicios sanitarios, tarifas a exigir a los buques por cuarentenas y lazaretos, y resolver sobre pensiones y premios a los sanitarios, reclamaciones, regulación y supervisión de asociaciones y colegios de facultativos.

³ Nombramiento político, con honorarios.

⁴ Cargos honoríficos sin retribución.