

LOS DEBATES SOBRE SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA DURANTE EL *TRIENIO LIBERAL* (1820-1823).

Álvaro Cardona

Universidad de Antioquia (Medellín-Colombia)

RESUMEN

Se analizan los más importantes debates y decisiones sobre Salud Pública de los Diputados de las Cortes en el *Trienio Liberal*. Se resalta la participación de médicos poco conocidos como los Dres. Antonio García y García y José Francisco Pedrálvez y se revisan las posturas del Dr. Mateo Seoane.

PALABRAS CLAVE: Salud Pública, Trienio Liberal, Antonio García y García, José Francisco Pedrálvez, Mateo Seoane.

SUMMARY

This paper concentrates in analyzing the main debates and decisions assumed by Deputies in the Spanish Cortes during the *Trienio Liberal*. The contributions to these debates by some no well-known Spanish physicians as Dr. Antonio García y García and José Francisco Pedrálvez are stressed. A review of contributions by Dr. Mateo Seoane is also presented.

KEY WORDS: Public health, Trienio Liberal, Antonio García y García, José Francisco Pedrálvez, Mateo Seoane.

1. INTRODUCCIÓN

El proceso de profundas transformaciones sociales que tuvo lugar en los países de Europa occidental desde finales del siglo XVIII, produciendo el hito sobresaliente de la revolución francesa de 1789, se manifestó en España con toda su potencialidad en dos periodos muy precisamente identificados por la historiografía de este país: el de las *Cortes generales y extraordinarias de Cádiz* (1810-1814) y el del *Trienio Liberal* (1820-1823). El trasfondo de esta dinámica transformadora fue la confrontación de las estructuras sociales, económicas y políticas del Antiguo Régimen estamental y absolutista que preva-

lecián en Europa y su sustitución por sociedades fundamentadas en la ideología política del liberalismo y la doctrina económica del libre mercado.

Los dirigentes liberales españoles que accedieron a *Cortes generales y extraordinarias de Cádiz*, donde lograron constituirse en mayoría política, emprendieron tentativas de reforma en las que anidaban principios y conceptos que han sido considerados como los fundamentos del Estado moderno español que se conformó a lo largo del siglo XIX. Después de un interregno de seis años debido a la interrupción del sistema constitucional, tiempo durante el cual reasumió el poder absoluto el Rey Fernando VII, las Cortes del *Trienio Liberal* intentaron plasmar en códigos los principios liberales que habían enarbolado las *Cortes de Cádiz*, cuyos rasgos esenciales quedaron consignados en la famosa Constitución política de 1812¹.

Además de otros temas de vital importancia para el Estado moderno en gestación, tales como las relaciones internacionales, el código penal, la reorganización de las fuerzas militares o la política de instrucción pública, estas Cortes del *Trienio Liberal* debatieron intensamente acerca de la mejor manera de enfrentar las amenazas epidémicas y de organizar coherentemente la atención sanitaria en todo el país. En este artículo se analizan las principales tentativas de reforma en Salud Pública que emprendieron dichas Cortes. Se hace énfasis en las discusiones ideológicas y científicas que enfrentaron a los dirigentes liberales con aquellos otros que mantenían un mayor apegamiento ideológico y político a las estructuras sociales heredadas del Antiguo Régimen. Para ello se confrontan discursos parlamentarios y textos que dan cuenta del pensamiento de estos distintos actores o en los que pueden interpretarse influencias notables de su pensamiento político y/o científico. La adecuada comprensión del contexto histórico en que se dieron estas discusiones hace necesario conocer, como antecedente clave, el debate y las decisiones que sobre el tema adoptaron las *Cortes generales y extraordinarias de Cádiz*. Algunas apreciaciones al respecto fueron hechas en un artículo publicado en Colombia, por lo que se obvia repetir las en este trabajo².

La investigación utilizó fuentes primarias constituidas por los Diarios de Sesiones de Cortes (D. S. C.) del *Trienio Liberal*, por documentos oficiales de las Cortes o del Gobierno de la época, así como por libros y artículos publicados en esos años que abordan temas relacionados con nuestro objeto de estudio.

¹ Véase: *Constitución política de la monarquía española. Promulgada en Cádiz a 19 de Marzo de 1812. En: Constituciones españolas* (1977), Madrid, Sucs. De Rivadeneyra, pp. 11-72.

² CARDONA, Á. (2003), «Las ideas sobre Salud Pública de los dirigentes liberales españoles en las Cortes de Cádiz (1810-1814)», *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 21 (2): 63-72.

2. LOS DEBATES Y LAS PRINCIPALES INICIATIVAS SANITARIAS EN LAS CORTES DEL TRIENIO LIBERAL

El 6 de Marzo de 1820 el mismo Rey que había reasumido el poder absoluto y ordenado cesar la vigencia de la Constitución de 1812 decidió que se convocaran Cortes³ y comunicó su voluntad de jurar la misma Constitución gaditana de la que seis años atrás había renegado⁴. De esa manera volvieron a estar vigentes también las disposiciones que sobre organización del ramo de la salud habían aprobado las Cortes generales y extraordinarias de 1810-1814⁵. Con el nuevo período de apertura política llegaron también nuevos intentos de reforma de la organización sanitaria por parte de las Cortes del *Trienio Liberal*, integradas en su mayoría por dirigentes liberales dispuestos a continuar la lucha contra la institucionalidad del Antiguo Régimen.

A pesar de que el *Trienio Liberal* se caracterizó por la agudeza de las confrontaciones ideológicas y políticas entre los dirigentes liberales y los partidarios de la continuidad del Antiguo Régimen, los Diputados liberales que constituían mayoría en estas Cortes tuvieron conciencia de la necesidad de articular reformas institucionales modernas que dieran respuesta a los cambios ocurridos en las condiciones de existencia y en la mentalidad de los españoles. Así, lograron adentrarse en el debate de un amplio espectro de reformas sociales entre las que estuvieron las referentes a la Salud Pública.

En la generalidad de los temas tratados por las Cortes del *Trienio Liberal* su punto de partida fue lo que ya habían hecho las Cortes de Cádiz⁶. Igual

³ Véase: Real decreto, comunicado al Duque del Infantado, presidente del Consejo, mandando que inmediatamente se celebren Cortes. Palacio 6 de Marzo de 1820. En: MUÑIZ MIRANDA, J., comp. (1853). *Colección oficial de las Leyes, Reales disposiciones, y Circulares de interés general, expedidas por el Rey don Fernando VII y por las Cortes en el año de 1820.*, Madrid, Imprenta José Morales, pp. 24-25.

⁴ Véase: Real decreto, comunicado a todas las secretarías de despacho, en que S. M. se decide a jurar la Constitución. En: MUÑIZ MIRANDA, J., comp. (1853), p. 25.

⁵ Un análisis de las principales ideas sobre Salud Pública debatidas y plasmadas en decisiones legales por las *Cortes generales y extraordinarias de Cádiz* puede verse en: CARDONA, A. (2003), cit.

⁶ Refiriéndose al *Trienio Liberal*, José Luis Comellas dice que en este período hubo una «restauración» del régimen liberal de la década anterior, que se manifestó específicamente en la continuidad que se quiso dar a la normatividad jurídica que entonces se había iniciado. Véase: COMELLAS GARCÍA-LLERA, J. L. (1963), *El Trienio Constitucional*. Madrid, Rialp, p. 11. Por su parte, Alberto Gil Novales agrega que la tarea que se propusieron hacer los Diputados liberales del *Trienio* fue desarrollar en reglamentos y leyes el contenido de la Constitución de Cádiz. Véase: GIL NOVALES, A. (1980), *El Trienio Liberal*, Madrid, Siglo XXI, p. 8.

ocurrió en lo referente a la Salud Pública. Su tarea parlamentaria iba a caracterizarse por resolver en instrumentos jurídico-legales los principios sanitarios que habían esbozado incipientemente sus copartidarios en las Cortes de Cádiz. Veremos a continuación cuales fueron los debates más destacados y las principales iniciativas sanitarias que emprendieron sus Diputados.

2.1. Los conceptos sobre las bases administrativas y científicas para un código sanitario

El riesgo de epidemias y la necesidad de precaverse contra ellas le señalaron a las Cortes del *Trienio Liberal* desde los inicios mismos de sus sesiones una de las más importantes prioridades. Se temía especialmente que ocurrieran nuevos brotes de fiebre amarilla, que desde 1800 había azotado repetidamente distintas regiones del país. La última epidemia había ocurrido muy recientemente, en 1819, y había afectado especialmente a Cataluña y regiones adyacentes⁷. Pero se temía también que la peste bubónica, que afectaba entonces a los países del norte de África, pudiera ser introducida al país. Había, pues, suficientes motivos de preocupación como para estar alerta.

El 14 de Junio de 1820, pocos días antes de que las nuevas Cortes iniciaran sus sesiones, el nuevo Gobierno liberal a través de la Secretaría de Gobernación de la Península (a cargo de Don Agustín Argüelles) expidió un Decreto real por el que advertía sobre los riesgos de generalización de algu-

⁷ Entre la bibliografía útil sobre las epidemias de fiebre amarilla en las primeras décadas del siglo XIX, véase: ARÉJULA, J. M. (1806), *Breve descripción de la fiebre amarilla padecida en Cádiz y pueblos comarcanos en 1800, en Medinasidonia en 1801, en Málaga en 1803 (...)*, Madrid, Imprenta Real; MELLADO, B. (1811), *Historia de la epidemia padecida en Cádiz el año de 1810*, Cádiz, Imprenta de don Josef Niel.; BAHÍ, J. F. (1821), *Relación médico-política sobre la aparición de la fiebre amarilla, a últimos de Julio y principios de Agosto de 1821, en las tripulaciones de los buques del puerto de Barcelona, y sus progresos en la Barceloneta e introducción en la ciudad*. Mataró, Imprenta de Juan Abadal.; SALAMANCA, J. M. (1822), *Observaciones médicas, sobre el contagio de la fiebre amarilla y su introducción en esta ciudad en varias épocas, desde el año de 1800 hasta el pasado de 21*, Granada, Impreso por don Francisco de Benavides; GUIJARRO OLIVERAS, J. (1948), «Aportación al estudio histórico de la fiebre amarilla», *Anuario de estudios americanos* (Tomo V), pp. 363-396; RICO-AVELLO Y RICO, C. (1953). Fiebre amarilla en España (Epidemiología histórica). *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. Año XXVII, (1-2), pp. 29-87; PESET, M. Y PESET, J. L. (1972), *Muerte en España. (Política y sociedad entre la peste y el cólera)*. Madrid, Seminarios y Ediciones; CARRILLO, J. L. y GARCÍA-BALLESTER, L. (1980), *Enfermedad y sociedad en la Málaga de los siglos XVIII y XIX*, Málaga, Universidad de Málaga.

nos brotes epidémicos locales. Por consiguiente, consideraba necesaria la conformación de una comisión que estudiara la situación y propusiera la actuación más conveniente⁸.

A esa comisión, que debía estar compuesta «de los profesores más acreditados de medicina y de sugetos instruidos en la navegación y viajes hechos a países donde, por haberse sufrido iguales desastres, se han adoptado medidas sabias y eficaces para precaverse de ellos», se le encomienda en ese Real Decreto que:

(...) estienda su parecer respecto de lo que deba egecutarse provisionalmente para impedir en el momento la renovación de los tristes acontecimientos del año anterior, y lo que haya de hacerse mas adelante con un sistema fijo e inalterable: que indique además dicha comisión el estado en que se hallen las Juntas de sanidad, los lazaretos y demás establecimientos de esta clase; fondos y rentas que tienen, su inversión, sobrantes, o *déficit*, y cuanto puede conducir a dar claridad a tan importante materia.

Como se deduce, el nuevo gobierno tenía gran preocupación por la situación sanitaria del país e intentaba conocer de manera precisa los recursos sanitarios de diverso tipo con que podía contar para hacerle frente.

Mediante Real Orden del 20 de Junio de 1820 se nombraron los miembros de esta comisión, a la que nos referiremos como la Comisión de Salud Pública del Gobierno. Fueron ellos los Sres. Ignacio María Ruiz de Luzuriaga, Eugenio de Arrieta, Antonio Hernández de Morejón, José Antonio Coll, Francisco Fabra y Soldevilla, Antonio Siles, Manuel Díaz Moreno y Joaquín María Ferrer.

Todos los miembros de esta comisión desempeñaron un papel muy destacado en la Salud Pública española en la primera mitad del siglo XIX. El nuevo gobierno se proponía acertar con sus reformas a la organización sanitaria y confiaba su orientación a personalidades de gran prestigio. Queremos mencionar especialmente el protagonismo cumplido por el Dr. Ruiz de Luzuriaga⁹, quien ejerció gran influencia en el pensamiento sanitario español y presidió esta comisión.

⁸ Gobernación de la Península. Real decreto, acordando las medidas oportunas para impedir se propague en la península la peste de Levante que tantos estragos causa en África. En Palacio a 14 de Junio de 1820. En: MUÑIZ MIRANDA, J., comp. (1853), cit., p. 176.

⁹ Este médico nació en Villaró, provincia de Vizcaya. Estudió medicina en París y Edimburgo (en esta ciudad con la guía del célebre Dr. William Cullen) y además tuvo estadias de perfeccionamiento en Londres, Glasgow y Montpellier. Se formó, pues, en los

Los temores que había en el país por la amenaza de epidemias y por la escasez de recursos públicos para afrontarlas, se hicieron realidad muy pronto. En un Real decreto expedido el 1º de Julio de 1820¹⁰ (cuando ya estaban reunidas las nuevas Cortes), el Rey anunció que una epidemia¹¹ había atacado a la Isla de Mallorca y abrió una suscripción para recibir recursos económicos que permitieran ayudar a sus víctimas.

No cabía duda que el tema sanitario tenía que estar entre las primeras prioridades de las nuevas Cortes. Así fue entendido y por eso tempranamente se comenzó a pensar en que era necesario elaborar un código sanitario para ordenar convenientemente las acciones del gobierno, ajustándolas a los nuevos ímpetus modernizantes y a las más avanzadas ideas científicas.

La primera legislatura comenzó el 26 de Junio de 1820 y el 1º de Julio siguiente se instalaron las Cortes. Muy poco tiempo después, el 13 de Septiembre, el Diputado Manuel López Cepero expresó ante el plenario de éstas su concepto de que era necesario que el Congreso se pusiera en el trabajo de aprobar un código sanitario con el que se pudiera superar el vacío normativo existente y se afrontara exitosamente las amenazas de epidemias. Presentó la siguiente proposición, que fue aprobada:

Dígase al Gobierno que oyendo a las Diputaciones provinciales de Cádiz y Sevilla, proponga a las Cortes un proyecto para formar un reglamento de sanidad, que al tiempo que impida la propagación de los contagios, facilite los socorros que exige la humanidad en favor de los miserables contagiados¹².

En la sustentación que el mismo Sr. López Cepero hizo de su proposición desveló claramente la provisionalidad que hasta entonces habían tenido las medidas que se adoptaban cuando surgía alguna epidemia, y propuso en cam-

principales centros Europeos donde las doctrinas de la experimentación científica se estaban consolidando como las bases del conocimiento médico. Murió en Madrid en 1822. Para otros datos biográficos, véase: FABRA SOLDEVILLA, F. (1822), *Elogio histórico del Doctor en Medicina Don Ignacio María Ruiz de Luzuriaga*, Madrid, Imprenta de León Amarita.

¹⁰ Real Decreto, abriendo una suscripción general en la península para el socorro de los lugares infestados en la isla de Mallorca. En palacio a 1º de julio de 1820. En: MUÑIZ MIRANDA, J., comp. (1853), cit., pp. 206-207.

¹¹ Según se desprende de lo comentado por M. y J. L. Peset, se trataba de la peste bubónica, que se había instalado en Mallorca después de muchos años de estar ausente de España. Ver: PESET, M. y PESET, J. L. (1972), cit., p. 184.

¹² *Diario de las sesiones de Cortes. (D. S. C.). Legislatura de 1820. Tomo II. (1871)*, Madrid, Imprenta de J. A. García. p. 975. Sesión del día 13 de Sept. de 1820.

bio un criterio bastante importante: permanencia y continuidad en las acciones para precaver futuros brotes¹³.

En el debate de esta proposición varios Diputados manifestaron la necesidad de que las Cortes presionaran sobre el Gobierno para que emprendiera las acciones que se sugerían, pues por muchos años se había estado a la espera de un código de tal naturaleza sin que nunca se hubiera obtenido. El Diputado Francisco Cavaleri fue uno de quienes se expresó en ese sentido¹⁴.

De esa manera comenzaba a dirigir las críticas contra la vieja herencia de provisionalidad en las disposiciones sanitarias y a reclamar renovación, orden y constancia en las estructuras administrativas encargadas de la lucha contra las enfermedades. Este espíritu iba a estar presente en el transcurso de todos los debates posteriores, como podremos comprobarlo.

Quedaba claro que las Cortes tenían una perentoria responsabilidad frente a la sanidad y la oportunidad de hacer una obra legislativa que contrastara palmariamente con la pasividad de los gobiernos anteriores. Para ello era necesario definir los principios administrativos y los conceptos científicos capaces de soportar ese cometido. Las primeras ideas en esa dirección fueron presentadas con motivo de la discusión de una propuesta, hecha por el Gobierno a través de la Secretaría de Gobernación de la Península, para que se conformaran bajo una misma estructura administrativa los ramos de beneficencia y sanidad¹⁵. Omitiremos muchos de los detalles del debate sobre esta propuesta, que finalmente fue rechazada por las Cortes, y nos concentraremos específicamente en las ideas que fueron surgiendo acerca de las bases administrativas en que debía asentarse la organización sanitaria como ramo independiente.

Aunque la propuesta del Gobierno fue rechazada, la mayoría de los Diputados acogían los principios con los que se venía organizando los diferentes ramos de la administración pública: centralización y profesionalización. El Gobierno deseaba que tanto la sanidad como la beneficencia estuvieran sometidas al «régimen de una sola dirección y juntas subalternas». En esta fórmula sintética presentada para la organización unificada de esos dos ramos se reproducía sectorialmente la idea que presidía sus intentos de reformar de manera general la organización del Estado: creación de estructuras centralizadas

¹³ Idem.

¹⁴ Idem.

¹⁵ Esta propuesta fue presentada a las Cortes mediante un oficio del 16 de Oct. de 1821 por el Sr. Ramón Feliú, Secretario de la Gobernación de la Península. Véase: *D. S. C. Legislat. extr. 1821-1822. Tomo I.* (1871). Madrid, Imprenta de J. A. García. p. 273. Sesión del día 16 de Oct. de 1821.

con delegación de responsabilidades a nivel provincial y local. Se buscaba dar coherencia a las funciones del gobierno y así lograr «un sistema uniforme de administración y régimen» para todo el país¹⁶.

Estos conceptos implicaban además la aceptación de la necesidad de contar con funcionarios profesionalizados, dotados de conocimientos técnicos especializados y responsables del desempeño de sus funciones. En general estas ideas no producían mayores sorpresas pues hacían parte de los criterios centrales de la política liberal-burguesa para la reforma del Estado. El país no podría proyectarse a la modernidad y al progreso si no se contaba con personas que tuvieran conocimientos específicos sobre cada área de la actividad social, basados en los adelantos que la ciencia venía logrando. Había que desterrar de la administración pública la costumbre de poner al frente de los asuntos a personas carentes de experiencia y habilidades, sostenidas exclusivamente por los favorecimientos del poder. Fue precisamente en la exaltación de la necesidad de conocimientos especializados en lo que se basó la mayoría de los Diputados para oponerse a la propuesta de unificación que hacía el Gobierno.

En este debate fueron surgiendo algunas de las más valiosas exposiciones de los Diputados sobre la organización de la sanidad, que muestran que en la mentalidad de la época y de los actores políticos españoles había una interesante tendencia modernizante del Estado. Veamos algunos detalles.

Las Cortes encargaron del estudio inicial de la propuesta a sus comisiones de Salud Pública y Beneficencia, las que debían presentar un informe conjunto. A pesar de que el dictamen mayoritario de la reunión de esas dos comisiones rechazó la propuesta gubernamental, en su sustentación no queda duda de la confianza que depositaban en la especialización de conocimientos para organizar eficientemente la función estatal¹⁷. Decían en uno de los apartes de su pronunciamiento que «convendrá igualmente que sean diferentes los individuos de las Diputaciones provinciales y Ayuntamientos que se elijan para formar las diferentes juntas [de beneficencia y sanidad], ya por la diversidad

¹⁶ *D. S. C. Legislat. extr. 1821-1822. Tomo I* (1871), cit, p. 652. Sesión del día 8 de Nov. de 1821.

¹⁷ Diez Diputados que componían estas comisiones suscribieron el dictamen al que nos referimos: Yuste [Simón González Yuste], García [Antonio], Gascó [Francisco Fernández Gascó], Alamán, Loizaga, Janer, Lagrava, Piérola, Vadillo, Arrieta. Otros seis Diputados hicieron voto particular apoyando la propuesta de unificación: Fraile, Espiga, Castanedo, Domínguez, Martel y Azaola [Gregorio González Azaola]. Y otro Diputado, el Sr. Gregorio Gisbert presentó su voto particular considerando que aún no había argumentos sólidos para tomar una decisión en ninguno de los dos sentidos.

de calidades y conocimientos que se requieren, ya por la diferencia y multiplicidad de ocupaciones en dichas juntas, sobre todo en los primeros años»¹⁸.

En otro de los apartes completaban su argumentación a favor de la especialización utilizando un tono irónico, en el que sin embargo se advierte lo difícil que es establecer los límites del concepto de integralidad cuando se aplica a la problemática de salud como uno de los componentes del bienestar. Decían en el dictamen:

(...) ¿quién no ve que siendo el bien público de los españoles el objeto de todos los ramos y administraciones del Estado, por esta misma razón convendría reunirlos todos en unas mismas manos, y agregar a la Dirección de sanidad y beneficencia hasta el estado mayor y las inspecciones del ejército, pues el objeto de éste es también hacer bien a los españoles librándolos de sus enemigos interiores y exteriores?¹⁹.

Cuando la cuestión fue discutida en el plenario de las Cortes, el diputado Seferino Lagrava, firmante del dictamen mayoritario, presentó algunos argumentos juiciosos sobre las responsabilidades que debían cumplir las *Juntas de sanidad*. Con ellos se sobreponía al imperante esquema restrictivo de limitar el accionar de estas Juntas a la mera prevención de las epidemias. Su argumentación contiene, igualmente, la idea de que el código sanitario que aprobaran las Cortes debía conllevar el compromiso con la continuidad y persistencia en la ejecución de políticas sanitarias. Afirmó:

Las Juntas de sanidad no se establecen solamente para auxiliar a los Ayuntamientos en la extirpación de las enfermedades contagiosas, sino para precaver éstas, y combatir las endémicas estacionales y aún comunes de los pueblos, las fiebres hospitalarias, castrense, carcelaria y demás que suelen originarse de la falta de ventilaciones, limpieza de aguas estancadas y de alimentos insalubres; a cuyos fines deben levantar los planos topográficos de su respectivo país, hacer sus observaciones a las Juntas superiores, recaudar fondos y establecer los lazaretos en la mejor forma posible, sin aguardar a tener ya encima al enemigo para prepararse sin defenderse²⁰.

Había aquí una idea diferente, más amplia, de la política de sanidad; se extendía hasta precaverse de las enfermedades llamadas endémicas u originadas por factores locales. Asimismo consideraba necesaria la especialización en el

¹⁸ D. S. C. *Legislat. extr. 1821-1822. Tomo I* (1871), cit., p. 656. Sesión del día 8 de Nov. de 1821.

¹⁹ Idem, p. 657. Sesión del día 8 de Nov. de 1821.

²⁰ Idem, p. 667. Sesión del día 8 de Nov. de 1821.

conocimiento y por eso argumentó a favor de la división técnica del trabajo de la siguiente manera:

Las comisiones no ignoran que todos los conocimientos humanos pueden considerarse como eslabones de una misma cadena, y que de consiguiente, el descubrimiento de una verdad puede contribuir más o menos próximamente al descubrimiento de otra; pero querer de aquí inferir que para llegar a éste resultado no esté mucho más expedita la mente cuando se dedica exclusivamente a un solo objeto que cuando se distrae a muchos, es querer luchar contra la experiencia, y sentar principios opuestos a la práctica de todos los cuerpos científicos y literarios (...).²¹

El Dr. Lagrava fue acompañado en sus puntos de vista por otros diputados, entre ellos el Sr. Fernández Gascó quien insistió en la responsabilidad que las *Juntas de sanidad* debían tener en la prevención no solo de las epidemias consideradas exóticas (la peste bubónica y la fiebre amarilla) sino también de aquellas «que nacen y se propagan entre nosotros, como son el sarampión, las viruelas, la disentería, las fiebres hospitalaria y carcelera, etc.»²². Enfatizaba la importancia de los conocimientos especializados y derivaba en consecuencia «la necesidad de los profesores médicos en las Juntas de sanidad, únicos a quienes, como depositarios de la preciosa ciencia de conservar la salud, se suponen los conocimientos necesarios al efecto»²³.

Sin embargo queremos hacer notar particularmente los aportes del diputado y médico Dr. Antonio García y García, quien también era partidario de mantener la separación de los ramos de sanidad y beneficencia. No solo se refirió a la utilidad que tenía el auxilio de la investigación científica en la resolución del polémico problema de la contagiosidad o no de la fiebre amarilla, sino que presentó el esbozo de una metodología de investigación en la que identificamos la importancia que le atribuía a la búsqueda objetiva de datos y a la comparación de esos datos para poder deducir conclusiones útiles a la Salud Pública. Destacamos esto porque allí está presente una fina comprensión de los fundamentos con los que la ciencia aspiraba a encontrar soluciones, no solo a los problemas de la naturaleza, sino también a los de la sociedad. Después de plantear el imperativo de que se adoptaran medidas vigorosas para evitar que el comercio introdujera contagios exóticos, reclamaba:

...es menester que se ocupen [quienes cuiden de la preservación del contagio] en resolver una importantísima cuestión, que aún no se ha resuelto en los veintiún años

²¹ Idem, p. 666. Sesión del día 8 de Nov. de 1821.

²² Idem, p. 671. Sesión del día 8 de Nov. de 1821.

²³ Idem.

que hemos sufrido la fiebre amarilla, a saber: si ésta, cada vez que aparece en nuestro suelo, trae su origen inmediatamente de los países en que es indígena, o si se produce en él por causas locales. (...) Pero cuales serán los datos que nos podrán poner en estado de resolver cuestiones de tanta trascendencia? No encuentro otros que las descripciones topográfico-médicas más exactas con las correspondientes observaciones meteorológicas de los pueblos de América y de la Península en que se ha padecido la fiebre amarilla, y de los que han estado libres de ella. De sus reciprocas comparaciones resultará el conocimiento de las condiciones necesarias para producir, propagar, impedir la entrada, y destruir las causas de la calentura de que se trata²⁴.

En estas palabras del Dr. García aparece una mentalidad científica que también habían expresado médicos prestigiosos como el Dr. Juan Manuel de Aréjula, quien reclamaba el contraste objetivo de datos para poder extraer conclusiones acerca de cualquier hipótesis²⁵, o el Dr. Francisco Piguillem demandando investigaciones objetivas que superaran las especulaciones y conjeturas que por tanto tiempo habían predominado en la medicina al amparo de los «sistemas médicos»²⁶.

Abundando sobre lo que ya había expresado, el Dr. García presentó un valioso argumento con el que hacía evidente que por razones científicas era necesaria una estructura centralizada para dirigir el ramo de la sanidad. Con esa postura ayudaba a esclarecer el tema que a nuestro juicio era el más importante en el debate: la centralización como mecanismo organizativo para imprimirle regularidad y consistencia a la gestión estatal. Sin un organismo central capaz de integrar datos y conformar una visión de conjunto para tomar decisiones en una perspectiva nacional, resultaban inútiles e intrascendentes los estudios médicos locales. Pues bien, el Dr. García aportó sus argumentos de esta forma:

Pero se dirá que estas descripciones [topográfico-médicas] deben hacerse por las academias, colegios y otros establecimientos de medicina, y que la Dirección y juntas de sanidad solo deben entender en lo económico-político, y de ningún modo en esta parte científica. Por poco que se reflexione sobre las cosas necesarias para

²⁴ Idem, p. 680. Sesión del día 9 de Nov. de 1821.

²⁵ Estos conceptos pueden verse en: ARÉJULA, J. M. (1806), *Breve descripción de la fiebre amarilla padecida en Cádiz y pueblos comarcanos en 1800, en Medinasidonia en 1801, en Málaga en 1803* (...) Madrid, Imprenta Real.; ARÉJULA, J. M.; AMELLER, C. F.; COLL, J. A. (1811), Copia del informe hecho por la comisión médica sobre la fiebre contagiosa que se padeció en Cádiz el año de 1810. En: CARRILLO, J. L. (1986), *Juan Manuel de Aréjula (1755-1830). Estudios sobre la fiebre amarilla*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, p. 125-138.

²⁶ Véase: PIGUILLEM, F. (1820), *Opúsculos clínicos del Doctor Dn. Francisco Piguillem*, Barcelona, Imprenta de Silverio Lleyxá. p. XXVIII.

la formación de las topografías médicas, se verá que las academias y demás corporaciones de medicina solamente podrán formar las de aquellos pueblos en que se hallen establecidos, y a lo más las de los que habitan sus corresponsales, quedándose innumerables por describir: además de que carecen de un centro común en donde se reúnan todas para hacer las comparaciones y deducciones necesarias al plan deseado de reglas sanitarias, por el que se impidan los rigores de éste cruel azote de la humanidad. No queda, pues, otro medio sino el que se establezcan juntas municipales y provinciales de sanidad, que se ocupen en éste interesantísimo objeto, bajo la inspección de una Dirección general²⁷.

En el conjunto de su exposición queda claro su diseño administrativo. Una Junta de sanidad con responsabilidad nacional debía proponer al gobierno la política de sanidad y presentar el presupuesto requerido, velar por la sanidad del Reino, producir los reglamentos que debían orientar el trabajo sanitario en todo el país y hacer que se cumplieran las leyes sanitarias. Las juntas provinciales harían observar las leyes y reglamentos a la Juntas municipales. La información de retroalimentación y los consolidados anuales de la gestión completaban, en síntesis, su esquema.

El Dr. García era consciente de que estaba proponiendo una innovación, en apoyo de la cual no había antecedentes de que asirse. En la aventura apuntaba por buscar la especialización de conocimientos. «¿No será más conforme a una razón ilustrada dividir estos trabajos [los de sanidad y beneficencia] entre varios sugetos, formando varias direcciones y juntas? «se preguntaba. Y respondía él mismo: «En efecto, más fácil será encontrar individuos instruidos en las materias pertenecientes a uno u otro asunto, que quien reúna las que son propias de cada uno de los dos»²⁸. El programa metodológico que la ciencia estaba reclamando era la parcelación del objeto de trabajo para poder profundizar en su conocimiento. Si se quería que las ciencias progresaran había que renunciar a la ilusión universalista de conocer de todas las amplias esferas en que la investigación había logrado penetrar. Sin duda fue este diputado quien mejor expresó los términos en que debía concebirse la organización centralizada de la sanidad. Resumió su idea de la necesidad de armonizar las decisiones políticas y las investigaciones científicas así:

Se insiste en que la cuestión es puramente económico-política y no médica; ¿pero podrá discurrirse el modo de dar reglas y economizar gastos para precaver a los pueblos de la fiebre amarilla, sin los conocimientos médicos necesarios a la re-

²⁷ *D. S. C. Legislat. extr. 1821-1822. Tomo I.* (1871), cit., p. 680-681. Sesión del día 9 de Nov. de 1821.

²⁸ *Idem*, p. 682. Sesión del día 9 de Nov. de 1821.

solución de los problemas propuestos en mi discurso? Es claro que no, y por tanto la cuestión es económico-político-médica²⁹.

Nos hemos detenido en las consideraciones del diputado Antonio García porque, como ya lo hemos insinuado, vislumbró conceptos bastante sólidos frente a lo que debía ser la sanidad pública. Miremos esta otra apreciación suya sobre el alcance de la sanidad, que contrasta con la estrechez de lo dicho sobre el mismo contenido por otros diputados:

...son establecimientos de sanidad las clases y academias de medicina, los hospitales, lazaretos, Juntas de sanidad y semejantes. Sería de desear que todos ellos se pudieran dirigir por una misma corporación; pero no hallándonos en situación política, económica ni literaria, proporcionada para establecimientos de éste orden, renuncio dar tanta extensión a los de sanidad. Pudieran limitarse a los conducentes para la preservación de la fiebre amarilla, peste de levante y otros contagios exóticos, y para la indagación y modo de extinguir las causas de las enfermedades endémicas de cada pueblo, y epidémicas indígenas del Reino...³⁰

Ha de mencionarse también como muy notoria la defensa que del concepto centralista para la organización de la sanidad hizo el Diputado de las Cortes en la legislatura de 1820-1822, Dr. José Francisco Pedrálvez. Veamos el contexto en que lo hizo.

Durante el debate del proyecto de código sanitario presentado por la comisión de Salud Pública de esa legislatura al plenario de las Cortes, el recientemente nombrado Secretario de la Gobernación de la Península (Sr. Francisco Fernández Gascó) se opuso a la Dirección general de Salud Pública que se proponía aduciendo que ella embarazaría la acción del gobierno y deprimiría su autoridad. Argumentaba que el servicio que pudiera prestar esa Dirección bien podía encomendarse a una sección de su despacho³¹. Dijo además que esa Dirección tenía el defecto «de tener a sus órdenes una porción de Juntas subalternas, que si bien pueden ser necesarias en tiempo en que reine la fie-

²⁹ Idem, p. 680. Sesión del día 9 de Nov. de 1821.

³⁰ Idem.

³¹ A la propuesta de creación de una Dirección General también se opusieron los Sres. Salvato, Trujillo, López del Baño y Pumarejo, miembros de la comisión de Salud Pública de las Cortes que presentó el proyecto, «por creerla inútil y gravosa al erario». Véase: Proyecto de Código sanitario para la Monarquía española presentado en 30 de Abril de 1822 por la Comisión de Salud Pública de las Cortes. (1822). En: LÓPEZ PIÑERO, J. M. (1984), *M. Seoane. La introducción en España del sistema sanitario liberal*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, p. 49-122 (p. 121).

bre, su permanencia continuada no me parece nada conveniente, porque en cierta manera es crear nuevas autoridades, que aunque se dice que estén sujetas a las Diputaciones provinciales y Ayuntamientos, al fin componen dependencias aparte»³².

El diputado Pedrálvez respondió detalladamente a cada uno de los puntos de vista expresados por el Sr. Secretario haciendo notar que había sido el mismo Gobierno, por medio de su anterior Secretario de Gobernación³³, el que había propuesto las ideas generales que la comisión presentaba como proyecto. Pero sobre todo queremos destacar el argumento con el que defendió la creación de una estructura con responsabilidad central y delegaciones en las Provincias y los Ayuntamientos:

Y esas juntas municipales ¿no han de tener quien las dirija? Ese arco del templo sanitario ¿no ha de tener la piedra-clave que lo cierre y asegure? ¿se ha de dejar la elipse sin concluir, para que se venga abajo el edificio? Pues esta Dirección general es el punto céntrico a donde van a parar todos los radios que vienen de los distintos puntos de la periferia³⁴.

Nos ha producido mucha satisfacción encontrar que en aquellos tempranos años del siglo XIX los Dres. García y Pedrálvez argumentaban coherentemente la necesidad de la centralización para organizar la Salud Pública del país. En contraste, hemos tenido alguna desazón con las posturas adoptadas por el Dr. Mateo Seoane sobre este tema. Lo hemos encontrado inconsistente y vacilante en esta materia, que llegó a ser precisamente la base fundamental sobre la que se erigieron las reformas sanitarias progresistas de los países europeos en ese siglo. Su apoyo a la propuesta traída por el proyecto de código sanitario de crear una Dirección central parece residir en razones solo circunstanciales, pues afirmaba que no simpatizaba con las tendencias centralizadoras que primaban en la época. He aquí su argumento:

Siento infinito entrar ahora a defender la propuesta de la Dirección general: yo había creído, y a mi parecer con sobradísimo fundamento, que esta cuestión no debía entrar en la de la totalidad, pues el proyecto puede quedar sin Dirección bien completo;

³² *D. S. C. Legislat. extr. 1822-1823. Tomo I.* (1872), Madrid, Imprenta de J. A. García. p. 226. Sesión del día 19 de Oct. de 1822.

³³ Se refiere al Sr. José María Moscoso de Altamira Quiroga, quien fue Secretario de Gobernación de la Península entre el 28 de Febrero y el 7 de Julio de 1822.

³⁴ *D. S. C. Legislat. extr. 1822-1823. Tomo I.* (1872), cit., p. 227. Sesión del día 19 de Oct. de 1822.

pero arrastrado por lo que he oído y con sobrada extrañeza al Sr. Secretario de la Gobernación, no puedo dejar de responder a S.S.: sus observaciones deben haber sorprendido tanto más a la comisión, cuanto si puso la Dirección general de sanidad en lugar de la actual Junta suprema, fue a excitación del anterior Gobierno, y cuanto tenía fuertísimos motivos para creer que éste debía profesar en este punto las mismas opiniones³⁵.

Aquí el Dr. Seoane no aparece como quien pudiera estar en disposición de liderar transformaciones administrativas de la Salud Pública con el tono centralista que lo hizo Gran Bretaña durante la llamada revolución victoriana de la administración pública y que produjo, entre otras, la importante Ley de Salud Pública de 1848. La certeza de su contradictorio posicionamiento frente a este tema de central importancia en el debate queda patente en estas palabras, contrarias a las ideas de centralización en general:

Nadie más opuesto que yo al sistema de centralización, tan acreditado, no solo entre nosotros, sino en todo el continente; nadie más opuesto a ese sistema, que estableciendo una especie de cuarteles generales donde va a parar todo lo concerniente al gobierno hasta de los intereses más locales, entorpece la marcha de las autoridades subalternas, traba la acción del mismo Gobierno, y le hace poco a poco arrojar de sí la carga que la naturaleza misma de los asuntos le había impuesto³⁶.

La explicación que agregó el Dr. Seoane de su apoyo a la creación de la Dirección general, bastante extraña por cierto, parece mostrar una fácil inclinación a terminar apoyando lo consuetudinario aún a costa de las propias convicciones. Veamos:

Por estas razones hubiera yo desechado la propuesta de esta Dirección, si no hubiese creído que sin ella el proyecto de sanidad tendría la misma suerte que el de beneficencia, que por falta de unidad en las Juntas no se ejecuta, y si hubiera podido persuadirme de que el Gobierno podría arreglar el sistema económico de sanidad en medio de sus vastas atenciones. Dudo esto, y me persuado firmemente de que acostumbrados ya como estamos a centralizarlo todo y a estar en una tutoría perpetua de autoridad, el proyecto no se ejecutará si no hay una expresamente encargada de su ejecución, una que, libre de otras atenciones, pueda facilitar al Gobierno la pronta resolución de materias tan trascendentales³⁷.

³⁵ Idem, p. 230. Sesión del día 19 de Oct. de 1822.

³⁶ Idem.

³⁷ Idem.

2.2. La confrontación de opiniones entre contagionistas y anticontagionistas

En aquel temprano debate de la primera legislatura de las Cortes del *Trienio Liberal* en que el diputado López Cepero demandó que el congreso se pusiera en plan de aprobar un código sanitario para superar el vacío normativo que existía, también se manifestaron opiniones que dejaban claramente establecido que uno de los más importantes temas sobre el que iba a gravitar el debate del código sanitario que se estaba requiriendo era el de la contagiosidad o no de la fiebre amarilla.

Fue el diputado José Moreno Guerra quien introdujo rápidamente la polémica. Compartía con el Sr. López Cepero el reclamo imperioso de que se dotara al país de un código sanitario y en consecuencia definió inmediatamente las bases sobre las que en su opinión debía levantarse:

(...) digo que este es un negocio el más grave que se puede proponer al Congreso. Aunque estoy dudoso en los medios que deban adoptarse, y aunque hay algunos médicos que creen que la fiebre amarilla o epidemia se reproduce y se ha hecho ya endémica en España, yo soy de contraria opinión. De consiguiente, me parece que las medidas sanitarias deben dirigirse a impedir que venga de fuera³⁸.

Dejaba así establecido su programa de control epidémico, de evidente rai-gambre contagionista. Después de que en la misma intervención narró que las epidemias de 1800, 1804, 1813 y 1819 habían sido introducidas por navíos procedentes de América, añadió, en consecuencia, donde debía ponerse el énfasis:

(...) las medidas sanitarias deben dirigirse a que no entren; pero si están ya dentro deben aplicarse las convenientes para cortarlo. (...) Es sabido que la fiebre no se propaga sino por contacto, y la amarilla menos que la de levante: la atmósfera jamás se contagia: por consiguiente, apoyo la indicación del Sr. Cepero [López Cepero], con la advertencia de que el Gobierno tenga presente que el objeto principal debe ser el de impedir la introducción de la fiebre, más bien que el cortarla, ni curarla, ni acordonarla después que esté ya en la Península³⁹.

Aunque en esta primera legislatura de las Cortes no hubo nuevos debates de interés sobre temas sanitarios, el diputado Moreno Guerra dejó establecido un claro mojón que señalaba por donde iban a discurrir las polémicas. La discusión científica que había en la época sobre el origen y propagación de las

³⁸ *D. S. C. Legislat. de 1820. Tomo II. (1871)*, cit., p. 975-976. Sesión del día 13 de Sept. de 1820.

³⁹ *Idem.* p. 976.

epidemias, especialmente las de fiebre amarilla, entraba en las consideraciones de los diputados. Aunque articulada con otros temas e intereses claves para la sociedad burguesa en ciernes (tales como la persecución del contrabando o el rechazo de los impedimentos a la actividad comercial y la libre circulación de las personas), la división de los médicos de todo el mundo entre contagionistas y anticontagionistas acompañó el debate sanitario en el *Trienio Liberal*⁴⁰.

Las diferentes opiniones que había en el medio científico español sobre la contagiosidad o no de la fiebre amarilla están representadas convenientemente por las memorias enviadas a consideración de las Cortes por algunos de los más prestigiosos médicos de la época. Obviamente su intención era influir con sus conceptos sobre la orientación que las Cortes le dieran a la lucha anti-epidémica. A continuación se reseñan las muestras más ilustrativas de los puntos de vista enfrentados sobre esa materia.

La primera es la Memoria enviada por el Dr. Bartolomé Mellado, titulada *Consideraciones sobre el origen e introducción de la fiebre amarilla en las provincias meridionales de la Península*. En el informe presentado al plenario

⁴⁰ La discusión entre contagionistas y anticontagionistas en los países Europeos occidentales en los inicios del siglo XIX, así como sus repercusiones en España, fueron tratados en mi TD. Véase: CARDONA, A. (2002), *La Salud Pública en España durante el Trienio Liberal. Debates ideológicos e iniciativas políticas*. Madrid, Universidad Complutense. De la abundante bibliografía, véase: PELLING, M. (1978), *Cholera, Fever and English Medicine 1825-1865*, Oxford University; ACKERKNECHT, E. H. (1948), «Anticontagionism between 1821 and 1867», *Bulletin of the History of Medicine*; 22 (5): 562-593.; WINSLOW, C-E. A. (1967). *The Conquest of Epidemic Diseases*, Nueva York, Hafner (or. 1943); CORBIN, A. (1987), *El perfume o el miasma. El olfato y lo imaginario social. Siglos XVIII y XIX*. México D. F., FCE (or. 1982); LA BERGE, A. F. (1984), «The Early Nineteenth-century French Public Health Movement: The disciplinary Development and Institutionalization of Hygiène Publique», *Bull. Hist. Med.*, (58):363-379; HAMLIN, Ch. (1998), *Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick. Britain, 1800-1854*, Nueva York, Cambridge; McDONALD, J. C. (1951), «The History of Quarantine in Britain during the 19th Century», *Bulletin of the History of Medicine*. Volume XXV, (1): 22-44; HANNAWAY, C. (1972), «The Société Royale de Médecine and epidemics in the Ancien Régime », *Bulletin of the History of Medicine*. (Vol. XLVI): 257-273.; PESET, M. y PESET, J. L. (1972), *Muerte en España*, cit.; PESET, J. L. (1993). «On the History of Medical Causality», en DELKESKAMP-HAYES, C. y GARDEL CUTTER, M. A. (ed.), *Science, Technology, and the Art of Medicine*, Dordrecht (The Netherlands), Klower, p. 57-74.; CARRILLO, J. L. y GARCÍA-BALLESTER, L. (1980), *Enfermedad y sociedad en la Málaga de lo siglos XVIII y XIX*. Málaga, Universidad de Málaga.; CARRILLO, J. L. (1986), *Juan Manuel de Aréjula (1755-1830), Estudios sobre la fiebre amarilla*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo; IGLESIAS RODRÍGUEZ, J.J. (1987), *La epidemia gaditana de fiebre amarilla de 1800*. Jerez de la Frontera, Gráficas del exportador.

de las Cortes por su comisión de Salud Pública⁴¹ se refiere que en esta Memoria el Dr. Mellado considera la fiebre amarilla como una entidad contagiosa que se introducía desde América por medio del comercio⁴².

Otras dos memorias científicas remitidas a las Cortes que queremos destacar por la nombradía de sus autores fueron las de los Dres. Alfonso de María y Jean Devezé. El primero de ellos era un médico español que había participado activamente en la lucha contra las epidemias de fiebre amarilla en las provincias del sur y el segundo era un prestigioso médico francés, miembro de la Junta suprema de sanidad de París.

En su concepto ante el plenario de las Cortes la comisión de Salud Pública⁴³ que revisó estas obras resaltó que los dos autores «han sido de los pocos que dentro y fuera de España han tenido la firmeza de advertir a los Gobiernos y a todos los amantes de la humanidad contra el torrente de la opinión vulga, que dicha fiebre o *tifo icterodes* es debido y comunicado a los habitantes de uno o más pueblos por causas locales que se desenvuelven en ciertas circunstancias, y no llevado de una parte a otra en barcos, personas o efectos comerciales de éste o del otro género, que es lo que se ha llamado contagio»⁴⁴.

Los elogios que hizo la comisión de estos médicos no eran casuales. Su propio punto de vista se orientaba en la dirección de las teorías anticontagionistas. En su dictamen hacen mención de la división que entonces había entre los médicos y científicos más prestigiosos del mundo respecto del origen y difusión de las enfermedades epidémicas, pero no dejan duda de su predilección por las opiniones de quienes atribuían la enfermedad a causas locales relacionadas con las condiciones de la atmósfera⁴⁵.

Nos interesa resaltar su inclinación a oponerse a la idea de transmisión de la fiebre amarilla por el contacto directo entre las personas o a través de fomes, que constituían la esencia de las teorías contagionistas, pues tras su in-

⁴¹ Esta comisión estaba integrada por los Diputados: Félix Janer, Antonio García, Antonio Verdú, Rojas Clemente, Pino, Fagoaga. Véase: *D. S. C. Legislat. de 1820. Tomo I.* (1871), Madrid, Imprenta de J. A. García. p. 762. Sesión del día 2 de Sept. de 1820.

⁴² *D. S. C. Legislat. de 1820. Tomo II.* (1871), cit., p. 1141. Sesión del día 21 de Sept. de 1820.

⁴³ En esta ocasión integraban la comisión los siguientes Diputados: Cepero [Manuel López Cepero], Janer, Azaola [Gregorio González Azaola], Palarea, Loizaga, Vadillo, Piérola [Nicolás Fernández de Piérola]. Véase: *D. S. C. Legislat. de 1820. Tomo III.* (1873). Madrid, Imprenta de J. A. García. p. 2115-2116. Sesión del día 6 de Nov. de 1820.

⁴⁴ *D. S. C. Legislat. extr. 1821-1822. Tomo II.* (1871). Madrid, Imprenta de J. A. García. p. 1100. Sesión del día 4 de Dic. de 1821.

⁴⁵ Idem.

comodidad con la teoría contagionista había otras razones importantes que quedaron igualmente manifiestas en el informe: su preocupación por los obstáculos que las disposiciones de interdicción sanitaria, apoyadas en la idea del contagio, interponían a la marcha fluida de la actividad comercial.

La comisión consideraba que el Gobierno debía emprender cuanto antes los esfuerzos necesarios para esclarecer las dudas sobre el modo de difundirse la fiebre amarilla, auxiliándose con la opinión de los más notables científicos del país. Solo resolviéndose el dilema de si la enfermedad era exótica o local podía cimentarse bien el reglamento general de sanidad. Argumentaba así:

(...) la cuestión mas importante y la más altamente política que puede ofrecerse a la consideración de un Cuerpo legislativo en la época presente, es la que pueda contribuir a salvar la mayor y más preciosa parte de la población de las naciones, ahorrar a la Hacienda pública millones de gastos en cordones, lazaretos, espurgos y cuarentenas, y evitar al comercio marítimo y terrestre una infinidad de trabas, vejaciones y pérdidas tan terribles como la misma fiebre con que solo pueden compararse los abusos y horrores cometidos a pretexto de sanidad⁴⁶.

Llama bastante la atención el surgimiento tan temprano en el pensamiento español de conceptos como el de «causa local» de las enfermedades epidémicas y el de la necesidad de oponerse a las cuarentenas y expurgos por ser obstáculos para el comercio y la industria. Recordemos que en Gran Bretaña y Francia estas ideas apenas estaban empezando a consolidarse y que solo hasta 1848 tuvieron su primera aceptación legal al aprobarse en Gran Bretaña la famosa Public Health Act de ese año.

En la primera legislatura de las Cortes, que concluyó el 14 de Febrero de 1822, no se alcanzó a aprobar ninguno de los dos proyectos que hasta entonces se habían elaborado y publicado: el de la comisión del Gobierno⁴⁷ y el escrito por la Comisión de Salud Pública de las Cortes⁴⁸. Correspondió a los diputados elegidos para la nueva legislatura que se iniciaba el día siguiente 15 de Febrero asumir la tarea, para lo cual confiaron la presentación de un nuevo proyecto, que recogiera los aportes de la anterior legislatura, a una también nueva comisión de Salud Pública que fue integrada por los Sres. José Francisco

⁴⁶ Idem.

⁴⁷ *Proyecto de ley orgánica de sanidad pública de la Monarquía española, formado por la comisión nombrada en Real Orden de 20 de Junio de 1820.* (1822). Madrid, Imprenta de Albán y compañía.

⁴⁸ *Proyecto de reglamento general de sanidad, presentado a las Cortes extraordinarias de 1822 por su comisión de Salud Pública* (1822), Madrid, Imprenta de Albán y compañía.

Pedrálvez, Mariano Lagasca, Mateo Seoane, Pablo Montesino, Agustín López del Baño, Nicasio Tomás y Ramón Salvato⁴⁹. Algunos días después esta comisión fue completada con los Diputados Ramón Trujillo y José Pumarejo⁵⁰.

La nueva comisión de Salud Pública presentó y mandó imprimir su propio proyecto el día 29 de Abril de 1822 con el título de *Proyecto de código sanitario para la monarquía española*⁵¹, aunque con la salvación de voto por parte de los diputados Trujillo, Salvato, Pumarejo y López del Baño con respecto a la propuesta de creación de una «Dirección General». Los diputados Seoane, Salvato y Montesino hicieron lo propio en relación con las disposiciones penales que incluía el proyecto. Esta circunstancia nos avisa que ni aún en la propia comisión había completo acuerdo sobre su contenido y anticipa las dificultades que pasaría en el plenario de las Cortes.

Cuando en el mes de Octubre de ese mismo año se hizo la discusión de esta propuesta en el plenario de las Cortes, emergió plenamente y con mayor agudeza el gran desacuerdo que había sobre las medidas sanitarias basadas en la presunción de contagiosidad de la fiebre amarilla. Estas disensiones condujeron finalmente a su desaprobación y a que el *Trienio Liberal* terminara sin haber podido cumplir con su propósito de dotar al país de un código sanitario moderno. En adelante mostraremos los rasgos más sobresalientes de la discusión.

Apenas había comenzado la discusión en el plenario de las Cortes cuando el diputado Francisco Javier Istúriz puso en duda la solidez de la edificación del proyecto por haberse construido sobre las dudosas bases de la contagiosidad de la fiebre amarilla. Opinaba que lo que allí se proponía era perjudicial, costoso, inútil e impracticable porque la población siempre había logrado burlar ese tipo de disposiciones. Además calificaba las sanciones penales que incluía el proyecto contra los infractores con la expresión nada ambigua de «draconianas» y contrarias «al benéfico sistema que nos rige». Su pensamiento queda sintetizado en estos renglones:

Así, preveo que si las Cortes admiten este Código sanitario, que en mi modo de ver no hace otra cosa que establecer una nación sanitaria dentro de la Nación española, no se llevará a efecto, porque sus medidas son impracticables e inadmisibles, y creo decretarán una cosa inútil y gravosa por lo costosa que ha de ser⁵².

⁴⁹ *D. S. C. Legislat. de 1822. Tomo I.* (1872). Madrid, Imprenta de J. A. García. p. 73. Sesión del día 3 de Marzo de 1822.

⁵⁰ *Idem.* p. 420. Sesión del día 19 de Marzo de 1822.

⁵¹ El texto completo del proyecto puede verse en: LÓPEZ PIÑERO, J. M. (1984), cit., p. 49-122.

⁵² *D. S. C. Legislat. extr. 1822-1823. Tomo I.* (1872), cit., p. 222. Sesión del día 19 de Oct. de 1822.

El diputado Elías Álvarez arreció en la misma dirección del Sr. Istúriz. Hizo eco a las dudas existentes en el mundo científico sobre la contagiosidad de la fiebre amarilla y dijo que «para mi nunca ha estado menos despejada esta incógnita que en el día»⁵³. No cabe duda que estaba haciendo crisis todo el aparato del aislamiento, de la reclusión de los contagiados, de los lazaretos y de los cordones sanitarios. Ante la carencia de datos irrefutables que probaran la teoría del contagio, el diputado Álvarez no tuvo dificultades para demandar desafiadamente: «Yo me contentaré con preguntar a los señores profesores si nos dan una verdadera prueba de la existencia del contagio»⁵⁴.

También el diputado Cayetano Valdés expresó su convicción de que la fiebre amarilla no era contagiosa y habló extensamente de los males que provocaban las medidas de aislamiento, especialmente las terrestres, así como de la inutilidad práctica de ellas por la permanente predisposición y necesidad de las gentes a transgredirlas. Aunque dijo que mientras existiera la opinión general del contagio «es menester tratar de disminuir sus malos efectos, ínterin se resuelve el problema que es menester decidir»⁵⁵, esa expresión más bien parecía un formalismo porque toda su intervención estuvo orientada a criticar duramente la propuesta de código sanitario tal como estaba concebida. Para este diputado las medidas de sanidad provocaban en los hábitos de vida de las poblaciones alteraciones tan contrarias a la forma común de vivir de las gentes, que era imposible esperar que no se intentara eludirlas. Por eso, explicaba, hay tantas violaciones a las normas sanitarias. «Es, pues, enteramente imposible que los pueblos pierdan sus relaciones y sus conexiones»⁵⁶, decía.

Todos estos argumentos, arrojados por el debate acerca de la contagiosidad de la fiebre amarilla, eran sin ninguna duda la expresión de una creciente rebelión contra la arbitrariedad y las vejaciones de las disposiciones de control sanitario, que se asociaban con el despotismo político del Antiguo Régimen. Rebelión que de otra parte se correspondía bien con la demanda de libertad de comercio e industria en que insistían los representantes de la nueva clase burguesa que buscaba acomodo en las estructuras de poder. El diputado Casas [seguramente se trata de Miguel Sánchez Casas] asimilaba las medidas de aislamiento para el control de las epidemias a la represión y la vejación.⁵⁷ Reclamaba que hubiera compasión con los infectados, llamando la atención

⁵³ Idem. p. 228. Sesión del día 19 de Oct. de 1822.

⁵⁴ Idem.

⁵⁵ Idem, p. 231. Sesión del día 19 de Oct. de 1822.

⁵⁶ Idem.

⁵⁷ Idem. p. 233. Sesión del día 19 de Oct. de 1822.

acerca de que en nombre del propio miedo a la muerte se puede llegar a atropellar hasta la muerte, injustamente, a otras personas. Veamos:

El origen principal de los males que se experimentan en los pueblos apestados es la dureza y crueldad de los pueblos no apestados; y así, he oído decir, y en mi opinión es cierto, que el más temible fenómeno de las enfermedades llamadas contagiosas son las Juntas de sanidad. El terror que inspiran es incalculable, y esto solo puede conocerlo el que lo ha pasado. No hay hombre, por más valiente que sea, que pueda verlo con indiferencia: los mismos militares, acostumbrados a ver la muerte de cerca, en éste caso no duermen ni sosiegan; y así, entiendo yo que el objeto de las leyes sanitarias debía ser el de desvanecer este terror, a consecuencia del cual no hay hijos para padres ni padres para hijos⁵⁸.

No menos interesante es su conclusión, en la que clama por la solidaridad con los enfermos y presenta una propuesta que puede encuadrarse dentro de la idea de humanizar la tarea sanitaria:

Pues esto es lo que se verifica y se verificará siempre [las vejaciones asociadas a las medidas tradicionales de control sanitario], y el motivo que tengo para creer que este reglamento con toda su extensión será lo mismo que todos los demás, y que lo que debe hacerse es persuadir a los hombres que estos males no son tan temibles, porque lo que más importa es socorrerse y asistirse mutuamente⁵⁹.

Por parte de los defensores de las bases contagionistas del proyecto y de su dureza sancionatoria se destacó especialmente el Dr. José Francisco Pedrálvez. Toda su armazón argumental partía de creer que la fiebre amarilla era contagiosa y que la única manera de librarse del contagio era evitando cualquier tipo de contacto con los infectados. Juzgaba que su introducción en España había ocurrido precisamente por falta de controles. Por eso no se podía tener consideraciones con quienes infringieran las normas del aislamiento. Las bases del código sanitario no podían ser otras que la severidad de las leyes. Dijo el Sr. Pedrálvez en defensa del proyecto:

Alégase que las leyes son duras. ¿Y dónde está la dureza de las leyes? ¿Qué mayor dureza, se dice, que la pena de muerte? Pregunto yo ahora: esa pena de muerte ¿no se aplica al asesino, al incendiario y al ladrón de gavilla? La introducción del contagio a un pueblo, ¿no es un mal infinitamente mayor que ninguno de los dichos? El daño hecho a la sociedad ¿no se tiene por la verdadera medida del

⁵⁸ Idem.

⁵⁹ Idem.

delito? (...) Cómo no se quiere que sea castigado el que quita el bienestar, los bienes, la salud y la existencia a tantos? (...) El derecho público, pues, es el que dicta esta ley, dura si se quiere, pero necesaria e indispensable, y yo añado, útil y saludable. Porque es necesario que entendamos que las leyes sanitarias no son simplemente leyes *punitivas*, sino *preventivas*, y una pena fuerte evita el crimen más bien que una suave⁶⁰.

Los otros médicos que eran diputados en esta legislatura mantuvieron su apoyo a la teoría del contagio y a la orientación general de las normas contenidas en él, aún cuando matizaron sus apoyos resaltando la mayor suavidad de este proyecto con respecto a anteriores normas. Así, el Dr. Ramón Trujillo recordaba que los países más desarrollados tenían normas sanitarias de precaución contra el contagio y que esa costumbre debía mantenerse también en España hasta que se aclarara definitivamente la disputa científica sobre el contagio. Veía en la propuesta que se estaba discutiendo cambios significativos en relación con lo que existía anteriormente⁶¹.

El Dr. Pablo Montesino defendió el soporte contagionista del proyecto diciendo que «lo que resultaría de sancionar el principio del no contagio, sería que cuanto se ha hecho y se puede hacer respecto a reglamentos de sanidad vendría a ser inútil, porque cabalmente esa es la base de donde se han de sacar consecuencias para lo sucesivo»⁶².

Para el también médico y diputado Dr. Agustín López del Baño el proyecto estaba depurado de las arbitrariedades y las vejaciones que contenían las disposiciones anteriores y lo consideró como un instrumento útil en tanto no se demostrara fehacientemente la no contagiosidad⁶³.

No encontramos ninguna intervención del médico Dr. Mariano Lagasca en los plenarios de las Cortes de los meses de Octubre y Noviembre de 1882, que fue cuando se sometió a discusión el texto del proyecto de código sanitario. Sin embargo en el anterior mes de Mayo de ese mismo año, con motivo de un debate sobre presupuesto para sanidad, se había mostrado categóricamente convencido de la teoría del contagio en estos términos:

Señor, es menester persuadirse de que el modo de evitar tantos males son las medidas rigurosas, el que haya sabios que no oculten la verdad: entonces no nos vendrán con esas cantinelas indecentes, que asesinan, de decir que la fiebre amari-

⁶⁰ Idem. p. 225. Sesión del día 19 de Oct. de 1822.

⁶¹ Idem. p. 232-233. Sesión del día 19 de Oct. de 1822.

⁶² Idem. p. 235. Sesión del día 19 de Oct. de 1822.

⁶³ Idem. p. 233-234. Sesión del día 19 de Oct. de 1822.

lla no es contagiosa. Asesinan, Señor, y propagan entre millares de incautos el infortunio⁶⁴.

Por su parte la participación del médico Dr. Mateo Seoane en el debate sobre las bases del proyecto de código sanitario fue muy intensa, pero en ocasiones bastante ambigua. Consideraba que las leyes tiránicas y arbitrarias de control sanitario inspiradas en la teoría del contagio estaban relacionadas con los intereses políticos del absolutismo y que por tanto en un régimen constitucional y democrático eran necesarios cambios radicales de enfoque. Sin embargo cuando se discutió el proyecto de código sanitario en el plenario de las Cortes expresó que debían aceptarse las bases contagionistas sobre las que se había erigido, argumentando que aún no había sido demostrada fehacientemente la no existencia del contagio y que todas las naciones del mundo seguían adoptando medidas drásticas de control para prevenirse de las epidemias. Veamos algunos apartes de sus intervenciones al respecto.

El 20 de Junio de 1822, apoyando la necesidad de que se hicieran estudios científicos que pudieran aportar pruebas sobre la no existencia del contagio, explicó que el miedo a las epidemias había impuesto la necesidad de adoptar leyes tiránicas, disculpables solo por la necesidad absoluta de adoptarlas en tanto no se esclareciera el tema en debate. Después de hacer aquella salvedad, relacionó de manera categórica los intereses políticos del absolutismo con la teoría del contagio y fustigó la amenaza militar que Francia fraguaba (en acuerdo con los demás países de la *Santa Alianza*) contra el régimen constitucional español, estableciendo sus fuerzas militares en los Pirineos con el pretexto de interponer un cordón sanitario contra la fiebre amarilla. Dijo así Seoane:

Nada, por otra parte, podrá ser más glorioso para los españoles que el tomar la iniciativa en los trabajos que exige la resolución de esta disputa importante, y en los experimentos de los cuales debe salir la luz que ha de hacer ver cual es en si una de las cuestiones más dignas de la atención de los hombres. Dejemos a los déspotas el que mirando el contagio como un medio útil en política, desdeñen el bien de la humanidad; dejemos a ese Gobierno caduco que quiere edificar en el siglo XIX un trono nuevo sobre cimientos góticos, que admita contagios sin fin para tomar de esta creencia ridículos pretestos y organizar ejércitos que bajo el título de cordones sanitarios ataquen esa libertad que a su despecho va propagándose con más actividad aún que la fiebre que tanto muestra temer...⁶⁵

⁶⁴ D. S. C. *Legislat. de 1822. Tomo II.* (1872), Madrid, Imprenta de J. A. García, p. 1.158. Sesión extraordinaria de la noche del 3 de Mayo de 1822.

⁶⁵ D. S. C. *Legislat. de 1822. Tomo III.* (1873), Madrid, Imprenta de J. A. García. p. 2024. Sesión del día 20 de Junio de 1822.

Sin embargo, en la sesión de Cortes del 19 de Octubre de 1822 expuso que dadas la circunstancia de que no estaba demostrado con datos científicos irrefutables la no existencia del contagio y de que todas las naciones mantenían en vigencia medidas drásticas para repelerlo, era necesario acoger las bases contagionistas sobre las que la Comisión de Salud Pública, de la cual él hacía parte, había elaborado el proyecto.

En esta ocasión, después de manifestar que «mis opiniones son casi enteramente opuestas a las que ha procurado demostrar el señor Pedrálvez»⁶⁶, quien en la presentación del proyecto ante el plenario de las Cortes había hecho una extensa disertación mostrando hechos que en su opinión hacían irrefutable la existencia del contagio de la fiebre amarilla, el Dr. Seoane continuó diciendo:

Es demasiado cierto, por desgracia, que la gran cuestión de que se trata está aún por decidir de un modo irrevocable: es verdad que no solo están divergentes las opiniones de los médicos sobre esta materia, sino que son absolutamente opuestas entre sí: es cierto, en fin, que por un efecto de esta divergencia, aún los mismos individuos de la comisión estábamos muy poco acordes sobre éste punto tan principal; pero esta misma oposición, esta misma divergencia fue la que nos hizo decidir por suponer la existencia del contagio, creyendo que obligados como legisladores a no separarnos del camino trazado por las opiniones reinantes sin una certidumbre material en contrario, debíamos esperar que experimentos indudables nos hiciesen adquirir esta certidumbre para dar el gran paso que reclama el interés de la humanidad⁶⁷.

Seoane vinculaba las arbitrariedades que tradicionalmente habían estado ligadas a las medidas de control sanitario con la práctica política connatural al absolutismo. A pesar de esto, no encontrando aún que la ciencia diera certezas de la no existencia del contagio, aceptaba que hasta tanto ello no ocurriera debía seguirse haciendo lo que hacían la generalidad de los países. Estas fueron sus palabras:

Otra consideración importantísima tuvieron también presente los individuos de la comisión al examinar la gran cuestión de que se trata: todas las Naciones toman en el día las más enérgicas medidas para repeler el contagio, y esta conformidad tan general debe hacer mucho más delicada la resolución de proclamar su no existencia.

⁶⁶ *D. S. C. Legislat. extr. 1822-1823. Tomo I.* (1872), cit., p. 228. Sesión del día 19 de Oct. de 1822.

⁶⁷ Ídem.

Es verdad que esta cuestión se ha hecho ya tan diplomática como médica: es verdad que la mala fe de algunos Gobiernos, aterrorizados por el pavor que les infunde la propagación de ciertas ideas, les ha empeñado a atribuir sus disposiciones hostiles hacia estas ideas como opuestas solamente al contagio, que procuran acreditar hasta por los medios más injustos y repugnantes: es verdad que la comisión no puede ignorar las maquinaciones escandalosas con que un Gobierno vecino, tan enemigo de la luz como amigo de opiniones rancias, ha intentado acallar a los partidarios del no contagio, para que se vuelva a mirar como un axioma la opinión contraria; mas (...) [la comisión] no creyó poseer todo el cúmulo suficiente de datos irrecusables para oponerse a la creencia general, sancionada por la costumbre y por la autoridad⁶⁸.

Se percibe la repugnancia de Seoane por tener que aceptar el argumento de que otros países europeos tenían establecidas normas contra el contagio, siendo que precisamente en esos momentos Francia tenía desplegada en los Pirineos una fuerza militar amenazante contra los liberales españoles, pretextando que se trataba de un cordón sanitario para prevenirse del contagio de fiebre amarilla. Pero, añadió, «mientras no disipen experimentos indestructibles las sombras que la ofuscan actualmente, la humanidad sufrirá el resultado de errores nacidos de la ignorancia y sostenidos por las preocupaciones». Como hemos visto, el Dr. Seoane mantenía un estricto apegamiento al rigor científico aunque resultaran contrariadas algunas intenciones llevadas *in pectore* y aconsejadas por las propias convicciones políticas. A pesar de sus apasionados argumentos contra el absolutismo, no hallaba prudente dar el paso atrevido de legislar como si no existiera el contagio. No cabe duda que no se acomodaba bien por aquellos días con la teoría del contagio, pero no encontraba que su propia opinión estuviera suficientemente demostrada.

Seoane se aferraba tenazmente a los dictados del pensamiento científico que le exigían plena demostración de los hechos estudiados antes de aceptarlos como ciertos. Esta actitud la mantenía en medio de unas condiciones de pugnicidad en que el apasionamiento por las ideas políticas había llevado a que se buscara la diferenciación partidista en torno a un asunto que debía resolverse científicamente, según lo han presentado Mariano y J. L. Peset⁶⁹. Se vivía un ambiente en que no se sopesaban equilibradamente las diferentes hipótesis científicas, sino que se tendía a la formación de facciones. Pero también es irrefutable que ese apegamiento a los dictados científicos constreñía a Seoane para participar decididamente en la erradicación de unas «cons-

⁶⁸ Ídem, p. 229. Sesión del día 19 de Oct. de 1822.

⁶⁹ PESET, M. y J. L. (1972), cit., pp. 168-169.

tumbres y autoridades» que producían grandes atropellos a la población. En este caso la fidelidad a la ciencia contribuía al éxito político de la arbitrariedad y el atropello.

Dicha contradicción debió angustiar inmensamente a Seoane. Por eso, la siguiente pregunta que podía surgir se la hizo a sí mismo: «¿por qué la comisión se ha atrevido a presentar un proyecto cuya base confiesa ella misma ser tan dudosa? ¿Por qué no ha aguardado a que se decida de un modo irrevocable la opinión que debe seguirse en materia tan importante, para presentar un trabajo fundado en bases indudables?». Su explicación fue que el país urgía de alguna norma que diera orientaciones sobre lo que debían hacer las autoridades cuando se presentaran epidemias, porque no se disponía de ella y esa falencia proporcionaba oportunidades a que campeara la arbitrariedad como hasta entonces venía ocurriendo. En otros términos, consideraba que era un mal menor tener algunas normas aunque fueran establecidas sobre bases todavía inseguras, que no tener ninguna. Aún cuando el argumento suena bastante débil como soporte para la puesta en marcha de una política pública, que por su propia naturaleza influye poderosamente sobre la vida de grandes colectivos, es por lo menos bastante franco. Veamos las propias palabras de Seoane:

Es doloroso decirlo, pero la comisión no puede prescindir de declarar que lo que la ha obligado más y más a presentar su trabajo es el ver que no existe en esta nación, tan fecunda en leyes inútiles y aún perjudicialísimas, una que haga conocer a las autoridades hasta donde llega su poder en medio de un pueblo contagiado, y el ver que esta falta es causa de la arbitrariedad más horrible. (...) La arbitrariedad más escandalosa y repugnante ha resultado de este abandono: cada Junta de sanidad se forma una ley particular distinta de la que rige a sus vecinas: cada gobernante se erige en déspota sin responsabilidad; porque ¿por dónde exigírsela? En una palabra, el desorden que acompaña a la aparición de una epidemia es infinitamente peor que todas las pestes juntas...⁷⁰

Nos hemos detenido en estos detalles de los argumentos de Seoane y de la comisión de Salud Pública que propuso el proyecto de código sanitario porque ellos son una bonita muestra de los complicados caminos por los que discurren en muchas ocasiones las decisiones políticas y los hechos históricos que forjan el porvenir de las sociedades. Aunque no había certezas científicas del no contagio, en los países europeos occidentales más avanzados se cami-

⁷⁰ D. S. C. *Legislat. extr. 1822-1823. Tomo I.* (1872), cit., p. 229. Sesión del día 19 de Oct. de 1822.

naba rumbo de la desinstalación de las legislaciones sanitarias armadas en la concepción contagionista. Mientras tanto España no se atrevía a la misma andadura. Seoane, por su parte, solo atinaba a reiterar el argumento del «orden» en el último y conclusivo párrafo de su exposición:

(...) todo es menos horrible que dejar hasta en manos de las autoridades más subalternas la facultad de suspender todos los derechos sin ley alguna que señale hasta donde debe llegar su poder y desde donde debe principiar su responsabilidad en las circunstancias más críticas⁷¹.

Las contradicciones que afrontaba Seoane se le presentaban a sí mismo de manera difícil. En otro de los apartes de su intervención expresó:

Mi posición es muy difícil: por una parte consideraciones imperiosas me obligan hoy a suponer como cierto lo que yo creo dudosísimo; y por otra, por suaves que sean verdaderamente las medidas anticontagiosas, siempre deben ser horribles, porque no se trata menos que de atacar lo más sagrado que hay entre los hombres: el mal está en la esencia de la cosa, y mientras exista ésta, aquel es absolutamente irremediable⁷².

Finalmente miremos la posición de Seoane en relación con la criticada dureza de las penas contempladas en el proyecto, sobre las cuales se mostró vertical y categóricamente adverso, aunque conciliador. Su rechazo lo expresó tanto en la intervención en el debate que venimos detallando, como en el voto particular que sobre ese aspecto suscribió juntamente con los Diputados Montesino y Salvato. Pero en su opinión, tales aspectos podían ser modificados y procederse a la aprobación del proyecto propuesto.

En su intervención en el debate se solidarizó con las objeciones que otros Diputados habían hecho a las disposiciones tiránicas del proyecto, pero advirtiendo simultáneamente la defensa global de su contenido. Dijo que no hablaría de la parte penal «ya porque no estoy conforme con el parecer de la mayoría de la comisión sobre esta parte, ya porque aún cuando, como yo creo, sea infinitamente más dura de lo que debe ser, sería injusto que por un solo capítulo, muy capaz de enmendarse, se desechara la totalidad del proyecto»⁷³. La contradicción que mantuvo con el contenido penal de la propuesta de código,

⁷¹ Idem. p. 231. Sesión del día 19 de Oct. de 1822.

⁷² Idem. p. 230. Sesión del día 19 de Oct. de 1822.

⁷³ Idem. p. 230. Sesión del día 19 de Oct. de 1822.

como hemos dicho, está expresada también en el voto particular, suscrito conjuntamente con los diputados Montesino y Salvato⁷⁴.

Terminemos diciendo que a pesar de todos sus esfuerzos, el conjunto de contrariedades que hemos repasado dieron al traste con la intención de las Cortes del *Trienio Liberal* de aprobar un código sanitario. Pronto volvió a cambiarse la situación política del país con la derrota de los liberales por parte de las fuerzas afectas al Antiguo Régimen apoyadas por las tropas francesas. La reinstalación de Fernando VII en el poder absoluto desde el 1º de Octubre de 1823 postergó por muchos años la reforma liberal de Salud Pública en España.

2.3. Otras iniciativas

Hay otros importantes debates e iniciativas de las Cortes del *Trienio Liberal* sobre Salud Pública que es conveniente reseñar brevemente. Un tema de gran notoriedad fue el relativo a la reforma de la Beneficencia, para lo que las Cortes aprobaron el Decreto XL de 27 de Diciembre de 1821⁷⁵, en el que se adoptaron importantes decisiones relacionadas con la Salud Pública. Hemos hallado allí una iniciativa bastante importante con respecto al tratamiento de los locos. El respeto democrático por las personas como un valor liberal asumido comprometidamente permitió que las Cortes del *Trienio Liberal* introdujeran un articulado que proscribía el maltrato hasta entonces habitual y que se indicaran algunas pautas para la constitución de una red de hospitales para enfermos mentales en todo el país. Había allí una evidente superación de las maneras crueles con que tradicionalmente se había venido afrontando la enfermedad mental. La decisión de organizar su asistencia sobre la base de un tratamiento humanitario se proyectó como uno de los más progresistas enfoques de la atención de los locos en los países europeos⁷⁶.

Otras decisiones que merecen anotarse son las referidas a la organización de la sanidad militar. Hemos encontrado en el Decreto sobre las bases bases

⁷⁴ Véase: «Proyecto de código sanitario para la monarquía española», en: LÓPEZ PIÑERO, J. M. (1984), cit., p. 49-122 (p. 121).

⁷⁵ Véase en: *Colección de los Decretos y Órdenes Generales expedidos por las Cortes extraordinarias, que comprende desde 22 de Setiembre de 1821 hasta 14 de Febrero de 1822.* (1822), Madrid, Imprenta Nacional, Tomo VIII, pp. 115-137.

⁷⁶ CARDONA, A. (2001), «La racionalidad centralizadora de la Beneficencia y la asistencia de los locos en la España del Trienio Liberal», *Frenia*, Vol. I. (2), 87-102.

de organización de la sanidad militar⁷⁷, y en los reglamentos de Medicina⁷⁸, Cirugía⁷⁹ y Farmacia⁸⁰ del cuerpo de sanidad militar una clara muestra del modernismo administrativo de las propuestas liberales. Estas normas contuvieron un conjunto coherente de disposiciones en que se plasmaron los principales componentes de un diseño moderno de organización y definición de funciones, en que se advierte fácilmente lo que un siglo después Frederick W. Taylor y Henri Fayol teorizaron como «principios científicos de la administración».

3. CONCLUSIONES

Los dirigentes liberales de principios del siglo XIX hicieron notables esfuerzos por organizar la Salud Pública española con coordenadas bastante progresistas, que pudieron significar un importante posicionamiento de este ramo en relación con los otros países europeos si el regreso del absolutismo no les hubiera impedido continuar su búsqueda. En medio de las importantes discusiones e iniciativas que las Cortes llevaron a cabo, hemos encontrado con satisfacción que algunos médicos poco reconocidos por la historiografía exteriorizaron conceptos muy coherentes sobre los rumbos que debía tomar la salud Pública moderna: los Dres. Antonio García y García y al Dr. José Francisco Pedrálvez. En contrario, hemos tenido alguna desazón con la participación del Dr. Mateo Seoane en algunos temas. Creemos que futuros estudios deberían profundizar en el pensamiento y obra de estos diputados*.

⁷⁷ Decreto XVII de 23 de Diciembre de 1822, Bases de la organización del servicio de sanidad militar. En: *Colección de los Decretos y Órdenes generales expedidos por las Cortes extraordinarias, que comprende desde 3 de Octubre de 1822 hasta 19 de Febrero de 1823. Impresa de orden de las mismas.* (1823). Tomo X. Madrid, Imprenta de Don Tomas Albán y compañía. pp. 61-62.

⁷⁸ Véase: *D. S. C. Legislat. extr. 1822-1823. Tomo II.* (1875). Madrid, Imprenta y Fundición de J. Antonio García. pp. 1478-1480, Sesión del día 13 de Febrero de 1823 y p. 1499-1501, Sesión del día 16 de Febrero de 1823.

⁷⁹ Véase: *D. S. C. celebradas en Madrid en el año de 1823* (1885). Madrid, Imprenta y Fundición de los hijos de J. A. García. p. 65-67. Sesión del día 12 de Marzo de 1823.

⁸⁰ *D. S. C. celebradas en Sevilla y Cádiz en 1823.* (1858). Madrid, Imprenta Nacional. p. 271. Sesión del día 27 de Junio de 1823.

* Reconocimientos: al Dr. Rafael Huertas García-Alejo por sus orientaciones y su amistad; al Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) de España, por su acogida; a los funcionarios de la Biblioteca del Senado (Madrid-España) por su generosa ayuda; a la Universidad de Antioquia por su apoyo.