

REVISTA NACIONAL DE ARQUITECTURA

DIRECCIÓN GENERAL DE ARQUITECTURA • MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN
AÑO I • NÚMERO 2 • MADRID, 1941

INGENIEROS, ARQUITECTOS Y SANIDAD

En momentos como los actuales, en que una renovación del Estado abre camino a toda clase de reformas, es natural que aparezcan pugnas, reveladoras de una doble emulación, entre los que se crean en condiciones o con derecho a colaborar en nuestra transformación. Por eso es lógico que en el problema del urbanismo se susciten discusiones que apoyen el derecho de cada profesión a intervenir en ella. Pero a los sanitarios no nos preocupa esto, que en fin de cuenta revela un deseo noble y generoso de trabajo y de progreso. No nos preocupa, pero creemos que está muy en su punto hacer una ligerísima reseña histórica que justifique nuestra postura en el problema.

* * *

En 1900, nuestros servicios sanitarios consistían en un Director general, sin medios materiales para actuar, que se apoyaba en una Ley del año 57. Esto era todo. Vino entonces la creación de 49 Inspectores provinciales de Sanidad, uno por cada provincia, que tenían por misión "aconsejar" a los Gobernadores. No había medios de acción, ni de desinfección, ni Institutos, ni Laboratorios, ni nada. La necesidad—había existido una epidemia de peste en Portugal—obligó a crear el Instituto Nacional de Sanidad y a promulgar un texto legal: La Instrucción General de Sanidad de 1904. Esto fué ya algo.

Los primeros sanatorios fueron los antiguos lazaretos de la costa, que se transformaron en Sanatorios Marítimos. Simultáneamente, el miedo a la peste y al cólera hizo que La Cierva reorganizase el Cuerpo de Sanidad Exterior, dotándole de laboratorios y medios de desinfección. Nadie se preocupó de ingenieros ni de arquitectos. Nadie pensaba en aguas residuales ni siquiera en aguas potables. Surgen estos problemas con la Dictadura, que piensa ya en condiciones mínimas de las viviendas y da instrucciones a los pequeños municipios sobre estas cuestiones.

Poco tiempo después empiezan a edificarse los pri-

meros Institutos provinciales de Sanidad. En un principio, como Subbrigadas sanitarias; después, como verdaderos Institutos. Ya hay entonces medios eficaces para combatir las epidemias; unas veces desde la Organización central y otras utilizando los Institutos de las provincias. El primer sanatorio del Estado para tuberculosos pulmonares es obra de la Dictadura, y a la inauguración de Tablada siguen la de Húmera, Valdelatas, San Rafael y los Preventorios de Guadarrama. Al caer la Monarquía, el presupuesto de la Dirección General, adicionado con el del Real Patronato, apenas si pasa de los 12.000.000 de pesetas. Se había creado ya la Escuela Nacional de Sanidad, con enseñanzas sanitarias para arquitectos e ingenieros.

La República aumentó el Presupuesto, pero sólo nos trajo al campo sanitario algo aceptable, aunque mal desarrollado: los llamados Centros Secundarios de Sanidad rural. Surge el Glorioso Movimiento Nacional, y el Patronato Nacional de Lucha contra la Tuberculosis instala treinta y cinco sanatorios. Se crea la Fiscalía Superior de la Vivienda, que suscita una porción de nuevos problemas en el campo de la Administración Sanitaria. Terminada ya la guerra, se van recuperando los servicios y el material, y nuestra situación actual, reflejada en el Presupuesto Nacional, es la siguiente:

Consignaciones en el Presupuesto ordinario.	17.013.161 ptas.
Idem para el Patronato de Lucha contra la Tuberculosis	45.000.000 "
Idem en el Presupuesto extraordinario.	4.500.000 "
Fondos diversos	2.500.000 "
TOTAL	69.013.161 ptas.

Y esto sin contar con el Presupuesto de construcciones del Patronato Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, que asciende a 178 millones de pesetas. Consecuencia de estos progresos en la organización es que la mortalidad por mil, que en el año de 1900

era de 28,91, se ha reducido en 1935 a 15,62; que suponiendo una población de 25 millones de habitantes significa un ahorro anual de 332.000 vidas.

* * *

¿Qué hacer en estas circunstancias? ¿Cómo conducirse ante los problemas actuales? A mi juicio, lo apropiado es lo siguiente: Tratar de dar homogeneidad a los servicios sanitarios, incluyendo en ellos no solamente los de tipo preventivo, sino también los asistenciales. Hay entre nosotros una gran propensión a actuar en la organización sanitaria como "aficionado". Una gran parte de los médicos, y muchos que no son médicos, tienden a inmiscuirse en cosas sanitarias, a las que confunden con cosas benéficas o sociales. En su ignorancia, creen que eso de curar y de prevenir las enfermedades está al alcance de cualquier cabeza, por poca que sea su instrucción; y no saben que lo que más agradecerían los niños o las pobres mujeres es que se ocupasen de ellos no aficionados, sino personas perfectamente enteradas de sus problemas y de las maneras de resolverlos. De aquí que nuestra misión estribe en buscar colaboraciones en este terreno, tan extenso y tan amplio, que apenas si hay tiempo en las horas de trabajo diario para ocuparse de él con la intensidad que merece.

Pero simultáneamente surgen hechos nuevos que obligan a modificar nuestro criterio en una porción de asuntos. El que se empeña en aferrarse a los métodos de trabajo de 1936 está completamente fuera de la realidad y le aguarda el fracaso, porque las circunstancias han cambiado totalmente. En 1936 no existía Auxilio Social, ni Falange Femenina, ni se tenía idea de lo que podría ser una Fiscalía de la Vivienda, ni una Dirección General de Arquitectura. ¿Qué camino tomar ante ellos? Evidentemente, no se puede seguir el mismo que antes, afectando el desconocerlos. Si así lo hiciéramos nos saldrían indefectiblemente al paso y serían un estorbo que no nos permitiría la libertad de movimientos necesarios en una buena gestión. Entonces, ¿será preferible ir contra ellos, tratando de molestarlos y hasta si fuera posible destruirlos? Aun suponiendo que esto fuera factible, una conducta tal no sería leal con el régimen al que servimos, que nos impone unas características generales de actuación y un tipo de organización al cual nosotros debemos adaptarnos. Nos será lícito y posible tratar de modificarlos o de mejorarlos, pero nunca de anularlos.

Por eso nuestro proceder tiene que ser, repito, el siguiente: Tratar de conseguir una homogeneidad sanitaria, asimilándonos todo lo que sea medicina preventiva o asistencial, que en esto no estoy acorde con los que tratan de establecer distingos tan sutiles como absurdos. Ahora, por ejemplo, nosotros "asistimos" a los enfermos de tifus exantemático; pero al mismo tiempo que los asistimos hacemos una labor de "profilaxis", separándolos de la sociedad, a la que pueden contaminar.

Pero este criterio de absorción ya no puede aplicarse a los servicios de Auxilio Social o de la Dirección General de Arquitectura, que pueden tener un

cometido propio y una función perfectamente caracterizada. Pero dejemos a un lado lo de Auxilio Social y refirámonos concretamente a la Dirección General de Arquitectura.

* * *

Hasta ahora, la Dirección General de Sanidad tenía un papel directivo esencial en todos los problemas de Urbanización. Yo creo que no los debe abandonar; pero su opinión pierde importancia cuando existe ya un organismo técnico tan caracterizado como la Dirección General de Arquitectura. Lo que hace falta es que entre Arquitectos y Sanidad exista la colaboración y la cordialidad necesaria para que se auxilien y se complementen. Por otra parte, ha surgido en el campo sanitario un hecho nuevo. El Patronato Nacional de Lucha contra la Tuberculosis, con un amplio programa constructivo, que en materia de Sanatorios se concreta en la construcción de los mismos, que representan unas 20.000 camas. Los médicos podemos dar una idea de las necesidades y del plan general de construcciones; pero son los arquitectos y los ingenieros los que tienen que transformar esas ideas en realidades.

La práctica nos está enseñando que hay una porción de problemas y de incidentes que están muy por encima de los conocimientos de los médicos. Echamos de menos la existencia de un organismo superior que nos ilustre en los conflictos diarios que en el Patronato se nos presentan. Por eso yo estimo que necesitamos una autoridad central superior en materia de arquitectura, y que estando engarzadas en el Ministerio de la Gobernación, la Dirección General de Sanidad y el Patronato de Lucha contra la Tuberculosis, ese organismo no puede ser otro más que la Dirección General de Arquitectura, que puede actuar perfectamente sin hacernos perder nuestra autonomía y prestándonos, en cambio, el enorme servicio de sacarnos, en ocasiones, de algún callejón sin salida.

Y con esto creo que está claramente expuesto mi pensamiento en este espinoso asunto de relaciones entre los organismos oficiales de Sanidad y de Arquitectura. Por mi parte declaro que la creación del nuevo servicio de Arquitectura fué, naturalmente, acogido con recelo por nosotros; pero en la actualidad estamos absolutamente convencidos de que si se quiere transformar los servicios sanitarios en su aspecto material no se puede seguir procediendo como hasta aquí, fragmentaria y empíricamente entregados a contratistas o personas determinadas. Es más lógico que nuestro plan entero sea corregido y visado por los que saben más que nosotros y tienen una experiencia que es garantía de su acierto.

Por eso, lejos de entablar cuestiones de competencia, siempre enojosas, nos parece más práctico recurrir a ellas en nuestros múltiples problemas y pedirles una solución, que, entregada a nuestras propias manos, difícilmente sería lo acertada y razonada que exigen las circunstancias.

JOSÉ ALBERTO PALANCA.
Director general de Sanidad.