

# LA INSPECCIÓN MÉDICO-ESCOLAR EN TRUJILLO DURANTE LA SEGUNDA REPÚBLICA

Luisa Clemente Fuentes

## INTRODUCCIÓN

*“Aunque los servicios de Higiene Escolar estuviesen debidamente atendidos, la Sanidad no podría permanecer indiferente y sin conocimiento del estado del niño en una época en la cual se presentan la mayor parte de las infecciones, las cuales, no solo influyen sobre la mortalidad infantil, sino que ejercen una indudable repercusión sobre el estado sanitario general del país”.*<sup>1</sup>

Estas palabras emanan de la boca de responsables políticos del ámbito sanitario durante la etapa republicana. Constituyen un excelente reflejo del interés que mostró la clase médica de esa época por la vigilancia sanitaria de las escuelas. También ponen de manifiesto cómo la necesidad de incidir sanitariamente sobre los colegios respondía a una lamentable pero evidente situación, la elevada persistencia de las enfermedades infecciosas durante los años de la infancia. Las tasas de mortalidad infantil eran tan elevadas, que había que aprovechar todos los posibles frentes para tratar de atajarlas. La escuela era uno de ellos. En ella se daba de manera cotidiana, la mayor concentración posible de niños. En esta lucha contra la mortalidad infantil se asienta el sustrato más compacto de lo que hoy conocemos como Educación para la Salud.

En la actualidad la Educación para la Salud está plenamente asentada en la vida de los centros escolares españoles. De un lado son los propios diseños curriculares los que la incorporan como un componente más dentro de los objetivos, contenidos y competencias básicas. De otro, la Educación para la Salud alimenta las decisiones organizativas y funcionales que se vierten en el centro, asentadas en los diferentes Planes Institucionales (Proyecto educativo,

---

<sup>1</sup>CF. ORENSANZ TARONGÍ, J., y otros., (1933), pág. 287.

Programación General Anual, etc.) y puestas en marcha a lo largo de cada curso escolar.

Para que los centros españoles hayan llegado a esa situación que acabamos de referir, ha sido preciso recorrer una larga trayectoria caracterizada por la lucha de muchos docentes y sanitarios y por el logro de pequeñas conquistas<sup>2</sup>. En esa etapa histórica el papel desempeñado por la Inspección Médica Escolar ha sido determinante. Tanto es así que hablar de Educación para la Salud en los tiempos pretéritos implica inexorablemente hacer referencias a la labor que los sanitarios desempeñaron en las escuelas españolas.

La Inspección Médico-Escolar proyectaba su acción sobre dos vertientes: la inspección de los locales de las escuelas y el examen sanitario de los escolares. En el presente trabajo nos vamos a centrar únicamente en el segundo de los aspectos.

Para comprender y valorar el papel desempeñado por la Inspección Médico-Escolar durante las primeras décadas del siglo pasado, es preciso tener muy presentes determinados aspectos referidos a la concepción y valoración que se tenía de la infancia y, derivado de ello, a la consideración de la misma dentro del ejercicio de la sanidad pública que por entonces reinaba. La infancia era, como en la actualidad, una etapa de la vida especialmente vulnerable a la incidencia de las enfermedades. A diferencia de los momentos actuales, esa vulnerabilidad apenas contaba con resortes que la contrarrestasen. Es cierto que la concepción que se tenía de la niñez había comenzado a mejorar a raíz de la publicación de la *Ley de protección de la Infancia* de 1904. Sin embargo, en la práctica, no recibía por lo general la especial atención que la misma necesitaba en función de sus propias características fisiológicas y psíquicas. El resultado de ello era la pervivencia de altísimas tasas de morbilidad y mortalidad infantil.

Fueron los altos niveles de incidencia de determinadas patologías infecto-contagiosas (tuberculosis, difteria, disentería, escarlatina,...) los que en mayor medida provocaron la intervención de la sanidad en la escuela. Tampoco puede ser despreciado el noble deseo de mejorar las condiciones fisiológicas de los escolares. Estos constituían la base de lo que los maestros regeneracionistas del 98 solían denominar como la “raza”, el sustrato del que se alimentaba una población que debía ser fuerte y vigorosa si quería sacar el país del marasmo económico en el que se encontraba. Mejorar las condiciones físicas de los escolares, fortalecer sus sentidos y su capacidad corporal estaba ya en la mente de algunos pedagogos y responsables políticos del momento<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Destacar de manera especial la labor de Sainz de los Terreros y de M. Tolosa-Lotour considerado como el creador y promotor de la Medicina Escolar en España.

<sup>3</sup> En el Plan de estudios de 1901 se ubicó como materias obligatorias las materias de E. Física y Fisiología e Higiene.

Tanto es así que sobre los escolares no sólo se proyectaban actuaciones de detección de desarrollos fisiológicos deficitarios, sino también de prevención y curación. Junto a los exámenes escolares se diseñan y materializan acciones que podemos catalogar como “extraescolares”, destinadas al fortalecimiento y vigorización de los infantes. Son las cantinas y colonias escolares que tanto auge llegaron a tener en muchas de las escuelas españolas.

En definitiva, la escuela era una institución privilegiada para todos esos cometidos que señalamos. Ella tenía presencia en todos los pueblos y ciudades del país y sobre ella era fácil incidir en algunas cuestiones sanitarias muy importantes para la infancia. En el colegio era posible la detección del problema sanitario (patologías infecto-contagiosas, foco de contagio y de difusión de ellas) y el inicio de la mejora o curación del mismo.

## **1. LA INSPECCIÓN MÉDICO-ESCOLAR DURANTE LA SEGUNDA REPÚBLICA ESPAÑOLA**

### **1.1. Antecedentes.**

Uno de los hitos que va a marcar la labor sanitaria de la primera mitad del siglo veinte en España es la reglamentación que tiene lugar al comienzo del mismo. La *Instrucción General de Sanidad* de 1904 define para esa trayectoria temporal, el marco de actuación de lo que ha de ser la intervención sanitaria de carácter público en nuestro país. Entre los cometidos que regula se encuentra el referido a las escuelas. En el capítulo IX, dedicado a la Higiene Municipal, varios artículos se encargan de establecer la necesidad de llevar a cabo una vigilancia sanitaria de los centros escolares, tanto públicos como de *fundación particular*, así como los principios que han de regir la puesta en práctica de la misma. La norma fija las bases de lo que debe ser el cometido de las visitas de los Inspectores de Sanidad a las escuelas, la cual incluirá la supervisión de los edificios escolares –de sus condiciones higiénicas, tanto a nivel del inmueble como de mobiliario- y el *reconocimiento individual de los escolares, con los datos posibles de sus aptitudes personales sanitarias*. Determina también la necesidad de fijar a través de una Instrucción pertinente los casos en los que por cuestiones sanitarias debe procederse a la clausura de las escuelas, los requisitos sanitarios exigibles a los alumnos para el ingreso en ella, la fijación de las enfermedades escolares *más frecuentes, ordinarias y transmisibles, (...), medios de propagación* de las mismas, etc. E, incluso la necesidad de redactar unas *instrucciones sencillas a los maestros* para el tratamiento de accidentes y la profilaxis de algunas de esas enfermedades típicamente infantiles y muy afianzadas en la época (difteria, tiñas, tuberculosis,...).

En 1911 un Real Decreto crea *en todas las escuelas dependientes del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes* –denominación dada por entonces al Ministerio de Educación-, *la Inspección Médica referida a los locales y a los alumnos*<sup>4</sup>. Esa labor debía ser desempeñada por los vocales médicos que integraban las Juntas Locales de Primera Enseñanza. Para llevar a cabo ese servicio estos médicos, sirviéndose del material que tenía el Dispensario o la Casa de Socorro de la localidad, diseñarían un plan de actuación que aplicarían en las escuelas a la vuelta de las vacaciones veraniegas y que debería contar con el beneplácito de la Dirección General de Primera Enseñanza.

El resultado de esta normativa fue prácticamente nulo lo cual deriva en que continuamente tengan que salir disposiciones estableciendo nuevos planteamientos. Así, cuando apenas se habían cumplido dos años del precepto anterior, la intención gubernamental manifiesta una nueva medida: la de crear en las capitales de provincia y para aquellas otras que superasen los 10.000 habitantes, la figura del Inspector médico-escolar. Serían de nuevo las corporaciones municipales las que se encargarían de dotar y gestionar ese servicio. Con este plan de financiación el fracaso de la disposición estaba asegurado pues los presupuestos municipales ya se veían con dificultades para atender a la sanidad ordinaria, cuanto más para un servicio añadido sobre el que no existía la conciencia de su importancia.

En ese mismo año D. Joaquín Ruiz Jiménez, a la sazón responsable de la cartera de Instrucción Pública y Bellas Artes, argumenta la necesidad de que la escuela vele además de por la instrucción pedagógica de los escolares, por la *vida y salud* de éstos. Era preciso mejorar el desarrollo físico de los alumnos ya que así se conseguía fortalecer la *raza española*. Para ello defiende la redacción de un conjunto de *disposiciones de carácter médico-pedagógico* que regulen los servicios destinados a la vigilancia de la salud escolar. Amparándose en el extraordinario trabajo desarrollado hasta ese momento por la Inspección Médico-Escolar de la ciudad de Madrid, apuesta por la generalización de este servicio al conjunto del país, es decir a *todas las escuelas de primera enseñanza, públicas y privadas del reino*. Lo más importante de esta apuesta -que efectivamente acaba viendo la luz a través de un Real Decreto<sup>5</sup>- es que conlleva la asunción por el propio estado de la referida labor inspectora. El Ministerio responsable del ramo educativo conformaría un *Cuerpo de médicos y odontólogos* que bajo la tutela de la Dirección General de Primera Enseñanza, se encargarían de llevar a cabo los siguientes cometidos de índole médico-escolar:

- el control higiénico de las construcciones y locales escolares
- la vigilancia del estado sanitario de los escolares

---

<sup>4</sup> Cf. Real Decreto de 16 de junio de 1911.

<sup>5</sup> Cf. Real Decreto de 24 de septiembre de 1913.

-la organización de registros médicos de los alumnos que darían lugar a las Cartillas Sanitarias.

-la educación sanitaria en las escuelas

-las confección de normas higiénicas que han de regir en el trabajo escolar (horarios, recreos, ejercicios físicos,...).

-la adopción de los medios precisos destinados a la conservación de la salud de maestros y alumnos.

-la higiene de la boca atendida por los especialistas correspondientes.

En un principio, las expectativas que la nueva disposición sobre el servicio médico-escolar levantaba, fueron muy positivas. Se pensaba que la implicación estatal iba a ser bastante mejor que la que hasta entonces habían tenido los Ayuntamientos a través de los médicos locales. Sin embargo la realidad acabó poniendo de manifiesto que nos hallábamos ante una nueva frustración, ya que las órdenes quedaron en papel mojado. La Inspección médico-escolar únicamente llegó a implantarse en las ciudades de Madrid y Barcelona<sup>6</sup>. La escasez de los presupuestos estatales no permitió la generalización que se pretendía.

## **1.2. Los dos caminos seguidos por la Inspección Médico-Escolar durante los años republicanos.**

Cuando la República irrumpe en nuestro país el panorama que parecía tener la Inspección Médico-Escolar no era muy halagüeño. Así al menos lo veían tanto desde la vertiente de la enseñanza como de la sanidad. El responsable del ramo educativo, Fernando de los Ríos Urruti, no parecía tener muy buena impresión acerca de cómo se había llevado a cabo la intervención de la sanidad en el contexto escolar. Cuando firma la propuesta jurídica de sus pensamientos al respecto, lo primero que hace es reconocer una situación: el alto nivel de frustración que han tenido hasta ahora las intenciones gubernamentales sobre el servicio médico-escolar, tanto *en orden a la amplitud de la función como a la estabilidad y eficacia del propio servicio*. Y lo segundo es precisar las causas que, a su entender, habían motivado ese alto nivel de ineficacia: la escasez de personal sanitario acorde con los cometidos que a nivel de especialización se atribuían al servicio; el desajuste entre los amplios cometidos y la disponibilidad presupuestaria; y la adopción de un modelo de intervención uniforme para el conjunto del país.

Pero si nos vamos al campo sanitario, la percepción es aún mucho peor. Personalidades sanitarias con poder político como eran el Inspector General de Sanidad Exterior y algunos Inspectores Provinciales del ramo (los de Teruel y

---

<sup>6</sup> Se hizo una convocatoria de provisión de las plazas de Inspector Médico-escolar, pero no llegó a hacerse efectiva.

Lugo), tampoco hablaban muy bien acerca de cómo se encontraba el servicio sanitario en las escuelas. Tras quejarse del *abandono* de que había sido objeto este servicio hasta entonces -1933-, hecho que a su vez era consecuencia de que hubiera estado *escapado por completo a la Jurisdicción de la Sanidad*, apuestan con rotundidad para que dichos servicios sean integrados en la Higiene Infantil que se desarrolla en los Institutos Provinciales de Higiene y sus aledaños (Centros Secundarios y Primarios).

*“Sólo en algunas capitales han funcionado y funcionan Servicios Médico-escolares; pero lo han hecho en condiciones tan precarias de personal,(...) que no tenemos más remedio que sentirnos escépticos, en cuanto a los resultados sanitarios obtenidos.*

*No creemos lógico que habiendo estado el niño bajo la vigilancia de los Servicios de Higiene Infantil desde antes de la concepción, pierda la Sanidad toda tutela sobre él en un período tan largo como el que representa la edad escolar”<sup>7</sup>.*

Testimonios provenientes de contemporáneos de la época ponen de manifiesto el alejamiento que se había producido entre la normativa que había dictado el Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes sobre la Inspección Médico-Escolar y la puesta en práctica de la misma. Al parecer, si exceptuamos Madrid, muy pocas eran las provincias que la habían implantado<sup>8</sup>. E incluso, en ciudades de gran tamaño como es el caso de Sevilla, el Servicio Médico-Escolar estaba aún en pañales<sup>9</sup>.

Lo que sí se había ido produciendo durante los años veinte era la puesta en marcha de una Inspección Médico-Escolar a iniciativa de los Ayuntamientos (caso de la ciudad de Bilbao, por ejemplo) o de los Institutos de Higiene que habían comenzado a funcionar a partir del Estatuto de 1925<sup>10</sup>. En esta segunda situación se encontraba la ciudad de Cáceres en la cual el personal del Instituto Provincial de Higiene llevaba a cabo una importante labor de sanidad escolar. También en otros lugares de la provincia se habían dado pasos significativos sobre esta labor. Al comienzo del curso escolar 1930-1931, el Inspector Jefe de Educación (Juvenal de Vega y Relea) reconoce que en algunos municipios cacereños viene ya funcionando un Servicio Médico-Escolar de carácter *municipal y voluntario* gracias al acuerdo al que habían llegado médicos y maestros<sup>11</sup>. No

<sup>7</sup>CF. ORENSANZ TARONGÍ, J., y otros., (1935), págs. 286-287.

<sup>8</sup>CF. MORALES Y GONZÁLEZ, J. L., (1935), pág. 184.

<sup>9</sup>*Ibidem*.

<sup>10</sup>Cf. BALLESTER, R., (1994), pág. 119.

<sup>11</sup>BOLETÍN OFICIAL DE LA PROVINCIA DE CÁCERES, Núm. 246, 13 de octubre de 1930. *Circular de la Inspección Provincial de Primera Enseñanza de Cáceres*. Fecha: 30-9-1930.

obstante se aprovecha la ocasión para recordar a alcaldes, médicos y maestros, la utilidad de sistematizar dicho servicio en sus respectivas poblaciones.

Tal y como estamos viendo el servicio sanitario-educativo tenía, además de la característica del escaso nivel de implantación nacional, el de la dispersión. Una parte de esa labor de inspección sanitaria sobre los escolares se ejercía con dependencia directa del Ministerio de Instrucción Pública Y Bellas Artes. Otra parte se llevaba a cabo con un total nivel de autonomía con respecto a este órgano administrativo, dependiendo o bien de iniciativas locales sufragadas por los Ayuntamientos, o bien de los Centros Sanitarios que funcionaban en determinadas ciudades y a los que se les asignaba entre sus cometidos, el de atender a la población escolar.

Ante este panorama, los políticos republicanos hicieron, fundamentalmente, dos cosas. Por un lado, intentan solucionar esa dispersión en el ejercicio de la intervención sanitaria en los centros escolares. Para ello crean en 1932 una “Comisión Directiva” que se encargue de unificar las Inspecciones Médico-Escolares, las locales y las nacionales dependientes del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes. Y, por otro, y sin pretenderlo directamente, logran dar un enorme impulso a la propia labor de la Inspección Médico-Escolar a través de la potenciación que llevan a cabo de los Institutos Provinciales de Higiene y de sus filiados (los Centros Secundarios y los Centros Primarios de Higiene) que se extienden por la mayor parte del territorio español.

La provincia de Cáceres, y dentro de ella la localidad de Trujillo, se vio enormemente favorecida por esa segunda perspectiva desarrollada por los políticos republicanos. Hasta tal punto fue así, que la vigilancia y control sanitario de los escolares cacereños, incluidos los residentes en los pueblos, tuvo en esos años un enorme desarrollo. Todo ello no se consiguió desde la administración educativa, sino desde la sanitaria, tal y como vamos a comprobar en las páginas siguientes.

Una Orden dada desde el Ministerio de Gobernación en 1933 crea en cada capital de provincia los servicios de Higiene Infantil que estaban adscritos a cada Instituto Provincial de Higiene. Pues bien, uno de los servicios que incluía esta nueva sección de los centros sanitarios, era la Higiene Escolar centrada en el *diagnóstico y tratamiento de las anomalías del niño y profilaxis de las infecciones de esta edad*.

## 2. LA INSPECCIÓN MÉDICO-ESCOLAR EN TRUJILLO DURANTE LOS AÑOS REPUBLICANOS

### 2.1. Antecedentes.

La Dictadura del General Primo de Rivera tuvo entre sus estrategias sanitarias la de implantar Institutos de Higiene. El Estatuto Provincial de 20 de marzo de 1925 impone a las Diputaciones la obligación de crear y mantener dichos centros sanitarios destinados a organizar los servicios de carácter higiénico, sanitario y social de la provincia. Efectivamente, estos organismos, en virtud del Reglamento de Sanidad Provincial de 20 de octubre de 1925, pasan a englobar toda la organización sanitaria que había entonces en la provincia, centralizando en ellos todos los servicios tanto los de carácter sanitario como los de tipo social e higiénico. La nota que mejor les define es la de desarrollar una sanidad esencialmente preventiva.

La llegada de la República supone, además del mantenimiento de los Institutos Provinciales de Higiene, la extensión de esa medicina preventiva por el medio rural. Para ello se crea una tejida red de Centros Rurales de Higiene que se trata de extender por todas las provincias españolas. La Orden Ministerial de 22 de abril de 1932 crea algunos Centros Secundarios de Higiene Rural, regula sus funciones más básicas y define un ámbito de actuación comarcal para cada uno de ellos. De ellos dependían los Centros Primarios que se ubicarían en cada localidad o partido médico, conformando así la base de la estructura piramidal.

La provincia cacereña fue una de las pioneras en cuanto a la implantación de estos centros sanitarios. Primero por la envergadura que llegó a alcanzar el principal, el Instituto Provincial de Higiene ubicado en la capital. Y, segundo, por el número tan elevado de Centros Secundarios y Primarios que pobló el resto de la provincia. Las elevadas tasas de mortalidad infantil que se alcanzaban en este territorio extremeño y la necesidad de luchar contra ella, estaban en el origen de este despliegue sanitario<sup>12</sup>.

El de Trujillo fue el primer Centro Secundario de Higiene que comenzó a funcionar en las tierras cacereñas. Tal hecho se produjo durante el verano de 1931. Le siguieron los que se fundaron en Navalmoral de la Mata<sup>13</sup> y en Coria. En la capital del Jerte, Plasencia, se había creado un Centro Secundario en abril de 1932, pero no llegó a funcionar por falta de disponibilidad económica. Aún así, la provincia de Cáceres fue de las mejor dotadas de estos centros por cuanto

---

<sup>12</sup> CLEMENTE FUENTES, L., (1992), pág. 1084.

<sup>13</sup> Aquí ya existía un Centro Antipalúdico de extraordinaria importancia, ya que en él se centralizaban la mayor parte de las investigaciones y la docencia destinada a luchar contra el paludismo. Véase, CLEMENTE FUENTES, L., (2008).



que en las vísperas del estallido de la Guerra Civil el número total de los creados en España era de 46.

El Centro Secundario de Trujillo se instaló en la casa número 5 de la Plaza Mayor, propiedad de D. Miguel Chaves Izquierdo. El Ayuntamiento era el encargado de sufragar el alquiler del edificio que ascendía a la cantidad de 1.600 pesetas anuales, abonadas *por trimestres vencidos*<sup>14</sup>. El Alcalde D. Eugenio Fernández Sáez firma el contrato de arrendamiento el quince de junio de 1931.

Los centros Secundarios de Higiene como el de Trujillo, proyectaban sus cometidos sanitarios sobre dos enclaves. Por un lado, hacían una labor de apoyo, control y seguimiento de los pequeños Centros Primarios que se instalaron por los pueblos de su comarca. Y, por otro, atendían directamente a la población de la localidad en la que estaban ubicados. Para ello se les dotó de unas instalaciones, un personal sanitario especializado y una organización por Dispensarios. Esto es, por Servicios como los siguientes: Antituberculoso, Antivenéreo, de Oftalmología, de Otorrinolaringología, de Odontología, y de Higiene Infantil. Éste último era el más complejo, ya que se subdividía en varias secciones: “Higiene Prenatal”, “Higiene Infantil”, “Higiene Preescolar” e “Higiene Escolar” ó Servicio Médico-Escolar.

Se trata, como vemos, de Instituciones Sanitarias con funciones muy polivalentes y completas para la época a la que nos estamos refiriendo. Realizan no tanto la medicina curativa de carácter general que seguía estando en manos del médico de cabecera, como una asistencia médico-profiláctica sobre determinadas enfermedades infecto-contagiosas y sobre aspectos que requerían de los servicios de un especialista. En el fondo, su cometido era hacer una medicina fundamentalmente preventiva que contribuyera a bajar las tasas de morbilidad y mortalidad que reinaban en nuestro país. Dentro de ese punto de mira, la población infantil era precisamente la que mayor protagonismo tenía, debido a que era también la más afectada por esos índices demográficos.

El servicio Médico-Escolar ocupaba una parcela muy importante dentro de los cometidos de tipo preventivo y social de estos centros. Precisamente los entornos escolares constituyen contextos muy apropiados para tales labores. Por un lado, por el tipo de población que en ellos habita, de alto riesgo. Y, por otro, por el hecho de que en ellos se daba la convivencia en forma de “aglomeración”, en condiciones que facilitaban el contagio y la propagación de las enfermedades mayormente responsables de los niveles de morbilidad y mortalidad de la época, las infecto-contagiosas.

---

<sup>14</sup> Archivo Municipal de Trujillo (en adelante, A. M. T.), *Contrato de arrendamiento del Centro Comarcal de Higiene*. 1931.

La consulta de higiene escolar iniciaba su labor a los seis años y la prolongaba hasta la finalización del periodo escolar, a los catorce años. No obstante, en algunos casos se iniciaba antes, a los tres años, en aquellos niños que se encontraban en la escuela maternal. Esta atención, conocida como “Higiene Preescolar”, buscaba no dejar hueco en la labor de seguimiento sobre el niño que se iniciaba nada más producirse el nacimiento.

La envergadura que llegó a alcanzar en el conjunto del país el servicio escolar a través de esos centros sanitarios era tal, que son continuas las voces que desde el campo sanitario reclaman que la Inspección Médico-Escolar sea traspasada desde el Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes al campo de la Sanidad. Es decir, que fuera absorbida por el órgano administrativo que representaba a ésta y que por entonces aún no tenía más que rango de Dirección General<sup>15</sup>. Se argumenta que esa falta de dependencia orgánica del ramo sanitario ha generado un escaso desarrollo de la labor sanitaria en los escolares. Se critica, en definitiva, el mal hacer de la administración educativa en este campo, hasta tal punto que *solo en algunas capitales han funcionado y funcionan servicios médicoescolares; pero lo han hecho en condiciones tan precarias de personal, en relación con la inmensa labor a realizar, que no tenemos más remedios que sentirnos escépticos, en cuanto a los resultados sanitarios obtenidos.*<sup>16</sup>

## **2.2. La práctica de la Inspección Médico escolar en Trujillo entre 1931 y 1935**

La loable labor de abnegación que manifestó el Director del Instituto Provincial de Higiene de Cáceres, el Dr. Ruiz Morote, en pro de la sanidad pública cacereña, conjuntamente con la colaboración económica del Ayuntamiento de Trujillo, dio como resultado la puesta en marcha de un Centro Secundario de Higiene en esta localidad. Desde él se proyecta una importante labor sanitaria sobre la población de dicho municipio y sobre y todo su ámbito comarcal. De la calidad y riqueza de sus instalaciones y de su dotación de personal técnico, nos dan cuenta los dos cuadros adjuntos.

---

<sup>15</sup> La rama sanitaria estaba englobada en el Ministerio de la Gobernación a través de la Dirección General de Sanidad.

<sup>16</sup> CF. ORENSANZ TARONGÍ, J., y otros., (1935), pág. 286.

**Estancias de las que constaba el Centro secundario de Higiene de Trujillo<sup>17</sup>**

- Dispensario Antipalúdico*
- *Consulta de Tuberculosis*: tiene una habitación aneja destinada al Servicio sanitario de Rayos X
- Consultorios de Odontología*
- Consultorio de Oftalmología*
- Consultorio de Otorrinolaringología*
- Consultorio de Enfermedades Venéreas*
- Consultorio de Higiene Infantil y Maternal*
- Laboratorio con parque para los animales de experimentación*
- Dirección*
- Sala de espera*
- Biblioteca*
- Sala de Conferencias*
- Almacén*
- Garaje*
- Oficina Municipal de Sanidad*
- Viviendas para las Instructoras y el practicante Conserje*

**Personal que trabajaba en el Centro secundario de Higiene de Trujillo en 1931<sup>18</sup>**

-*Director*: se ocupaba de las consultas de Higiene Infantil y Maternal, el Servicio Médico-escolar y los Dispensarios Antipalúdicos y Antivenéreos.

- *1 Tisiólogo*
- 1 Odontólogo*
- 1 Director del laboratorio Municipal*
- *1 Director del laboratorio Municipal*
- 1 Instructora de sanidad*
- *2 Practicantes*
- 1 Auxiliar de laboratorio y Oficinas*

El resto de los servicios es atendido en el primer año de su funcionamiento por Médicos Especialistas provenientes del Instituto Provincial de Higiene de Cáceres

<sup>17</sup> A. M. T., *Memoria del centro Secundario de Higiene. 1931*, pág. 21.

<sup>18</sup> *Ibidem*.

Desde su creación, y al menos hasta la irrupción de la contienda militar, este centro sanitario trujillano llevó a cabo una importantísima labor sanitaria. Como ya ha quedado anunciado, sus intervenciones tuvieron una proyección no sólo médica, sino también social. Dentro de los variados cometidos llevados a cabo por su personal destaca, a partir del curso 1931-1932, la importante implicación que manifiestan en pro de la salud de los escolares de la localidad.

¿Qué orientación tiene la inspección médico-escolar que se lleva a cabo desde este Centro Secundario de Higiene? De la lectura de sus Memorias hemos podido comprobar cómo esa labor tuvo un componente pediátrico importante, acompañado de una nada despreciable carga de medicina preventiva. Tampoco podemos menoscabar la importancia que alcanzó la vertiente educativa o pedagógica. En las intervenciones sanitarias en las escuelas de Trujillo y en las de su entorno, interesó tanto el diagnóstico desde el punto de vista estrictamente escolar como desde el enfoque especialmente patológico. Se puso énfasis en detectar defectos físicos y tratar de corregirlos con vistas a mejorar el desarrollo fisiológico del alumno y su rendimiento escolar, y también en detectar la presencia de determinadas patologías por la repercusión que las mismas podían llegar a tener desde el punto de vista epidemiológico. Ambos cometidos, especialmente el primero, resumen el trabajo clínico llevado a cabo con los escolares trujillanos por parte de los servicios médicos de la localidad.

¿Cuándo se hacía el reconocimiento médico-escolar? Estaba, por un lado la necesidad de realizar un examen médico al alumno que iniciara su proceso de escolarización, destinado a comprobar su estado de salud<sup>19</sup>. La información obtenida en ese examen iba completándose posteriormente a lo largo de la escolaridad del niño merced a las sucesivas revisiones que se le iban haciendo por parte de la Inspección Médico-Escolar.

Por otro lado estaban los reconocimientos periódicos, realizados a lo largo de cada año escolar. Lo que solía ser común es que durante cada uno de los cursos escolares (Véase “Calendario Escolar” de la época, en el Anexo), se realizaran dos revisiones, una en el mes de septiembre y otra en el comienzo del tercer trimestre. Aparte de ellas, estaban las intervenciones esporádicas motivadas por alguna situación especial como, por ejemplo, la afloración de un brote epidémico.

¿Dónde solían hacerse los exámenes escolares? Los reconocimientos se solían hacer en la escuela, pero también en ocasiones se llevaban a cabo en el propio Centro Secundario de Higiene. La Inspección en la escuela tenía la ventaja que se aplicaba a más escolares –únicamente se libraban los que falta-

---

<sup>19</sup> Ya en 1903 un Real decreto prohibía el ingreso en la escuela pública de aquellos alumnos que no adjuntasen la certificación de haber recibido las vacunas correspondientes a su edad. Es más, esta prescripción se remonta a la primera mitad del siglo XIX (Reglamento General de las escuelas de 1838).

ban a la escuela los días del reconocimiento-, pero sin embargo los medios y condiciones de los que se disponía no eran tan buenos como en el caso del reconocimiento en el centro sanitario. A la escuela acudía un equipo conformado por al menos uno o dos médicos –uno solía ser el especialista-, un auxiliar y una enfermera visitadora.

En ambos casos se le comunicaba a la familia para que, a ser posible, la madre del alumno estuviera presente. La finalidad de esta presencia era múltiple. Por un lado era muy conveniente recabar información de la madre acerca de la salud del niño, de las enfermedades padecidas, formas de alimentación, comportamientos biológicos como horas de sueño y demás, etc. Por otro había que concienciar a la madre de la importancia de la revisión y hacerle ver la necesidad de que se llevaran a cabo las recomendaciones que surgían del reconocimiento médico. Esto era especialmente importante en el caso de encontrar al niño con anemia, deformaciones, problemas en la vista o en el oído, etc. En el caso de que la madre no asistiese al reconocimiento, la Enfermera Visitadora le hacía llegar la información acerca de los resultados que se habían obtenido.

De los exámenes realizados se obtenían dos tipos de situaciones: a- los niños que resultaban encontrarse sanos; b- los niños que presentaban defectos y que requerían de la adopción de alguna medida con vistas a la corrección de los mismos. Dentro de éstos, algunos debían ser objeto de una vigilancia casi continua, a fin de ir comprobando como iba el proceso de curación, labor asignada también a la Enfermera Visitadora, así como de un nuevo reconocimiento final destinado a comprobar la corrección o no del defecto.

Con toda la información que se obtenía de estas revisiones se conformaban una serie de fichas médico-escolares. Aunque no hemos podido localizar ninguna de ellas para los alumnos trujillanos, sin embargo lo común es que se formase de cada uno de éstos una “cartilla o ficha sanitaria” en la que se iba recogiendo los resultados que se iban obteniendo en las diferentes revisiones médico-escolares que se le iban haciendo. Lo que sí se conserva del reconocimiento trujillano, era el modelo de *Registro General* que se llevaba a cabo siguiendo unas pautas prefijadas que respondían a un protocolo seguido en todos los Centros Secundarios de Higiene de la provincia cacereña y que puede verse en el Anexo.

Como acabamos de comprobar, en el trabajo de Inspección Médico-Escolar de Trujillo desempeñó un papel muy destacado, aparte de los médicos, la figura sanitaria femenina representada en la Enfermera Visitadora<sup>20</sup>. Hasta tal punto que el centro elabora un *Manual de la Instructora de Sanidad* destinado a regular todos los aspectos derivados del trabajo de este personal.

---

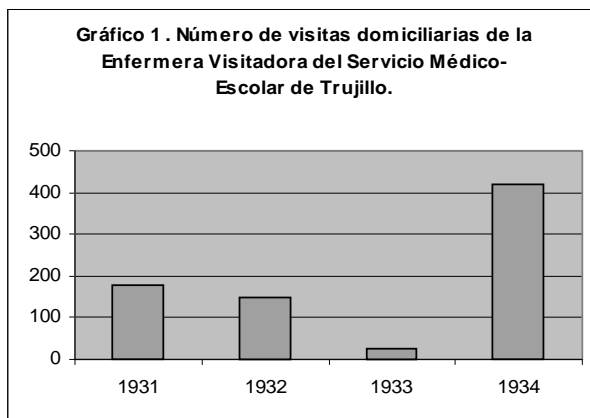
<sup>20</sup> Esta figura sanitaria, de sexo femenino, fue creada en 1915 (Decreto de 23 de abril) con los cometidos de visitar las escuelas, ayudar al médico en su labor de inspección escolar, etc.

Los datos que se reflejan en el gráfico número 1 que insertamos un poco más adelante, tratan de poner de manifiesto la importancia que esta auxiliar sanitaria desempeñó en la vigilancia de la salud de los escolares. Para valorar en su justa medida ese papel, debemos ubicarnos en el contexto social de la época, caracterizado por una nula cultura no sólo de carácter sanitario sino también higiénico. No hay que olvidar que avanzar en la higiene infantil pasaba por modificar algunos de los comportamientos maternos con respecto a los niños. Si la intervención sanitaria escolar quería lograr efectividad en este campo, no había más remedio que hacer intervenciones sobre las madres. Y ahí es donde entra, fundamentalmente, el trabajo de la Enfermera Visitadora. Este campo de acción requiere una presencia del propio personal sanitario en el hogar familiar y, además, que la misma tenga visos de continuidad. Esto únicamente era posible con la intervención en la inspección sanitaria de los escolares de la Enfermera Visitadora.

En la Inspección Médico-Escolar esta enfermera tenía dos campos de trabajo. Uno estaba en la colaboración con los médicos durante las revisiones de los escolares. Durante éstas, ayudaba a los médicos en la labor de exploración y registro, se entrevistaba con las madres y también se ocupaba de la recogida de datos, y de la cumplimentación de las “Fichas Escolares”, “Informes” o Registros” generales, etc. El otro gran campo de su actuación era el de las visitas a las familias de los escolares. Éstas permitían el traslado a las familias de una información muy valiosa para la salud de los infantes. De un lado daba a la madre información acerca de los resultados obtenidos en la revisión sanitaria que se había realizado a su hijo: defectos que se le habían detectado, problemas de desarrollo, patologías, etc., así como de las indicaciones a seguir con vistas a iniciar el proceso de corrección pertinente. En el caso de que al escolar se le hubiesen detectado problemas de cierta relevancia, se les invitaba a que visitasen al especialista del Centro Secundario, o se les orientaba acerca de cómo iniciar las gestiones para que el Ayuntamiento sufragase la sesión con el especialista o la adquisición de una prótesis, por ejemplo (caso de las gafas), si se tratase de familias incluidas en la Beneficencia Municipal. De otro lado la visita de la Instructora Sanitaria era aprovechada por ésta para sensibilizar a la madre acerca de la importancia de la Higiene Infantil en general: uso de alimentos apropiados a la edad infantil, hábitos de limpieza corporal, cuidado de la boca, etc., así como medidas específicas ligadas a la presencia de una patología infecto-contagiosa (la evitación del contagio, la desinfección, etc., especialmente). No es de extrañar que los médicos escolares hablaran así acerca de su labor: *“La Instructora de sanidad es indiscutible que juega un papel de importancia primordial en toda esta labor educativa, pues debido a su constancia en el consejo,*

*llega un momento de que logra convencer a los padres<sup>21</sup>” acerca de las bondades de la medida sanitaria adoptada por el médico<sup>22</sup>.*

El Centro Secundario de Trujillo contó desde el principio con la presencia de al menos una Enfermera Visitadora. El trabajo tan importante que desde el punto de vista de las visitas a familiares de escolares llevó a cabo, se pone de manifiesto en el dibujo siguiente.



Fuentes: *Memorias del Centro Secundario de Higiene de Trujillo de los años 1933 y 1935.*  
*Y Memoria de los trabajos efectuados en el año de 1932 y 1933 en el Instituto provincial de Higiene de Cáceres.*

El servicio se inició con fuerza, pues si tenemos en cuenta que se inauguró en el verano de 1931, el número de visitas que se dieron durante el trimestre escolar que se inició en septiembre, fue elevado (177). No sucedió lo mismo a lo largo de los dos años siguientes, 1932 y 1933. Durante ellos el servicio sufre interrupciones muy importantes que generan una práctica paralización del mis-

<sup>21</sup> Cf. ROPERO FERNÁNDEZ, J., (1935), pág. 466.

<sup>22</sup> Refiriéndose a estas auxiliares femeninas, Rosa Ballester señala: *juegan un papel que trasciende el servicio médico-escolar para adentrarse en la propia sociedad, puesto que es la persona que proporciona al médico datos del entorno familiar y social del niño e influye sobre las familias ilustrándolas sobre el organismo infantil y sus cuidados a la largo de la vida escolar, regímenes alimentarios, higiene personal y modo de administrar medicamentos y de seguir las prescripciones del médico.* BALLESTER, R., (1994), Pág. 121.

mo en el segundo de esos años<sup>23</sup>. La normalización del mismo en 1934 hace que las visitas domiciliarias se incrementen vertiginosamente tratando de rescatar el trabajo que había quedado por hacer en los dos años previos.

La mayor parte de esas visitas se deben a la “corrección de defectos” de los escolares. No obstante, también se motivan por la presencia de “Tuberculosis” en algunos de los alumnos (50 y 86 visitas en 1932 y 1934, respectivamente).

Tampoco podemos menoscar el papel de colaboración desempeñado por el maestro o maestra. En un principio era importante la información que proporcionaba acerca de aquellos alumnos que presentaban excesivas faltas al aula o determinadas conductas fisiológicas. La detección de estos indicios suponía una aportación importante a la vigilancia sanitaria de los escolares. Importante era también la información que sobre esos aspectos transmitía a los sanitarios, amén de la colaboración con éstos en la organización y materialización de las propias revisiones médicas. Y qué decir acerca de la labor tan positiva que podían ejercer en relación con los padres. Unas palabras de ellos a las madres, ya en forma de consejo u orientación, podían ser decisivas para que las prescripciones facultativas derivadas de la revisión médica, se pusieran en práctica en el contexto familiar. Así reza uno de los elogios que a la figura del maestro se le dedican desde el servicio médico-escolar cacereño:

*“Ante todo, debemos resaltar el papel tan importante que desempeña el maestro en estas correcciones. Ejemplos claros tenemos de escuelas en donde los profesores, interesados grandemente en estos problemas sociales, insistían no solamente cerca de los niños, sino también de sus padres, a fin de conseguir la corrección....”*<sup>24</sup>

Los sanitarios eran perfectamente conscientes del papel que el maestro podía desempeñar en la propagación de determinadas infecciones contagiosas. Algunas de éstas, típicamente infantiles, estaban a la orden del día y en el desarrollo de las mismas las aulas, como lugar de aglomeración de esa población, eran un factor a tener en cuenta. No era nada extraño que los responsables sanitarios recurrieran a dar consejos y orientaciones a los maestros acerca de lo que debían hacer en esas situaciones. El director del Instituto Provincial de Higiene de Cáceres, se servía de la prensa local para comunicar a los maestros cacereños la necesidad que tenían de *examinar rápidamente a todos los niños al entrar en la escuela para no admitir a los que tengan lagrimeo o estornudos o cualquier alteración que sea sospechosa de que no están completamente sanos*<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> Cf. INSTITUTO PROVINCIAL DE HIGIENE DE CÁCERES, (1933), págs. 21 y 26. E, INSTITUTO PROVINCIAL DE HIGIENE DE CÁCERES, (1934), pág. 28.

<sup>24</sup> Cf. ROPERO FERNÁNDEZ, J., (1935), pág. 466.

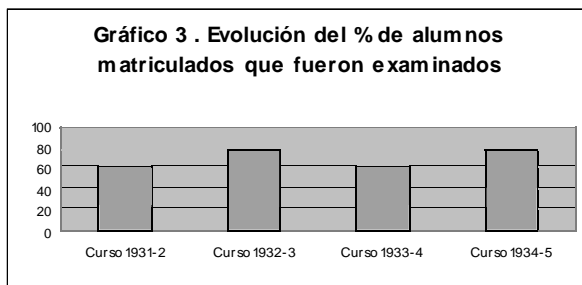
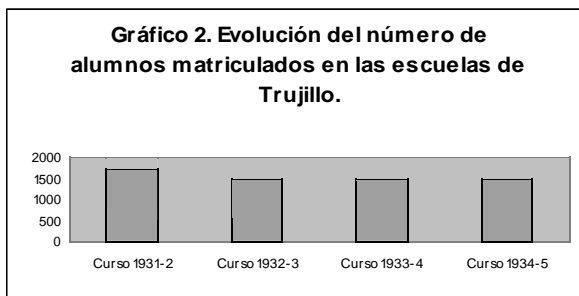
<sup>25</sup> ARCHIVO DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE CÁCERES (en adelante A. D. P. C.), Diario *Nuevo Día*, 23 de mayo de 1931.



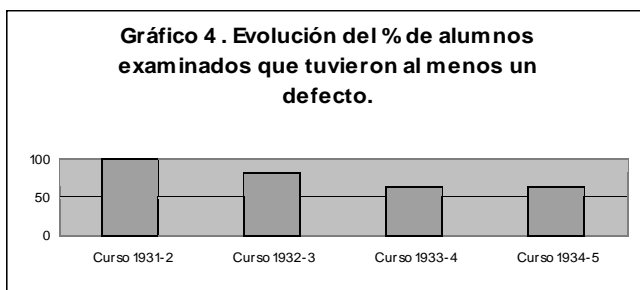
### 2.3. Aspectos objeto de revisión sanitaria en los escolares trujillanos.

Según los datos que refieren las Memorias que sobre el funcionamiento de este Centro Secundario de Higiene de Trujillo se conservan, las revisiones sanitarias de los escolares ocuparon una parcela muy importante del trabajo desarrollado en él. El servicio ofrecido a las escuelas fue rico en cuanto a la amplitud de las revisiones fisiológicas y también en cuanto al número de escolares sobre el que se proyectó. Este servicio contó con buena acogida entre la población escolar, hasta tal punto que ya en el segundo año de su implantación la *metódica exploración* de los escolares se vio *alterada en su ritmo por el gran número de niños que sin esperar el obligado turno de reconocimiento en la mesa escolar*<sup>26</sup>, se adelantaba a esa revisión yendo a la consulta que se ofrecía en el propio centro.

En los gráficos adjuntos (Números 2, 3 y 4) podemos comprobar como evolucionó el porcentaje de los niños matriculados, revisados y con defectos, desde el curso escolar desde la apertura del Centro sanitario trujillano, hasta el año de 1935.



<sup>26</sup>A. M. T., *Memoria del Centro Secundario de Higiene. 1932*, pág. 5.



Fuentes: *Memorias del Centro Secundario de Higiene de Trujillo de los años 1933 y 1935.*  
*Y Memoria de los trabajos efectuados en el año de 1932 y 1933 en el Instituto provincial de Higiene de Cáceres.*

Los gráficos denotan un hecho significativo. El número de los alumnos que son examinados sigue un ritmo creciente –mientras que los matriculados o descienden o se mantienen- a la par que disminuye el número de los que son encontrados con defectos. Parece evidente que el servicio fue extendiéndose cada vez más y, sobre todo, que fue teniendo incidencia sobre la salud de los escolares.

Las revisiones de los escolares abarcaron componentes muy importantes de su estado de salubridad. Los datos que vamos a poder comprobar a continuación nos permiten vislumbrar que nos hallamos ante un servicio sanitario muy completo. Fundamentalmente se hacía revisión de boca, oído, vista, garganta, corazón, aparato locomotor, ganglios, piel, etc. Veamos en las páginas siguientes el alcance que tuvieron estas revisiones entre los escolares trujillanos

Comencemos con el **Examen Físico**. Los registros antropométricos formaban parte de todo servicio de Inspección Médico-Escolar. El examen físico de los escolares era el reconocimiento de mayor implantación, entre otros motivos porque no necesitaba médicos especializados para llevarlo a cabo. Este reconocimiento era imprescindible para obtener datos acerca de las medidas y proporciones físicas de los escolares. Esta información es, a su vez, importante por cuanto que denota el *grado y desarrollo de un país*<sup>27</sup>. Y así ya era considerado en la época analizada en la que se apostaba desde todos los frentes, incluidos el educativo y el sanitario, por hacer una *raza fuerte*, que sacara al país del nivel de subdesarrollo en el que se encontraba.

La vigilancia del desarrollo infantil en su conjunto era, además, muy necesaria por cuanto que la tónica general solía ser la presencia de anomalías, defi-

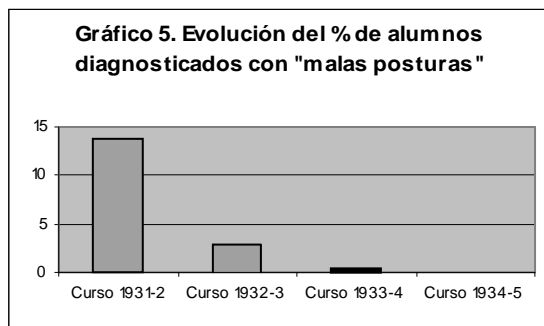
<sup>27</sup> Cf. CURBELO, F. B., ARMAS RAMOS, H., (2003), pág. 95

ciencias, etc., a lo largo de él. Parte de la preocupación por la detección de defectos a lo largo de ese proceso, estaba motivada por el hecho de que cuando llegaba la edad del reclutamiento en los varones, muchos de éstos no podían ser alistados al tener que ser declarados inútiles por los defectos que presentaban al no haberles sido detectados y subsanados durante la infancia<sup>28</sup>.

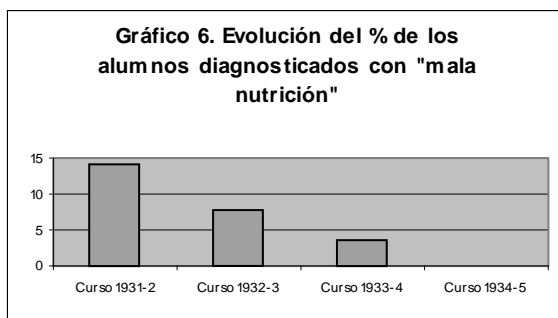
Abarcaba las mediciones de la altura, el peso y el perímetro torácico del escolar. También se comprueban los defectos posturales.

Esta labor era realizada por el médico acompañado de algún auxiliar o de la Enfermera visitadora. Aunque, como acabamos de indicar, el médico no tenía que ser especialista en Higiene Escolar, si que era conveniente que hubiera recibido una cierta preparación sanitaria sobre este tema. Esta formación era proporcionada por entonces de manera muy habitual, para los médicos generalistas de la provincia, por parte del Instituto Provincial de Higiene existente en la capital cacereña. La formación concreta sobre Higiene Escolar se englobaba dentro de un Cursillo que abarcaba a los diferentes aspectos que se ofrecían en los Centros Primarios de Higiene.

Los datos clínicos que derivados de estas revisiones se nos ofrecen, hacen referencia a dos aspectos: las “malas posturas” y “la “mala nutrición”. Los resultados que sobre ambos aspectos se localizan en los escolares trujillanos aparecen en los gráficos siguientes (Números 5 y 6).



<sup>28</sup>CF. RUIZ MOROTE, F., y otros., (1935), pág. 236.



Fuentes: *Memorias del Centro Secundario de Higiene de Trujillo de los años 1933 y 1935.*  
*Y Memoria de los trabajos efectuados en el año de 1932 y 1933 en el Instituto provincial de Higiene de Cáceres.*

Parece evidente que cada año disminuye el número de alumnos con problemas de "posturas" o "nutrición", llegándose a dar en ambos aspectos el valor cero en 1934. De nuevo es preciso hablar de la efectividad de las medidas adoptadas tras estas revisiones escolares.

Las revisiones del estado físico eran muy importantes ya que permitían detectar los casos de raquitismo o deficiencias en el desarrollo del escolar. Éstas no eran nada escasas debido a las carencias alimenticias a las que se veían sometidos muchos de los escolares. No sólo solían comer poco, sino bastante mal en cuanto a calidad nutritiva. Esa mala nutrición era, por entonces, uno de los mayores problemas que aquejaban a la población escolar. Y esa mala nutrición no tenía los rasgos de hoy en día -la obesidad-, sino que por el contrario las carencias en los componentes nutritivos básicos y fundamentales para el desarrollo corporal estaban muy presentes entre los escolares.

Un estudio de la Escuela Nacional de Sanidad referido al consumo alimentario en España a comienzo de los años treinta del siglo pasado, afirma, entre otras cuestiones, la gran afición de los españoles al consumo del pan y, sobre todo, el hecho de que *para toda una clase numerosa de españoles este alimento, no solamente es su base alimenticia, sino que integra casi por completo su ración diaria* de alimentos, ya que *varios millones de españoles no comen carne sino en ocasiones extraordinarias*<sup>29</sup>. No era pues de extrañar que el déficit de

<sup>29</sup> Cf. CARRASCO CADENAS, E., (1935), pág. 308.

proteínas estuviera muy presente en la alimentación de muchas familias de bajo poder adquisitivo.

Estas revisiones físicas servían de base para la selección de los candidatos a las *Cantinas* y *Colonias* escolares. Estas instituciones de carácter higiénico-pedagógicas, sufrieron precisamente durante el periodo republicano un gran impulso, siendo los años de su mayor esplendor<sup>30</sup>. ¿Qué tiene que hacer la República Española por la escuela nacional?, se preguntaban en uno de los diarios cacereños de la época (*Nuevo Día*) tras la implantación de la misma en nuestro país. Y se apuntaban cinco cuestiones como respuestas. Una de ellas rezaba así: “*intensificar las obras de protección a la infancia escolar, extendiendo por todo el país las cantinas, colonias y roperos escolares que han de hacer una raza más fuerte y más eficaz*”<sup>31</sup>. Y así fue, produciéndose una fuerte implicación del Ministerio en estas instituciones, tal y como se pone de manifiesto a través de la creación en 1935 de la *Comisión central de Colonias, Cantinas y Roperos Escolares*.

Tras la revisión sanitaria del estado físico del escolar, el médico elaboraba la correspondiente propuesta de los alumnos necesitados de una residencia veraniega, ubicada generalmente en parajes saludables –cerca del mar o en plena sierra-, en la que completara su instrucción escolar y, sobre todo, recibiera una alimentación ajustada a sus necesidades fisiológicas<sup>32</sup>. Como señalaba el Dr. Gimeno de Sande refiriéndose a los pueblos cacereños, los escolares *raquíuticos, débiles y anémicos* eran los principales destinatarios de esas colonias escolares<sup>33</sup>. Ello requería la colaboración económica del Ayuntamiento, cuantía que en el caso de Trujillo ascendió a mil pesetas en el año de 1933<sup>34</sup>.

El otro gran bloque de la supervisión sanitaria lo constituían las revisiones de la boca, la vista y el oído. Es lo que solían catalogar como detección de “defectos” en los sentidos. Los tramos de edades “Preescolar” y “Escolar” eran considerados por los responsables del Centro Secundario de Trujillo como *momentos oportunos para la corrección de una porción de defectos en boca, visión, garganta, etc., etc., muy importantes en cuanto a las consecuencias ulteriores de la vida de estos sujetos y al tono educativo de aseo y limpieza que de ellos se derivan (impresión que hace una boca bien cuidada)*...<sup>35</sup>

---

<sup>30</sup> Sobre el auge de las cantinas escolares en esa época, puede verse el trabajo de MORENO MARTÍNEZ, P. L., (2006), “The Hygienist Movement and the Modernization of education in Spain”, en *Pedagogica historica internacional Journal od the Hystory of education*”, pp. 793-815.

<sup>31</sup> A. D. P. C., Diario *Nuevo Día*, 22 de mayo de 1931.

<sup>32</sup> El objetivo de estas Colonias era hacer participar a los escolares *de una especie de reconstitución orgánica*. En, BALLESTER, R., y PERDIGUERO, E., (1998), Pág. 46.

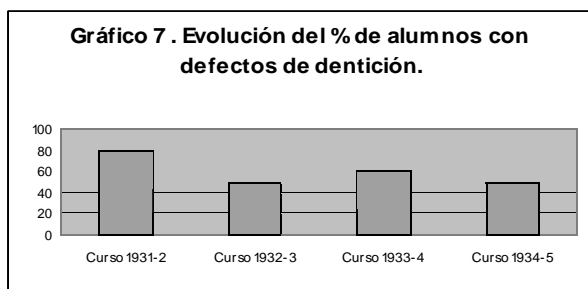
<sup>33</sup> Cf. GIMENO DE SANDE, A., (1933), pág. 588.

<sup>34</sup> A. M. T., *Memoria del centro Secundario de Higiene. 1933*, pág. 5.

<sup>35</sup> A. M. T., *Memoria del centro Secundario de Higiene. 1933*, pág. 9.

La revisión de la boca la hemos encontrado en todas las estadísticas que sobre Inspección Médico-Escolar hemos consultado. La **Odontología** ocupaba un puesto destacado dentro de la Higiene Escolar. Se proyectaba sobre tres campos: el educativo, el clínico y el estadístico. Los dos primeros se proyectaban directamente sobre la propia escuela. Se aprovechaban las sesiones clínicas para dar orientaciones y prescripciones acerca de la higiene bucal. El tercero era consecuencia de los primeros y permitía la realización de estudios e investigaciones en torno a los problemas y defectos dentarios.

El servicio de odontología que se ofrece desde la Inspección Médico-escolar era muy importante ya que el estado de la dentición en los escolares era, por lo general, muy lamentable. Se partía de una mala nutrición con el consiguiente déficit en el aporte básico del calcio, y se continuaba con la inexistencia de una práctica cotidiana en lo que se refiere a la higiene bucal. El resultado de todo ello es el dato numérico ofrecido por el Médico Jefe del Servicio de Odontología del Instituto Provincial de Higiene de Cáceres, el Dr. D. Domínguez Villagrà: en el estudio que realizan en ese centro en torno a 1930, sobre 2.796 escolares, se obtiene un *promedio de 1,87 defectos dentarios por niño*<sup>36</sup>. Con estos datos no es de extrañar que este Odontólogo hable de los defectos dentarios como una *plaga social*<sup>37</sup>. Los datos que sobre la revisión de la dentición se nos ofrecen para las escuelas de Trujillo, son los siguientes:



Fuentes: *Memorias del Centro Secundario de Higiene de Trujillo de los años 1933 y 1935.*  
*Y Memoria de los trabajos efectuados en el año de 1932 y 1933 en el Instituto provincial de Higiene de Cáceres.*

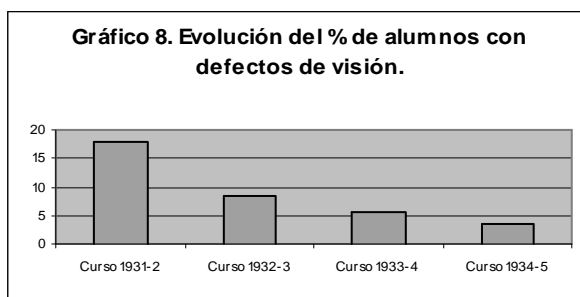
A diferencia del sentido evolutivo que sobre los resultados de las revisiones hemos visto hasta ahora, carácter descendente, en el caso de la dentición los problemas en los escolares siguen teniendo importancia en los cuatro cursos. El

<sup>36</sup> Cf. DOMÍNGUEZ VILLAGRÀ, D., (1935), pág. 155.

<sup>37</sup> Cf. *Ibidem.*, pág. 156.

estado lamentable de la boca de los escolares es un indicador de lo difícil que resultaba luchar contra factores como la escasa policía de la boca y la deficitaria alimentación en un componente muy importante para la dentición en proceso de crecimiento y desarrollo, el calcio. En una descripción realizada en 1932 acerca del Centro Primario de Higiene de Casas de D. Antonio, el sanitario autor de la misma, refiere que en la localidad *es muy poco el uso que de este alimento (la leche) hacen, y solamente lo realizan las personas más acomodadas o cuando lo prescribe el médico para algún enfermo*<sup>38</sup>.

El sentido de la visión era un factor muy importante en la vida del escolar, de ahí que el servicio de **Oftalmología** forme parte siempre de las revisiones sanitarias de esos sujetos. En muchos casos es primero el maestro el que avisa de posibles problemas de visión que el alumno puede tener. En otros casos es el Médico general encargado de hacer una primera revisión el que detecta esos problemas. Una vez detectados son objeto de una exploración y estudio minucioso por parte del especialista correspondiente. Se detectan muchos casos de “miopía”, “hipermetropía” y “astigmatismo” que hasta entonces no habían sido percibidos en el contexto familiar. También son frecuentes los casos de “tracoma”. En estos últimos se procedía a un estudio clínico y epidemiológico de los mismos, investigando si existían algunos casos más en las familias. De ser así, se adoptaban no solo las medidas curativas sino también las preventivas con vistas a evitar la difusión de la enfermedad entre los que tenían contactos con el niño/a afectado. Los datos que sobre la revisión de la vista se nos ofrecen (Gráfico 8), parecen evidenciar que la detección, acompañada de las oportunas medidas correctoras, fueron dando sus frutos en esos 4 cursos.

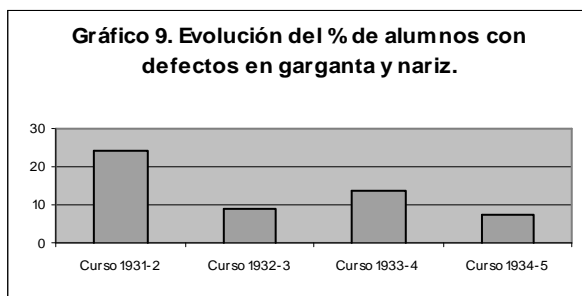


Fuentes: *Memorias del Centro Secundario de Higiene de Trujillo de los años 1933 y 1935.*  
*Y Memoria de los trabajos efectuados en el año de 1932 y 1933 en el Instituto provincial de Higiene de Cáceres.*

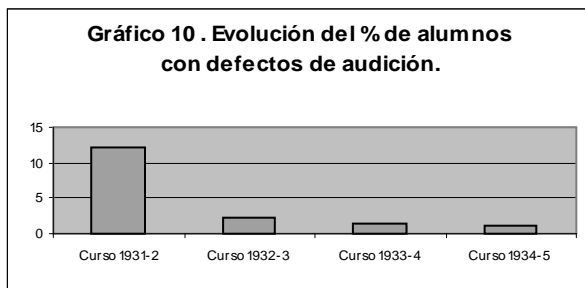
<sup>38</sup> Cf. GIMENO DE SANDE, A., (1933), pág. 43.

Hay que destacar la importancia que los servicios de oftalmología y odontología ofrecidos a los escolares, ya que ninguno de ellos estaba incluido dentro de lo que sufragaba la Beneficencia Municipal. Las numerosas familias que estaban incluidas en esas listas únicamente podían acceder a ellos a través de la medicina privada, por lo que en la práctica no los utilizaban, salvo en aquellas situaciones en las que por su gravedad se vieran obligadas a tener que servirse de ellos sufragándolos. También es importante señalar que las correcciones sobre los defectos de la vista iban acompañadas muchas veces de la prescripción de unas gafas para el escolar. Esto podía resultar un problema para familias sin disponibilidades económicas. En ocasiones el Informe social de la Visitadora sanitaria acerca de la familia del escolar, movía los corazones de los integrantes de la Junta de Beneficencia Municipal, haciendo que estos asumieran el coste de las gafas prescritas.

El servicio de **Otorrinolaringología** incluía la revisión del oído, la garganta y la nariz. La intervención del otorrinolaringólogo permitía detectar problemas relacionados con la otitis, infecciones en las amígdalas, adenoides, obstrucción nasal, etc. además, de las situaciones de sordera. Los datos que sobre esta revisión tenemos para los escolares trujillanos (Gráficos 9 y 10), manifiestan la evolución favorable que se va obteniendo tras la implantación de este servicio.







Fuentes: *Memorias del Centro Secundario de Higiene de Trujillo de los años 1933 y 1935.*  
 Y *Memoria de los trabajos efectuados en el año de 1932 y 1933 en el Instituto provincial de Higiene de Cáceres.*

Se llevaba a cabo otras revisiones sobre “Corazón y Pulmón” y sobre “Ganglios Cervicales”, indicadores estos últimos de posibles infecciones. El otro gran tema de indagación lo constituía la Tuberculosis. Aunque sobre los resultados de este aspecto no tenemos datos, sin embargo las referencias de los sanitarios trujillanos a la detección de esta patología entre los escolares es continua. Hay que tener presente que en aquella época el nivel de incidencia de esta patología era alto, especialmente en las edades infantiles, hasta tal punto que se consideraba al niño como el *eje de la profilaxis antituberculosa*<sup>39</sup>. En esta incidencia la escuela tenía mucha importancia ya que en ella podían darse *los más extensos y masivos contagios* por el estilo de convivencia infantil que se da en ella<sup>40</sup>. El servicio escolar permitía descubrir los casos de tuberculosis que a continuación pasaban a ser tratados en el Dispensario correspondiente<sup>41</sup>. Esta patología tenía un componente muy importante para la vida escolar, su capacidad de extensión entre los escolares merced al contagio.

Por último no queremos dejar de mencionar el importante papel que en esta vigilancia sanitaria sobre los escolares tenían las vacunaciones. Los propios sanitarios trujillanos reconocen que las edades de preescolar y escolar son *la edad adecuada para el empleo de las inmunizaciones principalmente antivariólica, antidiftérica, etc., que por su eficacia quedaron sancionadas por la práctica de un modo definitivo*.<sup>42</sup> La propia Inspección educativa cacereña, aprovecha las Instrucciones de comienzo de curso para recordar la necesidad

<sup>39</sup> CF. MORALES Y GONZÁLEZ, J. L., (1935), pág. 184.

<sup>40</sup> *Ibidem*.

<sup>41</sup> A. M. T., *Memoria del Centro Secundario de Higiene. 1933*, pág. 9.

<sup>42</sup> A.M. Trujillo, memoria de 1933, pág. 9.

de pedir al escolar el documento acreditativo de haber recibido las vacunaciones pertinentes.

### 3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALLESTER, R., (1994), “La salud del niño en edad escolar: los inicios de la Inspección Médico-Escolar en España”, en VVAA., *La escuela y los Maestros (1857-1870)*, Alicante, págs. 111-124.
- BALLESTER, R., y PERDIGUERO, E., (1998), “Salud e instrucción primaria en el ideario regeneracionista de la Institución Libre de Enseñanza”, en *Dynamis*, Núm. 18, págs. 25-50.
- CARRASCO CADENAS, E., (1935), “Lo que se come en España. Interés sanitario de este problema”, en *Actas del Primer Congreso Nacional de Sanidad*, Madrid, Tomo II, págs. 303-316.
- CLEMENTE FUENTES, L., (1992). *Enfermedad y muerte en la provincia de Cáceres 1780-1950. Condicionantes higiénicos y sanitarios*. Tesis Doctoral. Inédita. Cáceres.
- CLEMENTE FUENTES, L., (2008), “El Instituto antipalúdico de Navalmoral de la Mata: orígenes y funcionamiento hasta la guerra civil”. En prensa.
- CURBELO, F. B., ARMAS RAMOS, H., (2003), “Antropometría del niño escolar canario: estudio precentilado de segmentos corporales”, en *Revista Canaria pediátrica*. Vol. 27, núm. 1, págs. 95-115.
- DOMÍNGUEZ VILLAGRÁ, D., (1935), “La Odontología en los Centros Rurales de sanidad”, en *Actas del Primer Congreso Nacional de Sanidad*, Madrid, Tomo III, págs. 155-159.
- GIMENO DE SANDE, A., (1933 y 1934), “Centros primarios de higiene rural”, en *Revista de sanidad e Higiene Pública*, Madrid, 1933, págs. 34-49 y 573-590; y 1934, págs. 119-129.
- INSTITUTO PROVINCIAL DE HIGIENE DE CÁCERES, (1933), *Memoria de los trabajos efectuados en el año de 1932*. Cáceres.
- INSTITUTO PROVINCIAL DE HIGIENE DE CÁCERES, (1934), *Memoria del quinquenio 1929-1933 y trabajos del año 1933*. Cáceres.
- INSTITUTO PROVINCIAL DE HIGIENE DE CÁCERES, (1935), *Memoria de los trabajos efectuados en el año de 1934*. Cáceres.
- MORALES Y GONZÁLEZ, J. L., (1935), “Organización de la lucha contra la tuberculosis de la infancia en Sevilla. Obras de previsión”, en *Actas del Primer Congreso Nacional de Sanidad*, Madrid, Tomo II, págs. 182-191.

- ORENSANZ TARONGÍ, J., y otros., (1935), "Ponencia Oficial. Organización de los Servicios de Higiene Infantil", en *Actas del Primer Congreso Nacional de Sanidad*, Madrid, Tomo I, págs. 281-352.
- RODRÍGUEZ LÓPEZ, ISAAC, *Apuntes de higiene general comprendiendo la Higiene escolar*. Barcelona, 1915. Está en la B.P. CC, Sig. 2/9780.
- ROPERO FERNÁNDEZ, J., (1935), "Defectos de visión en los escolares de la demarcación sanitaria de Cáceres y factores que intervienen en su corrección", en *Actas del Primer Congreso Nacional de Sanidad*, Madrid, Tomo II, págs. 461-468.
- RUIZ MOROTE, F., y otros., (1935), "Quinta Ponencia: organización de los servicios de Higiene rural. Normas que aconseja la experiencia adquirida para su total desenvolvimiento.", en *Actas del Primer Congreso Nacional de Sanidad*, Madrid, Tomo I, págs. 235-279.

#### 4. ANEXOS

##### Anexo I

Calendario escolar aprobado por el consejo provincial de primera enseñanza de cáceres el 20 de octubre de 1931.

*"Empezará el curso el primero de septiembre y serán de vacación los días que se indican a continuación, dentro de cada mes y con arreglo a las observaciones finales.*

*Mes de septiembre.- Domingos.*

*Mes de octubre. Domingos.- Fiesta de la Raza (el doce), Idem del maestro (el 1).*

*Mes de Noviembre.- Fiesta de todos los santos 8el 1).Domingos.*

*Mes de diciembre.- Domingos. La Purísima (el 8). Del 23 al 31 inclusive.*

*Mes de Enero.- Del 1 al 7, inclusive. Domingos.*

*Mes de febrero.- Domingos.*

*Mes de Marzo.- Domingos. San José (el 19).*

*Mes de Abril.- Domingos. Jueves y Viernes Santos. Fiesta de la República (el 14). Fiesta del Libro.*

*Mes de Mayo.- Domingos. Fiesta del trabajo (el 1). El dos de mayo. El jueves de la Ascensión.*

*Mes de Junio.- Domingos. Jueves del Corpus. San Pedro (el 29).*

*Meses de Julio y Agosto.- Vacaciones los dos meses.*

*Observaciones.-*

*1°.- La observancia de las indicadas fiestas es discrecional en consecuencia con las disposiciones del Gobierno de la República referentes al respeto que merecen la conciencia del niño y del maestro. No se comprende para estos efectos en la denominación de Fiesta Religiosa la vacación del 23 de diciembre al 7 de enero.*

*2°.- Del 20 al 30 de junio y del 1 al 10 de septiembre, inclusive, se establecerá en todas las Escuelas la sesión única de cuatro horas, de ocho y media a doce y media de la mañana.*

*3°.- Además de los días de vacaciones señalados, habrá cuatro días más en el curso dedicados a Fiestas Locales. Los Consejos Locales de Primera Enseñanza comunicarán las fechas exactas en que han de consumirse esos cuatro días.*

*4°.- La tarde de los jueves se dedicará a paseos escolares o ejercicios al aire libre en la forma que determine la Inspección. Cuando el tiempo no permita esos paseos y ejercicios, será vacación si no ha habido otra fiesta en la misma semana.*

*5°.- Regirá el siguiente horario (salvo para los días de sesión única):*

*Meses de septiembre y octubre: por la mañana entrada a las nueve y salida a las doce. Por la tarde: entrada a las tres y salida a las cinco.*

*Meses de Noviembre, Diciembre, Enero y Febrero: por la mañana entrada a las nueve y salida a las doce. Por la tarde: entrada a las dos y salida a las cuatro.*

*Meses de Marzo y Abril: por la mañana entrada a las nueve y salida a las doce. Por la tarde: entrada a las tres y salida a las cinco.*

*Meses de Mayo y junio: por la mañana entrada a las ocho y media y salida a las once y media. Por la tarde: entrada a las cuatro y salida a las seis.*

*El horario de las clases de adultos será de seis a ocho de la tarde en los meses de noviembre a febrero, inclusive y de siete a nueve en el mes de marzo.*

*6°.- Este calendario escolar alcanza a todas las escuelas públicas y privadas de la provincia.”*

**Anexo II**

**REGISTRO GENERAL DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA REVISIÓN MÉDICA DE LOS ESCOLARES**

ESTADO FÍSICO	Todas las escuelas NIÑOS		Todas las escuelas NIÑAS		Todas las escuelas PÁRVULOS		Total general de todas las escuelas	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
<b>A</b>								
Niños matriculados y porcentaje de examinados								
<b>B</b>								
Nírvales..... con defectos..... con caries dental sólo..... con otros defectos que no sean dientes..... Con ambas clases de defectos..... TOTAL.....								
<b>C</b>								
Niñas..... bien..... Garganta y nariz..... Audición..... Mala Nutrición..... Carácter y Tolerancia..... Postura..... Ganglios cervicales..... TOTAL.....								
Proporción de niños con defectos sobre el total de niños en las escuelas..... Proporción de niñas con defectos..... Ni. de alumnos con defectos clasificados por defectos y su proporción al total de alumnos, así como num. de niños que se corrigieron el defecto y su proporción al total de niños con defectos.								
	1	2	3	4	1	2	3	4