

MEDICALIZACIÓN Y MEDICAMENTALIZACIÓN DEL HAMBRE EN LA POSGUERRA ESPAÑOLA*

Alfredo Menéndez Navarro

Enrique Perdiguero Gil

Eduardo Bueno Vergara

EL HAMBRE BAJO LA MIRADA MÉDICA

La reciente historiografía sobre el hambre en la posguerra ha puesto de manifiesto su utilización como forma de represión política, y cómo su gestión brindó nuevas formas de legitimación del régimen franquista. Así mismo, ha señalado la complejidad de la crisis alimentaria y destacado la construcción cultural del hambre como un símbolo de la España derrotada.¹ Nuestro trabajo explora otra dimensión de este problema atendiendo a cómo la medicina académica y el sistema asistencial de la posguerra respondieron al problema del hambre naturalizándolo y desconectándolo de su contexto de producción. En este marco, el hambre y la desnutrición fueron concebidos como problemas médicos cuyas causas residían en el organismo humano y en los nutrientes, despolitizando toda referencia a causales sociales. Para ello nos vamos a servir de dos estudios de caso: la medicalización de la inanición a través de la construcción como entidad clínica de la «inedia crónica» y la medicinalización del hambre a través del Seguro Obligatorio de Enfermedad (en adelante SOE).

Situamos los años del hambre en el contexto de los procesos de medicalización que se desarrollaron en Occidente en diferentes oleadas que pueden retrotraerse a

* Este trabajo ha sido financiado con los proyectos «La hambruna española: causas, desarrollo, consecuencias y memoria (1939-1952)», Ministerio de Ciencia e Innovación (PID2019-109470GB-I00) y «Reforma sanitaria y promoción de la salud en el Tardofranquismo y la transición democrática: nuevas culturas de la salud, la enfermedad y la Atención», Ministerio de Ciencia e Innovación (HAR2015-64150-C2-1-P).

¹ Miguel Ángel del Arco Blanco (ed.), *Los «años del hambre». Historia y memoria de la posguerra franquista*, Marcial Pons, Madrid, 2020; Miguel Ángel del Arco Blanco, «Famine in Spain During Franco's Dictatorship, 1939-52», *Journal of Contemporary History*, 56, 1 (2021), pp. 3-27; Miguel Ángel del Arco Blanco y Peter Anderson, *Franco's Famine. Malnutrition, Disease and Starvation in Post-Civil War Spain*, Bloomsbury, Londres, 2021.

la Baja Edad Media.² Tales procesos, básicamente, ponen bajo la mirada médica circunstancias de la vida cotidiana, eventos vitales normales, transformándolos en enfermedades susceptibles de ser diagnosticadas y tratadas.³ Algunos problemas habituales de la vida de las personas quedan, así, naturalizados y descontextualizados de la realidad social, invisibilizándola.

También nos interesa considerar el concepto de medicamentalización,⁴ que ha sido propuesto en los últimos años por la Sociología Médica como una etapa reciente de la medicalización, en la que la existencia de un fármaco para circunstancias vitales habituales, pero que no es, en absoluto, necesario, tiene un papel central en la definición de lo que es enfermedad. Ciertos problemas normales del devenir vital convertirían a los sujetos que las atraviesan en susceptibles de recibir medicación.

La alimentación, la nutrición y el hambre comenzaron a ser objeto de análisis científico a través de la mirada médica durante la primera mitad del siglo xx.⁵ En los años treinta, la Sociedad de Naciones, a través de la Comisión Técnica de Expertos en Nutrición, planteaba en sus informes el beneficio que, para ciertos grupos de población, se podía obtener a partir de la distribución de vitaminas,⁶ producidas de manera artificial, en grandes cantidades y bajo coste, al tiempo que comenzaba a tomar fuerza la idea de la implantación de seguros obligatorios de enfermedad para luchar, no sólo contra la enfermedad propiamente dicha, sino también contra el hambre que, en muchas ocasiones, era responsable de muchas dolencias.⁷

El objetivo de nuestro trabajo es analizar cómo operaron los procesos de medicalización y medicamentalización del hambre en la posguerra española. En primer

² Para una revisión reciente del concepto de medicalización véase Enrique Perdigero Gil y Eduardo Bueno Vergara, «El malestar del bienestar: los debates en torno a la medicalización», en Salvador Cayuela Sánchez y Paula Aranzazu Ruiz Rodríguez (eds.), *La sonrisa de Europa. El Estado del bienestar en el proceso de integración europea*, Marcial Pons, Madrid, 2023, pp. 231-255.

³ Joan Busfield, «The concept of medicalisation reassessed», *Sociology of Health & Illness*, 39, 5 (2017), pp. 759-774.

⁴ Simon J. Williams, Paul Martin y Jonathan Gabe, «The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis», *Sociology of Health and Illness*, 33, 5 (2011), pp. 710-25.

⁵ Josep Lluís Barona, *From Hunger to Malnutrition. The Political Economy of Scientific Knowledge in Europe, 1918-1960*, Peter Lang, Bruselas, 2012.

⁶ Las vitaminas ya estaban siendo promocionados en el marco del naciente mercado de productos relacionados con la salud y la enfermedad: Rima D. Apple, «If I don't get my vitamins... anything can happen': Nutrition in Twentieth-Century Popular Culture», *Pharmacy in History*, 40, 4 (1998), pp. 123-131. Se trató de un proceso complejo con la implicación de diferentes esferas: la medicina, la química, la industria, los organismos reguladores y unas clases medias con el suficiente poder adquisitivo para participar activamente de ese nuevo mercado. La importancia de las campañas publicitarias fue clave, presentando las vitaminas como un remedio para ahuyentar determinadas enfermedades y criar niños sanos, véase Enrique Perdigero-Gil, «La creación de un nuevo mercado alimentario en España; las vitaminas en la prensa periódica (1917-1950)», *Nutrición Hospitalaria*, 27 Suppl 2 (2012), pp. 10-17.

⁷ Josep Lluís Barona, *La medicalización del hambre: economía política de la alimentación en Europa, 1918-1960*, Icaria, Barcelona, 2014.

lugar, analizamos un corpus singular de literatura académica dedicada al hambre y la desnutrición. En segundo lugar, exploramos el papel desempeñado por las prestaciones farmacéuticas del SOE para suplir las carencias alimenticias en tiempos de escasez. Nuestra hipótesis es que ambos procesos contribuyeron a invisibilizar tanto los determinantes sociales como el propio fenómeno del hambre en la posguerra española.

LA MEDICALIZACIÓN DEL HAMBRE: LA «INEDIA CRÓNICA» COMO ENTIDAD CLÍNICA EN LA ESPAÑA DE POSGUERRA

Como primer estudio de caso vamos a analizar las investigaciones sobre la «clínica del hambre» desarrolladas durante la posguerra. La historiografía ha destacado las condiciones casi «experimentales» de pobreza e hipoalimentación vividas por amplios sectores de la población española durante la Guerra Civil y los años del hambre. Estas condiciones posibilitaron la generación de saberes médicos excepcionales sobre la desnutrición. Parte de estas investigaciones han recibido atención historiográfica hasta la fecha. Nos referimos a los estudios liderados por Carlos Jiménez Díaz (1898-1967) y Francisco Grande Covián (1909-1995), así como las investigaciones que abordaron la relación entre dieta y patología, con la detallada descripción de cuadros clínicos, particularmente neurológicos y psiquiátricos, como el síndrome parestésico-causálgico, la pelagra o el latirismo.⁸

Dentro de este ámbito, el programa liderado por Fernando Enríquez de Salamanca (1880-1966) desde su cátedra de Patología y Clínica Médica de la Universidad Central apenas ha recibido atención. Los trabajos del grupo se centraron en el estudio metabólico de un amplio grupo de pacientes en situación de subalimentación severa crónica atendidos entre 1941 y 1944 en diversos centros hospitalarios de Madrid.

Este interés por la fisiología y el metabolismo de la nutrición fue coetáneo al experimentado en la Alemania nazi. Los estudios en este campo crecieron desde mediados de los años 30 en el marco de las políticas autárquicas y los esfuerzos armamentísticos. La Segunda Guerra Mundial contribuyó a poner en primer plano los estudios sobre las deficiencias nutricionales, la resistencia a la inanición y los requerimientos calóricos mínimos para garantizar la subsistencia en diversos entornos y circunstancias.⁹ Los experimentos sobre los efectos de la inanición se llevaron a cabo principalmente en campos de concentración de las SS y en centros de prisioneros de guerra y hospitales de la *Wehrmacht*, fundamentalmente con cautivos

⁸ M.ª Isabel Del Cura y Rafael Huertas García-Alejo, *Alimentación y enfermedad en tiempos de hambre. España, 1937-1947*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 2007.

⁹ Robert N. Proctor, *The Nazi War on Cancer*, Princeton University Press, Princeton, 1999; Alexander Neumann, «Nutritional Physiology in the ‘Third Reich’», en Wolfgang U. Eckart (ed.), *Man, Medicine and the State. The Human Body as an Object of Government Sponsored Medical Research in the 20th Century*, Franz Steiner Verlag, Stuttgart, 2006, pp. 49-59.

soviéticos.¹⁰ La atención a los supervivientes de los campos de concentración y a los refugiados y personas desplazadas después de la guerra también brindaron la oportunidad de ensayar técnicas basadas en la reducción de los alimentos en sus nutrientes básicos y en su administración de forma estandarizada.¹¹

En lo que sigue, analizamos el contexto y el proceso de construcción de la «inedia crónica», una nueva entidad clínica descrita por el grupo de Enríquez de Salamanca a comienzos de los años 40 para designar los cuadros más severos de inanición crónica. Se trata de un término que apenas tuvo recorrido y aceptación en círculos médicos más allá de las publicaciones del grupo. La hipótesis de partida es que la construcción de esta nueva entidad fue una forma de resignificar las manifestaciones más graves de la subalimentación, como el edema de hambre o diversos síndromes carenciales que seguían afectando a la población española en los años cuarenta. De esta forma, la nueva entidad contribuiría a desligar dichas dolencias de toda referencia a la miseria y carestía que afectaban a la población española, que la propaganda franquista y las publicaciones médicas asociaban exclusivamente a las condiciones experimentadas durante la guerra en la zona republicana.

En primer lugar, glosaremos brevemente la historia del uso del término inedia. En segundo lugar, mostraremos un breve semblante de la figura de la Enríquez de Salamanca, cuyo perfil político y religioso resulta determinante. En tercer lugar, describiremos la producción del grupo de trabajo y el uso del término inedia en ella, deteniéndonos especialmente en el contexto de producción de ese conocimiento.

El término inedia en la historia

El término inedia (etimológicamente, no comer) se empleó en el medievo para referirse al ayuno prolongado practicado en ciertas formas de ascetismo femenino.¹² Durante el siglo XIX y primera mitad del XX, la inedia continuó formando parte de las manifestaciones destacadas de personas estigmatizadas. Fundamentalmente, mujeres jóvenes que presentaban estigmas físicos en sus cuerpos —trasunto de las heridas de Cristo— y que revivían su Pasión, convertidas en celebridades religiosas en la época.¹³

El término no está incluido en el *Diccionario histórico de la lengua española*.¹⁴ La consulta del *Corpus diacrónico del español* confirma el escaso empleo del

¹⁰ Wolfgang Uwe Eckart, *Medizin in der NS-Diktatur. Ideologie, Praxis, Folgen*, Böhlau Verlag, Wien, 2012.

¹¹ Tom Scott-Smith, «Military Feeding during World War II», *On an empty stomach: two hundred years of hunger relief*, Cornell University Press, Ithaca, 2020, pp. 90-105.

¹² Caroline Walker Bynum, *Holy Feast and Holy Fast: The Religious Significance of Food to Medieval Women*, University of California Press, Berkeley, 1988.

¹³ Tine Van Osselaer, Andrea Graus, Leonardo Rossi y Kristof Smeyers, *The Devotion and Promotion of Stigmatics in Europe, c. 1800-1950. Between Saints and Celebrities*, Brill, Leiden, 2021.

¹⁴ Real Academia Española, *Diccionario histórico de la lengua española (DHLE)* <https://www.rae.es/dhle/> [consultado 23 septiembre de 2024]

término en textos en castellano,¹⁵ si bien la dimensión ascética de la conducta está presente en algunos casos, como la descripción que realiza Feijoo en sus *Cartas eruditas y curiosas* para referirse a los «dilatadísimos ayunos de personas de notoria santidad se deben juzgar[se] milagrosos».¹⁶

Por su parte, los diccionarios médicos y especializados del siglo XIX que recogen el término abundan en esa dimensión ascética y de privación voluntaria. El más explícito en ese sentido es el *Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine* francesa que define la inedia como la privación de alimentos con fines de penitencia. Por su parte, los cinco diccionarios médicos españoles decimonónicos consultados a través del *El Tesoro Lexicográfico Médico* (TeLeMe.usal.es) ligan el término a la abstinencia de ingesta calórica prolongada y a sus efectos fisiológicos. La definición del *Diccionario tecnológico de ciencias médicas* de José María Caballero Villar (1886) es la más detallada y rica clínicamente. Tras significar la inedia como un estado morboso caracterizado por «el enflaquecimiento y decoloración de la piel» en un sujeto que, inicialmente, podría considerarse de «buena salud», el autor distingue inedia de caquexia, que sería el deterioro que acompaña a una enfermedad crónica subyacente.¹⁷

Fernando Enríquez de Salamanca y Dánvila (1880-1966)

Persona de confianza del ministro de Educación Ibáñez Martín, Fernando Enríquez de Salamanca jugó un papel determinante en la depuración y en la reconstrucción de la medicina universitaria de posguerra. Catedrático de Patología y Clínica Médica de la Universidad Central desde 1927 y facultativo del Hospital Provincial de Madrid (desde 1919), Enríquez de Salamanca fue expulsado de la universidad por las autoridades republicanas en 1937¹⁸ y pasó la Guerra Civil en Ávila.¹⁹ El 30 de marzo de 1939 fue nombrado decano de la Facultad de Medicina y unas semanas más tarde, el 17 de mayo, juez depurador de la Universidad de Madrid y máximo responsable de ese proceso. La dura depuración practicada en esta institución fue aún mayor en la Facultad de Medicina, donde fueron expulsados el 60 % de los catedráticos en activo en junio de 1936. Enríquez de Salamanca tuvo una implica-

¹⁵ Real Academia Española, *Banco de datos (CORDE) [en línea]. Corpus diacrónico del español*, <http://www.rae.es>, [consultado 20 de octubre de 2024].

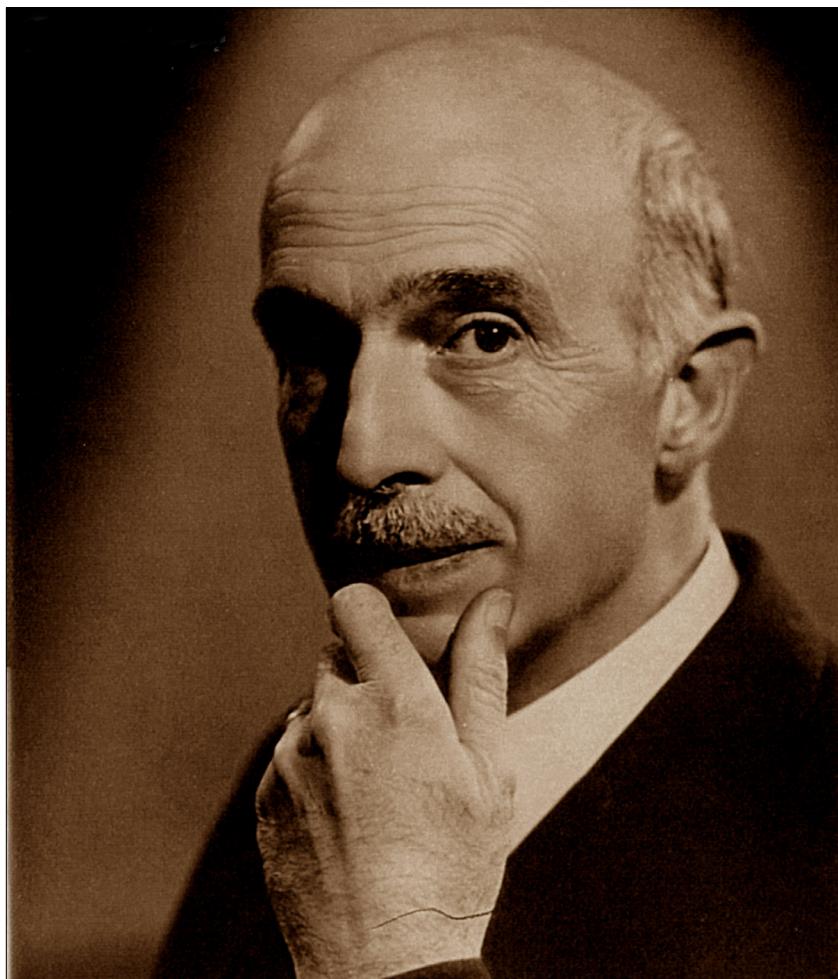
¹⁶ Benito Jerónimo Feijoo, *Cartas eruditas y curiosas, en que por la mayor parte se continúa el designio de el Theatro Crítico*, Imprenta Joachin Ibarra, Madrid, 1770 (XVIII. Sobre una extraordinariíssima inedia, p. 206).

¹⁷ José María Caballero Villar, *Diccionario tecnológico de ciencias médicas*, Viuda e hijos de Iturbe, Vitoria, 1886 (p. 487).

¹⁸ Jaume Claret Miranda, *El atroz desmoche. La destrucción de la Universidad española por el franquismo, 1936-1945*, Crítica, Barcelona, 2006, p. 294.

¹⁹ Amador Schüller, «Enríquez de Salamanca y Danvila, Fernando», *Diccionario Biográfico Español*, Real Academia de la Historia, Madrid, Accesible en <https://dbe.rae.es/biografias/6686/fernando-enriquez-de-salamanca-y-danvila> [consultado 15 de septiembre de 2023]

ción notoria y bien acreditada.²⁰ El vacío dejado por las depuraciones fue aprovechado por Enríquez de Salamanca para acumular poder mediante el reparto de las cátedras de medicina, particularmente las de Patología. Dominó los tribunales de oposición a esta figura en los años 40, con 24 participaciones en tribunales, todas ellas en calidad de presidente.²¹



Retrato de Fernando Enríquez de Salamanca y Danvila.
Banco de Imágenes de la Medicina Española. Real Academia Nacional de Medicina.

²⁰ Jaume Claret Miranda, «El juez Fernando Enríquez de Salamanca», en *El atroz desmoche. La destrucción de la Universidad española por el franquismo, 1936-1945*, Crítica, Barcelona, 2006, pp. 308-317.

²¹ José María López Sánchez, «Poder académico en la reconstrucción de la medicina universitaria de posguerra, 1939-1951», *Historia del presente*, 20 (2012), pp. 23-35.

Enríquez de Salamanca defendió una concepción de la medicina marcada por su catolicismo integrista, rasgo que de una forma u otra está presente en todas las notas biográficas sobre él. Por ejemplo, Manuel Bermejillo Martínez, diputado por la CEDA en 1936 y catedrático de Patología General desde 1943, señalaba en la sesión necrológica que le dedicó la Real Academia Nacional de Medicina, en mayo de 1966, la afición de su maestro Enríquez de Salamanca a la literatura ascética y mística y la existencia de problemas filosófico-teológicos en los inicios de sus estudios de medicina. Según Bermejillo, pronto «su ideología se afirmó en el más recto sentido católico».²² Es un aspecto también destacado en la voz confeccionada para el *Diccionario Biográfico Español* por su discípulo Amador Schüller.²³ Jorge Francisco Tello Muñoz (1880-1858), sucesor de Ramón y Cajal en la cátedra de Histología de Madrid, profesor de Enríquez de Salamanca y a la postre víctima de su depuración «por ateísmo», también aludía a esa crisis en sus ideas místicas. Según refirió a Juan Manuel Ortiz Picón, había sido él quien en un amigable coloquio filosófico con su alumno se las había rebatido provocándole una «aguda crisis de su fe religiosa», y señaló que era notorio que «profesaba un catolicismo intransigente».²⁴ Publicó asiduamente en *Razón y Fe*, revista que impulsó el catolicismo integrista desde sus páginas y prologó la edición española *La oración. Su poder y efectos curativos vistos por un fisiólogo* (Madrid, 1946), del fisiólogo francés, premio Nobel de Medicina y avalista de algunas curaciones en Lourdes, Alexis Carrel.²⁵

El estudio de las memorias de cátedra de Patología Médica de los candidatos que obtuvieron plaza en los tribunales que él presidió, y que a menudo le citaban, ha permitido identificar dos conceptos relevantes. Por un lado, la «autarquía científica», que reivindicaba una vía «española» en la elaboración del conocimiento científico y médico que subordinaba la ciencia a la religión. Por otro lado, la denominada «Medicina católica», inspirada en la recuperación del ideario vitalista de José de Letamendi (1828-1897), no rechazaba la metodología experimental de la medicina de laboratorio, pero la consideraba insuficiente y, en sintonía con el nacionalcatolicismo, abría la puerta a la introducción de Dios o la voluntad divina como causa última de los procesos morbosos.²⁶ Enríquez de Salamanca fundó y

²² Manuel Bermejillo y Martínez, «Solemne sesión necrológica en memoria del Excmo. Sr. D. Fernando Enríquez de Salamanca», *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 83 (1966), pp. 429-445.

²³ Amador Schüller, «Enríquez de Salamanca ...».

²⁴ José María López Sánchez, «Poder académico en la reconstrucción ...», 24.

²⁵ Manuel Bermejillo y Martínez, «Solemne sesión necrológica ...», 433.

²⁶ José María López Sánchez, «La Medicina en la universidad nacionalcatólica», en Luis Enrique Otero Carvajal (ed.), *La Universidad nacionalcatólica. La reacción antimoderna*, Universidad Carlos III, Madrid, 2014, pp. 319-332.

dirigió el Instituto de Medicina Experimental (CSIC) compaginando la investigación de laboratorio con la labor docente y asistencial.²⁷

La construcción de la inedia crónica (1941-1949)

La producción del grupo de Enríquez de Salamanca sobre la inedia se extendió entre 1941 y 1949, aunque el grueso se publicó entre 1942 y 1943. El corpus doctrinal lo forman dos tesis doctorales, una monografía y 20 artículos publicados de forma predominante en la revista *Medicina*, fundada y dirigida por Enríquez de Salamanca desde 1931. El programa de trabajo desarrollado consistió en el estudio metabólico y en la caracterización fisiopatológica de los enfermos en situación de subalimentación crónica grave atendidos en sus clínicas del Hospital Provincial de Madrid y del Hospital Clínico San Carlos. Los sujetos seleccionados fueron sometidos a una amplísima y minuciosa batería de pruebas médicas destinadas a conocer el impacto de la inanición prolongada en sus cuerpos.

Las publicaciones incluyen menciones a los pacientes estudiados y, en ocasiones, permiten atisbar ciertas contradicciones sobre el periodo en el que fueron atendidos. El punto de partida se asemeja bastante al empleado por Agustín Pedro y Pons (1898-1971) en su estudio clínico de la «epidemia de hambre», experimentada por la población civil en Barcelona. Es decir, describir clínica y fisiopatológicamente los estados carenciales observados fundamentalmente durante el invierno de 1938-1939, cuando se combinaron distintos factores para acentuar la gravedad de la «hipoalimentación en la zona roja».²⁸ De igual forma, algunos trabajos del grupo vinculaban el problema estudiado a los «primeros tiempos después de la liberación de Madrid». En octubre de 1942, la revista *Medicina* reprodujo una conferencia impartida por Enríquez de Salamanca en el Primer Congreso Nacional de Medicina Legal, celebrado en Madrid en mayo de ese año. La conferencia versaba sobre la muerte súbita de los pacientes «inédicos», término con el que designaba a los enfermos subalimentados crónicos graves que fallecían súbitamente en sus salas hospitalarias al ingerir «con voracidad» los alimentos que se les ofrecían tras el ingreso.²⁹ Enríquez de Salamanca situaba en el pasado la ocurrencia de los fallecimientos, no el de la desnutrición:

²⁷ Enríquez de Salamanca fue el director del Instituto nacional de Ciencias Médicas del CSIC. Dirigía la sección de Patología digestiva y glándulas anexas, pero en los trabajos de dicha sección, recogidos en las memorias anuales del CSIC, no aparecen trabajos sobre la inedia.

²⁸ Agustín Pedro y Pons, *Clínica, fisiopatología y terapéutica de las enfermedades por insuficiencia alimenticia observadas en Barcelona durante la guerra (1936-1939)*, Relieves Basa y Pagés, Barcelona, 1940.

²⁹ Este es un tema objeto de atención en el denominado *Minnesota Starvation Experiment*. Tom Scott-Smith, «The Medicalization of Hunger and the Postwar Period», *On an empty stomach: two hundred years of hunger relief*, Cornell University Press, Ithaca, 2020, pp. 106-120; Tom Scott-Smith, «Military Feeding during World War II».

[...] hay que advertir que, después de aquellos primeros casos observados, como digo, a raíz de la liberación de Madrid, no hemos vuelto a ver ninguno. Acaso sea porque los enfermos no vienen tan extraordinariamente depauperados, acaso también sea porque, como es natural, ya tomamos nuestras precauciones para impedir esa ingestión superabundante de alimentos que vemos ser perniciosa.³⁰

No obstante, la mayor parte de las publicaciones fijaban el ingreso de «enfermos carenciales» estudiados entre 1941 y 1942, y de forma menos precisa hasta 1944. Ilustrativa a este respecto es la tesis doctoral de Fernando Civeira Otermín (1915-2008), dirigida por Enríquez de Salamanca y defendida en septiembre de 1942. El autor llevó a cabo un completo estudio de la función hemática de 44 enfermos carenciales atendidos en las ya citadas salas hospitalarias durante 1941 y 1942. En el título calificaba como «epidemia» la situación experimentada en Madrid en esas fechas. Civeira argumentaba la pertinencia del tema tanto por interés nacional para contribuir «a su posible solución» como por interés científico, dado que las circunstancias proporcionaban «un gran experimento humano imposible de reproducir a voluntad del experimentador científico».³¹ Obviamente esas condiciones excepcionales distaron de otros «experimentos humanos» que proliferaron durante la Segunda Guerra Mundial. Ni tuvieron la magnitud e inspiración de los estudios realizados tras el cierre del gueto de Varsovia en 1941, motivados por un intento de producir conocimiento ante la atroz adversidad, ni respondían a un diseño planificado como el *Minnesota Starvation Experiment*. Este último se desarrolló a finales de 1944 con voluntarios para estudiar directamente el problema de la inanición masiva que se esperaba encontrar al finalizar la guerra, en un momento en que el comenzaba la liberación de los campos de concentración.³² Civeira, que utilizaba el término inedia como sinónimo de enfermedad del edema, señaló las condiciones de alimentación de los pacientes entre cuatro meses y un año antes de su incorporación al estudio: una media de 1.000 calorías diarias, una carencia absoluta de proteínas y lípidos en la dieta y la «disarmonía en las proporciones relativas de los diferentes principios inmediatos».³³

Otros trabajos del grupo mostraban la vigencia del problema, aunque atribuido a la dieta seguida en el pasado:

Como resultado de la precaria situación económica creada en nuestro país por la guerra de liberación y agravada en alto grado a consecuencia del bloqueo del continente europeo, el número de personas que se ven afectadas de trastornos diversos consecutivos a una ali-

³⁰ Fernando Enríquez de Salamanca, «La muerte súbita en la inedia», *Medicina. Revista mensual de ciencias médicas*, 10.2 (1942), pp. 253-263 (p. 253).

³¹ Fernando Civeira Otermín, *Estudio del cuadro hematológico de los enfermos de inedia crónica (enfermedad del edema) en la actual «epidemia» en Madrid (1941-1942)*, Universidad Central, Madrid, 1942 [tesis doctoral].

³² Tom Scott-Smith, «The Medicalization of Hunger and the Postwar Period».

³³ Fernando Civeira Otermín, «Estudio del cuadro hematológico...».

mentación insuficiente, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, ha ido creciendo en proporciones hasta ahora no conocidas en España. Enfermedades que, como la pelagra y los edemas llamados de hambre, son compañeros inseparables de las penurias alimenticias en los momentos de carestía de los pueblos, han hecho acto de presencia. El estado de desnutrición que presentan los enfermos que acuden a nuestra consulta gratuita del Servicio Universitario e ingresan en nuestros departamentos del Hospital de San Carlos y del Hospital General, es, muchas veces, considerable. Al indagar en la anamnesis sobre la alimentación a que anteriormente estuvieron sometidos, destaca sobremanera, y en primer plano, la ingestión defectuosa de sustancias proteicas y, a veces, de grasas en cantidad apropiada para llenar el mínimo necesario. Especialmente el consumo de proteínas animales (leche y sus derivados, huevos, carne y pescado) ha sido, en bastantes enfermos, nulo o casi nulo durante meses. En general, la base de alimentación han sido las verduras, algunas legumbres, arroz y fruta.³⁴

La descripción de los pacientes seleccionados para llevar a cabo sus «experiencias» no dejaba lugar a dudas de la gravedad del cuadro carencial identificado con la inedia:

«[...] destacaban entre la rica sintomatología carencial la existencia constante de edemas, en la mayoría de los casos con ascitis, piel apergaminada, seca y con signos evidentes de fotosensibilidad en los extremos distales de ambas extremidades, intensa demacración y palidez de piel y de mucosas, la respiración superficial muy poco perceptible (exigían a veces el aproximarse a la cama para cerciorarse de si vivían), casi todos con diarrea, lengua calva y todo el cortejo sintomático de una carencia grave...³⁵

Arsacio Peña Yáñez (1914-2022) trabajó hasta 1944 como profesor auxiliar junto Enríquez de Salamanca en los servicios clínicos de los Hospitales General y de San Carlos. En 1949, siendo catedrático de Patología Médica de la Universidad de Cádiz, Peña Yáñez publicó una obra de síntesis de varios de los trabajos del grupo en la que se ofrece la versión más depurada de la nueva entidad clínica.³⁶ La «inedia crónica» se definía como un cuadro provocado por una continuada alimentación exigua, insuficiente para subvenir a las necesidades energéticas del organismo. Tras el adelgazamiento inicial, el mantenimiento durante meses de una balanza energética negativa llevaba a la instauración de la segunda fase de la inedia crónica o fase de depauperación. La tercera fase o de desnutrición extrema era descrita como una fase de difícil reversibilidad, en la que un alto porcentaje de pacientes experimentaban un desenlace fatal.³⁷

³⁴ Arsacio Peña Yáñez y E. Marín Aráez, «Estudio sobre las proteínas plasmáticas en los sujetos mal nutridos», *Medicina. Revista mensual de ciencias médicas*, 10, 1 (1942), pp. 97-114 (p. 97).

³⁵ Fernando Enríquez de Salamanca, A. Fernández Cruz y M. Rotllant De Franch, «Estudio de la glutatonemia en los enfermos carenciales», *Medicina. Revista mensual de ciencias médicas*, 9, 2 (1941), 259-269 (pp. 259-260).

³⁶ Arsacio Peña Yáñez, *Subalimentación crónica y esprue*, Editorial Científico Médica, Barcelona, 1949.

³⁷ *Ibid.*, p. 16-18.

La creación de la nueva entidad clínica habría respondido, según Peña, a la necesidad de descartar por inexacto y restrictivo el diagnóstico de edema de hambre:

En los pacientes estudiados por nosotros, la diarrea constituyó un síntoma de observación muy frecuente. En las epidemias de hambre, son bastantes las personas sometidas a una alimentación insuficiente que ofrecen diarrea sin haber presentado nunca edemas. Por consiguiente, el término de enfermedad del edema empleado para designar el cuadro clínico producido por una alimentación exigua, resulta inadecuado en tales ocasiones. *El llamado edema de hambre representa sólo una de las formas clínicas de la inedia crónica, pero no la única ni quizás la más frecuente.*³⁸

Desconocemos la disposición de los «enfermos de inedia crónica» a participar en estas pruebas médicas, aunque no parece aventurado pensar que su actitud se asemejara al rechazo expresado por los afectados del gueto de Varsovia.³⁹ Al margen de la potencial utilidad clínica de los estudios llevados a cabo por los médicos del grupo de Enríquez de Salamanca, la focalización en una serie variables biológicas alteradas contribuyó a obviar cualquier referencia a las condiciones sociales en las que se produjeron los cuadros carenciales descritos. Por otro lado, el intento de recuperar un término médico, con evidentes connotaciones morales congruentes con el «catolicismo integrista» de Enríquez de Salamanca, facilitó la interpretación de las manifestaciones más graves de la subalimentación, que seguían observándose años después de finalizada la contienda civil como un problema estrictamente médico-biológico con resonancias ascéticas. Aunque su difusión fuera del grupo de Enríquez de Salamanca fuera muy limitada (no tenemos constancia de su manejo por parte del grupo de Jiménez Díaz), su acuñación y promoción sistemática por parte de una figura académica y política central de la posguerra puede considerarse un claro ejemplo de medicalización del hambre.

LA MEDICAMENTALIZACIÓN DEL HAMBRE. ASISTENCIA SANITARIA EN TIEMPOS DE ESCASEZ

Como segundo estudio de caso vamos a considerar cómo se gestionó en la actividad asistencial, el hambre y la malnutrición, indisolublemente ligadas a la enfermedad. Aparecieron de manera dramática en las consultas, espacios que a veces se convertían en la única vía de acceso a aportes alimenticios en tiempos de escasez. La población padeció la carestía de unos alimentos que sólo se podían conseguir a través de las cartillas de racionamiento que, como es sabido, entraron en vigor en enero de 1937, con toda la problemática de organización, distribución, distracción y mercado negro que estas medidas llevaban aparejadas. En determinados momentos de este bloqueo, algunos alimentos básicos para la dieta como

³⁸ *Ibid.*, p. 20. Cursivas en el original.

³⁹ Tom Scott-Smith, «The Medicalization of Hunger and the Postwar Period».

leche, verduras o pescado sólo pudieron obtenerse de manera legal bajo prescripción médica, algo que dio pie al desarrollo de estrategias fraudulentas para obtenerlos, como la falsificación de recetas para canjearlas en los comercios suministradores. Según recogía el diario *ABC* en 1937 en su edición de Madrid, desde que la leche sólo se podía conseguir legalmente con una receta médica, el número de enfermos con úlcera gástrica se había multiplicado de manera notable. En la misma nota se responsabilizaba de este aumento a los médicos, asegurando que algunos de ellos emitían recetas que no respondían a un diagnóstico clínico, sino a «compromisos amistosos o familiares».⁴⁰

¿Cómo respondió en la posguerra el sistema asistencial que edificó la Dictadura a la relación entre hambre y enfermedad? Podemos establecer dos líneas de argumentación para responder a esta pregunta. La primera de ellas está relacionada con quien era «asistible» por el SOE, es decir, aquellos que debían estar cubiertos por el sistema de aseguramiento.⁴¹ También importa, claro está, a qué asistencia tenían derecho los «asistibles». La segunda tiene que ver con el rechazo de los médicos a cualquier sistema que colectivizase la asistencia sanitaria, habitual en todo contexto.⁴² Las reacciones de los médicos frente a los derechos asistenciales adquiridos por los «asistibles» son una fuente de interés para conocer cómo se fue configurando el dispositivo asistencial durante el franquismo y cómo se manejó el problema del hambre en las consultas médicas. En las del SOE de las ciudades o en las de los médicos rurales que atendieron a asegurados —pocos, porque no estaban cubiertos por el esquema asegurador—, se vio reflejada, las más de las veces indirectamente, la amarga realidad que vivía gran parte de la población española. Así, de manera irremediable, la escasez y el hambre hicieron su aparición en forma de demandas por parte de los asegurados y beneficiarios de recetas. Relevantes fueron las de un tipo de especialidades farmacéuticas muy concretas: complementos alimenticios de diversa composición, calcio, jarabes, reconstituyentes, tónicos o muy variados productos vitaminados, tal y como señalan las fuentes consultadas.

⁴⁰ «Las recetas y el racionamiento del pescado», *ABC Madrid*, 10 de marzo de 1937. «Las recetas», *ABC Madrid*, 20 de marzo de 1937.

⁴¹ Sobre el concepto de «asistibilidad» véase Josep María Comelles, «Sociedad, salud y enfermedad: los procesos asistenciales», *Jano*, 655-H (1985), pp. 357-362. Sobre los inicios del SOE véase Eduardo Bueno Vergara y Enrique Perdigero Gil, «Mejor curar que prevenir: dispositivos asistenciales y actividades preventivas en el primer franquismo», en Mónica Moreno Seco, Rafael Fernández Sirvent y Rosa Ana Gutiérrez Lloret (eds.), *Del siglo xix al xxi. Tendencias y debates*, Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, Alicante, 2019, pp. 1972-1983.

⁴² Enrique Perdigero Gil y Eduardo Bueno Vergara, «'Hay una diferencia entre la medicina social y la socializada': las resistencias de los médicos españoles a la colectivización de la asistencia sanitaria y la ampliación de la cobertura sanitaria (1944-1963)», en Damián A. González Madrid y Manuel Ortiz Heras (eds.), *El estado del bienestar: entre el franquismo y la transición*, Sflex, Madrid, 2020, pp. 95-124.

calcio-
terapia
reforzada

CALCIO LLORENTE

NUEVA COMBINACIÓN ESTABLE DE



*antiexudativo
y desintoxicante*

Esta nueva combinación se distingue por su absoluta estabilidad y el sinergismo perfecto entre la acción antiexudativa del calcio y la desintoxicante del ión con azufre, lo que hace que el "CALCIO LLORENTE" proporcione óptimos resultados terapéuticos



ENDOVENOSO
C/ 10 amp. de 5 c. c.
C/ 12 amp. de 2 c. c.



INTRAMUSICAL
C/ 10 amp. de 5 c. c.
C/ 12 amp. de 2 c. c.

INSTITUTO LLORENTE

Pub. Méd. "GARSI"

Anuncio del preparado Calcio Llorente, publicado en el Boletín del Consejo General de Colegios de Médicos en su volumen de 1948.

El hambre, en parte, se afrontó medicamentizándola, es decir, aislandola de su contexto social y manejándola desde una práctica médica de muy baja calidad, sobre todo en el ámbito urbano, que suplía con las recetas la ausencia de diagnóstico, siquiera superficial, de los padecimientos, y por supuesto, la indagación de sus causas. En este contexto, el fármaco fue el vehículo de medicalización del problema social del hambre. No es que los fármacos definiesen el problema, es que fueron un sucedáneo de remedio dada su disponibilidad en determinadas capas de trabajadores urbanos.

El Seguro Obligatorio de Enfermedad

Tras el fin de la contienda, en 1939, Vicente Carulla, a la sazón presidente de la comisión gestora de Hospital Clínico de Barcelona, en uno de los primeros análisis sobre las necesidades asistenciales de la población, se centraba, además de en el desempleo, en la «enfermedad del pobre» frente a la que solo cabía el desarrollo de lo que llamó «Asistencia Sanitaria Social».⁴³ Para Carulla, un 60 % de la población debía estar cubierto por este tipo de asistencia financiada mediante aseguramiento, algo necesario, en parte, por la creciente especialización de la práctica médica.⁴⁴ Un 15 % de la población quedaría en manos de la beneficencia y el 25 % restante serían asistidos por la «medicina libre». En 1944, con este objetivo en mente, en un contexto marcado por la escasez, el hambre y la miseria, se puso en marcha el SOE, uno de los pilares sobre los que se asentó la política social franquista. Acerca de su implantación y desarrollo comienza a existir una literatura científica considerable desde perspectivas diversas y complementarias que abordan, por ejemplo, la cobertura sanitaria proporcionada, su génesis y organización política y administrativa, los obstáculos que encontró su desarrollo, las características de la atención o su naturaleza propagandística.⁴⁵

Al SOE debían afiliarse los trabajadores industriales y de cuello blanco de bajos ingresos. En palabras del principal responsable político del Seguro, el ministro de Trabajo José Antonio Girón de Velasco, el SOE «representa para el obrero la seguridad de que la Patria defiende por él su hogar de la miseria y del hambre cuando está imposibilitado».⁴⁶ El andamiaje ideológico sobre el que se construyó

⁴³ Vicente Carulla, «El problema de la asistencia sanitaria benéfica en España», en Universidad de Barcelona, *Aspectos y problemas de la nueva organización de España*, Universidad de Barcelona, Barcelona, 1939.

⁴⁴ Tal objetivo no se lograría hasta mediados los años sesenta, Jerònima Pons Pons y Margarita Vilar Rodríguez, *El seguro de salud privado y público en España: su análisis en perspectiva histórica*, Prensas de la Universidad de Zaragoza, Zaragoza, 2014, pp. 127 y 314.

⁴⁵ Ana Marta Guillén Rodríguez, *La construcción política del sistema sanitario español: de la postguerra a la democracia*, Exlibris, Madrid, 2000; Carme Molinero, *La captación de las masas: política social y propaganda en el régimen franquista*, Cátedra, Madrid, 2005; Jerònima Pons Pons y Margarita Vilar Rodríguez, «Labour repression and social justice in Franco's Spain: the political objectives of compulsory sickness insurance, 1942-1957», *Labor History*, 53, 2 (2012), pp. 245-267; Margarita Vilar Rodríguez y Jerònima Pons Pons, «The Introduction of Sickness Insurance in Spain in the First Decades of the Franco Dictatorship (1939-1962)», *Social History of Medicine*, 26, 2 (2012), 267-287; Jerònima Pons Pons y Margarita Vilar Rodríguez, *El seguro de salud privado y público*; Guillermo Marín Casado, «La perla de la justicia social. El franquismo y el Seguro Obligatorio de Enfermedad», en Félix Luengo Teixidor y Fernando Molina Aparicio (eds.), *Los caminos de la nación. Factores de nacionalización en la España contemporánea*, Comares, Granada, 2016, pp. 499-517; Eduardo Bueno Vergara y Enrique Perdiguer Gil, «Mejor curar que prevenir.»

⁴⁶ «El Ministro de Trabajo, Sr. Girón, expone el sentido de la implantación del Seguro Social de Enfermedad», *Profesión Médica*, 2, 20 de enero de 1944. Nótese que Girón hablaba del obrero. Los trabajadores del campo, en parte por las dificultades técnicas que suponía su afiliación, dada

el SOE fue el anhelo de contribuir a la superación de la lucha de clases a través de la peculiar concepción de justicia social falangista.⁴⁷ No obstante, la historiografía se ha encargado de demostrar que, a pesar de la retórica revolucionaria de la que se acompañó la implantación del Seguro, el franquismo retomó proyectos anteriores y mostró cierto continuismo manteniendo una importante presencia del catolicismo social dentro del Instituto Nacional de Previsión, el organismo creado en 1908 y que se ocupó de la organización, gestión y administración del SOE.⁴⁸

Además de la atención médica para los asegurados y beneficiarios del SOE, se implantó un subsidio por enfermedad cuyo objetivo era proteger al trabajador y su familia cuando no podía obtener ingresos salariales, algo que estaba en sintonía con las declaraciones de Girón.⁴⁹

La atención médica en el SOE y la «manía medicamentera»

La asistencia médica general que proporcionaba el SOE durante los primeros años de su funcionamiento se producía en unas condiciones difícilmente compatibles con una atención personalizada y de calidad. Los numerosos testimonios que los médicos dejaron escritos sobre su ejercicio en revistas profesionales como *Profesión Médica* o el *Boletín del Consejo General de Colegios de Médicos*, órgano de expresión de la Organización Médica Colegial, muestran que la gran cantidad de pacientes atendidos por jornada, la saturación en las salas de espera y el apresuramiento dentro de la consulta, fueron los rasgos distintivos de la atención del Seguro.⁵⁰

la temporalidad de su trabajo, quedaron excluidos de la cobertura sanitaria hasta bien entrados los sesenta. Al respecto véase: Margarita Vilar Rodríguez y Jerònima Pons Pons, «La cobertura social de los trabajadores en el campo español durante la dictadura franquista», *Historia agraria: Revista de agricultura e historia rural*, 66 (2015), 177-210. Eduardo Bueno-Vergara y Enrique Perdiguer-Gil, «Social Security arrives in the country: resistance and limitations in Spain during the late Franco regime (1959-1975)», *Interface (Botucatu)*, 25 (2021), e210112.

⁴⁷ José Antonio Girón, «Aspectos de la política social en el Estado Nacionalsindicalista», *Ser. Revista Médico-Social*, 1 (1942), pp. 58-59.

⁴⁸ Arturo Álvarez Rosete, «'Elaborados con calma, ejecutados con prisa'. El avance de los seguros sociales y la evolución del Instituto Nacional de Previsión en España entre 1936 y 1950», en Santiago Castillo y Rafael Ruzafa (eds.), *La previsión social en la Historia. Actas del VI Congreso de Historia Social de España*. Vitoria, 3-5 de julio de 2008, Siglo XXI, Madrid, 2009, pp. 235-263.

⁴⁹ Nuevo Seguro Social, *Boletín del Instituto Nacional de Previsión*, 2, 12 (1942).

⁵⁰ Véase Josep M. Comelles, Enrique Perdiguer-Gil, Eduardo Bueno y Josep Barceló-Prats, «Por caminos y veredas: la práctica médica rural bajo el franquismo (1939-1979)», en José Martínez-Pérez y Enrique Perdiguer-Gil (eds.), *Genealogías de la reforma sanitaria en España*, Catarata, Madrid, 2020, pp. 63-124. Enrique Perdiguer Gil y Eduardo Bueno Vergara, «“Hay una diferencia entre la medicina social y la socializada”: las resistencias de los médicos españoles a la colectivización de la asistencia sanitaria y la ampliación de la cobertura sanitaria (1944-1963)», en Damián A. González Madrid y Manuel Ortiz Heras (eds.), *El estado del bienestar: entre el franquismo y la transición*, Sílex, Madrid, 2020, pp. 95-124.

Así pues, habida cuenta, por un lado, de esas consultas apresuradas y despersonalizadas y, por otro, de la liberalidad en el suministro de medicamentos —no había restricciones para la prescripción y resultaban gratuitos para asegurados y beneficiarios, más allá de la cuota obligatoria detraída del salario de la persona asegurada—, los fármacos acabaron por convertirse en una parte fundamental de la relación entre quienes acudían al Seguro y los médicos. Esta situación provocó un creciente gasto farmacéutico para el SOE, que pronto trató de imponer medidas para contener el gasto. Entre otras, la creación de un tique moderador (no se implantó hasta 1967) o, ya en 1951, la aprobación del primer listado de fármacos (petitorio) que podían ser recetados por los médicos del SOE y, por tanto, obtenidos sin coste.⁵¹

Como ya hemos indicado, la circulación de productos vitaminados había ido creciendo desde la descripción de estas sustancias. En el *Índice alfabético de especialidades farmacéuticas*, publicado por el Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad en 1935 aparecían productos contra la anemia (tónicos y jarabes), productos con calcio, reconstituyentes y cientos de preparados que contenían vitaminas. Las especialidades farmacéuticas del tipo indicado que continuaron fabricándose tras la contienda pudieron ser recetadas libremente en primera instancia y serían parte importante del proceso de medicamentalización referido. Muchas fueron incluidas en los sucesivos petitorios —y así lo hacían constar los fabricantes en la publicidad dirigida a los prescriptores—, vigentes hasta 1967, si bien algunas voces abogaron por la inclusión de más especialidades, como las ricas en calcio o vitaminas.⁵²

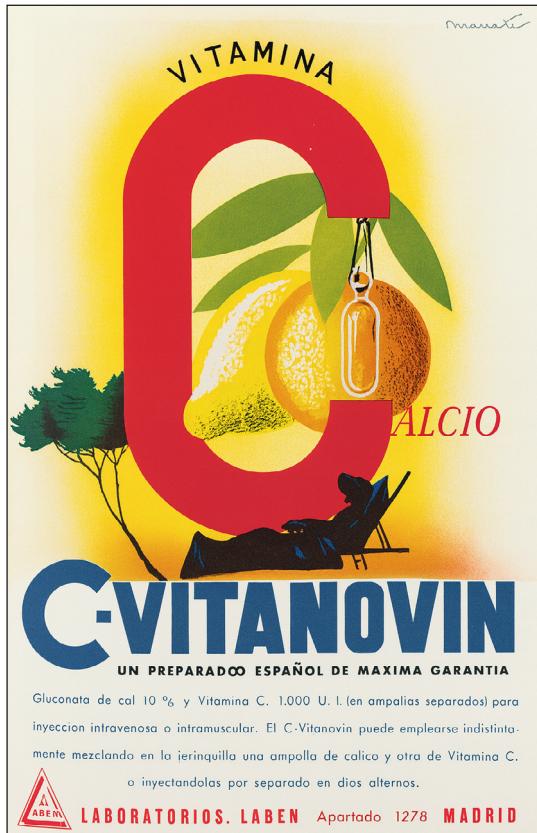
El cambio en la relación médico-paciente motivado por el protagonismo que pasó a ocupar la prescripción fue descrito con amargura por un buen número de facultativos que escribieron sus reflexiones en las revistas profesionales.⁵³ En realidad, estas quejas deben de interpretarse no tanto como una preocupación por allegar asistencia sanitaria de calidad a la población, sino como reacción, con frecuencia furibunda, al

⁵¹ «El Consejo General de Colegios Médicos ante el Seguro de Enfermedad», *Boletín del Consejo General de Colegios de Médicos*, 6, 1947, pp. 3-5. Gloria Redondo Rincón y Antonio González Bueno, «La implantación de la prestación farmacéutica en el Seguro Obligatorio de Enfermedad (1944-1955)», *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*, 4 (2013), pp. 658-688. El 29 de noviembre de 1951 se aprobó el primer *Petitorio...* de medicamentos y productos farmacéuticos que podrían recetarse a los beneficiarios del seguro de enfermedad; el documento serviría de base para la suscripción de conciertos entre la Jefatura Nacional del SOE y los laboratorios farmacéuticos. Sin embargo, ante la impopularidad de la medida, los responsables del Ministerio de Trabajo retrasaron su implantación hasta el 1 de enero de 1954.

⁵² José María Coderque Bielsa, «Algunas aportaciones al Petitorio de especialidades Farmacéuticas del Seguro Obligatorio de Enfermedad», *Hoja Informativa del Colegio Oficial de Médicos de Teruel*, 18 (1954), pp. 1-4.

⁵³ J. Lanzas Orellana, «Comentarios sobre la práctica médica en el Seguro de Enfermedad», *Profesión Médica*, 29, 10 de marzo (1945); Luis García Guerras, «El Seguro Social de Enfermedad y las recetas de complacencia», *Profesión Médica*, 64 (1946), 2; Vicente Barberá Armelles, «Perspectiva del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Lo que no puede ser.- Lo que no debe ser.- Lo que no será», *Boletín del Consejo General de Colegios de Médicos*, 2 (1948), 39-40.

desmoronamiento de una práctica médica idealizada —la llamada práctica libre— que chocaba con la burocratizada organización del trabajo asistencial que trajo consigo el Seguro.⁵⁴ Es preciso considerar que la implantación y funcionamiento del SOE supuso que, parte de los asegurados, tratasen de recuperar a través de las recetas la cuota obligatoria detraída de su salario. También puede tenerse en cuenta que los afiliados al SOE tuviesen el objetivo de compensar la baja calidad de la atención médica, convirtiendo al fármaco en uno de los ejes sobre los que pivotó la asistencia sanitaria que el franquismo ofrecía a través de su sistema asistencial.



Anuncio del preparado C-Vitanovin, publicado en el Boletín del Consejo General de Colegios de Médicos en su volumen de 1948.

⁵⁴ Josep M. Comelles et al., «Por caminos y veredas.» Los escritos de los médicos que figuran en la prensa profesional abordan las modificaciones acontecidas en la práctica médica desde el rechazo a la nueva realidad. Así, salvo honrosas excepciones, se emplean expresiones desdénosas como «desmedida glotonería de medicinarse, siempre insatisfecha en esta clase de clientela», Antonio Martín Borreguero, «Cien enemigos y... cincuenta duros menos (cuento de verdad)», *Boletín del Consejo General de Colegios de Médicos*, 53 (1951), pp. 53-55

Hay que señalar que no nos es posible asumir en el contexto de este artículo lo que ocurrió en otros ámbitos asistenciales, como las consultas privadas para personas pudientes, las mutualidades, las igualas o la beneficencia pública o privada. En algunos casos las fuentes son inexistentes, como es el caso de la medicina privada o las igualas. En el caso de las mutualidades o la beneficencia, ocuparnos de ellas supondría recurrir a fuentes muy variadas de las que no podemos ocuparnos aquí. Cabe plantear, aunque solo a modo de hipótesis, que la medicamentalización del hambre pudiera haberse manifestado también en alguno de estos contextos asistenciales.

En todo caso, hay que tener en cuenta que las razones que explican el incremento en el consumo de medicamentos son complejas y hunden sus raíces en procesos históricos de largo aliento como el descenso del umbral a partir del cual un padecimiento se empieza a considerar como enfermedad,⁵⁵ sujeta a la consideración de la medicina, o también a la disponibilidad de medicamentos a partir del desarrollo de una industria dedicada a su producción.

En el ámbito asistencial del SOE, no fueron pocos los testimonios que constataron, según el parecer de los médicos, una inmoderada demanda de fármacos por parte de los asegurados, una «manía medicamentera», como la definió un médico ejerciente en Rus (Jaén).⁵⁶

En un editorial del *Boletín del Consejo General de Colegios de Médicos*, en enero de 1947, se relacionaba la gran prodigalidad a la hora de recetar fármacos con un acuerdo tácito entre médico y paciente, así como con una falta de ilusión en la profesión derivada por las malas condiciones laborales y salariales existentes en ese momento:

[...] al no estar el médico suficientemente compensado en su trabajo; al no estar remunerado por sus desplazamientos; al no estar totalmente garantizado en su puesto, todo ello ha traído como consecuencia: una desilusión en su porvenir y una falta de ilusión en su cometido, y el nacimiento de un cierto egoísmo, de una cierta dejación de recetas, y a base de esta posible tolerancia de ampliación de ellas...⁵⁷

Sería muy útil para nuestro objetivo conocer qué especialidades farmacéuticas fueron las más demandadas, en el seno de la prodigalidad prescriptora de los inicios del Seguro, para demostrar fehacientemente la importancia de la probable medicamentalización del hambre. Sin embargo, hasta la fecha, y se ha intentado repetidamente por los historiadores del SOE, no se han hallado datos sobre cuáles eran los

⁵⁵ Peter Conrad y Joseph W. Schneider, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Mosby, Maryland Heights, Missouri, 1980.

⁵⁶ José Manual Penas Callejo, «Cultura médica», *Boletín del Consejo General de Colegios de Médicos*, 42 (1950), pp. 47-48.

⁵⁷ «El Consejo General de Colegios Médicos ante el Seguro de Enfermedad», *Boletín del Consejo General de Colegios de Médicos*, 6, 1947, pp. 3-5.

fármacos más recetados por los médicos durante los años del hambre. Estamos por tanto ante una hipótesis que no es posible comprobar. Por supuesto que los fármacos recetados serían de todo tipo, pero no es posible saberlo ante la ausencia de fuentes. No obstante, a partir de los testimonios de los propios médicos que pasaban consulta en el marco del SOE, y que lamentaron la irrupción de la «medicina socializada» y los cambios que esta ocasionó en la práctica médica, sí podemos vislumbrar, aunque sea de manera indirecta, qué fármacos eran demandados por los pacientes.⁵⁸

Por ejemplo, Fernando Díaz-Regañón, médico titular de Camarena (Toledo), quejoso por los «abusos» que los beneficiarios del Seguro realizaban sobre las prestaciones sanitarias, origen de la gran «prodigalidad y condescendencia» por parte de los facultativos en las prescripciones, afeaba «el empleo desmesurado de específicos, sobre todo los del tipo de tónicos o reconstituyentes, que las familias aseguradas pedían sin descanso».⁵⁹

Francisco Orgiler Pinilla, titular de Agost (Alicante), describía sarcásticamente la aparición de una enfermedad transmisible de gran contagiosidad que afectaba «exclusivamente y además con una gran virulencia a todos los asegurados y beneficiarios del Seguro». Se refería, claro está, a las demandas de fármacos, injustificables según su criterio médico, por parte de los pacientes protegidos por el SOE. Sin abandonar el mismo tono, Orgiler apuntaba cuál era la terapéutica para esa enfermedad: «todos sabemos que es a base de calcio, hígado, vitaminas y otros tónicos, bien por vía oral o parenteral», aunque, según el propio médico, la curación definitiva sólo llegaba cuando el afectado causaba baja en el Seguro.⁶⁰

Poco tiempo después, Pablo Zamarro Alonso, ejerciente en Boal (Oviedo), describía los comportamientos de la población en relación con la enfermedad, remedando unos diálogos en los que personas cercanas al paciente asegurado, interactuaban con este y sugerían que trasladase al médico unas directrices concretas:

‘Ese calcio que te recetaron no es el mejor, ¿por qué no le pides el calcio X’. Entre señoras, en el mismo consultorio: ‘A mi niño le *sentaron*⁶¹ muy bien *esas vitaminas que vienen en una ampolla sola, por qué no se las piden ustedes al médico para sus chicos?*’ Otras veces: ‘Te veo más delgado, ¿por qué no le pides al médico que te recete el tónico Z? Para eso pagas el Seguro...’.⁶²

⁵⁸ Enrique Perdiguer Gil y Eduardo Bueno Vergara, «‘Hay una diferencia entre».

⁵⁹ Fernando Díaz Regañón, «Imperfecciones y abusos en el Seguro de Enfermedad», *Boletín del Consejo General de Colegios de Médicos*, 14 (1947), pp. 41-42.

⁶⁰ Francisco Orgiler Pinilla, «En broma y en serio», *Boletín del Consejo General de Colegios de Médicos*, 25 (1948), pp. 46-47. Cuando un asegurado dejaba de cotizar el equivalente a trece semanas de trabajo en el año previo al inicio de una enfermedad, perdía el derecho a cobertura del Seguro.

⁶¹ La cursiva en el original.

⁶² Pablo Zamarro Alonso, «Aficionados, intrusistas y curanderos», *Boletín del Consejo General de Colegios de Médicos*, 32 (1949), pp. 49-50. El «pasopagismo» es un elemento recurrente en las quejas de los galenos frente al nuevo esquema asistencial.

Los ejemplos aducidos no son ni mucho menos excepcionales, abundan en las fuentes consultadas. Otro médico, Antonio Soroa y Pineda, a propósito de una posible puesta en marcha de un método para controlar el gasto farmacéutico, se refería a «los llamados tónicos y reconstituyentes –panaceas que todos los asegurados reclaman sin cesar para llevarse algún frasquito o cajita».⁶³

Otra de las instituciones del régimen franquista que desempeñó un papel importante en el suministro de medicamentos a la población fue la Sección Femenina de Falange. El cuerpo de divulgadoras rurales, ejercieron actividades de carácter sociosanitario: visitas domiciliarias a enfermos, fomento de la asistencia a las consultas médicas e ingreso en centros hospitalarios o sanatorios, ayuda en la búsqueda de trabajo, información acerca de los subsidios a trabajadores, recogidas de fondos para comprar alimentos o medicamentos para su posterior distribución, conseguir donativos de particulares, aplicar tratamientos, exámenes diagnósticos de rayos X o de análisis químicos, vacunaciones, curas, o inyecciones, entregar ayudas materiales o participar en campañas sanitarias.⁶⁴

En relación con el objeto de estudio de presente trabajo, nos interesa la distribución de fármacos que llevaban a cabo divulgadoras entre personas enfermas a quienes se les había recetado y que no podían hacer frente al gasto. Como ya hemos indicado, hasta el desarrollo de la Seguridad Social, la cobertura del Seguro para los trabajadores agropecuarios fue muy reducida y, en muchos casos, las familias que no se hallaban bajo su amparo, solían tener serias dificultades para costear el precio de los medicamentos. Los repartos que realizaban las divulgadoras, así como otras actividades que llevaban a cabo, quedaban reflejadas en los estadíos mensuales que se remitían a la Jefa Provincial y que servían como memoria del trabajo desempeñado. A partir del análisis de esta fuente, consultada para las provincias de Alicante y Barcelona, es posible conocer el nombre de los medicamentos que distribuían.

Sin ánimo de ser exhaustivos, entre los que más se repiten destacan: Hepatrat, Hepamade, Jarabe Marino, Glefina, Gluconato cálcico, Tetracal, Redoxón,

⁶³ Antonio Soroa Pineda, «Los ‘envases clínicos’», *Boletín del Consejo General de Colegios de Médicos*, 70 (1953).

⁶⁴ Heliodoro Manuel Pérez Moreno, «La asistencia sanitaria como función circumformativa de la Cátedra Ambulante de Huelva (1956-1977)», *Cuestiones Pedagógicas*, 21 (2011/2012), pp. 197-228; Alberto González García, «La Sección Femenina y las campañas de vacunación obligatoria contra la difteria en España en las páginas de La Vanguardia (1940-1955)», *Vínculos de Historia. Revista del Departamento de Historia de la Universidad de Castilla-La Mancha*, 5 (2016), pp. 309-329; José Manuel Maceiras-Chans, María Eugenia Galiana-Sánchez y Josep Bernabeu-Mestre, «La Sección Femenina en las campañas de vacunación del primer franquismo: el caso de la provincia de Valencia (1941-1958)», *RECIEN*, 13 (2017), pp. 5-23; Heliodoro Manuel Pérez Moreno, Francisca M.ª García Padilla, Juan D. Gonzalez-Sanz y Cristina Teresa-Morales, «La Educación para la Salud de la Cátedra Ambulante de Huelva (1956-1977)», *Social and Education History*, 12, 2 (2023), pp.

Vitacarotene, Legarmin A-D, Beverva, o Pelargón.⁶⁵ En definitiva, complementos alimenticios a partir de extracto de hígado, calcio, vitaminas o fórmulas sustitutivas de la lactancia materna. Además, también se distribuían antibióticos y materiales básicos para curas como algodón o alcohol.

Explícitamente, la idea del hambre como factor a tener en cuenta en el fenómeno de la expedición de recetas solo aparece en el editorial de enero de 1947, al que nos hemos referido con anterioridad, en relación con el gasto farmacéutico. No obstante, no se trata de un comentario realizado a modo de denuncia, ni mucho menos, habida cuenta que el régimen siempre procuró ocultar la cruda realidad social y económica que se vivía en el país, otorgando al asunto una perspectiva global que desdibujaba cualquier atisbo de reflexión crítica:

Coadyuva también, favoreciendo esta actitud [la prodigalidad recetando y el elevado gasto farmacéutico] la actual crisis mundial alimenticia, y como consecuencia de ella la creencia equivocada por parte de la masa de los asegurados de que los alimentos pueden ser sustituidos por determinados medicamentos (calcios, vitaminas, extractos hepáticos, etc.). Equivocación notoria en lo referente a nuestro país, ya que en él el problema de la alimentación no es, si existe, un problema de adquisición de principios activos, sino un problema exclusivo del número de calorías.⁶⁶

Las referencias a la demanda por parte de los asegurados de tónicos y reconstituyentes se perpetuaron en el tiempo, cuando ya no podemos enmarcarla en el contexto de la medicamentalización del hambre. Sin embargo, permiten ilustrar como los cambios en la relación médico-enfermo y la importancia de las demandas de las prescripciones de ciertos productos fueron duraderos. En una crónica sobre la vida obrera de finales de los sesenta se hacía referencia explícita, en un tono humorístico y muy crítico con el aparato asistencial franquista, al papel que continuaban ejerciendo las recetas de productos vitaminados.⁶⁷ En fechas similares, los datos recogidos en el *Boletín* sobre el gasto farmacéutico derivado de las prestaciones del Seguro mostraban que los compuestos de vitaminas eran el segundo grupo de fármacos más gravoso, sólo por detrás de los antibióticos.⁶⁸

⁶⁵ Archivo General de la Administración, Sección Femenina, 51-10441. Sobre las fórmulas infantiles véase: Josep Boatella y Ricard Bou, «Las leches infantiles durante el periodo 1955-1975 en España: años de transición e innovaciones», *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 16, 1 (2012), pp. 36-41; Josep Boatella, «Las harinas lacteadas en España (I): 1865-1965», *ibid.* 17, 4 (2013), pp. 172-178.

⁶⁶ «El Consejo General de Colegios Médicos ante el Seguro de Enfermedad», *Boletín del Consejo General de Colegios de Médicos*, 6 (1947), pp. 3-5.

⁶⁷ Francisco Candel, «El llevado y traído Seguro de Enfermedad», en *Ser obrero no es ninguna ganga*, Ariel, Barcelona, 1968, pp. 160-179. Esta obra fue censurada y no pudo circular hasta el año 1976, publicada por la editorial Laia.

⁶⁸ José Ramón Reparaz, «Cifras de gastos y honorarios», *Boletín del Consejo General de Colegios de Médicos*, 51 (1969), pp. 7-8. En concreto, los antibióticos suponían el 28 % del gasto total en prestaciones, mientras que las vitaminas representaban un 9%. Por detrás quedaban los fármacos

Mucho más tarde, ya en la Transición democrática, un estudio sociológico sobre la asistencia médica rural, publicado en 1979, mostraba que el 92,3 % de las personas que acudía a la consulta médica salía de la misma con una media de 2,42 especialidades farmacéuticas.⁶⁹ Por tanto, durante las más de tres décadas de desarrollo del dispositivo asistencial franquista, el acto médico y el fármaco se habían convertido en un binomio indisoluble.

REFLEXIONES FINALES

A lo largo de este estudio hemos tratado de ejemplificar cómo operaron en la posguerra española los procesos de medicalización y medicamentalización del hambre. Estos procesos fueron clave tanto para intentar invisibilizar una realidad que desafiaba abiertamente la propaganda oficial del régimen, como para transformar una problemática social en una cuestión biomédica y asistencial, despolitizando y simplificando el contexto que generó la hambruna y las formas de afrontarla.

Además del intento de invisibilización, el empleo del término *inedia crónica*, con evidentes connotaciones morales, facilitó la desconexión entre las manifestaciones más graves de la subalimentación y sus condicionantes sociales y políticos. Los trabajos del grupo de Enríquez Salamanca no ofrecieron la información epidemiológica mínima que permitiera contextualizar el problema desde el punto de vista poblacional, contrastando con el trabajo realizado por investigadores en otros países en contextos similares. Asimismo, la *inedia* proporciona un ejemplo de cómo los planteamientos católicos integristas operaron en la construcción del conocimiento médico. El término *inedia* llevaba connotaciones religiosas, incluyendo implícitamente una dimensión moral o espiritual de expiación al periodo posterior a la victoria del ejército franquista.

Por su parte, la implantación del SOE y su prodigalidad prescriptora contribuyeron a una medicamentalización del hambre. Como hemos visto, gran cantidad de médicos del Seguro afirmaban que las consultas se habían llenado de pacientes que demandaban constantemente fármacos, para ellos y sus allegados. Parte de estos relatos partían del rechazo de una buena parte de los médicos titulares, prácticamente los únicos disponibles en el ámbito rural, al sistema de aseguramiento que desplegó el Ministerio de Trabajo, controlado por Falange. Sin embargo, esta «manía medicamentera», más allá de un potencial capricho, tal y como era considerado con frecuencia por parte de los prescriptores, o como medio para compensar el pago obligatorio de una cuota, nos remite a la posibilidad de que el hambre y sus carencias, tratasen de ser combatidas con los complementos alimenticios, los tónicos, las vitaminas o el calcio.

identificados como hormonas (7%), sulfamidas no incluidas en la categoría de antibióticos (3,2%) y, sin especificar el porcentaje del gasto figuraban a continuación analgésicos, medicamentos para enfermedades cardiovasculares, antirreumáticos, antianémicos y tratamientos dermatológicos.

⁶⁹ Federico Mayor Domingo (ed.), *La asistencia sanitaria en las zonas rurales*, Centro de Estudios de Asistencia Sanitaria, Madrid, 1979.

Sin obviar otros motivos que necesariamente ejercieron una influencia decisiva en las demandas sanitarias de la población y su relación con el Seguro, la desnutrición y la escasez, o al menos su recuerdo, moldeó la relación médico-paciente. El eje de esta relación pasó a ser la receta, algo que tuvo efectos duraderos en la práctica de la medicina general del sistema sanitario público durante décadas. Productos vitaminados, jarabes, tónicos, calcio..., bebidos o inyectados, ya existentes antes de la implantación del Seguro, estuvieron disponibles gratuitamente, mediante prescripción, para capas de trabajadores al inicio de bajos ingresos, fundamentalmente urbanos. No podían sustituir a los alimentos, pero, probablemente, fueron vistos como un modo de contrarrestar los efectos del reducido aporte de nutrientes. En el campo, donde las penurias fueron muy acusadas, las prestaciones farmacéuticas no llegaron hasta los sesenta, y con límites. La equiparación total no se produjo hasta mediados de los setenta.

Medicalización y medicamentalización del hambre en la posguerra española

The medicalisation and pharmaceuticalisation of hunger in post-war Spain

ALFREDO MENÉNDEZ NAVARRO

Universidad de Granada

ENRIQUE PERDIGUERO GIL

Universidad Miguel Hernández de Elche

EDUARDO BUENO VERGARA

Universidad Miguel Hernández de Elche

e Instituto Interuniversitario López Piñero

RESUMEN

La reciente historiografía sobre el hambre en la posguerra española ha destacado su empleo como forma de represión política y legitimación del régimen. El objetivo de este trabajo es estudiar los procesos de medicalización y medicamentalización del hambre en dicho periodo. Para ello, analizamos la producción médica sobre el hambre del grupo de trabajo de Enríquez Salamanca y exploramos el papel de las prestaciones farmacéuticas del Seguro Obligatorio de Enfermedad para suplir las carencias alimenticias en tiempos de escasez. Ambos procesos contribuyeron a invisibilizar el hambre y sus determinantes sociales y políticos, transformándolos en una cuestión biomédica y asistencial.

PALABRAS CLAVE

Hambre, Posguerra Española, Franquismo, Medicalización, medicamentalización.

ABSTRACT

The medicalisation and pharmaceuticalisation of hunger in post-war Spain

Recent historiography of hunger in post-war Spain has emphasised its use as a form of political repression and regime legitimisation. The aim of this work is to examine the processes of medicalisation and pharmaceuticalisation of hunger in this period. We analyse the medical literature on hunger produced by the working group led by Enríquez Salamanca, and we examine the role of pharmaceutical benefits provided by the National Health Insurance system to compensate for nutritional deficiencies in times of scarcity. Both processes contributed to making hunger and its social and political determinants invisible, transforming them into a biomedical and healthcare issue.

KEYWORDS

Hunger, Post-war Spain, Francoism, Medicalisation, Pharmaceuticalisation.

ALFREDO MENÉNDEZ-NAVARRO

Catedrático de Historia de la Ciencia en la Universidad de Granada. Su investigación está orientada de la historia de la salud pública, en especial de la salud laboral, en el que ha explorado las formas de concebir y enfrentar los riesgos de la sílice cristalina respirable y del amianto en la España contemporánea. Asimismo, ha prestado atención a la historia de las campañas sanitarias y la asistencia médica en el franquismo, explorando el papel jugado por el Noticiario Cinematográfico Español NO-DO en la extensión del modelo asistencial hospitalocéntrico y tecnificado de nuestros días.

ORCID: 0000-0002-1113-6814

ENRIQUE PERDIGUERO-GIL

Catedrático de Historia de la Ciencia en la Universidad Miguel Hernández de Elche. Su investigación está orientada de la historia de la salud pública, en especial de la salud laboral, en el que ha explorado las formas de concebir y enfrentar los riesgos de la sílice cristalina respirable y del amianto en la España contemporánea. Asimismo, ha prestado atención a la historia de las campañas sanitarias y la asistencia médica en el franquismo, explorando el papel jugado por el Noticiario Cinematográfico Español NO-DO en la extensión del modelo asistencial hospitalocéntrico y tecnificado de nuestros días.

ORCID: 0000-0002-1113-6814

EDUARDO BUENO VERGARA

Profesor Contratado Doctor de Historia de la Ciencia en la Universidad Miguel Hernández de Elche e Investigador en el Instituto Interuniversitario López Piñero. Licenciado y doctor en Historia, especializado en el estudio de la salud y la enfermedad en regímenes dictatoriales. Su investigación se ha centrado en el desarrollo del sistema sanitario bajo el franquismo y, más recientemente, en la historia del cáncer durante las dictaduras de Primo de Rivera y Franco. Su trabajo aborda nuevas perspectivas sobre las relaciones entre ciencia, salud, enfermedad y poder en el siglo xx.

ORCID: 0000-0001-7185-6162

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Alfredo Menéndez Navarro, Enrique Perdiguero Gil y Eduardo Bueno Vergara, «Medicación y medicamentación del hambre en la posguerra española», *Historia Social*, núm. 114 (2026), pp. 131-155.

DOI: 10.70794/hs.113487