

LA TRANSICIÓN SANITARIA Y LA TRANSFORMACIÓN DE LAS INSTITUCIONES EN LA CIUDAD DE VALENCIA

Jorge Navarro Pérez

Servei Valencià de Salut

Palabras clave: transición sanitaria, instituciones sanitarias, Valencia, Restauración (1874-1923).

Health transition and institutional transformation in the city of Valencia

Summary: At the height of the Restoration, a modernizing process characterized by deep sociopolitical, economic, demographic and health transformations took place in Spain. It was a sanitary transition defined by the modifications of morbid mortality patterns that had characterized the population in the ancien régime. From a precise knowledge of the institutions that took part in the modifications of the population's sanitary conditions, this research aims to examine in depth the reform produced in the local sanitary administrations and the process of institutional municipalization of health. This process had in some cities among them Valencia the true focuses of the sanitary reform of the country.

Key words: *Health transition, Sanitary institutions, Valencia, Restoration (1874-1923).*

Constituidas las grandes líneas que caracterizan la inserción del saber médico dentro de la sociedad española contemporánea, durante la Restauración (1874-1923) simplemente se desarrollaron los elementos allí existentes a lo largo de las nuevas circunstancias. Consolidadas las primeras instituciones y revistas médicas españolas en las décadas centrales del siglo XIX, las generaciones de 1871 y de 1886, extraordinariamente fecundas, fueron las protagonistas iniciales de este nuevo período de casi medio siglo. El movimiento ideológico surgido en el 68 intentó en la Restauración crear sus propias instituciones científicas (Escuela Libre de Medicina, Institución Libre de Enseñanza,...), claramente enfrentadas con las oficiales. Además, la comunicación con Europa había mejorado considerablemente, logrando carta de naturaleza el viaje de estudios al extranjero para estudiar el funcionamiento de los grandes centros médicos de Francia, Alemania e Inglaterra y para convertirse en discípulos de sus más importantes figuras, creándose en 1907 la Junta de Ampliación de Estudios. En cuanto a disciplinas, este período se caracterizó por el impacto de la naciente bacteriología y la investigación micrográfica, su influjo en la higiene, y la cristalización definitiva de las especialidades clínicas. A lo largo de la Restauración la anormal inserción de las instituciones médicas dentro de la sociedad española, comenzó a dejar de depender del fruto exclusivo del esfuerzo personal de unos cuantos científicos.

En el primer tercio del siglo XX se produjo en España un proceso denominado de transición sanitaria que supuso el paso, ligado al crecimiento económico, de un modelo de sociedad tradicional o preindustrial a otro moderno o industrial y urbano, y que queda definido por un cambio en los patrones demográfico (descenso de la mortalidad, principalmente infantil, y de la fecundidad) y epidemiológico (las enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas desplazan a las enfermedades infecciosas y transmisibles como primera causa de morbilidad y mortalidad; la morbimortalidad se desplaza de los grupos de edad más jóvenes a los de edad más avanzada), así como por un cambio en la exposición a riesgos de salud ambientales y ocupacionales (paso de los riesgos «tradicionales» como el agua contaminada, la falta de higiene en los alimentos o el escaso saneamiento de las viviendas a los riesgos «modernos» como la contaminación urbana, el uso de pesticidas, el tabaco o los accidentes de tráfico) y la transformación de los servicios destinados a la salud pública (Caselli, 1991; Balaquer, 1992; Bernabeu, 1995; Robles, 1995).

Exceptuando el impacto de la gripe de 1918 y de la guerra (1936-1939) y la posguerra (1939-1942), con el nuevo siglo se inició un manifiesto descenso de la mortalidad, espectacular en la población infantil, muy superior a la de la natalidad, posibilitando el importante crecimiento de la población española; se inició la tendencia alcista de la esperanza de vida al nacer; descendió el grupo de población menor de 14 años y aumentó el de población mayor de 65; descendieron las enfermedades transmitidas por agua y alimentos (fiebre tifoidea, disentería bacilar, tracoma), zoonosis (carbunco, brucelosis, paludismo, fiebre recurrente, triquinosis) y aire (tuberculosis pulmonar, difteria, escarlatina, meningitis epidémica, parálisis infantil, varicela, sarampión, gripe), así como la mortalidad por las mismas (relevante en las enfermedades infecciosas, destacando en las propias de la infancia, y principalmente sarampión, difteria y viruela). Se inició asimismo un cambio en la distribución de la población activa por sectores de actividad, con una tendencia opuesta entre el sector primario (agricultura y pesca), que desciende, y el secundario (industria y construcción), que aumenta; y un aumento progresivo de la densidad de población, reflejo del crecimiento de la población, el desarrollo de las ciudades y el desplazamiento de la población desde las zonas rurales a las urbanas.

En síntesis, un proceso modernizador que comportó la modificación de los patrones de morbi-mortalidad que habían caracterizado las poblaciones del antiguo régimen, una transición caracterizada por el descenso y desaparición de las pandemias, el aumento de la esperanza de vida y un cambio de población en función de la mortalidad (consolidación de patrones más estables y predecibles) y la fecundidad; en definitiva, un cambio en los determinantes sociales, culturales y de comportamiento del estado de salud así como una transformación de la respuesta social y la modernización de los servicios públicos, mejorando su organización y tecnología.

La citada transición llevó implícito un profundo cambio en el seno de las instituciones sanitarias. Un proceso que se inició en las décadas finales del siglo XIX y que alcanzó una tendencia de estable consolidación entre 1910 y 1935. El presente trabajo quiere ahondar en el estudio de los aspectos que caracterizaron esta transición sanitaria desde el conocimiento de los órganos e instituciones responsables de la modificación de las condiciones de salud de la población, centrándose en la organización de la administración sanitaria periférica, y más concretamente en su municipalización (Bernabeu, Perdiguero, 1996) –puesto que surge un nuevo modelo de municipio canalizador de las competencias destinadas a intentar lograr unos mejores niveles de salud a las poblaciones–, partiendo para ello de los materiales relativos a la

ciudad de Valencia (Barona, Barea, 1996; Bernabeu, 1996; Canet, Martínez, Valor, 1996; Jordá, Bonilla, 1988; López, Navarro, 1994; Martínez, Barona, 1996; Navarro, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997; Ramos, Marset, 1977; Salavert, Navarro, 1992; Sorribes, 1988a, 1988b).

Con la *Ley de Sanidad* de 28 de noviembre de 1855 se inició la modernización de la organización sanitaria española, caracterizada por un proceso de centralización de todos los servicios en un único organismo, la Dirección General de Beneficencia y Sanidad, a la vez que se regularizaba el ejercicio profesional. La base de esta nueva organización institucional la conformaban las juntas de sanidad, municipales y provinciales, las primeras supeditadas a las segundas. La Constitución de 1869 y las leyes municipales de 28 de agosto de 1870 y de 2 de octubre de 1877 confirieron plena autonomía a los ayuntamientos en el gobierno de las instituciones y servicios sanitarios (Muñoz, 1975).

Creado este marco de autonomía sanitaria municipal fueron surgiendo en las principales capitales del país los primeros intentos de institucionalizar una moderna higiene municipal: Madrid en 1878, Valencia en 1881 y Barcelona en 1883 (Roca, 1991). Dicha modernización presuponía la rápida incorporación de los supuestos de la «medicina de laboratorio», transformándose en núcleo de las nuevas instituciones –los cuerpos de sanidad e higiene municipal– el establecimiento, entre 1889 (R.O. de 23 de octubre) y 1903, de laboratorios, primero químicos y más tarde bacteriológicos, finalmente refundidos en institutos de higiene (R.O. de 11 de octubre de 1909).

Este proceso de modernización de las instituciones sanitarias iniciado en 1855 culminó con la *Instrucción general de sanidad pública* de 1904 (R.D. de 12 de enero), tras aparecer un Real Decreto de 15 de enero de 1903 por el cual todas las capitales de provincia debían dotarse de un laboratorio de higiene y un instituto de vacunación, coordinados con el Instituto de sueroterapia, vacunación y bacteriología de Alfonso XIII, creado en 1889. La instrucción recogía en sus preceptos muchas ideas y prácticas en vigor en Francia e Italia, y muy especialmente la organización en tres niveles: consultivo, ejecutivo y técnico (Rodríguez, 1987, 1994; Rodríguez, Molero, 1993; Murillo, 1994).

El principio de autonomía municipal fue limitándose progresivamente, en aras de una creciente tutela del estado hacia las corporaciones locales, manifiesta en la creación de unidades de intervención centralizada o de servicios técnicos de dependencia mixta, como sería el caso de los institutos provinciales de higiene, financiados por la mancomunidad de municipios y con una dependencia administrativa y financiera de diputaciones y técnica de las inspecciones de sanidad. La aprobación en 1925 de los reglamentos provincial y municipal de sanidad dejó zanjada la mencionada restricción del principio autonómico en que se fundaba la reforma municipal, permitiendo la transferencia de actividades sanitarias, normalmente adscritas al nivel local, hacia los Institutos provinciales de higiene, vertebración técnica de la higiene pública. Dichos institutos debían contar como mínimo con tres secciones: epidemiología y desinfección, análisis, y vacunaciones.

El Reglamento de Sanidad Municipal de 9 de febrero de 1925, desarrollando lo ya dispuesto en el Estatuto Municipal de 8 de marzo de 1924, mantuvo una estructura similar a la de la instrucción de 1904 (obligaciones mínimas y especiales en municipios pequeños y populosos), exigiéndose los laboratorios municipales en poblaciones con más de 10000 habitantes, en coordinación con los institutos provinciales de higiene, brigadas provinciales sanitarias e Instituto Nacional de Higiene.

Durante estos años se produjo en general no solo una concreción cada vez más rigurosa de los servicios higiénico-sanitarios a municipalizar sino que además éstos fueron cada vez más quedando supeditados a un creciente y poderoso control provincial, apareciendo el primer *Reglamento de sanidad provincial* en marzo de 1926, refundiéndose en uno (instituto de higiene) todos los organismos sanitarios provinciales (institutos de higiene, brigadas sanitarias, creadas en 1921 y laboratorios provinciales). Quedaban como competencias específicamente provinciales todas las propiamente bacteriológicas, incluida la obtención de sueros y vacunas.

Vemos, pues, que en la institucionalización que de la sanidad pública se produce en España durante la Restauración existe un núcleo vertebrador definido por la reforma municipal, frente a la existencia previa de meros órganos consultivos (las juntas de sanidad) o al posterior desarrollo y potenciación de organismos provinciales.

La etapa de las juntas de sanidad como organismos meramente consultivos va desde la ley de sanidad de 1855 hasta la ley municipal de 1870. En estos años la sanidad tuvo como foco de origen casi exclusivo a las facultades de medicina, que prestaron sus profesionales como consultores en problemas relativos a la higiene pública, principalmente epidemias. Podemos definir como puntos de inflexión la configuración en los años 60 y 70 de grupos procedentes de dichas facultades agrupándose en torno a nuevas instituciones médicas, no universitarias, que posibilitaron un mayor frente de actuación.

Son las denominadas «generaciones intermedias» del siglo XIX las que protagonizaron en la España segada por el absolutismo la recuperación científica de la medicina. Desde la propia universidad y desde instituciones libres de enseñanza (institutos, academias, ...), estos grupos de avanzados ahondaron no solo en los terrenos de la propia clínica sino en las nuevas disciplinas de la estadística y de la higiene. Si inicialmente fueron las epidemias, y más concretamente la del cólera, tema fundamental de su investigación, pronto una clara conciencia del entorno empujó ésta hacia los ámbitos de la higiene pública y urbana.

Si tomamos como ejemplo la ciudad de Valencia, donde la autonomía municipal sanitaria obtuvo cotas muy importantes, observamos como en torno a 1870 figuras preeminentes de la Facultad de Medicina conforman en el seno del Instituto Médico Valenciano diferentes comisiones dirigidas al estudio de la salud pública. Catedráticos de clínica, miembros de las juntas de sanidad y del Instituto Médico Valenciano, como Joaquín Casañ Rigla y Juan Bautista Peset y Vidal, pertenecientes a esas «generaciones intermedias», realizaron importantes contribuciones al estudio sociosanitario de las epidemias coléricas o al de la topografía médica.

En torno a 1880 surgieron los primeros cuerpos municipales de sanidad en las principales capitales españolas. Los mismos miembros universitarios que conformaban las juntas de sanidad convencieron a los ayuntamientos para que organizaran unos servicios sanitarios que dieran la respuesta adecuada en caso de necesidad. La idea de crear una institución adecuada para afrontar los problemas relativos a la higiene pública, derivó en el proyecto de institucionalización municipal de la higiene como conjunto de servicios sanitarios básicos destinados a la ciudad, inicialmente las casas de socorro, y más tarde los laboratorios. Posteriormente, se alcanzaría una formulación integradora caracterizada por la constitución de un cuerpo organizado. En dicha evolución, los primeros servicios destinados a la asistencia médico-quirúrgica de accidentados y menesterosos, según los supuestos tradicionales de lo que debe constituir la beneficencia pública, se transformaron, por influencia expresa de la naciente «medicina de laboratorio», en servicios dirigidos a la higiene y la salubridad.

Siguiendo con el ejemplo de Valencia, en 1872 el Instituto Médico Valenciano consiguió que la Corporación Municipal aceptase destinar unos locales como primeras casas de socorro para la Feria de Julio de 1875, haciéndose cargo el Instituto tanto del material como del personal facultativo necesarios. En los años siguientes, surgieron nuevas casas de socorro, primero con servicios nocturnos y, finalmente, en 1878, con carácter permanente.

Este primer proyecto de servicios municipales de sanidad reposaría sobre un triple eje: 1) su doble destino a la higiene y saneamiento de la ciudad y a la asistencia de los más necesitados, 2) la organización de un cuerpo facultativo (y no meramente consultivo), y 3) la ordenación territorial en torno a distritos sanitarios.

Si volvemos a Valencia, observamos como desde el seno del Instituto Médico valenciano surgieron diferentes propuestas de reglamentación de unos hipotéticos servicios higiénico-sanitarios municipales: «Reglamento para la asistencia facultativa de los enfermos pobres» (1873), «Cuerpo Municipal de Higiene y Salubridad» (1881), «Servicios de Sanidad Municipal en Valencia» (1881) o «Higiene y salubridad municipal» (1882). Todo ello generó un propicio ambiente de comprensión por parte de la Corporación Municipal que, en 1882, se decidiría a crear su propio cuerpo de higiene municipal, pesando de forma clara la figura de Constantino Gómez Reig, catedrático de higiene pública y miembro de la generación de 1871, autor de un «Proyecto de Organización del Cuerpo de Higiene y Salubridad» y de un «Reglamento de Higiene y Salubridad Municipal» (1882), y primer «inspector general de higiene» y «jefe superior del cuerpo municipal de higiene y salubridad pública de Valencia».

Desde su creación, el Cuerpo municipal de sanidad se fue nutriendo de diversas figuras procedentes de la universidad, como Vicente Peset Cervera o Gómez Ferrer, miembros de la generación de 1886, si bien se fue creando una plantilla permanente de «higienistas» que terminaría desvinculando la institución municipal de la universitaria.

Tres fueron las áreas de servicios diseñadas como objetivos a acometer por esta nueva institución: 1) Las casas de socorro: cuidados primeros o urgentes en el domicilio del menesteroso hasta que sea trasladado al hospital, reconocimientos periciales y servicios médicos extraordinarios; 2) El estudio de las causas, desarrollo, marcha, gravedad y efectos de las epidemias y epidemias: inspección minuciosa y científica de los establecimientos públicos, de los industriales, de la habitación privada de aire, del suelo, de las aguas, de los alimentos de todos los medios en fin, que sean de desarrollar retener o propagar las causas morbosas; y medios profilácticos de las enfermedades, en particular las contagiosas y las llamadas evitables y entre ellas la vacunación y la revacunación y la llamada inspección escolar; 3) La estadística demográfico-médica. Pieza clave de su consolidación fue la creación de una revista propia, hecho que no fue posible hasta 1905, tras producirse una coyuntura política peculiarmente propicia: la hegemonía municipal del republicanismo blasquista.

En 1894, se aprobó la instalación de un Laboratorio Bacteriológico municipal, bajo la dirección de José Pérez Fuster, joven miembro de la generación de 1886. En torno al mismo, dirigió sus pasos el naciente cuerpo de higienistas plenamente imbuido por la «medicina de laboratorio», reorganizándose todos los servicios propios de la salud pública (laboratorios, servicios veterinarios, ...) en 1911 en torno a un ambicioso Instituto Municipal de Higiene. Primera aportación científica de relieve fue el estudio en París por Pérez Fuster de la vacuna antidiftérica descubierta por Roux, siendo Valencia la primera corporación municipal en administrarla, gratuitamente, a la población, adelantándose en unos meses a la R.O. de 2 de marzo de 1895 que autorizaba la instalación de los llamados «laboratorios del suero antidiftérico».

Durante las primeras décadas del siglo XX fue completada la modernización de la higiene pública española iniciada durante los años centrales de la anterior centuria. Dos textos legales resultaron decisivos: la *Instrucción general de sanidad pública*, aprobada por R.D. de 12 de enero de 1904, y el *Reglamento de Sanidad Municipal*, de 9 de febrero de 1925 (que recibió fuerza de Ley por la de 15 de septiembre de 1931).

La higiene municipal quedaba estructurada en unas obligaciones mínimas de todos los ayuntamientos (higiene de vías públicas, aguas potables y residuales, viviendas, cementerios, mataderos, policía sanitaria, higiene escolar, prevención del paludismo, precauciones ante enfermedades infectocontagiosas, inspección de establecimientos e industrias en general y de alimentos, higiene de espectáculos y hostelería, vacunación y revacunación contra la viruela, higiene de establecimientos sanitarios, y asistencia domiciliaria de pobres con especial atención materno-infantil), otras exigibles a municipios de más de 15000 habitantes (sistemas modernos de depuración y eliminación de excretas, padrón sanitario, servicio de potabilidad química y bacteriológica de aguas, servicios de desinfección), y unas últimas estipuladas a municipios de más de 30000 habitantes (laboratorio municipal, estaciones de desinfección, dispensarios antituberculosos y casas de socorro).

El reglamento de 1925 mantuvo una estructura similar a la de la instrucción (obligaciones mínimas y especiales en municipios pequeños y populosos), exigiéndose los laboratorios municipales en poblaciones con más de 10000 habitantes, en coordinación con los institutos provinciales de higiene, brigadas provinciales sanitarias e Instituto Nacional de Higiene.

Durante estos años se produjo en general no solo una concreción cada vez más rigurosa de los servicios higiénico-sanitarios a municipalizar sino que además éstos cada vez más fueron quedando supeditados a un creciente control provincial, apareciendo el primer *Reglamento de sanidad provincial* en marzo de 1926, refundiéndose en uno (instituto de higiene) todos los organismos sanitarios provinciales (institutos de higiene, brigadas sanitarias, creadas en 1921 y laboratorios provinciales). Quedaban como competencias específicamente provinciales todas las propiamente bacteriológicas, incluida la obtención de sueros y vacunas.

El Cuerpo Municipal de Higiene de Valencia pudo consolidar la brillante evolución obtenida en sus dos primeras décadas al producirse entre 1898 y 1911 la hegemonía municipal de un grupo político, el partido republicano blasquista –cuyo fundador, Vicente Blasco Ibáñez, procedía del movimiento «regeneracionista» surgido tras la crisis de 1898–, que tuvo como objetivo programático fundamental la «revolución» municipal. La higiene municipal obtuvo el máximo esplendor de este periodo a partir de 1905, al responsabilizarse de la mismo el médico José Sanchis Bergón, otra figura clave de la generación médica de 1886. Durante esta segunda etapa del periodo blasquista se produjo un importante desarrollo institucional: en 1905 se creó la primera publicación propia, el *Boletín Sanitario Municipal* (1905-1913), y se inició la incorporación de las distintas especialidades médico-quirúrgicas, en 1906 se creó el Premio Cajal bianual destinado a la promoción de estudios micrográficos y bacteriológicos en el Instituto Alfonso XIII, en 1908 se inició la redacción de un nuevo reglamento (finalizado en 1913), en 1909 se creó el servicio de higiene materno-infantil y en 1911 se fusionaron los distintos laboratorios en un Instituto Municipal de Higiene.

Desde el *Boletín*, no solo se publicaron diversos estudios sobre los principales problemas de la higiene urbana (alimentación, abastecimiento y depuración de aguas, y nuevas profilaxis seroterápicas) sino que se desarrolló de forma notable la herramienta básica de la

nueva salud pública, la estadística demográfico-sanitaria, y se divulgaron puntuales campañas de educación sanitaria, centradas fundamentalmente en la lucha contra el sarampión, la viruela, la difteria y la tuberculosis, principales causas de mortalidad infantil. Desaparecido el *Boletín Sanitario Municipal*, la labor estadística sanitaria continuó publicándose en el *Boletín Municipal de Estadística* (1915-1926) y la labor clínica en la revista *Policlínica* (1913-1934), fundada en su mayoría por miembros de la sanidad municipal.

Desde el Instituto Municipal de Higiene –organizado en cinco secciones: Investigaciones biológicas, dirigida por Juan Campos; Bacteriología, dirigida por Pablo Colvée Reig; Análisis de aguas, dirigida por Pedro Vicent; Seroterapia y vacunación, y Aplicación de sueros y vacunas, dirigidas por Ramón Gómez; el Laboratorio Químico, dedicado exclusivamente al análisis bromatológico, se mantendría independiente bajo la dirección de Rafael Colomina– se desarrollaron de modo sustancial dos líneas de investigación: el análisis bacteriológico de las aguas de la ciudad y la profilaxis seroterápica. De esta última labor destacaron el estudio y aplicación de las vacunas antirrábica (iniciada en 1910 bajo la dirección de Tomás Peset Aleixandre) y antitífica (iniciada en 1912 bajo la dirección de Pablo Colvée); la primera, propició una polémica pública entre Pérez Fuster y Ferrán respecto al secreto método «suprainensivo» del último; la segunda, contó con contribuciones de primera magnitud: Antonio Salvat Navarro, catedrático de Higiene y Bacteriología de la Facultad de Sevilla y becado por el Ayuntamiento de Valencia, experimentó en 1913 y por vez primera en España, en la población de Dos Aguas, la aplicación masiva de la vacunación antitífica, y Juan Peset Aleixandre, director del Instituto Municipal de Sevilla hasta 1916, año en que fue nombrado director del Instituto Provincial de Higiene de Valencia, llevó a cabo en dicho año una aplicación masiva en las poblaciones de Cheste y Torrente de su tifo-vacuna etérea tipo Vincent.

Durante los lustros siguientes, el Cuerpo Municipal de Higiene realizó un nuevo desarrollo institucional: las especialidades médico-quirúrgicas incorporadas a partir de 1905 se fusionaron en 1917 en el Instituto Policlínico Municipal, y el servicio de higiene materno-infantil de La Gota de Leche creado en 1909 se transformó en 1927 en el Instituto Municipal de Puericultura; asimismo, se creó en 1930, a partir de la Sección de Cancerología del Instituto Médico Valenciano (1926), el Instituto Municipal de Oncología, institución ésta que, bajo la dirección de Salvador Monmeneu Jorro, desplegó una importante labor social e investigadora, de la que es testimonio la serie de estudios titulada *Trabajos de divulgación del Instituto de Oncología* (1934-1945).

Sin olvidar la elaboración en 1920 de un nuevo proyecto de saneamiento de la ciudad que retomaba y actualizaba los planes urbanísticos y sanitarios de comienzos de siglo.

Además, en 1931 editaría un avanzado y modélico *Reglamento General del Cuerpo Municipal de Beneficencia y Sanidad e Higiene Social de Valencia*, cristalización final de medio siglo de aspiraciones y esfuerzos por definir una moderna higiene pública y social para Valencia. Junto a los servicios asistenciales (Casas de Socorro e Institutos Policlínico, de Puericultura y de Oncología), se definen las funciones del Instituto de Higiene –1) estudios higiénico-sanitarios; 2) legislación; 3) informes técnicos; 4) análisis de laboratorio; 5) obtención de sueros y vacunas; 6) desinfección, desinsectación y desrattización; 7) control de alimentos; 9) servicio hospitalario de infecciosos, lazaretos y baños públicos; 10) divulgación de preceptos higiénicos y publicación de un boletín, y enseñanza teórica y práctica a médicos, farmacéuticos y profesores de veterinaria, alumnos y subalternos sanitarios– y se trazan las bases para el desarrollo de las funciones propias de la higiene social (higiene escolar, mater-

no-infantil, laboral, sexual y familiar, y lucha contra las denominadas enfermedades sociales: tuberculosis, venéreas, alcoholismo, pludismo y tracoma).

No obstante, pese al alto desarrollo logrado por la institución municipal, por otra parte difícil de sostener económicamente, la higiene provincial, impulsada por el reglamento de 1925 fue absorbiendo competencias y personal municipales. En Valencia, ese mismo año se iniciaría la publicación del *Boletín del Instituto Municipal de Higiene de la Provincia de Valencia*, y en 1932 Tomás Peset Aleixandre, veterinario municipal, sería nombrado inspector provincial de sanidad y director del Instituto Provincial de Higiene de Valencia.

Bibliografía

- BALAGUER PERIGÜELL, E. et al. (1992), «La transición sanitaria española durante el periodo 1879/1919». En: LIVI BACCI, M., *Modelos regionales de transición demográfica en España y Portugal*, Alacant, J. Gil-Albert/Seminari d'Estudis sobre Població Valenciana, 137-156.
- BARONA, J.L.; BAREA, E. (1996), «Mort i malaltia a la ciutat de València (1901-1920)». En: BARONA, J.L.; MICÓ, J. (eds.), *Salut i malaltia en els municipis valencians*, València, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Universitat de València, 225-237.
- BERNABEU MESTRE, J. (1995), *Enfermedad y población*, València, S.E. C.
- BERNABEU MESTRE, J. (1996), «La modernització demogràfica valenciana. Segles XIX-XX». En: AZAGRA, J.; MATEU, E.; VIDAL, X. (eds.), *De la sociedad tradicional a la economía moderna. Estudios de Historia Valenciana contemporánea*, Alacant, Institut Juan Gil-Albert, 77-100.
- BERNABEU MESTRE, J.; PERDIGUERO GIL, E. (1996), «Materials per a l'estudi de la transició sanitària: els arxius municipals». En: BARONA, J.L., MICÓ, J. (eds.): *Salut i malaltia en els municipis valencians*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Universitat de València, 215-224.
- CANET, M.A.; MARTÍNEZ, F.; VALOR, J. , «La institucionalització de la salut pública a València: dels laboratoris químic i bacteriològic a l'Institut Municipal d'Higiene». En: BARONA, J.L., MICÓ, J. (eds.): *Salut i malaltia en els municipis valencians*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Universitat de València, 191-214.
- CASELLI, G. (1991), «Health Transition and Cause-Specific Mortality». En: SCHOFIELD, R., REHER, D.S., BIDEAU (eds.): *The decline of mortality in Europe*, Oxford, Clarendon Press, 68-96.
- JORDÁ, C.; BONILLA, M. (1988), «Una aportación al estudio de la evolución del alcantariado en Valencia». En: *I Cong. Hist. Ciutat de València*, 1,3,8.
- LÓPEZ PIÑERO, J.M.; NAVARRO PÉREZ, J. (1994), *Los estudios sobre la salud en la ciudad de Valencia (1880-1900)*. Constantino Gómez Reig, Valencia, Ayuntamiento de Valencia.
- MARTÍNEZ PONS, M.; BARONA VILAR, C. (1996), «Repercusiones de la epidemia de gripe de 1918 sobre la mortalidad de la ciudad de Valencia». En: BARONA, J.L., MICÓ, J. (eds.): *Salut i malaltia en els municipis valencians*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Universitat de València, 149-261.
- MUÑOZ MACHADO, S. (1975), *La sanidad pública en España (Evolución histórica y situación actual)*, Madrid, Instituto de Estudios Administrativos.

- NAVARRO PÉREZ, J. (1991), «El Boletín Sanitario Municipal de Valencia». En: *Actas IX Cong. Nac. Hist. Méd.*, 3, 1053-1061.
- NAVARRO PÉREZ, J. (1992), «La sanidad municipal». En: LÓPEZ PIÑERO, J.M. et al.: *Historia de la Medicina Valenciana*, Valencia, Vicent García Editores, Vol. 3, 159-168.
- NAVARRO PÉREZ, J. (1993), «La institucionalización de la higiene pública moderna en Valencia». En: *II Trobades d'Història de la Ciència i de la Tècnica*, 141-150.
- NAVARRO PÉREZ, J. (1995), «José Pérez Fuster (1856-1933) y su contribución a la higiene pública». *III Trobades d'Història de la Ciència i de la Tècnica*, 207-214.
- NAVARRO PÉREZ, J. (1996), «La organización de los servicios de higiene municipal en Valencia (1881-1931)». En: BARONA, J.L.; MICÓ, J. (eds.): *Salut y malaltia en els municipis valencians*, València, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Universitat de València, 167-182.
- NAVARRO PÉREZ, J. (1997), Blasquismo e higiene y salubridad en el municipio de Valencia (1901-1936). En: BERNABEU, J. et al. (ed.): *Salut i malaltia en els municipis valencians*, València, Seminari d'Estudis sobre la Ciència/Universitat de València, En prensa.
- RAMOS GARCÍA, E.; MARSET CAMPOS, P. (1977), «Enfermedad y desarrollo económico en la ciudad de Valencia entre 1891 y 1912», *Medicina Española*, 76, 321-345.
- ROBLES GONZÁLEZ, E. (1995), *La transición sanitaria: revisión conceptual y aproximación a la experiencia española (1900-1970)*, Valencia, Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública.
- ROCA ROSELL, A. (1991), «L'higiene urbana com a objectiu. Notes sobre la història de l'Institut Municipal de la Salut (1891-1936)». En: *Cent anys de Salut Pública a Barcelona*, Barcelona, Ajuntament, 75-103.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1987), *La constitución de la medicina social como disciplina en España (1882-1923)*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1994), «La salud pública en España en el contexto europeo, 1890-1925», *Rev. San. Hig. Púb.*, 68, 11-27.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, E. (1987), MOLERO MESA, J. (1993), «La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo XX en la construcción de la cultura de la salud». En: MONTIEL, L. (ed.): *La salud en el Estado de Bienestar*, Madrid, Ed. Complutense, 133-148.
- SALAVERT FABIANI, V.; NAVARRO PÉREZ, J. (1992), *La sanitat municipal a València (segles XIII-XX)*, València, Institució Alfons el Magnànim.
- SORRIBES MONRABAL (1988 a), «Transformaciones demográficas en la Valencia de la Restauración, 1874-1931». En: *I Congrés D'Història de la Ciutat de València*, 1, 1-2.
- SORRIBES MONRABAL (1988 b), «Conflictividad y transformaciones urbanas en la Valencia de la Restauración, 1874-1931». En: *I Congrés D'Història de la Ciutat de València*, 3, 1-5.