

LA INGENIERIA SANITARIA EN LA SANIDAD NACIONAL

Pretender demostrar en los momentos actuales el que la Ingeniería ha pasado ya a formar parte de la Sanidad Nacional, constituyendo una Rama, si no más, al menos tan interesante como las varias en que el tronco común se va desgajando: Higiene Infantil, Puericultura, Paludismo, Lucha Antituberculosa, Cáncer, Transportes, etc., sería hablar a convencidos, pues todos los sanitarios españoles lo reconocen unánimemente y comprenden que, incluso, va llegando el día en que la Real Academia de Medicina e Higiene organice la especialidad de Ingeniería Sanitaria y se dé acceso a las labores científicas de dicha Academia a los profesionales que han dedicado su vida a tal especialidad.

Nadie discute ya que muchas veces la actuación del ingeniero sanitario, con la ejecución de determinadas obras o implantación de determinados servicios de carácter técnico, si no evita la actuación posterior del médico, por lo menos permite a éste la organización de una labor complementaria a la realizada por el ingeniero, con una evidente ventaja sobre la cifra de morbilidad de la población afectada por la obra.

El retraso de los pueblos y poblaciones de España en lo relativo a las obras públicas de saneamiento y servicios higiénicos de tipo general es una de las mayores causas, si no la mayor, de la elevada cuantía de dicha cifras de morbilidad y mortalidad, tan crecidas en algunas poblaciones, que ya en agosto de 1920 se dictó un Decreto conminatorio dando un plazo para que se procediera a la ejecución de las imprescindibles obras sanitarias en veinte capitales de provincias en las que el estado de insalubridad era patente. A pesar del Decreto y del plazo dado, hay algunas de ellas que aun no lo han cumplido.

En los pueblos de menor importancia, el abandono de esas obras, 497

requeridas por la más elemental higiene, es, naturalmente, mucho mayor.

Si de las obras sanitarias, que constituyen, por así decirlo, una necesidad material que casi debía de imponerse por sí misma, como sucede con la provisión de aguas potables y la evacuación de inmundicias, pasamos a otras que no se sienten tan directamente, pero cuya influencia en el estado sanitario es quizás bastante mayor que la de aquéllas, como son, por ejemplo, el tratamiento de las aguas residuales para evitar que esparzan por el país los gérmenes patógenos que contienen, o la desecación o saneamiento de las lagunas o terrenos pantanosos, observamos con dolor que la labor está íntegramente por acometer, pues lo hecho hasta hoy en esas cuestiones no es más que una porción insignificante de lo que la Sanidad Nacional requiere.

Punto de especial consideración es el relativo al paludismo, que aun azota extensas zonas de nuestro territorio, pues no sólo es causa de deficiente estado sanitario, sino que también produce una lenta y pertinaz acción degenerativa sobre los pobladores de las zonas afectadas.

Como dije al principio, es innecesario insistir sobre la importancia fundamental de todas esas obras de Ingeniería Sanitaria y sus complementarias, en el estado sanitario nacional. Se trata de obras que cumplen por sí una función sanitaria del más alto valor, es decir, que son obras sanitarias propiamente dichas, a diferencia de lo que ocurre con el resto de las obras relacionadas con los servicios sanitarios u obras de Arquitectura Sanitaria, cuya misión es absolutamente distinta, pues se trata de construcciones para albergue de dichos servicios, que son los que ejercen, en tal caso, la verdadera función sanitaria. Es necesaria esta aclaración para evitar la confusión corriente en que se cae al hablar de obras sanitarias incluyendo indistintamente los edificios sanitarios y las obras de Ingeniería Sanitaria, cuando en realidad se trata de cosas incongruentes y de técnicas absolutamente distintas. Un hospital, pongo por ejemplo, es una edificación adaptada a los servicios médicos que en él han de desarrollarse, de igual manera que una iglesia, un Ayuntamiento o una vivienda han de adaptarse a las funciones respectivas. El arquitecto las proyecta y construye con arreglo a una técnica general acoplada a cada caso particular; pero se puede decir que las explotan sus respectivos utilizadores; el médico en nuestro caso. Una estación depuradora de aguas residuales, como ejemplo

498 contrario, requiere, en cambio, una técnica totalmente especializada

para su proyecto y construcción, y no necesitan ser utilizadas por el médico, porque su función sanitaria es intrínseca, por cuya razón se puede decir que la explota el ingeniero. Unas necesitan pocos estudios sobre el terreno, las otras dependen, casi exclusivamente y en todos sus detalles, del estudio sobre el terreno. De algunas de las primeras se pueden estudiar modelos generales; las segundas habrán de adoptarse forzosamente a cada caso particular. Sería absurdo que un arquitecto fiscalizara o dirigiera el funcionamiento de un hospital; y, por el contrario, es imprescindible que un ingeniero fiscalice o dirija el funcionamiento de una estación depuradora. En resumen, en aquéllas la labor sanitaria propiamente dicha es del médico; en éstas, del ingeniero, resaltando así la importancia de éste dentro de la Sanidad Nacional.

Contra el retraso de nuestros Ayuntamientos en lo que se refiere a la ejecución de las obras sanitarias más elementales, ha intentado el Estado algunas medidas, pero siempre con un respeto, quizás excesivo, para la autonomía municipal, y sin crear medios para imponer aquellas obligaciones. Los Municipios, por su parte, debido a su indolencia y a los pequeños intereses políticos rurales, no correspondían a las indicaciones estatales ni se beneficiaban de las facilidades y subvenciones dadas por aquél, perjudicándose a sí mismo al mismo tiempo que al estado sanitario de toda la Nación.

La indicación o exigencia del Estatuto para que los Municipios consignaran al menos el 5 por 100 de sus presupuestos para atenciones sanitarias fué interpretada torcidamente en el sentido de incluir aquí las de personal y servicios sanitarios propiamente dichos siendo ésta una de las causas que más ha contribuido a su escasa eficacia, a nuestro juicio. La recta interpretación sería la de dedicar este porcentaje, como mínimo, a otras de carácter sanitario que son las de Ingeniería Sanitaria a que antes nos hemos referido.

En estos momentos está en estudio la disposición ministerial que modifique esta inadecuada interpretación y permita dar mayor impulso a las obras técnico-sanitarias mediante una adecuada intervención de las Jefaturas Provinciales de Sanidad y sus Secciones de Ingeniería Sanitaria.

En lo relativo a las subvenciones del Estado, es indudable que la labor llevada a cabo por los Municipios no correspondió al impulso que intentó darles el Ministerio de Obras Públicas por medio de la Dirección General de Obras Hidráulicas, concediendo a los Ayuntamientos, desde el R. D. de marzo de 1914, un auxilio económico del 50 por 100 del coste de las obras de abastecimiento y adelantan-

do otro 40 por 100, a amortizar en veinte años, con lo que el gasto inicial del Municipio se reducía al 10 por 100. Desde la publicación de este Decreto hasta la del de mayo de 1940, en que se amplía hasta 150.000 pesetas el límite de la subvención, antes fijado en 60.000 pesetas, y se extiende el beneficio a las obras de alcantarillado, período que abarca un total de veinticinco años, sólo se solicitaron 1.500 abastecimientos de aguas potables. Se justifica, pues, nuestra afirmación anterior de que los Municipios no han correspondido en la forma que era de esperar a la desprendida actitud del Estado.

Más tímida fué la aportación estatal a la labor municipal de desecación de terrenos pantanosos, puesto que la Ley de julio de 1918 exigía una extensión mínima de 100 hectáreas desecadas para que fueran aplicables sus beneficios, lo que le hacía inaplicable a los pueblos rurales, cuyos problemas afectaban, corrientemente, a mucho menores áreas.

Es natural que toda esta labor que tiene ante sí la Ingeniería Sanitaria ha de complementarse con la que habrá de hacerse por otros organismos en pro de la mejora higiénica de las viviendas, fiscalizando las viviendas insalubres y construyendo nuevos poblados allí donde sea preciso; pero esta labor no se refiere tanto a los Municipios como a los propietarios particulares, a quienes los Ayuntamientos deben imponer ordenanzas y normas que tiendan a dicho fin del mejoramiento de las habitaciones.

Ya se comprende que esta necesidad de encauzar y fomentar las obras sanitarias de nuestro país fué sentida hace tiempo y por los organismos de la Sanidad Nacional se dieron diversos pasos en aquel sentido.

Cuando el doctor Murillo, director general de Sanidad, inició la creación en 1927 de una Sección de Asesoría de Ingeniería Sanitaria (teniendo el honor de ser uno de los designados para integrarla), ya demostró tener una visión clara de la labor de cooperación precisa entre ingenieros y médicos.

El carácter desinteresado de nuestra colaboración no fué óbice para que desarrolláramos una interesante labor de informes y asesoramiento, y en algunos casos tomáramos a nuestro cargo proyectos concretos de saneamientos, antipalúdicos especialmente.

Posteriormente se da un paso más dando entrada al que suscribe en el Consejo Nacional de Sanidad, precisamente por su continuación de asesor técnico-sanitario a través de todas las vicisitudes políticas de los últimos años, y, aunque no oficialmente, sí prácti-

camente comenzó a funcionar, dentro del Consejo citado, una verdadera Sección de Ingeniería Sanitaria encargada de los informes y dictámenes de carácter técnico-sanitario.

Mientras, la idea de la necesidad de esta colaboración fué tomando cada vez más cuerpo entre los sanitarios, y en los presupuestos de los Institutos Provinciales de Sanidad quedó incluida una partida y en los proyectos de los citados edificios una dependencia, con destino, ambas, a Ingeniería Sanitaria.

Cuando al reconstruir la organización estatal, en la zona nacional, en otoño de 1937 el doctor Palanca (a quien la necesidad de no prodigar elogios, que mi situación personal podrían parecer poco sinceros, no me impide señalar como uno de los sanitarios que más ha sentido y defendido desde hacía muchos años la necesidad de esta colaboración) acometió el ingente empeño, me honró reiterándome la designación de asesor de la (entonces llamada) Jefatura Nacional de Sanidad en Valladolid.

Tras de este paso vino, inevitablemente, lo que hacía tiempo se presentía: la creación efectiva de la Sección de Ingeniería Sanitaria en la Dirección General de Sanidad, en forma de una Jefatura de igual rango y consideración que las restantes de la Dirección, y a cuyo frente, y previo el oportuno concurso de méritos profesionales, celebrado en 1940, tengo la satisfacción de haber sido colocado.

Ahora bien; esta satisfacción por lo que tiene de reconocimiento de la importancia de la Ingeniería Sanitaria en nuestro país, es, al propio tiempo, una preocupación constante.

Me doy cuenta perfecta de que se ha entregado en mis manos una labor de la mayor importancia nacional a realizar, y que si por incompetencia mía, por falta de apoyo o por dificultades que puedan oponerse desde otros organismos ajenos a la Dirección General de Sanidad, en forma clara o encubierta, no se logra una organización eficaz de la Sección, extendida por el ámbito nacional a través de las Secciones de Ingeniería Sanitaria provinciales, el perjuicio que se hará al país será evidente.

Comprendiéndolo así, y considerando que la misión de la Sección no es solamente la de asesoramiento e informes de la Dirección General de Sanidad y de la Comisión Central de Sanidad Local, que hasta ahora vengo desarrollando con el mínimo de medios y la mayor austeridad en la labor, está sometido a la aprobación superior un Reglamento, que constituirá, al ser aprobado, la adecuada herramienta para forjar el instrumento de una efectiva intervención inspectora; y si se precisa, directora de los saneamientos españoles. 501

La situación actual de absoluta imposibilidad de inspeccionar las obras cuyos proyectos han sido cuidadosamente informados (aunque no confrontados como es lo conveniente) por la Sección, por falta de consignaciones presupuestarias, de técnicos provinciales que colaboren y de no efectividad de percepción de los derechos legales de inspección de las entidades peticionarias y ejecutoras de obras; entre otras razones, por carencia de ese personal que haga efectivas las inspecciones y control de las obras, tiene que desaparecer. Y a pesar del acuerdo de supresión de las plazas de Ingenieros Sanitarios vacantes, hecho efectivo en este presupuesto, esperamos no tarde en ser organizada eficazmente con la menor carga posible sobre el presupuesto de la Dirección General de Sanidad.

No hemos de señalar cuál ha sido la labor realizada hasta la fecha, pues basta decir que todos, absolutamente todos, los proyectos que han pasado a la aprobación de la Comisión Central de Sanidad Local han sido informados detenida y concienzudamente, supliendo con entusiasmo y vocación la falta de medios y colaboración, que no dudamos han de llegar en un porvenir próximo.

JOSÉ PAZ MAROTO
Ingeniero Jefe de Ingeniería Sanitaria