

XAVIER GARCIA FERRANDIS

Salud y enfermedad tras las rejas durante la Guerra Civil

La asistencia sanitaria en las prisiones
de Valencia capital de la República

Prólogo de Jon Arrizabalaga



VALÈNCIA, 2024

Esta monografía ha sido financiada parcialmente por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades del Gobierno de España en el marco del proyecto de investigación «Acción médica humanitaria transnacional e innovación tecnológica en espacios de confinamiento (1870-1950)» (PID2019-104581GB-I00).

Edición compuesta con letra Andralis ND OSF y Andralis ND SC, impresa sobre papel Printset Ivori de 90 g/m² y cartulina Image Silk de 350 g/m²

- © 2024, Xavier Garcia Ferrandis
- © 2024, del prólogo: Jon Arrizabalaga
- © 2024, de esta edición:

Institució Alfons el Magnànim
Centre Valencià d'Estudis i d'Investigació
Corona, 36 — 46003 València
Tel.: +34 963 883 169
magnanim@dival.es
www.alfonselmagnanim.net

ISBN: 978-84-1156-049-8

DL: V-3169-2024

Diseño de la colección: Fèlix Bella
Diseño de la cubierta: Juan Nava
Maquetación de la cubierta: Pablo Pastor
Fotografía de la cubierta: Prisión Modelo de València
Maquetación: Gráficas Papallona.
Impresión: Impremta Diputació de València



Índice

Prólogo <i>Jon Arrizabalaga</i>	13
Introducción	17
La política penitenciaria durante la Segunda República: el <i>Reglamento de los Servicios de Sanidad e Higiene de Prisiones (1930)</i>	29
La política penitenciaria durante la Guerra Civil en la España republicana: la <i>Inspección Médica de los Servicios Sanitarios de Prisiones</i>	57
Las viejas prisiones ante el nuevo escenario bélico	73
La Prisión Celular de Valencia	73
La Prisión Provincial de Mujeres	83
La Prisión Central de San Miguel de los Reyes	85
La ampliación de los espacios de confinamiento como respuesta al estado de guerra	101
El Campamento de Prisioneros de Alacuás	102
Santa Úrsula: ¿checa o prisión?	115
La prisión del antiguo convento de las Salesas	122
La Prisión Nueva de Santa Clara	124
El Depósito de Prisioneros de Gandia	131
El seminario de Segorbe	133
El Depósito de Prisioneros de El Puig	136
La prisión de las Torres de Quart	141
Otras prisiones	143
Un poco de luz se abre paso entre las tinieblas: el CICR	147
Epílogo: demasiadas similitudes aunque lo peor estaba por venir	183
Bibliografía	195
Fuentes	203
Apéndice fotográfico	209



Prólogo

Durante las últimas décadas se han producido importantes avances en el conocimiento del universo penitenciario durante la Guerra Civil española y el primer franquismo, destacadamente en el ámbito de los campos de internamiento y de los batallones de trabajo. Sin embargo, el sistema carcelario en los territorios en guerra bajo el control del bando republicano sigue siendo un territorio poco transitado en los estudios de historia contemporánea.

La fecunda trayectoria investigadora de Xavier Garcia Ferrandis durante el último decenio ha estado centrada en la medicina y la salud en la Valencia de las décadas de 1930 y 1940, con particular atención a la organización y respuesta frente a los retos sanitarios y sociales de todo orden con ocasión de la Guerra Civil y la primera posguerra. En su anterior monografía *L'assistència sanitària a la ciutat de València durant la Guerra Civil* (Valencia, Publicacions de la Universitat de València, 2015) se ocupó de subrayar la capitalidad oficial o de facto de Valencia en la España republicana durante gran parte de la guerra, coyuntura que confiere aún más relevancia, si cabe, al estudio de este tema. En efecto, a resultas de esta circunstancia, la ciudad y su entorno se convirtieron, a medida que el territorio bajo control de la República menguaba con el avance de las tropas sublevadas, en destino preferente no solo de la población civil evacuada (decenas de miles de mujeres, niños y ancianos) de otras regiones de España, sino también de un número creciente de soldados y milicianos enfermos y heridos en los distintos frentes de batalla. Todo ello incrementó la demanda asistencial obligando a las autoridades sanitarias a acometer una profunda reorganización hospitalaria de la ciudad, con la habilitación de numerosos edificios como hospitales para enfermos y heridos de guerra, y con la creación de varios nuevos hospitales especializados; lo que, pese a todo, resultó insuficiente para absorber la sobrecarga asistencial.

En la nueva monografía que tengo el honor de prologar, Garcia Ferrandis ha puesto el foco en el estudio del sistema carcelario de esta

ciudad y su área de influencia durante los años de la contienda desde la perspectiva sanitaria y epidemiológica, analizando el impacto que supuso para el mismo tanto el traslado de grandes contingentes de población reclusa de carácter civil –quintacolumnistas pero también anarquistas y trotskistas– y militar –principalmente, prisioneros de guerra franquistas– desde otras prisiones de la España republicana, como la menguante disponibilidad de recursos –alimentos suficientes, espacios adecuados, limpieza de las cárceles, etc.– conforme la guerra avanzaba.

Como pórtico de su estudio, García Ferrandis nos ofrece, tras un estado de la cuestión, una visión panorámica de la política penitenciaria en la España de la década de 1930, atendiendo primero a su estructura jurídica y a la praxis llevada a cabo durante la Segunda República (capítulo 2) –cuyo impulso reformista también incidió notablemente en las instituciones carcelarias–, y luego a sus vicisitudes a resultas de la Guerra Civil (capítulo 3). A continuación, se adentra en la identificación y caracterización de los principales centros de reclusión existentes en Valencia y su entorno durante la guerra, distinguiendo entre las prisiones previamente existentes (capítulo 5) y los diversos establecimientos habilitados como espacios de confinamiento en respuesta a las nuevas demandas surgidas en el curso de la contienda (capítulo 6). En estos dos capítulos, se examinan las condiciones higiénicas, así como las enfermedades más frecuentes, en la población reclusa en el universo penal valenciano, y se describe el personal sanitario a cargo de esta tarea y el equipamiento de que disponía para la misma. El núcleo de la monografía se cierra con un capítulo consagrado a las visitas, informes y otras actividades que los delegados del CICR (CICR) –revestidos por las nuevas disposiciones sobre el trato a los prisioneros de guerra contempladas en la Convención de Ginebra de 1929– desplegaron en relación a la población reclusa en las prisiones y algunos campos de trabajo de Valencia y la región sudoriental de la España republicana.

Quisiera señalar, para concluir, algo que no por bien sabido sobre destacar. Esta minuciosa investigación revalida, una vez más, la importancia de revisar y contrastar la multiplicidad de fuentes

históricas disponibles de las más dispares procedencias (puesto que ninguna fuente debe darse por neutra e inapelable), a fin de «triangular» los hechos analizados y así afianzar mejor la veracidad del relato histórico; sin tampoco olvidar la posibilidad de que esta pudiera verse revisada en un futuro a resultados del manejo de nuevas fuentes. En este sentido, la nueva monografía de Xavier Garcia Ferrandis pone de manifiesto, una vez más, la utilidad como fuente histórica, de la «Causa general instruida por el Ministerio Fiscal sobre la dominación roja en España» –el gran fondo documental más conocido como «Causa General» (CG) que se custodia en el Centro Documental de la Memoria Histórica (CDMH) de Salamanca–, siempre que se haga el debido uso crítico de la misma.

Barcelona, verano de 2024.
JON ARRIZABALAGA (IMF-CSIC)



La política penitenciaria durante la Segunda República: el *Reglamento de los Servicios de Sanidad e Higiene de Prisiones* (1930)

La historiografía sobre el sistema penitenciario español durante la Segunda República (1931-1936) ha puesto de manifiesto las numerosas medidas legislativas que se articularon, muchas de ellas de carácter reformista. En gran medida, estas modificaciones fueron promocionadas por Álvaro de Albornoz y Liminiana (Luarca, Asturias, 1879 – Ciudad de México, 1954), ministro de Justicia entre el 16 de diciembre de 1931 y el 13 de julio de 1933. De Albornoz y Liminiana se ha dicho que «toda la regulación civil laica de la Segunda República es obra de su pluma»: el Decreto de disolución de la Compañía de Jesús, la Ley del Divorcio, la creación del Instituto de Estudios Penales, la supresión del presupuesto de Culto y Clero, la reorganización del Tribunal Tutelar de Menores, la Ley de Inspección de Tribunales, la Reforma del Código Penal con la supresión de la pena de muerte, la Ley de responsabilidad criminal del Presidente de la República, la Reglamentación de Confesiones y Congregaciones religiosas y la organización del Tribunal de Garantías Constitucionales, entre otras.⁶

Otro protagonista en el ámbito reformista penitenciario fue la abogada Victoria Kent (Málaga, 1898 – Nueva York 1987), quien ocupó la Dirección General de Prisiones entre el 18 de abril de 1931 y el 9 de junio de 1932.⁷ Kent situó su prioridad en la reeducación de los presos para su posterior reinserción social. Además de mejorar las condiciones de vida de los reclusos y las reclusas, Kent otorgó gran importancia a los servicios médicos y a las escuelas de las prisiones. Estas mejoras llevaban aparejadas la toma de algunas

⁶ <<https://dbe.rah.es/biografias/6029/alvaro-de-albornoz-y-liminiana>> (consulta 01/07/2023).

⁷ Para ampliar información sobre la figura y trayectoria de Victoria Kent Siano puede consultarse Balaguer Callejón (2009: 17-34).

responsabilidades por parte de los internos; por ejemplo, a algunos se les instruía como personal sanitario auxiliar. Las reformas impulsadas por Kent chocaron con los intereses de los funcionarios de prisiones y con el concepto de gran parte de la sociedad de que el condenado debía vivir miserablemente de modo que el castigo no se hiciera deseable para nadie.

En el marco de la reforma penitenciaria republicana, se fundó, en 1932, el Instituto de Estudios Penales, y un año más tarde, en su seno, el Servicio de Biología Criminal. Dirigido por el prestigioso penalista Luis Jiménez de Asúa (Madrid, 1889 – Buenos Aires, 1970), el Instituto fue un espacio compartido por juristas y psiquiatras de fuertes convicciones republicanas que defendían el acercamiento entre el derecho penal y la psiquiatría (Campos, 2022: 76-79). La dimisión de Kent en junio de 1932 y el nombramiento de Vicente Sol Sánchez (Crevillent, Alicante 1890 – Santiago de Chile, 1953) restablecieron el enfoque punitivo-segregativo, de manera que el sistema penitenciario de la Segunda República llegó a la Guerra Civil con un planteamiento similar al que había tenido con anterioridad al régimen republicano. Los sueños reformistas de Victoria Kent se vieron truncados por la inestabilidad política y social de los años 30, que acabó impulsando un modelo punitivo basado en la cárcel como instrumento para el aislamiento del delincuente (Gargallo Vaamonde, 2012: 307-336; Gargallo Vaamonde, 2016: 235-264). Este modelo sería radicalmente alterado tras el estallido de la Guerra Civil, tal y como analizaremos con posterioridad.

El empeño que puso Victoria Kent en mejorar la situación de las mujeres encarceladas se tradujo, asimismo, en el proyecto de la prisión «moderna» de Ventas, en Madrid. Inaugurada en septiembre de 1933, era de estilo racionalista y su concepción era marcadamente laica e higienista. Pero las reformas republicanas en su conjunto fueron limitadas y no exentas del correspondiente sesgo centralista. La llamada *Presó Vella* de Barcelona había sido asaltada en abril de 1931 y las presas liberadas. Pasado el fervor revolucionario de nuevo se sucedieron las protestas y reclamaciones a favor de la construcción de un nuevo centro según el modelo madrileño. Al

final no serían las reformas del periodo de paz, sino la *revolución* del verano de 1936 la que acabaría con la desacreditada y lúgubre casona. A partir de entonces, quienes tomaron el testigo de la recomposición de la administración penitenciaria en Cataluña fueron las autoridades autonómicas, asumiendo las competencias que les correspondían y algunas más, ya en época de guerra. La *Presó Vella* fue por fin demolida. La labor inspirada por penalistas republicanos como Jiménez de Asúa o Victoria Kent vino así a tener continuidad en el marco específicamente catalán y autonómico. El nuevo *correcional general de dones* se instaló en el antiguo asilo del Bon Consell, en el distrito barcelonés de Les Corts, con una vocación de prisión modélica y humanitaria. Un detalle olvidado de este proceso fue el nombramiento, en diciembre de 1936, de la primera directora de un establecimiento penitenciario femenino en España, la pumista Isabel Peyró (Hernández Holgado, 2013b: 85-112).

En cuanto a las condiciones de las prisiones durante el período republicano prebélico, sabemos que eran deficientes y se caracterizaban, en general, por la carencia de instalaciones adecuadas, el espacio insuficiente para la población reclusa y las duras condiciones de vida derivadas del frío y de la humedad. Todo ello influyó en la morbi-mortalidad de la población penitenciaria; así, las enfermedades que mayor incidencia tuvieron en la población reclusa tanto masculina como femenina en 1933 fueron las del aparato respiratorio (tuberculosis, bronquitis y neumonía), lo que está en consonancia con las condiciones de vida descritas anteriormente (hacinamiento, frío y humedad). En segundo lugar se situó la sífilis; en tercer lugar, figuran las enfermedades del aparato locomotor (principalmente el reumatismo); y, en último lugar, las diarreas por enteritis, por detrás de las enfermedades de los sistemas circulatorio y nervioso (Gargallo Vaamonde, 2011: 259-264).

La Segunda República heredó de la dictadura de Primo de Rivera el Reglamento de los Servicios de Prisiones de 1930, que apenas sufriría alteraciones significativas durante el período republicano. En la pasada década Javier Cervera Gil y Luís Gargallo Vaamonde analizaron profundamente el desarrollo de este reglamento, prestando

especial atención a aspectos como la clasificación de las prisiones, la ejecución de penas, el traslado de los penados, su comportamiento, la libertad condicional, el tratamiento de los presos, la disciplina, el personal de los establecimientos penitenciarios y los aspectos relacionados con los procedimientos de ingreso y libertad (Cervera Gil, 2015: 199-203; Gargallo Vaamonde, 2016: 197-234). Yo aquí complementaré el análisis de Cervera Gil y me referiré, en primer lugar, a la clasificación de las prisiones valencianas (Cervera Gil hizo lo propio con las prisiones de Madrid); y, en segundo lugar, analizaré en profundidad la información relativa a la asistencia sanitaria en el régimen penitenciario (Gargallo Vaamonde tan solo recogía aspectos generales como la importancia de los baños, de los paseos al aire libre, del ejercicio físico y el corte de pelo y afeitado).

El Reglamento de 1930 clasificaba las prisiones en centrales, provinciales y de partido. Las prisiones centrales eran aquellos establecimientos destinados exclusivamente al cumplimiento de las penas; el paradigma valenciano de esta clase de cárcel era la Prisión Central de San Miguel de los Reyes. Las prisiones provinciales estaban situadas en las capitales de provincia—independientemente de que las centrales tuvieran la misma situación—y se utilizaban principalmente para la permanencia de detenidos durante la tramitación del sumario y hasta la celebración del juicio. También estaban destinadas a los sentenciados a penas de reclusión de hasta un año y de prisión hasta dos, siempre que fueran mayores de 18 años; en Valencia, la prisión provincial era la prisión celular o cárcel modelo, que abarcaba las provincias de Castellón, Valencia, Cuenca y Teruel. En tercer lugar, las prisiones de partido eran los establecimientos que, ubicados en poblaciones que no eran capital de provincia pero sí cabeza de partido judicial, tenían por objeto la admisión de detenidos; en el caso de la provincia de Valencia eran las prisiones de Torrent, Llíria, Xiva, etc. En último lugar, en la prisión provincial de mujeres de Valencia cumplían pena las condenadas hasta un año de prisión o reclusión.

En cuanto a la asistencia sanitaria en las prisiones, si bien existen algunas referencias a lo largo de todo el Reglamento de 1930, es el capítulo 11 el que, bajo el título «Régimen de higiene y morbilidad», está consagrado a los aspectos relacionados con la salud de

los presos.⁸ En el desarrollo (artículos 130 a 146) se puede apreciar con claridad el celo de las autoridades por la vertiente preventiva; así, se hace especial hincapié en la limpieza, en los baños, en los paseos y en la actividad física de los reclusos, así como en el corte del pelo y afeitado y en el cambio de la ropa anterior, tal y como ha destacado Gargallo Vaamonde (Gargallo Vaamonde, 2016: 214-215). La normativa también establecía que el médico estaba obligado a atender a los presos en la enfermería todos los días. Tras el reconocimiento, el preso era dado de alta o ingresado según el criterio del facultativo. Por eso, el reglamento señalaba que las enfermerías debían tener un número de camas igual al 8% de la población reclusa y debían contar con instrumental quirúrgico. El local destinado a enfermería debía reunir «las condiciones de aireación, capacidad e higiene correspondientes a su fin». La norma se mostraba más explícita al señalar que la enfermería debía contar con un módulo de aislamiento para reclusos con enfermedades infecciosas. En caso de padecer tuberculosis o una enfermedad incurable, la legislación establecía que, tras el reconocimiento del médico, los penados debían ser trasladados a la Prisión Sanatorio «que habrá de establecerse». Por otra parte, los «mayores de sesenta años, varones, impedidos e inútiles de cualquier edad» condenados a más de dos años de reclusión debían ingresar en la Prisión-Asilo de San Fernando (artículo 3); y «los penados dementes» debían ser conducidos «al Manicomio penal del Puerto de Santa María» (artículo 5). Asimismo, la norma disponía que los medicamentos administrados a los reclusos enfermos debían adquirirse en las farmacias militares.

La normativa de 1930 otorgaba al médico un gran protagonismo en el denominado «primer período penitenciario», es decir, el aislamiento de ocho días de duración al que se sometía al preso nada más ingresar. Durante ese tiempo, el facultativo debía examinar al recluso y redactar un informe detallado sobre su estado de salud.

⁸ Ministerio de Gracia y Justicia, *Gaceta de Madrid*, 21 de noviembre de 1930. Deseo hacer explícito que he tenido conocimiento de este reglamento –y, por tanto, he podido analizarlo– gracias a la consulta del libro de Cervera Gil (2015: 199).

Otra de las funciones del médico era regular la alimentación de los reclusos ingresados en la enfermería; así, el facultativo podía prescribir raciones extra de leche, huevos, pescado, carne, etc.

En agosto de 1932 la Dirección General de Prisiones (a partir de ahora DGP) impulsó la reorganización de los servicios sanitarios de las prisiones recomendando la colaboración con la Dirección General de Sanidad. Otras de las reivindicaciones en el ámbito de la sanidad penitenciaria era el aumento del sueldo de los médicos de las prisiones:

No existe razón alguna que abone el hecho de que los Médicos no alcancen, en Prisiones, las categorías de sus colegas de Sanidad interior y exterior [...]. Mientras los Médicos se han visto obligados a buscar, fuera de su actividad oficial, los medios necesarios para poder vivir, bien con la asistencia particular o por medio de clínicas del mismo carácter, en las prisiones se ha visto languidecer la actuación de ambos elementos (médicos y maestros). Las conferencias, la labor educadora, el estudio psico-físico del delincuente, los laboratorios de psicología, todo lo que representa una actuación científica en las prisiones, que debía ser desarrollada por Médicos y pedagogos, ha ido quedando al margen de nuestras prácticas penitenciarias; el Médico ha ido reduciendo su esfera hacia llegar a la visita diaria y rápida a los enfermos [...]. El Médico y el Maestro, lo mismo que los demás funcionarios de Prisiones, deben estar bien pagados, para que no tengan necesidad de recurrir a otros medios de vida, y entonces, cuando se les dé lo necesario para vivir, es cuando debe imponérseles la condición de consagrarse únicamente a su misión oficial y exigirles el rendimiento máximo de sus actividades en beneficio del Estado.

En diciembre de 1932 el Gobierno aprobó un decreto que tendría una gran repercusión en las condiciones higiénicas y sanitarias de la población penal, ya que se centraba en el abastecimiento de las prisiones. El Decreto establecía que los economatos administrativos de las prisiones –instituidos por los Decretos de 26 de enero de 1912 y de 14 de noviembre de 1930– que tuvieran un contingente medio de cincuenta o más reclusos se fusionaran y se centralizaran. A tal objeto, se disponía la creación en Madrid, adjunto a la DGP, de un «Economato Central de Prisiones», cuya función era la

centralización de víveres, vestuario, menaje y materiales diversos que, posteriormente, se remitiría a los diferentes economatos de las prisiones españolas. Correlativamente a esta nueva organización se establecía en el seno de la DGP una «Sección Central», que tenía confiados los servicios de suministros de todo orden (alimentación, vestuario, utensilios, material sanitario y de higiene, etc.). Esta sección central estaba integrada por tres negociados: «Alimentación», «Suministros» y «Contabilidad». Como veremos, esta división se mantendría durante la guerra con pocas variaciones. Finalmente, conviene destacar que con este decreto el Gobierno otorgaba mayor relevancia al Cuerpo de médicos de prisiones, ya que los facultativos tenían voz en la Comisión de compras del Economato Central de Madrid (junto a un inspector central de Prisiones, como presidente, y cuatro funcionarios técnicos del Cuerpo de Prisiones).⁹ No es de extrañar la presencia de un médico, ya que «el racionado (de comida) de enfermería se ajustará a lo que disponga el Médico del establecimiento, no pudiendo en ningún caso exceder del doble de la ración ordinaria».

El 1 de enero de 1933 se publicó un decreto en la Gaceta de la República en el que se aprobaba la clasificación de las prisiones del «territorio nacional» de acuerdo con su volumen de trabajo. Así, al objeto de «allanar las dificultades que se vienen presentando para nutrir las plantillas de los Establecimientos donde el servicio representa un mayor trabajo y las responsabilidades de la función aumentan [...] y concediendo mayores ventajas para aquéllos que demuestren más vocación [...]», las prisiones españolas quedaban clasificadas en tres grupos: «de servicio intenso, corriente y atenuado». Al primer grupo pertenecían, entre otras, las prisiones centrales de Burgos, Cartagena, Chinchilla, Figueras, Puerto de Santa María, Valencia, la Colonia Penitenciaria del Dueso, la Escuela de Reforma, los reformatorios de Alicante y Ocaña y las prisiones celulares de Madrid, Barcelona y Valencia; el segundo grupo estaba compuesto por la mayoría de prisiones provinciales; y el tercero por las pri-

⁹ Este decreto está fechado el 8 de diciembre de 1932 y publicado en la *Gaceta de la República* del día siguiente.

siones centrales de mujeres, la Prisión-Asilo de San Fernando, el Manicomio del Puerto de Santa María, y las provinciales de mujeres de Madrid, Barcelona y Valencia, entre otras.

El 10 de febrero de 1933, la revista *Vida Penitenciaria* se hacía eco de un Decreto de la Presidencia del Consejo de Ministros del día 8 que autorizaba a la DGP a la habilitación de un «Depósito Central de Medicamentos». Hasta entonces, el suministro de medicamentos a las prisiones estaba a cargo de las farmacias militares; y, en caso de no existir en la localidad donde estaba ubicada la prisión, de farmacias civiles. El Decreto disponía la instalación de un depósito central en Madrid que suministrara a las prisiones las cantidades necesarias de medicamentos, de instrumental quirúrgico y de productos desinfectantes. Los motivos de esta centralización eran, según las autoridades, evitar el desabastecimiento y obtener beneficios económicos resultantes de efectuar las adquisiciones al por mayor en los centros productores. La norma aclaraba que las recetas formuladas por los médicos de las prisiones que, por su urgencia, composición o requisitos preparatorios no pudieran ser extraídas de los botiquines serían despachadas por las farmacias militares si las hubiere o, en su defecto, por farmacéuticos civiles, tal y como se venía haciendo. Asimismo, el Decreto establecía que la política sanitaria de las prisiones también requería de la colaboración de las instituciones provinciales de sanidad, es decir, de los institutos provinciales de Higiene, dado que disponían de los servicios de desinfección y de vacunaciones, «de gran necesidad para los establecimientos penitenciarios». Según el precepto, la prestación de servicios sanitarios por parte de los institutos provinciales de Higiene a las prisiones de su provincia encajaba dentro de las normas de funcionamiento de dichos institutos, «ya que los establecimientos de detención y reclusión, lo mismo que los benéficos, no pueden ser considerados como algo aparte de la provincia en que se hallan situados para establecer la garantía de que, al ponerse en contacto con la población libre, no pueden ser portadores de enfermedades». Por todo ello –justificaba la disposición– se constituía en el seno de la DGP una sección de Sanidad e Higiene que tendría al frente un médico del Cuerpo de Sanidad Nacional, perteneciente a la Dirección

General de Sanidad, que hubiera desempeñado el cargo de inspector provincial de Higiene y que estuviera especializado en la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas en establecimientos públicos. Finalmente, la DGP, en virtud de la colaboración establecida, remitiría la estadística mensual de morbi-mortalidad y de prácticas de profilaxis a la Dirección General de Sanidad. A mi juicio, detrás de esta iniciativa se encontraba Marcelino Pascua (Valladolid, 1897-Ginebra, 1977). Director General de Sanidad entre abril de 1931 y abril de 1933, Pascua está considerado en España como el «padre» de la estadística y de la epidemiología sanitarias.¹⁰

Como puede observarse, a través de este Decreto, el Gobierno republicano impulsaba la reforma de la sanidad penitenciaria a través de dos elementos: la centralización de recursos en Madrid y la colaboración con la sanidad provincial. Esta iniciativa cristalizaría tan solo parcialmente durante la guerra, ya que, como apuntaremos posteriormente, la provisión de medicamentos a las prisiones republicanas seguiría corriendo a cargo de las farmacias militares; por el contrario, durante la contienda sí que existiría cierta colaboración entre la DGP y la Dirección General de Sanidad, al menos en Madrid.

El 5 de julio de 1933 se aprobó el desarrollo del «Reglamento de los Servicios de Sanidad e Higiene de Prisiones». El preámbulo justificaba la necesidad de dicha normativa debido a la falta de «unidad en la organización higiénica y en el funcionamiento de estos servicios en los establecimientos penitenciarios», cuya desarrollo dependía del «celo o la especialización de los Médicos de Prisiones», sin ninguna relación con las inspecciones provinciales de Sanidad, lo que favorecía «la propagación de casos infecciosos importados o exportados del establecimiento penitenciario» (pese a que el Decreto de 8 de diciembre de 1932 ya había establecido la colaboración entre la sanidad penitenciaria y la sanidad provincial).

El artículo primero delimitaba las funciones del nuevo servicio: «Todos los asuntos que afecten a la salud e higiene de los reclusos

¹⁰ Para ampliar información sobre la figura y trayectoria de Pascua, puede consultarse Bernabéu-Mestre (2000: 1-13).

y a la salubridad, limpieza y desinfección de los edificios y locales destinados a su custodia». Esto incluía el control de las enfermerías de las prisiones; los servicios de aseo personal del recluso (peluquería, lavado y desinfección de ropas y enseres); los servicios de desinfección, desinsectación y desratización; los servicios de laboratorio de análisis y de suministros farmacéuticos; el centro de preparación de medicamentos; y las propuestas de adquisición y distribución a las prisiones de material sanitario, instrumental quirúrgico y productos de aseo y limpieza (jabón, desinfectantes, etc.). Por otra parte, retomando el espíritu de colaboración entre la DGP y la Dirección General de Sanidad consagrado en el Decreto de 8 de febrero de 1933, la Sección de Sanidad e Higiene de la DGP estaría dirigida por un inspector-médico del Cuerpo de Sanidad Nacional. Una de sus funciones más importantes sería mantener un estrecho contacto con la Dirección General de Sanidad a través de la DGP; en concreto, el responsable de la nueva sección debía organizar un servicio de estadística sanitaria que reflejara la morbilidad y la mortalidad de todas las enfermedades –principalmente de las infecciosas– que se diagnosticaran en las prisiones, así como las campañas de profilaxis que se llevaran a cabo. Debía, asimismo, informar de los resultados a la Dirección General de Sanidad. Otra responsabilidad que el Decreto de 5 de julio de 1933 otorgaba al jefe de la Sección de Sanidad e Higiene de la DGP era la realización de visitas de inspección a las prisiones al objeto de comprobar su estado higiénico-sanitario y de denunciar cualquier deficiencia. No en vano el Reglamento de 1930 ya había situado jerárquicamente la Inspección de Prisiones por encima de los directores de las cárceles. La Inspección quedaba dividida en Central y Provincial (Cervera Gil, 2015: 203). A los efectos de esta última, el territorio quedaba dividido en ocho zonas; la número cuatro correspondía a Valencia e incluía «las Centrales de Valencia, Chinchilla y Alicante, y todas las de las provincias de Valencia, Alicante, Castellón, Teruel, Albacete y Baleares». La Inspección Provincial recaía en funcionarios del Cuerpo de Prisiones y su misión era visitar, por lo menos, cuatro veces al año las prisiones centrales y dos veces las provinciales. El objeto de estas inspecciones era detectar «cuantas anomalías de alguna

importancia se susciten en las Prisiones» y comunicarlas a la DGP. La responsabilidad de la Inspección Central era coordinar y controlar los inspectores provinciales, aunque también podía elevar directamente a la DGP «toda anormalidad o equivocada práctica que se aprecie en el régimen, administración y vigilancia de los establecimientos». Nótese como en el Reglamento de 1930 la inspección de prisiones no recaía en un médico y su función era detectar irregularidades de cualquier tipo. Se tuvo que esperar al 5 de julio de 1933 para que se articulara una inspección específica de las condiciones higiénicas y sanitarias de las prisiones, labor encomendada a un médico.

Por otra parte, el Decreto de 5 julio de 1933 definía las funciones de los médicos del Cuerpo de Prisiones. En primer lugar, tenían la obligación de comunicar al máximo responsable de la Sección de Sanidad e Higiene de las posibles deficiencias sanitarias de las prisiones donde estaban destinados. Además, en caso de diagnosticar una enfermedad infecciosa, el médico debía aislar al paciente en un local *ad hoc* con el que todas las prisiones debían contar, dando parte al inspector provincial de Sanidad y al jefe de Sanidad e Higiene de la DGP. Siguiendo el protocolo, el médico de la prisión –previa petición a la Inspección Provincial de Sanidad correspondiente–, quedaba autorizado para remitir al instituto provincial de Higiene las muestras biológicas (esputo, sangre, orina, etc.) que estimara oportunas para complementar el diagnóstico de las enfermedades infecciosas. El Decreto enumeraba de manera explícita tres: la fiebre tifoidea, el paludismo y la varicela. Ante la sospecha de aparición de casos de la primera, el médico debía proceder a la investigación epidemiológica mediante la búsqueda de contactos. Asimismo, debía enviar una muestra del agua de consumo de los reclusos al laboratorio del instituto provincial de Higiene para su análisis, dado que la fiebre tifoidea es una enfermedad de transmisión feco-hídrica. Por otra parte, en las regiones españolas donde el paludismo era endémico debía investigarse la existencia del *Plasmodium* en la sangre de los enfermos sospechosos, a los que se debía tratar convenientemente hasta erradicar el parásito. En cuanto a la varicela, se establecía la obligatoriedad de la vacunación y de la revacunación para aquellos

reclusos que hiciera más de siete años que se hubieran sometido a dicha práctica profiláctica.

El médico de la prisión también debía velar por el control de ratas, insectos y parásitos de toda clase, adoptando las prácticas de desratización, desinsectación y desinfección oportunas para lo que contaría con el material suministrado por la Jefatura de la sección de Sanidad e Higiene. Además, el Decreto disponía que las prisiones en las que el número de reclusos excediera de 25 dispusieran de un equipo de desinfección «compuesto de un formógeno, un pulverizador y una legiadora». El artículo 11 establecía que en las prisiones de menor número de reclusos las desinfecciones se podían llevar a cabo mediante «el barrido o limpieza mecánica o manual con sustancias antisépticas y ebullición de las ropas de cama y uso individual».

Otra función muy importante de los médicos penitenciarios era la prevención de la enfermedad, especialmente de la tuberculosis, de las enfermedades venéreas y del alcoholismo, así como el impulso de medidas a favor de la infancia y de la maternidad en las prisiones de mujeres, «repartiendo para ello los folletos y hojas de propaganda [...] y los carteles murales que tienen el mismo objeto». Las medidas preventivas se extendían a los talleres de las prisiones «respecto a las salidas de humos, desprendimiento de gases nocivos, captación de polvo perjudicial para la salud, etc., así como de la ventilación e iluminación de estos locales». Como puede observarse, el contenido de este decreto estaba totalmente en consonancia con lo que reconocía la República respecto del ámbito sanitario: la importancia de la estadística y de la epidemiología sanitaria, y el refuerzo de la vertiente preventiva de la enfermedad.

El Reglamento de 1930 establecía el internamiento de los «penados dementes» en el Manicomio penal del Puerto de Santa María. Con el nombre de «Manicomio Penitenciario», este establecimiento había sido habilitado en 1917 en el antiguo hospital penitenciario anexo a la prisión central situada en dicha localidad gaditana, y estaba bajo la dirección de un médico especializado en Psiquiatría asistido por enfermeros vigilantes, que debían ostentar el diploma de Enfermeros

psiquiátricos según el Decreto del Ministerio de la Gobernación de 16 de mayo de 1932. No obstante, el edificio no reunía ninguna «de las condiciones exigibles, y por su extensión y arquitectura no es en modo alguno aprovechable», por lo que se decretaba que el edificio de la prisión central de mujeres de Alcalá de Henares, una vez trasladadas las reclusas según Orden de 27 de mayo de 1933, se destinara con el nombre de «Hospital Psiquiátrico Judicial»¹¹ al internamiento y asistencia de los reclusos enfermos psíquicos dado que

su construcción y distribución permiten establecer secciones o aislamientos adecuados al fin que se persigue y en todos sus aspectos, su capacidad suficiente para 500 y más enfermos, sus medios de seguridad, el contar con amplios locales para talleres y campo de huerta, donde realizar laborterapia, agua suficiente, calefacción en gran número de dependencias, etc., etc., reúne condiciones aceptables para el fin propuesto.

El articulado del Decreto de 5 de julio de 1933 detallaba las características médico-legales de los reclusos que debían ingresar en este hospital, así como las condiciones que debían reunir para lograr la libertad. Nos encontramos ante la complicada intersección medicina-ley o, lo que es lo mismo, médico-juez.¹²

Las reclusas de la prisión de Alcalá pronto serían trasladadas a un nuevo emplazamiento, la Cárcel de Ventas, que sería inaugurada por Victoria Kent el 31 de agosto de 1933:

Se ha imprimido una extraordinaria actividad a las obras del edificio que se construye en la capital para destinarlo a prisión de mujeres y se está adquiriendo el material, menaje y mobiliario, todo de tipo moderno. El señor Ruiz Maya quiere que en breve plazo las internas de la prisión central de Alcalá de Henares sean trasladadas al mencionado edificio, al objeto de que en el ocupado por dicha prisión se puedan realizar los trabajos precisos para adaptarlo perfectamente a las exigencias de la institución que en el mismo se va a establecer.

¹¹ En el contexto reformista de la Segunda República, la denominación había sido propuesta por los psiquiatras españoles del Consejo Superior de Psiquiatría –dependiente de la Dirección General de Sanidad–, en sustitución del término «manicomio», que tenía unas connotaciones peyorativas.

¹² Para profundizar sobre esta cuestión puede consultarse Martínez Cánovas (2020).

En cuanto al Hospital Psiquiátrico Judicial, tenemos noticia de que finalmente fue habilitado en la antigua prisión de mujeres de Alcalá y de que acogió a enfermos mentales, alcohólicos y toxicómanos (Ferradás Castro, 2020: 119). El cumplimiento de penas de los enfermos mentales siempre estuvo en la agenda republicana, aunque las derivas políticas hicieron que no pasara de ideas o propuestas; de hecho, en diciembre de 1937, en plena guerra, se puso en marcha un servicio psiquiátrico en el seno de la DGP, sin que tengamos noticia de su entrada en funcionamiento ni de su recorrido (Gargallo Vaamonde, 2016: 287-288).

El Decreto de 5 de julio de 1933 también disponía la creación de «un hospital y asilo penitenciario» para acoger a determinados penados enfermos, un proyecto que el preámbulo contextualizaba recordando que, aunque la habilitación de enfermerías en todas las prisiones tenía carácter obligatorio, dichos espacios sanitarios tenían sus limitaciones:

Pero si bien estas enfermerías llenan su cometido en los casos de afecciones agudas, sobrevenidas a los reclusos, no son suficientes a satisfacer las exigencias de otros enfermos que por cronicidad en sus dolencias o por convenirles, principalmente, medidas higiénicas especiales, requieren atenciones y cuidados y un ambiente, tanto médico como de régimen disciplinario, que no es posible proporcionarles en el medio habitual penitenciario.

La idea se venía arrastrando desde finales del siglo XIX, cuando por Decreto de 13 de diciembre de 1886 se creaba una «Penitenciaría-Hospital en el Puerto de Santa María» donde «tendrían acogida los ancianos, inútiles, enfermos crónicos y enfermos de la mente»; sin embargo, el proyecto no cristalizó finalmente. Como recordaremos, el Reglamento del 14 de noviembre de 1930 retomaba este plan y establecía la habilitación de una prisión-sanatorio (para tuberculosos y enfermos incurables) y de la Prisión-Asilo de San Fernando (destinada a «impedidos e inútiles»); sin embargo, en julio de 1933 el primer proyecto todavía no se había materializado y, con respecto a la prisión de San Fernando, el edificio acogía a unos «200 penados sin reunir las condiciones adecuadas ni para la rehabilitación de sus miembros inútiles ni para la asistencia mé-

dica que sus crónicas dolencias reclaman». Por ambos motivos, el ministro de Justicia decretaba que el edificio de la prisión mujeres de Segovia,¹³ por aquel entonces deshabitado,¹⁴ se destinara, bajo el nombre de «Hospital y Asilo Penitenciarios», al internamiento y asistencia de los penados afectos de tuberculosis en cualquiera de sus formas; de los penados crónicos (con exclusión de los que debían ingresar en el Hospital Psiquiátrico Judicial); de los penados «inútiles», incapaces para los trabajos y ocupaciones habituales en las prisiones; y de los penados de más de sesenta años. El emplazamiento no fue elegido al azar sino, que según la sección de Sanidad e Higiene de la DGP, se trataba de un

lugar adecuado para el tuberculoso; el clima y la altitud hacen de él un sanatorio. Su distribución permite el aislamiento total de estos enfermos del resto de la población penal, y la construcción de una galería de cristales, a manera de solarium, obra de fácil y seguro emplazamiento y de exiguu costo, llenaría todas las necesidades. Esta misma distribución permite establecer secciones o departamentos para los otros grupos de reclusos más arriba anotados, y para los que no será un obstáculo aquel clima; las actuales galerías, cubiertas, bien soleadas, y la calefacción ya establecida en casi todas las dependencias, les pondría a salvo de las frías temperaturas de la región. Sería posible establecer un laboratorio o taller de reeducación para ciertos inútiles (...). Y, por último, su emplazamiento territorial, no lejano del centro del país, satisface la necesidad de que las penitenciarias especiales, únicas, no hagan molesto, perturbador y difícil el traslado de los penados, más éstos por enfermos, desde todas las prisiones, sobre todo de las que pertenecen a provincias del litoral.

Los médicos de las respectivas prisiones eran los responsables últimos de la aplicación de este decreto ya que, a través del director del centro, comunicaban a la DGP sus propuestas de traslado de

¹³ El Reglamento de 1930 recoge esta prisión como «Reformatorio de Segovia», destinado a mujeres condenadas a penas de uno a seis años de prisión. A partir de seis años las mujeres cumplían su condena en la Prisión Central de Alcalá de Henares. Las penas menores a un año se cumplían en las prisiones provinciales de mujeres.

¹⁴ Infero que las penadas también habían sido trasladadas a la Cárcel de Ventas.

los penados al Hospital y Asilo Penitenciarios de Segovia, según su criterio diagnóstico. Sabemos que este proyecto finalmente se llevó a cabo ya que tenemos noticia de que, en agosto de 1934, el médico de la prisión provincial de Segovia (Jacinto Lafuente) fue trasladado «al Hospital-Asilo Penitenciario de la misma población».

En junio de 1935 se publicó el temario que debían superar los aspirantes a jefes de servicio del Cuerpo de Prisiones. Llama la atención su extensión, ya que incluye temas de geografía universal e historia de España, agricultura y técnica industrial, aritmética y contabilidad, psicología, y legislación penal, procesal y de prisiones. A nosotros nos interesan los 27 temas que aparecen bajo el epígrafe de «Anatomía, Fisiología e Higiene de las prisiones»; en concreto los temas 23 («Instalación, limpieza y desinfección de los locales anejos: escuelas, enfermería, cocinas, lavabos, baños, duchas, lavaderos, patios, establos, sumideros y retretes»); 25 («Profilaxis general de las enfermedades infecciosas. Vacunación y sus clases: anti-viruela y antitífica»); y 26 («Aislamiento de los enfermos infecciosos. Hospitales y Sanatorios penitenciarios»). A mi juicio, el contenido de estos temas demuestra el interés que tenían las autoridades republicanas penitenciarias por la vertiente preventiva de la enfermedad, al menos en el plano normativo que, como veremos, no siempre se ajustó al fáctico.

En mayo de 1935, el director del Reformatorio de Adultos de Alicante —Luís Guzmán— organizó un ciclo de conferencias para los penados, en el que participó el médico de la prisión Tomás Martín Cid. Martín Cid había defendido en 1933 su tesis doctoral en la Universidad Central de Madrid bajo el título de «Aportación de la otorrinolaringología a las incipientes campañas de higiene mental en su fase escolar,»¹⁵ y pertenecía al Cuerpo de médicos de prisiones desde agosto de 1934: había ganado las oposiciones el mes anterior ocupando el sexto lugar de un total de 20 aspirantes. La intervención de Martín Cid se produjo en el marco de la IV Semana Nacional de Higiene Mental, «durante la cual se propagan por todos los rincones

¹⁵ Para más información véase <https://ucm.on.worldcat.org/discovery> (consulta 13/09/2023).

de España las ventajas de la higiene mental». El objetivo del facultativo era acercar la salud mental a las prisiones, destacando que la Semana Nacional de Higiene Mental «se va a conmemorar por primera vez en un presidio». Bajo el título de «La Higiene Mental en los presidios», la intervención de Martín Cid se articuló en torno a siete conferencias, de las que aquí nos interesa destacar la primera («La higiene mental en los presidios»); la cuarta («Prisión terapéutica»); y la quinta: «El nivel mental en las prisiones». Huyendo de tecnicismos y adaptando el léxico a su público, Martín Cid empezó aclarando el término de «higiene» para posteriormente abordar el de «higiene mental». Según el médico

La higiene es la rama más moderna de la Medicina, que tan pronto conoce las causas de las enfermedades, dicta las medidas oportunas para prevenirlas, siendo de tan gran valor práctico sus aplicaciones, que todos los aspectos de la vida se ven beneficiados con su empleo [...]. La Higiene, en una palabra, es la Medicina del porvenir, la que ha de alumbrar el período ideal de los pueblos, en el que se luche contra muchas enfermedades y, en cambio, se padezcan muy pocas, por haber sabido prevenirlas.

Tras hacer referencia a la prevención mediante la vacunación de enfermedades infecciosas como el tifus, la viruela, la rabia, la difteria y la tuberculosis, Martín Cid aclaraba que las medidas preventivas también se debían aplicar al ámbito laboral con el objetivo de evitar accidentes del trabajo; asimismo, enumeraba algunas normas para prevenir las enfermedades profesionales, como la instalación de aspiradores de polvo en atmósferas «pulverulentas», o como medidas para evitar el saturnismo (envenenamiento por el plomo) dirigidas a los «cajistas» de imprenta. El tercer ámbito de actuación de la «higiene» era el medio social, para lo que el médico recomendaba la apertura de dispensarios y consultorios gratuitos con una doble vertiente interrelacionada: la asistencial y, en consecuencia, la preventiva propiamente dicha al evitar el contagio por parte de los enfermos. A continuación, tras haber explicado el término de «higiene», Martín Cid abordaba el concepto de «higiene mental»:

Ya que tenéis claro el concepto de Higiene, comprenderéis lo que es la Higiene mental. Es la parte de la Psiquiatría que persigue fundamen-



Valence. Prison Modèle. Visite de délégués.

Devant l'entrée intérieure de la prison. De gauche à droite: Dr Luna (médecin de la prison), Balta (délégué-adjoint CICR à Valence), M. Beck (agent consu lairesuisse à Valence), le directeur de la prison, Dr Marti, un gardien-chef.

Archivo CICR. V-p-hist-02221-13aT.



Valence. Prison Modèle vue d'avion.

Archivo CICR. V-p-hist-02221-14aT.



Valence. Prison Modèle. Le grand patio-promenade.
Archivo CICR. V-p-hist-02221-23aT.



Valence. Prison des femmes. Vue du bâtiment.
Archivo CICR. V-p-hist-02221-24aT.