

# Cronos

*Cuadernos Valencianos de Historia de la Medicina y de la Ciencia*

men 4

Número 1-2

2001

CUADERNOS VALENCIANOS DE HISTORIA DE LA  
MEDICINA Y DE LA CIENCIA

*Fundador*

JOSÉ MARÍA LÓPEZ PIÑERO

Serie D (Revista)

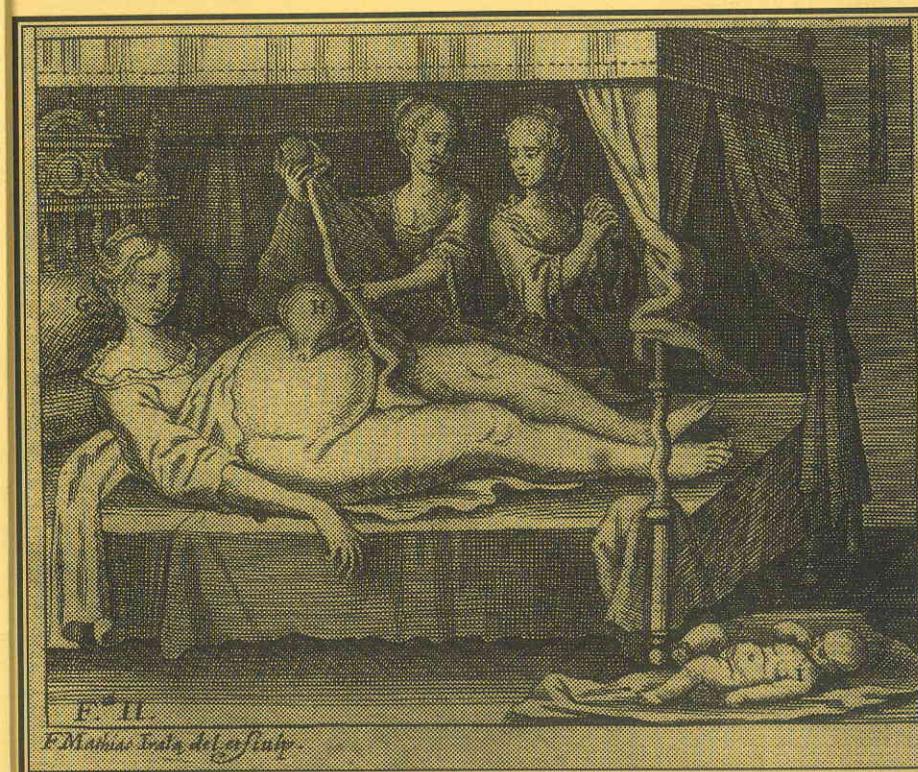
Los CUADERNOS VALENCIANOS DE HISTORIA DE  
LA MEDICINA Y DE LA CIENCIA son una publicación  
que aparece de forma irregular en cuatro series:

- SERIE A (Monografías)
- SERIE B (Textos clásicos)
- SERIE C (Repertorios bio-bibliográficos)
- SERIE D (Revista)

La correspondencia deberá ser dirigida a:

INSTITUTO DE HISTORIA DE LA CIENCIA  
Y DOCUMENTACIÓN LÓPEZ PIÑERO  
Universitat de València - C.S.I.C.

Avda. Blasco Ibáñez, 17  
46010 Valencia (España)



Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación  
Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero  
UNIVERSITAT DE VALÈNCIA  
C.S.I.C.

# Cronos

## Directores

Víctor Navarro Brotóns y José Luis Fresquet Febrer

## Consejo de Redacción

Carla Pilar Aguirre Marco, María José Báguena Cervellera, Josep Lluís Barona Vilar, Antonio García Belmar, José Ramón Bertomeu Sánchez, Jesús Catalá Gorgues, María Luz López Terrada, Vicente L. Salavert Fabiani y Cristina Sendra Mocholí

## Secretario de Redacción

Francisco Pelayo López

## Coordinador de reseñas

Jesús Catalá Gorgues

## Edición

Vicente Zorrilla Palau

Colaboran en su edición todos los miembros del Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación de la Universitat de València y del Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero (CSIC-Universitat de València).

*Cronos*. Cuadernos Valencianos de Historia de la Medicina y de la Ciencia. Serie D. Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación (Universitat de València) Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero (U.V.-CSIC).

Facultad de Medicina y Odontología  
Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia (España)  
Teléfono: 96 386 41 64 - Fax: 96 386 40 91  
E-mail: jose.fresquet@uv.es  
<http://www.uv.es/IHCD>

Los originales y libros para reseña deben dirigirse a:  
*Cronos*. Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación  
Universidad de Valencia  
Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia (España)

## Suscripciones:

Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación López Piñero (U.V.-CSIC).  
Facultad de Medicina y Odontología  
Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia (España)  
Teléfono: 96 386 41 64 - Fax: 96 386 40 91

Instituciones: 42 € volumen anual (2 números)  
Particulares: 18 € volumen anual (2 números)

*Cubierta*: Partera mostrando una hernia umbilical *postpartum*. Grabado realizado por Matías de Irala que aparece en el libro de Francisco Suárez de Ribera *Clave Medico-Chirurgica Universal*. Madrid, en la Imprenta de la Viuda de Francisco del Hierro, Vol. I, 1730, pág. 152, estampa VIII.

ISSN: 1139-711X  
Depósito Legal: V. 4.954 - 1998  
Imprime: Artes Gráficas Soler, S. L.

## El Informe sobre la sanidad española (1926) de Charles A. Bailey, enviado de la Fundación Rockefeller\*

Esteban Rodríguez Ocaña\*\*

A consecuencia del acuerdo alcanzado entre la Fundación Rockefeller y el gobierno de España en 1922, un médico experto en salud pública, el neoyorkino Charles A. Bailey (nac. 1876), fue enviado para realizar una doble tarea: estudiar la manera de acabar con la anquilostomiasis de las minas españolas y hacer una labor de prospección, analizando la situación sanitaria para desvelar posibles futuras áreas de colaboración. En este trabajo se da cuenta del contenido del *Report on Public Health in Spain*, fechado en abril de 1926, informe que condensa y argumenta las recomendaciones finales de la misión de Bailey, del que, en el Apéndice Documental, se reproducen algunos fragmentos. Se subraya la distancia entre los estándares norteamericanos y los vigentes en la administración española, así como se pone de manifiesto la cercanía de los planteamientos de «ética administrativa» de la Fundación con las críticas que hacía la izquierda liberal burguesa a la administración pública española.

*The collaboration agreed in between the Rockefeller Foundation and the Spanish Government started with the arrival of a New Yorker physician and public health expert, Charles A. Bailey (born in 1876). He was committed to the study of Hookworm disease in mines as well as to the survey of the general situation of health in Spain, looking to possible areas of common interest. This article reveals the broad contents of his Report on Public Health in Spain, sent out in April 1926, which argues the final recommendations of his mission. Some excerpts are reproduced in Appendix. American and Spanish current standards of health administration were set far apart, as this Report shows, but, noteworthy, there was a great closeness between the ethical basis of the Foundation's main arguments and the critical stance against public administration sustained by Spanish leftist liberals and intellectuals.*

Salud Pública, España, Fundación Rockefeller, administración sanitaria.  
*Public Health, Spain, Rockefeller Foundation, Health administration.*

## Introducción

En trabajos anteriores he señalado que la formación de la Salud Pública española, pese a contar con una legislación similar a las de las naciones europeas vecinas, registró la particularidad de sufrir graves

\* Trabajo realizado con financiación de los proyectos DGICYT PB94-0813-C03-01 y DGEISIC PB97-0782-C03-01. Versiones preliminares se presentaron en el Seminario del Departamento de Historia de la Ciencia del CSIC "Ciencia y regeneración en España, 1868-1936. Regeneracionismo sanitario" (Madrid, octubre 1996) y ante el XI Congreso Nacional de Historia de la Medicina (Santiago, septiembre de 1998).

\*\* Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia. Universidad de Granada. Tel. 958 24 29 43; Fax 958 24 35 13. [erodrig@ugr.es](mailto:erodrig@ugr.es)

deficiencias en dotación y en personal capacitado.<sup>1</sup> Advertí que las acciones modernizadoras aparentemente más eficaces tuvieron un motor exterior, en forma de compromiso o intervención internacional: es el caso de la adopción de la clasificación internacional de causas de muerte, en 1900, la ordenación de la estadística militar, en particular después de 1903, las medidas de sanidad portuaria entre 1909 y 1912, o el inicio del subsidio de maternidad como primer paso hacia el establecimiento del seguro social (conclusiones de la Conferencia de Washington de 1919, refrendadas por España en 1922). Mas como desde 1917 el escenario político interno discurrió por la senda de la confrontación, no hubo ocasión para que la modernización sanitaria se alzara con un puesto preeminente en el horizonte de las preocupaciones sociales.<sup>2</sup>

Dentro de las líneas de trabajo actuales en historia de la medicina y de la salud destaca con interés propio la que se refiere a la dimensión internacional de la acción sanitaria, tanto desde la perspectiva de creación científica como de organización y acciones. Una línea que contó con un librolanzadera, coordinado por Paul Weindling, profesor en Oxford-Brookes y figura destacada en el campo de la historia social de la salud contemporánea, dedicado a las organizaciones y movimientos sanitarios internacionales,<sup>3</sup> y dentro de la cual el estudio de la Fundación Rockefeller ocupa un papel central para el periodo anterior a la constitución de la OMS.<sup>4</sup> El estudio de las relaciones entre la Fundación Rockefeller y España subraya ambos factores —las deficiencias internas y la importancia de la acción internacional— de manera relevante, además de

<sup>1</sup> Rodríguez Ocaña, E. (1992). La estadística en la administración sanitaria española del siglo veinte. En: *Las estadísticas demográfico-sanitarias. Primer Encuentro Marcelino Pascua*. Madrid, Instituto de Salud Carlos III, pp. 35-60. Rodríguez Ocaña, E. (1994). La Salud Pública en España en el contexto europeo, 1890-1925. *Rev. San. Hig. Pub.*, 68 (monográfico Segundo Encuentro Marcelino Pascua), 11-28.

<sup>2</sup> Como se concluía en mi intervención en el II Encuentro Marcelino Pascua, la salud pública se desarrolló en Europa dentro de contextos ideológicamente conciliadores, tales como la unificación nacional (Alemania, Italia), la doctrina del solidarismo (Francia) o la campaña por la eficiencia nacional (Gran Bretaña, Suecia). Para una puesta al día reciente cf. Porter, D., ed. (1994). *The History of Public Health and the Modern State*, Amsterdam: Rodopi [Clio Medica, 26].

<sup>3</sup> Weindling, Paul, ed. (1995). *International health, organizations and movements, 1918-1939*, Cambridge, CUP.

<sup>4</sup> El texto clásico de conjunto es: Fosdick, Raymond B. (1952). *The Story of the Rockefeller Foundation*, London, Odham Press. De los trabajos recientes va dando cuenta la *Newsletter* del Rockefeller Archive Center. Pueden singularizarse algunas importantes contribuciones al aspecto sanitario de la vida de la Fundación, como Brown, E. R. (1976). Public Health in Imperialism, *Amer. J. Pub. Health*, 1976, 66, 897-903; Acheson, Roy (1992). *Wickliffe Rose of the Rockefeller Foundation: 1862-1914*, Cambridge, Killicarn Press; Weindling, Paul (1993). Public Health and Political Stabilization: The Rockefeller Foundation in Central and Eastern Europe between the Two World Wars, *Minerva*, 31, 253-267; Weindling, Paul (1997). Philanthropy and world health: the Rockefeller Foundation and the League of Nations Health Organisation, *Minerva*, 35, 269-281; Palmer, Steven (1998). Central American Encounters with Rockefeller Public Health, 1914-1921, in: Gilbert M. Joseph, Catherine C. LeGrand, Ricardo D. Salvatore, eds., *Close Encounters of Empire. Writing the*

aportarnos un punto de vista nuevo al proceso de constitución de la Sanidad pública española, como es la existencia de una auditoría permanente a lo largo de la etapa primorriverista.

### 1. La misión Rockefeller en España

Las razones y los modos con que entraron en contacto la Fundación Rockefeller y el Gobierno de España, así como las consecuencias de estas relaciones para la Sanidad española, los hemos analizado en otros lugares.<sup>5</sup> Baste señalar ahora que la existencia de la Junta para Ampliación de Estudios y la personalidad de su secretario permanente, José Castillejo (1877-1946), quien sirvió de interlocutor privilegiado, resultó decisiva para animar la acción de la Rockefeller, aprobada en 1922.<sup>6</sup>

El propio Director general de la *International Health Board* (dependencia de la Fundación Rockefeller dispuesta para la intervención en materia sanitaria fuera de Estados Unidos) Wickliffe Rose, defendió la propuesta de conveniar con España, argumentando que la intervención no sólo era solicitada por el Gobierno español como un estímulo externo capaz de prestigiar una reforma, sino que existían fuerzas interiores que conspiraban en el mismo sentido, en particular articuladas en torno a la JAE. Hubo una sintonía perfecta entre la tradición institucionista y la filantropía baptista, amparadas ambas en un aura de fervor por la

*Cultural History of U.S.-Latin American Relations*, Durham and London, Duke University Press, 311-332; Abel, Christopher (1995). External Philanthropy and Domestic Change in Colombian Health Care: The Role of the Rockefeller Foundation, ca. 1920-1950, *Hispanic American Historical Review*, 75, 339-376; Giannuli, Dimitra (1998). "Repeated Disappointment": The Rockefeller Foundation and the Reform of the Greek Public Health System, 1929-1940, *Bull. Hist. Med.*, 72, 47-72; Birn, A.E.; Solorzano, A. (1999). Public health policy paradoxes: science and politics in the Rockefeller Foundation's hookworm campaign in Mexico in the 1920s, *Social Science and Medicine*, 49, 1197-1214; Löwy, Ilana; Zylberman, Patrick, eds. (2000). *Medicine as a social instrument: Rockefeller Foundation, 1913-45*, *Stud. Hist. Phil. Biol. Biomed. Sci.*, 31 (3) [monográfico].

<sup>5</sup> Rodríguez Ocaña, E.; Bernabeu Mestre, Josep; Barona, Josep Lluís (1998). La Fundación Rockefeller y España, 1916-1925. Un acuerdo para la modernización científica y sanitaria. En: J.L. García Hourcade, J. M. Moreno Yuste y G. Ruiz Hernández (coords.), *Estudios de Historia de las técnicas, la arqueología industrial y las ciencias. VI Congreso de la S.E.H.C.Y.T., Segovia-La Granja, septiembre 1996*, Salamanca, Consejería de Educación y Cultura, Junta de Castilla y León, vol. II, 531-539. Sobre las consecuencias de estos acuerdos en materia sanitaria, cf. Rodríguez Ocaña, E. La intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la Sanidad contemporánea en España., *Revista Española de Salud Pública*, 2000, 74 Inº monográfico, Centenario de Marcelino Pascua Martínez, 1897-1977, 27-34, y Foreign Expertise, Political Pragmatism and Professional Elite: The Rockefeller Foundation in Spain, 1919-39, *Studies in History and Philosophy of Biology and Biomedical Science*, 2000, 31 (3), 447-461.

<sup>6</sup> Nada que ver con la idea transmitida por Rico Avello, C. (1969). *Historia de la Sanidad española, 1900-1925*, Madrid, Imp. E. Giménez, que hace recaer en Francisco Murillo el mérito en cerrar estos acuerdos.

ciencia como solución suprema a los males de la humanidad. Los papeles que se conservan acerca de las entrevistas y correspondencia cruzada entre Rose y Castillejo nos desvelan almas gemelas.

El contenido del acuerdo de colaboración cubría dos fases. En un primer momento se enviaría un sanitario cualificado para acometer un estudio sobre la extensión de la anquilostomiasis en España y proponer medidas para su erradicación; la segunda fase, facultativa en función de la marcha de la primera, consistiría en una actuación piloto de Salud Pública integral en algún punto de España, municipio o zona. El texto aprobado por la IHB indicaba que «mientras el delegado de la Junta Internacional de Sanidad realizara [la primera] tarea, estudiaría la situación general para ver si era posible plantear la experiencia de organizar un programa de salud en una comunidad determinada».<sup>7</sup>

## 2. El informador

La persona destinada a España fue Charles A. Bailey, neoyorquino nacido en 1876, médico licenciado por el *Long Island College Hospital* (1898), antiguo miembro de la Sanidad de los Estados Unidos y enrolado por la Fundación Rockefeller desde 1916 hasta su jubilación en 1941. Antes de enviarlo a Europa, se le retiró de El Salvador, donde había estado destinado varios años, para hacerle cursar en la Johns Hopkins el curso regular de Salud Pública. Llegó a España en diciembre de 1924 y de inmediato se dedicó, con competencia y buen tino, a su investigación en las comarcas mineras. Para ello necesitó viajar por la Península y entrar en contacto con autoridades y sanitarios de distintos lugares y niveles de competencias. Sus instrucciones, como hemos visto, le convertían en una suerte de auditor o agente secreto sanitario, encargado de examinar qué cosas pudieran merecer el apoyo de la IHB. Su estancia acabó a mediados de 1926, aunque siguió ligado a los proyectos de la Fundación en España desde la oficina de París hasta 1930.

La ausencia de fuentes administrativas españolas impide que podamos conocer si el Gobierno español recibió comunicación oficial de los términos exactos de la decisión de la Fundación. Pero, bien fuera porque Castillejo lo explicara, oficial o extraoficialmente, bien porque Bailey hiciera muy bien su trabajo, a los pocos meses de su llegada, el Director general de Sanidad, Murillo, planteó al jefe de la delegación europea de la IHB, Selkskar Gunn, la conveniencia de que Bailey realizara un infor-

<sup>7</sup> *Request from the Government of Spain*, p. 4. Rockefeller Archive Center (RAC), Rockefeller Foundation (RF), Record group 5, Series 1.2, Box 148, Folder 1959 (en adelante se citará por el mismo orden, sin repetir la denominación de los distintos apartados documentales).

me general sobre la situación sanitaria del Reino.<sup>8</sup> El interés de las máximas autoridades gubernamentales, incluyendo al Rey, en todo caso iba encaminado hacia la consecución del apoyo financiero de la Fundación que permitiera desarrollar una ambiciosa política de construcciones sanitarias, puesto que consideraban un agravio comparativo las inversiones de la Rockefeller para fundar Institutos Nacionales de Higiene en otros países europeos.<sup>9</sup> Resulta llamativo que la «historia oficial» de la Fundación Rockefeller, años después, no resista la tentación de apuntar la construcción de la Escuela Nacional de Sanidad de Madrid (aunque matizando que «ligada a un sistema de becas») a la imponente lista de centros superiores creados por el patrocinio directo de la Fundación (Praga, Varsovia, Londres, Toronto, Copenhague, Budapest, Oslo, Atenas, Belgrado, Zagreb, Cluj, Ankara, Sofía, Roma, Tokio, Bucarest, Estocolmo, Calcuta, Manila, Sao Paulo, Michigan), si bien este patrocinio directo fue algo a lo que se negaron en redondo los enviados de la misma, desde Charles Bailey en los años veinte hasta R.R. Struthers en los primeros cincuenta.<sup>10</sup>

Al mismo tiempo que sus contactos oficiales, Bailey construyó una red de corresponsales seleccionados a partir de los contactos previos entre Rose y Castillejo, entre los que Gustavo Pittaluga (1876-1956) ocupó el lugar más destacado. Estos fueron creando una red de apoyo social a los empeños del agente Bailey, sin que por ello dejaran de atraerlo hacia sus posiciones.

Sus primeras impresiones desde Madrid (diciembre de 1924) revelan el choque que le produjo el contacto con la realidad española (como destino europeo de este norteamericano), después de haber conocido Londres y París. Por fortuna para él, esa primera amarga sensación se moderó después de unos días de aclimatación y luego de anudados algunos conocimientos personales, comenzando por José Castillejo. Desde su primer despacho, todos son elogios hacia éste: con cien como él no viviría España en la Edad Media, escribió textualmente.<sup>11</sup>

Su gestión resultó muy eficiente, se ganó el respeto y la confianza de las autoridades y de los círculos cercanos a Castillejo y a Pittaluga, a quienes, a su vez, respetó y admiró sin ambages. La *Memoria* de la J.A.E. para los cursos 1924-25 y 1925-26, publicada en Madrid en 1927, trans-

<sup>8</sup> Gunn a Russell, 23-04-1925, RAC, RF, 5, 1.2, 238, 3059.

<sup>9</sup> La entrevista que mantuvo el enviado norteamericano con el Rey fue cordial, mostrando el monarca interés por el estado de la lucha contra la tuberculosis y contra el paludismo; pero, según Bailey, acabó de forma inesperada con las siguientes palabras de S.M.: «La RF ha invertido millones de dólares en muchos países de Europa, pero nada en España: espero que no nos pase por alto». Según los Diarios de Gunn, enero de 1926, RAC, RF, 5, 1.2, 273, 3462.

<sup>10</sup> Fosdick, R. B. (1952). *The Story of the Rockefeller Foundation*, op. cit., p. 59.

<sup>11</sup> Bailey a Russell, 21-12-1924, RAC, RF, 5, 1.2, 207, 2648.

mitía el siguiente juicio: «El tacto y la pericia del doctor Bailey han conseguido allanar todo género de obstáculos, y su conocimiento del país lo coloca en condiciones de prestarnos inapreciables servicios» (p. 177). No es de extrañar que, de manera consecutiva, sus jefes norteamericanos tuvieran en alto aprecio su trabajo.<sup>12</sup>

### 3. *El informe, una visión catastrofista de la sanidad española*

El *Report on Public Health in Spain*, fue enviado a Nueva York en abril de 1926. Aunque su autor se lamentó de no haber tenido tiempo de corregirlo, este *Informe* está estructurado con claridad y contiene noticias muy precisas para nuestro interés, resumen de sus viajes, contactos y reflexiones. Además, en unión de la correspondencia mantenida con su superior inmediato, el jefe de la oficina europea, Selskar Gunn, y el director general de la IHB, Frederick F. Russell, forma un cuerpo documental de una visión exterior y especializada del estado sanitario de la España de los años 20, que puede caracterizarse como una auténtica auditoría.

El Informe de Bailey ocupa 193 páginas mecanografiadas. Una introducción de diez páginas presenta los datos fundamentales geográficos, económicos, políticos y culturales de España. A continuación, examina la estructura y funcionamiento de la administración sanitaria, en sus niveles central, provincial y municipal. Sigue el propio organigrama de los mismos, de manera que, para comentar la Dirección general de Sanidad, repasa las tres secciones (sanidad exterior, interior e instituciones sanitarias) en que se articulaba ésta. Se fija en detalles como el número, la distribución y la remuneración del personal, así como da cuenta de una serie de visitas puntuales a distintos centros. Así, dentro de su repaso a la Inspección general de Sanidad interior, relata su contacto directo con las Brigadas sanitarias o Institutos de higiene provinciales de Jaén, Sevilla, Córdoba, Vizcaya, Oviedo, Málaga, Valencia, Barcelona, Toledo, Palencia y La Coruña. Explica su dotación tecnológica y en personal, las actividades de las que halla constancia (en general, muy escasas) y anota unas mínimas estadísticas demosanitarias (población, tasas de mortalidad general, infantil, por tbc) correspondientes a 1924. En el caso de Oviedo habla además del problema del alcoholismo y en Barcelona, más que de la organización provincial, habla del Instituto municipal de Higiene, de la Maternidad, el Hospital del Mar y el Dispensario antituberculoso. Dentro de Instituciones sanitarias, visita sus centros adscritos, el Instituto

<sup>12</sup> Elogios para el buen hacer de Bailey, entre otros momentos, se encuentran en carta de su superior en Europa, Selskar Gunn, al Presidente de la Fundación, Vincent, de fecha 5 de febrero de 1929. RAC, RF, 1.1, 795, 2, 13.

Nacional de Higiene, el Hospital del Rey, la Brigada sanitaria central, el Sanatorio antituberculoso Lago y los preventorios infantiles de Oza, Pedrosa y la Malvarrosa. Para cerrar el apartado central, expone la plantilla completa de la DGS (número y remuneraciones: en inspectores de sanidad exterior, sanidad provincial, instituciones sanitarias y brigada central), que ascendía a 158 titulados superiores.

El siguiente apartado se titula «Estadísticas demográficas», y luego de exponer la confección de las mismas y su relación con la DGS,<sup>13</sup> reproduce una serie de datos cuantitativos sobre las distintas variables demográfico-sanitarias de interés, referidas al año 1924, en particular las tasas de mortalidad infantil y general y específicas por algunas enfermedades infectocontagiosas (fiebre tifoidea, tuberculosis pulmonar, sarampión, tosferina, difteria, viruela, escarlatina). Añade un diagrama de barras que muestra las diez provincias con peores indicadores de mortalidad y un cuadro resumen en el que, expuesta por quinquenios, la tasa de mortalidad general se ve descender paulatinamente, con la excepción del quinquenio 1915-1919. Este apartado ilustra la visión epidemiológica de base poblacional que sustentaba el acercamiento de la escuela norteamericana a los problemas de la salud pública. No sorprende, por tanto, que en muchos de sus informes sobre los organismos provinciales de sanidad Bailey se extrañe de la ausencia de la recogida de datos provinciales sobre morbi-mortalidad, cuyo conocimiento y comentario consideraba esencial para el correcto desempeño de una labor inspectora.

Como «enfermedades transmisibles» reúne todos los datos en otro apartado, también por quinquenios, y comenta las peculiaridades de la declaración obligatoria, así como discute la presencia de fiebre tifoidea, viruela, tifus, fiebre de Malta, cáncer, anquilostomiasis, lepra, paludismo, tuberculosis, enfermedades venéreas y tracoma, sobre las que explica su incidencia, las medidas sanitarias a que dan lugar y explora, en su caso, los centros específicamente destinados a prevenirlas o tratarlas. Dentro de este capítulo aparece una mención separada al problema de la homologación de sueros y vacunas, con el conflicto suscitado por la mezcla de intereses privados y públicos en su gestión (recordemos que varios de los dirigentes del Instituto Nacional de Higiene, con Tello, su director, a la cabeza, habían creado una empresa para comercializar sus propios sueros, THRIF). Los apartados dedicados a la anquilostomiasis y paludismo son los más extensos, por nutrirse, el primero (en anexo) del informe de la misión primitiva de Bailey en los territorios mineros, y los de la Comisión Central Antipalúdica, que ilustra con numerosas fotografías propias de su viaje por los Dispensarios de Navalmoral de la Mata, Jariz,

<sup>13</sup> Cf. Rodríguez Ocaña, E.; Bernabeu, J. (1997). Physicians and Statisticians. Two Ways of Creating the Health Statistics in Spain. *Continuity and Change*, 12 (2), 247-264.

Jarandilla, Talavera de la Reina, Alcolea y Fuente Ovejuna, en el otro caso.

Las últimas treinta páginas repasan los problemas de la salud infantil, la enfermería, la higiene rural, la educación sanitaria, la Junta de Ampliación de Estudios e Investigaciones Científicas y los hospitales. Como apéndices, además de su informe sobre la uncinariasis, incluye el presupuesto nacional para el año en curso y modelos de distintos documentos demográficos y de la comisión antipalúdica.

El texto finaliza con tres conclusiones: conceder muchas becas para el extranjero, apoyar económicamente los trabajos antipalúdicos y subvencionar la campaña contra la anquilostomiasis minera. Las tres fueron seguidas por la IHB y su sucesora, la *International Health Division* (desde 1927).

Como hemos advertido, se trata de una auditoría desempeñada de manera harto crítica por el experto norteamericano, quien no se recata en subrayar, una y otra vez, los rasgos de atraso, desidia, falta de preparación y de motivación. Los parabienes son escasos, apenas las menciones del trabajo antipalúdico y el de Sayé y, en general, del Instituto de Higiene Urbana barcelonés. Bailey encontraba bien, cuando la había, la dotación técnica de las instituciones oficiales de sanidad, sólo que muy poco usada. Fue algo que ya le impresionó en su primer viaje por las provincias mineras del Sur de España, donde encontró los equipos empaquetados y el parque sanitario muy digno de su nombre, porque sólo servía como almacén.<sup>14</sup> Eso explicaba que ni siquiera donde existían laboratorios bacteriológicos oficiales se realizara la vigilancia permanente de las aguas potables y de la leche (salvo excepciones como en Bilbao, aunque allí se carecía de Instituto Provincial). Tampoco se tomaban medidas sistemáticas para solucionar su contaminación.<sup>15</sup> La relevancia que se daba a la desinfección, como «supremo recurso» de actuación sanitaria podía con los nervios de Bailey.<sup>16</sup>

Algunos de los principales reproches que puso Bailey a la organización sanitaria coinciden claramente con los que eran moneda común entre la minoría médica filoinstitucionista. Por ejemplo, que existía un exceso legislativo deudor de la sospecha de que se escribía mucho en la *Gaceta* para no cumplirlo. Otro de éstos se refería a la estructura burocrática de los cuerpos sanitarios, calificada como rígida, generadora de comportamientos muy poco flexibles desde la perspectiva funcional (resistencia

<sup>14</sup> Bailey a Gunn, 22-01-1925, RAC, RF, 5, 1.2, 238, 3060. Del *Report*: «La ciudad de Oviedo posee un laboratorio químico y bacteriológico, así como un parque de desinfección con muchos aparatos, pero apenas hay pruebas de que se trabaje en el laboratorio», p. 36.

<sup>15</sup> *Report*, p. 22.

<sup>16</sup> «The sheet anchor and panacea for all sanitation is terminal disinfection and every municipality is equipped with disinfecting apparatus and personnel if nothing else [...]», *Report*, p. 77.

a cambiar, amparándose en la «plaza por oposición»), al mismo tiempo que escasamente eficiente.

En efecto, como ya observaran los primeros enviados de la Fundación Rockefeller en 1920, el desempeño de un puesto oficial siempre a tiempo parcial no era, en el mejor de los casos, sino una actividad complementaria a la práctica privada o una vía para acceder a otros puestos más ventajosos. Bailey se escandalizaba al advertir detalles como que el Instituto de Alfonso XIII estaba habitado sólo de 4 a 6 de la tarde,<sup>17</sup> y vacío en más de un tercio de sus instalaciones, o que no hubiera ningún jefe de sección de la D.G.S. en su puesto antes de las 11 o 11.30 de la mañana, cuando el horario de oficina comenzaba a las 10.<sup>18</sup> Otra causa de sorpresa era la delgada o inexistente frontera entre la responsabilidad pública y el provecho privado; por ejemplo que varios de los altos cargos del Instituto Nacional de Higiene mantuvieran un laboratorio particular de fabricación de sueros, como hemos comentado, en competencia con el propio Instituto, o que Murillo, sin renunciar a la Dirección general, asumiera el cargo de jefe de la oficina de verificación de productos bioterapéuticos, siendo dueño de una empresa que los fabricaba.

Recordemos que, desde la perspectiva institucionista, la modernización de España debía apoyarse en la ciencia, la ética y la educación. El movimiento crítico intelectual de los años 1910s aspiró a conseguir nuevos individuos formados a través de una *pedagogía social* que eventualmente incluiría el dominio de las ciencias de laboratorio. Cada individuo nuevo actuaría entonces como núcleo de cristalización en su entorno para hacer viable una sociedad moderna, una nueva España. Esta combinación de libertad, formación y competencia se seguiría, de manera natural, de la autonomía de los cuerpos profesionales y conduciría a la apertura de espacios técnicos en las administraciones públicas liberados de las «viejas» ataduras políticas y ocupados exclusivamente por criterios de competencia.<sup>19</sup> Las palabras de José Ortega y Gasset (1883-1955), procedentes de uno de sus más famosos artículos de 1913, subrayaban esta posición:

<sup>17</sup> Gunn a Russell, 17-11-1925, RAC, RF, 5, 1.2, 238, 3059.

<sup>18</sup> *Report*, p. 13.

<sup>19</sup> Villacorta Baños, F. (1980). *Burguesía y cultura. Los intelectuales españoles en la sociedad liberal, 1808-1931*, Madrid, Siglo XXI, en especial los capítulos 4 y 5, pp. 90-155. Sobre el nuevo nacimiento de la nación, véase Álvarez Junco, J. (1997). «El nacionalismo español como mito movilizador. Cuatro guerras», en R. Cruz y M. Pérez Ledesma, eds. *Cultura y movilización en la España contemporánea*, Madrid, Alianza Editorial, pp. 53-56.

«Una nueva España sólo es posible si se unen estos dos términos: democracia y competencia. La instauración de la democracia sólo es posible en España mediante la revolución de la competencia».<sup>20</sup>

Desde este punto de vista, la administración sanitaria existente hasta el momento aparecía manchada por el peor de los estigmas, en tanto que nacida de un estado corrupto y primitivo dominado por el clientelismo. De nuevo con palabras de Ortega: «entre nosotros [...] la dirección de las actividades técnicas se halla irremisiblemente vinculada a la incompetencia de la política y la ejecución de ellas a la incompetencia del escalafón [...]»<sup>21</sup>. En línea práctica con estos planteamientos, Pittaluga había propuesto en 1920 una modalidad de intervención sanitaria contra el paludismo que combinaba la competencia de sus técnicos con el alejamiento de la burocracia, al plasmarse como una entidad autónoma, no vinculada por tanto jerárquica ni financieramente a la Dirección general de Sanidad, pero que sólo subsistió en su versión original hasta finales de 1924.

Los problemas que Bailey identificó como burocracia rígida, trabajo a tiempo parcial y abusos por parte de los funcionarios públicos se alinean con las críticas contemporáneas emitidas por la izquierda burguesa contra la administración del Estado, como podemos observar en la revista *España* (fundada en 1915 por Ortega —en colaboración, entre otros, con Pittaluga— y cerrada por el régimen militar en 1923, cuando la dirigía Manuel Azaña). Varios artículos subrayaban que el tipo de administración pública existente conducía a la paradoja de «la privatización de los bienes sociales y la nacionalización de los vicios individuales», y en ellos se criticaba también el bajo nivel salarial y la dependencia caciquil.<sup>22</sup> Contra tal situación, la receta de la revista *España* incluía «moralidad y competencia» como bases de una reforma y la recomendación de preparar a los funcionarios de manera adecuada y aumentarles el sueldo. Azaña, el futuro Primer Ministro y Presidente de la República, como columnista político, defendió en estas páginas la opinión de que los funcionarios públicos debían seleccionarse entre los profesionales mejor formados.

<sup>20</sup> José Ortega y Gasset (1913). Competencia, *El Imparcial*, 9 de febrero. Véase Elorza, A. (1984). *La razón y la sombra. Una lectura política de José Ortega y Gasset*, Barcelona, Anagrama; Rockwell, G. (1994). *El imperativo de la modernidad. Una biografía intelectual de José Ortega y Gasset*, Madrid, Espasa Calpe; Morán, G. (1998). *El maestro en el erial. Ortega y Gasset y la cultura del franquismo*, Barcelona, Tusquets.

<sup>21</sup> Ortega y Gasset (1913), *op. cit.* nota 20.

<sup>22</sup> Parasitismo de Estado, *España* (25 febrero de 1922); Manuel Azaña (1923). Grandeza y servidumbre de los funcionarios, *España* (6 octubre). Cf. M. Tuñón de Lara (1982). «España. Semanario de la vida nacional». Introducción a la edición facsimilar de *España* (Vaduz, 1982), pp. VII-XVII.

En esta línea, los programas económicos de la FR incluyeron siempre fondos para incrementar los sueldos del personal directivo y conseguir dedicaciones exclusivas. En 1927 Sadí de Buen, como Jefe de trabajo de campo de la Comisión Antipalúdica, en 1929 Francisco Ruiz Morote, como Inspector provincial de Sanidad de Cáceres director del programa piloto de intervención sanitaria integral, y en 1930 Marcelino Pascua, como Jefe del nuevo Servicio de Estadísticas Sanitarias —todos becarios de la FR— fueron los primeros médicos que trabajaron a tiempo completo en la Dirección General de Sanidad, como más adelante ocurriría con otros becarios de la Fundación, mientras que las primeras plazas creadas con esa consideración lo fueron dentro del servicio sanitario colonial, en concreto las de Director jefe y la de Secretario y jefe de laboratorio de servicios sanitarios en el Golfo de Guinea, posiblemente por consejo de Pittaluga.<sup>23</sup>

Por todo ello, su autor concluía con el diagnóstico del «carácter primitivo» de la sanidad hispana, a la que sobraban afanes constructores y empeño por desinfectar mientras escaseaba el personal bien cualificado y dedicado a su trabajo. El punto básico radicaba en el «terrible» estilo de trabajo a tiempo parcial. El sustituto de Gunn en la oficina europea afirmó, en uno de sus primeros contactos con España, que conseguir una administración con dedicación exclusiva era un obstáculo prácticamente insuperable.<sup>24</sup> La escasez de datos de base poblacional, así como un entendimiento anticuado, excesivamente pasteuriano, de la tarea sanitaria eran lacras del sistema. Como expresó a sus superiores en marzo de 1926, en un anticipo de los contenidos del posterior *Report*: «La sanidad (española) es un desastre».<sup>25</sup> Hasta tal punto que se le ocurría pensar que la organización sanitaria no había tenido nada que ver con la mejora de la mortalidad registrada en los últimos diez años; sólo las mejores condiciones de vida y los mayores salarios serían explicación suficiente.

<sup>23</sup> Rodríguez Ocaña, E. (2001). La Salud Pública en la España de la primera mitad del siglo XX. En: Juan Atenza y José Martínez, eds., *El Centro Secundario de Higiene rural de Talavera de la Reina y la sanidad española de su tiempo*, Toledo, Junta de Comunidades de Castilla la Mancha, pp. 21-42.

<sup>24</sup> G.K. Strode's Diary. Spain, May 1-10, 1930 (continued), RAC, RF, 1.1, 795, 2, 15. Los mismos problemas existieron en Estados Unidos, cf. Brown, E. R. (1979). *Rockefeller Medicine Men. Medicine and Capitalism in America*. Berkeley, University of California Press, 1979, pp. 164-187.

<sup>25</sup> «The whole public health service is fundamentally wrong, literally one might say almost non-functioning». Bailey a Gunn, 18-03-1926 (enviada a Russell, 9-04-1926), RAC, RF, 5, 1.2, 273, 3464.

### Apéndice documental

Rockefeller Archive Center, R.G. 1.1. Projects, S. 795 Spain, B. 1, F. 2.  
*Sanidad en España*

#### [Oficio de remisión]

Dr. F.F. Russell  
International Health Board  
61, Broadway  
New York City

7 de abril de 1926

Estimado Dr. Russell:

Tengo el honor de adjuntar el informe sobre Salud pública en España.

Con fecha 12 de agosto de 1919, el Sr. José Castilejo, director de la Junta para Ampliación de Estudios, en nombre de su gobierno, pidió a la *International Health Board* que enviase una representación a Madrid para tratar con las autoridades gubernativas acerca de una posible cooperación en el terreno de la salud pública.

Renovada esta invitación, el Dr. Wickliffe Rose y el Dr. Williams visitaron España en febrero de 1920; se entrevistaron con autoridades del gobierno y otras en Madrid, hablaron con gobernadores civiles e inspectores de sanidad en las provincias de Córdoba, Sevilla y Granada e hicieron un somero repaso a las necesidades de salud pública y de la administración sanitaria, tanto central como local.

Llegué a Madrid en diciembre de 1924 y en el siguiente mes de abril empecé a estudiar la infección por anquilostomiasis en las minas, cuyo informe añadido como apéndice.

Una vez terminada esta tarea, procedí a analizar el estado sanitario del país.

Estas investigaciones muestran que la anquilostomiasis alcanza niveles considerables en las minas; que los problemas sanitarios de España son muchos y que la mayoría de ellos están sin resolver; que existe una necesidad grande de personal sanitario con formación práctica y que la organización sanitaria central debiera ser transformada de forma sustancial. Una intervención sanitaria ejemplar prestaría un gran servicio a este país, pero sin personal entrenado y bajo la actual organización sanitaria, yo creo que tal intervención sería prácticamente imposible de realizar y, por tanto, es mi deber desaconsejarla.

Opino que la forma más práctica de ayudar a este país por el momento sería proporcionar un número elevado de becas y ayudar al gobierno en la prevención de la anquilostomiasis y en la campaña contra el paludismo, tal y como señalo en mis recomendaciones.

Lamento que el tiempo no me permita corregir el estilo de este informe antes de enviarlo. Quiero expresar mi agradecimiento más sincero a la señorita May Loftus, de la oficina de París, por su valiosa ayuda en la preparación de este informe.

Respectuosamente suyo  
Firmado, Charles A. Bailey  
Jefe de misión en España

#### [Reproducción de algunos fragmentos del Informe]

##### *Organización de la Dirección general de Sanidad*

La DGS está formada por tres secciones o divisiones que se describen en el capítulo siguiente. El personal, técnico o de oficio, entra a trabajar en alguna de estas secciones mediante oposición, y no puede ser transferido a ninguna otra. Una disposición reciente determinó que sólo hacía falta una oposición para conseguir plaza en esta DGS, en cualquiera de sus tres secciones, a partir del 1º de enero de 1926. Sin embargo, no se ha hecho nada para permitir el traslado de los actuales componentes de estas secciones, en número de varios centenares, y existe bastante oposición contra cualquier reforma parecida, tanto entre el personal de a pie como entre sus jefes. Cada uno de los funcionarios ingresó mediante una oposición para un servicio concreto y fue asignado por real decreto a un puesto específico, de forma que existe gran oposición a cualquier unión, cambio o alteración de los servicios. Estos puestos son, en muchos casos, simplemente una ocupación secundaria y se emplean como trampolín para obtener trabajos mejores.

Los sueldos comienzan siendo de 5.000 ptas al año y sólo pueden aumentar por avance en el escalafón, lo cual depende a su vez de que se produzca la renuncia, muerte o destitución de otro miembro del servicio. El Director general recibe 15.000 ptas al año, los jefes de sección 12.000 y el salario más alto que puede ganar un funcionario en cualquier otro puesto es de 10.000 ptas. Todos estos sueldos están sujetos a un impuesto sobre la renta que varía desde el 11,75% sobre los sueldos de 5.000 ptas hasta el 16% para los de 12.000 ptas.

Las oficinas centrales de la Dirección general de Sanidad se encuentran en el edificio del Ministerio de Gobernación y las horas de oficina son de 10 a 1, aunque los jefes de sección no suelen llegar a sus respectivos despachos antes de las 11 o 11,30.

*Inspección general de Sanidad Interior*

La función de esta sección es la vigilancia de la sanidad provincial. Está dirigida por un jefe de servicio médico y un ayudante médico, con oficinas en la Dirección general de Sanidad en Madrid.

El servicio se compone de 49 inspectores médicos, uno por cada una de las provincias, así como una Brigada sanitaria, creadas por RD de 21 de septiembre de 1921, también, presumiblemente, en cada provincia. Sin embargo, esta Brigada no se ha hecho realidad en numerosas provincias. El 24 de octubre de 1925 se promulgó un nuevo decreto que las transformaba en *Instituto provincial de Higiene*. A este Instituto corresponde la siguiente dotación: un bacteriólogo, un analista, un veterinario, uno o dos practicantes, otro funcionario médico responsable de los servicios de desinfección, un laboratorio, un animalario, un garaje para guardar las ambulancias motorizadas, aparatos motorizados y manuales de desinfección, tiendas de campaña, camillas, etc., así como un dispensario para el tratamiento de prostitutas enfermas de venéreas.

El R.D. de 24 de octubre de 1925 por el que se crean los Institutos provinciales de Higiene, plantea que deben estar compuestos por al menos tres secciones, a saber: 1.- Epidemiología y desinfección; 2.- Laboratorio químico (el bacteriológico no consta que sea requisito obligado); 3.- Inmunización (tifoidea, rabia y viruela). También dispone que deben preparar propaganda sanitaria en relación con estadísticas, dar cursos de salud pública a los médicos de la provincia y establecer en cada municipio subbrigadas sanitarias dotadas con material de desinfección, todas bajo la dirección de un inspector municipal de sanidad. El Instituto Provincial de Higiene se financia mediante una contribución no superior al 1% del presupuesto total de cada municipio de la provincia, excepto la capital o aquellos municipios de más de 20.000 habitantes o que ya tengan organizado un servicio municipal de sanidad. Además de esta contribución, cada ayuntamiento tiene la obligación de dedicar el 5% de su presupuesto anual a servicio sanitario local.

Los inspectores provinciales de sanidad no recibían ni informes de morbilidad ni informes de mortalidad de los municipios de sus provincias. Por eso, a finales de 1925 el Director general de Sanidad reiteró la orden de efectuar la declaración obligatoria de todas las enfermedades transmisibles, de manera que durante los últimos 2 ó 3 meses algunos inspectores de sanidad han recibido de sus respectivos subdelegados informes de morbilidad muy incompletos, en particular porque los médicos de las ciudades grandes no informan de los casos que ven. Según parece, sólo la imposición de multas conseguiría que se aceptase esta necesaria reforma, pero nadie se atreve a imponerlas ni a cuestionar la sagrada «libertad» individual. No existe campaña ni iniciativa alguna por parte de los servicios centrales sanitarios para animar las declaraciones ni para

explicar las razones que hacen necesaria una adecuada y rápida declaración de los casos de enfermedades transmisibles.

El inspector de Sanidad provincial de Madrid ha ofrecido cinco pesetas por cada caso de fiebre tifoidea, difteria, viruela o tifus del que se le informe en su jurisdicción.

En aquellos lugares donde existen brigada sanitaria y laboratorio, un bacteriólogo y un analista realizan los análisis de agua, leche y alimentos que les pueden solicitar de cualquier lugar de la provincia. Sin embargo, rara vez se hacen análisis bacteriológicos de las aguas potables, excepto, posiblemente, de vez en cuando para la ciudad en la que se encuentre el laboratorio. Habitualmente, el resultado de estos análisis muestra una elevada contaminación por *coli*, sin que se tomen medidas.

En algunas de estas dependencias provinciales se fabrican vacunas y sueros, pese a que pueden obtenerse fácil y rápidamente del Instituto Nacional de Higiene en Madrid. En otros lugares, estos productos se compran en laboratorios privados locales, antes que usar los producidos en el Instituto Nacional de Higiene.

No existe vigilancia bacteriológica sistemática de la leche en ningún lugar del país.

Cada inspector provincial de sanidad dispone de un despacho en el edificio administrativo del Gobierno civil y, en aquellas provincias donde se ha creado una Brigada sanitaria o un Instituto de Higiene, goza de un segundo despacho en estas dependencias.

*Sueldos y remuneraciones.* Los sueldos de los inspectores provinciales de Sanidad, pagados por el Estado, oscilan entre las cinco y las diez mil pesetas al año, menos el habitual impuesto de entre el 11 y el 16%. Los presupuestos anuales de la Sanidad provincial han variado en el pasado entre las 50 y las 100.000 ptas. al año, pero se espera que crezcan considerablemente en el futuro una vez impuesta la obligación de dedicarles un 1% de todos los municipios.

Prácticamente todos los inspectores provinciales de Sanidad tienen consulta o laboratorio privado. La mayoría de ellos sólo dedican una mínima proporción de su tiempo a las tareas oficiales; apenas salen de sus despachos para visitar sus respectivas provincias y tienen un muy escaso conocimiento de las condiciones sanitarias provinciales o ni siquiera de las de la capital en la que residen.

En tanto que técnico del servicio de lucha antivenérea para prostitutas, el inspector provincial recibe una remuneración que procede del dinero obtenido del impuesto municipal que grava las casas de prostitución. Este impuesto varía según la categoría de la casa. En algunas de las ciudades grandes, esta «gratificación» significa una suma bastante considerable.

El reciente decreto de creación del Instituto provincial de Sanidad obliga a que la provincia pague al inspector provincial una remuneración adicional por sus servicios como director del Instituto. Al mismo tiempo, recibe un sueldo por los exámenes médicos que deben pasar los conductores del servicio público. Algunos de los mejores y más progresistas inspectores médicos están abandonando sus trabajos privados para dedicarse a tiempo completo al servicio oficial, dado que la suma de sus sueldos y las distintas «gratificaciones» que perciben les permiten ahora mantener un nivel digno de vida, aunque modesto.

Una vieja disposición prohíbe específicamente que ningún funcionario ni empleado del Gobierno reciba más de un sueldo de fondos públicos. Para superar este obstáculo, en caso de ocupar varios puestos a la vez, cobra un sueldo por uno y «gratificaciones» por los restantes.

### ***Brigadas sanitarias provinciales o Institutos de Higiene visitados***

#### **Provincia de Valencia**

El servicio sanitario consta de una estación desinfectora, con su equipo habitual, y un laboratorio privado, que tiene un contrato por 25 años con la Diputación provincial, a 30.000 ptas al año, para realizar todos los trabajos químicos y bacteriológicos que necesite la provincia y que consisten principalmente en análisis de alimentos y de leche.

El Inspector de sanidad provincial sólo mantiene un despacho en el sucio y desagradable edificio del gobierno civil y no hace nada.

En esta provincia existe un leprosario construido por un sacerdote español, que recibe una pequeña subvención del estado.

También hay un Preventorio para niños, situado a orillas del Mediterráneo. El edificio original se construyó para ser un hotel y se transformó en sanatorio de manera muy deficiente. Está dotado con 70 camas para casos de tuberculosis ósea o articular y dispone de cabida para unos 50 niños predispuestos o débiles. Me pareció sucio y mal organizado.

El Inspector sanitario de puerto de esta provincia y su ayudante médico tienen unas oficinas dignas en la ciudad y además un edificio para cuarentenas portuarias, reconocimiento de inmigrantes y laboratorio unas manzanas más allá.

La ciudad de Valencia tiene una población de 330.000 habitantes. En ella no existe ninguna organización sanitaria municipal, salvo las habituales casas de socorro, un dispensario antituberculoso, una clínica de venéreas de las habituales para prostitutas, un segundo dispensario

antivenéreo en construcción y un laboratorio químico inmundo dotado con numeroso personal, que no hace prácticamente nada.

El agua potable la suministra una empresa privada. Se toma del río Turia, a unos 15 Km antes de su paso por la ciudad. El agua entra por la fuerza de la gravedad en tanques de sedimentación, desde donde se bombea a lechos de arena para su filtrado rápido, de ahí pasa a máquinas de lavar Anderson y después se bombea a filtros de arena lentos, de donde pasa a los depósitos por gravedad, de ellos a la estación de bombeo, de allí a varios depósitos urbanos y finalmente se distribuye por gravedad para el servicio. Es un sistema muy complicado y costoso de mantener. El usuario paga 63 cts. por m<sup>3</sup> lo que significa que sólo una pequeña porción de la población puede pagarlo, de manera que se mantienen abiertos numerosos pozos en la ciudad. La empresa tiene un laboratorio en sus instalaciones, aunque no existe registro de los análisis de agua.

En el laboratorio municipal se nos informó que el agua se analizaba química y bacteriológicamente dos veces por semana. El informe más reciente en poder del Inspector provincial de sanidad el 21 de octubre estaba fechado a 17 de septiembre y mostraba la ausencia absoluta de *B. coli*.

El alcantarillado es muy viejo y malo y descarga en un pequeño arroyo prácticamente en el corazón de la ciudad. Es probable que la abundancia de casos de fiebre tifoidea pudiera relacionarse con los numerosos pozos negros y de pozos para suministro de agua existentes.

El Hospital provincial está situado en la capital y, aunque mantiene un pabellón para infecciosas, es extraño que reciba casos de ese tipo.

Los problemas de esta provincia son fiebre tifoidea, de malta, tracoma, paludismo y lepra, contra ninguno de los cuales se combate.

### ***Estadísticas en 1924***

Población provincial:	932.144 hab.
Tasa de mortalidad general por 1.000:	18.7
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos:	110.0
Tasa de mortalidad por Tbc pulmonar por 100.000:	126.0