

# *La tardía intervención higiénica en el medio rural español: el caso de la lucha contra la anquilostomiasis, 1910-1960*

---

Esteban Rodríguez Ocaña y Alfredo Menéndez Navarro

## INTRODUCCIÓN

La preocupación por la salud colectiva es un rasgo de los estados modernos y contemporáneos. Durante siglos esta preocupación se mostró episódicamente, en los momentos de amenaza de catástrofe, de modo que al calor de la presencia de la peste, la fiebre amarilla o el cólera se fue modelando una administración sanitaria. Pero el ámbito preciso de la aplicación de las precauciones higiénicas fue el de las aglomeraciones urbanas, portadoras de la modernidad, del desarrollo comercial, industrial y profesional. El mundo rural, pese a ser el lugar en que vivía la mayor parte de la población, quedó al margen de las reflexiones y propuestas de mejora ambiental sugeridas por la Higiene Pública. En España, esta tardía

incorporación del campesinado a las preocupaciones sanitarias se observa en la misma cronología de los movimientos más agresivos e intervencionistas –las campañas sanitarias– alentadas por la Medicina Social<sup>1</sup>. Un caso paradigmático es el del parasitismo endémico que abordamos en este trabajo.

La anquilostomiasis o uncinariasis es un parasitismo intestinal ocasionado por nematodos. Su curso habitual como enfermedad crónica debilitante la convirtió desde finales del siglo XIX en un problema laboral y social de importancia en las regiones en que este parasitismo ha tenido presencia endémica, tradicionalmente zonas agrícolas de las regiones tropicales y templadas.

Las primeras campañas de intervención se desarrollaron en Europa y América a finales

---

<sup>1</sup> Rodríguez Ocaña, Esteban (2005), *Salud Pública en España. Ciencia, profesión y política, siglos XVIII-XX*, Granada, Editorial Universidad de Granada.

del siglo XIX y comienzos del XX, tanto en ámbitos mineros como campesinos. A pesar del carácter eminentemente agrario de la España de la época, la anquilostomiasis fue concebida en nuestro país como un problema minero objeto de intervención estatal en 1912 y 1926, si bien quedó excluida de la legislación compensadora<sup>2</sup>. Sólo a mediados de la década de los veinte, la preocupación por la anquilostomiasis se extendió a las zonas agrícolas, inquietud que se mantuvo tras la Guerra Civil. El objeto de este trabajo es analizar el abordaje que se realizó en nuestro país del problema de la anquilostomiasis en el medio rural, mostrando la fundamentación y desarrollo de las distintas campañas emprendidas o propuestas entre 1910 y 1960. Para ello señalaremos el surgimiento del problema y su recepción en España, sintetizaremos las campañas desarrolladas en el ámbito minero y, por último, analizaremos con detalle las intervenciones desarrolladas en las huertas del Segura y del Jarama.

### «ANEMIA DE LOS MINEROS»: LA APARICIÓN DE LA ANQUI- LOSTOMIASIS EN ESPAÑA

La identificación de microorganismos o parásitos como agentes causales de enfermedades humanas provocó una importante reordenación de los saberes médicos en torno a la enfermedad. Un conjunto de padecimientos de tipo anémico, como la «anemia tropical», «anemia de los túneles» o «anemia de los mineros», entre otras, se fundieron en una entidad unitaria denominada anquilostomia-

sis o uncinariasis, fundada en torno a la existencia de parásitos de alguna de las especies de anquilostoma susceptibles de afectar a los seres humanos, *Anchylostoma duodenale* (identificado en Italia por Angelo Dubini en 1838, endémica en Europa) o *Necator americanus* (detectada en Estados Unidos por Charles Stiles en 1902 y localizada endémicamente también en Asia y África).

A partir de 1880 en Europa, en particular en distritos mineros, y 1900-1901 en Puerto Rico y Estados Unidos, en zonas agrícolas, se comenzó a levantar un mapa de prevalencia de la anquilostomiasis que generó una gran preocupación social<sup>3</sup>. La realización de una encuesta a escala internacional en torno a 1910 desveló la gravedad de la afectación de las zonas tropicales, un cinturón de 30° a cada lado del Ecuador, habitado por unos mil millones de personas.

Por otro lado, entre 1880-1883 se establecieron los elementos fundamentales de la vida del parásito, su transmisión a partir de los huevos depositados en las heces de los afectados (se pensaba que por vía oral, hasta 1903-05 no quedó asumido que la puerta de entrada era básicamente la piel), su diagnóstico mediante examen microscópico de heces y un tratamiento eficaz, con vermífugos como el extracto de éter de helecho macho o el aceite de timol (que, ocasionalmente, producía complicaciones destacables). Todo esto hacía posible descubrirla, evitarla mediante saneamiento de los terrenos y prácticas higiénicas y combatirla en los enfermos. Por ello fue objeto central de atención en sendas reuniones internacionales celebradas en 1903, el Congreso internacional minero y el de

---

<sup>2</sup> El análisis de dichas campañas ha sido objeto de atención en Rodríguez Ocaña, Esteban; Menéndez Navarro, Alfredo (2006), «Higiene contra la anemia de los mineros. La lucha contra la anquilostomiasis en España (1897-1936)», *Asclepio*, 58 (1), 219-248.

Higiene y Demografía de Bruselas, así como se le dedicaron sendas sesiones monográficas en los primeros Congresos internacionales de Enfermedades Profesionales (Roma, 1907, y Bruselas, 1910)<sup>4</sup>.

España permaneció ajena a la secuencia de observaciones y experiencias que iniciaron la instauración de la alarma sobre esta enfermedad parasitaria hasta comienzos del siglo XX. Este retraso podría traducir una tardía llegada del problema, su menor extensión o un padecimiento más moderado. No podemos descartar la posible influencia del lento acceso en el ámbito rural a los recursos de laboratorio necesarios para su diagnóstico. Desde los primeros casos publicados sobre la parasitosis en nuestro país, aparecidos en 1897 en la revista *Industria minera, metalúrgica y mercantil*, hasta la plena incorporación de los saberes en la medicina española en torno a 1912, el problema se identificó como una cuestión ligada a la actividad minera.

Los cotos mineros de la provincia de Jaén, de donde procedían buena parte de los casos comunicados, concitaron la mayor atención. Entre 1904 y 1906, la Real Academia de Medicina de Madrid se convirtió en un activo foro de discusión en torno al problema. El envío de memorias por parte de médicos con ejercicio en dichos cotos comunicando casos de la enfermedad y propuestas de intervención fueron generando el convencimiento de la necesidad de articular una campaña o lucha

sanitaria contra el parásito, similar a las que en esos momentos se desarrollaban contra otras enfermedades sociales. Uno de los autores más activos fue José Codina Castellví (1864-1934), jefe de sala del Hospital General de Madrid<sup>5</sup>.

Las campañas de intervención en diversos países europeos y americanos venían sucediéndose desde finales del siglo XIX: en Bélgica, de ámbito regional a partir de 1899 y con extensión nacional tras el decreto de 7 de agosto de 1900 (la obligación de aplicar tratamiento se estableció el 24 de octubre de 1904); y en Alemania, comenzando por ciertas compañías hulleras de Westfalia en 1892 (extendidas a partir de finales de 1902 y por ley de 13 de julio de 1903).

En un contexto distinto, eminentemente campesino, se desarrollaron campañas en Puerto Rico, a partir de 1904, y en el sur de Estados Unidos, gracias a la intervención de la Comisión Sanitaria para Erradicar la Anquilostomiasis creada en 1909 por la Fundación Rockefeller. El modelo de campaña diseñado por la fundación filantrópica acabaría siendo el canónico: estudio epidemiológico (distribución, incidencia y prevalencia), seguido por una campaña publicitaria para convencer de la existencia de la enfermedad, explicar los recursos que se le podían oponer y ganar el apoyo de la opinión pública y profesional. Una vez alcanzados estos objetivos, se actuaba a través de dispen-

---

3 «Introduction», en *Bibliography of hookworm disease* (1922), New York, Rockefeller Foundation, p. XVII; Dock, G.; Bass, C. C. (1910), *Hookworm disease. Etiology, pathology, diagnosis, prognosis, prophylaxis and treatment*, St. Louis, C.V. Mosby Company, pp. 33-37; Belloni, L.(1972), «L'anemia del Gottardo», *Gesnerus*, 29, 33-44.

4 Codina Castellví, J. (1912), *La anquilostomiasis o anemia de los mineros como enfermedad social, especialmente en España*, Madrid, Eduardo Arias, pp. 37-41. José Úbeda publicó un amplio extracto del congreso bruselense, donde se presentaron al menos quince comunicaciones sobre este problema: Úbeda Correal, J. (1914), *El II Congreso internacional de enfermedades profesionales (Bruselas, 1910)*, Madrid, Suc. Minuesa de los Ríos, pp. 230-250.

5 El conjunto de intervenciones de Codina ante la Academia durante 1905 se recogieron en un folleto Codina, J. (1905), *La anquilostomiasis (anemia de los mineros) en España. Comunicaciones a la Real Academia de Medicina*, Madrid, Est. Tip. Viuda e Hijos de M. Tello.

sarios volantes, expertos en microscopía e inspectores de saneamiento<sup>6</sup>. La Fundación Rockefeller promovió la realización de una encuesta internacional a través de la cual estableció la dimensión global de la amenaza parasitaria. La necesidad de abordar el problema de forma transnacional, dada la movilidad de las poblaciones, así como el éxito local de la intervención motivó la petición de auxilio desde otros países, lo que movió a crear una *International Health Commission* (en adelante, IHC), que en 1916 cambió su nombre a *International Health Board* (IHB) y, entre 1927 y 1951, al definitivo de *International Health Division* (IHD)<sup>7</sup>.

Con motivo de la encuesta internacional mencionada se produjo una primera muestra de interés por España desde la Fundación. Su cuestionario llegó a Madrid en 1911 y le fue remitido a José Codina a través de la Academia de Medicina. Por propia confesión, sabemos que ese fue el estímulo que necesitó para realizar diversas pesquisas epidemiológicas con las que completó una monografía, significativamente titulada *La anquilostomiasis ó anemia de los mineros como enfermedad social, especialmente en España* (1912), que en 1914 envió a la IHC<sup>8</sup>.

La aportación monográfica de Codina permitió, pues, disponer de una exposición actualizada de los conocimientos existentes sobre la biología del parásito, así como sobre el diagnóstico, clínica y tratamiento de la parasitosis

y de los esfuerzos que se realizaban en el mundo frente a ella. A la vez, ofreció la primera aproximación sistemática a su distribución por España, conseguida a través de encuestas circuladas a médicos de diversas cuencas mineras e inspección personal de la zona más preocupante a tenor de lo conocido hasta entonces, los cotos mineros de la provincia de Jaén. A tenor de esas fuentes, el problema se concentraba exclusivamente en la industria extractiva sin mención alguna a la incidencia en el medio campesino. Las minas infectadas se situaban en Jaén, Ciudad Real, Córdoba, Murcia y Asturias, con porcentajes estimados de entre el 2 y el 25% de su población trabajadora. El texto articuló también, sobre la base de un discurso de corte productivista, la consideración de la anquilostomiasis como enfermedad social y planteó la necesidad de establecer una campaña específica orientada a los centros mineros: la realización de un mapa completo del padecimiento, a partir de la implantación obligatoria del examen de heces para todos los solicitantes de trabajo y todos los mineros sospechosos de padecer la parasitosis, instalando un laboratorio en cada cuenca; atención sanitaria a los afectados; saneamiento de las minas infestadas e instalación de letrinas; reparto de una cartilla sanitaria; establecimiento de carnet sanitario personal para cada trabajador; y consideración de la anquilostomiasis como accidente del trabajo.

---

6 Fosdick, R. B. (1952), *The Story of the Rockefeller Foundation*, London, Odham Press pp. 46-49. Sobre la implicación de la Fundación Rockefeller, ver ETTLLING, J. (1981), *The Germ of Laziness*, Cambridge, Mass., Harvard University Press; y (1990) «The role of the Rockefeller Foundation in hookworm research and control» en Schad G. A., Warren K. S. (eds.) *Hookworm disease. Current status and new directions*, Philadelphia, Taylor & Francis, pp. 3-14.

7 Sobre la dimensión sanitaria de la Fundación Rockefeller, lo más reciente es el detallado estudio de Farley, J. (2004), *To Cast Out Disease. A History of the International Health Division of the Rockefeller Foundation* (1913-1951), Oxford, OUP, y el monográfico de *Studies in the History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 2000, 31 (3), que han coordinado Ilana Löwy y Patrick Zylberman, con el título general de *Medicine as a Social Instrument. Rockefeller Foundation, 1913-45*.

8 Codina Castellví, J. (1912). Llama la atención que, aunque dicha relación se explicita en el texto, no se citan los trabajos de la Comisión Sanitaria norteamericana, ni siquiera en bibliografía.

## LA LUCHA CONTRA LA ANQUILOSTOMIASIS EN ESPAÑA: DE LA INSPECCIÓN DE SANIDAD DEL CAMPO A LA INTERVENCIÓN DE LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER

Paradójicamente, las primeras disposiciones legales de la lucha contra la anquilostomiasis en nuestro país se articularon en torno a un organismo creado para la mejora de las condiciones de vida de la población rural: la Inspección de Sanidad del Campo, creada en 1910. La Inspección pertenecía al organigrama de la Dirección General de Agricultura, Minas y Montes y mantuvo su actividad hasta octubre de 1918, bajo la jefatura de Antonio Muñoz (médico del Hospital de la Princesa). Sus objetivos, tal como los expuso la R.O. del Ministerio de Fomento de 14 de julio de 1911, eran el estudio del paludismo, aguas potables y enfermedades que se relacionan con la contaminación hídrica, alimentación de los obreros del campo y enfermedades derivadas de su alteración, fiebre de malta y anquilostomiasis. Para afrontar dicho programa de trabajo se prepararon cuestionarios relativos a cada uno de los aspectos a estudiar, cuya respuesta habían de recabar los 11 inspectores regionales con los que se dotó a través de los médicos titulares o los de minas, en su caso. Sin embargo, su actividad práctica apenas sobrepasó, aparte de lo que aquí se cuenta, la recogida de la información sobre aguas y paludismo<sup>9</sup>.

Familiarizado Muñoz con la enfermedad gracias a su práctica hospitalaria, los resultados de la inspección realizada en el otoño de 1911 en el distrito minero de Linares (publicada por Codina en su monografía de 1912) le lle-

varon a pensar en una prevalencia elevada de la anquilostomiasis y la necesidad consiguiente de una intervención gubernativa. Convencido el ministerio, se dictó una nueva R.O. de Fomento (3 de enero de 1912; *Gaceta* del 22), primera disposición legal sobre profilaxis de tal condición. Las medidas seguían las líneas que ya conocemos; ordenaba que no se admitiera ningún obrero nuevo sin previo reconocimiento de heces; que no se permitiera trabajar en el interior a los parasitados; prohibía, bajo despido, defecar en túneles y galerías; y obligaba a instalar retretes en el interior y lugares de aseo en el exterior de las explotaciones. Asimismo, dispuso de nuevo que por los inspectores de Sanidad del Campo se practicaran visitas de reconocimiento a las zonas mineras sospechosas.

El reglamento general de la entidad sanitaria –característicamente dictado con casi un lustro de retraso desde la constitución de la misma– estableció medidas concretas para realizar la estadística de la anquilostomiasis (R.D. de 8 de agosto de 1916, *Gaceta* del 11). En el mismo número del Diario oficial, una nueva R.O. del Ministerio de Fomento (9 de agosto) reiteraba lo dispuesto en 1912, añadiendo dos aspectos interesantes: la obligación de las empresas de atender a sus obreros enfermos y la habilitación de un laboratorio en cada distrito minero, a disposición de los inspectores de Sanidad del Campo y el auxilio de los médicos de minas, en el que efectuar los diagnósticos y los tratamientos, además de realizar tareas de educación sanitaria. Esto se concretaba en el establecimiento de sanatorios, costeados por las empresas y regidos por la inspección sanitaria indicada. Aunque esta normativa tuvo un nivel de

---

<sup>9</sup> Inspección de Sanidad del Campo (1918), *Avances de los inventarios de Paludismo y Aguas Potables. Datos remitidos por los Inspectores Regionales*. Madrid, Ministerio de Fomento. Dirección General de Agricultura, Minas y Montes.

seguimiento muy variado y no ausente de conflictos, gracias a ella se adoptaron las primeras medidas efectivas contra la enfermedad, particularmente en el distrito minero de Linares-La Carolina<sup>10</sup>.

La intervención de la Fundación Rockefeller en nuestro país, cuyo convenio de colaboración se firmó en 1922, supuso un nuevo impulso a la lucha contra la anquilostomiasis<sup>11</sup>. El convenio marcaba 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 consistiría en una actuación piloto de Salud Pública integral en una zona a determinar<sup>12</sup>. Si bien para los altos responsables sanitarios españoles la anquilostomiasis aparecía como un problema menor, de entre los tres (tuberculosis, anquilostomiasis y paludismo) señalados en la carta que solicitaba expresamente la ayuda de la Fundación Rockefeller, era el que a ésta resultaba más fácil de abordar<sup>13</sup>. Recordemos que, en 1921, la IHB estaba presente como asesora en campañas contra la anquilostomiasis en 41 países,

y se calculaba que había practicado cuatro millones de exámenes fecales y tratado dos millones de casos.

La condición de objetivo táctico que revestía esta lucha no resultó ajena al personal español activo en salud pública, que coincidió con aquélla en su visión preventiva-educativa como medio de adquirir completa legitimidad social. Así lo expresó de forma rotunda en escritos y conferencias de 1927-28 Emilio Luengo, una de las personas del entorno de Gustavo Pittaluga, que ocupó distintos puestos en el Instituto Nacional de Higiene y en la campaña antipalúdica que comenzó en 1920<sup>14</sup>. Según él, la IHB eligió la anquilostomiasis, no por su gravedad ni prevalencia, sino porque «se diagnostica con certeza absoluta fácilmente por medio del laboratorio; puede curarse también con facilidad [...] y [...] puede evitarse, con garantía completa de éxito [mediante] el establecimiento de retretes adecuados y su uso»<sup>15</sup>. Este éxito producirá «la aparición de un sentimiento popular a favor del establecimiento de servicios permanentes encargados de la labor higiénico-sanitaria general de una comunidad»<sup>16</sup>.

---

10 Para una descripción detallada de la puesta en práctica de esta normativa ver Rodríguez Ocaña; Menéndez Navarro (2006), pp. 233-236.

11 El estudio de los contactos entre la Fundación y el Gobierno de España y sus consecuencias se encuentran expuestos en Rodríguez Ocaña, E.; Bernabeu Mestre, J.; Barona, J. L. (1998) «La Fundación Rockefeller y España, 1914-1936. Un acuerdo para la modernización científica y sanitaria», en J. L. García, J. M. Moreno, G. Ruiz (coords.) *Estudios de historia de las técnicas, la arqueología industrial y las ciencias. VI Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas, Segovia-La Granja*, 1996, Salamanca, C. de Cultura de la Junta de Castilla y León, vol. 2, pp. 531-539; Rodríguez Ocaña, E. (2000), «Foreign Expertise, Political Pragmatism and Professional Elite: The Rockefeller Foundation in Spain, 1919-39», *Studies in History and Philosophy of Biology and Biomedical Science*, 31 (3), 447-461; (2000), «La intervención de la Fundación Rockefeller en la creación de la sanidad contemporánea en España», *Revista Española de Salud Pública*, 74 [nº monográfico, Centenario de Marcelino Pascua Martínez, 1897-1977], 27-34.

12 *Request from the Government of Spain*, p. 4. Rockefeller Archive Centre (RAC), Rockefeller Foundation collection (RF), Record Group 5, Series 1.2, Box 148, Folder 1959. RAC, RF, 5, 1.2, 148, 1959.

13 Castillejo a Rose, 6-02-1922, RAC, RF, 5, 1.2, 148, 1959.

14 Rodríguez Ocaña, E.; Ballester, R.; Perdiguero, E.; Medina, R. M.<sup>a</sup>; Molero, J. (2003), *La acción médico-social contra el paludismo en la España metropolitana y colonial del siglo XX*, Madrid, CSIC.

15 Luengo, E. (1927), «La conquista de la anquilostomiasis», *Siglo médico*, 79, 611-614; 80, 351-353; y (1928), 81, 54-57 (cita de p. 352).

16 Luengo, E. (1928), *La anquilostomiasis en las minas españolas*, Madrid, s.i., pp. 23-42 (cita de p. 36); (1928b), «Conferencia en la Escuela de Minas», *Revista Minera, Metalúrgica y de Ingeniería*, 79 (núm. 3.115), 165-170 (cita de p. 168). (sigue).

Bajo tal sobrentendido inició sus trabajos en España un enviado de la IHB, curtido en misiones anteriores en América Central, Charles A. Bailey<sup>17</sup>. Residió en España entre diciembre de 1924 y junio de 1926, y se siguió ocupando de los asuntos españoles al menos hasta 1929. Mientras esperaba la llegada del material que le había sido remitido desde Nueva York, se dedicó a recorrer las zonas mineras y entrar en contacto con autoridades, médicos y empresarios, advirtiéndolo con sorpresa que no existía conciencia alguna de alarma sobre este problema, ni siquiera por parte del Director General de Sanidad –impresión que fue confirmada poco después por el parasitólogo francés E. Brumpt durante su visita como miembro de la Comisión internacional de Paludismo–.

A partir de abril de 1925, Bailey y sus auxiliares visitaron 27 minas de las provincias de Jaén, Sevilla, Córdoba, Huelva, Ciudad Real, Murcia, Vizcaya, Santander y Baleares. En su informe, que envió a la IHB y a la Dirección General de Sanidad para su publicación<sup>18</sup>, señalaba la existencia de 2.427 mineros parasitados de entre 9.149 examinados, el 65% de los cuales albergaban menos de 25 gusanos (estimados a partir del recuento de huevos en heces). La infección se concentraba en las minas de plomo y de carbón, siendo inexistente en las minerías del cobre y del hierro. La coincidencia de hallarse en todas las minas obreros con grados altos de infección, la inexistencia de retretes de interior y la gran trashumancia poblacional llevaba a calcular la

existencia en todo el país de alrededor de 10.000 mineros afectados, cuya productividad se vería reducida en una cuarta parte.

Las recomendaciones profilácticas reiteraban las ya expuestas desde 1905, pero con la concreción que procedía de la experiencia, a saber: evitar la contaminación del suelo con excretas humanas; examen y tratamiento de cada minero hasta su curación completa; y examen preventivo micrográfico para todos los solicitantes de trabajo. Para garantizar el cumplimiento de estas disposiciones, y otras que tenían como fin evitar el transporte de parásitos al mundo exterior (instalación de lavabos-vestuarios, información a la población obrera), el Informe sugería establecer un plan de lucha, incluyendo la designación de un Inspector sanitario que vigilara su puesta en práctica.

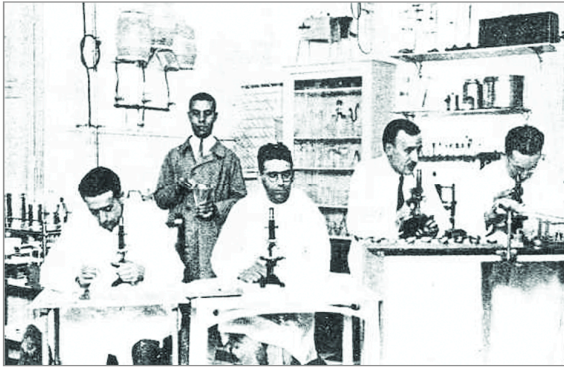
Esto fue lo que dispuso el Real Decreto Ley de 12 de mayo de 1926 (Gaceta del 13 de mayo), donde se estipuló la obligación de realizar análisis anuales de heces a toda la población minera, de instalar laboratorios para núcleos de al menos 1.000 obreros, aportados por una o varias empresas, que debían correr con el coste de los tratamientos y los jornales completos mientras durasen aquellos y la obligatoriedad de establecer medios higiénicos para disponer de las heces, efectuar el drenaje de las galerías y evitar la contaminación (dotación de salas de comer y de aseo). Por último, disponía la creación de un inspector especial, de Sanidad minera, para vigilar el cumplimiento de las normas en colaboración

---

(continuación) Prácticamente, parafrasea las ideas de Wickliffe Rose (1862-1931), principal responsable de la campaña de la Rockefeller, tal como las recoge Farley (2004), pp. 2-6.

17 Rodríguez Ocaña, E. (2001), «El Informe sobre la sanidad española (1926) de Charles A. Bailey, enviado de la Fundación Rockefeller», *Cronos. Cuadernos Valencianos de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 4 (1-2), 63-79.

18 Gunn a Russell, 23-12-1925, RAC, RE, 5, 1.2, 238, 3059. Bailey, C. A. (1926), «Hookworm Survey of the Mines of Spain», *The Bulletin of the International Health Board*, 6 (3), 191-297. «La anquilostomiasis en las minas de España». *Boletín técnico de la DGS*, nº 1.



Laboratorio de Guillamón (primero por la derecha) en la Huerta de Murcia, acompañado por Diego Hernández Pacheco (segundo por la derecha). 1927.

con los provinciales de Sanidad, cargo para el que se nombró a Diego Hernández Pacheco. La campaña, circunscrita al ámbito minero, se desarrolló con notable éxito hasta comienzos de los años treinta<sup>19</sup>. Prueba indirecta de su éxito fue la fusión de la inspección sanitaria propia con la Comisión antipalúdica, a finales de 1930, de la que se convirtió en secretario Hernández Pacheco. Se retomaba, en cierta forma, el esquema de la vieja «Sanidad del Campo».

## LA EMERGENCIA DEL PROBLEMA EN EL MEDIO RURAL: LA CAMPAÑA CONTRA LA ANQUILOSTOMIASIS EN LA HUERTA DE MURCIA

La existencia de casos de anquilostomiasis entre obreros agrícolas en zonas huertanas de Valencia y Murcia se había comenzado a

difundir a raíz de las primeras intervenciones antipalúdicas oficiales (Luengo diagnosticó cinco casos en el poblado de El Mareny, comarca de Sueca, en el verano de 1923) y del viaje de la comisión Bailey, recogiendo noticias de facultativos locales, por ejemplo de las provincias de Murcia, Valencia y Castellón<sup>20</sup>. El propio Bailey solicitó en 1926 realizar una investigación sistemática en las provincias donde era conocida la existencia de anquilostomiasis entre los obreros del campo<sup>21</sup>.

Entre las razones que explican esta tardía preocupación por la anquilostomiasis en las zonas agrícolas podría encontrarse su menor prevalencia. El reducido número de enfermos graves que se encontraron, por ejemplo, en la Huerta murciana a finales de los años veinte, mientras que era elevado el de portadores (personas infectadas con menos de 25 gusanos), indicaba —a juicio de los observadores de la época— que los terrenos presentaban una baja densidad de gusanos; lo cual permitía suponer que soportaban el suministro de huevos de anquilostoma desde hacía relativamente poco tiempo. Antonio Guillamón, inspector municipal de Sanidad de Murcia y miembro de la campaña desarrollada en la Huerta del Segura, encontró que la crisis minera de la zona de la Unión, a partir de 1915, podía dar razón tanto de la cronología como de la procedencia primitiva de los parásitos, tanto por el flujo migratorio generado desde aquellas zonas mineras, como por el empleo agrícola, como abono, de heces humanas procedentes de los campamentos mineros, transportadas en los mismos carros donde se acarreaban las hortalizas frescas a

19 Para un análisis detallado de su desarrollo ver Rodríguez Ocaña; Menéndez Navarro (2006), pp. 236-244.

20 Rodríguez Fornos, F. (1926), «Contribución al estudio de la anquilostomiasis en el Reino de Valencia», *Rev. Esp. Med. Cir.*, 9, 661-674; LUENGO (1927).

21 Bailey a Gunn, 4-01-1926, RAC, RF, 5, 1.2, 273, 3464.



tales lugares<sup>22</sup>. Una segunda razón del retraso en identificar el problema en el medio agrario podría residir en la escasa familiaridad de los médicos rurales con esta parasitosis, que podría haberse visto enmascarada por otros diagnósticos, si bien el recurso al hemograma se había extendido desde los años de la década de 1910, según el testimonio antes citado de Guillamón.

Tras la investigación llevada a cabo por Bailey, la Fundación Rockefeller acordó participar en un proyecto de lucha contra la anquilostomiasis en la Huerta de Murcia que organizaba el Ayuntamiento de la ciudad, por un periodo de cinco años, a partir de 1928<sup>23</sup>. El argumento base de la intervención era, al igual que en el ámbito minero, de corte productivista. La enfermedad individual se transformaba en social por sus efectos sobre la productividad y riqueza agrícolas al constatar que la anquilostomiasis generaba un «serio problema que afecta a la economía de la vega del Segura»<sup>24</sup>.

La explicación epidemiológica otorgada a la existencia de la enfermedad en el medio agrario abundó en la analogía entre las condiciones de trabajo de la actividad agrícola y minera. Si bien, la densidad de infestación superficial no era en general comparable a las de las minas contaminadas, la prolongada jornada laboral del hortelano «con sus pies, piernas y brazos desnudos en contacto permanente con las tierras de los bancales» favorecía las reiteradas reinfestaciones<sup>25</sup>. El «ambiente anqui-



Niños huertanos (1927).

lostomiásico» era producto de la combinación de factores climatológicos y topográficos junto a los derivados de las formas de vida de la población huertana. Las deficiencias de las viviendas de la huerta, en especial la práctica ausencia de retretes en ellas, y costumbres como la de defecar en los corrales y bancales o la de caminar descalzos, explicaban la extensión de la infestación. Costumbres del huertano que, en opinión de Guillamón, derivaban «de su incesante y peculiar trabajo que le obliga a permanecer la mayor parte del día en las faenas agrícolas y de su rudimentaria o nula cultura en cuestiones de higiene»<sup>26</sup>.

En similares términos se expresó Fernando Rodríguez Fornos, catedrático de Patología y Clínica Médica en la Universidad de Valencia, quien en fechas similares mostró la extensión de la anquilostomiasis en las poblaciones de la Ribera Baja valenciana<sup>27</sup>. La casi totalidad de

22 Guillamón, A. (1927), «El problema de la anquilostomiasis en la Huerta de Murcia. Memoria de la campaña de divulgación autorizada por el Excmo. Ayuntamiento y de los trabajos realizados», Separata de *Estudios Médicos*, Núm. 45, pp. 4-6 y 48-49 (pp.8-9).

23 Bailey a Russell, 29-09-1930, RAC, RE, 1.1, 795, 2, 15.

24 Guillamón (1927), p. 3.

25 Guillamón (1927), pp. 36-38.

26 Guillamón (1927), p. 40.

27 Rodríguez Fornos (1926).

los afectados eran hombres empleados en los arrozales de la zona, que Rodríguez Fornos no dudaba en calificar de «extensa letrina natural». A pesar de la responsabilidad de las costumbres campesinas en la extensión de la enfermedad, Rodríguez Fornos circunscribió su análisis del contagio a la actividad productiva en los arrozales, trasladando una imagen respetuosa del «obrero levantino, siempre inteligente, trabajador y activo».

Aunque Rodríguez Fornos solicitó en 1926 la colaboración de la Fundación Rockefeller para establecer una división sanitaria en la zona de la Ribera Baja y poner en marcha una campaña contra la anquilostomiasis, la contribución de la Rockefeller sólo llegó a materializarse en la citada campaña desarrollada en la Huerta de Murcia organizada por el Ayuntamiento de la capital. El Instituto Provincial de Higiene de Murcia, por circular del 29 de julio de 1926, ordenó levantar un padrón sanitario, la construcción de retretes y prohibir el empleo de excrementos como abono. Más adelante, entre mayo y julio de 1927, el Ayuntamiento de la capital lanzó una campaña de divulgación en los centros escolares de la zona huertana (al estilo de lo que había realizado la Comisión Sanitaria de la Fundación Rockefeller en el Sur de los Estados Unidos). La campaña abarcó 29 escuelas y unos 4.000 asistentes. El equipo autor de la campaña estuvo formado por Antonio Guillamón, los médicos Sardina y Abril y dos subaltemos, Martínez y Esteve. Se impartía una conferencia explicativa, se daban consejos profilácticos y se tomaban muestras fecales para examen en

el laboratorio municipal o en el del Instituto Provincial de Higiene, encontrándose parasitados un 13% de los escolares<sup>28</sup>. Las conferencias se acompañaban de la exposición de carteles murales de distinto contenido (sobre normas higiénicas, sobre evolución del parásito, sobre anomalías de la sangre). Se repartieron 7.000 juegos de cinco láminas que reproducían los carteles e incluían al dorso un resumen de lo explicado, así como un millar de cartillas y carteles para que sirvieran de objeto de estudio a los escolares durante el tiempo dedicado a la explicación de la higiene y la fisiología. En 1928 comenzó el apoyo de la Fundación Rockefeller a través de la IHD, con aportación de unas 32.500 ptas que suplementaban las 53.500 del Ayuntamiento. El dinero se empleó en suplementar los sueldos de los médicos participantes, en construcción de letrinas y en los gastos de instalación y viaje<sup>29</sup>. La campaña consistió en una mezcla de información, diagnóstico masivo y educación sanitaria sobre el manejo de heces, con la instalación de retretes para coartar la infección superficial de los suelos agrícolas y urbanos. La dirección de la campaña se encomendó a Hernández Pacheco, y se desarrolló a satisfacción de los norteamericanos<sup>30</sup>. Como en el caso de la sanidad minera, esta intervención preparaba otra de mayor alcance, pues desde el principio se pensó que este servicio sirviera de ancla para la creación de un centro de salud comarcal<sup>31</sup>. Por propia iniciativa y financiación españolas, se había incrementado la tarea de los dispensarios de anquilostomiasis con trabajo antipalúdico y vacunación BCG, a tra-

---

28 Guillamón (1927), p. 10, pp. 14-16.

29 Revision of Budget No. 64368 \_ Spain \_ Hookworm Control \_ Murcia [a 25 de octubre de 1928], RAC, RF, 1.1, 795, 2, 15

30 G.K. Strode's Diary. Spain, May 1-10, 1930 (continued), RAC, RF, 1.1, 795, 2, 15.

31 Strode a Russell, 30-10-1928, RAC, RF, 1.1, 795, 2, 15; o una organización sanitaria más permanente, como en Strode a Russell, 2-08-1929, RAC RF, 1.1, 795, 2, 15.

vés de la lucha oficial antipalúdica<sup>32</sup>. Ésta había comenzado en la zona en julio de 1927 y en 1928 corría a cargo de Fernando Oquiñena, uno de los auxiliares que acompañó a Bailey. La sinergia entre ambos objetivos antiparasitarios permitió la creación de una *oficina sanitaria polivalente*, a partir de 1929, que abarcaba el estudio de las enfermedades transmisibles (con especial atención al tracoma, anquilostomiasis y paludismo), la inspección médica de la infancia, la educación sanitaria y el pequeño saneamiento, incluyendo la construcción de retretes con cargo al presupuesto sanitario<sup>33</sup>. A finales de 1930 se produjo la fusión organizativa de la lucha antipalúdica y la sanidad minera, lo que reforzó esta colaboración tanto en las zonas mineras de la provincia de Jaén como en la Huerta de Murcia.

En mayo de 1931 se produjo la retirada del apoyo municipal murciano, lo que supuso la finalización abrupta del proyecto y, pese a los intentos del nuevo Inspector provincial de Sanidad, Laureano Albadalejo, el fin de la implicación de la IHD en la sanidad murciana. Ya un año antes, un visitante norteamericano había abandonado la antigua opinión optimista sobre el futuro de la colaboración con Murcia, debido, entre otras razones, a que la puesta en práctica de un servicio de personal médico con dedicación exclusiva era «*the principle most difficult to establish in Spain*»<sup>34</sup>. Esto no impidió la continuación de las actuaciones sanitarias, si bien bajo la exclusiva dependen-

cia de la Dirección General de Sanidad e Instituto Provincial de Higiene. Apoyado en la organización allí formada, el laboratorio de Parasitología de la Facultad de Medicina de Madrid desarrolló el estudio más extenso sobre la relación entre el crecimiento y las parasitosis de la población infantil en la comarca huertana, de todo el tiempo de la República<sup>35</sup>.

## LA ANQUILOSTOMIASIS EN LA VEGA DEL JARAMA TRAS LA GUERRA CIVIL

Tras la Guerra Civil, la preocupación médica en torno a la anquilostomiasis decayó considerablemente. En opinión de Antonio Prieto Lorenzo, parasitólogo que desarrolló una activa labor sanitaria y publicística en torno a este problema en los años cincuenta, el éxito de las campañas de los años veinte y la asunción de las cuestiones parasitológicas por parte de los dispensarios antipalúdicos permitieron convertir a la anquilostomiasis en un problema residual en nuestro país, con excepción del enclave colonial de Guinea Ecuatorial<sup>36</sup>. No obstante, a finales de los años cuarenta el problema reapareció circunscrito a las vegas del Jarama y del Henares en la provincia de Madrid. La primera llamada de atención la realizaron en 1947 varios médicos del grupo del Prof. Jiménez Díaz del Hospital Provincial de Madrid, a propósito

---

32 Strode a Russell, 6-06-1930, RAC, RF, 1.1, 795, 2, 15. Rodríguez Ocaña, Ballester Anon, Perdiguero, Medina Doménech, Molero (2003), pp. 152-153.

33 Hernández-Pacheco, D.; Abril Cánovas, M. (1932), «Ensayo de higiene rural en la huerta de Murcia. Resumen de los trabajos realizados durante el primer semestre de 1931» y «Estudio sanitario de un partido rural en la huerta de Murcia», *Rev. San. Hig. Públ.*, 7, 219-223; 839-848.

34 G.K. Strode's Diary. Spain, May 1-10, 1930 (continued), RAC, RF, 1.1, 795, 2, 15.

35 Darriba, A. R.; Abril Cánovas, M. (1933-34), *Sobre la anquilostomiasis en la huerta de Murcia*, Madrid, Publicaciones Oficiales de la C.P.I.S., 2 vols.

36 Aparicio Garrido, J.; Prieto Lorenzo, A. (1950), «Estudios sobre Anquilostomiasis. (Nota previa). Existencia de un importante foco», *La Medicina Colonial*, 15, 323-329 (pp. 325-326).

de un hortelano joven de Mejorada del Campo atendido en dicho Hospital. Aunque se trataba de una breve nota clínica, los autores indicaban que por mediación del médico de la localidad habían realizado análisis de heces de otros vecinos con un cuadro similar, constatando en todos los casos la presencia de abundantes huevos de anquilostoma<sup>37</sup>.

Tres años después, José Aparicio Garrido y el ya mencionado Prieto Lorenzo, parasitólogos vinculados al Instituto Español de Medicina Colonial dirigido por Valentín Matilla y dependiente del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, llevaron a cabo un estudio en mayor profundidad de esta zona, que caracterizaron como endémica. El examen clínico y parasitológico se inició en febrero de 1950 en San Fernando de Henares<sup>38</sup> y posteriormente se extendió a los habitantes de las zonas de huerta de otras dos poblaciones ubicadas en la confluencia de los ríos Jarama y Henares: Mejorada del Campo y Velilla de San Antonio. La población total de las tres localidades rondaba los 3.900 habitantes, de los que fueron sometidos a examen casi dos terceras partes, aunque los resultados publicados se refirieron a los 100 primeros casos de anquilostomiasis diagnosticados tras haber examinado a 450 individuos<sup>39</sup>. En 1954 el número de anquilostomiásicos diagnosticados superaba los trescientos, a los que había que sumar más de seiscientos infes-

tados por otros parasitismos intestinales, cifras que en opinión de los autores subestimaban la incidencia real ya que en pocas ocasiones se repetían los exámenes de heces en casos de cultivo negativo. Los autores daban buena cuenta, además, del rechazo de parte de la población a someterse a los exámenes, especialmente entre individuos asintomáticos, lo que, en su opinión, redujo sensiblemente la posibilidad de identificar a los portadores. Por otro lado, se constató la frecuencia de las parasitaciones múltiples. De los más de 2.800 estudios coprológicos realizados, un 10% mostraban la presencia de dos parásitos distintos, y más del 1,6%, 3 ó 4 parásitos<sup>40</sup>. El trabajo de campo fue posible gracias a que Antonio Prieto Lorenzo ejercía como A.P.D. en San Fernando de Henares.

El foco, vinculado por los autores con el descrito unos años antes en Mejorada del Campo, fue tipificado como una endemia «de superficie» ligada a la dedicación eminentemente agrícola de los habitantes de dichas poblaciones. No obstante, el discurso de corte productivista que había servido de justificación a las campañas desarrolladas en los años veinte tanto en el ámbito minero como en la Huerta de Murcia fue reemplazado por una legitimación cercana a la retórica colonial<sup>41</sup>. El análisis epidemiológico singularizó el peso determinante de los factores ambientales, trasladando una imagen patologizada del medio

---

37 Villasante, J. G.; Rof Carballo, J.; Mechante Iglesias, A. (1947), «Sobre la existencia de un foco de Anquilostomiasis en la provincia de Madrid», *Rev. Clín. Esp.*, 26 (6), 417-418.

38 Aparicio Garrido; Prieto Lorenzo (1950).

39 Matilla, V.; Aparicio Garrido, J.; Prieto Lorenzo, A. (1951), «Estudios sobre Anquilostomiasis. III. Nuestras observaciones sobre la epidemiología en la Vega del Jarama», *La Medicina Colonial*, 17, 293-347. Ese mismo año, Antonio Prieto presentó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid su tesis de doctorado titulada *La anquilostomiasis en la huerta del Jarama*.

40 Prieto Lorenzo, A. (1954), «Orientaciones actuales en la lucha contra los parasitismos intestinales humanos en España», *La Medicina Colonial*, 23, 326-383 (pp. 330-331).

41 Medina Doménech, R.M<sup>º</sup>. (2005), «Polémicas en torno al papel de la asistencia médica», en *La historia de la medicina en el siglo XXI. Una visión poscolonial*, Granada, Editorial Universidad de Granada, pp. 73-80.

rural en su conjunto. A diferencia de las anteriores intervenciones en el ámbito minero o huertano en las que el análisis de los factores causales se circunscribió al espacio laboral, ya en la mina ya en la huerta, y a las conductas y costumbres de los obreros determinadas por sus condiciones de trabajo, el medio rural era concebido con un espacio insalubre y proclive a la enfermedad en su conjunto. Al igual que vimos en el caso de la vega del Segura, el «ambiente anquilostomiásico» reconocía como determinantes tanto las características topográficas y climáticas de la zona como su conversión artificial en terrenos de regadío y las seculares costumbres de la población rural. No obstante, éstas desempeñaban ahora un protagonismo mayor, siendo concebidas como producto de su propia naturaleza y no de su secular dedicación laboral y situación social<sup>42</sup>. La huerta y la vivienda rural constituían un *continuum* desde el punto de vista de la transmisión de la enfermedad por lo que el análisis de la influencia de los estilos de vida de la población se extendió más allá del ámbito laboral, recordando al más rancio discurso moralizador decimonónico. Así, en relación a la influencia de ciertos hábitos de vida de la población rural, los autores destacaban el escaso uso de los retretes para defecar, a pesar de que las viviendas de las localidades analizadas contaban con ellos, ya que los habitantes «... estiman como más natural la defecación en plena huerta o en cualquier rincón más o menos apartado, y por ende, oculto a los demás»<sup>43</sup>.

En segundo lugar, la naturalización de las conductas indeseables de la población hortelana

trasladaba una imagen inferiorizada de la misma significada por «la escasa mentalidad de la mayor parte de los parasitados», la superstición y la incapacidad para seguir los dictados de la higiene<sup>44</sup>. El proceso de «inferiorización» de la población campesina se completaba con frecuentes alusiones a la ignorancia, la indiferencia religiosa y, muy especialmente, al excesivo consumo de alcohol: «Esta es la causa de que la población de esta vega se halle hipoalimentada y que al caer enfermos, tanto como a la enfermedad haya que tener en cuenta el estado de insuficiencia nutritiva en que se encuentran. Los procesos hepáticos de toda índole, las gastropatías más diversas, la brusquedad del carácter, el desarreglo económico y tantísimos otros factores son consecuencia indubitable de la marcada alcoholofilia de estos habitantes»<sup>45</sup>.

## LA PROPUESTA DE LUCHA ANTIHELMÍNTICA DE MEDIADOS DE LOS CINCUENTA

Junto al foco de la Vega del Jarama, Prieto Lorenzo sólo identificó una segunda área endémica de anquilostomiasis en la huerta valenciana, citando fuentes de la Jefatura Provincial de Sanidad de Valencia. No obstante, Prieto consideraba elevada la incidencia de la enfermedad:

«Esto nos induce a considerar que la enfermedad sigue azotando cruelmente a nuestra población campesina, si bien limitada ciertas a zonas endémicas, en que su eliminación es difícil

42 Matilla; Aparicio Garrido; Prieto Lorenzo (1951), p. 324.

43 Matilla; Aparicio Garrido; Prieto Lorenzo (1951), p. 300.

44 Matilla; Aparicio Garrido; Prieto Lorenzo (1951), p. 304.

45 Matilla; Aparicio Garrido; Prieto Lorenzo (1951), p. 310.

tanto por los factores climáticos y telúricos como por la precaria cultura de sus habitantes»<sup>46</sup>.

En consecuencia, postuló la necesidad de organizar una campaña sanitaria cuyo primer objetivo sería conocer los «índices de infectación parasitaria» de la población española. La campaña no debía limitarse a la anquilostomiasis ni a las zonas endémicas sino que debía incluir un «reconocimiento total en todo el territorio nacional con el objeto de lograr una visión de conjunto de la extensión de las parasitosis intestinales»<sup>47</sup>. Aunque los reconocimientos podían iniciarse en las zonas más pobres, los centros escolares y otras instituciones como hospitales, frenocomios, cuarteles o centros fabriles, el examen de heces debía cubrir a la totalidad de la población «sin distinción de edades, sexos y profesiones».

A pesar de la amplitud de la propuesta, el objetivo prioritario seguía siendo el medio rural. Prieto señaló tres obstáculos principales para su puesta en marcha en éste. En primer lugar, el rechazo de parte de la población a someterse a dichos exámenes, lo que exigiría la adopción de «medidas coercitivas impuesta por la autoridad gubernativa o sanitaria»<sup>48</sup>. En segundo lugar, la necesidad de involucrar en el desarrollo de la campaña a la totalidad los médicos rurales. Para ello proponía establecer cursos de capacitación de una semana de duración impartidos en las respectivas Jefaturas Provinciales de Sanidad. Los cursos debían incluir tanto formación teórica como entrenamiento práctico sobre técnicas de análisis coprológico. En tercer lugar, la escasez de medios de laboratorio en

los pequeños municipios. En aquellos que contaban con Centros Primarios de Higiene, entendía que resultaría sencillo habilitar un laboratorio ajustado a las limitadas necesidades del examen coprológico, imponiendo como obligatorio que los municipios dotaran un microscopio óptico, «de la misma manera que lo es el triquinoscopio»<sup>49</sup>. En caso de municipios más pequeños o que no contaran con dichos centros, serían los ayuntamientos o las diputaciones provinciales en colaboración con el Seguro Obligatorio de Enfermedad quienes habilitasen y dotasen el laboratorio. Serían, pues, los médicos rurales, auxiliados por los practicantes, enfermeras o matronas, o en su defecto, de personas previamente adiestradas, los encargados de completar los exámenes de heces, que debían realizarse siguiendo la tradicional técnica de Willis-Molloy, ya empleada por Bailey. La información generada por los reconocimientos, a la que sugería añadir un censo de letrinas de cada localidad, sería canalizada a través de las Jefaturas provinciales hasta la Dirección General de Sanidad.

Una vez alcanzada «la verdad epidemiológica», el segundo paso de la campaña consistiría en diseñar medidas de intervención acordes con el medio y los índices de infestación. Las propuestas de Prieto incluían el tratamiento sistemático y gratuito de los enfermos y portadores de helmintiasis intestinales. La medicación debería distribuirse por las Jefaturas provinciales a los médicos de A.P.D., que serían los encargados de repartirlos entre las familias afectadas del municipio y de incorporar sus resultados en la ficha sani-

---

46 Prieto Lorenzo (1954), p. 341.

47 Prieto Lorenzo (1954), p. 335.

48 Prieto Lorenzo (1954), p. 354.

49 Prieto Lorenzo (1954), p. 356.

taria de los enfermos. En segundo lugar, se contemplaba el saneamiento de las zonas afectadas, principalmente el entorno de la vivienda rural y las huertas. Se trataba básicamente de evitar la defecación en esas zonas y de su contacto con las aguas de abastecimiento y alimentos de la huerta para lo que se proponía la obligatoriedad de construir retretes familiares en los domicilios así como letrinas cercanas al «ambiente de trabajo», corriendo estas últimas por cuenta de los propietarios de las fincas. Prieto dio buena muestra de conocer las diversas iniciativas a nivel internacional de la Fundación Rockefeller en este ámbito, aunque no mencionó las desarrolladas en la huerta murciana. No obstante, la escasez de medios le llevó a poner a punto un rudimentario sistema de letrinas en las huertas del Jarama que entendía podía exportarse a otras localizaciones:

«En el ambiente de trabajo, nosotros hemos recomendado un tipo de construcción en extremo sencilla, consistente en un pequeño hueco practicado en un lugar oportuno de la zona de cultivo de unos 60-70 centímetros de profundidad, provisto en el borde anterior de un firme apoyo para los pies, llevando anejo un pequeño espacio destinado al alojamiento del recipiente que contiene la cal, todo ello cubierto con cañas secas de maíz, formando un tupido ramaje y cuya puerta de entrada quedaba cerrada por una cortina de paño grosero. A pesar de lo rudimentario del sistema, los éxitos alcanzados con este proceder han sido insospechados, ya que nos-

otros, sin la autoridad necesaria suficiente, no podíamos más que aconsejar a los campesinos las medidas más eficaces con el menos gasto posible, *procedimientos que nos vemos obligados a seguir en la mayor parte de las campañas profilácticas llevadas a cabo en nuestro país*»<sup>50</sup>.

Como venía siendo habitual, junto al tratamiento de los enfermos y el saneamiento del medio, la propuesta de lucha antihelmíntica incorporaba la educación sanitaria. Prieto detalló algunas de las especificidades que debían de cumplir las campañas, dado el secular «perfil psicológico del labriego español». Fatalismo, ignorancia, egoísmo, individualismo, superstición y desconfianza eran algunos de los rasgos que obligaban a desplegar especiales dotes de persuasión y perseverancia. Prieto señaló la importancia de involucrar a todo los sanitarios de la población en la instrucción sanitaria, el papel clave de la escuela, la utilidad de informar a través de *conversaciones* públicas y conferencias obligatorias a la población de las comarcas con focos endémicos, y las ventajas y bondades del empleo de carteles, radio y cine como medios de propaganda sanitaria<sup>51</sup>.

Las frecuentes alusiones al carácter voluntarista de las iniciativas desplegadas en la huerta del Jarama y la ausencia de mención oficial a la campaña apuntan a que las reiteradas llamadas fueron desatendidas por la Dirección General de Sanidad<sup>52</sup>. Uno de los pocos foros que se hicieron eco de ellas fueron, no obstante, las Reuniones de Sanitarios Españoles convocadas por la propia Dirección General de Sanidad. En la IV de dichas reuniones, celebrada en

50 Prieto Lorenzo (1954), pp. 369-370. Las cursivas son nuestras.

51 Prieto Lorenzo (1954), pp. 370-380.

52 *La Memoria de la Dirección General de Sanidad correspondiente a los años 1957-1958* (1959), Madrid, Gráficas González, no incluye mención alguna a la adopción de medidas en este campo más allá de su inclusión en el programa de diversas actividades formativas como los Cursos de Diplomados de Sanidad o el Curso de Paludología y Epidemiología Parasitaria.

abril de 1955, Vidal Jordana -médico del Cuerpo Nacional de Sanidad- volvió a reclamar la necesidad perentoria e ineludible de organizar una campaña en las zonas endémicas, basándose en la experiencia adquirida en ciertas comarcas rurales de Valencia<sup>53</sup>. En abril de 1959, en la V Reunión, en la única comunicación dedicada al tema, el propio Prieto confirmaba la ausencia de una lucha organizada y, por ende, de estadísticas fiables<sup>54</sup>.

En mayo de 1960, Valentín Matilla presentó ante la Academia de Medicina de Madrid una síntesis de las investigaciones realizadas en la Vega del Jarama. A esas alturas, la cifra de diagnosticados se acercaba al millar, y en poblaciones como Mejorada del Campo había reconocimiento oficial de la afectación de, al menos, una cuarta parte de sus vecinos. Las propuestas de intervención de Matilla indicaban, sin lugar a dudas, la ausencia de respuesta oficial al problema, que él calificaba como «foco de anquilostomiasis, grave y extenso, a las puertas de la capital»<sup>55</sup>. José Alberto Palanca, a la sazón presidente de la Academia, intervino en la sesión para señalar la queja de los patronos agrícolas de la zona por la ineficacia de los seguros obligatorios de enfermedad, accidentes y plagas del campo para hacer frente al problema. Resulta cuando menos sorprendente, dado que Palanca desempeñó el cargo de Director General de Sanidad hasta 1957, que propusiera dirigirse

a la propia Dirección General para solicitar la realización de una encuesta epidemiológica entre los municipios abastecidos con agua del río Jarama y, en su caso, «... remediar la situación, que para eso, si no estoy equivocado, existe una consignación en presupuesto destinada a combatir las epidemias»<sup>56</sup>.

Podemos, pues, concluir que en los años cincuenta la sanidad franquista no prestó demasiada atención a las llamadas para abordar el problema de la anquilostomiasis, ahora considerado como un problema eminentemente rural. La reducción de la morbimortalidad por enfermedades infecciosas experimentada a lo largo de la década y la consiguiente reordenación de las prioridades sanitarias junto al creciente protagonismo de la orientación asistencial contribuyeron tanto al desvanecimiento de la presencia pública de la sanidad<sup>57</sup> como a relegar el problema de la anquilostomiasis en nuestro país. En ese contexto, la proposición de campañas generalizadas contra la enfermedad parece responder no sólo a la preocupación por el estado sanitario de la población sino también a evitar la postergación de los profesionales de la sanidad pública, y en particular de los parasitólogos.

### Agradecimientos

*Trabajo realizado dentro del Proyecto BHA2001-2979-C05-01, con financiación del Ministerio de Ciencia y Tecnología.*

---

53 Prieto Lorenzo, A. (1956), *La anquilostomiasis. (Folleto para médicos)*, Madrid, Gráficas González, p. 14.

54 Prieto Lorenzo, A.; Fernández Nafría, A. (1959), «El yoduro de ditiазanina (Telmid) en el tratamiento de la anquilostomiasis (nota previa)», en *V Reunión Nacional de Sanitarios (Madrid, abril de 1959). Libro de Actas*, Madrid, Gráficas Osca, pp. 134-137.

55 Matilla Gómez, Valentín (1960), «Del problema de la anquilostomiasis. (Consideraciones personales)», *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, 77, 319-342.

56 Matilla Gómez (1960), p. 341. En la ulterior respuesta de Matilla, éste asumió el papel de denunciante de un problema sanitario, aludiendo a Palanca como especialmente interesado en la cuestión «desde su posición de propietario y terrateniente» (p. 342).

57 Rodríguez Ocaña, Esteban (2005), «La salud pública en la España de la primera mitad del siglo XX», en Rodríguez Ocaña, E. *Salud Pública en España. Ciencia, profesión y política, siglos XVIII-XXI*, Granada, Ed. Universidad de Granada, pp. 87-112.