

# LA SANIDAD EN LA II REPÚBLICA ESPAÑOLA, 1931-1939

Esteban Rodríguez Ocaña

*Departamento de Historia de la Ciencia. Universidad de Granada*

En el ámbito de la Salud Pública, el siglo veinte se inicia con la consolidación de la Microbiología y el inicio de la Inmunología, así como con la aparición de la Medicina Social; en España también lo hizo con la creación del Instituto Nacional de Higiene (en 1899), el primer organismo de la administración central portador de las técnicas microbiológica e inmunológica. Y es que fue justo a comienzos del siglo XX cuando la preocupación por la salud en nuestro país se trasladó de lo exótico (pestes importadas) a lo cotidiano, evidenciado por el lento proceso de puesta en marcha de funciones inspectoras (esto es, de vigilancia y control) que comienzan siendo exclusivamente personales, para después completarse con centros técnicos que las dotan de auténtica dimensión poblacional.

Dos grandes etapas en la Sanidad civil española, pues, cubren la primera mitad del siglo XX. La primera, ETAPA DE FORMACIÓN, se caracteriza por la forja de una voluntad de modernización de la vida española, en particular de la Administración del Estado, que partía de la conciencia de vivir un grave atraso, una situación sanitaria calificada de "desastre" y de "deshonra".

Esto facilitó el que España se sumara a distintos acuerdos internacionales, dentro de los que destaca la búsqueda de un compromiso (alcanzado en 1922) con la Fundación Rockefeller, una importante organización filantrópica que, a través de la *International Health Board* (luego, *Division: IHB/IHD*) desarrollaba funciones de asesoría técnica y de apoyo financiero a programas de salud pública en todo el mundo. La voluntad modernizadora fue tomando cuerpo mediante la creación de una legislación y administración sanitarias, cuyos hitos principales fueron la Instrucción General de Sanidad en 1904, la reinstalación de la Dirección General de Sanidad (DGS) en 1922 y el Reglamento de Sanidad Provincial de 1925. Este último, que creó los Institutos provinciales de Higiene como centros técnicos competentes de la administración sanitaria periférica, permitió la expansión de la sanidad española, en lo que denomino ETAPA DE CONSOLIDACIÓN de la salud pública y que abarcó la segunda mitad de la Dictadura de Primo de Rivera, el tiempo de la República y los primeros años del franquismo. Es decir, que no podemos mirar a la sanidad republicana como una experiencia en el

vacío, sino que, para su recta comprensión, debemos insertarla en un contexto temporal, científico y administrativo más amplio. Sus características fundamentales fueron: la atención por la salud rural, con adopción de un modelo de atención preventiva territorializado y jerarquizado, imitación del norteamericano; el trabajo en forma de campañas médico-sociales; la creación de una infraestructura de docencia especializada, la Escuela Nacional de Sanidad, y la fundación de la Enfermería de Salud Pública. El periodo republicano, en particular su primer bienio, significó la generalización del modelo territorial y el despegue de la ENS, además de incorporar las luchas sanitarias dentro del ámbito gubernativo (representado por la DGS).

Y aunque aquí vamos a comentar particularmente lo referido a la prevención, no es ocioso recordar las aportaciones republicanas en materia asistencial. La República dio impulso al programa de la previsión social como forma preferente de enfrentar los problemas de la atención médica, siguiendo la tradición europea. De hecho, el Ministerio de Trabajo había cambiado su nombre a Trabajo y Previsión en noviembre de 1928. Y es que la extensión de los servicios médicos municipales registrada desde la década de 1880 no pudo ocultar el fracaso de la beneficencia como mecanismo de integración social. Así, el Seguro Obligatorio de Enfermedad fue asumido por los técnicos del Instituto Nacional de Previsión y estaba en trámite en las Cortes la Ley de Unificación de Seguros Sociales que lo instauraba al producirse la insurrección militar en julio de 1936. Con anterioridad, la República dio carta de naturaleza al Seguro Obligatorio de Maternidad para madres trabajadoras (1931), e inició su do-

tación de consultorios y clínicas, así como reformó el Seguro de Accidentes del Trabajo (1932), creando los mecanismos para hacer realidad las indemnizaciones devengadas por los accidentados y estableciendo la Clínica del Trabajo (1933) en Madrid.

## LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA REPUBLICANA

El primer gobierno de la República, de coalición republicano-socialista, nombró al frente de la Sanidad española a Marcelino Pascua Martínez, médico especializado en estadística con beca de la Fundación Rockefeller, que fue también organizador del Sindicato Médico de la UGT, diputado socialista, embajador, exiliado tras la guerra civil y jefe de la sección estadística de la OMS (1948-1957). Pascua fue el primer Director General de Sanidad republicano y el que más tiempo estuvo en el cargo, de abril 1931 hasta abril 1933. Se ha calificado su empeño de "utopía sanitaria" pues se propuso una reforma en profundidad, que diera prioridad a la higiene pública y la medicina preventiva —lo que le indisputo con las agrupaciones médicas, en particular la Asociación de Médicos Titulares, que pedían ser los principales beneficiarios de la acción del gobierno. Respecto a la atención médica propiamente dicha, apostó por la implantación del seguro obligatorio de enfermedad, mientras que la extensión de la prevención dependería de la acción del Estado. Pascua determinó la estructura moderna de la DGS, al incorporar distintos servicios técnicos, como Psiquiatría e Higiene Mental; Ingeniería y Arquitectura sanitarias; Higiene

infantil; Higiene social y Propaganda — todas, antes de acabar 1931; y, más adelante, la de Higiene alimentaria. Impulsó la actividad investigadora a través de la Comisión Permanente de Investigaciones Sanitarias, creada en octubre 1931, para financiar proyectos en función de las conveniencias epidemiológicas nacionales. Incorporó la Cruz Roja, la lucha antituberculosa, el Instituto Nacional del Cáncer y la Leprosería de Fontilles a la Sanidad estatal e implantó los centros de higiene rurales. Como jefe de la sección de estadística sanitaria, creada para él en 1930, creó el primer sistema de información sanitaria, produciendo el *Boletín* semanal.

Una vez traspasadas al Ministerio de Trabajo las responsabilidades de la gestión sanitaria para formar el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, creado el 25 de diciembre de 1933, bajo gobierno radical, se creó el Instituto Nacional de Sanidad, integrando distintas instituciones centrales pre-existentes (Instituto Nacional de Higiene, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Farmacobiología, Comisión de Investigaciones Sanitarias). Bajo la CEDA, en mayo de 1935 la DGS se reestructuró en forma de tres subdirecciones (ejecutiva, inspectora y de enseñanza e investigación), con la peculiaridad de que sus responsables tenían la posibilidad de tramitar directamente con la Subsecretaría de Sanidad, lo que les confería una autonomía importante. Al triunfar el Frente Popular, en febrero de 1936 se volvió a la estructura clásica de Inspecciones generales (Sanidad exterior, Sanidad interior, Instituciones sanitarias, Servicios y Administración). Los distintos grandes problemas de la gestión de la salud pública eran tratados mediante una serie de Servicios Técnicos.

El trabajo sanitario en el interior estaba confiado a los Institutos provinciales de Higiene desde 1925, bajo la dirección del respectivo Inspector provincial de Sanidad. El informe reservado sobre la sanidad en España que emitió el enviado de la IHB, Charles Bailey, en 1926, dejó claro el esfuerzo que era necesario para dotarlos, y, en particular, para transformar el enfoque de sus directores en el trabajo diario, alejarlos del despacho y del laboratorio y ponerlos en contacto con las situaciones de riesgo para la población. La entrada en vigor de los distintos institutos se vio condicionada por la falta de prioridad política del problema “salud” y por la diversa motivación de los responsables provinciales. La financiación de los Institutos resultaba responsabilidad de las Diputaciones, a través de una fórmula de corresponsabilidad municipal, método consolidado por la Ley de régimen sanitario de 11 de julio de 1934. Se reafirmó en ella la consideración de la Sanidad como función pública dirigida por el Estado, si bien ejercida mediante la colaboración entre municipios, provincias y la propia administración central. Con este sistema de mancomunidad provincial, cuya Junta directora estaba presidida por el Delegado de Hacienda en cada caso, se reforzaban las garantías para el cobro de los haberes de todos los funcionarios sanitarios y para el sostén económico de los Institutos de Higiene.

## LA ORGANIZACIÓN DE LA SANIDAD Y LA PRIORIDAD DEL MUNDO RURAL

La coyuntura crítica vivida a partir de 1917, con la suma de huelga general agraria, pandemia

gripal, huelga de médicos titulares etc., fue, por muchos conceptos, un revulsivo, contribuyendo a levantar un objetivo político en materia de salud, así enunciado años después por Gustavo Pitaluga (1927): "proporcionar al campesinado el mínimo nivel de bienestar físico sin el cual no existe ni dignidad de hombres ni conciencia de ciudadanos". Un texto propagandístico del Gobierno provisional republicano advertía que se proponían extender a la mayoritaria población campesina "los principios científicos de la Sanidad". Se apoyó, para ello, en una importante aportación presupuestaria, de modo que los 10 millones de pesetas consignados en 1930 se convirtieron en 15 para 1931 y 31,5 para 1932. Las grandes ciudades, mal que bien, generaban respuestas propias, asistencia médica e intervenciones preventivas a partir de equipos municipales, mientras que las grandes masas campesinas vivían ajenas a la mayor parte de dichas novedades. Recordemos que la población española, durante el primer tercio del siglo XX, fue mayoritariamente campesina; todavía en 1930 el 57,41% de la misma vivía en núcleos de menos de 10.000 habitantes, y de ellos más de una tercera parte lo hacían en núcleos menores de 2.000.

En este proceso resultó decisiva la colaboración de la Fundación Rockefeller, vehículo de extensión del modelo norteamericano de los Centros de Sanidad rural a Europa. El convenio con dicha Fundación produjo una acción contra la anquilostomiasis minera, a partir de 1926, y una serie de becas para formar médicos especialistas en Salud Pública. En 1929, al regreso de la estancia de dos años en Estados Unidos de Francisco Ruiz Morote, inspector provincial de sanidad de Cáceres, se inició en esta provincia un programa pi-

loto integral de Salud Pública, que contó con apoyo económico de la Fundación hasta 1932. Comenzó por reforzar los recursos existentes en el Instituto de Higiene (los dispensarios antivenéreo, antituberculoso y antipalúdico, así como la sección de vacunaciones) y se crearon secciones de estadística y epidemiología. En septiembre de 1931 se inició la implantación de una red de centros primarios de higiene, coordinados por centros comarcales o secundarios, desde los que se actuó sobre todos los campos de la higiene y la prevención, empezando por las patologías prevalentes, como el paludismo, e incluyendo la salubridad de las viviendas, el suministro de aguas potables y la eliminación de excretas.

Este modelo de Centros de Higiene a tres niveles, donde los centros primarios serían puntos de coordinación o centralización, según los casos, de la totalidad de las tareas higiénicas en un distrito determinado, procedía de Estados Unidos y se adaptó en numerosos países europeos (Polonia, Yugoslavia, Hungría o Dinamarca, entre otros). Fue discutido por el Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones (reunión de Budapest, octubre de 1930) y aceptado en la Conferencia europea de Higiene rural, convocada a petición española (Ginebra, junio-julio de 1931). En España, los centros primarios debían actuar contra las enfermedades prevalentes en su distrito, proporcionar protección maternoinfantil y educación sanitaria para la población, intervenir en el saneamiento y dar atención médica en caso de urgencia, o toda en ausencia de otros recursos. Los centros secundarios eran coordinadores regionales, aportando los recursos de laboratorio y secciones de tuberculosis y venéreas, mientras que los terciarios coincidirían con el Instituto provincial de

Higiene. La estructura interna de los Institutos era similar a la de la DGS. Todos contaban con las siguientes secciones técnicas: epidemiología y estadística; análisis; tuberculosis; higiene infantil; venéreas y lepra; y, según las provincias, existían también las de paludismo; tracoma; higiene mental; ingeniería sanitaria; higiene del trabajo e higiene de la alimentación. Quedaban fuera los servicios de Sanidad exterior y la administración de hospitales, pero dentro todas las actividades de las "campañas sanitarias", de manera que el personal de la lucha antituberculosa, antivenérea, antitracomatosa y antipalúdica se integró también en los escalafones de Sanidad Nacional (formados en 1927). A resaltar la desaparición de la desinfección y su sustitución por estadística, en consonancia con el cambio similar que se registró primero en la DGS; era la superación de la vieja epidemiología, centrada en el laboratorio y especializada en la intervención desinfectora, por la nueva, vertebrada por el análisis de la información poblacional (vigilancia epidemiológica).

Los centros secundarios tuvieron la consideración estratégica de "jalones principales de la futura organización sanitaria" y debían estar regidos por personal especializado de Sanidad nacional, por lo que la entrada en funcionamiento de la Escuela Nacional de Sanidad desempeñaba un papel fundamental en el esquema. En diciembre de 1932 se habían creado 16 Centros secundarios, que eran 46 en febrero de 1936. Todos contaban con atención maternal, puericultora, de higiene escolar, odontología, oftalmología y ORL,

tuberculosis, venéreas, laboratorio y rayos X, a cargo de especialistas. Cuando estos no estaban disponibles en la localidad, se recurría a transportarlos desde la capital para sus horas de visita. La primera obligación de sus directores era la de estudiar la comarca y designar los lugares donde instalar centros primarios, para lo cual debían considerar el modo de reparto de la población, las distancias al secundario, criterios epidemiológicos de necesidad y, no por último menos importante, el entusiasmo y la colaboración de los respectivos médico titular y ayuntamiento. Así se expresaba Antonio Pintor, al transmitir su experiencia desde el CS de higiene rural de Jaca<sup>1</sup>, quien nos indica que la población que quedaba fuera del ámbito de los centros primarios (el 40% aprox., en su caso), se atendía directamente desde el Centro secundario. El manejo de los Centros primarios corría a cargo del médico titular (previa capacitación obtenida en el Instituto provincial), auxiliados por la matrona y practicante de la localidad, así como por la (enfermera) instructora de Sanidad ambulante. En la provincia de Cáceres, en su primer año, a contar desde septiembre de 1931, entraron en funcionamiento 23 centros de este tipo. Sus tareas, según el relato de lo que ocurría en el instalado en Casas de Don Antonio (Cáceres), incluían trabajo antipalúdico, higiene infantil, inspección escolar, vacunación antituberculosa (al nacer), antidiftérica (a los seis meses de vida) y antitifoidea (al entrar en la escuela) así como recogida de muestras para Wasserman. Como vemos, la incorporación de las diversas campañas sanitarias transformaba una

<sup>1</sup> Pintor, A. Organización sanitaria de la zona influenciada por el Centro secundario de Higiene rural de Jaca. Rev San Hig Pub 1932; 7(2): 266-269.

pluralidad de enfoques verticales en un enfoque horizontal, correspondiente a una concepción integrada de salud.

La complejidad del sistema hizo que su puesta en marcha fuera paulatina e inacabada durante el corto espacio republicano. En este terreno, como en el más general de políticas reformistas, lo que levantó el primer bienio republicano-socialista fue contrarrestado por la subsiguiente acción conservadora en el siguiente bienio y no hubo tiempo material para que el Frente Popular consiguiera restablecer los impulsos iniciales pese a su intento. Así, en febrero de 1936 se acometió una ordenación genérica de las funciones, dotación y objetivos de los Centros de Higiene rural, que partía de reconocerles el carácter de "elemento indispensable" de la organización sanitaria, en torno a los que articular las colaboraciones precisas para desarrollar lo que se caracterizaba como "un vasto plan sanitario rural". Se reiteró la integración en los Centros secundarios de todos los organismos sanitarios preexistentes, implicados en proyectos de titularidad estatal (lucha contra el paludismo, contra el tracoma, etc.). Sus directores, definidos como *higienistas*, quedaban encargados de "realizar el estudio estadístico, demográfico, epidemiológico e higiénico-social de la demarcación, con vistas a una perfecta discriminación de las causas de enfermedad" sobre la que habría de basarse la actividad de la institución. La población bajo su tutela no debía sobrepasar las 100.000 personas, aunque sólo se instalarían aquellos que contarán

con el suministro previo de local y medios materiales por parte del Ayuntamiento interesado (estas normas fueron mantenidas por el franquismo que incluso las reiteró el 28 de agosto de 1939).

Además de los cambios políticos, dos fueron motivos principales en la lenta aplicación de la reforma sanitaria: la falta de convencimiento de muchos titulares, denominados APD tras la ley de 1934, y el enfriamiento del apoyo por parte de la Fundación Rockefeller.

Y es que durante el escaso tiempo de vigencia de la República, las innovaciones en materia preventiva tampoco consiguieron calar en los contenidos de la profesión médica rural. Según algunos, el ejercicio de funciones preventivas por los médicos titulares sólo podía calificarse como "balbuciente"<sup>2</sup> y ello pese a que el reglamento del cuerpo de APD estableció que las actividades de prevención (como examen de embarazadas y de lactantes, reconocimientos periódicos infantiles, investigación de lúes y tratamiento antisifilítico, seguimiento de tuberculosos, inmunizaciones, educación y propaganda sanitaria) formaban parte de sus tareas ordinarias. La instalación de servicios especializados públicos en áreas rurales fue vivida como un agravio por una parte de los médicos que en ellas ejercían, en magnitud que no podemos estimar. Sus quejas, expresadas en palabras del titular de Peñaflores de Hornija (Valladolid), se referían a la competencia que sufrían sus consultas particulares, pues, en su opinión, "los Centros secundarios venían a hacer también medicina curativa; esto es, a quitar en-

<sup>2</sup> Grandes cuestiones médico-sociales. Los problemas de los médicos titulares. III. Las funciones del médico titular. Mundo Médico, 1934;16 (nº 246): 760-761.

fermos a la [...] clientela de los incautos médicos españoles”<sup>3</sup>. Esta situación era conocida por la administración, al indicar que “los clínicos no envían a sus clientes a los Centros de Higiene [...] ante el temor muy justificado de que sus ingresos sean menores”<sup>4</sup>. En los casos en que el lugar donde se instalara el centro primario tuviera un número elevado de habitantes, como en Valencia de Alcántara (más de 12.000 habitantes), se reconocía por la propia autoridad sanitaria que su director carecería de tiempo para dedicarlo a su clientela particular<sup>5</sup>.

La Fundación Rockefeller, por su parte, no vio con agrado la apuesta del gobierno republicano-socialista por un cambio de régimen y una simultánea reforma sanitaria, procesos que consideraba incompatibles, por lo que se mantuvo expectante y negó inversiones de importancia. Curiosamente, en 1939 sus enviados defenderían la posición opuesta, indicando que el cambio de régimen era la ocasión ideal para realizar profundos cambios en la sanidad. Durante los primeros años republicanos dieron una ayuda menor para instalar las secciones de Higiene infantil y de Higiene social (antivenérea), que no se hizo efectiva esperando las elecciones de 1933. A continuación, sólo apoyaron el servicio de estadística sanitaria, donde volvió Pascua al cesar en la DGS. En el caso de la lucha antipalúdica, las ayudas para la asistencia de sanitarios a cursos de formación en el Instituto de Navalmoral se acabaron en 1934; sólo se financió en su integridad un proyecto ex-

perimental para comprobar la disminución del consumo de quinina a través de la intervención con larvicidas, realizado en Campo Lugar y Madrigalejo desde 1931 hasta el momento de la guerra, bajo la dirección de un especialista norteamericano, Rolla B. Hill. El apoyo pactado para la intervención provincial en Cáceres acabó en 1932 (cuando el Gobierno español ponía 300.000 ptas frente a las 19.250 que dotaba la IHD), negándose expresamente a prolongar su vinculación con este proyecto. Sí aceptó cofinanciar otro parecido en Albacete (desde mediados de 1932 hasta 1935), siendo ambos programas reputados como de resultado satisfactorio en los *Annual Reports* de 1934 y 1935 de la Fundación Rockefeller. La gran aportación norteamericana durante la República fue el apoyo al laboratorio de virología montado por Eduardo Gallardo en el Instituto Nacional de Higiene para producir vacuna antivariólica, entre 1934 y 1936. Gallardo, que se especializó junto a Thomas Rivers en Nueva York entre 1933 y 1934, fue el introductor de la virología experimental en España, desgraciadamente olvidado tras su depuración al acabar la guerra. Estableció una mecánica de cultivo aséptico de virus vacunal, capaz de producir en grandes cantidades, y su distribución sin contaminar y garantizando el mantenimiento de su poder inmunizador. El laboratorio siguió activo durante la guerra, enviando a provincias más de 8.000 dosis de vacuna desecada pese al traslado obligado de sus instalaciones con motivo del asedio de Madrid.

<sup>3</sup> Cortejoso, L. Política sanitaria. Algo sobre los Centros secundarios de Higiene rural. *Gaceta Médica Española*, 1934; 8, 113P-115P.

<sup>4</sup> Rodríguez Pedreira, J. El presupuesto de Higiene infantil. *Pediatría y Puericultura*, 1935; 3: 384-388.

<sup>5</sup> Gimeno de Sande, A. Centros primarios de Higiene rural (I-III). *Rev san Hig Pub*, 1933; 8(2): 573-590; 1934; 9(1): 34-49; 119-129.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barona, Josep L. The European Conference of Rural Health (Geneva, 1931) and the Spanish administration. In: Barona, J.L.; Cherry, Steven, eds. Health and medicine in rural Europe (1850-1945). València: Seminari d'estudis sobre la Ciència; 2005, p. 127-146
- Barona, J. L.; Bernabeu-Mestre, Josep; Perdiguero, Enrique. Health problems and public policies in rural Spain (1854-1936). In: Barona, J.L.; Cherry, Steven, eds. Health and medicine in rural Europe (1850-1945). València: Seminari d'estudis sobre la Ciència; 2005, p. 63-82.
- Barona Vilar, Carmen. Las políticas de salud: la sanidad valenciana entre 1855 y 1936. Valencia: Universidad de Valencia; 2006.
- Bernabeu Mestre, J. El papel de la Escuela Nacional de Sanidad en el desarrollo de la Salud Pública en España, 1924-1934. *Rev San Hig Pub*, 1994; 68 (monográfico): 65-80.
- Bernabeu Mestre, J. La utopía reformadora de la Segunda República: la labor de Marcelino Pascua al frente de la Dirección General de Sanidad, 1931-1933. *Rev Esp Salud Pub*, 2000; 74 (monográfico): 1-13.
- Bernabeu Mestre, J.; Gascón Pérez, Encarna. Historia de la enfermería de salud pública en España (1860-1977). Alicante: Universidad de Alicante; 1999.
- Castejón Bolea, Ramón. Moral sexual y enfermedad. La medicina española frente al peligro venéreo (1868-1936), Granada: Universidad de Granada e Instituto Alicantino de Cultura; 2001.
- Jiménez Lucena, Isabel. La Segunda República, una apuesta por la «higiene rural»: el nivel legislativo. In: Carrillo, J. L.; Olagüe, G., eds. Actas del XXXIII Congreso Internacional de Historia de la Medicina, Granada-Sevilla: 1-6 septiembre, 1992. Sevilla: Caja San Fernando; 1994, p. 567-580.
- Galiana, M. Eugenia; Bernabeu-Mestre, Josep. El problema sanitario de España: saneamiento y medio rural en los primeros decenios del siglo XX. *Asclepio*, 2006; 58(2): 139-164.
- Perdiguero Gil, Enrique. Hacia una organización sanitaria periférica: Brigadas sanitarias e Institutos provinciales de Higiene. In: Atenza Fernández, J.; Martínez Pérez, J., coord. *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; 2001, p. 43-73.
- Rodríguez Ocaña, Esteban. La reorientación de la intervención de la Fundación Rockefeller en salud pública en España (1931-1941). In: XXIst International Congress of History of Science. México, 8-14 de julio de 2001.
- Rodríguez Ocaña, E. Salud Pública en España: Ciencia profesión, política, siglos XVIII-XX. Granada: Editorial Universidad de Granada [Serie Collectánea], 2005.
- Rodríguez Ocaña, E.; Ballester, Rosa; Perdiguero, Enrique; Medina, Rosa M<sup>a</sup>.; Molero, Jorge. La acción médico-social contra el paludismo en la España metropolitana y colonial del siglo XX. Madrid: CSIC; 2003.
- Rodríguez Ocaña, E.; Menéndez Navarro, Alfredo. Higiene contra la anemia de los mineros. La lucha contra la anquilostomiasis en España (1897-1936). *Asclepio*, 2006; 58(1): 219-248.