

LA SALUD DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS INFORMES INTERNACIONALES (1936-1940)

Josep L. Barona

Catedrático de Historia de la Ciencia

Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación

(Universitat de València-CSIC)

A pesar de que la salud representa un indicador social de primera importancia, las investigaciones sobre la guerra civil apenas lo han tomado en consideración como un factor de análisis de la vida cotidiana.¹ Existen fuentes demográficas, epidemiológicas y sanitarias ricas y fiables, que permiten una valoración general de la evolución de la salud de la población española durante la guerra, el análisis de los problemas y su génesis, el modelo de asistencia y las medidas políticas que permitieron evitar, de un modo sorprendente, un dramático deterioro de la salud, a pesar de los flujos de refugiados, las carencias de alimentos y las excepcionales condiciones de vida provocadas por la situación bélica. En un futuro próximo aspiramos a ofrecer un análisis global de las condiciones de salud de la población mediante el empleo de una pluralidad de fuentes históricas. Esta ponencia representa una primera aportación construida a partir de documentos y fuentes elaboradas por y para los organismos internacionales.

1. Antecedentes: los informes sobre la situación sanitaria española previos a la guerra civil

La incorporación española al contexto sanitario internacional aportó factores fundamentales de modernización y generó indicadores de gran valor sobre la situación sanitaria de la población española, tanto en la zona sublevada como en la republicana.² Entre ellos impulsó una estadística sanitaria que aportaba

¹ Ni los tradicionales trabajos de Abella, R. *La vida cotidiana durante la guerra civil: la España nacional*, Barcelona, 1973 y *La vida cotidiana durante la guerra civil: la España republicana*, Barcelona, 1975, ni los más recientes de Cardona, G. y Losada, J.C. *Aunque me tires el puente: memoria oral de la batalla del Ebro*. Barcelona, 2004, hacen referencia a la salud de la población, y cuando se refieren a la disponibilidad de alimentos ofrecen interpretaciones contradictorias con los testimonios sanitarios españoles e internacionales que hemos consultado.

² Sobre este proceso, vid. Barona, J.L.; Bernabeu, J. La participación española en el movimiento sanitario internacional (1851-1945). En: *Actas XIII Congreso Nacional de Historia de la Medicina*. Madrid, 2006.

criterios de comparación con otros países europeos y favoreció la formación de expertos en salud pública.³ Desde la Primera Conferencia Sanitaria Internacional (París, 1851), la administración española participó en congresos, conferencias y organismos multilaterales o internacionales.⁴ De ahí surgieron informes sobre la organización sanitaria y el estado de salud de la población de los distintos países, además de debates y directrices que desembocaron en campañas sanitarias internacionales (tuberculosis, enfermedades venéreas, paludismo, protección a la infancia, nutrición...)

A comienzos del siglo XX, la *Office Internationale d'Hygiène Publique*, con sede en París, se convirtió en el primer instrumento de análisis y negociación de los grandes problemas de salud a escala internacional. Desde su fundación, el gobierno español estuvo representado por Francisco Murillo, quien en 1910 presentó un informe sobre el programa de organización sanitaria de España.⁵ El informe asumía una deficiente situación epidemiológica, con cifras de natalidad más elevadas que Inglaterra, Alemania o Italia, y también una mayor mortalidad general.⁶ Como el interés de estos organismos se centraba principalmente en la sanidad exterior, Murillo explicaba en su informe el servicio sanitario español de fronteras marítimas y terrestres, las instalaciones sanitarias de que disponían los puertos, y las campañas contra la tuberculosis, la protección a la infancia y la salud pública en general (vacunaciones, higiene...) impulsadas por el Instituto de Higiene Alfonso XIII. Era un primer testimonio de una administración sanitaria que apenas había desarrollado la *instrucción general de sanidad* de 1904.

Un salto cualitativo representaron los informes que los representantes españoles presentaron ante la Sociedad de Naciones entre 1924 y 1932, período en que el mencionado Francisco Murillo ocupaba la Dirección General de Sanidad.⁷ El Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones publicó un

³ Para valorar la dimensión histórica del movimiento sanitario internacional, véase Weindling, P. 'The League of Nations and International Medical Communication in Europe between the First and Second World Wars'. En: R. Chartier & P. Corsi, *Sciences et Langues en Europe*. Paris, Centre Alexandre Koyré, Weindling, P. (ed.) *International health organisations and movements, 1918-1939*. Cambridge, Cambridge University Press. Por lo que a la participación española se refiere, véase: J.L. Barona y J. Bernabeu. *La salud y el estado. La participación española en el movimiento sanitario internacional (1851-1945)*. Valencia, PUV, 2007.

⁴ Cf. Barona; Bernabeu (2006), op.cit. en la nota 1.

⁵ Murillo, "La réorganisation sanitaire en Espagne". *Office International d'Hygiène Publique*. *Bulletin Mensuel*, vol. II, num. 7, (1910), 1211- 1238.

⁶ *Ibidem*, p. 1211-1212.

⁷ La labor de Francisco Murillo al frente de la dirección general de sanidad durante la dictadura de Primo de Rivera fue objeto de un homenaje de tono apologético en: J.E. "Los directores generales de sanidad. Francisco Murillo. Panorama sanitario español, al llegar el Dr. Murillo a la Dirección general.

International Health Year-Book, que incluía memorias-resumen con datos epidemiológicos e informes sobre la organización sanitaria de cada país.⁸ A pesar de la crítica situación política española, el *Year-Book* contenía informes anuales sobre España, elaborados por algunos de sus principales responsables de la administración sanitaria del estado: Ortiz de Landázuri, Jefe de la Brigada Sanitaria central; Emilio Luengo, director de la sección de parasitología del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII; Julio Orensanz, inspector general de sanidad o Marcelino Pascual, a cargo de la dirección nacional de salud pública. No podemos analizar aquí esos informes, que, en definitiva, demuestran la toma de conciencia de la administración española de los problemas sanitarios de la población y su conocimiento de los instrumentos aplicados en otros países europeos.⁹

Por otra parte, la cooperación iniciada entre el gobierno español y la Fundación Rockefeller [FR] estuvo principalmente dedicada a la mejora de la salud pública. La FR había colaborado en campañas semejantes en otros países europeos y en febrero de 1922, el director general de su *International Health Board*, Wickliffe Rose, visitó España atendiendo una invitación del gobierno. Los escritos de su puño y letra que se conservan en los archivos de la institución neoyorquina indican que la situación sanitaria española era difícil “tanto por la escasez de agua potable en ciudades y poblaciones pequeñas, como por la falta de educación popular en todo aquello que concierne a la vida higiénica.”¹⁰ En aquellos momentos, la mortalidad por fiebre tifoidea en España era del 33,6 por 100.000, mientras que en Nueva York era del 3,5 por 100.000. La mortalidad infantil era en España del 169 por mil nacidos vivos y en Nueva York del 86 por mil. Por otra parte, las regiones mineras españolas padecían cifras muy elevadas de anquilostomiasis, una enfermedad que había sido objeto de campañas de erradicación por parte de la Fundación Rockefeller. Por eso, el *International Health Board* propuso realizar un informe acerca de la situación sanitaria del país, como paso previo para un acuerdo de colaboración en salud pública.

En: *Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad*, (1930), pp. 124-133. No obstante, el texto aporta una buena síntesis de la labor realizada por la dirección general de sanidad.

⁸ *League of Nations. Health Organisation. International Health Year-Book*. Geneva, 1925-1932.

⁹ Los informes del *International Health Year-Book* contienen datos sobre la evolución de la población, las tasas de mortalidad, los presupuestos del estado para la salud, la organización sanitaria central, provincial y municipal, las campañas sanitarias y las reformas y nuevas regulaciones que afectaban a cuestiones de salud, el saneamiento de las ciudades, el control de la salubridad de los alimentos, la lucha contra las enfermedades infecciosas, o las campañas de prevención de la tuberculosis, el cáncer, el paludismo, el tracoma o las enfermedades venéreas, además de los esfuerzos de la administración por formar especialistas en salud pública.

¹⁰ Junta de Sanidad Internacional. Fundación Rockefeller. *9º Informe Anual*. New Cork, 61 Broadway, 1923.

Tras una primera visita a Madrid, Córdoba, Granada y Sevilla, una delegación de la FR remitió una breve memoria sobre las necesidades más urgentes¹¹ y desde diciembre de 1924 uno de sus expertos, Charles Bailey, se trasladó a Madrid para elaborar un informe exhaustivo que entregó al *International Health Board* en 1926. Sus conclusiones se pueden resumir en tres grandes apartados: a) la sociedad española tiene grandes carencias de salud pública, b) existe la urgente necesidad de personal sanitario profesional y bien formado y c) la organización sanitaria central ha de modernizarse y experimentar una profunda reorganización. Dado que la puesta en marcha de cualquier proyecto de intervención requería personal cualificado, los primeros informes aconsejaban iniciar un programa de formación de jóvenes especialistas en salud pública en universidades norteamericanas, particularmente en la *School of Public Health* de la Universidad Johns Hopkins, sin renunciar a programas concretos de ayuda urgente para la erradicación de la anquilostomiasis de las minas y de lucha contra el paludismo en las zonas más afectadas.

El *Informe Bailey* aportaba datos geográficos, demográficos y administrativos; sintetizaba las vías de comunicación y el sistema económico, la agricultura, los medios de producción, la industria, el sistema político, la instrucción pública, la religión y las migraciones; describía la organización de la sanidad española, los servicios de sanidad exterior e interior y la labor desempeñada por los institutos provinciales de higiene. Pero no se limitaba a describir el modelo, sino que exponía también su funcionamiento, sus logros y sus deficiencias. Una de las carencias apuntadas era la ausencia de una estadística sanitaria estatal y de campañas de educación sanitaria dirigidas a la población. Tampoco había un control eficiente de la salubridad de las aguas y alimentos, y el sistema de producción de sueros y vacunas dependía de laboratorios privados que regentaban los mismos titulares de los servicios públicos.

El informe incluía la descripción de algunas instituciones sanitarias y el funcionamiento de las brigadas sanitarias provinciales. Bailey había visitado los institutos provinciales de higiene de Jaén, Córdoba, Sevilla, Vizcaya, Oviedo, Málaga, Valencia, Barcelona, Toledo, Palencia y Coruña y aportaba datos demográfico-sanitarios de actualizados al año 1924. También explicaba el funcionamiento del Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII, creado en 1899 y con nueva sede desde 1905, o la recién creada Escuela Nacional de Sanidad,

¹¹ Una descripción más detallada de los informes de la Fundación Rockefeller sobre la situación sanitaria de España en el último capítulo de Barona, J.L. *Salud, enfermedad y muerte. La sociedad valenciana entre 1833 y 1939*. Valencia, Fundació Alfons el Magnànim, 2002.

entre otras instituciones, como el Hospital del Rey para enfermedades infecciosas, la Brigada Sanitaria Central o el Sanatorio Antituberculoso Lago.

Sus conclusiones eran muy críticas y consideraba que la prioridad era crear expertos en salud pública: “Hasta que no los haya y no reciban la remuneración adecuada, no habrá avances” y por eso proponía un programa de becas para formar especialistas; subvencionar un crédito a la comisión contra el paludismo y otro para la lucha contra la anquilostomiasis de las minas.¹² El resultado de este informe marcó el inicio de las relaciones de colaboración entre la Fundación Rockefeller y el Estado español, que tuvo plena vigencia desde 1926 hasta la guerra civil.

Apenas un par de años después, en octubre de 1928, el Dr. Hapke, Consejero Médico de Freiburg (Elba) publicaba un informe acerca del sistema sanitario español que titulaba *Ist unsere hygienische Gesetzgebung zeitgemäss oder können wir von anderen Staaten lernen? Erfahrungen aus einer Studienreise nach Spanien* [¿Es nuestra legislación higiénica la que corresponde a la época o podemos aprender de otras naciones? Experiencias de un viaje de estudio a España].¹³ Su autor había realizado un viaje de dos meses de duración por España en 1927 para analizar la organización de la sanidad española y mostraba una visión favorable, “porque este país ha cristalizado y ha sabido aplicar a un amplio Reglamento de Sanidad Municipal todos los conocimientos de higiene reunidos y adquiridos hasta el presente por las naciones civilizadas, promulgando una ley que está a la altura de los tiempos actuales.” La percepción de Hapke estaba mediatizada por su ideología política: “Durante mi viaje encontré siempre la misma expresión popular: “Sí, desde que vino al poder Primo de Rivera, desde que los impuestos no sólo se pagan, sino que también llegan a donde deben, marchamos a paso gigante. Hemos estado dormidos más de cien años, pero ahora se avanza.”¹⁴ El informe se publicó en la prensa médica alemana y fue difundido por las autoridades sanitarias españolas, ya que presentaba una imagen muy favorable de la sociedad española, particularmente en lo referente a los medios técnicos y humanos y a la dotación de infraestructuras.

A pesar de valoraciones tan dispares, puede aceptarse que a lo largo de los años 1920 la administración española asumió referentes y modelos

¹² Bailey, A. *Public Health in Spain, 1926*. Rockefeller Archive Center (RAC), Nueva York, Record Group 1.1. Projects, Series 795, Spain, folder 1.

¹³ Dr. Hapke “Ist unsere hygienische Gesetzgebung zeitgemäss oder können wir von anderen Staaten lernen? Erfahrungen aus einer Studienreise nach Spanien”. *Zeitsch.f.Medicinalbeamte*, 19, (1928), 37

¹⁴ *Ibidem*, p. 7.

internacionales impulsados por la FR y por el Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones. La salud y la organización sanitaria se convirtieron en cuestiones políticas de primer orden y las carencias fueron, en buena medida, corregidas por las políticas impulsadas por los gobiernos republicanos. La sanidad republicana no sólo incrementó los presupuestos y la participación de expertos españoles en el contexto internacional, con Gustavo Pittaluga al frente, sino que Marcelino Pascua introdujo la estadística sanitaria y aplicó novedades en la organización asistencial como las planteadas por la Conferencia Europea de Higiene Rural, celebrada a instancias del gobierno español, en 1931.¹⁵

2. La adaptación al estado de guerra

Los tres largos años de guerra civil alteraron las condiciones de vida de la población y su estado de salud. Desde el inicio del conflicto, el futuro se veía con preocupación en los organismos internacionales y el 12 de diciembre de 1936, la Sociedad de Naciones adoptó una resolución a propuesta del gobierno de España,¹⁶ que fue aprovechada por el Ministerio de Asuntos Exteriores de la República para solicitar a la Secretaría General el envío de una misión sanitaria que estudiase las posibilidades de una acción rápida para la prevención de epidemias entre la población civil. La Secretaría General, tras consultar al Presidente del Comité de Higiene, confió la misión al médico francés que ejercía las funciones de inspector general A. Lasnet, miembro de la Academia de Medicina de Francia y antiguo miembro del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones, a quien se sumaban como adjuntos el Dr. Laigret del Instituto Pasteur, en Túnez y el Dr. C. Wroczynski, antiguo director general de salud pública, subsecretario de estado y médico consejero jefe del Ministerio de Educación Nacional en Varsovia.¹⁷

La comisión elaboró un informe que abordaba tres problemas fundamentales: la organización sanitaria, la situación epidemiológica de la población y los problemas planteados por la evacuación de los refugiados. La primera impresión que manifestaba la comisión técnica de la Sociedad de Naciones era que las infraestructuras sanitarias constituían una organización bien consolidada en todo

¹⁵ Hemos analizado el modelo sanitario español durante el primer tercio del siglo XX en: J.L. Barona, J. Bernabeu y E. Perdiguero “Health Problems and Public Policies in Rural Spain (1854-1936)” y en J.L. Barona “The European Conference on Rural Health (Geneva, 1931) and the Spanish Administration”. Ambos capítulos forman parte del libro: J.L. Barona & S. Cherry, *Health and Medicine in Rural Europe*. Valencia, SEC/Universitat de Valencia, 2005.

¹⁶ *Rapport sur la mission sanitaire en Espagne (28 décembre 1936-15 janvier 1937)*. Genève, Société des Nations, 1937, p. 62.

¹⁷ *Ibidem*, p. 62-63.

el territorio. Exponían el modelo provincial en torno al hospital general y a los institutos provinciales de higiene, complementados, en cada capital, por laboratorios de química y bacteriología, dispensarios, servicio de estadística y asilos para ancianos, dementes y niños abandonados. Hacía referencia a una serie de instalaciones hospitalarias estatales, los *hospitales nacionales*, como el Hospital Nacional de la Princesa en Madrid, para enfermedades infecciosas; el sanatorio de Fontilles para leproso, en la provincia de Alicante; el Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII y el Instituto de Terapéutica Aplicada. Al estallar la guerra, el sistema sanitario español contaba con unos 20.000 médicos formados en diez facultades de medicina. También había ayudantes sanitarios, practicantes, enfermeras hospitalarias y enfermeras visitadoras.

Pero “la República española se ha visto bruscamente privada de una parte importante de sus recursos médicos. Ha perdido, de forma casi completa, su servicio de sanidad militar, que no ha logrado reconstruir en todos sus elementos. Le han quedado alrededor de diez mil médicos civiles, que han realizado, en las condiciones más difíciles, una obra de reorganización y de adaptación cuyos resultados vamos a exponer. Digamos ante todo que han hecho el mayor honor al cuerpo médico español y dan la mayor confianza en el futuro del estado sanitario del país.”¹⁸

El informe constataba que la zona republicana había conservado la organización sanitaria provincial y municipal, que, a comienzos de 1937, disponía de personal y medios suficientes. La comisión había visitado y describía con detalle las instalaciones del Hospital Nacional para enfermedades infecciosas fundado en 1925 y el Hospital de tuberculosos. También relataba la actividad de los laboratorios municipales centrada en la práctica de análisis microbiológicos y la producción de sueros y vacunas.

El cuerpo de sanidad militar estaba formado por unos 600 médicos a finales de 1936 en la zona republicana, 40 de los cuales eran militares de carrera en activo desde el comienzo de la contienda, 60 eran antiguos militares reclamados al servicio y otros 500 eran médicos civiles incorporados. En esas condiciones, el Ministerio de la Guerra consideraba que era un contingente suficiente. En el frente, cada batallón disponía de un médico y un practicante y cada compañía de dos enfermeras, mientras que los puestos de socorro se situaban cerca de la línea de fuego. Allí se atendía a los heridos y enfermos, para evacuarlos en camilla a los puestos sanitarios de brigada, que disponían de un médico jefe, tres médicos auxiliares, ocho enfermeros y dieciséis camilleros. En esos puestos se practicaban

¹⁸ *Ibidem*, p. 64.

actos quirúrgicos urgentes. Hacia la retaguardia estaba la jefatura del servicio de sanidad del frente, que organizaba la evacuación de heridos y enfermos hacia los hospitales del interior.

El material sanitario era escaso; las instalaciones disponían de lo necesario para el tratamiento de heridas (algodón, gasas, vendajes...), pero la prolongación de la guerra amenazaba con provocar un desabastecimiento dramático. Según el informe de los expertos, la mayor penuria se daba en los medios de evacuación, ya que el servicio de sanidad del frente sólo contaba con un contingente de sesenta ambulancias y unos pocos vehículos descubiertos y camionetas, siempre insuficientes para satisfacer la demanda.

En la retaguardia se habían reservado setenta hospitales para los heridos de guerra, los llamados *hospitales de sangre*, de los cuales una veintena dependían del Ministerio de la Guerra y los demás de las autoridades provinciales, de los comités obreros y de la Cruz Roja. Inicialmente se intentó habilitar nuevos locales para heridos y enfermos en los conventos y edificios incautados, pero la iniciativa había sido caótica, por lo que se habían reducido esas instalaciones. En total había unas 25.000 camas disponibles, de las cuales unas 6.000 se encontraban en Madrid. Allí se había creado un hospital para combatir la gangrena gaseosa, que a finales de 1936 albergaba a 250 heridos, con unos resultados muy positivos: un 75% de curaciones. En medio de una ciudad sitiada y alterada por los bombardeos, este hospital desarrollaba no sólo una labor asistencial, sino también de innovación científica en el tratamiento de la gangrena gaseosa.

El exhaustivo informe de los expertos de la Sociedad de Naciones ofrecía datos complementarios del informe realizado ante la Sociedad de Naciones en 1939 por J.A. Palanca, director general de sanidad franquista.¹⁹ A falta de una coordinación central, inicialmente cada provincia del bando sublevado se gobernaba con autonomía en materia sanitaria, bajo la dirección de los inspectores provinciales de sanidad. El 5 de octubre de 1936 se creó en Valladolid una Organización Sanitaria Central y el 20 de diciembre se creó el Patronato Nacional Antituberculoso.²⁰ En enero de 1937 se reunieron los inspectores provinciales de sanidad y los directores de los institutos provinciales de higiene del bando nacional en Valladolid para coordinar la intervención sanitaria. Abordaron la producción y distribución de sueros y vacunas, acordaron intensificar la lucha

¹⁹ Palanca y Martínez Fortún, J.A. *Les services sanitaires espagnols pendant la guerre civile*. Ginebra, Société de Nations, 1939, pp. 53-70.

²⁰ Cf. *Bulletin de l'Officine Internationale d'Hygiène Publique*, XXXII (1), (1940), p. 20.

antivenérea, valoraron el problema planteado por el paludismo y el parasitismo en el ejército y el provocado por los refugiados.

A partir de 1937, en la zona nacional la fabricación de vacunas contra el tifo, la viruela, la rabia, la difteria y la tuberculosis se repartió entre los institutos provinciales, que la remitían a un Centro de Asesoramiento de Salud para su distribución según las necesidades. Más dificultad encerraba la producción de sueros. Se encargó al instituto provincial de Badajoz la producción de suero antidiftérico y antitetánico. Para la lucha antivenérea se implantó la vigilancia sanitaria de prostitutas y se incrementó la fabricación de medicamentos de bismuto insoluble y arsenicales. La lucha antipalúdica se retomó mediante la coordinación por parte de los inspectores provinciales de campañas de diagnóstico y mediante la compra de 700 kg de quinina para cubrir las necesidades terapéuticas. La ayuda alemana en estos casos fue determinante.

Por lo que se refiere a la sanidad exterior, aunque las circunstancias bélicas habían alterado profundamente el comercio marítimo, en la zona nacional se tomaron medidas para normalizar el funcionamiento de los puertos, regulando la entrega de patentes desde la dirección general con sede en Valladolid. Reconocía Palanca que sus esfuerzos para recabar apoyo de la Fundación Rockefeller para los laboratorios habían sido infructuosos, aunque habían recibido suficiente ayuda de Alemania.

El acuciante problema de la asistencia médica en las ciudades y en el medio rural se había paliado, según su testimonio, gracias a la llegada de médicos refugiados de la zona republicana. Se les había asignado los servicios vacantes, estableciéndose nexos de colaboración entre los médicos del ejército y los que ejercían en los alrededores.

El 1 de febrero de 1938, el gobierno franquista creó el Servicio Nacional de Salud, con sede en Burgos. "Los doctores Orensanz y Fornieles, que el gobierno adverso había enviado a la Oficina Internacional [de Higiene, de París] para que lo representasen, aprovecharon su estancia en Francia para unirse a nosotros y en la actualidad colaboran ambos en nuestra administración sanitaria."²¹ En la zona nacional se restablecieron las corporaciones médicas y los huérfanos de médicos disponían de orfanatos propios. "La Previsión Médica Nacional, sociedad de seguros mutuos dotada de unos 10 millones de pesetas, que había sido completamente ninguneada por los adversarios, se encuentra en proceso de reconstitución."²² El informe de Palanca no sólo explicaba la organización

²¹ Palanca (1939), p. 57.

²² Ibidem.

sanitaria durante la guerra, sino también el deterioro de la salud de la población, como veremos en el siguiente apartado.

Por otra parte, el 3 y 4 de julio de 1937 se celebró en París una Conferencia Internacional de la *Centrale Sanitaire Internationale d'aide à l'Espagne Républicaine*. Asistieron representantes de once países: Inglaterra, Bélgica, Canadá, Estados Unidos, Francia, Holanda, Noruega, Suecia, Suiza y Checoslovaquia, con una cualificada representación española: el Dr. Madinaveitia representaba al Servicio Sanitario del Ministerio de la Guerra; el Dr. Planelles asistía como subsecretario de Estado del Ministerio de Salud Pública; Luis Bilbao, como representante del gobierno de Euskadi y Oskar Telge como representante de los servicios de salud de las Brigadas Internacionales. La reunión fue presidida por el embajador en París, M. Ángel Ossorio y Gallardo. La *Centrale Sanitaire* creó un Secretariado Internacional dirigido por el Dr. Kalmanovitch para coordinar la información, así como las demandas españolas y la expedición de material sanitario. El Secretariado Internacional jugó un destacado papel en la ayuda sanitaria a España, al coordinar las actividades de cooperación de los diferentes comités médicos de los países implicados. En un primer momento organizó un servicio de transporte, que permitía a cada país expedir sin impuestos desde cualquier punto hasta Valencia –entonces capital de la República- todo el material sanitario, en unas condiciones de seguridad y rapidez considerables. También organizó una delegación médica permanente en Valencia, dirigida por el Dr. René Miche, encargado de trasladar a París las peticiones oficiales de material sanitario, la información sobre la situación y la distribución de los materiales. Gracias a estos dos servicios, se pudo hacer frente a las necesidades de leche en polvo y vitaminas, de instrumental quirúrgico, camas, camillas y demás enseres solicitados por los servicios de sanidad militar y de las brigadas internacionales.²³

La Central Sanitaria Internacional organizó un servicio regular de intercambio de información entre España y el extranjero. Su Secretario General viajó a España después de la conferencia internacional y trasladó artículos de medicina, fotografías, anuncios y prospectos sanitarios. En Valencia intervino en la radio y la prensa para dar testimonio de todos los países implicados en el apoyo internacional, estableciendo así un vínculo de colaboración que tuvo una influencia positiva en lo material, pero también psicológica y moral. Mediante la

²³ La información que recoge el *Bulletin d'Information de la Centrale Sanitaire Internationale d'aide à l'Espagne Républicaine* indica que la aportación inicial de cada país, en francos franceses, había sido: Inglaterra, 76.000 francos; Estados Unidos, 906.000 ; Francia, 239.500; Holanda, 46.200; Noruega, 28.500; Suecia, 315.000; Suiza, 12.500; Total, 1.623.700 francos.

publicación del *Bulletin*, la Central Sanitaria se proponía conseguir la solidaridad de médicos y ciudadanos, principalmente mediante la recolecta de fondos y material sanitario.

Además, la Central colaboraba mediante el envío directo de enfermeras y médicos. J. Kalmanovitch redactó un artículo publicado en el *Bulletin* al regresar de su viaje a España sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios en el frente. Su informe contenía datos minuciosos sobre la organización sanitaria y la salud de la población, los heridos en el campo de batalla, donde se había establecido grupos coordinados de camilleros y enfermeros que prestaban los primeros auxilios. Después se transportaba a los heridos al puesto sanitario del batallón, donde eran atendidos por un médico que les practicaba una segunda cura, y desde allí eran trasladados en ambulancia al puesto de brigada. Si la herida era ligera y no muy urgente o si requería reposo, se le dejaba en una camilla. Había además puestos de socorro de batallón, compuestos por un médico, y varias enfermeras y camilleros. Poseían los medios técnicos y humanos necesarios para atender exclusivamente lo más urgente. Situado lo más cerca posible de la primera línea y en un lugar próximo a una carretera para facilitar el acceso de las ambulancias, solía estar instalado en una caseta o en una barraca abandonada, aunque a veces se limitaba a una simple tienda de campaña, de modo que unos estaban más pobremente dotados que otros. Se les protegía de la metralla por medio de sacos de arena.

Normalmente, a unos dos o tres kilómetros del puesto de socorro de batallón se situaba otro puesto de socorro de brigada, con un médico de brigada y varios médicos adjuntos, camilleros, enfermeras y ambulancias, que eran de dos modelos: unas pequeñas con camillas para heridos graves, otras para cinco heridos sentados, y otras con cuatro camillas para heridos tumbados y diez o doce plazas para sentados. El puesto de socorro de brigada hacía también las funciones de estación de ambulancias, las cuales se escondían entre los árboles. Allí se hacía una somera selección de los heridos, se estudiaba la zona de su cuerpo afectada y se determinaba el grado de urgencia. Los curados volvían al frente y los que requerían hospitalización eran trasladados a un hospital de retaguardia, donde había camas, quirófanos, salas de curas y demás infraestructuras hospitalarias. Estos hospitales de retaguardia eran susceptibles de atender entre 700 y 800 enfermos. Lo importante era la rapidez de evacuación y la proximidad de las líneas de

atención sanitaria cuidando siempre que hubiera disponibilidad de camas libres.

En 1938 el gobierno republicano, a través del Servicio Español de Información, elaboró un informe sobre *L'Oeuvre de la République dans les Services de la Santé Publique*, que constituye una síntesis de los logros obtenidos con su programa sanitario.²⁴ El presupuesto de la sanidad pública se había triplicado en tres años (de 9.990.000 a 31.432.600 de pesetas), se habían fundado centros primarios para atender a 2.000 familias, centros secundarios para unas 20.000 personas, además de otros denominados centros terciarios en la capital de cada provincia. El modelo se inspiraba directamente en las directrices del Comité de Higiene de la Sociedad de Naciones que pretendía unificar el funcionamiento desde un organismo central en Madrid, dotado de una serie de secciones técnicas dedicadas a: epidemiología, estadística, lucha antituberculosa, antivenérea, antipalúdica, antitracomatosa, antileprosa, anticancerosa, contra la mortalidad infantil, sanidad marítima y de fronteras, transportes, escuela nacional de sanidad, instituto de terapéutica experimental, instituto nacional de salud pública, higiene mental y lucha antialcohólica e higiene industrial.

3. La salud de la población se deteriora

Durante los primeros meses de la contienda, todos los testimonios indican que la salud de la población apenas se había deteriorado, la situación epidemiológica estaba controlada y no había amenazas inminentes. No se habían producido brotes epidémicos imprevistos y el estado de salud de la población en la zona republicana permanecía controlado. El abastecimiento de víveres entre la población estable era suficiente, aunque había carencias graves entre los fugitivos y refugiados, por lo que la aparente normalidad sanitaria sorprendía a los expertos de la Sociedad de Naciones.²⁵ En el último apartado de este trabajo nos referimos específicamente a las carencias nutricionales y sus consecuencias. El sistema de registro epidemiológico se había visto profundamente alterado por la guerra y la recogida de datos era muy imperfecta, aunque permitía concretar los cuatro principales problemas: fiebre tifoidea, tifus exantemático, viruela y disentería bacteriana. Problemas lógicos e inevitables en las condiciones de vida que planteaba la situación bélica.

²⁴ Este informe complementa el testimonio de F. Monseny. *Mi experiencia en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*. Conferencia pronunciada el 6 de junio de 1937 en el Teatro Apolo de Valencia. Valencia, Ediciones de la Comisión de Propaganda y Prensa del Comité Nacional de la CNT, 1937.

²⁵ *Rapport sur la mission sanitaire...* p. 72.

La fiebre tifoidea era un problema endémico antes de la guerra debido a la deficiente salubridad de las aguas de consumo humano. Su prevalencia oscilaba, a comienzos de los años 1920, entre 15.000 y 20.000 casos anuales, que provocaban alrededor de 3.000 a 4.000 muertes. Durante el bienio 1934-1935 se había logrado reducir drásticamente el número de casos, pero la situación se degradó espectacularmente desde el comienzo de la guerra civil por el deterioro de la higiene y el movimiento de refugiados.

El tifus exantemático, asociado tradicionalmente a situaciones de guerra y grandes catástrofes, aún no había manifestado signos de exacerbación a comienzos de 1937, cuando se realizó el informe de los expertos de la Sociedad de Ncaiones. La encuesta epidemiológica no detectaba la aparición de brotes epidémicos ni siquiera esporádicos. Las medidas que había adoptado el gobierno republicano a este respecto consistían en reclutar a todo el personal médico del país, coordinar la actuación de las autoridades médicas civiles y militares, adoptar medidas especiales para asegurar el buen funcionamiento de la asistencia en el frente y desarrollar una campaña de vacunaciones preventivas. Se vacunaba preventivamente en el ejército contra la fiebre tifoidea y paratifoidea, estaba bastante extendida la prevención antitífica entre la población civil, era obligatoria la vacuna contra la viruela y apenas se aplicaba la vacuna contra la difteria, que nunca había estado demasiado extendida entre la población. Ninguna otra vacunación preventiva se aplicaba a los soldados, ni siquiera contra el tétanos.

Los datos oficiales sobre enfermedades declarables durante el semestre que va entre el 19 de julio de 1936 y el 1 de enero de 1937 eran los siguientes:²⁶

| | Casos | Muertes | Letalidad % |
|------------------------------------|--------------|----------------|--------------------|
| Fiebre tifoidea | 358 | 42 | 11,7 |
| Fiebres paratifoideas | 6 | -- | -- |
| Neumonía | 88 | 9 | 10,2 |
| Disentería | 8 | 1 | 12,5 |
| <i>Septicemia puerperal</i> | 10 | 6 | 60 |
| Tétanos | 5 | 2 | 40 |
| Coqueluche (tos ferina) | 83 | 3 | 3,6 |
| Poliomielitis | 1 | -- | -- |
| Paludismo | 46 | -- | -- |
| Difteria | 3 | -- | -- |

²⁶ *Ibidem*, p. 95.

| | | | |
|----------------------------|-------|-----|------|
| Fiebre botonosa [ántrax] | 15 | -- | -- |
| Meningitis tuberculosa | 14 | 14 | 100 |
| Fiebre de Malta | 20 | 2 | 10 |
| Escarlatina | 80 | 8 | 10 |
| Erisipela | 71 | 4 | 5,6 |
| Meningitis cerebro-espinal | 4 | 2 | 50 |
| Rubeola | 99 | 10 | 10 |
| Tuberculosis pulmonar | 456 | 58 | 12,3 |
| Carbunco | 8 | -- | -- |
| Endocarditis | 26 | 8 | 30 |
| Encefalitis | 1 | 1 | 100 |
| Gripe | 41 | 2 | 1,8 |
| Varicela | 11 | -- | -- |
| Anginas | 30 | -- | -- |
| Otros casos | | 287 | 40 |
| | | | 15 |
| Totales | 1.778 | 212 | 11,9 |

A partir de sus observaciones y de los datos oficiales recogidos, los expertos de la Sociedad de Naciones elaboraron unas recomendaciones para mejorar el tratamiento de los heridos, que incluían el uso de aparatos transportables y material de curas, inmunización general contra el tifus y ampliación de la cobertura de vacunas. Creían necesario dotar a los centros municipales y provinciales de lugares específicos para el tratamiento de enfermos infecciosos, dotar a los servicios de higiene de aparatos de desinfección, porque eran claramente insuficientes; aislar a los enfermos contagiosos y mejorar el sistema de recogida de datos epidemiológicos, para detectar en todo momento cualquier signo de deterioro de la situación sanitaria. Recomendaba la comisión de expertos la formación de médicos especialistas en epidemias, dedicados específicamente a la profilaxis y la lucha contra las infecciones, para que se incorporasen a los asilos, prisiones y demás lugares de convivencia colectiva.²⁷

Un tercer aspecto fundamental era la evacuación de los refugiados que abandonaban espontáneamente las zonas afectadas por el frente de guerra y se refugiaban en poblaciones o áreas geográficas vecinas. El informe de la Sociedad de Naciones señalaba que en Jaén, Ciudad Real y Toledo se habían refugiado

²⁷ *Ibidem*, p. 77-78.

cerca de 250.000 personas procedentes de Extremadura, y otro tanto había sucedido con los aragoneses que se trasladaban hacia Cataluña. El movimiento migratorio había provocado la acogida espontánea de los refugiados en familias, y se había creado un *Comité nacional para los refugiados de guerra*, con delegaciones locales y provinciales para la evacuación, distribución y acogimiento de los refugiados.²⁸

Los comités provinciales registraban a los refugiados, se ocupaban de alimentarlos y darles cama, vestido y atención médica. Seleccionaban primero a niños, mujeres y ancianos, los grupos de población más necesitados de protección. Los desplazamientos masivos se realizaban en tren o en automóvil, aunque no había bastantes medios para atender la demanda. Los contingentes de niños –los más numerosos- eran trasladados en caravanas a Madrid, Barcelona y Valencia; cuando enfermaban eran atendidos en establecimientos públicos. En Valencia se utilizó el sanatorio marítimo de la Malvarrosa, que se había convertido desde el comienzo de la guerra en hospital popular, conservando su función anterior mediante una sección especial para niños tuberculosos. Tenía una capacidad de 400 plazas.²⁹ Las mujeres embarazadas dormían en hospitales y eran admitidas con carácter preferente en las maternidades de los hospitales provinciales. A comienzos de 1937 ya se planteaba el traslado de niños a Francia y Bélgica, donde se había hecho una oferta oficial de acogida. Todos los gastos derivados de la atención a los refugiados corrían a cargo del estado.

La envergadura del problema del traslado de personas era importante. A finales de 1936 el contingente de refugiados superaba el millón de personas. Unas 350.000 habían sido acogidas en las provincias catalanas y más de 250.000 en tierras valencianas, cuya población total superaba al estallar la guerra 1.750.000 habitantes.³⁰ La población de refugiados se encontraba entonces en torno al 14% de la población total del país, se estaba saturando la capacidad de acogida y surgían dificultades para la alimentación de los refugiados en determinados territorios. Situada en plena zona de fuego, la evacuación de Madrid parecía un problema irresoluble, de modo que los expertos auguraban un dramático deterioro de la situación sanitaria de la población.³¹

²⁸ *Ibidem*, p. 79 y ss.

²⁹ *Ibidem*, p. 83.

³⁰ *Ibidem*, p. 86.

³¹ Anguera, A. “Servicios sanitarios con motivo de la inmigración durante la guerra.” *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, (1938/39), pp. 25-42; Luquero, C.G. “Hechos de guerra y estadística sanitaria en 1936”. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, (1941), pp. 97-119.

De hecho, la situación social, el problema de los refugiados y la situación sanitaria se fueron degradando conforme se prolongaba la contienda y aumentaban las dificultades de organización. La situación, aún aceptable, que reflejaban los expertos de la Sociedad de Naciones se vio pronto alterada, según reflejan otros informes posteriores. Garantizar la alimentación de la población en general y de los refugiados en particular era uno de los principales retos para garantizar buenos niveles de salud. Sin embargo, el informe de 1937 de la Sociedad de Naciones ya apuntaba dificultades de abastecimiento en las provincias catalanas y valencianas, o en la población del Madrid asediado. Por eso recomendaba tomar todas las medidas para garantizar la distribución de alimentos de unas regiones a otras de España, y establecer una política de importación de alimentos como la carne o la leche. En el último apartado nos ocupamos de esta cuestión.

En el informe ya comentado de Palanca ante la Sociedad de Naciones, apenas ofrecía datos de los problemas de salud durante los primeros meses de la contienda en el bando sublevado.³² Sin embargo, señalaba que en 1937 se había reorganizado el servicio de registro de casos e informes mensuales y en 1938 ya funcionaba de modo más estable.

Los datos que ofrecía Palanca en su informe sobre la mortalidad por enfermedades de declaración obligatoria en la zona sublevada eran los siguientes:³³

Tasas de mortalidad en relación con el total de muertes declaradas

Fuente: Palanca y Martínez Fortún, J.A. *Rapport sur la situation epidemiologique de l'Espagne pendant l'année 1939*. Ginebra, Societé de Nations, 1939, pp. 40-52

| <i>Enfermedad</i> | <i>Mortalidad %</i> |
|--------------------------------|---------------------|
| Paludismo | 0,19 |
| Tuberculosis | 4,91 |
| Fiebre tifoidea y paratifoidea | 16,55 |
| Rubeola | 2,69 |
| <i>Viruela</i> | 4,92 |
| Escarlatina | 2,85 |
| Meningitis | 52,45 |

³² Palanca y Martínez Fortún, J.A. *Rapport sur la situation epidemiologique de l'Espagne pendant l'année 1939*. Ginebra, Societé de Nations, 1939, pp. 40-52.

³³ *Ibidem*, p. 59.

| | |
|------------------|-------|
| Brucelosis | 1,46 |
| Parotiditis | 0,035 |
| Erisipela | 1,28 |
| Varicela | --- |
| Tétanos | 52,38 |
| Gangrena gaseosa | 54,83 |

Otras 3,30

Durante los años de la guerra se había creado en la zona nacional el Patronato Nacional Antituberculoso para coordinar las camas y los lugares de asistencia a los enfermos de tuberculosis, que representaba un gran problema sanitario desde antes de la guerra, agravado por la penuria y la miseria de amplios sectores de la población, desarraigados, mal nutridos y con un sistema inmunitario debilitado. Pero también se había producido el resurgimiento de enfermedades bastante controladas con anterioridad. Ya se ha señalado que la fiebre tifoidea hacía estragos entre la población; el tifus exantemático, inicialmente ausente, había surgido más tarde encendiendo las alarmas, el ántrax o fiebre botonosa hizo también su aparición, aumentaron los casos de paludismo y las enfermedades venéreas aumentaron considerablemente. La difteria y la viruela se cebaron en una maltratada población infantil y otros problemas como la triquinosis o la rabia pusieron en jaque a unos sistemas de prevención y control que empezaban a estar desbordados por el deterioro de la salud de la población.

El informe de Palanca testimoniaba que la guerra había provocado profundos problemas de salud entre la población de la zona dominada por el ejército sublevado, que se habían agravado incluso más después de finalizar el conflicto bélico. Comenzaban a aparecer casos de tifus exantemático –enfermedad que no era frecuente antes- y habían aparecido brotes epidémicos de viruela. Entre abril y septiembre de 1939 se habían registrado 36 casos nuevos de tifus exantemático en lugares dispersos del territorio (Málaga, Murcia, Madrid, Albacete...) y la epidemia no había cesado, aunque las esperanzas de normalizar la vida social eran la mejor garantía de frenar la diseminación de una enfermedad profundamente ligada a la miseria y al deterioro de las condiciones de vida.

Por lo que se refiere a la viruela, la enfermedad había sido prácticamente controlada durante la etapa republicana anterior a la guerra civil, pero había experimentado un empeoramiento en el último año de la contienda. Los datos eran significativos, ya que de no haber prácticamente casos registrados antes de

noviembre de 1938, la incidencia de la enfermedad había ido creciendo hasta alcanzar un total de 288 casos oficiales en diez meses, aunque la incidencia real de la enfermedad debió ser todavía mayor. El cese de las estrategias de vacunación estaba detrás de la epidemia, ya que la mayoría de los casos se habían presentado en grupos de población no vacunados o vacunados hacía más de siete años.

Otra enfermedad claramente representativa de las situaciones de crisis y degradación social era la difteria, que comenzó a provocar nuevos casos desde agosto de 1938. En Madrid se declararon 254 casos en el mes de septiembre con 27 muertes, lo que provocó medidas de urgencia para la fabricación de suero antidiftérico y campañas de vacunación con la anatoxina. Sin embargo, a finales de 1939 la difteria no había dejado de aumentar entre la población infantil.

Por último, la fiebre tifoidea –asociada a la deficiente salubridad de las aguas de consumo humano- constituyó el otro gran verdugo de la población española al final de la guerra civil, provocando situaciones de epidemia en muchas poblaciones, con procesos de reinfección muy difíciles de controlar. Se buscó desarrollar una estrategia de aislamiento de enfermos en hospitales, de difícil aplicación, así como una quimérica desinfección de utensilios y productos potencialmente transmisores de la enfermedad, además de campañas de vacunación: más de trescientas mil vacunas se aplicaron en pocos meses. Pero la tecnología médica apenas podía paliar los tremendos problemas de salud ocasionados por la miseria. Los estragos de tres años guerra civil y la secuela de la pobreza durante la posguerra pusieron a la sociedad española al iniciarse los años 1940 ante una situación social y sanitaria muy deteriorada.

En torno a ese mismo período, un informe de la *Commission Internationale Pour l'Aide aux Réfugiés Espagnols*, del 20 de junio de 1939, señalaba que la comisión estaba atendiendo a unos 2.000 refugiados, muchos de ellos enfermos. La situación en los campos de concentración del sur de Francia era calificada de terrible; los ingresados eran sometidos a un régimen de aislamiento y vivían en la más absoluta miseria. El informe denunciaba la catastrófica situación y lo inhumano de estos campos. La Comisión pretendía también ofrecer trabajo a los refugiados, para lo cual había iniciado la confección de listas de profesiones y oficios y solicitaban a la población en general ofertas de trabajo que los pudieran ayudar.

Por último, el 20 de agosto de 1939 la Fundación Rockefeller elaboró un informe acerca de la situación de la sociedad española, que incluía datos de muy diversa índole, algunos de ellos sanitarios. Comenzaba por establecer un balance de los logros de la administración republicana:³⁴

El informe reconocía que antes de la guerra, a partir de un núcleo compuesto mayoritariamente de antiguos becarios de la Fundación Rockefeller, se realizaron grandes progresos en la organización del Departamento Central de Salud [Dirección General de Sanidad]. Una Escuela Nacional de Sanidad, junto con el Instituto Nacional de Higiene, han producido un número adecuado de sanitarios bien formados. Una nueva Escuela de Enfermeras de Salud Pública estaba ya lista para empezar a funcionar. Cada una de las 49 provincias poseía un Instituto de Higiene con un inspector sanitario a tiempo completo y una plantilla adecuada y se estaban implantando centros secundarios de salud en las principales ciudades del país. También se estaban organizando centros de atención primaria en toda España y el informe Rockefeller indicaba que en una provincia tan rural y de población tan escasa como Cáceres había más de cuarenta. Se estaba prestando una atención especial a la tuberculosis y a la puericultura. El presupuesto global era bastante satisfactorio y se incrementaba cuando las necesidades lo exigían. Aunque no habían surgido grandes personalidades, existía ya un grupo amplio de sanitarios bien formados y arduos trabajadores. Una forma realmente satisfactoria de organización central, o mejor dicho, la vinculación política de la organización aún no se había podido establecer, pero España había evolucionado en poco más de una década hacia un sistema estable de salud pública.

El representante local del *International Health Board* consideraba que España había alcanzado la mayoría de edad en la acción sanitaria y que sólo ayudas menores para proyectos específicos serían necesarias en un futuro inmediato. Entre sus valoraciones políticas apuntaba que el grupo de salubristas responsable de las políticas sanitarias republicanas funcionaba con autonomía de los poderes políticos, aunque muchos de ellos albergaban ideas liberales, lo que hizo mucho en favor de la estabilidad y continuidad de los esfuerzos.

Con el estallido de la guerra, naturalmente, los agentes sanitarios continuaron trabajando a ambos lados de la contienda como antes y sólo una pequeña parte de ellos, "arrastrados por la histeria, el miedo o la convicción," se comprometieron activamente en actividades militares o políticas. En general, ejercieron su labor por encima de otras consideraciones y los partidos políticos les

³⁴ *Report on the health situation in Spain*. Rockefeller Foundation, 20 August, 1939. Rockefeller Archive Centre (RAC), New York. Manuscrito.

consideraron como técnicos expertos, cuyo trabajo no tenía que verse interferido más que lo estrictamente necesario. Cinco salubristas médicos y una enfermera de salud pública fueron asesinados por supuestas actividades subversivas por los nacionales; ninguno por parte de los rojos. Algunos escaparon de la parte roja y marcharon al exilio o se pasaron al territorio de los sublevados.

Tras la victoria franquista todos los salubristas que habían permanecido en territorio rojo a final de la guerra automáticamente fueron sometidos a investigación oficial por parte de un tribunal especial establecido para investigar sus actividades durante la guerra, al igual que el resto de oficiales y soldados. En el caso de los sanitarios, el tribunal fue constituido por el Director General de Sanidad. Se vieron afectados aproximadamente mil funcionarios y empleados del departamento de sanidad. Aunque el informe Rockefeller se redactó antes de conocer los resultados de las investigaciones políticas, auguraba un feliz retorno a los antiguos puestos de trabajo, algo que no sucedió exactamente así. Ya entonces el informe apunta las dificultades que debían afrontar los tribunales ante las delaciones y venganzas.

Mientras tanto, prácticamente todos los empleados estaban recibiendo sus salarios básicos y seguían trabajando en el departamento de salud. La Fundación Rockefeller atribuía esta relativa normalidad a la actuación del Director General de Sanidad, J.A. Palanca, que había protegido en muchos casos a funcionarios de acusaciones injustas y abogaba por tener lo antes posible a todos los sanitarios de nuevo ejerciendo su trabajo. La información que recibió la Fundación Rockefeller era del todo equivocada, puesto que el colectivo de los profesionales de la salud pública fue drásticamente castigado tras la guerra y la parte más significativa se exilió y participó activamente en las décadas siguientes en puestos extranjeros e internacionales de Venezuela, Méjico, Cuba, la Oficina Panamericana de Salud (OPS) o la OMS.

La eficiencia de la actividad sanitaria se muestra en el hecho de que durante la guerra no hubo siquiera un solo brote de enfermedades infecciosas de grandes proporciones en ninguno de las dos zonas. No obstante, eran frecuentes las enfermedades carenciales. Como veremos, había muchos casos de malnutrición y avitaminosis –raquitismo, escorbuto, pelagra, xeroftalmia, etcétera- y se apreció un gran incremento de los casos de tuberculosis. Aunque los informes no incluyen datos sobre la mortalidad infantil, debió aumentar también significativamente. Los estudios de los expertos indican que entre la población de Madrid había un promedio de pérdida de peso de unos 10 kilos por persona. Eso provocó un notable descenso de enfermedades como la gota, la diabetes, ciertas disfunciones

de la vesícula biliar, y se redujeron las molestias que afectan a las clases sociales más altas en condiciones normales.

Sin embargo, la situación se deterioró después de 1939 y nada más acabar la guerra hicieron su aparición las enfermedades epidémicas. Se produjeron los primeros casos de tifus en varias provincias, que no había aparecido extrañamente durante la guerra y se convirtió en un problema endémico durante la región del sudeste. En Madrid se llegaron a hospitalizar un total de 53 casos antes del 15 de agosto de 1939. Con las prisiones los campos de concentración y los asilos llenos a rebosar y con enormes cantidades de piojos entre los internos, la situación era potencialmente grave. El informe Rockefeller señalaba que los doctores Morote, Luengo, Blanco y Quintana, los dos primeros antiguos becarios de la Fundación Rockefeller y el último becario también en el programa contra el paludismo patrocinado por la Fundación, se habían hecho cargo al acabar la guerra de las medidas higiénicas pertinentes, especialmente en Madrid.

En Madrid se había declarado también una epidemia de viruela, a pesar de que la población había sido vacunada casi masivamente durante los años de guerra. No obstante, la gran influencia de los refugiados que vivían en precarias condiciones de hacinamiento y la variabilidad de las cepas microbianas productoras de la enfermedad habían tenido un efecto muy negativo. En agosto de 1939 se habían declarado alrededor de 200 casos y se estaban realizando vacunaciones casa por casa.

Se declararon también casos de fiebre tifoidea, aunque la situación aún no era alarmante. El paludismo aumentó mucho durante la guerra por varias razones. Apareció en regiones donde existía el mosquito anófeles, su agente transmisor, y la campaña se vio entorpecida por el hecho de que la quinina, empleada como medicamento paliativo, y los larvicidas para combatir las larvas del mosquito, eran escasos y prácticamente no se podían conseguir por falta de intercambios comerciales con el exterior.

Las instalaciones del sistema sanitario habían sufrido muchos desperfectos. Cinco o seis Institutos Provinciales de Higiene, piedra angular de la organización sanitaria periférica, habían sido seriamente dañados por los bombardeos. En Madrid, los edificios de los alrededores de la Ciudad Universitaria habían sido destruidos. El Instituto de Higiene de Madrid se encontraba precisamente en la línea de fuego y había sido totalmente destruido. El Instituto del Cáncer también se había convertido en un montón de ruinas. El Instituto de Higiene se trasladó a un edificio en alquiler y al iniciarse la posguerra funcionaba en unas condiciones de hacinamiento muy insatisfactorias, con un equipamiento insuficiente. Todo su

equipamiento científico, incluido el que compró la Fundación Rockefeller para el laboratorio contra la viruela, y su excelente biblioteca se perdieron del todo y fue destruido el material sanitario.

Por otra parte, el edificio central de la Dirección General de Sanidad, empleado durante la guerra como hospital de sarnosos, había vuelto a desempeñar sus funciones habituales y funcionaba con normalidad. El Hospital de Enfermedades Infecciosas no había sufrido daños de guerra, pero se había visto desbordado por los casos de tifus, viruela y otras enfermedades infecciosas. La Escuela de Enfermeras de Salud Pública, situada cerca del Hospital de Enfermedades Infecciosas, no había sufrido daños y se esperaba que empezase a funcionar de nuevo en octubre de 1939. Sin embargo la ideología sanitaria de la nueva etapa política dejaría de considerar sus antiguas funciones como una prioridad. Los diversos sanatorios antituberculosos funcionaban, aunque muy saturados, dado que el número de camas ya era insuficiente antes de la guerra.

Para reemplazar al antiguo Instituto de Higiene, el nuevo gobierno franquista había decretado la creación en Chamartín de un instituto mixto integrado por la Escuela de Sanidad para médicos y enfermeras, el Instituto para el Control de Plagas Biológicas, el Instituto del Cáncer, el Parque Sanitario, la Escuela de Puericultura y otros servicios, junto al Hospital de Enfermedades Infecciosas y a la Escuela de enfermeras de salud pública. Lo que hacía falta para que el decreto fuese efectivo era una adecuada financiación para llevar a cabo el proyecto. Sin embargo, el Informe Rockefeller indicaba la existencia de una gran oposición, porque el instituto se localizaría a las afueras de la ciudad, a siete kilómetros del centro de Madrid, y eso planteaba inconvenientes a los funcionarios que deseaban desempeñar a la vez otras ocupaciones.

Por supuesto, el gobierno se encontraba en unas circunstancias financieras bastante malas. El coste de la guerra era tremendo, la reserva de oro se había desvanecido, el coste de la vida en Madrid se había duplicado, la inflación se había elevado hasta unos extremos desconocidos y la recaudación de impuestos todavía carecía de una base sólida. Además, una parte importante de Madrid había quedado destruida y un número incalculable de pueblos y ciudades reducido a ruinas. De acuerdo con la tradición, la población esperaba que el Estado adoptase la iniciativa de planificar y colaborar en la reconstrucción de esas zonas. Aproximadamente un millón de personas perdieron la vida y amplios sectores de la población se habían visto sumidos en la miseria. El estado, que estaba realizando enormes esfuerzos para ayudar a todas las personas afectadas tenía

que hacer frente a esa penosa situación en una situación de conflicto y aislamiento internacional.

Al mismo tiempo, tenía que mantenerse la administración del estado, adoptándose una estrategia de depuración ideológica y política, pero sin aparentes despidos de empleados o reducciones salariales. Probablemente esa estrategia permitía mantener la capacidad del estado de conservar el empleo, pero a un coste alto, porque cuanto más dinero se destinase a gastos de personal, menos o nada quedaba para materiales o para reemplazar el equipamiento y eso era criticado por los expertos de la Fundación Rockefeller. Por otra parte, los empleados no estaban satisfechos, porque el coste de la vida había aumentado espectacularmente.

Sin embargo, el informe de los expertos norteamericanos destacaba la intensidad del trabajo que estaban desempeñando los médicos salubristas y su dedicación a atajar las epidemias y los graves problemas de salud que amenazaban a la población. La queja más amarga que habían recibido de los profesionales sanitarios era no haber tenido acceso a la literatura científica actualizada durante los tres últimos años. Al no haberse reanudado los intercambios con el exterior, no podían comprar libros ni suscribirse a revistas.

José Alberto Palanca, el Director General de Sanidad franquista, que había pasado a denominarse Jefe del Servicio Sanitario, ya había dirigido los servicios sanitarios durante la dictadura de Primo de Rivera. Había sido catedrático de higiene en Sevilla y después de la guerra lo era de Granada. El informe aseguraba que

“Durante la guerra, los rojos mataron a cuatro miembros de su familia y lo persiguieron, pero logró escapar. Veintitrés miembros de la familia de su esposa fueron depositados en un carro, trasladados 250 km hasta su pueblo natal y fusilados en la plaza pública. Me contó eso para mostrarme que tenía motivos justos para sentir desagrado contra los extremistas, pero de lo que pude saber por otros e incluso por él mismo es que actuó con extrema moderación e imparcialidad a lo largo de la guerra. Al parecer es un profesional sanitario antes que un nacional. No es ni falangista ni requeté y creo que se encuentra seriamente interesado en reconstruir una organización sanitaria eficiente para España.

Hasta donde yo alcanzo, es el único hombre capaz de realizarlo en la situación actual de urgencia. Tiene un gran prestigio, en general es respetado por los médicos salubristas y no teme asumir responsabilidades. También está desarrollando gradualmente un programa de salud. Durante su primera etapa

como salubrista, pensé que estaba poco capacitado, y todavía creo que lo estaba, porque se había interesado poco por la organización del sistema de salud pública y no tenía las ideas claras de cómo construir dicho servicio, a pesar de haber visitado los USA y otros países. Pero después se interesó en forjar su propia reputación personal –no su fortuna, porque ya era bastante rico- y bajo la Dictadura de Primo de Rivera y más tarde la por así decir dictadura personal del rey, no encontró alicientes reales para un trabajo intenso. Todavía es monárquico. Pero la guerra parece haber sacado fuera su talento latente y, como digo, me impresionó su capacidad para escuchar y su evidente sinceridad.

Tiene una difícil tarea porque está presionado, de una parte por los falangistas y de otra por los requetés y está sujeto también a otras enormes presiones políticas, pero creo que, en general, su posición es sólida. Su idea de fusionar diversas organizaciones en el seno del Instituto de Higiene ha sido un buen primer paso. Es discutible su iniciativa de volver a crear un Patronato antituberculoso, pero el tal Patronato no es completamente autónomo como antes, sino que está sujeto a supervisión técnica de la Dirección General de Sanidad y gestionado por un hombre del Departamento con despacho en el edificio de la Dirección General y existían razones reales para la creación de este organismo. Además, su idea de plantear una futura medida que dé autonomía a los Institutos provinciales de higiene es buena; al menos eso creo. Todavía no ha formulado su programa completo, como es natural, pero creo que está empezando bien. Hasta donde yo veo, intenta rodearse de gente buena y no sólo de sus amigos personales o políticos. Las personas con las que he hablado han confirmado mi impresión personal.”³⁵

Obviamente, el informe aportaba información interna la Fundación Rockefeller replantease los términos de una futura colaboración con el nuevo gobierno de España. José Alberto Palanca había sido autorizado y el gobierno franquista había iniciado nuevos contactos con la Fundación incluso antes del cese de las hostilidades para “obtener apoyo moral desde el exterior, fuentes de información imparciales y combatir la propaganda roja.”³⁶

“No puede negarse que existe una corriente de oposición al retorno de la Fundación Rockefeller a España. Emanan especialmente de la extrema derecha, que tiene ideas chauvinistas, y que afirma también que la Fundación Rockefeller otorgó ampliamente becas a masones, y es masónica y anti-católica ella misma – aserción absurda en apariencia, pero que cuenta con cierto número de

³⁵ *Ibidem.*

³⁶ *Ibidem.*

defensores. Existe otro grupo que dice que como las democracias negaron su ayuda a la España nacional durante la guerra y la Fundación Rockefeller procede de un país democrático, España debe rehusar cualquier tipo de trato. Es una forma extremada de orgullo español. Yo mismo, al parecer, tengo también uno o dos enemigos personales, afortunadamente de poca autoridad, quienes quizás sienten que como yo era amigo de los anteriores líderes republicanos del departamento de sanidad, se me debe incluir en la lista de los enemigos de la patria.”³⁷

Sin embargo, las personas responsables y con mayor amplitud de miras reconocían la importancia de la ayuda norteamericana, especialmente en forma de becas, que la Fundación Rockefeller había otorgado en el pasado y estaban deseosas de renovar activamente las relaciones. Así se lo había comunicado Palanca al representante de la Fundación, aunque añadió que “como el gobierno aún se siente herido debido a la simpatía de las democracias por los rojos –una simpatía que considera estaba basada en la falta de una información adecuada- por ahora no pueden arriesgarse a menoscabar su dignidad solicitando incondicionalmente ayuda si existe la posibilidad de que esa ayuda sea rechazada. Esta actitud es comprensible cuando uno se encuentra *in situ*. Me ofreció todo tipo de medios para estudiar la situación, me entregó todos los datos que le solicité con agrado, una gran cantidad de información confidencial sobre los acontecimientos del pasado y los planes de futuro. Creo que era bastante franco conmigo. Dijo que quería que yo examinase la situación global y después tomase una decisión propia..

Por mi parte, le indiqué que la Fundación Rockefeller había seguido manteniendo un interés especial por España, pero habíamos considerado que nada constructivo podía hacerse durante la guerra civil, por lo que nos habíamos mantenido absolutamente neutrales. También afirmé que nosotros habríamos vuelto, de haber sido invitados, para la observación de la situación presente, con independencia de cuál de las partes hubiese ganado...

Ahora resulta sin duda cierto que las consideraciones políticas todavía tienen mucho peso en las cuestiones sanitarias. España todavía no se encuentra enteramente pacificada y las diferentes facciones están aún luchando por el poder. Las cosas seguirán así durante algún tiempo, pero hay indicios de que el gobierno desea proseguir un camino sin extremismos y trata de conciliar las opiniones contrarias. El Dr. Palanca me asegura que incluso si él fuera desplazado de su cargo, el gobierno continuaría su actual política. Palanca está intentando él

³⁷ *Ibidem*

mismo rodearse de gente capacitada y está utilizando los servicios de antiguos becarios y salubristas bien formados, sin importarle cuáles sean sus convicciones políticas. Estas cosas me inclinan a considerar favorablemente la ayuda a España, al igual que el hecho de que si España en el algún momento la necesitó, ahora la necesita más que nunca.

La forma que adopte la posible ayuda, puede decidirse más tarde, pero una forma inmediata de ayuda podría ser otorgar un pequeño crédito para comprar libros y revistas, y ayuda para instrumental de laboratorio, para instalación del Instituto de Higiene, para el funcionamiento de la escuela de enfermeras de salud pública, para la construcción de un nuevo instituto de higiene. Son asuntos en sí mismos de urgente necesidad.”³⁸

Justo en la misma época en que la Fundación Rockefeller recibía de su experto el informe sobre la situación española, José Alberto Palanca presentaba ante la Sociedad de Naciones un *memorandum* sobre la situación epidemiológica española durante el año 1939. Como ya hemos comentado, el informe era extenso y dedicaba un apartado a cada una de las enfermedades sociales más preocupantes; sin embargo la situación se resumía en los párrafos iniciales. Aunque reiteraba el panorama ya descrito, tiene interés reproducirlos porque sintetizan lo que apuntaban los demás testimonios que hemos comentado anteriormente:³⁹

“Aunque se han mantenido normal durante más de dos años de guerra, la situación epidemiológica de España ha presentado ciertas modificaciones a partir de comienzos del año 1939, con una tendencia a su agravación desde el final de la guerra. Sin embargo, esa tendencia no ha evolucionado gravemente, gracias a la energía desplegado el personal sanitario dependiente de la Dirección General de Sanidad.

En síntesis, estas modificaciones han sido las siguientes: aparición de un cierto número de casos de tifus exantemático –enfermedad que sólo aparecía raramente en el territorio nacional- y reaparición de casos de viruela, hasta el extremo de constituir pequeños focos epidémicos en ciertas provincias. La propagación de la viruela se ha debido a los grandes movimientos de población, tanto militar como civil, a finales de la guerra por casi todo el país. Pero esa propagación ha sido más aparente que real, puesto que los casos infectantes han topado, en la mayoría de las provincias, con una barrera de personas inmunizadas , y eso hay detenido definitivamente la marcha de la enfermedad.

³⁸ *Ibidem.*

³⁹ Palanca (1939), Rapport sus la situation... p. 40-41.

Un buen ejemplo de este hecho se encuentra en precisamente en las cinco provincias que limitan con Francia. Dos de ellas –Gerona y Huesca- no han presentado ningún caso de viruela; otras dos –Guipúzcoa y Lérida- sólo han tenido 3 y 2 casos respectivamente, todos ellos importados afectando a soldados, con excepción de uno de los de Guipúzcoa que afectó a un civil en contacto con los precedentes; por último, la quinta provincia, Navarra, ha presentado algunos casos entre civiles en Estella y ciertas localidades de alrededor y un hospital militar de la provincia ha recibido a los soldados afectados de viruela.

En cuanto al tifus exantemático, que no había producido caso alguno en la zona nacional hasta el contacto con el frente adversario, esta enfermedad empezó a aparecer en la provincia de Cuenca, donde creó un pequeño foco. El origen de la epidemia no se ha establecido con precisión, pero pensamos que está relacionado con casos aparecidos en la provincia de Murcia anteriormente a la conquista de aquélla por la tropas nacionales. Cabe atribuir igualmente ese origen a los casos registrados en Málaga, un número de los constatados en Madrid y finalmente el pequeño foco más reciente producido en Villarrobledo (Albacete). Cualesquiera que fuese la difusión geográfica de estos casos, ningún foco ha presentado otro carácter que el de pequeño foco familiar, que se ha sabido localizar en todo momento con la energía deseada.

Las deficientes condiciones sanitarias consecutivas a la guerra y agravadas por los grandes movimientos de población que siempre se producen después de la guerra han alcanzado su máxima expresión en Madrid, ciudad que durante más de dos años y medio estuvo sometida a un asedio incompleto y, por consiguiente, la población ha vivido en condiciones de avituallamiento y de alojamiento defectuosos. Además, durante la posguerra, Madrid, en razón de su privilegiada situación geográfica central, se ha convertido en la capital más sometida a movimientos de población, bien sea de inmigrantes como de emigrantes, así como a un flujo y a un reflujo constante de una enorme masa de gentes en tránsito. Como consecuencia de las circunstancias, se han producido casos de tifus exantemático y de viruela en la capital y, más recientemente, un número insólito de casos de difteria y una notable agravación de la endemia de fiebre tifoidea que existe actualmente en la ciudad.”⁴⁰

3. El problema de la alimentación y las enfermedades carenciales

El suministro de alimentos se convirtió en un problema que afectaba a más de 1,200.000 habitantes durante el sitio de Madrid, y esa cifra creció en más de

⁴⁰ *Ibidem.*

300.000 refugiados que venían desde Toledo, Extremadura y otras áreas de los alrededores. Como es sabido, desde el comienzo del conflicto, el frente de Guerra había dividido al país en dos partes, siendo la parte oriental la que se mantenía bajo el gobierno republicano. Perteneían a ella las regiones productoras de grandes cantidades de trigo, arroz, verduras, frutas y vino. Por el contrario, la parte occidental, en manos de los insurgentes, eran tierras de pasto.⁴¹ En enero de 1937 los expertos de la Sociedad de Naciones predecían que la población madrileña iba a padecer problemas de abastecimiento de carne y leche, mientras que, si se mantenía el transporte en buenas condiciones, podría seguir abasteciéndose regularmente de harina, aceite de oliva, frutas, legumbres y verduras. La previsión se cumplió y las carencias de carne y leche se paliaron con otros alimentos, aunque el transporte era muy irregular y se producían largas colas de distribuidores y de consumidores frente a las tiendas de alimentación; colas de gente “que está en perfecto estado de salud”.⁴²

La delegación de la Sociedad de Naciones visitó a comienzos de 1937 un mercado en Madrid y pudo comprobar la disponibilidad de patatas, legumbres, verduras y naranjas, extrayendo la percepción de que la sociedad española estaba muy lejos de padecer hambruna.⁴³ Sin embargo, se alarmaba al comprobar que seis meses después de iniciarse la guerra no hubiese ningún control sobre la venta de alimentos, lo que, en opinión de los expertos provocaba el despilfarro. Las autoridades municipales de Madrid habían establecido un sistema de racionamiento que entraba en vigor el 5 de enero de 1937 y debía aplicarse a todos los alimentos, sobre la base de unas *cartillas de racionamiento* familiares o personales para comer en establecimientos públicos, y otras cartillas especiales para los enfermos. La ración ordinaria que se había calculado comprendía: 150 gramos de carne fresca o en lata, que podía substituirse por 100 gramos de jamón, 200 gramos de pescado fresco, 100 gramos de pescado en conserva o 80 gramos de bacalao; productos lácteos: medio litro de leche fresca , 130 gramos de leche condensada, 200 gramos de concentrado de leche o 75 gramos de queso; grasas: un cuarto de litro de aceite de oliva, 200 gramos de manteca o 100 gramos de tocino; 250 gramos de patatas o 100 gramos de lentejas, 150 de alubias secas, 180 gramos de arroz, 150 gramos de alubias anchas o 100 gramos de garbanzos secos; 150 gramos de verduras frescas o 500 gramos de fruta o de verduras en conserva (tomates etc...); 25 gramos de café o

⁴¹ *Rapport sur la mission sanitaire en Espagne (28 décembre 1936-15 janvier 1937)*. Genève, Société des Nations, 1937, p. 89.

⁴² *Ibidem*, p. 89.

⁴³ *Ibidem*, p. 89-90.

té, o 30 gramos de chocolate o 50 gramos de coco; 50 gramos de azúcar sustituibles por 80 gramos de miel, y medio kilo de pan. No se incluían especias y la distribución se había calculado de acuerdo con las reservas totales de alimentos que requería la población de Madrid, tanto civil como militar.

De acuerdo con los cálculos de los inspectores municipales de sanidad de Madrid, a comienzos de 1937 la demanda de patatas estaba prácticamente cubierta con la producción de las zonas agrícolas del entorno de la capital. Sin embargo, previendo futuras carencias se había importado de Holanda 120 toneladas. Existía, sin embargo, una deficiencia de camiones para el transporte. Una cantidad suficiente de frutas y verduras procedía de los suburbios de Madrid, pero también se contaba con la huerta valenciana y murciana, aunque existía la amenaza de un transporte deficiente. Sin embargo, el abastecimiento de carne era muy problemático y, si bien hasta finales de 1936 la producción del entorno de la capital era suficiente, en 1937 el suministro sólo alcanzaba a cubrir la demanda del ejército y no quedaba nada para la población civil, que había tenido que sustituir la carne por sardinas.⁴⁴ Se había iniciado la importación de carne desde Yugoslavia y Argentina, pero el transporte representaba un grave problema. Los demás productos previstos en la cartilla de racionamiento parecían accesibles, y en el caso del pan se hacía cargo el *Consortio de panadería*.

Aunque en 1937 el abastecimiento de alimentos no había planteado problemas críticos de hambre, enfermedades deficitarias o malnutrición, los expertos calificaban la situación como grave: "Si consideramos los cientos de miles de mujeres y niños que viven en Madrid, no podemos sino concluir que será necesario evacuarlos tan pronto como sea posible... porque puede verse amenazada por la carencia de alimentos."⁴⁵ A mediados de 1939, la Comisión Técnica sobre Nutrición de la Sociedad de Naciones presentó un informe acerca del trabajo realizado entre junio de 1938 y abril de 1939, en el que dedicaba un apartado a la crítica situación de la alimentación de los refugiados y planteaba la necesidad de buscar una salida de urgencia para evitar las muertes por inanición:

"During its August session, the attention of the Special Committee was drawn to the fact that, even in Europe, disturbing conditions existed in which the problem was no longer to lay down the bases for a satisfactory diet, but rather to prevent the population from dying from starvation. This was, more particularly, the position of Spain, and, to cope with it, the

⁴⁴ *Ibidem*, p. 91.

⁴⁵ *Ibidem*, p. 92.

Society of Friends sought guidance in the preparation of an emergency diet for the refugees.

The Committee suggested a diet of this character. It is composed of whole wheat, brewer's dried yeast, cod liver oil and various salts, and is so designed as to include vitamins and essential inorganic constituents. At the same time, the Committee pointed out that such a diet was at most adequate to sustain life and to prevent the appearance, during a limited period, of the more serious effects of malnutrition. It could only be looked upon as an emergency diet, to be supplemented at the earliest possible moment by fresh foods."⁴⁶

Los temores de la Sociedad de Naciones tenían fundamento y los problemas de alimentación de la sociedad española se agudizaron a partir de la segunda mitad del año 1937, y llegaron a superar las carencias que había provocado en Europa central la Gran Guerra (1914-1918).⁴⁷ En su balance de la enfermedades asociadas al déficit de alimentación, F. Grande Covián estimaba que el valor calórico medio de la dieta de los madrileños era de 2130 calorías diarias antes de la guerra, pero a partir de agosto de 1937 esa cantidad se había reducido a la mitad. Los problemas de alimentación de la población habían alcanzado su momento más crítico en octubre de 1938, cuando sólo se pudo distribuir 150 gramos de pan por persona y la dieta cotidiana de una gran parte de la población se limitaba por lo general a café de malta con o sin azúcar para el desayuno; un plato de lentejas con un poco de pan para la comida y para la cena un plato de arroz caldoso con un poco de pan.⁴⁸ Ese régimen no aportaba más de 800 a 1000 calorías y provocó un descenso muy significativo del peso corporal, que llegó a alcanzar el 30% del peso primitivo. Como consecuencia de ello empezaron a aparecer enfermedades carenciales entre la población.⁴⁹ Se registraron en Madrid 3115 casos -que representan una parte menor, aunque significativa, de las carencias de la población global- que correspondían a los siguientes cuadros morbosos:

⁴⁶ "Report on the work of the Health Organisation between June 1938 and April 1939 and on its 1939 programme. B. Nutrition" *League of Nations Bulletin of the Health Organisation*, vol VIII, (1939) p. 32.

⁴⁷ Grande Covián, F. « L'alimentation et les troubles alimentaires durant la Guerre Civile Espagnole ». En : *Les Vitamines*. Bâle, Roche, 1939.

⁴⁸ Jiménez García, F. ; Grande Covián, F. "Algunas observaciones sobre las dietas consumidas por los enfermos carenciales de Madrid" *Revista Clínica Española*, I(1), (1940).

⁴⁹ Jiménez García, F. ; Grande Covián, F. "Sobre los trastornos carenciales observados en Madrid durante la guerra. I Los cuadros clínicos presentados con más frecuencia y su clasificación. *Revista Clínica Española*, I(4), (1940).

| Síntomas carenciales en Madrid | Número | % de casos |
|--------------------------------|--------|------------|
| Síndrome parestésico o | | |
| Parestésico-causálgico | 712 | 22,8% |
| Pelagra o pelagra sin pelagra | 677 | 21,7% |
| Neuritis óptica retrobulbal | 509 | 16,3% |
| Edema por desnutrición | 461 | 14,7% |
| Glositis simple | 336 | 10, 7% |
| Hemorragias | 71 | 2,2% |
| Neuritis acústica | 33 | 1,5% |
| Otros síntomas carenciales | 316 | 10,1% |

La mayoría de estos cuadros se asociaban a avitaminosis o a déficit de proteínas. Justamente en 1937 se acababa de descubrir el efecto positivo del ácido nicotínico sobre la pelagra. En el Instituto de Investigaciones sobre la Alimentación creado en Madrid se detectaron unos 30.000 casos de pelagra durante la guerra, y 750 de ellos pudieron someterse a tratamiento con ácido nicotínico, que cortaba de inmediato los síntomas de diarrea mejorando el estado general de los pacientes. Más del 90% de los tratados de este modo curaron o mejoraron los síntomas de inmediato.

Los enfermos afectados de problemas neurológicos y causálgicos (dolores, frialdad en extremidades...) fueron tratados con levadura de cerveza por falta de vitamina B, que tampoco pudo aplicarse a mejorar los graves problemas oculares causados por la neuritis óptica retrobulbar. Por su parte, los médicos que estudiaban las enfermedades carenciales advirtieron que el edema por desnutrición no se debía a una avitaminosis, sino a una dieta carencial en proteínas.⁵⁰ Los casos clínicos sirvieron para investigar la relación entre los síntomas específicos y la carencia concreta. La glositis simple, que no era un mero síntoma de otras enfermedades como la pelagra, se asoció a la carencia de algunas variedades de la vitamina B. A pesar de la dramática situación nutricional de la población, fueron muy pocos los casos de avitaminosis A, C y D (hemeralopia, escorbuto, raquitismo). "De modo que la gran mayoría, o sea más del 80% de los casos de carencias aparecidos en Madrid durante la guerra civil, fueron el resultado de un consumo insuficiente de vitaminas del complejo B y alrededor del 17% se debieron a una aportación demasiado escasa de proteínas"⁵¹

⁵⁰ Grande Covián (1939), *op.cit.*, p.7.

⁵¹ *Ibidem*, p. 8.

Apenas unos años más tarde, síntomas similares comenzaron a aparecer entre la población de algunos países europeos como consecuencia de la II^a Guerra Mundial. La situación de la población española había mejorado poco en los primeros años de la posguerra, y así lo reflejaba el experto en nutrición de la Sociedad de Naciones Yves Biraud en 1943 cuando realizó un balance sobre la nutrición en Europa: "Entre los países afectados por el desabastecimiento hay que hacer mención especial de España. Las restricciones fueron allí severas durante la Guerra civil en gran parte del país, incluso fue aguda durante dos inviernos en Madrid y entre gran cantidad de prisioneros. Las consecuencias económicas y sociales de la guerra civil se prolongaron y agravaron debido a la Guerra europea, de modo que en 1941 la gravedad del estado nutritivo de la población sólo era mejor que la de Grecia. Desde entonces las cosas han mejorado un poco."⁵²

Conclusión

La administración española había intervenido desde mediados del siglo XIX en los diversos ámbitos internacionales donde se debatieron las grandes políticas de salud (conferencias sanitarias internacionales, Oficina Internacional de Higiene, Sociedad de Naciones...). La toma de conciencia de las deficiencias de salud y de organización sanitaria pusieron en marcha las primeras iniciativas especialmente durante los años 1920, con el apoyo de la *Rockefeller Foundation*. El modelo español adolecía de falta de expertos profesionales e inició un programa de cooperación con la fundación norteamericana centrado en la formación de especialistas en salud pública, las campañas contra el paludismo y la anquilostomiasis de las minas, que complementaba las luchas ya iniciadas contra la mortalidad infantil, las enfermedades venéreas, la tuberculosis y la fiebre tifoidea. Todo ello constituía un modelo de acción sanitaria homologable con el resto de países europeos. La formación de expertos en salud pública y su acceso a los cargos de responsabilidad política impulsó una reforma sanitaria durante la república, gracias al incremento presupuestario y al apoyo gubernamental.

El inicio de la guerra alteró la situación, aunque el trabajo realizado evitó que la situación de salud de la población se deteriorase drásticamente durante los dos primeros años de la contienda. La comisión de expertos de la Sociedad de Naciones encabezada por el francés Lasnet, que analizó la situación de la zona

⁵² Yves Biraud era el director del *Service of Epidemiological Intelligence and Public Health Statistics* de la Sociedad de Naciones en Ginebra. Escribió su informe entre mayo y agosto de 1944: Biraud, Yves M. Health in Europe. A Survey of the Epidemic and Nutritional Situation. *League of Nations Bulletin of the Health Organisation* X (4), (1943/44), pp. 557-699.

republicana en 1937, y el informe del director general franquista J.A. Palanca indican carencias, pero explican la reorganización a partir de los medios existentes, y un nuevo modelo de asistencia tanto en el frente como en la retaguardia. Mientras que el apoyo alemán sirvió a los laboratorios del bando nacional, la *Centrale Sanitaire Internationale d'Aide a l'Espagne Républicaine* aportó apoyo material e infraestructuras.

Aunque la atención a los refugiados presentó carencias importantes, los indicadores de salud presentaban sólo ligeras carencias que se agravaron desde el otoño de 1937. Se sumaron entonces a los tradicionales problemas de salud representados por la tuberculosis, las enfermedades venéreas y el paludismo, cuatro grandes amenazas: las epidemias de fiebre tifoidea, los brotes esporádicos de tifus exantemático y de viruela y un incremento de casos de disentería bacteriana. La difteria, casi insignificante con anterioridad, apareció con fuerza entre la población infantil. Los estados carenciales como consecuencia de una dieta insuficiente en vitaminas y en proteínas afectó a amplios sectores de la población. Todos estos problemas se agudizaron aún más durante los primeros años de la posguerra.