

EPITOME SOBRE UNA EVOLUCION SANITARIA DE LA GUINEA ECUATORIAL DURANTE LA COLONIZACION (1778-1986)

Armando Ligero Morote

Antes de entrar en el tema central, conviene señalar unas notas sobre la geopolítica del territorio. La hoy República de la Guinea Ecuatorial disponía, al acceder a la independencia, del más alto nivel sanitario de Africa, teniendo en cuenta su extensión territorial y su cifra de población. Tenía la misma organización que en sus etapas colonial y provincial.

Pero hay que tener en cuenta que la etapa de colonización no es de ciento noventa años, como tantas veces se ha escrito, ya que es bastante menor; se puede decir que empieza en 1858 y eso con un amplio interrogante, pues se reduce sólo a la isla de Fernando Póo (hoy Bioko). En la zona continental se inicia realmente hacia 1904, pero hasta 1934 no se llega a ocupar todo el territorio colonial.

La extensión y población de Guinea Ecuatorial se desglosaba en 1968, según datos, en:

	Extensión Km ²	Población habitantes	Sexo	
			Varones	Hembras
<i>Guinea continental</i>				
— Río Muni	26.000,—	204.701	102.350	102.351
<i>Guinea insular</i>				
— Fernando Póo	2.017,—	82.949	53.917	29.032
— Annobón	17,—	1.436	—	—
— Corisco	15,—	615	—	—
— Elobey Grande	2,27	96	—	—
— Elobey Chico	0,19	4	—	—
Totales	28.051,46	289.801	156.267	130.383

No se tienen en cuenta los islotes Cocoteros, Ngande, etc.

Los habitantes se distribuyen en 1.844 poblados en Río Muni, 46 poblados en Fernando Póo, cuatro poblados en Annobón y uno en cada uno de los Elobeyes. Esta profusión de poblados hacía muy compleja la labor sanitaria. Periódicamente, en teoría, los médicos reconocían a cada habitante nativo de estos poblados.

En Fernando Póo se establecieron tres demarcaciones territoriales, luego municipios: Santa Isabel, San Fernando (entre ambos, colindantes, se ubicaban 55.000 habitantes), San Carlos (con 27.000 habitantes). Desde el punto de vista sanitario se establecieron tres zonas sanitarias: una en Santa Isabel, que atendía a los municipios de Santa Isabel y San Fernando, con un hospitalillo en Basakato del Este, y en el municipio de San Carlos, más extenso territorialmente, existían dos zonas sanitarias, la de San Carlos y la de Concepción. Los habitantes autóctonos son los Bubis, y los demás son una minoría de Fernandinos y una gran mayoría de Nigerianos, que eran la masa trabajadora y en continuo trasiego, ya que podían realizar dos contratos y al término del segundo debían regresar a su país de origen, Nigeria. Al terminar su segundo contrato podían —tras renunciar a los beneficios previstos en el convenio laboral entre el gobierno español, representado por el Gobernador general, y el gobierno de Nigeria, representante del inglés— realizar contratos sucesivos de año y medio, como trabajadores libres y en esa situación podían conseguir cierta integración en el área cultural de los nativos de Guinea.

La isla de Annobón era atendida por una sola zona sanitaria, ordinariamente regentada por un practicante.

La Guinea Continental, Río Muni, estaba políticamente dividida en once demarcaciones o municipios, que coincidían con las zonas sanitarias: Bata (con 27.000 habitantes), Kogo o Puerto Iradier (con 14.000 habitantes), Río Benito (con 15.000 habitantes), Akurenan (con 15.000 habitantes), Nsork (con 8.500 habitantes), Valladolid de los Bimbiles (con 15.000 habitantes), Mongomo (con 12.000 habitantes), Evina-yong (con 18.000 habitantes), Sevilla de Niefang (con 20.000 habitantes), Micomeseng (con 18.000 habitantes) y Ebebiyin (con 32.000 habitantes). Cada zona disponía de un hospital u hospitalillo y algunas uno o dos dispensarios. Las tribus que residen en el continente son: los Fang o Pamues (la más numerosa), los Ndowes (Combes, Bujebas, Bengas, Onas, Bapucus, etc.). Existían también Nigerianos en número muy inferior a la Isla de Fernando Póo. Los Elobeyes y Corisco dependían de la zona sanitaria de Kogo.

La sanidad estaba organizada dentro de las zonas con hospitales de distintas categorías: hospitales generales en Santa Isabel y Bata, hospitales de primera categoría, los de 50 camas en adelante y de segunda los restantes. Cada zona disponía de dos, uno o ningún dispensario anexos al hospital y cada hospital estaba dotado de una ambulancia para el traslado de los enfermos de un poblado al hospital, cuando

existía carretera, o del hospital al hospital general, cuando no podía ser atendido correctamente. Los dispensarios estaban a cargo de un enfermero.

Los hospitales radicaban en la cabecera del municipio, o sea, en el ayuntamiento. El gobierno autónomo tenía redactados proyectos de nuevos hospitales en Mongomo y Ebebiyin de 120 camas cada uno; otro para Niefang de 80 camas, pendientes de sacar a concurso-subasta las obras. El Gobierno de la Independencia los puso en marcha, adjudicándose la iniciativa. La Dirección de Sanidad radicaba en Santa Isabel, y en Bata existía la Subdirección, cargo anexo al director del hospital general. El órgano superior de la sanidad pasó a ser del gobernador general al consejero de Sanidad en la autonomía.

El número de camas disponibles en Guinea era:

Isla de Fernando Póo, luego Isla de «Francisco Masie Nguema», hoy Bioco:

	<i>Camas</i>
Hospital de Santa Isabel, hoy Malabo	425
Hospital de San Carlos, hoy Luba	152
Hospital de Concepción, hoy Riabba	71
Hospital de Basakato del Este	20
TOTAL DE LA ISLA	668
	<i>Camas</i>
Isla de Annobón	20
<i>Guinea continental, Río Muni</i>	
Hospital General de Bata	410
Hospital de Micomeseng con Casa-Cuna	220
Hospital de Evinayong	80
Hospital de Ebebiyin	60
Hospital de Río Benito	20
Hospital de Sevilla de Niefang	35
Hospital de Kogo	110
Hospital de Akurenam	20
Hospital de Nsork	20
Hospital de Mongomo	20
Hospital de Valladolid de los Bimbiles	10
TOTAL EN RIO MUNI	1.005

En esta distribución no se tienen en cuenta las camas de la leprosería de Micomeseng.

La dirección de los hospitales estaba encomendada a un médico en los de menos de 50 camas y más de 10. En los de 10 camas la llevaba un practicante. En todos ellos el director hacía también de administrador. En los de más de 50 camas, además del médico jefe de zona y del hospital, existía un practicante y religiosas-enfermeras. El hospital

de San Carlos contaba en teoría con dos médicos, un practicante y últimamente un tocoginecólogo, que sustituía a los de Santa Isabel o Bata.

Los hospitales generales de Santa Isabel y Bata tenían, en teoría, en su plantilla cuatro médicos generales o internistas, dos tocoginecólogos, dos cirujanos, dos analistas-bacteriólogos, dos pediatraspuericultores, radiólogos y además odontólogos y oftalmólogos, que en épocas de licencia se suplían por quincenas entre Bata y Santa Isabel.

En Santa Isabel existía el Repuesto de Medicamentos, regido por un farmacéutico, y que almacenaba los medicamentos y material quirúrgico. Mensualmente suministraba los pedidos que solicitaban los demás hospitales.

En Santa Isabel y Bata existían los departamentos de sanidad exterior, encargados de la revisión de toda persona que entrase o saliese del territorio, y eran los encargados del control de las endemias reguladas por reglamentos. Los médicos jefes de las zonas fronterizas (Aku-renam, Kogo, Mongomo, Nsork, Ebebiyin y Micomeseng) realizaban la misión de la sanidad exterior. Los demás médicos jefes de zona sólo llevaban el control de las luchas reglamentadas, menos la fiebre amarilla.

En la asistencia sanitaria se requería una plantilla oficial que desde un médico del Marina se fue incrementando hasta llegar en el momento de la independencia a contar en el servicio sanitario con 40 médicos, un veterinario, 18 practicantes, cuatro comadronas, 28 religiosas-enfermeras y un personal nativo, entre enfermeras y enfermeros, chóferes, porteros, etc., de 450 personas. Por otra parte, había cinco médicos, tres practicantes en ejercicio libre y tres médicos nativos contratados.

El personal sanitario tenía un 15 por 100 en estado de licencia por haber cumplido su campaña de dieciocho meses; es decir, que la plantilla oficial no estaba nunca al completo.

La misión del médico general en Guinea no se limitaba a intentar curar a los enfermos que acudían a las consultas externas y a poner tratamiento a los hospitalizados, sino que atendía al despistaje de las enfermedades que gozaban de régimen de lucha obligatoria, como eran: lucha antitripánica, contra el pián, contra la tuberculosis, lepra, fiebre amarilla, asistencia maternológica y la atención del dispensario infantil, y atender a las campañas de vacunación: antivariólica, antitetánica, antipertusis y antidiftérica (DPT), antipolio y antisarampión. Además en las zonas se asistía a los partos normales, se hacían los análisis más usuales y se hacían las tareas propias de veterinaria, como análisis de carne sacrificada para la venta pública. Llevaba el control del repuesto farmacéutico, para el uso de los enfermos hospitalizados, de los enfermos en cura ambulatoria y del botiquín de farmacia para enfermos de pago.

Los hospitales de zona funcionaban frecuentemente al 100 por 100 de ocupación de camas y la relación enfermo-cama era muy alta.

En los hospitales generales las funciones eran más concretas, de

acuerdo con la especialidad, si bien más complejas, el recibir lo que no podía solventarse en los demás hospitales, aunque en ocasiones de licencias los médicos generales debían realizar las tareas de los especialistas. El problema más grande del servicio sanitario eran las licencias y faltas de personal en ciertos momentos. El trabajo de los médicos de zona era, pues, más duro y con posibles fallos humanos por el aislamiento, la dificultad del idioma y por carecer de colaboradores eficientes y eficaces. También realizaba una labor docente en forma de pequeños cursillos a enfermeros y auxiliares. La calidad humana del personal suplía las inevitables deficiencias del trabajo duro del bosque, como se llamaba a las zonas del interior.

De cuanto se ha relatado hasta aquí se pueden deducir ciertas incongruencias. Así, en la región de Río Muni la razón sexual o proporción entre hembras y varones era prácticamente de un varón por cada mujer, cosa curiosa, pues el guineano continental tiene fama de ser polígamo, teniendo más de una mujer como esposa al mismo tiempo, ya que si lo es sucesivamente, no entra en el caso. En buena lógica el polígamo es el que más posee y no el mejor dotado fisiológicamente, y crea, con la complicidad de la dote o *nsua*, serios problemas para la creación de parejas jóvenes.

La mujer polígama, con varios hombres al mismo tiempo, la poliándrica, en verdad no existía aquí, pero sí en el sentido de tener varios varones sucesivamente. Eran numerosas las mujeres que tenían hijos de distintos padres, lo que es admitido actualmente como natural. El anti-conceptivo no había entrado en Guinea Ecuatorial. Brindo este dato a los sociólogos interesados en el problema.

En Annobón, la estadística no indica la variedad sexual, pero el mayor número de residentes eran mujeres y niños. El varón, con frecuencia salía para trabajar en Fernando Póo, o en la Guardia Marítima del Continente. Solía llevar una esposa, y si ésta quedaba gestante, la enviaba para dar a luz en Annobón, acostumbrando en tal caso solicitar otra mujer. Se parte del concepto muy generalizado en Africa de que la mujer debe parir en su casa materna.

En Fernando Póo se puede advertir que la razón sexual es de 1,85 y, por consiguiente, casi corresponde a cada mujer dos varones, luego este parece un terreno abonado para la poliandria. Pero no es así. Esta desproporción se debe a que la mano de obra nigeriana (sin la cual no hay riqueza agrícola posible) en el 80 por 100 era joven y soltera. Mientras estaba sujeta al contrato por el convenio laboral con Nigeria no buscaba mujer fija; no así el que se liberaba de ese convenio y se afincaba en Guinea, el cual sí buscaba y lograba convivir con mujer nativa e incluso formar una familia estable. La mujer nativa, *bubi*, podía ser polígama en el sentido de mujer que tenía sucesivamente varios varones; así he conocido mujeres que tenían hijos de diferentes padres (de la propia tribu o foráneos) tras cortas convivencias con cada progenitor. No se consideraba «prostituta», sino simplemente «amable»,

cariñosa, con el deseo de crear pareja estable, aunque el varón no creía en esa estabilidad.

Otra deducción de cierta incongruencia relativa es la comparación del número de camas hospitalarias entre Fernando Póo y Río Muni; para una población supuesta de 82.245 habitantes se disponía de 668 camas, o sea, una cama por 124 habitantes (superior entonces a algunas provincias españolas); en el continente o Río Muni para 204.701 habitantes existían 1.000 camas, o sea una cama por 204 habitantes. ¿Cómo existe esta desproporción? Una hipótesis sería que la isla de Fernando Poo llevaba más tiempo de colonización, y por ello el bubi era más evolucionado o más adaptado a la cultura europea, como también el problema de la tripanosomiasis y la abundancia de paludismo, el compromiso de atender al nigeriano, extranjero, y ser Santa Isabel la capital de Guinea, donde residían las Direcciones Generales de los servicios y la medicina europea y hospitalaria, más solicitada que la medicina tradicional africana; también hay que tener en cuenta la densidad de población, que era de 41 habitantes por kilómetro cuadrado.

En el continente (Río Muni), con 1.844 poblados, una media de 108,6 habitantes por poblado y una densidad de población de 7,8 habitantes por kilómetro cuadrado, se puede explicar la desproporcionalidad. Por otra parte, todavía existía el criterio de nomadismo entre sus habitantes; y con la falta de la mano de obra nigeriana, la población general de Fernando Poo ha descendido, aunque se ha compensado con la llegada de gran número de Fangs, lo que ha nivelado en parte el número de pobladores de antes, pero con la contrapartida de no ser éstos trabajadores agrícolas.

LEGISLACIÓN SANITARIA

Trataremos de exponer aquí las líneas fundamentales de la legislación española¹ basándonos en la rigurosa fidelidad a las disposiciones legislativas, desde la incorporación de la colonia que fue portuguesa a España (1778). No pretendemos enjuiciar el sistema colonial, ni recoger los Decretos y Reales Ordenes íntegramente, sino lo que consideramos destaca en ellos, para hacer un comentario crítico de la época.

En la lectura de la legislación se pueden observar tres períodos o etapas: La primera es la que se legisla a través de la «Legislación Ultramarina», siendo la Real Orden de 17 de octubre de 1867 la última disposición y trata de la franquicia a la importación de ganado, para abastecer de carne a la población y para el fomento de la agricultura.

La segunda etapa o período comienza con el Decreto de 12 de

¹ Un desarrollo a fondo sobre este tema tendrá lugar en el libro del autor de este artículo titulado *La sanidad en Guinea Ecuatorial, 1778-1968*, que saldrá a la luz el próximo año.

noviembre de 1868 y se continúa con Reales Ordenes, Reales Decretos o Leyes que se publican ya en la *Gaceta*. Se legisla desde Madrid, como siempre, pero sin más conocimiento de causa que las cartas, informes, etc., que deben recorrer grandes distancias, vía Sudamérica las más y las más escasas por vía directa a través de barcos españoles o más frecuentemente por barcos portugueses y algunos ingleses, cuando no estamos «peleando» con ellos. Lo que se escribe llegará, si llega, si no es apresado el barco, a su destino dos o tres meses después, cuando las circunstancias pueden, o ya han variado, lo que obligará a nuevas consultas (ya que no se suele tener capacidad resolutive) o a tomar soluciones precipitadas.

La tercera etapa o período lo sitúo desde 1904, en que a pesar de ser Madrid el centro director, las Leyes o Decretos, Reales Ordenes van a ser más escasos y lo común son las Ordenanzas o Decretos del Gobierno General. Madrid está más informada, las comunicaciones más rápidas y ya hay un pequeño núcleo de población española y extranjera, blanca, establecida.

Este tercer período lo subdivido en tres apartados:

- A) De 1904 a 1917, cuando se inicia el consumo del Axotil (son subdivisiones de tipo sanitario).
- B) Hasta 1945, en que se considera controlada la enfermedad del sueño y se inicia una planificación de construcciones sanitarias, que hará sea la zona de Africa más saludable.
- C) Hasta 1968, en que ya la sanidad está plenamente desarrollada y tal como quedó antes de caer en el mayor abandono a partir de 1969.

Estas etapas coinciden, hasta cierto punto, en cómo se gobierna la colonia, que dependiendo del Ministro de Indias y luego de Ultramar se llega al 13 de diciembre de 1858, ya en tiempos de O'Donnell, con la publicación del *primer Estatuto* orgánico, y con el que el Gobernador tiene atribuciones de *Virrey*. Al ser destronada Isabel II se cambia el Estatuto por el de 12 de noviembre de 1868, que hace de Fernando Póo una simple estación naval, debiendo ser el Gobernador general un Capitán de Fragata y estar dos años en ese empleo. Sería el fin de la primera etapa.

El 17 de diciembre de 1869 se crea una *Junta* Consultiva para estudiar el porvenir de las posesiones del Golfo de Guinea, cuyo presupuesto, desde el primer Estatuto, es decir, sus gastos, se cargan al de la isla de Cuba. Siendo Amadeo I Rey de España (1870-73), se decreta, por Real Orden de 26 de octubre de 1872, un nuevo Estatuto, en el que el Gobernador tiene categoría de Capitán General.

Un Real Decreto de 6 de diciembre de 1878 publica el presupuesto para ese año de las posesiones del Africa Occidental (Fernando Póo, Annobón, Corisco y dependencias) en que, al ser «*estas colonias afri-*

canas consumidoras e improductivas», se carguen los gastos a las Cajas de la Gran Antilla (Cuba) el 50 por 100, a Filipinas el 34 por 100 y a la Pequeña Antilla (Puerto Rico) el 16 por 100.

Para una nueva orientación en el gobierno de las posesiones, y por Real Orden de 17 de febrero de 1888, el Jefe de la Estación Naval y Gobernador puede ser un Teniente de Navío o un Capitán de Fragata y tendrá como atribuciones las que las leyes vigentes confieren a las autoridades superiores de ultramar. Se crea un *Campamento sanitario* con una Junta de Sanidad en Santa Isabel, que presidirá el Gobernador y formará parte el prefecto de los misioneros, dos funcionarios y dos propietarios. Se pueden crear Juntas de Sanidad en Concepción y en San Carlos (curiosa legislación, para una Junta de Sanidad no se cuenta con ningún técnico sanitario y no hay otro núcleo de población más que Santa Isabel). Es más o menos el fin de la segunda etapa.

Tras la pérdida de Cuba, Filipinas y Puerto Rico, en 1898, y realizado el Tratado de París, en 1900, se publican dos Decretos importantes: los dos de la misma fecha, el 11 de julio de 1904. Uno es el nuevo Estatuto, por el que se intenta «desmilitarizar» el cargo de Gobernador; se crean los *Distritos* de Fernando Póo, Bata, Elobey y Annobón; se autoriza la «*Prestación personal*» (que tendrá una resonancia política grande, y gracias a ella se realizarán obras públicas, carreteras, se organizarán ciertas zonas sanitarias y dará lugar, entre otras actuaciones de gobierno, a dos tipos de colonización diferente: la insular y la continental); se crea el Patronato de Indígenas; se reorganiza la Milicia Indígena y dos Subgobiernos: el de Bata y el de Elobey. El otro Decreto es la Primera Ley de la Propiedad, cuya aplicación será diferente en Fernando Póo y Río Muni, continente.

El Gobernador es «*Vice Real Patrono*»; se empieza a publicar el Boletín Oficial de los Territorios Españoles del Golfo de Guinea), que es como se llamará en adelante a estas posesiones (TEGG, abreviado). Se queda bajo la dirección del Ministerio de Estado, en su Sección Colonial. Y como dato curioso, «el Sáhara, sus gastos, quedan incluidos en el presupuesto de Guinea. (La Guinea ya produce y así remiende al Sáhara, que «es consumidora y no productora».)

Realmente parece que va en serio la colonización de los territorios, pero son épocas de militarismo y el protectorado de Marruecos se llevará la parte del león en atenciones de todo tipo.

Esta situación dura hasta 1925, en que se pasa a depender de la Presidencia del Gobierno y la creación de la Dirección de Marruecos y Colonias. El Boletín pasa a ser Boletín de la Colonia... Tras una serie de desapariciones y vuelta a resurgir de esta Dirección, al cesar el Protectorado sobre Marruecos, hacia el cual estaba orientada la casi totalidad de la política africana, la Dirección se llamará «de Plazas y

Provincias africanas». Este tercer período, desde el punto de vista sanitario, lo subdividí en tres fases, como dije.

En el libro en preparación antes aludido² intentaremos investigar los motivos por los cuales aquellos países, temidos por su insalubridad, por sus temibles fiebres, se había convertido en más o menos cien años en cuanto a las islas se refiere y en setenta años en cuanto al continente (no los trescientos, luego rebajados a doscientos de colonización, hasta 1968) en países de vida sana, con una alta natalidad, baja morbilidad y baja mortalidad, perfectamente comparables a los índices de la España de 1968, menos en un aspecto: el paludismo, que continuaba siendo un azote terrible en cuanto a morbilidad, o sea, en frecuencia, por el excesivo coste de jornales perdidos en el trabajo, aunque ya empezaba a ser controlada la epidemia en las ciudades. Con un poco de «cordura y medios adecuados» se podía haber erradicado la epidemia por lo menos en las islas. Todavía se estaba a tiempo, como lo demostró el intento llevado a cabo en Annobón y cuando se estaba saboreando el éxito, se abandonó. ¡En verdad que somos incorregibles!

La última etapa gozó de la gran ventaja de que se oye a los Gobernadores, se está más cerca al haber variado la duración de los viajes por vía marítima, de haber comunicaciones telegráficas y hasta telefónicas, línea de pasaje y carga por la vía aérea, etc. Por otra parte, la España ya no es la del siglo XIX, sólo nos quedan unas parcelas africanas. La Guinea se incrementó con los 20.000 kilómetros cuadrados de la zona continental, que debemos empezar a conocer a partir de 1900. ¿Sabremos jugar con éxito la labor colonizadora, moderna, o se tarificará como en las Américas?

Mas ¿cuál era el estado sanitario de la actual Guinea entre los años de 1778 y los siguientes? Se está intentando recopilar datos entre el descubrimiento de Fernando Póo, en 1471, hasta el Tratado de El Pardo de 1778, por el cual España entra como potencia colonizadora en el Africa negra, para conocer el estado sanitario de esa zona ecuatorial y su tan cacareada insalubridad. ¿Era insana la isla antes de la llegada del español? ¿Por qué nadie se asentó en ella y sí se hizo principalmente en las Islas de Príncipe y de Santo Tomé por el Gobierno portugués? Las islas portuguesas presentaban un alto nivel de enfermería cuando llegan los españoles a ellas, para que los portugueses hagan entrega de las islas de Annobón y Fernando Póo que cedieron. Esas islas portuguesas, a pesar de su alta enfermería, eran colonias muy florecientes.

Pero las respuestas a estos interrogantes quedan en pie y confío resulten aclaradas en el libro antes referido, *La Sanidad en Guinea Ecuatorial 1778-1968*.

² Se trata del libro citado en la nota 1.

