

La Medicina Estatal en América Latina (1880-1930)*

State-owned medicine in Latin America/1 (1880-1930)

Juan César García **

Durante las últimas décadas del siglo xxi y las tres primeras de este siglo, en América Latina se registra la creación de órganos de sanidad de carácter nacional. La centralización de los servicios de sanidad se explicaría como parte de un proceso más amplio de transformación de la superestructura jurídico-política del Estado, transformación requerida para que esta correspondiera con la fase inicial de la implantación del capitalismo y realizada en los países de la América Latina por la burguesía surgida de la producción capitalista de materias primas y de productos alimenticios destinados al mercado exterior.

El surgimiento de la medicina estatal fue posible también debido a los cambios que se habían operado en el campo médico como resultado de su vinculación con el proceso de producción capitalista y que la afecta en su conceptualización, en su práctica y en la forma como organiza sus actividades. Por lo tanto, el análisis de la medicina estatal en el período de 1880 a 1930 deberá iniciarse con una presentación breve de las formas de vinculación de la medicina en el capitalismo y su transformación conceptual y técnica. El segundo paso en la exposición, bajo el título de *El surgimiento de la Medicina Estatal*, trata sobre los factores que llevan a la creación de órganos estatales de sanidad, considerando a la sanidad, hasta cierto punto, como sinónimo de medicina estatal ya que la sanidad adquiere para el Estado una importancia mayor que otros tipos de prácticas médicas. El tercero y último capítulo se refiere a la forma como se desarrolló la medicina estatal, en el período considerado, finalizando con las transformaciones que se producen en el campo de la atención médica y que se han de desenvolver en todas sus posibilidades a partir de 1930.

LA MEDICINA EN EL CAPITALISMO

En el modo de producción capitalista la medicina se desplaza del espacio religioso y político, donde se encuentra en los modos de producción precapitalistas, para articularse con el proceso de producción económica. En este modo de producción el trabajador pierde el control y la propiedad de los medios de trabajo y tiene, en consecuencia, que vender su fuerza de trabajo para sobrevivir. Entonces, la región económica juega el papel dominante en la estructura social y, también, a éste se vincula la medicina, variando las formas concretas de su articulación según las maneras en que se implanta el capitalismo.

La medicina comienza su transformación desde el momento mismo en que surgen los supuestos de la producción capitalista, es decir, en el período de la acumulación originaria. Esta última, es el proceso mediante el cual la relación entre el productor y sus medios de trabajo se escinde, dando como resultado, por un lado, la acumulación de obreros libres y, por el otro, la acumulación de medios de producción. En Europa, este proceso tuvo características violentas: las grandes masas de campesinos expulsados de sus lugares de trabajo, al no ser adsorbitados inmediatamente por la manufactura, constituyeron un grupo considerable de desocupados. Al colaborar en su confinamiento, la medicina interviene sobre este grupo mediante diversas instituciones: asilos, casas de trabajo y hospitales en donde, además, se le trata de crear hábitos de disciplina y orden necesarios para el trabajo industrial. Aunque estas instituciones no podrían ser consideradas, en ese tiempo, como estrictamente médicas, ya que no eran utilizadas por los grupos dominantes del campo médico. Sin embargo, posibilitan que los escalones más bajos de la medicina adquieran una experiencia y desarrollen un conocimiento que lleve al surgimiento de una nueva medicina clínica, y a una renovación de la cirugía.

En América Latina, en cambio, la acumulación originaria tuvo un desarrollo lento y tortuoso. En las etapas iniciales del capitalismo, la escisión entre productor y medios de producción no fue completa y, en consecuencia la medicina no tuvo, como la europea, a las grandes poblaciones desplazadas como objeto de práctica. Los hospitales de indios (durante la colonia), y los asilos y hospitales de la beneficencia (durante la independencia), tuvieron un desarrollo precario y no fueron asiento de una transformación importante de la medicina.

La revolución que se opera en las condiciones generales del proceso social de producción, esto es, de los medios de comunicación y transporte (como consecuencia del paso de la manufactura a la gran industria), da origen al segundo vínculo de la medicina en el capitalismo.

La cuarentena se convierte en una traba al comercio internacional y su abolición crea un campo de intervención para la medicina. La lucha contra las enfermedades que justificaban la cuarentena y que, por otra parte, constituyan un peligro real para las poblaciones y el comercio, ha de ser, en América Latina, el punto de partida para la transformación y el desarrollo de la medicina.

El tercer tipo de nexo que la medicina tiene con la estructura económica, se establece a raíz del interés por aumentar la cantidad de trabajo suministrado por el mismo número de obreros, sin que se modifique la jornada de trabajo: en América Latina, se logra mediante la lucha contra las enfermedades llamadas "debilitantes" (como la anquilostomiasis y la malaria), en el sector primario-exportador. Este tipo de intervención, basada en los hallazgos de la microbiología y de la parasitología, no requiere de un cambio radical de la concepción prevalente sobre la enfermedad y la salud; en las sociedades precapitalistas era fundamentalmente ontológica, es decir, la enfermedad se diferenciaba del estado de salud en términos cualitativos. En cambio,

la producción de la plusvalía relativa, caracterizada por el "acrecentamiento del plusvalor por medio de la reducción del tiempo de trabajo necesario, independiente de los límites de la jornada laboral",¹ revoluciona la medicina, especialmente cuando toma a su cargo las consecuencias producidas por la intensificación del trabajo. La reducción de la jornada de trabajo lleva a que el capital imponga un mayor gasto de trabajo en el mismo tiempo (que se convierte en perniciosa para la salud de los obreros y por tanto para la fuerza misma del trabajo).² En su nueva misión, la medicina ha de tener bajo su control la parte humana de la actividad de producción y no podrá instaurar una nueva práctica sin antes realizar un cambio radical de la conceptualización sobre salud y enfermedad. Es así como surge la interpretación de la enfermedad como variación cuantitativa de una norma, y la de la salud como algo cuantitativamente perfeccionable. Sobre esta base conceptual es posible un gran desarrollo de la medicina que le permite intervenir sobre el individuo para llevarlo a los más altos niveles posibles de productividad y señalar a la "fatiga" o agotamiento de la fuerza de trabajo como generadora de casi todo tipo de enfermedad.

La medicina, finalmente, no escapa a las determinaciones generales impuestas por el modo de producción dominante, al constituirse, en fases avanzadas del capitalismo, en un sector de realización del valor de ciertas mercancías (como el medicamento) o al ser determinados los precios del servicio médico por los costos de producción, a los cuales puede atenerse. Sin embargo, estas situaciones no alteran la esencia de las relaciones de la prestación personal de servicios médicos, como, en cambio, sucede en los casos donde se presenta la producción de plusvalía.

Salvo muy raras excepciones, la medicina estatal no toma a su cargo todas las actividades que se derivan de las vinculaciones mencionadas (de la medicina con la estructura), las que, por otra parte, no se presentan simultáneamente. Se observa que la intervención del Estado pasa por diferentes períodos, según la importancia que le asigna a cada una de las actividades médicas. Así, la sanidad marítima, fundamental para la medicina estatal a principios de siglo, es suplantada en importancia por la sanidad terrestre y, posteriormente, por la asistencia social. Asimismo, en ciertos períodos y como parte de su función general, el Estado utiliza a la medicina como herramienta política para disminuir las tensiones sociales en ciertos sectores de la población, por ejemplo, o como instrumentos para la acumulación de capital (como suele ocurrir con los seguros sociales). Por lo tanto, la medicina estatal, y las formas institucionales que asume, no pueden considerarse ni explicarse sin tomar en cuenta el desarrollo mismo de la medicina y la totalidad social donde se implanta, crece y se transforma.

SURGIMIENTO DE LA MEDICINA ESTATAL EN AMÉRICA LATINA

En el período de 1880 a 1930, en América Latina se crean órganos burocráticos, que, con el nombre de direcciones, departamentos o servicios nacionales se encargan de llevar a cabo actividades en el campo de la salud. Esta intervención del Estado difiere notablemente en la forma y el contenido de la que venía realizando hasta ese momento. Así, durante la colonia, el Estado monárquico absolutista sólo contaba con una institución que se ocupaba de asuntos médicos: el Tribunal del Protomedicato, destinado a administrar la justicia en relación con las profesiones médicas. El protomedicato examinaba a quienes iban a ejercer la profesión médica, ponía multas, controlaba las boticas, trataba sobre los delitos en el ejercicio de los diversos gremios médicos, el Tribunal del Protomedicato preveía dictamen al ayuntamiento, quien tomaba las medidas del caso. El ayuntamiento colonial y el Virrey se encargaban de dictar algunas medidas higiénicas, como las referentes a la limpieza de las ciudades, cuyo cumplimiento dejaba mucho que desear.

Durante la Colonia, la fundación de hospitales fue resultado de la acción real del Cabildo y de la Audiencia, aunque la mayoría eran de origen religioso y se establecieron –como lo expresa Venegas Ramírez con relación a los hospitales para indios– no solamente con fines terapéuticos, sino por intereses de tipo económico, político y religioso.³

En América Latina, el Estado precapitalista nacido con la independencia no interviene centralmente en el campo de la salud, salvo en forma normativa, dejando la ejecución a nivel municipal. La debilidad e inestabilidad de este tipo de Estado, que corresponde a la atomización del poder político, característico del precapitalismo, no permitía superar los rasgos fundamentales de la civilización española y portuguesa de la contrarreforma y el militarismo. Así, los órganos estatales territoriales que se habían desarrollado durante la monarquía absolutista (como el municipio), incrementaron su autonomía con respecto al poder central, mientras que las acciones del Estado nacional permanecían poco desarrolladas; y cuando este Estado incorporaba en sus actividades asuntos especializados, tales como salud, lo hacía en la forma característica de las modalidades absolutistas (mediante consejos consultivos). Por ejemplo, los consejos o juntas nacionales de sanidad que se establecieron en la mayoría de los países de América Latina, en el siglo XXI, se caracterizaban por ser cuerpos colegiados, consultivos de los ministerios de gobernación o interior, sobre las acciones que se deberían tomar en asuntos relativos a la “salud del común de los habitantes” de la nación y especialmente en situaciones de emergencia, como en el caso de epidemias. Además, estos consejos tenían funciones normativas y de vigilancias similares, aunque de mayor amplitud, a las que en la Colonia realizaba el Tribunal del Protomedicato y, en los primeros años de independencia, los tribunales médicos.

El Estado precapitalista de las naciones independientes tampoco había cambiado la esencia de los campos de su intervención en salud y si en algunas circunstancias aplicaba medidas como la cuarentena, poco frecuentes durante la Colonia, no constituían nuevas formas de intervención.

Durante el período de 1880 a 1930, la creación de directores o departamentos nacionales sobre asuntos específicos, en el campo de la salud, representa un cambio sustancial, con respecto al papel jugado anteriormente por el Estado nacional. Esta diferencia se establece en los siguientes aspectos: a) se crean unidades burocráticas en lugar de cuerpos colegiados, b) se les asigna a dichas unidades responsabilidad ejecutiva, en lugar de solamente consultiva o normativa; c) se les adjudica atribuciones que anteriormente estaban bajo el ámbito del poder local y, d) el objeto de la intervención, y la misma intervención, es transformada para articularse con la estructura económica, abandonando –por el momento– las vinculaciones con la instancia ideológica y política, característica del Estado precapitalista en el campo de la salud.

El tipo de Estado en el cual se crean unidades burocráticas específicas para la salud es el denominado “liberal-oligárquico”. El título de “liberal” hace mención a la adopción de la teoría liberal, que supone la no intervención del Estado en la vida económica, lo cual da lugar al libre juego del mercado y de la iniciativa privada; y el nombre de “oligárquico”, al hecho de que el gobierno es manejado por un grupo cerrado, compuesto por latifundistas, burguesía compradora, y representantes del capital monopólico. En este tipo de Estado, que Gramsci denomina “económico-corporativo”, quienes detectan el poder no superan los intereses económicos de su grupo y no intentan que el grupo social más amplio haga suyos estos intereses. Al faltar el consenso de los sectores subordinados, la coerción extraeconómica se convierte en el eje fundamental del Estado y de aquí el rasgo autoritario que se le asigna a este tipo “liberal-oligárquico”. El uso de la fuerza que supone este Estado implica, en América

Latina, la incorporación de los militares en el gobierno como representantes e intelectuales de la burguesía capitalista surgida de la producción primario-exportadora.

El Estado “oligárquico-liberal” que representa a la burguesía capitalista incorpora entre sus funciones a las actividades médicas relacionadas con sus intereses económicos, y lo hace con el rasgo autoritario que le caracteriza. La forma como se comporta el Estado frente a los dos sectores de posible intervención, la beneficencia pública y la sanidad, ejemplifica lo expresado anteriormente.

La beneficencia pública consistía en el cuidado y socorro de los indígenas, pobres o desvalidos, a través de varias instituciones: casas de huérfanos y desamparados, asilos de párvulos y ancianos, casas cunas, institutos de ciegos y sordomudos, manicomios y hospitales. Durante la Colonia, estas instituciones (principalmente los hospitales) eran lugares de refugio donde se ejercía la caridad cristiana como parte del aparato de hegemonía del Estado monárquico absolutista. El Estado precapitalista de las primeras décadas de independencia, y aun el Estado capitalista “liberal-oligárquico”, no intentan alterar en su esencia la concepción de la beneficencia (que permanece siendo caritativa, respondiendo a una visión religiosa del mundo). Sin embargo, por parte de la burguesía urbana se entable una larga y tortuosa lucha para quitarle al poder religioso el control de las instituciones de beneficencia. Así, en varios países las sociedades secretas impulsaron la beneficencia, junto con la educación, como un arma de lucha ideológica.

En la mayoría de los países, el Estado “liberal-oligárquico” financiaba gran parte de la beneficencia pública, pero dejaba la administración a particulares y bajo la influencia de instituciones religiosas católicas; de esta forma, se demostraba su escasa preocupación para imponer una concepción del mundo en los grupos que representaba. En algunos países como Argentina, durante las primeras décadas de la independencia se intenta, bajo la influencia de corrientes enciclopedistas-iluministas, poner bajo la administración del Estado a las instituciones de beneficencia, pero, finalmente, para su administración se recurre a corporaciones integradas por mujeres de la oligarquía. En el período de 1880 a 1930 en algunos países donde el Estado supera la fase económica-corporativa se observan acciones para incorporar la administración de la beneficencia al Estado, y así, desafiar a la influencia religiosa. En Uruguay, por ejemplo, la ley de diciembre de 1905 determinó que la comisión de damas que había promovido la construcción del Hospital de Niños quedaría subordinada a la Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia e indicaba que el régimen interno del hospital “será exclusivamente laico y ajeno a toda corporación o secta religiosa”. En 1908, Comisión Nacional de Caridad y Beneficencia del Uruguay elimina de la atención a las Hermanas del Huerto, en el Asilo de Expósitos y en los asilos maternales; en el primero, la enseñanza fue puesta en manos de personal laico.⁴

Los hospitales de la beneficencia, aun en los países donde el Estado participa en su administración, eran fundamentalmente custodiales y dirigidos a enfermos “pobres”, similares, en sus acciones, a las instituciones de la Colonia y de principios de la independencia por consiguiente, no parecen corresponder exactamente a lo que hoy denominamos atención médica o medicina curativa. En la mayoría de los países de América Latina, este sector de la actividad médica permanecerá inalterado hasta los años 30 que es cuando el Estado toma un papel activo en su transformación.

A diferencia de la beneficencia pública, *la sanidad* ha de constituirse, para el Estado oligárquico-liberal, en el sector de mayor preocupación y en el cual realiza acciones directas con un nuevo carácter. Se entendía por sanidad, en el período considerado, al conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del común de

los habitantes. La idea de un enfermar común, ejemplificado en las epidemias, estaba presente en la clasificación de las enfermedades, desde Hipócrates, siendo su causa asignada al medio externo. Durante la Edad Media, estas enfermedades no eran objeto de atención ya que se las suponía determinadas por Dios, pero es en el Renacimiento cuando se las considera producto de condiciones telúricas o de la transmisión de una persona a otra; por consiguiente, se presenta la posibilidad de intervenir para prevenirlas o eliminarlas.

Los primeros órganos estatales en establecerse, consejos o juntas nacionales de sanidad, resultaron inoperantes por su constitución colegiada y sus funciones consultivas para resolver los problemas de salud generados, a fines del siglo XIX, por la ampliación del comercio internacional, al cual se habían integrado los países de América Latina. La colegiabilidad hubo de ser abandonada por el Estado liberal oligárquico porque era una traba para las decisiones rápidas que requería el peligro de las epidemias que interrumpía el comercio internacional y, por otra parte, el poder municipal, especialmente el de las ciudades-puertos, intentaba mantener atribuciones perjudiciales para el poder central frente a la cual los consejos nacionales eran impotentes.

La creación de direcciones, departamentos o servicios nacionales de sanidad fue la respuesta necesaria del Estado liberal-oligárquico para resolver los problemas de salud que afectaban a los intereses económicos de la burguesía local, y el capital monopólico. Como los consejos, los departamentos de sanidad también dependen de los ministerios de gobernación o del interior, y en los países donde existían consejos nacionales, estas nuevas unidades los reemplazan o los incorporan en su organización.

La importancia asignada por el Estado liberal-oligárquico a la sanidad sobre otros sectores de la medicina, tales como la beneficencia –en la que se incluye la atención hospitalaria–, determina que *la medicina estatal*, en el período de 1880 a 1930, puede ser considerada casi exclusivamente como *sanidad estatal*. Las razones para este desarrollo desigual de la medicina estatal deben buscarse en la vía seguida por la implantación del capitalismo en los países de América Latina que, a diferencia de los países europeos, no pasa por una fase de revolución burguesa. El Estado nacido de esta situación, donde impera la extracción de plusvalía absoluta –mediante la coacción extraeconómica–, no busca transformar la atención médica para orientarla a la mantención y recuperación de la fuerza de trabajo, como sucede donde predomina la plusvalía relativa; tampoco trata de utilizar a las instituciones asistenciales como vehículos de implantación de la hegemonía. La transformación de la atención médica tendrá que esperar, en la mayoría de los países, hasta después de los años 30 que es cuando se establecen ministerios que incorporan a este sector como parte fundamental de la medicina estatal. Los escasos ministerios o secretarías que se crean en América Latina antes de 1930 llevan generalmente el nombre de Sanidad y Beneficencia, mientras que a los de los 30 y 40 que constituyen la gran mayoría, se les denomina de Salud Pública y Asistencia Social. El cambio de nombre refleja una transformación radical en la atención médica estatal.

Por lo expresado anteriormente, el estudio del surgimiento de la medicina estatal centralizada se reducirá a la sanidad estatal, y será tratado en tres partes: a) la creación de los servicios, direcciones o departamentos nacionales de sanidad, de 1880 a 1930, señalando los determinantes fundamentales de las decisiones políticas que llevan a la creación de estas unidades, en términos de la correlación de fuerzas internas, b) el surgimiento de la sanidad estatal, en Panamá y países de Centroamérica, será considerado en capítulo independiente, no solo porque en la mayoría de ellos se produce después de la primera guerra mundial, sino por la importancia que en este proceso pareciera tener la influencia externa; c) los países

que crean órganos estatales de sanidad bajo la ocupación de los Estados Unidos también serán objeto de un análisis independiente, con el fin de poner de relieve el papel del imperialismo en el surgimiento de la medicina estatal frente al juego de las fuerzas internas.

La creación de unidades nacionales de sanidad de 1880 a 1930

Cuando se las distribuye en el tiempo, la creación de direcciones de sanidad, y posteriormente de ministerios encargados de los servicios de salud, dibujan una curva en forma de "S", es decir, un período lento de creación seguido por uno rápido, y terminando con otro final. La curva de creación de direcciones nacionales se realiza en un período mucho más breve que el de los ministerios, y éstos comienzan a crearse en la etapa final de creación de las direcciones de sanidad. Una curva similar se encuentra, a partir de la década de los 20, para la creación de los seguros estatales de maternidad, accidentes y enfermedades. La creación de ministerios y de seguros estatales de enfermedad corresponde a la transformación de la medicina estatal que se produce en América Latina en las décadas de los 30 y 40.

La curva en forma de "S" ha sido descrita por autores positivistas en relación con los diversos fenómenos sociales que van desde la adopción de nuevas tecnologías agrícolas hasta la creación de unidades en la Administración Pública y con ella se pretende explicar cambios sociales en términos de la difusión de innovaciones. La curva en "S" de la creación de departamentos, ministerios y seguros de enfermedad podría hacer caer en la tentación de explicar este fenómeno en términos de adopción de innovaciones que previenen desde el exterior y donde la variación en el tiempo puede ser explicada por la mayor o menor apertura al ejemplo o la influencia externa. Desde una posición "izquierda", este fenómeno podría verse como resultado de la sola influencia del imperialismo; desde la "derecha", como la imitación de modelos más avanzados. En ambos casos el denominador común será el papel predominante que juegan las determinaciones externas a la formación social considerada.

Desde el punto de vista del materialismo histórico, los cambios que ocurren en el Estado se explicarían por la dinámica interna de cada formación social y, en el caso concreto de la centralización de los servicios de sanidad, como parte de un proceso más amplio de transformación de la superestructura jurídico-política.

Durante la fase inicial del capitalismo, el Estado toma a su cargo, en los aspectos de sanidad, acciones relacionadas con la aceleración de la acumulación originaria y la expansión del modo de producción capitalista, y aquellas prácticas que interesaban a los grupos dominantes se hacen nacionales, despojando al poder municipal y regional de sus atribuciones. Sin embargo, la vía por la que se desarrolla el capitalismo, en América Latina, hace que el Estado presente ciertas características que lo diferencian del que surge en los países que han seguido la alternativa de la revolución burguesa. En América Latina, la burguesía capitalista surge sobre la base del latifundio tradicional, subordinado al imperialismo, y se entrelaza con la aristocracia terrateniente, dando lugar a una forma de gobierno cerrado que se ha dado en llamar oligárquico. Por otra parte, no siempre se da la correspondencia entre la estructura económica y los niveles políticos e ideológicos, observándose, en estos casos, que a pesar de la existencia de un modo de producción capitalista, el Estado no se modifica por encontrarse bajo el control de sectores cuya base sigue siendo la producción precapitalista.

Se ha optado por analizar a los países según van creando las unidades de sanidad, en lugar de agruparlos por otras características, porque esta variación en el tiempo refleja las disimilitudes del proceso que resulta de la combinación de dos fenómenos; grado de desarrollo de la producción capitalista, y nivel de control del Estado por los

grupos dominantes que emergieron en esta.⁵ Así, los países que lograron un desarrollo capitalista temprano, en donde la burguesía que surge de esta producción se halla controlada por el Estado, son también los países en los que primero se crean unidades estatales de sanidad; Argentina y Uruguay constituyen los ejemplos clásicos. En otros países se observan combinaciones diferentes que explicarían el "momento" en que se da la creación de los órganos estatales de sanidad. En todo caso, el elemento común para todos los países, en relación al fenómeno que se está analizando, es el interés económico que implica la sanidad marítima y terrestre para la burguesía que se había desarrollado de la implantación del capitalismo en el sector primario exportador.

Argentina, Uruguay y Brasil son los países que primero crean unidades estatales de sanidad, a fines del siglo xix. La ausencia, en los dos primeros, de modo de producción precapitalistas arraigados, permite que la implantación del capitalismo se realice en forma temprana, y se desarrolle aceleradamente, dentro de los límites señalados por la vía de los grandes latifundios,⁶ y que la burguesía controlada por el Estado inicie, sin tropiezos importantes, un desarrollo de la sanidad estatal. Brasil representa un caso excepcional por la heterogeneidad que presenta en cuanto a la existencia de diferentes modos de producción y donde se destaca un espacio equiparable a la de la zona rioplatense: el área cafetalera paulista. Es precisamente en el Estado de Sao Paulo, controlado por la burguesía cafetalera, donde se ha de desarrollar la sanidad estatal; y es este mismo grupo el que ha de impulsar la sanidad en el Estado.

Al crear el Departamento Nacional de Higiene (presidido por Julio Argentino Roca), en diciembre de 1880, Argentina se convierte en el primer país de América Latina que organiza burocráticamente una unidad, a nivel del Estado nacional, para tratar sobre asuntos de salud.⁶ Roca y los gobernantes que le siguieron representaban a una clase de terratenientes liberales que se dedicaron al crecimiento de las oportunidades de mercado para sus productos agroganaderos y para quienes las medidas sanitarias implicaban un instrumento que, a través de la inmigración europea, les facilitaba los trabajadores "libres" que la producción capitalista requería.⁷ En cuanto a la exportación de mercancías, sus intereses eran coincidentes con el de los países capitalistas de Europa, especialmente Inglaterra, con quien la burguesía argentina mantenía estrechas relaciones de carácter comercial y financiero. Por lo tanto, no extraño que las medidas iniciales se concentraran en regular a las cuarentenas y sanear el puerto de la Capital, y que el Departamento de Higiene fuera creado como presupuesto de la marina.

Los años iniciales del Departamento de Higiene representan frecuentes conflictos jurisdiccionales con la corporación municipal de la Capital, bajo el control de la burguesía compradora, que se constituye en un obstáculo para el pleno desarrollo del Departamento en una entidad verdaderamente nacional. La reorganización de 1891 representa un avance, por la ampliación de su competencia, al encargársele la sanidad de todos los puertos, y no exclusivamente del de la Capital. Esto refleja los cambios operados en el eje de la exportación agrícola, que se traslada hacia el sur de la Provincia de Buenos Aires, creando, como consecuencia, un desarrollo de los puertos y ciudades más cercanos a esa producción.⁸

La correspondencia que se da en Argentina entre el desarrollo del capitalismo y la superestructura jurídico-política permite que Argentina se convierta en líder latinoamericano de un movimiento científico y médico que eficazmente se opone, al menos en la primera década de este siglo, a los intentos de hegemonía en este campo por parte de Estados Unidos.⁹

Dentro del cuadro latinoamericano, *Uruguay* presenta características semejantes a las de Argentina. El 3 de octubre de 1895 es promulgada la ley que establece el Consejo Nacional de Higiene, bajo dependencia del Ministerio de gobierno, reflejando el triunfo de los grupos capitalistas emergentes. Si bien, en el caso de Uruguay, no se abandona la forma corporativa, ya que el Consejo Nacional reemplaza al Consejo de Higiene Pública, se operan cambios en el carácter de la corporación que "de meramente consultiva pasaba a ser un organismo de amplias atribuciones, consultivas y ejecutivas a la par".¹⁰

La existencia de modos de producción precapitalistas arraigados hacen que la implantación del capitalismo, en el *Brasil*, siga un camino accidentado que también se refleja en el Estado y, por consiguiente, en la sanidad estatal. Así, la guerra cuarentenaria que se había desatado entre Brasil, Argentina y Uruguay, en 1893, en gran medida correspondía a las luchas internas entre diferentes sectores de la burguesía del Brasil. La modificación del reglamento del Servicio de Puertos, de 1895, con el fin de que la carne de "xarque", proveniente del Río de la Plata, que afectaba los intereses regionales de los productores de charqui de Río Grande, es el triunfo del capitalismo agroexportador (surgido de la producción cafetalera) que para su fuerza de trabajo necesitaba de carne más baratas y de mejor calidad, proporcionada por los países rioplatenses.¹¹

La creación, en 1897, de la *Diretoria General de Saude Pública* (dependiente del Ministerio de Justicia e Negocios Interiores), es un logro parcial en la centralización de los servicios de sanidad requerido para que la burguesía cafetalera saneara los puertos por donde salía su producto.¹² La creación de la *Diretoria* significaba la reunión de dos instituciones de carácter federal ya existentes: el Instituto Sanitario y la *Inspeção Geral de Saude dos Portos*. Sin embargo, no implicaba un progreso significativo sobre el antiguo Instituto Sanitario, ya que la Sanidad de la Capital de Brasil continuaba a cargo de su *Prefeitura Municipal*. La reorganización de la *Diretoria*, en 1904, con el gobierno de Rodríguez Alvez, amplía sus atribuciones posibilitando la limpieza del puerto de Río de Janeiro.¹³

En la primera década de este siglo, cinco países, *Bolivia*, *Cuba*, *Ecuador*, *Paraguay* y *Perú*, crean unidades estatales de sanidad. Cuba lo hace bajo la ocupación de Estados Unidos, por lo tanto, será analizado conjuntamente con *Haití* y *República Dominicana*, con los cuales comparte igual situación.

En 1899, *Paraguay* crea el Consejo Nacional de Higiene (bajo la dependencia del Ministerio del Interior), que tendría a su cargo la administración sanitaria, fluvial y terrestre de la República. En noviembre de 1902 establece el Departamento Nacional de Higiene.¹⁴ Estas medidas, tomadas bajo la influencia de Argentina y Uruguay (de las que dependía para la exportación de sus productos y con quienes tenía firmados tratados sobre sanidad marítima), tienen un magro desarrollo. A partir de 1904, con la llegada al poder del Partido Liberal, que representaba a una pequeña burguesía progresista constituida en gran parte por inmigrantes, el Estado toma algunas medidas sanitarias de mayor envergadura. En 1915 se reglamenta el Departamento Nacional de Higiene y se crea una Comisión Nacional de Asistencia Pública; en 1917 se suprime la comisión y se incorpora la Asistencia Pública al Departamento Nacional de Higiene.¹⁵

La implantación del capitalismo en Bolivia, Ecuador y Perú se hace sobre una matriz en que domina la producción feudal y es así como se presentan dos grandes fracciones en el grupo dominante: los terratenientes feudales y la burguesía capitalista. A esto debemos agregar la influencia del capital monopólico que hace alianza con la burguesía capitalista.

En Perú, la invasión de la peste en varios puertos, a principios de 1903, constituye la coyuntura que justifica la creación, en ese mismo año, de la Dirección de Salubridad, bajo el gobierno de Miguel Candamo. La burguesía en el poder que tenía como base económica la producción capitalista de algunos sectores agropecuarios ubicados fundamentalmente en la costa del país (azúcar, algodón, lana) y que exportaba mediante acuerdo con los inversionistas extranjeros, poseía en el momento de la creación de la Dirección aludida, clara conciencia de la necesidad de hacer más efectiva las acciones sanitarias en los puertos, en la costa y en ciertas áreas productivas de la sierra para la protección de los intereses económicos que representaban y que para esto era indispensable la centralización.

Sin embargo, las dificultades con que se estrella la Dirección de Salubridad peruana reflejan las profundas contradicciones estructurales resultantes de la existencia de dos modos de producción en el país.¹⁶ la ineficacia de la Dirección en dirigir las acciones sanitarias a nivel local y la falta de un presupuesto adecuado son indicadores de esta situación a la que se agrega, en el período de 1908 a 1912, la llegada al poder de Leguía, que utiliza al Estado para favorecer a los grupos financieros, nacionales e internacionales con los cuales tenía relaciones, promulgando leyes sobre prestación de servicios médicos a mineros y obreros del ferrocarril que permiten la expansión de los seguros privados.¹⁷

Bolivia es el ejemplo más claro de la constante inestabilidad de los aparatos del Estado como resultado de la lucha que se entabla en el mismo seno de la clase dominante. Así, la ley de creación de la Dirección General de Sanidad, de 1906, es derogada en 1910 y vuelta a poner en vigencia en 1915; en 1929, el Ejecutivo crea, por tercera vez, la Dirección General de Sanidad, ignorando que estaba en plena vigencia la Ley de 1906.

La Dirección General de Sanidad se crea, por primera vez, bajo el gobierno de Ismael Montes (1904-1908 y 1914-1917) estando en el poder el Partido que representaba los intereses de los grupos capitalistas –surgidos de la producción de estano–, con el fin de “velar por todo cuanto se refiere a la sanidad pública y a la defensa contra la importación de enfermedades exóticas y contra la endoepidemias y enfermedades transmisibles o evitables”. Algunos diputados que representaban los sectores tradicionales se opusieron a la aprobación de esta ley considerándola “inconstitucional, porque afectaba a la autonomía municipal”. Esta autonomía representaba la base del poder de los grupos capitalistas.¹⁸

En *Ecuador*, los cambios de localización y funciones en los órganos estatales de sanidad revela el mismo fenómeno señalado para Perú y Bolivia. Así, en 1908, durante el gobierno liberal de Eloy Alfaro

–representante de los grupos agroexportadores ubicados en Guayaquil–, se crea el Servicio de Sanidad Pública bajo el Ministerio del Interior. El Dr. Bolívar Lloyd, un médico norteamericano del Servicio de Salud de los Estados Unidos, y redactor de la Ley, es designado director interino y se instala en Guayaquil, cuyo puerto era el centro de interés de los capitales norteamericanos y costeños.¹⁹

La revolución de julio de 1915 que lleva al poder a los grupos de terratenientes de la sierra, inicia una serie de medidas dirigidas contra el grupo agroexportador de la costa. La organización sanitaria sufre consecuencias de este cambio y es así como, en 1925, se crea el Ministerio de Previsión Social, que incluye los ramos de trabajo, sanidad y asistencia social. La sanidad se reorganiza en dos distritos, norte y sur, creándose un Consejo Superior de Sanidad instalado en Quito. En 1937, en un momento que se observa un repunte de las exportaciones de la producción costera, la Dirección de Sanidad vuelve a ser trasladada a Guayaquil.

Los cambios de localidad, de organización y de actividades, en el poder sanitario, reflejan la relación de fuerza existente, dentro del Estado, entre los capitalistas de la costa y los terratenientes feudales de la sierra.²⁰

En el campo de la sanidad, la segunda década del siglo xx representa, para los países de América Latina, una intensificación de las presiones de Estados Unidos por la limpieza de los puertos, interrumpida por la Primera Guerra Mundial. La Fundación Rockefeller comienza sus actividades, en América Latina, orientadas a la sanidad terrestre en las zonas productivas primario-exportadoras. La resistencia de los países del Sur cede a medida que se afianza la hegemonía de Estados Unidos en el Continente (que se consolidará después de la Primera Guerra Mundial). En esta década, un número considerable de países crean órganos estatales de sanidad: Venezuela, México, Honduras, Chile, Haití y Colombia. Honduras será analizado junto con los otros países centroamericanos: Haití, con Cuba y República Dominicana.

En 1911, *Venezuela* crea la Oficina de Sanidad Nacional, bajo el gobierno de Juan Vicente Gómez, que, también, en 1912 promulga la Ley de Sanidad Nacional. Con la ayuda de los monopolios petroleros que habían derrocado a Cipriano Castro, el general Gómez llega al poder y recibe la colaboración de la burguesía comercial caraqueña, con la que había adquirido vínculos siendo gobernador del Distrito. En 1900 se crea la Dirección de Higiene y Demografía del Distrito Federal, siendo gobernador Gómez y, en mayo de 1909, crea la Comisión de Higiene Pública, que sería el embrión de la Dirección de Sanidad Pública.²¹

Al intensificarse el comercio internacional, la burguesía comercial fue el grupo social más favorecido por las exportaciones petroleras; de aquí el interés en el saneamiento de los puertos, especialmente el de La Guaira, que se lleva a cabo durante la dictadura de Gómez. La sanidad terrestre sólo cobra importancia después de la Primera Guerra Mundial, con la llegada de la Junta Internacional de Sanidad de la Rockefeller, hecho que coincide con la intensificación de la explotación petrolera, en la que el grupo Rockefeller tuvo una participación importante.

En *México*, la centralización de los servicios de sanidad se realiza en forma gradual, con una serie de compromisos con los estados y municipios que han dado lugar al actual sistema, en el cual se observan numerosas superposiciones entre diferentes instituciones estatales. El Código de 1891, y la creación del Departamento, en 1917, son expresiones de este proceso de centralización, necesario para intereses de la burguesía capitalista.²² Así, sólo después de la creación del Departamento fue posible la limpieza del puerto de Veracruz, y la lucha contra ciertas enfermedades –como la fiebre amarilla– que retrasaban el comercio internacional. Sin embargo, el espacio administrativo creado durante el porfiriato permite el desarrollo de un grupo de intelectuales de la sanidad estatal que entrelazan con los intereses imperialistas de Estados Unidos con quienes colaboran en su proyecto hegemónico. Liceaga, presidente del Consejo Superior, es la figura que ayudaría a los Estados Unidos en su propósito de crear la Oficina Sanitaria Panamericana a la que se oponían los países del Sur bajo la bandera del latinoamericanismo.²³ La revolución de 1910 rompe este vínculo con los Estados Unidos que es nuevamente establecido en la década de los 20.

En 1918 se promulga en *Chile* un Código Sanitario mediante el cual se crea la Dirección General de Sanidad, durante el gobierno de Sanfuentes y bajo la presión de los grupos sociales emergentes.²⁴ La creación de una Dirección General de Sanidad había sido una aspiración de la burguesía progresista desde comienzos de siglo, pero que no se había podido plasmar por la resistencia de latifundistas y comerciantes de la zona central. Que impiden la centralización de la sanidad. En gran parte, este fenómeno puede explicarse por el contexto en que se desarrolla el capitalismo chileno, que toma como base los fondos de la zona central, donde no existían formas

precapitalistas arraigadas, adquiriendo un cierto dinamismo que posibilita el proyecto nacionalista de Balmaceda, interrumpido por el ejército. Los capitales monopólicos del salitre, en alianza con los latifundistas y comerciantes de la zona central, imponen un gobierno parlamentarista que impide la centralización y apoya la autonomía municipal, base del poder de estos grupos. Es así como la sanidad queda a nivel municipal, a pesar de las numerosas tentativas para centralizarla y los municipios de las ciudades más importantes, como Valparaíso y Santiago, son quienes han de realizar las obras de saneamiento requeridas para ampliar el comercio interno e internacional. Es cierto que el Estado Nacional debe aportar los fondos para algunas de estas obras, especialmente para la sanidad de Valparaíso, pero el control de los mismos queda a nivel del poder estatal nacional, ya que esta había sido encarada al nivel municipal y, por lo tanto, no requería de un esfuerzo nacional de cierta envergadura, como había sucedido en otros países de América Latina.

En *Colombia*, donde el desarrollo capitalista está constituido por la economía cafetalera, surge de la pequeña propiedad campesina en un contexto donde predomina la producción precapitalista. La necesidad de tener una unidad estatal encargada de la sanidad se presenta con la posibilidad de la exportación cafetalera, cuya comercialización crea una burguesía que hace alianza con el capital monopólico.²⁵ Es así como se observa la creación de la Dirección Nacional de Higiene, en 1918, bajo un gobierno conservador en el cual participaban los sectores ligados a la producción y comercialización del café.²⁶

La sanidad estatal en Panamá y los países de Centroamérica

El surgimiento de la sanidad estatal en los países de Centroamérica y Panamá requiere de un análisis independiente, pues estos presentan varias características que los diferencian del resto de los países latinoamericanos. Si, por ejemplo, fueron los últimos en América Latina –con excepción de Honduras– en crear unidades administrativas estatales encargadas de sanidad, la sanidad marítima no constituye el centro sobre el cual se organiza la medicina estatal, y la influencia de organismos norteamericanos aparece como fundamental en el surgimiento y desarrollo de la medicina estatal. Este último aspecto contradice una de las tesis de este trabajo sobre el origen endógeno de las transformaciones del estado, al asignar el imperialismo una influencia preponderante en los cambios de un sector de las mismas.

El retraso relativo de estos países en crear unidades estatales de sanidad pareciera estar relacionado con el débil desarrollo de la producción capitalista y, por consiguiente, de una burguesía que transformara el Estado. Las rencillas regionales o locales habían hecho fracasar el proyecto de una nación centroamericana; al iniciarse el siglo estas rencillas seguían vivas dentro de cada uno de los países del área. Tal situación facilita la intervención imperialista de los Estados Unidos en los asuntos económicos y políticos, iniciada a fines del siglo xix. La sanidad no escapa a esta situación, ya que la misma era instrumento fundamental para el desarrollo del comercio y de la producción agrícola.

El hecho de que la sanidad marítima, con la excepción de *El Salvador*, no constituyera preocupación fundamental del Estado y el que estos países en la realidad se comportaran como “mediterráneos” –sin costas– pareciera estar relacionado con la situación de los puertos y vías de comunicación por donde salía la exportación. Estos se encontraban localizados en áreas de propiedad de compañías extranjeras –enclaves– donde el Estado nacional no intervenía, y donde las mismas compañías habían desarrollado sus propios órganos de sanidad y asistencia. En el caso de Panamá, este territorio estaba bajo el control directo de los Estados Unidos, incluidas las ciudades-puertos que legalmente eran de responsabilidad de la República de Panamá.

En los países de la región, la participación de la Fundación Rockefeller, de la Oficina Sanitaria Panamericana, y de organismos estatales norteamericanos en el desarrollo de sus departamentos nacionales de sanidad, pareciera proporcionar nuevas evidencias para la teoría de la dependencia en este campo. Sin embargo, un análisis más cuidadoso revela que la sanidad estatal, a pesar de presiones e influencias, surge sólo cuando la burguesía interesada en los aspectos de sanidad controla el aparato estatal. Estas burguesías capitalistas agrarias entran en alianza con el capital monopólico y colaboran con él, no sólo a nivel nacional, sino también en el internacional (como sucede con el apoyo que estos países le prestan a Estados Unidos para lograr la hegemonía en la sanidad interamericana). La organización Sanitaria Panamericana y el Servicio de Salud de los Estados Unidos, junto con el Departamento Médico de la *United Fruit Company*, mantienen relaciones entre sí en varios aspectos, tales como la utilización de los mismos expertos, e intercambios de experiencia y concepciones. Funcionalmente, existe a principios de siglo una división de trabajo y, de acuerdo con ella, la Fundación Rockefeller se ocupa de la sanidad terrestre en relación con la anquilostomiasis, malaria, fiebre amarilla, y de la organización de la sanidad local, mientras que la OPS se preocupa, fundamentalmente, de lograr un consenso sobre sanidad marítima, especialmente sobre la regulación de las cuarentenas.

La Comisión Sanitaria Rockefeller se organiza en 1901 con el objetivo de erradicar la anquilostomiasis en el Sur de los Estados Unidos y, en junio de 1913, la Fundación crea la Comisión Internacional de Salud con el fin de extender sus actividades en otros países. Durante la primera década de existencia de la Comisión Internacional, el programa principal ha de ser la lucha contra la anquilostomiasis.²⁷

El interés de Rockefeller por la filantropía internacional y, específicamente, por la lucha contra la anquilostomiasis, no estaba desligado de sus intereses económicos. Si bien Rockefeller había hecho su fortuna en la explotación petrolera en los Estados Unidos, sus intereses se amplían hacia el exterior en búsqueda de nuevos campos petroleros, en la distribución de sus productos, y en la inversión de capital en varios sectores de la economía. Así, crea una configuración de producción de materia prima, en capital comercial, que explica la selección de zonas y países del mundo hacia donde dirige sus acciones filantrópicas. Mientras la anquilostomiasis se encuentra, en los Estados Unidos, dentro de las zonas de producción de algodón, en la América Latina está ligada a la producción cafetalera; en algunos países de Asia, al caucho, y, en Europa, a la explotación minera.

En América Latina, las actividades de la Fundación Rockefeller comienzan en los países del Caribe y Centroamérica, dejando fuera a México –en plena revolución– cuando la Junta Internacional inicia sus acciones. La selección de esta área coincide con la política exterior de los Estados Unidos en lo que se consideraba el “mare nostrum”, y que hoy día se llama “el tercer borde”.

La Oficina Sanitaria Panamericana se crea en 1902 como un mecanismo para que Estados Unidos pueda lograr implantar ciertas medidas relativas a la sanidad marítima.

Los directivos del Servicio de Salud Pública y Hospitales de Marina de los Estados Unidos tomaron parte activa en la planeación, creación y dirección de las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana. Desde su creación, hacia 1936, los directores de la Oficina fueron los cirujanos generales del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos y, a través de estos ejecutivos, los Estados Unidos tratan de impulsar la creación, en América Latina, de unidades administrativas sanitarias con una relativa independencia del poder político nacional, pero ligados a los dictados de la Oficina Sanitaria Panamericana.

En las diversas conferencias panamericanas sanitarias se menciona la necesidad de la creación de unidades estatales y, en 1926, se convoca la Primera Reunión de Directores de Direcciones Nacionales de Sanidad. Es por intermedio de estas reuniones de Direcciones nacionales que se difunden muchas de las concepciones que los Estados Unidos deseaban imponer en el campo de sanidad. Al mismo tiempo, y con los mismos propósitos, se crea la posición de representante viajero, en 1929, siendo el primero el Dr. Long, que influye en el cambio de las organizaciones de salud en Chile, Panamá y Uruguay. El Dr. Long fue quien redactó el Código Sanitario Panamericano, aprobado por la Conferencia realizada en La Habana, en 1924; parte de su misión fue la introducción de cambios en la estructura jurídica sanitaria de los países de América Latina.

En 1917, siendo presidente de la República el Dr. Francisco Bertrand, *Honduras* se convierte en el primer país centroamericano en crear una unidad estatal de sanidad, al establecer la Dirección General de Sanidad. El Dr. Bertrand, un médico interesado en los asuntos de sanidad (ya en su primera presidencia había demostrado interés en la medicina estatal), llega al poder con el auspicio de los Estados Unidos. Sin embargo, la creación de la sanidad estatal aparece como un resultado de un interés personal o, a lo sumo, de un reducido grupo que estaba aliado con el capital monopólico. La existencia de modos de producción precapitalistas poco desarrollados, y la falta de la producción capitalista de un producto de importancia para la exportación, lleva a un Estado débil y abierto a la influencia externa. Esta situación se refleja en la inconsistencia que se observa entre las propuestas ambiciosas y las magras realizaciones del Estado, las que obviamente, también se dan en la sanidad estatal. Así, el Código de Sanidad que se había promulgado en 1910 sólo comienza a aplicarse en 1914 y de las 20 secciones en que se había organizado la Dirección sólo once llegaron a funcionar, aunque precariamente. Por otra parte la permanencia del Consejo de Salubridad, hasta 1920, constituye un obstáculo para el pleno desarrollo de la Dirección General puesto que toda resolución debía pasar por este cuerpo que se reunía unas pocas horas, tres veces por semana.²⁸

Honduras es el último país centroamericano que obtiene la ayuda de la Junta Internacional de Sanidad, la que llega sólo en 1922, para colaborar en la lucha contra la ictíasis, en el departamento que se crea para tales efectos. El retraso de este vínculo se explica, en Honduras, por el poco interés que tenía el capital monopolista, salvo en la producción bananera.

El aporte económico y técnico de la Junta Internacional de Sanidad representa una revitalización de la Dirección General, pero su influencia dará sus frutos en 1924, cuando se reorganiza en nueve secciones. La mayor parte de los fondos con que se contaba para la sanidad se dirigen, a partir de 1929 y en la década de los 30, a promover acciones en las zonas bananeras. Los problemas que enfrenta el Estado hondureño, débil para llevar adelante sus intentos de "nacionalización de la sanidad", se expresan claramente en el informe (1929) de la Dirección General: "La sanidad pública debe efectuarse en Honduras por tres entidades: El Estado, el municipio y las grandes compañías extranjeras. Es manifiesta la deficiencia de la contribución económica que aporta el Estado, la que es administrada directamente por esta oficina; sin embargo se ha creado ya esta contribución, se ha logrado sostenerla en lucha tenaz y constante contra la incomprendión y la maldad... El año recién pasado quise que se asignara en la Ley Municipal la obligación de que el Municipio contribuyera con un tanto por ciento proporcional de sus rentas a los trabajos sanitarios de su respectiva jurisdicción, no habiendo obtenido más que una avalancha de protestas e injurias. La compañía agrícola extranjera tiene sus obligaciones que no cumple hasta ahora figurando en primera línea el saneamiento de sus campos agrícolas".²⁹

El caso hondureño ejemplifica las dificultades del Estado para centralizar la actividad sanitaria, cuando en el país no se ha dado una burguesía con una sólida base económica y el enclave se constituye en una fuerza fundamental.

En julio de 1920 se crea en *El Salvador* la Dirección General de Sanidad, dependiente del ministerio de gobernación y, en 1923, se crea la cartera de Sanidad y Beneficencia. Sin embargo, *El Salvador* ya contaba desde principio de siglo con instituciones estatales, desarrolladas de tal manera, que, al crearse en 1920 la Dirección de Sanidad, existe personal idóneo y una infraestructura que permitiría una rápida expansión de las actividades sanitarias. El Consejo Superior de Salubridad se había creado a fines del siglo *xxi*, consolidándose en 1900 con la promulgación del Código Sanitario con el fin de incluir las recomendaciones aprobadas por las Conferencias Sanitarias Internacionales de los Estados Americanos. A partir de 1914, las instituciones de sanidad estatales tienen un rápido desarrollo y presentan ciertas características, como el interés por la sanidad marítima, que las diferencian del resto de los países centroamericanos.³⁰

En gran parte, el desarrollo de la sanidad estatal salvadoreña se explica por el desarrollo capitalista que había logrado en la producción cafetalera, la que genera una burguesía pujante y políticamente más fuerte que en Guatemala o Costa Rica. Así, entre 1915 y 1928, el valor de las exportaciones de café se triplican permitiendo un crecimiento de las actividades estatales cuyas rentas se duplican entre los quinquenios 1900-04 y 1920-24. A eso se agrega una dinastía de gobernantes, Meléndez-Quiñones, que se mantienen en el poder de 1913 a 1927, dando continuidad a las acciones estatales.

La sanidad de los puertos había sido una preocupación de la burguesía salvadoreña, mayor que la que había manifestado la de los países vecinos, lo que se debía a que los puertos principales eran de responsabilidad del Gobierno y no estaban, como en los otros países centroamericanos, ubicados en los enclaves.

El ofrecimiento de iniciar una campaña contra la uncinariasis, por parte de la Junta Internacional de Sanidad, es aceptada rápidamente por el gobierno y para tales efectos crea, en 1916, un Departamento bajo el Consejo de Salubridad. Los gastos de la lucha contra la "enfermedad de la pereza", que interesaba a la burguesía cafetalera, son absorbidos en poco tiempo por el Estado.

La influencia de la Junta de Sanidad Internacional en la creación de la sanidad estatal es tangencial, como lo reconoce la misma Junta en su informe anual de 1921: "El Salvador ha tenido por muchos años una organización nacional de salud. Durante el presente año el gobierno lo ha reorganizado para lograr una acción más agresiva en el campo. El nuevo esquema coordina bajo un control central los varios servicios médicos gubernamentales; proporciona locales nuevos y más adecuados; crea un laboratorio de salud pública; toma a su cargo el control de la uncinariasis y fija un presupuesto anual de 170 000 colones además de dar 26.000 colones para el control de las uncinariasis y la mitad de los fondos para la lucha contra la fiebre amarilla".³¹

En *Costa Rica*, la creación de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, en 1922, se hace con la activa participación de la Fundación Rockefeller, que ya en 1914 había iniciado la lucha contra la anquilomiasis.³² Sin embargo, cuando la Fundación Rockefeller ofrece sus servicios ya existe en Costa Rica un núcleo de políticos y médicos que tienen la conciencia del significado económico de tal lucha. Ese núcleo se había desarrollado sobre la base de la producción cafetalera, que en Costa Rica presenta características diferentes a las de *El Salvador* y Guatemala. En efecto, tal producción cafetalera se inicia en la pequeña propiedad, y solo posteriormente pasa a depender de los grandes cafetaleros que tiene a su cargo, además, el beneficio del

café. Es así como se crea una burguesía cafetalera que, si bien no adquiere un desarrollo como la de El Salvador, logra un cierto control del Estado que utiliza para el beneficio de su clase y del capital monopólico con el que se articula. Así, durante el gobierno de José Joaquín Rodríguez (1889-1896) se decide sanear Puerto Limón, presentándose como una tarea nacional, cuyo contrato es adjudicado a Mr. Keith, en 1892. En esta época era secretario de policía, cartera encargada de los problemas de sanidad, el Dr. Juan J. Ulloa, médico formado en los Estados Unidos que ha de representar a Costa Rica en las primeras conferencias sanitarias internacionales de los Estados Americanos, constituyéndose, junto con el mexicano Liceaga, en el apoyo más importante para que se acepte la posición norteamericana en dicho organismo. Ulloa, que tenía vínculos con el capital monopólico, en 1985 había impulsado la creación del Instituto Nacional de Higiene, que constaba de un departamento de bacteriología y uno de química.³³

La existencia de un Estado todavía débil, a comienzos de siglo, permite la influencia abierta de las grandes compañías y retrasa un desarrollo pleno de la sanidad estatal. A partir de la creación del Instituto Nacional de Higiene se inicia un proceso para que los agricultores tomen conciencia de la importancia de la sanidad en la producción cafetalera. El símbolo de esta vinculación de la medicina con la economía es la lucha contra la anquilostomiasis, iniciada en Puerto Rico a fines del siglo XXI, y que los sanitarios costarricenses conocían a través de sus relaciones con los Estados Unidos. El discurso pronunciado, en 1907, a la Sociedad Nacional de Agricultura, por el Dr. Mauro Fernández, es un buen ejemplo de esta labor concientizadora de la pequeña burguesía ligada a la producción cafetalera: "Ya que la agricultura toma tanto incremento, bueno es que se sepa que un número inmenso de los brazos de la República son brazos sin fuerza, agotados por una enfermedad que es la peor demora para la prosperidad de nuestro país y para la conservación de nuestra raza. Yo considero el "cansancio" (ankylostomiasis) como el peor enemigo de la agricultura y creo que es de inminente necesidad poner todas nuestras fuerzas para ayudar a agotar ese mal".³⁴ Los resultados de esta prédica se hacen ver en la campaña que se inicia en 1911 contra la ictiosis, en la Secretaría de Policía, y que tiene a los Médicos de Pueblo como base ejecutiva.

Al iniciarse las actividades de la Fundación Rockefeller, en 1914, ya existía un ambiente favorable que permite la rápida creación del Departamento de Anquilostomiasis bajo la Secretaría de Policía, en 1915, y del Departamento Sanitario Escolar en la Secretaría de Instrucción Pública, en 1914, que han de ser los núcleos sobre los cuales se ha de crear la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, durante el gobierno de Julio Acosta García. El papel de la Fundación Rockefeller parece haber sido importante en la creación de la Subsecretaría y no estaba desvinculada de los intereses económicos del grupo Rockefeller. Acosta García contaba con el apoyo de Estados Unidos, al cual había dado muestras de colaboración al propiciar la anulación de las concesiones petroleras que el gobierno de Tinoco le había dado a los ingleses y que beneficiaba especialmente a la *Standard Oil Company* perteneciente al grupo Rockefeller. También, este grupo económico tenía íntimas relaciones con la *United Fruit Company*, como se demuestra por la presión que en conjunto realizaron para inducir a que 45 municipalidades solicitaran al gobierno de Acosta García presentara una ley de propiedad privada del subsuelo.³⁵ La comunidad de intereses entre el capital monopólico y la burguesía cafetalera se manifiesta claramente cuando el representante de Costa Rica en la conferencia sobre problemas de salud en América Latina, organizada por la *United Fruit Company*, dice: "the United Fruit Company is our principal ally in this work of national progress, which, at the same time also favors its own interests, thus demonstrating that cooperation is the foundation for the mutual success of natives and foreigners".³⁶

En marzo de 1925, Nicaragua crea el Departamento Nacional de Salubridad Pública, como un organismo dependiente del Ministerio de Policía, y el 8 de julio del mismo

año se organiza, nombrándose al Dr. Luis Manuel Debayle como Director General de Sanidad.³⁷ La creación del Departamento de Salubridad se produce en la coyuntura política denominada “gobierno de transición” (coalición entre conservadores y liberales), destinado a restablecer el “orden” en Nicaragua, y, de esa forma, posibilitar el retiro de la marinería norteamericana, en territorio nicaragüense desde agosto de 1912.

La Fundación Rockefeller, que ha de jugar un papel central en la creación del Departamento Nacional de Salubridad, inicia sus actividades en Nicaragua, en 1915, durante el gobierno conservador de Díaz. El grupo conservador estaba integrado por ganaderos-comerciantes con un interés limitado en el desarrollo capitalista de sus actividades, y, por lo tanto, en los asuntos de sanidad, pero que tenían el apoyo de Estados Unidos, interesado en mantener un gobierno leal que garantizara la construcción de un canal interoceánico.³⁸

Las presiones de Estados Unidos logran que se acepte el ofrecimiento de la Fundación Rockefeller, y que por decreto presidencial se inaugure el Departamento de Uncinariasis, dirigido por el Dr. Malloy, representante de dicha fundación. Las actividades de este Departamento han de beneficiar a los grupos en el poder ya que los trabajos se inician en la plantación de azúcar “San Antonio”, la mayor de Centroamérica, que formaba parte de la “Nicaragua Sugar States Limited”, exportadora de azúcar y productora de alcohol y licores, integrada financieramente al grupo conservador.

El Departamento de Uncinariasis ha de constituir el núcleo que dará origen al Departamento Nacional, desde donde la Fundación Rockefeller ha de ejercer presión para que dicho proyecto se concrete. Sin embargo, las presiones no fueron suficientes y será necesaria la coyuntura del gobierno de transición con la participación de los liberales para que se establezca el Departamento Nacional. Eran los grupos liberales que representaban a los productores cafetaleros quienes mayor interés tenían en que el estado centralizara las actividades sanitarias. Las dificultades que la Fundación encuentra en el grupo conservador se revelan en el informe del Departamento de Uncinariasis de 1922-1923; “En Nicaragua existe una Dirección General de Comunicaciones, una Dirección General de Rentas, y otras oficinas encargadas de la Dirección del Gobierno en su ramo; pero no existe una oficina o una dirección encargada de velar por la salud del pueblo nicaragüense. Los consejos de Salubridad son cuerpos consultivos en materia de higiene; falta el cuerpo ejecutivo, que en unos países es un ministerio o una subsecretaría y en otros una dirección general”. El mencionado informe también expresa una velada amenaza cuando dice: “Al cerrar este informe, queremos llamar la atención del Gobierno otra vez de que la Fundación Rockefeller está dispuesta a seguir auxiliando a los trabajos de salubridad pública en el país, con tal de que se establezca un servicio nacional de salubridad pública en el país, por medio del cual pueda colaborar en la extensión de sus trabajos”.³⁹

El 8 de septiembre de 1925. *Guatemala* crea la Dirección General de Salubridad Pública y se suprime el Consejo Superior de Salubridad, creado en 1906. La incorporación de la sanidad a las actividades estatales constituye un largo proceso que se inicia durante la dictadura de Estrada Cabrera con el Código Orgánico del Servicio de Salubridad Pública, promulgado en 1906. Estrada Cabrera, liberal y representante de los grupos cafetaleros, llega al poder en 1898 y lo mantiene a través de sucesivas reelecciones hasta 1920.

La promulgación del Código de 1906 fue el resultado de la presión por los Estados Unidos a través de la Oficina Sanitaria Panamericana, que intentaba eliminar los focos epidémicos de los puertos del Caribe. Los grupos cafetaleros no tenían un interés especial en la limpieza de los puertos que estaban en territorio de enclaves bananeros

e hicieron muy poco para que se cumplieran las disposiciones del Código, que incluía las prescripciones de la Convención Sanitaria de Washington (1905). Esta falta de cumplimiento motiva “regaños” de estados Unidos, como los que hace en la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional que se celebra en San José en 1910.⁴⁰

La oferta de la Fundación Rockefeller, de realizar programas de lucha contra la anquilostomiasis, tuvo una recepción diferente. Ya que este tipo de acción tenía mayor importancia para los grupos cafetaleros en el poder; es así como en 1915 se crea el Departamento de Uncinariasis en el Consejo Superior de Salubridad. La posibilidad de aumentar la productividad del obrero durante la jornada de trabajo fue bienvenida por los productores cafetaleros y así lo confirma el informe de la Junta Internacional de 1925: “Las autoridades locales y las plantaciones de café han ayudado materialmente a la campaña”.⁴¹

Sin embargo, la creación de la Dirección tuvo que esperar hasta el gobierno de Orellana (1921-1926), que tenía mayores vínculos con el capital monopólico.

En lo que a sanidad estatal se refiere, Panamá es el caso extremo de dependencia, reflejo de la situación general del país: pero, aun en estas circunstancias, la centralización de los servicios de sanidad sólo se plasman cuando la burguesía capitalista controla el Estado.

La producción de azúcar, la ganadería, y el negocio de las importaciones constituyan alguna de las bases sobre la que surge la burguesía panameña, aunque dividida por conflictos de intereses.⁴² La existencia de varios grupos en que ninguno adquiere un papel dominante debilita el desarrollo del Estado –escenario de frecuentes rencillas durante la primera década de vida independiente. La sanidad, instrumento fundamental para la construcción del Canal, queda bajo la jurisdicción de Estados Unidos no solo para la Zona del Canal, sino también para las ciudades- puertos adyacentes.

La República de Panamá, según el tratado sobre el Canal, acuerda que el saneamiento de las ciudades de Panamá y Colón deberían ser dirigida por los oficiales sanitarios de la Comisión del itsmo. El director del Departamento de Salud Pública todavía se quejaba, en 1948, de esta situación. “Existe desde la época de nuestra independencia (1930) un serio problema político cuya solución se impone. Se trata de la presencia, en la Capital y en la segunda ciudad de la República, de autoridades sanitarias extranjera que no dependen de nuestro gobierno. Recién fundado, en 1926, el Departamento de Salud Pública comenzó a agitarme en el sentido de conseguir que los dos países llegasen a un acuerdo por medio del cual las oficinas de sanidad de Panamá y Colón, pasasen a manos panameñas”.⁴³

En *Panamá*, la creación de la sanidad estatal se retrasa por la amputación que sufre de la soberanía sobre la sanidad de sus principales puertos y ciudades, hecho reconocido por la Fundación Rockefeller, la que, en 1921 expresa: “En Panamá, donde el desarrollo de la iniciativa local ha sido paralizada por la política paternalista de la Zona del Canal, se tiene bajo consideración la constitución de un departamento de Sanidad que responda al propósito”.⁴⁴

El Gobierno de Belisario Porras (1912-1916 y 1920 y 1924) constituye un periodo de acuerdo entre los diferentes sectores de la burguesía y de negociación entre este frente unido y los Estados Unidos. Es así como llega abundante capital norteamericano y se consolidó el control extranjero de varias empresas importantes del servicio público y, también, se acepta la invitación de la Fundación Rockefeller, para la cual, en 1915, se crea un Departamento de Uncinariasis en el Departamento

de Obras Públicas. El grupo Rockefeller, a través del National City Bank, se convierte en este periodo en una de las fuerzas financieras más importante en Panamá.⁴⁵

En 1925, finalmente bajo la presidencia de Rodolfo Chiari (1924-1928) se crea el Departamento Nacional de Higiene y Salubridad Pública, adscrito a la Secretaría de Agricultura y Obras Públicas, con dos secciones: Uncinariasis y Puericultura, e Higiene Escolar. El presidente Chiari pertenecía a una familia que tenía importantes inversiones en la producción agrícola y representaba a la burguesía capitalista más progresista que veía en la sanidad, y especialmente en la lucha contra la anquilostomiasis, resultados prometedores para la elevación de sus ganancias. Bajo el sugestivo título de: "Las campañas antiuncinariasis estimulan la creación de un departamento de sanidad", la Fundación Rockefeller informa sobre la creación del Departamento Nacional, en la que tuvo una importante participación.⁴⁶ Sin embargo, la creación y, especialmente, el desarrollo de la sanidad, no habría sido posible sin la existencia de una burguesía capitalista que la hiciera suya, por considerarla ventajosa para su clase. No existían contradicciones entre intereses de la burguesía panamá y el capital monopólico; por el contrario, se complementaban y unían esfuerzos para subyugar los remanentes de la producción precapitalista.

La sanidad estatal en los países ocupados por Estados Unidos

Tres países latinoamericanos (Cuba, Haití y República Dominicana) crean unidades estatales de sanidad bajo la ocupación militar de los Estados Unidos. En *Cuba*, durante la segunda ocupación norteamericana, en 1907 se crea el Departamento Nacional de Higiene, e inmediatamente después de la salida de las tropas de ocupación, la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. En febrero de 1919, se crea en *Haití* el Servicio de Sanidad Pública en plena ocupación, que se había iniciado en 1915 y terminaría en 1934. La República Dominicana crea en 1920 una Secretaría de Sanidad y Beneficencia.

La creación de la sanidad estatal en estos tres países no aparece como un hecho aislado sino que forma parte de una transformación del Estado, especialmente en sus órganos represivos, que garantizaban objetivos económicos y estratégicos de los Estados Unidos.

Los Estados Unidos alcanzan, durante las primeras décadas de este siglo, un alto grado de desarrollo, llevando a que la producción se organice "nacionalmente" bajo la hegemonía del capital financiero. Esta fase del capitalismo lleva en sí el germen de la contradicción entre el desarrollo de las fuerzas productivas y la limitación nacional de la organización productiva. La exportación de capital es la resolución temporal de la crisis producida por una sobre acumulación relativa de capital. Junto con la exportación de capital se observa una expansión territorial e intervención militar, destinada a asegurar la inversión económica y establecer el control de zonas estratégicas desde el punto de vista militar. Es así como los países del Caribe se convierten durante el primer tercio del siglo XX, en objetivos económicos y militares para los Estados Unidos. El saneamiento y la lucha contra las enfermedades transmisibles se han de entrelazar con las acciones militares, para permitir el control de zonas estratégicas.

En el campo de la salud, la acción del imperialismo se canaliza a través de varias instituciones que aparecen como independientes, obedeciendo a diferentes intereses; sin embargo, un análisis más profundo revela conexiones que evidencian una unidad en la práctica y en lo ideológico. El imperialismo norteamericano actuó en el campo de la sanidad en el periodo considerado a través de las siguientes instituciones: a) Gobierno Federal a través de los departamentos de Estado, de Guerra, Armada y Tesoro, b) Organización de Estados Americanos, a través de la Oficina Sanitaria

Panamericana, y c) Empresas privadas, tales como la United Fruit Company y el grupo industrial financiero Rockefeller a través de la Fundación Rockefeller. La Oficina Sanitaria Panamericana y la Fundación Rockefeller han sido analizados en el capítulo anterior; sólo anotaremos aquí que sus acciones se coordinaban con las de las agencias que dependían directamente del Gobierno Federal y que su enfoque organizacional y conceptual derivaba, en gran medida, de la experiencia adquirida por el Ejército y la Marina norteamericana, desde fines del siglo xix. Así, Ashford, que había dirigido para el Ejército la campaña contra la ictiosis en Puerto Rico, es el asesor de la Fundación Rockefeller en los programas iniciales; y Gorgas, que había logrado la erradicación de la fiebre amarilla en La Habana y en la Zona del Canal, dirige la Comisión de la fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller. Desde 1902 hasta 1947, los directores de la Oficina Sanitaria Panamericana fueron los cirujanos generales del Servicio de Hospitales de la Marina y Salud Pública del Departamento del Tesoro del Gobierno de los Estados Unidos y; en 1947, es elegido director de la Oficina Sanitaria el doctor Soper que había trabajado con la Fundación Rockefeller en la lucha contra la fiebre amarilla.

La sanidad estatal en los Estados Unidos surge con la creación, en 1798, del Servicio de Hospitales de la Marina que bajo el Departamento del Tesoro estaba destinado a dar cuidado y tratamiento a los marinos mercantes, y que, en 1799, se extiende al personal de la Armada. En 1878 se aprueba la ley sobre cuarentena nacional, y en 1879 se crea el Consejo Nacional de Salud, que entra en competencia con Servicio de Hospitales de la Marina en la aplicación de las medidas cuarentenarias. En 1883 deja de existir el Consejo Nacional y la administración de la ley cuarentenaria pasa en su totalidad al Servicio. La preocupación fundamental del sistema cuarentenario era la protección de los Estados Unidos contra la importancia de la fiebre amarilla, proveniente del Caribe y de los países de América Latina, con los cuales comenzaba a desarrollarse un activo comercio.

Con la expansión territorial de Estados Unidos, en el área del Caribe y en Oriente, el Servicio también expande sus actividades para incluir el establecimiento de sistemas cuarentenarios en Cuba, Puerto Rico y Filipinas, y para mantener oficiales médicos en los consulados de los puertos de donde parten los barcos con destinos a Estados Unidos. El reconocimiento de la ampliación de funciones llega en 1902, cuando se cambia el nombre del Servicio a "Salud Pública y Hospital de la Marina", que se mantiene hasta 1912, cuando pasa a denominarse "Servicio de Salud Pública".⁴⁷ Es a través del Servicio de Salud Pública y Hospital de Marina que el Gobierno Federal influye en la creación y control de la Oficina Sanitaria Panamericana con el propósito de lograr implantar, en América Latina, un sistema cuarentenario uniforme que facilite el comercio.

El Servicio de Salud Pública, además de su influencia indirecta a través de la Oficina Sanitaria Panamericana promueve en algunos países la creación de unidades estatales de sanidad. Así en 1904, un oficial del Servicio, el doctor Bolívar J. Lloyd, es asignado al consulado de los Estados Unidos en Callao, Perú, a fin de prevenir la plaga y otras enfermedades que podrían transmitirse a la Zona del Canal, que comenzaba a construirse, y a los puertos del Pacífico de Estados Unidos. En 1906, el doctor Lloyd es transferido a Guayaquil, Ecuador, para ayudar a prevenir la transmisión de la fiebre amarilla de la Zona del Canal y para lo cual organiza la Dirección Nacional de Sanidad en el Ecuador.

El Departamento Médico del Ejército, que dependía del Departamento de Guerra, y la *Oficina de Medicina y Cirugía del Departamento de la Armada*, son dos organismos del Gobierno Federal que tendrán influencia en la creación de la medicina estatal en Cuba, Haití y República Dominicana. Como resultado de la guerra contra España, El Ejército de los Estados Unidos se constituye en una de las agencias responsables de la

administración de Cuba, Puerto Rico y las Filipinas. En 1900, el Departamento Médico del Ejército nombra dos comisiones para estudiar las enfermedades tropicales; la primera en Filipinas y la segunda en Cuba. En 1901, el Jefe de la Sanidad de La Habana, miembro del cuerpo médico del Ejército de los Estados Unidos, acepta la evidencia provista por la comisión de que el mosquito es transmisor de la fiebre amarilla y, con el apoyo del gobernador de Cuba, general Wood, logra la erradicación de la fiebre amarilla. El Departamento Médico del Ejército también se encarga de la erradicación de la fiebre amarilla y el control de la malaria en la Zona del Canal, cuya construcción se completa en 10 años (1904-1914).⁴⁸

Las ocupaciones de Haití y República Dominicana obligan a la Oficina de Medicina y Cirugía de la Armada de los Estados Unidos a encargarse de la sanidad en estos países, volcando en la misma la experiencia y el conocimiento adquiridos en el medio militar. La División del territorio en distritos o zonas para la acción sanitaria son las mismas que el ejército de ocupación utiliza para aniquilar la resistencia.

El surgimiento de la sanidad estatal en *Cuba* está relacionado con la intervención de Estados Unidos e íntimamente ligado a la expansión imperialista de este país. Estados Unidos ocupa militarmente a Cuba en dos oportunidades, de 1898 a 1902 y de 1906 a 1909, período en el cual crea las bases de la medicina estatal.

La sanidad del puerto de La Habana constituía preocupación constante de la burguesía comercial y financiera norteamericana, dado que este puerto era punto focal del comercio en el Caribe. En La Habana, la fiebre amarilla significaba una barrera al comercio internacional y un peligro para los puertos cercanos de los Estados Unidos y México y, por otra parte, una justificación para anexar la isla. Así el doctor Benjamín Lee hace una presentación, en la décimo séptima reunión de la Asociación Americana de Salud Pública, con el sugestivo título de "Do the sanitary interest of the United States demand the annexation of Cuba?". Las conclusiones del doctor Lee, compartidas por los capitalistas del Este de los Estados Unidos, eran las siguientes:

1. La urgencia de establecer el tráfico, los viajes, y una comunicación constante entre los Estados Unidos y La Habana es una necesidad
2. La Habana es uno de los lugares más conocidos en cuanto a criaderos de mosquitos transmisores de la fiebre amarilla y la ciudad nunca está libre de su presencia.
3. Los únicos medios por los cuales se podrían erradicar los gérmenes de esta enfermedad, serían sistemas apropiados de alcantarillados y desagüe, que permitan la disposición de los desperdicios de la ciudad en el océano y en un lugar distante, así como la eliminación de toda la tierra fécil.
4. Ni siquiera hay esperanza de que el gobierno español emprenda una labor de esta magnitud para la colonia.
5. La introducción de la fiebre amarilla en los Estados Unidos, a través de canales comerciales legítimos o ilegales, debe ser una ocurrencia frecuente, mientras continúe esta situación.
6. Una epidemia de fiebre amarilla les costaría más dinero a los Estados Unidos –sin contar con la aflicción que esto ocasionaría- que lo que representa el poder adquisitivo de Cuba.⁴⁹

La ocupación militar norteamericana de Cuba, en 1898, satisface las aspiraciones de los capitalistas del Este de los Estados Unidos al reordenar la estructura económica y

política de la “nueva” república, reproduciendo las instituciones existentes en la metrópoli. El saneamiento del puerto de La Habana fue uno de los primeros objetivos que trata de alcanzar el ejército de ocupación a través del Departamento de Sanidad de La Habana que dirigía el doctor Gorgas, médico del ejército. Entre 1898 y 1901, Gorgas había intentado erradicar la fiebre amarilla, sin éxito, sobre la base de la limpieza del puerto, de acuerdo al pensamiento de la época que tan claramente había expresado el doctor Lee. En marzo de 1901, Gorgas cambia de estrategias al tomar en cuenta las recomendaciones de la cuarta comisión norteamericana que había confirmado la teoría sostenida por Finlay de que el mosquito transmitía la fiebre amarilla, logrando en seis meses la erradicación de la enfermedad.⁵⁰

La importancia que Estados Unidos asignaba a la sanidad del puerto de La Habana se refleja en la incorporación de un artículo especial en la enmienda Platt. La enmienda, presentada por el Senador Platt el 25 de febrero de 1901 y aprobada por la Asamblea Constituyente, el 12 de junio del mismo año, autorizaba al presidente de Estados Unidos a poner fin a la ocupación militar una vez instaurado un gobierno legítimo y siempre que una constitución definiera las relaciones futuras con los Estados Unidos, según las cláusulas que se especificaban en la enmienda; en ella se reconocía el derecho de los Estados Unidos a intervenir en la isla en defensa de su independencia. El artículo V establecía que: “El Gobierno de Cuba efectuará y hasta donde fuere necesario ampliará los planes ya proyectados u otros que mutuamente se convengan para el saneamiento de las poblaciones de la Isla, con el fin de evitar la renuencia de enfermedades epidémicas e infecciosas, protegiendo así al pueblo y al comercio de Cuba, lo mismo que al comercio y al pueblo de los puertos del Sur de los Estados Unidos”.⁵¹

En proclama que el gobernador militar dirigió al pueblo cubano el 20 de mayo de 1902, al entregar el gobierno a los cubanos, se especificaron los planes proyectados a los que hacía mención el artículo V: el alcantarillado y pavimentación de la ciudad de La Habana; la construcción de un acueducto y el alcantarillado de Santiago de Cuba; el reglamento promulgado para las cuarentenas el 29 de abril de 1902 y los reglamentos sanitarios vigentes en la ciudad de La Habana.⁵²

Estados Unidos interpretó ese artículo en el sentido de que Cuba podría ser intervenida por cuestiones sanitarias, y utilizaron la enmienda como arma de presión para imponer y cambiar autoridades en la sanidad estatal, durante el período considerado.

El gobierno militar también dicta, antes de entregar al gobierno a los cubanos, una orden por lo cual se crea la Junta Superior de Sanidad, que unificaba los servicios que se habían creado y se le encarga de los asuntos relacionados con la salud pública, en la isla de Cuba. Sin embargo, en enero de 1903 fueron nombradas las personas que deberían conformar la Junta Superior, que dependería de la Secretaría de Gobernación.

Asimismo, se establecieron las juntas locales cuyos gastos deberían ser abonados por los ayuntamientos, con excepción de La Habana, que serían pagados por el Estado. Estas disposiciones reflejaban los intereses del bloque dominante, en ese momento constituido por capitalistas financieros norteamericanos, azucareros españoles y cubanos de la región occidental y comerciantes que manejaban la importación. El centro de la atención de este grupo era la sanidad de La Habana, cuyo puerto dominaba casi la totalidad de las importaciones y la mayor parte de las exportaciones de azúcar de la región occidental, así como la exportación de tabaco. Durante la primera ocupación y el primer gobierno de la República, la mayor parte de los fondos destinados a la sanidad fueron aplicados a la zona occidental y especialmente a La Habana.

El bloque norteamericano-español-cubano expresaba sus intereses económicos a través del Partido Conservador, que si bien no surge con este nombre hasta 1908 está presente en 1902 en los partidos Nacional y Republicano de La Habana y, en 1906 en el Partido Moderado. El gobierno de Estrada Palma (1902-1906) representa este bloque de la burguesía, que domina el aparato estatal hasta la segunda intervención de los Estados Unidos en 1906, e impide concretar las aspiraciones de otro sector de la burguesía, el cual pretendía centralizar las acciones sanitarias, representado por el Partido Liberal y constituido por hacendados, ganaderos y azucareros de Oriente. Este sector de la burguesía, que contaba con el apoyo popular y, especialmente, de la pequeña burguesía, pretendía crear un Estado interventor que favoreciera sus intereses económicos, revestidos con un discurso nacionalista.⁵³

Las acciones de sanidad se convierten en un tema de constante fricción entre estos dos grupos de la burguesía, donde el conservador se oponía a implementar medidas que beneficiaban al Oriente del país, y aquellas que quitaban atribuciones al poder local, asiento de su fuerza política. Así, el proyecto presentado por el doctor José A. Malberti, representante del liberalismo, para la creación de una Secretaría de Sanidad y Beneficencia, no es aprobado por el senado debido a la oposición del sector conservador.⁵⁴

La revuelta liberal de 1906 justifica la segunda ocupación de Estados Unidos (que permanece hasta 1909). A poco de instalarse el gobierno militar de ocupación, se creó el puesto de consultor sanitario, del cual dependía la Junta Superior de Sanidad. Con el apoyo del mayor Kean, consultor sanitario, el 26 de agosto de 1906 se crea el Departamento Nacional de Sanidad, que centralizaba las acciones sanitarias, y unificaba los servicios de sanidad terrestre y marítima. Esta creación, que fue designada como "nacionalización de los servicios de sanidad" quitaba al poder local las atribuciones que tenía hasta ese momento y, según el juicio de quienes lo apoyaron, lo aislabía de la influencia del poder político.⁵⁵

En 1909, al constituirse nuevamente la República, bajo la presidencia del líder José Miguel Gómez, comenzó a regir la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo que establecía la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. El primer Secretario de Sanidad y Beneficencia fue el doctor Matías Duque, miembro del Partido Liberal y amigo del Presidente Gómez.⁵⁶

En *Haití* la sanidad estatal se crea y desarrolla durante la ocupación militar de los Estados Unidos, iniciada en 1915 y prolonga hasta 1934. La decisión de intervenir fue fundamentalmente estratégica-específicamente militar-, aunque no faltaron motivos económicos. Desde el siglo XIX, *Haití* había sido considerado como un territorio estratégico para la armada norteamericana y esta posición se acentúa frente a la posibilidad de un aumento de influencia alemana en el Caribe, al comenzar la guerra en Europa. Aunque los militares deseaban un gobierno militar, la administración de Wilson decidió manejar el país a través de la estructura política existente con un presidente confiable. Así, en agosto de 1915 la legislatura haitiana elige como presidente a Dartiguenave, con quien Estados Unidos firma un tratado que le permite el control absoluto de las acciones estatales. Entre otras cosas, el tratado preveía el nombramiento de oficiales norteamericanos en puesto claves de la administración estatal (entre ellos el nombramiento de un ingeniero sanitario que debería dirigir las actividades sanitarias).⁵⁷ De acuerdo con el tratado de septiembre de 1915, en diciembre de 1916 se nombra a un oficial médico naval de Estados Unidos, para desempeñar el cargo de ingeniero sanitario de *Haití*.

En febrero de 1919 se crea el Servicio de Sanidad Pública que estaría a cargo del ingeniero sanitario; en abril de 1919 se publica el Reglamento Sanitario, y en diciembre del mismo año los asuntos pertenecientes a la salubridad pública,

saneamiento, cuarentena, hospitales públicos y otras instituciones de beneficencia del Gobierno, cesaron de estar bajo el poder de las juntas locales de sanidad. La organización sigue el modelo de ocupación territorial militar dividiéndose el país en Zonas de Sanidad Pública, actuando como cabeceras los puertos más importantes. Esta concepción militar de la sanidad estatal es expresada claramente por P.W. Wilson, comodoro de las fuerzas de ocupación en Haití: "La organización, administración y estrategia de cualquier servicio de salud pública es análogo al de un ejército en guerra. Disciplina, devoción al deber, y espíritu de cuerpo son tan esenciales en una como en otra y una buena estrategia es también necesaria.⁵⁸

La medicina estatal, diseñada por la ocupación militar con el fin de crear las condiciones que permitieran el desarrollo económico y la aceptación de la población de una concepción "moderna" de la medicina, se encontró con una resistencia pasiva de la población, según un informe del ingeniero Butler: "el peón desconfía de los extranjeros y no quiere tener nada que hacer con el gobierno. Nuestro problema ha sido, y continúa siendo, ponernos en contacto con este pueblo por medio de nuestra organización. He aquí dos millones de habitantes cuyo concepto de la curación está íntimamente ligado con el "Papa Loi" y la "Mama Loi", como los sacerdotes y sacerdotisas del Vudú suelen denominarse. Por supuesto que es absurdo obligar a este pueblo a aceptar de repente el organismo moderno de un departamento de sanidad.⁵⁹

A pesar del deprecio que manifestaban por ella, los oficiales navales de la ocupación apoyan a la pequeña burguesía mestiza. Esta burguesía mantenía relaciones con el capital extranjero en una serie de proyectos agrícolas, con los cuales también se ligaban las acciones sanitarias. Un ejemplo de esta relación es la lucha contra la malaria que favorece las regiones de la producción azucarera, que trata de impulsar la ocupación militar. A pesar de los ejemplos de enlace económico de la sanidad estatal, esta sigue siendo en Haití fundamentalmente estratégicas y se articula con las acciones militares destinadas a erradicar las frecuentes rebeliones de la población haitiana.

La República Dominicana es el segundo país en América en crear una Secretaría de Sanidad y Beneficencia, siendo, al igual que en Cuba, resultado de las presiones del gobierno de ocupación norteamericano. La ocupación de la República Dominicana, de 1916 a 1924, es producto de la necesidad de los Estados Unidos de consolidar, militar y económicamente, su posición en el área del Caribe. Mientras que en Haití la ocupación tiene razones fundamentalmente militares, en República Dominicana los factores económicos, tales como la ampliación de la producción azucarera, juegan un papel fundamental. La debilidad del Estado dominicano, resultante de un escaso desarrollo de una producción capitalista controlada por la burguesía nacional, facilita la intervención norteamericana que intentará reformar la estructura del Estado con el fin de adecuarlo a la expansión del capitalismo en el sector azucarero.

La reforma de la medicina estatal es abordada por el gobierno militar en 1920 cuando, mediante la Ley de Sanidad, crea la Secretaría de Sanidad y Beneficencia. Antes de la ocupación sólo existían las juntas locales de sanidad, que realizaban acciones de carácter consultivo. La Oficina de Medicina y de Cirugía, del Departamento de la Armada, se hace cargo, al igual que en Haití, de la sanidad y de la beneficencia, organizando el territorio nacional en distritos sanitarios. La ley sanitaria de 1920 hace depender a estos distritos de la contribución de sus respectivos municipios, llevando a que ciertas zonas presenten serias dificultades de financiamiento.⁶⁰

Durante el periodo de ocupación, la Secretaría de Sanidad y Beneficencia orientó su trabajo a las acciones sanitarias, sin transformar sustancialmente la beneficencia –

constituida por instituciones de confinamiento. Sin embargo, en los últimos años de la ocupación se intentó aumentar el número de camas y de instituciones de atención médica. La sanidad estaba dirigida al establecimiento de medidas cuarentenarias, y la lucha contra ciertas enfermedades que tenían un impacto en la producción azucarera. Entre estas se destaca la lucha antipalúdica (que concentró los mayores esfuerzos), contra el pian o buba, y contra la uncinariasis. Así en la memoria de la Secretaría (1920) se expresa: "La labor antipalúdica más importante de todas las que se han practicado en la República es de interés mencionar la de la central Romana. El que suscribe fue informado por el administrador del Central que el costo del trabajo en cuestión ha sido totalmente justificado por la disminución notable de los enfermos por esta causa. Este departamento repite que es de sentirse que el ejemplo no haya sido seguido por las demás centrales azucareras, en donde se sabe que existe una gran incidencia palúdica y como resultado de ella se labran grandes pérdidas evitables entre sus empleados".⁶¹

El central azucarero La Romana, perteneciente a capitales norteamericanos, se había convertido en el más importante del país con el apoyo del gobierno de ocupación militar, que se extendía también a los aspectos sanitarios. Esta preocupación de la sanidad estatal por la productividad en el sector azucarero es el resultado de la crisis de los años 20 que obliga a los capitalistas azucareros al uso intensivo de la tierra, aumento de los niveles tecnológicos y aumento de la capacidad productiva del obrero mediante la lucha contra las enfermedades "debilitantes". Es lógico que estas acciones fueran tomadas primero por aquellas empresas capitalistas más avanzadas, hecho que les producía –según la referida memoria- una ganancia que, en el caso de La Romana, se calculaba en 35, 000 pesos por los días evitados de enfermedad.

La buba o pian era otra de las enfermedades que preocuparon a la nueva Secretaría de Sanidad y Beneficencia, debido a que su incidencia mayor se presentaba en la provincia de Barahona, donde actuaba la *Barahona Sugar Company*.

La lucha contra la uncinariasis tiene un destino diferente debido a que su incidencia es mayor en las zonas productoras de tabaco y café. Si bien el gobierno militar tenía un cierto interés en estimular la producción cafetalera, esta no era de importancia para el capital norteamericano, como se revela por la negativa de la Fundación Rockefeller a la solicitud del gobierno militar para iniciar un programa en República Dominicana. La lucha contra la uncinariasis y la fiebre tifoidea han de incrementarse con la llegada al gobierno de Horacio Vázquez, en 1924, quien inicia una política de protección a las producciones tradicionales.

Las tentativas nacionalistas de Horacio Vázquez han de tener un efecto limitado y las acciones de la medicina estatal han de reflejar las características generales del Estado que si bien ha sido reformado es todavía débil. Las memorias de la Secretaría, de 1925 hasta la llegada al poder de Trujillo, en 1930, transmiten una situación de inestabilidad que se exemplifica en el siguiente párrafo de la memoria de 1925: "Sabido es que todo el Servicio Sanitario, con muy pocas excepciones, se lleva a cabo con los fondos que destinan los ayuntamientos, instituciones que atraviesan una situación tan precaria, que por más que quisieran no podrían contribuir con los recursos necesarios para asegurar un buen servicio".⁶²

NOTAS

- ¹ Marx Carlos, *El Capital*, Tomo I, Vol. 2, sección V, capítulo XIV, p. 617, Siglo XXI, México, 1975.
- ² Marx Carlos, *El Capital*, Tomo I, Vol. 2, sección V, capítulo XIII, p. 508, Siglo XXI, México, 1975.
- ³ Venegas Ramírez Carmen, *Régimen hospitalario para indios en la Nueva España*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, 1973.
- ⁴ CIESU, *Notas sobre la evolución de los servicios de salud en el Uruguay* (mimeografiado), Montevideo, 1978.
- ⁵ En el análisis de la implantación del capitalismo en América Latina, Siglo XXI, México, 1979.
- ⁶ Por decreto del 17 de febrero de 1880, el Congreso había creado, en el inciso 13 del presupuesto de Marina, un Departamento de Higiene, cuya organización y atribuciones son establecidas por Roca el 31 de diciembre de 1880. En 1882, el Poder Ejecutivo dicta un decreto organizando el Departamento. En 1884 se crea la Junta Central de Lazaretos como entidad autónoma del Departamento Nacional y estaba destinada a organizar los lugares de cuarentena. En 1888 la Junta Central de Lazaretos es incorporada al Departamento de Higiene en un intento de unificar las acciones en el campo de la sanidad marítima.
- ⁷ La importancia que el Departamento Nacional de Higiene le asigna a la presencia de un médico oficial en los barcos de pasajeros revela que la preocupación por la sanidad marítima no estaba dada exclusivamente por el retraso de las mercancías. La intransquilidad por los focos de fiebre amarilla en Río y Santos se debía a que eran los puertos que tocaban los barcos con inmigrantes antes de llegar a Buenos Aires. Por otra parte, el gobierno de Italia se había opuesto en varias ocasiones al envío de inmigrantes a Brasil en vista de las condiciones de los dos puertos de entrada. En una contribución presentada por el doctor Luis Agote a la primera reunión del Congreso Científico Latinoamericano, celebrado en Buenos Aires en 1898, expresaba lo siguiente: "El hecho de ser nuestro país una nación de inmigración, constituye, bajo el punto de vista sanitario, uno de los problemas más difíciles de vencer. Es necesario conocer lo que es un transporte de inmigrantes, y las malas condiciones higiénicas en que viajan los infelices, para poder darse cuenta del peligro que encierran para la salud pública", Luis Agote, "Defensa sanitaria marítima contra las enfermedades exóticas viajeras", en Primera Reunión del Congreso Científico Latinoamericano, I Organización y Resultados Generales del Congreso, Buenos Aires, 1898.
- ⁸ Argentina contaba con una gran variedad de productos que interesaban al mercado europeo. Para 1890 la exportación de trigo sobrepasaba los productos que habían predominado inicialmente como el cuero y la lana y esto lleva a un cambio en las zonas productivas y en consecuencia en los puertos y ciudades. Ricardo Ortiz en su libro *Historia económica de la Argentina, 1850-1930*, Buenos Aires, 1955, presenta el siguiente cuadro que indica los cambios comentados:

ARGENTINA: EXPORTACIÓN SEGÚN PUERTO DE SALIDA (PORCENTAJES)

	Buenos Aires	Rosario	Bahía Blanca	Sana Fe	La Plata
1880	68.3	10.5	4.0	0	0
1899	54.5	18.4	7.0	2.6	2.3

^{9.} Argentina organiza la primera reunión del Congreso Científico Latinoamericano (realizado en Buenos Aires, en 1898), y tiene un papel destacado en la segunda reunión (celebrada en Montevideo, en 1901), y en la tercera (realizada en Río de Janeiro, en 1905). También juega papel decisivo en la organización de los Congresos Médicos Latinoamericanos realizados en Chile en 1901, Buenos Aires en 1904, en Montevideo en 1907, y en Río de Janeiro en 1909. Figura sobresaliente en estos congresos es el argentino doctor Emilio R. Cóni, cuya posición crítica frente al panamericano sustentado por Estados Unidos, se desprende del siguiente párrafo: "Para los Estados Unidos el panamericanismo resulta en extremo ventajoso, puesto que, siendo los más ricos, los más poderosos, se asignarían, como vulgarmente se dice, la parte del león. Washington vendría a ser una especie de oficina supervisora de toda la vida americana; los negociantes yanquis sacarían la tripa de mal año apoderándose, con grave detrimento de la Europa, de los principales mercados de la América Española: esto acrecentaría su influencia en el continente hasta hacerla casi omnívora". Emilio R. Cóni, *Memoria de un médico higienista*, Buenos Aires, 1918.

Argentina también se resistió a la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana y no participó en las conferencias sanitarias hasta 1911.

^{10.} La unificación de los servicios de sanidad que se logra con la creación del Consejo Nacional de Higiene estuvo presidida por conflictos jurisdiccionales entre la Junta de Sanidad y el Consejo de Higiene Pública. El Consejo de Higiene Pública había sido creado en 1830, asignándosele el ejercicio de las funciones que antes desempeñaba el Protomedicato; las atribuciones de este Consejo fueron extendiéndose por sucesivos decretos gubernativos.

La Junta de Sanidad fue creada por la ley del año 1838 y sus atribuciones eran las de vigilancia e inspección de la navegación que arribaba a los puertos del Uruguay y tenía bajo su dirección el local del Lazareto. El Consejo era una corporación deliberante y consultiva; la Junta era deliberante y ejecutiva a la vez.

En 1893 el Consejo de Higiene Pública presenta un proyecto al poder legislativo para fundir en un solo cuerpo esta institución y la Junta de Sanidad. Cuando el proyecto comenzó a tramitarse en la Cámara de Representantes, el doctor Brusco (médico del Lazareto) escribió en el periódico *El Siglo* criticando el proyecto. Brusco creía que la nueva organización debería ser similar al Departamento de Higiene argentino, el que preveía dos ramas: una administrativa-ejecutiva y otra consultiva-deliberativa. La intervención de Brusco motivó que el parlamento suspendiera el tratamiento del proyecto. En 1895 el Ministro de Gobierno envía al parlamento un nuevo proyecto que genera una nueva polémica entre Brusco y el presidente del Consejo de Higiene Pública. La Cámara de Representantes, tomando en cuenta las observaciones de Brusco y Canabal, introduce modificaciones al proyecto que es aprobado por el senado y promulgado el 31 de octubre de 1895.

Doctor Luis D. Brusco, Contribución al Estudio de la Ley de creación del Consejo Nacional de Higiene, Imp. El Siglo Ilustrado, Montevideo, 1919. Doctor Julio Etchepare: "Orígenes, Organización actual y Servicios Sanitarios del Consejo Nacional de Higiene del Uruguay", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Año 6, No. 1, enero de 1927.

¹¹ El decreto 1558 del 7 de octubre de 1893, firmado por Floriano Peixoto, que establecía que la carne de xarque, entre otros artículos, eran "sospechosos o susceptibles de retener o transmitir contagio", provocó una serie de reclamaciones por los inconvenientes que provocaba al comercio internacional. El ministro brasileño del exterior convocó una conferencia en 1895 con representantes diplomáticos de Francia, Argentina, Alemania, Inglaterra, Uruguay, Italia y los representantes de las

principales compañías de vapores transatlánticos. Las presiones internacionales unidas a los intereses de la burguesía cafetalera logran en ese mismo año levantar las restricciones impuestas por el decreto de 1893.

Diretoria Geral de Saude Pública, "Os Servicos de Saude Pública no Brasil de 1808 a 1907", Imprenta Nacional, Río de Janeiro, 1909.

¹² La burguesía brasileña tenía clara conciencia de la necesidad de centralizar los servicios para sanear los puertos desde los inicios de la República, pero le era difícil lograrlo frente a la resistencia del poder local. La "desmunicipalisação dos servicios de higiene" como se llamó a este proceso había sido planteado en 1895 por el Ministro do Interior al presidente de la República en los siguientes términos:

"A pratica da administração tem-me convencido da grande conveniencia que resultaria da unificação e centralização dos serviços de higiene pública o regimenunitario impoe-se; quasi todos os países civilizados toem comprehendido essa verdade e procuram unificar e centralizar seus serviços sanitários".

Diretoria Geral de Saude Pública, "Os Servicos de Saude Pública no Brasil", Río de Janeiro, 1909.

¹³ Diretoria Geral de Saude Pública, "Relatorio apresentado pelo Dr. Oswaldo Gonçalvez Cruz, Imprenta Nacional, Río de Janeiro, 1906.

¹⁴ La coyuntura que permite la creación del consejo nacional es la introducción de la peste bubónica en Asunción el año 1899. El Departamento de Higiene de Argentina envió una misión médica para establecer el diagnóstico e influyó para que el Consejo creara una sección de desinfección y desratización.

"Informe sintético de la labor realizada por la Dirección General del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública de la República del Paraguay para la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana", Rep. Del Paraguay, 1934.

¹⁵ Doctor Andrés Gubetich, Origen, Organización actual y servicios sanitarios del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública del Paraguay, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Año 6, No. 8, agosto 1927.

¹⁶ La idea de crear un Ministerio de Salud Pública fue considerada desde 1903. Así, el ministro de Fomento, en el oficio al Congreso de 1903 en que se solicitaba la creación de la Dirección de Salubridad, expresa lo siguiente.

"Y sin embargo, no se considera alcanzado aún el desideratum de la organización sanitaria moderna, que exige para ser completa, según la opinión de respetables instituciones científicas de Europa y Estados Unidos de Norteamérica, la creación de un Ministerio de Salud Pública "citado en doctor Abel S. Olaechea; "Situación de la Sanidad y de la Asistencia en el Perú", San Martí & Cía, Impresores, Lima, 1933.

¹⁷ Leguía tenía relaciones con el capital financiero internacional y había sido gerente general para Ecuador, Perú y Bolivia de la New York Life Insurance Company que pertenecía al grupo Morgan. Más tarde organizó y dirigió la Sud Americana Insurance Company en Perú.

¹⁸ Las dificultades de la Dirección General de Sanidad comenzaron desde el momento mismo de su creación. El Director General debía nombrarse de una lista de ocho profesionales, propuestos por cada cuerpo médico departamental. Ante la disparidad

de criterios el gobierno contrató un especialista en el extranjero, el doctor Adolfo Treutlein se nombró a Manuel Cuéllar, quien también renunció a los pocos meses dejando vacante el cargo hasta que se derogó la ley: Juan Manuel Balcázar, *Historia de la medicina en Bolivia*, ediciones "Juventud", La Paz, 1956.

¹⁹ En 1904 el doctor Bolívar J. Lloyd fue enviado al consulado de los Estados Unidos en el Callao, Perú, debido al brote de plaga en Lima y Callao. La responsabilidad de Lloyd en el Callao era tratar de prevenir plaga, viruela y otras enfermedades que podrían llevar los barcos a la zona del Canal y a los Estados Unidos. La aparición de la fiebre amarilla en Guayaquil, Ecuador, hizo que Lloyd fuera transferido en 1906 al consulado de los Estados Unidos en dicha ciudad. Nuevamente, su misión era evitar que la fiebre amarilla se propagara a la zona del Canal.

Ralph Chester Williams, "The United States Public Health Service, 1798-1950, Commissioned Officers Association of the United States Public Health Service, Washington, 1951.

²⁰ Juan José Samaniego, Oncología médica ecuatoriana. Editorial Casa de la Cultura Ecuatoriana, Quito, 1957; Leónidas Plaza Gutiérrez: *Ley de Sanidad Pública con sus reformas*, Librería e imprenta Garay, Guayaquil, 1920.

Isidro Ayora, *Ley de Sanidad Pública*, expedida en 1926, Librería e imprenta Garay, Guayaquil, 1927.

Francisco Boloña, *Informe del Ministro de Agricultura y Previsión Social año 1929-1930*, Talleres Tipográficos Nacionales, Quito, 1930.

²¹ Personaje importante en la creación de la Dirección fue el doctor Luis Razzetti, relacionado con la burguesía comercial caraqueña. Razzetti junto con Risquez se entrevistaron con el General Juan Vicente Gómez antes de tomar posesión como gobernador del Distrito. Gómez nombró director de la Dirección de Higiene del Distrito Federal a Risquez e inspector general de los hospitales a Razzetti. Este actuó de Secretario de la Comisión de Higiene Pública durante la presidencia de Gómez.

Doctor Ricardo Archila: Luis Razzetti, Imprenta Nacional, Caracas, 1952. Francisco Antonio Risquez, *Biografía del Dr. Luis Razzetti*, Caracas, 1936.

²² José Álvarez Amezquita y otros, *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, Tomo I y II, México, 1960.

²³ Liceaga estaba relacionada con los grupos médicos de Estados Unidos y fue quien presentó un proyecto sobre sanidad marítima en el II Congreso de Estados Americanos, realizado en México en 1902. Liceaga fue miembro de la comisión que redactó el informe y se prestó a las maniobras de la delegación de los Estados Unidos para desarmar la resistencia que presentaba Argentina.

²⁴ Antes de la promulgación del Código de 1918, el Consejo Superior de Higiene solicitó en 1905 del Gobierno el envío de una comisión a Europa y Estados Unidos para estudiar los servicios y proponer a su regreso un proyecto de legislación. El Ministerio del Interior no dio curso a la solicitud pero el Dr. Puga Borne, senador de la República, incluyó los gastos de viaje en el presupuesto. El abogado Mariano Guerrero Bascuñán y el Dr. Lucio Córdova integraron la comisión que presentó un informe y propusieron un proyecto de la ley de 1908. En 1909 se nombró otra comisión para estudiar el proyecto y presentó en 1910 un nuevo proyecto. En ese mismo año se presentó en la Cámara de Diputados un tercer proyecto que fue el que obtuvo la

aprobación del Poder Legislativo en 1918, dando con esto cumplimiento a un acuerdo de la Conferencia Sanitaria de México de 1907, que había ratificado Chile.

Hermán Muñoz Segura, *Organización sanitaria, de las atribuciones Sanitarias de las municipalidades*, Imprenta El Esfuerzo, Santiago de Chile, 1934.

Higiene Pública en Chile, Imprenta Cervantes, Santiago de Chile, 1908.

²⁵ Las relaciones de la burguesía con el capital monopólico en el campo de la sanidad se evidencian por los contactos del grupo cafetalero con la Fundación Rockefeller, Según la memoria de 1924 del Ministerio de Instrucción y Salubridad Pública, un grupo de médicos "llevaron al gobierno el convencimiento de la necesidad nacional de tomar medidas contra la pérdida de vidas humanas y de riqueza ocasionadas por la anemia tropical. Años después, el gobierno nacional, con intervención del Ministerio de Agricultura y Comercio, a cargo entonces de don Jesús del Corral, entró en relaciones con la Oficina Internacional de Sanidad de la Fundación Rockefeller y arregló con ella en 1920 un convenio".

Memoria del Ministerio de Instrucción y Salubridad Pública al Congreso de 1924, Imprenta Nacional, Bogotá, 1924.

²⁶ En 1887 se había creado una Junta Central de Higiene que estuvo en funcionamiento hasta 1918. La Ley 32 de 1918 suprimía las Juntas tanto la central como los departamentos, a fin de establecer una Dirección unitaria. Las resoluciones de la Dirección Nacional de Higiene eran actos oficiales obligatorios, que no estaban sujetos a la aprobación de ninguna autoridad.

Informe del Director Jefe del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública, Imprenta Nacional, Bogotá, 1931.

Pablo García Medina, "La Organización Sanitaria en Colombia", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Año 6, No. 1, enero 1927.

²⁷ The Rockefeller Foundation, International Health Board, Annual Report (1913 to 1930), New York.

²⁸ Antonio Vidal M., "Informe general sobre sanidad pública en la república de Honduras". Boletín Sanitario, Año III, Nos. 11 y 12, 15 de junio 1929, Tegucigalpa.

²⁹ Antonio Vidal M., "Informe General sobre Sanidad en la República de Honduras". Boletín Sanitario, Año IV, Nos. 13 y 14, 15 de enero 1930, Tegucigalpa.

³⁰ Boletín Sanitario, Nos. Del Año 1901 al 1922. El Salvador.

³¹ The Rockefeller Foundation, International Health Board, Eighth Annual Report, January 1921 December 1921, New York, January 1922.

³² The Rockefeller Foundation, International Health Board, First Annual Report, June 1913, December 1914, New York, January 1915.

³³ Carlos María Campos Jiménez, "Notas sobre el desarrollo de la Asistencia Médica en Costa Rica", Tiempo Actual, Año 11, No. 5, San José, agosto 1977.

Minam Andría Paniagua: *La realidad médico-sanitaria costarricense a la luz de su legislación*, tesis de Grado, Universidad de Costa Rica, 1972.

³⁴ Mauro Fernández, *La anquilostomiasis y la Agricultura*, Imprenta de Avelino Alsina, San José, Costa Rica, 1907.

³⁵ The Standard Oil Company of California, in conjunction with the United Fruit Company has succeeded in inducing 45 municipalities out of a total of 55 to petition the government to present the subsoil bill (private ownership of subsoil deposits) to Congress al once".

Informe del encargado en Costa Rica (Martín) al Secretario de Estado. The Department of State, Papers relating to the Foreign Relations of United States, 1920, Vol. I, Government Printing Office, Washington, C.C., 1935.

³⁶ Luciano Beecha, "Tropical Disease of Costa Rica" en Procedins of the International Conference on Health Problems in Tropical America, United Fruit Company, Boston, 1924.

³⁷ El Dr. Luis Manuel Debayle, de origen francés, se había relacionado por matrimonio a una familia aristocrática nicaragüense. Anastasio Somoza García se casó con la hija del Dr. Debayle, quien lo apoya en sus negocios y le consigue un trabajo como inspector de las letrinas en el programa de lucha contra la Uncinariasis de la Fundación Rockefeller. Cuando Anastasio Somoza se hace cargo de la presidencia en 1937, una de sus primeras acciones es suprimir la cartera de Higiene y crea la Dirección General de Sanidad dependiendo directamente de la presidencia de la República y bajo la dirección de Luis Manuel Debayle.

³⁸ Jaime Wheelock, *Imperialismo y Dictadura*, Siglo XXI, 1975.

³⁹ Informe anual del Departamento de Uncinariasis, Tip. Nacional, Managua, 1924.

⁴⁰ Actas de la IV Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, San José, Costa Rica, 1910. Publicadas bajo los auspicios de la Unión Panamericana, Washington, D.C., 1910.

⁴¹ La Fundación Rockefeller, Junta de Sanidad Internacional, décimo segundo informe anual, enero 1925, New York, 1926.

⁴² Los intereses económicos de la burguesía panameña eran grandes en términos individuales o familiares pero carecían de un impacto nacional. La fortuna de la familia Chiari se basará en la producción de azúcar y los de la familia Boyd en la ganadería.

⁴³ En el tratado de 1926, proclamado en diciembre de 1931, el control sanitario por parte de Estados Unidos sobre las ciudades de Panamá y Colón fue consolidado y se extendió para cubrir cualquier parte de la República amenazada por una epidemia. "Informes bienal del director del Departamento de Salud Pública al Ministerio de Trabajo, Previsión Social y Salud Pública, 1946-1958", República de Panamá.

⁴⁴ The Rockefeller Foundation, International Health Board, Eighth Annual Report, January 1921 December 1921, New York, January 1922.

⁴⁵ William D. McCain; *The United States and the Republic of Panama*, Duke University Pres, 1937.

⁴⁶ "La Ley pasada en Panamá que autoriza al establecimiento de un departamento de sanidad y la adopción de un presupuesto de 50,000 para este propósito se puso en efecto en enero de 1925. La primera división que se creó fue la de Puericultura e

Inspección Médica de Escuelas que empezó a funcionar el día 3 de septiembre. Durante el año se aprobó un presupuesto para la División de Ingeniería Sanitaria que se organizará más tarde. En todos los planes del Departamento el representante de la Junta ha cooperado libremente en carácter de consultor". La Fundación Rockefeller, Junta de Sanidad Internacional, Décimo segundo Informe Anual, enero 1925 diciembre 1925, New York, 1927. En el décimo tercer informe anual de 1926 son más explícitos en señalar su influencia: "El Departamento Nacional de Salubridad de Panamá, creado en el año 1925, se convirtió en un departamento gubernamental en 1926 nombrándose como director de sanidad a un oficial que anteriormente perteneció al cuerpo de consocios (fellows) de la Junta de Sanidad Internacional. La creación de este departamento ha sido el resultado lógico de las campañas contra la uncinariasis verificadas en Panamá, con la asistencia de la Junta".

⁴⁷ Ralph Chester Williams, The United Public Health Service, 1798-1950, Comissioned Officers Association of the United States Public Health Service, Washington, D.C., 1951.

⁴⁸ Stanhope Bayne-Jones, The evolution of preventive medicine in the United States Army, 1607-1939, Department of the Army, Washington, D.C., 1968.

⁴⁹ Benjamin Lee, Do the sanitary interest of the United States demand the annexation of Cuba? Public Health, Papers and Reports, Vol. XV American Public Health Association, Republic Press Association. Concord, 1890.

⁵⁰ W.C. Gorgas, Report of Vital Statistics of the City of Habana made to Brigadier General Leonard Wood, USA military governor, year 1901, Habana 1902; Carlos J. Finlay, Informe sanitario y demográfico del término municipal de La Habana correspondiente al año 1902. Departamento de Sanidad de La Habana, República de Cuba, La Habana, 1903.

⁵¹ Raymond Leslie Buell, *Cuba y la enmienda Platt*, Imprenta Molina y Cía, La Habana, 1934.

⁵² Luis Machado y Ortega, *La Enmienda Platt*, Imprenta Siglo XX, La Habana, 1922.

⁵³ Juan Pérez de la Riva, Oscar Zanetti, Francisco López Segrera, Federico Chang y Carlos Toro, *La república neocolonial*, Tomo I, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 1975.

⁵⁴ Emilio Teuma, "Dr. José A. Malberty, 1854-1927". Publicación del Consejo Científico, Ministerio de Salud Pública, La Habana, 1967.

⁵⁵ José Antonio López del Valle, "La nacionalización de los servicios de sanidad, Junta Nacional de Sanidad, Cuba, 1907.

⁵⁶ César Rodríguez Expósito, "La primera secretaría de sanidad del mundo se creó en Cuba", Publicación del Ministerio de Salud Pública, La Habana, 1964.

⁵⁷ El artículo 13 de la Convención dice:

The republic of Haiti, being desirous to further the development resources, agrees to undertake and execute much measure as, in the opinion of the high contracting parties, may be necessary for the sanitation and public improvement of the Republic, under the supervision and direction of an engineer or engineers, to be appointed by the president of Haiti upon nomination of the President of the United States, and

authorized for that purpose by the government of Haiti". Convention between the United States of America and the republic of Haiti dated 16 September, 1915, Monograph, Republic of Haiti, compiled, 1932, U.S. Marine Corps.

⁵⁸ P. W. Wilson, "The Health of Haiti", A review for the Fiscal Year 1928-29, Port au Prince, january, 1930.

⁵⁹ Capitán C.S. Butler, "El Servicio de Sanidad Pública de la República de Haití", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Año 6, No. 1, enero, 1927.

⁶⁰ Ramón Báez, Jr., "La Organización Actual de los Servicios Sanitarios en la República Dominicana", Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Año 6, No. 5, mayo, 1927.

⁶¹ Informe Anual del Secretario de Estado de Sanidad y Beneficencia para el año 1920, Imp. De J.R. Vda. García, Santo Domingo, R.D., 1921.

⁶² P.A. Rocart, "Memoria correspondiente al 1925, Secretaría de Estado de Sanidad y Beneficencia, Listín Diario, Santo Domingo, R.D., 1926.

* Fuente: Revista Latinoamericana de Salud (1981). Edit. Nueva Imagen, S.A. No.1.

**Organización Panamericana de la Salud.