



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y
ESTUDIOS SUPERIORES EN
ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

**INTERVENCIÓN DE LOS ORGANISMOS
INTERNACIONALES EN LA SALUD PÚBLICA DE
YUCATÁN Y EL COMBATE DE LAS ENFERMEDADES
TROPICALES, ENTRE 1902 Y 1960.**

TESIS

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE

DOCTORA EN HISTORIA

P R E S E N T A

MTRA. WENDY LORENA PÉREZ AMÉZQUITA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. CLAUDIA PAOLA PENICHE MORENO

MÉRIDA, YUCATÁN. MAYO DE 2021

© Wendy Lorena Pérez Amézquita 2021

Todos los derechos reservados

Para Alessandro

Alana

y

Alexis

“La aventura nos aguarda”

Para

José Luis Díaz Cruz

AGRADECIMIENTOS

La presente investigación pudo llevarse a cabo gracias al financiamiento otorgado por el Programa de Becas Nacionales del CONACYT. Desde luego, deseo agradecer a los investigadores del CIESAS de la Unidad Peninsular, quienes me enseñaron el oficio de ser historiadora.

Toda mi gratitud y cariño a quien, con paciencia, entrega y siempre con actitud positiva dirigió esta investigación. Dra. Claudia Paola Peniche Moreno, usted me ha enseñado a andar entre los documentos, a releer escritos de antaño y cuestionarlos para entender los procesos y hacer historia.

También deseo agradecer infinitamente a los profesores Dra. América Molina del Villar, Dra. Ana María Carrillo y al Dr. Gabriel Angelotti quienes participaron en la revisión y corrección de la tesis. A los profesores que impartieron los cursos del posgrado de doctorado, quienes dieron valiosos consejos dentro y fuera del aula.

A la Secretaria Técnica del Programa de Posgrado en Historia de la Unidad Peninsular Paulina Nava por las facilidades otorgadas en los trámites y por el apoyo recibido en todo momento. Al personal de la biblioteca Estela María González Cicero: Christian Cardoso, y Mónica Bañuelos. A mis amigos y compañeros de generación, en especial a Eunice, Rodrigo, Abel, Ruth, Luigi, David, Teresita y Leo, gracias chicos por los momentos de convivencia, los consejos y los ánimos.

Mi gratitud y amistad al personal de la Biblioteca del Centro Regional INAH Yucatán, especialmente a Doña Blanquita Amaya Rueda por confiarme parte del acervo de la biblioteca.

A mi familia, por apoyarme en todo momento. Mis padres Yolanda y Alan, por ser mis mayores ejemplos, a mi Tía Tete porque con sus métodos y técnicas de estudio me formó desde pequeña. A mis Hermanos Tony, Gaby, Yoly, Leo y Ari. Al “Señor director”, Alejandro Ortiz, que me alegró en momentos difíciles. A José Palacios Tepate, a Vanessa y Mía. Gracias a todos ustedes por siempre estar pendiente de mí y ser mi refugio constante.

A la Doctora Zhelmy Martín Quintal, por ser mi hermana, amiga, confidente, por estar al pendiente y proporcionar constantemente acertados consejos durante esta travesía.

A mi esposo, José, por ser mi eterno Navegante, por apoyarme para no bajar del barco y continuar siempre a mi lado pese a todas las tormentas de este viaje.

Este escrito es el resultado donde se encuentra el apoyo de cada uno de ustedes.

RESUMEN

La intervención de organismos internacionales en la salud pública de Yucatán y el combate de las enfermedades tropicales entre 1902 y 1960, nació como un ambicioso proyecto de investigación que poco a poco redujo su temporalidad. Así en este escrito se relata la creación de organismos que fueron vinculados no sólo al cuidado de la salud pública de manera mundial, sino a mejorar las circunstancias sanitarias para que actividades como el comercio internacional no fueran afectadas por la constante presencia de enfermedades tropicales como lo fueron la fiebre amarilla y el paludismo.

En esta investigación se presenta un panorama general de lo que ocurrió en la primera mitad del siglo XX, por ello el escrito se presenta con un orden cronológico y en tres niveles de organización y análisis: internacional, federal y por último regional y/o local, concentrándose en el contexto político y económico en los que se fueron desarrollando los diversos organismos como la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, la Fundación Rockefeller, entre otros. Asimismo, se presta atención a las políticas, los actores y a las actividades de salud ligadas a las instituciones y sus respectivos contextos.

Con ello se centra la atención tanto en los contextos (político-económico) pero también en las políticas ejercidas desde las diversas agencias y oficinas sanitarias, para desentrañar y exponer a los actores y acciones vinculadas con las actividades de salud ligadas a las instituciones. El foco de atención son las enfermedades tropicales, específicamente la fiebre amarilla y el paludismo, porque históricamente afectaron a muchos países, también porque obstaculizaban la actividad en los puertos a través de los cuales se movilizaban las mercancías que impulsaron la expansión del capitalismo, y además porque, derivado de ello, las enfermedades tropicales, después de la peste y el cólera, motivaron la creación de la agenda de la salud pública internacional. En suma, esta tesis investiga la relación entre un fenómeno sociohistórico y un área geográfica, política y económica específica; entre la salud pública internacional y Yucatán en una etapa de su historia. Se trata del estudio de la participación en la salud pública en Yucatán de diversas instituciones internacionales, públicas o privadas, a través del caso específico del combate de enfermedades tropicales; pero también el papel de Yucatán en el panorama general de la salud pública internacional. Por tanto, las variables contempladas fueron, por ende, las ideas y modelos médicos, las políticas públicas, los programas llevados a cabo por las instituciones, y la cooperación y el financiamiento internacional para el combate y erradicación de las enfermedades de fiebre amarilla y paludismo.

ÍNDICE

Índice de Figuras	5
Índice de Cuadros	7
Siglas utilizadas	8
Glosario de Términos	9
Introducción	11
Las enfermedades tropicales: etiología y profilaxis de la fiebre amarilla y el paludismo	17
Estado del Arte	21
La salud pública en México: del Porfiriato a la Posrevolución	23
Yucatán, las enfermedades tropicales y la salud pública internacional	27
Marco Teórico Conceptual	30
Metodología para el estudio de las enfermedades tropicales	38
Capítulo I	
La Salud Pública Internacional en contexto. Origen y desarrollo (1902-1913)	46
1.1.-El Panamericanismo y el expansionismo norteamericano. Los cimientos de la Salud Pública Internacional	47
1.2.- Las Conferencias Panamericanas y la Creación de la Oficina Sanitaria Internacional	59
1.2.1.-Las Conferencias Sanitarias Internacionales	64
1.2.2.- Las Convenciones Sanitarias Internacionales de las Repúblicas Americanas y Las Conferencias Sanitarias Panamericanas	69
1.3.- La Salud Pública en el plano Internacional y la Oficina Sanitaria Internacional	73
Capítulo II	
La salud pública de México: el contexto federal y local ante la presencia de las enfermedades tropicales, 1902-1913	77
2.1.- México en el contexto internacional	78
2.1.1.- Modernización y progreso. Infraestructura para frenar las enfermedades y acelerar el comercio	83
2.1.2.- La salud pública federal y las Juntas Superiores de Sanidad de los Estados	85
2.1.3.- Las campañas nacionales contra las principales enfermedades	89
2.2.- Producción, comercio y salud pública en Yucatán	96
2.2.1.- La salud de los trabajadores y las enfermedades endémicas de la región	102
2.2.2.- La campaña nacional de erradicación contra la fiebre amarilla en Yucatán	105

Capítulo III

La Fundación Rockefeller y sus planes de atención para el Caribe: 1914-1923 113

- 3.1.- El contexto europeo y la gran oportunidad norteamericana 114
- 3.2.- El nacimiento de la Fundación Rockefeller y la expansión económica norteamericana 118
 - 3.2.1.- La apertura del Canal de Panamá: nuevas vías de contagio 138
 - 3.2.2.- La Fundación Rockefeller en África y Asia: la profesionalización médica y el desarrollo científico 147

Capítulo IV

La Fundación Rockefeller en México y en Yucatán 1914-1923 154

- 4.1.- El conflicto armado en México y sus repercusiones económicas y políticas 156
 - 4.1.1.- El gobierno de Obregón y la Fundación Rockefeller 171
 - 4.1.2.- La Campaña Nacional contra la erradicación de la fiebre amarilla: 1920-1923 181
 - 4.1.3.- La fundación de la Escuela de Salubridad y la intervención de la Rockefeller 188
- 4.2.- Yucatán: economía, política y crisis periódicas 193
 - 4.2.1.- Salvador Alvarado y los inicios del Socialismo 196
 - 4.2.2.- La cuestión henequenera y su crisis 203
 - 4.2.3.- La Comisión especial para el combate contra la fiebre amarilla en Yucatán 207

Capítulo V

El establecimiento del Código Sanitario Panamericano y el desarrollo de la salud pública entre 1924-1948 217

- 5.1.- Las Conferencias Sanitarias Panamericanas continúan 218
 - 5.1.1.- La División de Salud y Saneamiento de la Oficina del Coordinador de Asuntos Inter-Americanos (OCAIA) del Gobierno de Estados Unidos: hacia una defensa continental 230
 - 5.1.2.- La crisis económica mundial: repercusiones en la salud internacional 233
 - 5.1.3.- La salud/enfermedad en tiempo de guerra 235
 - 5.1.4.- El Paludismo y su omisión dentro del Código Sanitario Panamericano 238
- 5.2.- Contexto político y económico de México en los albores de la tercera década del siglo XX 245
 - 5.2.1.- México: higiene y educación en tiempos de Elías Calles 248
 - 5.2.2.- La creación de las Misiones Culturales y su aplicación en la higiene y la salud 251
 - 5.2.3.- El gobierno cardenista y el plano de la salud pública federal 257
 - 5.2.4.- Los grandes problemas de salud pública y las campañas para su combate 264
 - 5.2.5.- La primera Conferencia Regional Antimalárica 270
- 5.3.- Economía y política en Yucatán entre 1924 y 1948 277
 - 5.3.1.- Creación del programa de Asistencia Social de los Henequeneros de Yucatán 285
 - 5.3.2.- Atención médica en los ejidos 289
 - 5.3.3.- Paludismo en Yucatán 292

Capítulo VI

La Organización Panamericana de la Salud 1949-1960	300
6.1.- La Oficina Sanitaria Panamericana, la Organización Mundial de la Salud y las Conferencias Sanitarias Panamericanas	303
6.1.1.- La erradicación de la malaria y sus métodos de combate	315
6.1.2.-La Sociedad de Malaria de Estados Unidos: proyectos y alcances	321
6.2.- La malaria en México: control y erradicación	325
6.2.1.-La Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo (CNEP)	335
6.2.2.-Apropiación de una campaña internacional en México (México como ejemplo Mundial en la lucha contra el Paludismo)	348
6.3.- Yucatán y el combate de las enfermedades tropicales	351
Consideraciones finales. Análisis de la intervención de los organismos internacionales en la salud pública en Yucatán y el combate de las enfermedades tropicales	361
Fuentes	381
Hemerografía	382
Referencias	384

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Mapa de rutas marítimas de comercio trasatlántico durante el siglo XIX	37
Figura 2: Comisión estadounidense de la Fiebre amarilla	55
Figura 3: Zonas de las Américas donde se notificó la presencia de Fiebre Amarilla entre los años de 1900 a 1931	57
Figura 4: Carlos Finlay, médico cubano que descubrió la transmisión de la fiebre amarilla	67
Figura 5: Nota periodística que anuncia la enfermedad imperante en Tampico	80
Figura 6: Zonas de producción agrícolas en Yucatán en 1890	97
Figura 7: Comisión y personal de staff en Guayaquil, Ecuador	134
Figura 8: El Doctor Noguchi en su laboratorio	136
Figura 9: Escuadrón sanitario con equipo completo en Guayaquil	137
Figura 10: Canal de Panamá	139
Figura 11: Zona del Canal, en donde el mayor general George W. Davis fue elegido como gobernador	142
Figura 12: Mapa de Panamá de 1904 con el Perfil del Canal de Panamá	144
Figura 13: Coronel William C. Gorgas, Jefe Superior de Sanidad de la Zona del Canal	145
Figura 14: Influencia del Canal de Panamá en las rutas del Tráfico	147
Figura 15: Rutas a través de Centroamérica	148
Figura 16: La Revolución Constitucionalista de México en 1913-1914	160
Figura 17: Imagen del informe de la Fundación Rockefeller donde se muestra la lucha en Latinoamérica emprendida contra la Fiebre amarilla	176
Figura 18: División del territorio en 6 zonas de acuerdo a Bustamante	177
Figura 19: Áreas donde aún existían casos de fiebre amarilla en México y Centroamérica durante el año de 1921	180
Figura 20: Mapa del hemisferio oeste donde se observa los trabajos de combate contra la fiebre amarilla y la reducción de las zonas afectadas	181
Figura 21: la Comisión Especial para la campaña contra la Fiebre Amarilla	183
Figura 22: Modelo de investigación de Solórzano	188
Figura 23: Ciudad de Mérida enseñando la distribución del mosquito, 1911	208

Figura 24: anuncio del Hospital O’Horán	216
Figura 25: Publicidad utilizada en los estados del sur de Estados Unidos, 1938	243
Figura 26: Brigada del sector salud, revisión de niños, 1939- 1940. # catálogo 462688, SINAFO, Fototeca Nacional INAH	247
Figura 27: Trabajadora social enseñando la aplicación de la vacuna durante la sexta misión cultural en Aguascalientes	255
Figura 28: Mapa hecho en litografía, donde se señala la zona palúdica del país	272
Figura 29: Mujer aplicando DDT a niña, #catálogo 463515, SINAFO, Fototeca Nacional, INAH, 1940	276
Figura 30: Vista panorámica del Hospital para Ejidatarios “20 de noviembre” en la ciudad de Mérida	286
Figura 31: Timbre postal dedicado a la campaña contra el paludismo 1939	292
Figura 32: Propaganda utilizada para la eliminación de los mosquitos de la malaria en tiempos de guerra	320
Figura 33: Vacunación de malaria en Guerrero, México, 1950	327
Figura 34: Mapa de la República mexicana evidenciando áreas palúdicas	329
Figura 35: Hombres en un transporte de la UNICEF	332
Figura 36: Datos reportados en el filme “Cruzada Heroica” sobre la situación malárica del país	337
Figura 37: Brigada de la campaña nacional antipalúdica	337
Figura 38: Soldados con fumigadores y cubetas	339
Figura 39: Capacitación del personal para conocer el equipo que sería utilizado para las actividades de rociado	343
Figura 40: Capacitación del personal para las actividades de rociado	343
Figura 41: Hombre fumiga zona con paludismo	344
Figura 42: Rociando casa en la zona rural	345
Figura 43: Las casas visitadas fueron marcadas con la leyenda CNEP, y el número de la vivienda	345
Figura 44: Higienista encuestando a una familia	346
Figura 45: Anuncio de resoquina en Gaceta Médica de México	353
Figura 46: Programa de Educación higiénica enseñando a los niños a lavarse las manos	360

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Conferencias Sanitarias Internacionales	64
Cuadro 2: Convenciones Sanitarias Internacionales de las Repúblicas Americanas	71
Cuadro 3.- Casos de Fiebre amarilla en la República de México	92
Cuadro 4.- Casos y defunciones de fiebre amarilla anuales en Veracruz	95
Cuadro 5.- Número de apoyos, becas y premios de capacitación otorgados a América Latina por la Fundación Rockefeller	149
Cuadro 6.- Cuadro de Acontecimientos desde 1912 a 1924	170
Cuadro 7: Representantes de los 18 países que firmaron el Código Sanitario Marítimo Panamericano	221
Cuadro 8.- Deberes de los Países que firmaron ante la creación de la Oficina Sanitaria Internacional	224
Cuadro 9.- Capítulos, Artículos y Temas contenidos en el Código Sanitario Panamericano de 1924	226
Cuadro 10.- Conferencias Sanitarias Panamericanas desde 1934 hasta 1966	229
Cuadro 11.- Parásitos que producen la enfermedad de la malaria	241
Cuadro 12.- Distribución de los mosquitos <i>Anopheles</i> . Clasificación del profesor Hoffmann	260
Cuadro 13: Presencia del Paludismo en México	271
Cuadro 14.- Organismos de la Organización Sanitaria Panamericana	302
Cuadro 15.- Diferencias entre un programa para el control del paludismo y el de su erradicación	330
Cuadro 16.- Organigrama de la CNEP en México, 1956	339
Cuadro 17.- División por zonas de la superficie malárica del país	340
Cuadro 18.- Organigrama de cada una de las sedes de las Zonas maláricas, 1956	342
Cuadro 19.- Cronología de eventos históricos de 1890 A 1960 a nivel internacional	362
Cuadro 20.- Cronología de eventos de 1890 a 1960 a nivel federal	370
Cuadro 21.- Acontecimientos en Yucatán entre 1901 y 1960	378

SIGLAS UTILIZADAS

BMJ	British Medical Journal
CAIHY	Centro de Apoyo a la Investigación Historia de Yucatán.
HNDM	Hemeroteca Nacional Digital de México.
AHSSA	Archivo Histórico de la Secretaría de Salud.
AGEY	Archivo General de Yucatán.
POEM	Periódico Oficial del Estado de Michoacán, Morelia.
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
AHGE	Archivo Histórico Genaro Estrada.
SEP	Secretaría de Educación Pública
AHSEP	Archivo Histórico de la Secretaría de Educación Pública

Glosario de Términos

Bacilos: *m. Biol. y Med.* Bacteria de forma cilíndrica alargada, que causan enfermedades como la lepra, la peste, la difteria, la tuberculosis, entre otras. El bacilo de Koch, fue descubierto en 1882, considerado como el causante de la tuberculosis.

Bacteriología: *F.* Disciplina científica dedicada a la identificación de los microorganismos causantes de infecciones, diseño de vacunas y sueros para prevenirlas o tratarlas.

Benigno: *adj. Med.* Afección que no se considera peligrosa. *adj. Med.* Dicho de un tumor, no canceroso, formado por células muy semejantes a las normales que permanecen en su localización sin extenderse.

DDT: *m.* Compuesto químico que se refiere a Dicloro-difenil-tricloroetano ($(ClC_6H_4)_2CH$) compuesto órgano-clorado principal de los insecticidas.

Endemia: *f. Med.* Enfermedad que reina habitualmente, o en épocas fijas en un país o comarca.

Etiología: *f. Med.* estudio sobre las causas de las cosas. Estudia el origen de las enfermedades.

Epidemia: *f.* Es una enfermedad compartida por una comunidad o población. Se propaga durante algún tiempo por un país, acometiendo simultáneamente a un gran número de personas.

Imagocidas: método de control químico de vectores adultos que tienen por objeto reducir la densidad y la longevidad de los mosquitos y otros parámetros de transmisión. Se aplican como tratamientos de superficies con efecto residual o como tratamientos de espacios.

Medicina Tropical: especialidad académica que se dedicó en parte a liquidar a los transmisores de enfermedades infecciosas que empezaron a ser llamados vectores.

Morbilidad: *f.* Cantidad de personas que enferman en un lugar y un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

Mortalidad: *f.* Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

Signo: *m.* Dato objetivo observable por parte de un especialista de la salud.

Síntoma: *m.* Referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce anómala ocasionada por un estado patológico o una enfermedad.

Oncocercosis: *f. Med.* Es una enfermedad parasitaria, transmisible, de evolución crónica, causada por el nemátodo filariano *Onchocerca volvulus* y transmitida al humano por la picadura de moscas del género *Simulium* (simúlidos).

Pandemia: *f. Med.* Es una epidemia que ocurre simultáneamente en muchas diferentes partes del mundo, desde una perspectiva ecológica una pandemia conecta temporalmente a muchos, o quizás a todos, dentro de una sola unidad ecológica y evolutiva.

Petrolización: Método mediante el cual se utiliza petróleo para la eliminación de los mosquitos, el cual se colocaba en el agua creando una capa en la superficie que les impedía a las larvas salir

a respirar. En otros países se le conoce como querosene. Se recomendó utilizar la cantidad de 15 gramos por metro cuadrado de superficie y como la sustancia se evapora se aconsejó repetir su adición cuando menos cada quince días.

Profilaxis: *f. Med.* Constituye el tratamiento preventivo de la enfermedad, es decir es un conjunto de medidas realizadas para protegerse de las enfermedades, limitar su propagación o bien para disminuir su virulencia.

Quinina: *f.* Sustancia alcaloide de vegetal de color blanco y sabor amargo, obtenida de la corteza del quino, tiene propiedades antipiréticas y se emplea en tratamientos infecciosos.

Vectores: *m. Biol.* Ser vivo que puede transmitir o propagar una enfermedad; *m.* Agente que transporta algo de un lugar a otro.

INTRODUCCIÓN

A finales del año 2019, aparecería un nuevo virus en la provincia de Wuhan, China, que provocaría la enfermedad Covid-19, misma que recorrería el mundo a principios del año 2020, convirtiéndose en la primera pandemia del siglo XXI. El 31 de diciembre de 2019, autoridades sanitarias chinas reportaron a la Organización Mundial de la Salud (OMS) los primeros casos de neumonía de origen desconocido. Según las autoridades sanitarias de Wuhan, estos casos fueron detectados entre el 12 y el 29 de diciembre.¹ El 5 de enero del año 2020, China reconoció que los casos de enfermos reportados, no se trataron de neumonía, ni tampoco correspondieron a enfermedades como el SARS ni al MERS.² El 7 de enero, la OMS nombró a este nuevo virus inicialmente como 2019-nCoV, lo que el resto del mundo conocería posteriormente como Covid-19.³ El 11 de enero autoridades chinas anunciaron el primer deceso en Wuhan por la enfermedad de Covid-19.

Ante la inminente propagación del virus, el 12 de enero China compartió la secuencia genética del SARS-CoV-2 en señal de alerta y para que los países desarrollasen medidas preventivas para su diagnóstico. Así, países como Estados Unidos, el 17 de enero implementaron exámenes de detección de síntomas en los aeropuertos de San Francisco, Nueva York y Los Ángeles.

¹ CNN “Cronología del coronavirus: así comenzó y se extendió el virus que tiene en alerta al mundo” revisado el 28 de julio de 2020, en <https://cnnespanol.cnn.com/2020/02/20/cronologia-del-coronavirus-asi-comenzo-y-se-extendio-el-virus-que-pone-en-alerta-al-mundo/>

² Síndrome respiratorio agudo grave, conocido por sus siglas en inglés como SARS, se trata de una enfermedad respiratoria viral causada por un coronavirus llamado coronavirus asociado al SRAS (SARS-CoV), reportado por primera vez en el año de 2002 en China. Se trata de un virus que se transmite mediante partículas de saliva que quedan suspendidas en el aire cuando una persona infectada tose, estornuda o habla. *Centros para el control y la Prevención de Enfermedades*, consultado el 28 de julio de 2020 en: <https://www.cdc.gov/sars/index-sp.html>. En cuanto al Síndrome respiratorio de Oriente Medio (por sus siglas en inglés MERS), es una enfermedad respiratoria contagiosa, que presenta los mismos síntomas que enfermedades como SARS, es decir, fiebre, tos y dificultad para respirar. Este virus fue detectado por primera vez en el año de 2010 en Arabia Saudita, en *WHO* “Coronavirus causante del Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV), consultado el 28 de julio de 2020 en [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov)).

³ El 11 de febrero la OMS nombró al coronavirus como COVID-19, denominada de esta forma por “el agente que la causa y el año en que empezó”, Ana María Carrillo, comunicación personal. Los coronavirus se tratan de virus que causan desde un resfriado común hasta enfermedades respiratorias más graves (SARS y MERS). Este nuevo virus se trata de una enfermedad infecciosa que compromete el sistema respiratorio. Las personas se consideran sospechosas de tener el virus al presentarse por lo menos dos de los siguientes síntomas: tos, estornudos, fiebre, dolor de cabeza, acompañados de dolor de garganta, escurreimiento nasal, dolores en músculos o articulaciones, y dificultad para respirar (síntoma reportado en los casos más avanzados de la enfermedad), *WHO*, “preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (Covid-19), consultado el 28 de julio de 2020, en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>.

Conforme la enfermedad se fue esparciendo entre la población de Wuhan, autoridades sanitarias de China informaron a la OMS lo que estaba sucediendo, reportando para el día 20 de enero que el virus podía contagiarse de persona a persona. Mientras tanto a finales de ese mes, el gobierno chino anunciaba la construcción del hospital Huoshanshen, con capacidad de 1,000 camas disponibles con el objetivo de tratar a las personas infectadas y de esta manera, contener el brote de Covid-19. A gran velocidad se culminó esta edificación, pues en sólo diez días las instalaciones estuvieron listas, y el 3 de febrero ingresó el primer paciente afectado por la enfermedad.⁴ Con el paso de los días y los meses, las investigaciones científicas en el campo de la medicina que analizaron el desarrollo del virus, dieron a conocer a través de las autoridades sanitarias chinas y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la etiología y profilaxis de la enfermedad.

Esta nueva enfermedad que afectó rápidamente a las personas fue diseminada a otros países a través del contagio de persona a persona, siendo los viajeros infectados quienes, al utilizar el transporte aéreo, llevaron consigo el temible nuevo virus, infectando rápidamente a todo individuo que tuviera contacto con él. Hay que señalar que, al ser un nuevo virus, poco se conocía de los modos de propagación, sin embargo, se anticipó que los contagios en los países sucederían en tres etapas: la primera etapa se trataba de los contagios importados, la segunda de contagios de persona a persona, la tercera de brotes locales.

Ante la rápida diseminación del virus, diversas autoridades de otros países implementaron medidas paliativas para tratar de evitar que les llegara la enfermedad de Covid-19, así por ejemplo Tailandia reportó un caso el 13 de enero, informado por la OMS como el primer caso fuera de China. Pocos días después diversos países fueron anunciando casos de la enfermedad, así Japón señaló la presencia del virus en el día 16; el día 19 se reportó en Beijín, Shenzhen, China; el día 21 en Estados Unidos. El 23 de enero la OMS convocó a un comité de emergencia, el cual señaló que el coronavirus SARS-CoV-2 de Wuhan aún no constituía una emergencia internacional de salud pública. El 24 de ese mes, se reportó en Francia el primer caso para el Continente Europeo, para ese entonces los casos reportados en todo el mundo, superaron los mil individuos infectados. El 14 de febrero Egipto reportó su primer caso.⁵

⁴ BBC “Coronavirus: time lapse del hospital que China construyó en 10 días” revisado el 28 de julio de 2020 en <https://www.youtube.com/watch?v=eXH1xrnAFas>.

⁵ CNN “Cronología del coronavirus: así comenzó y se extendió el virus que tiene en alerta al mundo” revisado el 28 de julio de 2020, en <https://cnnespanol.cnn.com/2020/02/20/cronologia-del-coronavirus-asi-comenzo-y-se-extendio-el-virus-que-pone-en-alerta-al-mundo/>

Diferentes países comenzaron a actuar ante la inminente llegada del nuevo virus a sus tierras, así por ejemplo Filipinas, prohibió la entrada a su país, de todo aquel viajero que haya pasado por China continental, Hong Kong o Macao, al confirmarse dos casos de personas infectadas, una de ellas registrada como el primer caso de fallecimiento fuera de China.⁶ Otros países como Tailandia, Japón, Estados Unidos, Singapur, Nueva Zelanda y Australia impusieron restricciones similares, a pesar que la OMS considerase esas medidas como innecesarias.⁷ Otra medida realizada por diferentes países fue realizar la inmediata evacuación de sus ciudadanos de Hubei, provincia de China. Ante ello la OMS, declararía que el número de los casos se incrementaría pues aún existían miles de muestras de casos sospechosos que no habían sido analizados, además de que el período de incubación del virus había sido de 2 a 14 días.

Para el 30 de enero la OMS declaró la existencia de un riesgo de salud pública de interés internacional, bajo las regulaciones del Reglamento Sanitario Internacional, y fue hasta el 11 de marzo que la organización decretó que la enfermedad había tomado carácter de pandemia, por la alta cantidad de personas infectadas y una gran mortandad en todo el mundo. En México se notificó el primer caso el día 28 de febrero,⁸ mientras que en el estado de Yucatán se notificaría al primer individuo con el virus, el día 13 de marzo en la ciudad de Mérida.⁹

En pleno siglo XXI, y con los adelantos médicos y científicos, es posible observar cómo organismos internacionales intervienen en la salud pública de los países. Cuando inicié esta investigación no imaginé cómo la terminaría siendo testigo del papel de la salud pública internacional en nuestras vidas. El año 2020 nos ha mostrado de manera dramática cómo las enfermedades no respetan fronteras y son rápidamente diseminadas por el mundo, sobre todo con nuevos brotes de enfermedades desconocidas. Al momento de culminar con esta investigación, fui partícipe como la población de todo el mundo, de las medidas empleadas por las autoridades sanitarias, así cuarentenas, aislamiento social, uso de cubre bocas, restricción de movilidad, que hicieron que la población se viera sumergida dentro de un estrés social, que seguramente fue igual compartida por muchas personas, al presenciar los estragos que día a día causaba (y sigue causando) la nueva enfermedad de coronavirus.

⁶ *El País*, “El coronavirus de Wuhan/ Filipinas registra la primera muerte fuera de China” revisado el 28 de julio de 2020 en: https://elpais.com/sociedad/2020/02/02/actualidad/1580617526_055612.html

⁷ *Deutsche Welle*, “China terminó hospital para pacientes de coronavirus en Wuhan y construye otro” revisado el 28 de julio de 2020 en <https://p.dw.com/p/3XBC2>

⁸ *El País* “México confirma el primer caso de coronavirus en el país” consultado el 28 de julio de 2020, en https://elpais.com/sociedad/2020/02/28/actualidad/1582897294_203408.html.

⁹ *Excelsior*, “Confirman primer caso de coronavirus en Yucatán” consultado el 28 de julio de 2020 en: <https://www.excelsior.com.mx/nacional/confirman-primero-caso-de-coronavirus-en-yucatan/1369682>

Sin embargo, ¿por qué comenzar con unos largos párrafos de lo que actualmente aconteció durante este siglo XXI, cuando el trabajo de esta tesis trata sobre enfermedades tropicales y la intervención de los organismos internacionales en el desarrollo de la salud pública en México y específicamente en Yucatán, durante el siglo anterior (XX)? A manera de justificación he querido evidenciar, por un lado, la rapidez con la que una enfermedad causada por un nuevo virus, puede manifestarse a través de la circulación de las personas, por otra parte, mencionar la vigencia de los organismos internacionales en el manejo de una salud pública internacional, pero, ¿cómo fue esta intervención un siglo atrás con enfermedades tropicales como la fiebre amarilla y el paludismo?

En el transcurso del siglo XIX, en México como en Europa, se registraron cambios paradigmáticos en cuanto a la concepción de las enfermedades epidémicas y la salud pública; de un modelo causal miasmático, se pasó al planteamiento de que para afrontar los grandes problemas sanitarios de la época debía de ponerse atención a la higiene y al uso de agua limpia. El triunfo de la teoría microbiana de la enfermedad fortaleció todavía más estas ideas, y con esta nueva concepción de los causantes de las enfermedades, se comenzó a prestar mayor atención al medio ambiente y las regiones que presentaban mayor morbilidad epidémica; los climas cálidos y húmedos fueron considerados como ambientes que propiciaban la proliferación de ciertos padecimientos que entonces generaban altos índices de morbilidad y mortalidad.

Así, las prácticas científicas llevadas a cabo por botánicos y naturalistas dieron lugar al concepto de enfermedades tropicales para discriminar aquellas patologías que se encontraban en las zonas estratégicas, hacia las cuales se expandía el imperio comercial y político de las naciones europeas. Ello llevó al surgimiento de la denominada medicina tropical, que tuvo entre sus principales variables el uso de conceptos adjudicados a regiones cálidas y su incidencia en la salud, es decir, vegetación, fauna, clima y cultura.

Desde la época colonial, Yucatán ha tenido que lidiar con algunas de estas enfermedades catalogadas como tropicales, como la fiebre amarilla y la malaria. Al ser estos males endémicos, una y otra vez las autoridades enfrentaron brotes que traían consigo enfermedad y muerte, afectando a la sociedad.

Hasta ya entrado el siglo XIX, el pensamiento dominante atribuía estos males a efluvios y malos olores que se encontraban precisamente en el ambiente, y las acciones de prevención se encaminaban por lo tanto a higienizar el entorno y los espacios públicos. No fue sino hasta 1881, durante la V Conferencia Sanitaria Internacional, cuando el médico cubano Carlos Finlay propuso que la fiebre amarilla era en realidad transmitida por la picadura de un mosquito; sin

embargo, no fue sino hasta años posteriores que las acciones de salud pública relacionadas con el control y combate a enfermedades tropicales comenzaron a registrar importantes cambios. Por ejemplo, los extranjeros y personas consideradas pobres que vivían en condiciones precarias fueron objeto de constantes visitas, pues se consideraba que podían contraer más fácilmente las enfermedades, unos por considerarse débiles ante los agentes medioambientales y otros por vivir en condiciones precarias; como ya se señaló, el medio ambiente fue considerado un factor primordial para la proliferación de los males.

Mientras tanto, en México, a nivel Federal como estatal, las Juntas de Sanidad y otras instancias relacionadas con la salud pública, emprendieron programas y campañas constantes para controlar estos males, ya que además de afectar directamente a las personas, impactaban también de manera importante en el comercio, la fuerza laboral y otras actividades económicas. Cuando en 1891 fue expedido el primer código sanitario a nivel federal, se recomendó realizar cuarentenas marítimas en los puertos, tanto a las embarcaciones como a las personas, cuando se presentaran brotes de diversas enfermedades como cólera o fiebre amarilla.

Pero hacia 1902 el campo de la salud pública, tanto en Yucatán como en otros lugares de América Latina, comenzó a registrar la participación de nuevas instancias y organismos internacionales como la Oficina Sanitaria Internacional (americana) quien se encargaba de recopilar información sanitaria de los países miembros; en esa misma fecha se fundó la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para regular el tráfico marítimo y asegurar el cuidado de la higiene de las embarcaciones y de los puertos, así como la vigilancia de los viajeros y marineros provenientes de regiones afectadas por enfermedades.

Como ya se ha referido, Yucatán tuvo una larga trayectoria histórica de combate a la fiebre amarilla, un importante desarrollo de estructuras administrativas vinculadas con la salud pública que se fueron consolidando a lo largo del siglo XIX, y un desarrollo propio de la medicina que tuvo como referentes principales a Francia primero y Cuba después, así la hipótesis que orienta esta tesis es que:

Yucatán constituyó un punto neurálgico en el origen y desarrollo de la salud pública internacional a nivel americano por tres motivos estrechamente vinculados: 1) la prevalencia de las enfermedades tropicales, especialmente fiebre amarilla y malaria 2) su posición geográfica, por la conexión portuaria y sus salidas al Atlántico y al Golfo de México; 3) los intereses internacionales puestos en la producción y mercantilización del henequén. Propongo que la preocupación que mostraron los organismos internacionales por el cuidado de la salud y sus vínculos con la actividad comercial, significó la posibilidad de interferir en otros ámbitos de la

vida pública de México como la educación, o la agricultura, y a través de ello, lograr abrirse paso hacia otras actividades económicas como fue la introducción de la farmacología. De ahí, se sigue también la idea de que, dada la importancia del campo de la salud y del control de las enfermedades epidémicas, analizar el papel de la salud pública internacional en una etapa de la historia de Yucatán, permite explicar también otros aspectos económicos y políticos trascendentales del estado y su relación con la federación, y del país en sus relaciones con otros países.

Así, a lo largo de los capítulos que integran esta tesis, se responde ¿Cómo fue el surgimiento y el desarrollo de la participación de organismos internacionales en la salud pública, para combatir las enfermedades tropicales en Yucatán entre los años de 1902 hasta 1960? ¿Cuáles fueron sus características principales?

A partir de esas preguntas, me interrogo también ¿Cómo se dio la imbricación entre los niveles federal, estatal y local relacionados con la salud pública en el combate a enfermedades tropicales en el estado? ¿en qué términos se desarrolló su relación con estos organismos internacionales? Y ¿Cuáles fueron los paradigmas médicos y/o científicos que orientaron las campañas y programas relacionados con estas enfermedades?

Para hablar de las enfermedades y los planes de erradicación que postularon, ejercieron y recomendaron los diversos médicos, científicos, y políticos hay que considerar que, a lo largo de las primeras décadas del siglo XX, los conceptos fueron cambiando. Así, el desarrollo y los avances médico-científicos correspondientes a cada época fueron perfilando la conceptualización y los objetivos perseguidos durante cada una de las campañas sanitarias, de manera que, por ejemplo, podemos percatarnos de que el término de erradicación no significó lo mismo a principios del siglo que ya entrada la quinta década.

En esta investigación se presenta un panorama general de lo que ocurrió en la primera mitad del siglo XX, por ello el escrito se presenta con un orden cronológico y en tres niveles de organización y análisis: internacional, federal y por último regional y/o local, concentrándose en el contexto político y económico en los que se fueron desarrollando los diversos organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Fundación Rockefeller, entre otros. Asimismo, se presta atención a las políticas, los actores y a las actividades de salud ligadas a las instituciones y sus respectivos contextos.

Con ello se centra la atención tanto en los contextos (político-económico) pero también en las políticas ejercidas desde las diversas agencias y oficinas sanitarias, para desentrañar y exponer a los actores y acciones vinculadas con las actividades de salud ligadas a las instituciones.

El foco de atención son las enfermedades tropicales, específicamente la fiebre amarilla y el paludismo, porque históricamente afectaron a muchos países, también porque obstaculizaban la actividad en los puertos a través de los cuales se movilizaban las mercancías que impulsaron la expansión del capitalismo, y además porque, derivado de ello, las enfermedades tropicales, después de la peste y el cólera, motivaron la creación de la agenda de la salud pública internacional.

En suma, esta tesis investiga la relación entre un fenómeno sociohistórico y un área geográfica, política y económica específica; entre la salud pública internacional y Yucatán en una etapa de su historia. Se trata del estudio de la participación en la salud pública en Yucatán de diversas instituciones internacionales, públicas o privadas, a través del caso específico del combate de enfermedades tropicales; pero también el papel de Yucatán en el panorama general de la salud pública internacional. Por tanto, las variables contempladas fueron, por ende, las ideas y modelos médicos, las políticas públicas, los programas llevados a cabo por las instituciones, y la cooperación y el financiamiento internacional para el combate y erradicación de las enfermedades de fiebre amarilla y paludismo.

Las enfermedades tropicales: etiología y profilaxis de la fiebre amarilla y el paludismo

De acuerdo con la OMS, las enfermedades tropicales son aquellas que ocurren única o principalmente en los trópicos. Actualmente la expresión se refiere a las enfermedades infecciosas que predominan en climas calientes y húmedos. Durante el siglo XIX, uno de los padecimientos asociados a los puertos y fronteras y que originaron casos de cuarentenas marítimas, fue la presencia de enfermedades infecto-contagiosas denominadas tropicales, que frecuentemente fueron asociadas a los lugares llamados “tropicales” por la facilidad de propagación que el hábitat proporcionaba. Así durante dicho siglo, enfermedades como fiebre amarilla, paludismo, oncocercosis, enfermedad de Chagas, la fiebre tifoidea y anquilostomiasis, fueron conocidas de esta manera por tratarse precisamente de males que adquirían los individuos en ciertas regiones. Durante ese mismo siglo se pensaba que las condiciones naturales del clima y la geografía de los puertos, aunados a la falta de higiene, saneamiento y control marítimo fueron las causas principales de la permanencia de las enfermedades y no sólo de las tropicales sino también de otros padecimientos como fueron cólera, sarampión, tuberculosis, viruela y peste bubónica.

En correspondencias oficiales y periódicos de la época, fue frecuente indicar que la enfermedad de la fiebre amarilla, causaba verdaderos estragos entre la población. Así con el desarrollo de la medicina y la ciencia, pronto numerosos estudios se abocaron a indagar sobre la etiología de las enfermedades.

Una de las investigaciones que se había dado a la tarea de descubrir al agente etiológico de la fiebre amarilla, es el trabajo realizado, por el médico Manuel Carmona y Valle, quién indicó que la enfermedad fue causada por un hongo, sus investigaciones le llevaron a proponer un antídoto, que de acuerdo al médico debía ser suministrado en las primeras horas de presentar signos y síntomas de la enfermedad. Este trabajo sería dado a conocer por el doctor Federico Pedrera, al publicarlo en 1883. Si bien, la investigación incluyó evidencias de que el antídoto fue aplicado a varias personas, y que tuvo comprobaciones exitosas, lejos estaba Carmona de descubrir al responsable directo de la transmisión del virus.¹⁰ Cabe señalar que Carmona no tuvo contacto con las investigaciones de Carlos Finlay, y lamentablemente el médico Del Valle falleció antes de que pudiera enterarse de los descubrimientos del médico cubano.

Si bien el cambio paradigmático acontecido con la aparición de los virus y bacterias en las explicaciones etiológicas como principales agentes de transmisión de las enfermedades, hizo que se dejara de pensar en enfermedades causadas por efluvios o malos olores. En este contexto de ideas, el médico cubano Carlos Finlay expuso durante la V Conferencia Sanitaria Internacional, dictada en 1881 en la ciudad de Washington, la posibilidad de que la fiebre amarilla fuera transmitida a través de la picadura del mosquito.¹¹

Fue hasta el año de 1900, que médicos norteamericanos afirmarían lo que Finlay ya había propuesto casi 20 años antes, y a partir de entonces se realizaron en La Habana, Cuba, campañas sanitarias que tuvieron como principal objetivo la destrucción de los mosquitos, considerados como agentes alados que causaban enfermedades y decesos entre las poblaciones.¹²

Con ello se pondría atención a la noción de la existencia de vectores como principales portadores de enfermedades como fue el caso de la fiebre amarilla y el paludismo. Hay que mencionar que, en algunos casos clínicos, ambas enfermedades fueron mal diagnosticadas, ya que era confusa la sintomatología y los signos que se les presentaban a los individuos infectados.

En ambos casos, los síntomas más frecuentes que se presentaron fueron la presencia de temperaturas corporales elevadas, por arriba de los 37 grados centígrados, vómitos, dolores de

¹⁰ Alcalá, 2012: 75-77.

¹¹ Finlay, 1967, 1992.

¹² Gómez y Khnoshood, 1991.

cabeza, sensación de escalofríos, sudoración excesiva, fiebres intermitentes, debilitamiento. Se reportó que ambas enfermedades se transmitían por la picadura de un mosquito. En el caso de la fiebre amarilla, el principal mosquito a vencer fue del género *Culex* (*Stegomyia fasciatus*) conocido posteriormente como el *Aedes aegypti*; mientras que la enfermedad del paludismo era producida por la picadura del mosquito *Anopheles*, del cual se reportaron que más de 70 especies de este mosquito podían contagiar la enfermedad.¹³ Si bien ambas especies eran portadoras de enfermedades, hay que destacar que existieron diferentes comportamientos entre los vectores.

Las principales diferencias entre las conductas de ambas especies, fueron dadas a conocer por médicos y científicos que trataron de explicar la etiología y la profilaxis de las enfermedades, como veremos a lo largo de la tesis. Así, en el caso de los mosquitos *Aedes*, se evidenció que la especie no era capaz de volar grandes distancias,¹⁴ mientras que los mosquitos de la especie *Anopheles* mostraban una gran ventaja al volar más allá de los pantanos y lagunas, lugares donde comúnmente depositaban sus huevecillos; por ende, no permanecían solamente en las cercanías de las habitaciones del hombre, como generalmente lo hacía el *Aedes*. Por esta razón, la especie *Anopheles* fue considerada “más fuerte y resistente” en comparación con los mosquitos *Aedes*.¹⁵ Otro dato importante resultado de las investigaciones científicas, fue el descubrimiento de que una vez contraída la fiebre amarilla, causaba inmunidad a la misma enfermedad, mientras que, para el caso del paludismo, la enfermedad podría presentarse en varios episodios durante la vida de la persona.

Investigaciones clínicas realizadas por el doctor Harald Seidelin en 1912, por ejemplo, supusieron que el agente causal de la fiebre amarilla era el parásito *Paraplasma flavigenum*, a partir de exámenes que fueron realizados cuando ya los individuos se encontraban enfermos y atendidos por personal médico, luego se comprobaría que este médico estaba equivocado.¹⁶ Otras investigaciones realizadas en torno al virus de la fiebre amarilla fueron llevadas a cabo por el médico Hideyo Noguchi. En 1918, al ser enviado por la Fundación Rockefeller, a estudiar los casos de la enfermedad en la ciudad de Guayaquil, Ecuador, descubrió una *espiroqueta* en la sangre de los enfermos la cual fue nombrada “*Lectospira icteroides*”, señalando que este germen era el

¹³ AHSSA, F-SP, S-SJ, C-34, Exp. 6, foja 70, Disposiciones relativas a la campaña contra la fiebre amarilla emprendida en los estados de Veracruz, Tamaulipas, Tabasco, Campeche y Yucatán; Definición por el doctor Galo Soberón y Parra del Servicio de Sanidad Federal en los Estados. Departamento de Salubridad Pública, octubre de 1932.

¹⁴ “Studies and Demonstrations in Malaria Control”, *The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1924*, pp. 36-38.

¹⁵ AHSSA, F-SP, S-SJ, C-34, Exp. 6, Foja 30 “Campaña antipalúdica, *Anopheles* transmisores, destrucción de mosquitos y larvas; ver también Cueto, 2013: 12.

¹⁶ Cervera Andrade, 2000: 221. Alcalá Ferraéz, 2012, ofrece una investigación sobre la evolución del pensamiento médico con respecto a la fiebre amarilla entre los años de 1890 y 1921 en Yucatán. En su trabajo presenta un cuadro señalando a los médicos y los presuntos agentes etiológicos que éstos creían causantes de la fiebre amarilla.

agente causal de la ictericia, que causaba la fiebre amarilla. Hacia el año de 1920, se trasladó a la ciudad de Mérida, donde permaneció durante tres meses para analizar el virus en los laboratorios del Hospital O'Horán, sin embargo, los casos clínicos por fiebre amarilla fueron pocos, lo cual no le permitió tener suficientes muestras para su experimentación. En 1926, la teoría de Noguchi basada en que la fiebre amarilla era causada por una bacteria, sería refutada por Andrew Seller y Max Theiler,¹⁷ y fue que en 1928 identificaron que la enfermedad era causada por un virus. Theiler realizó experimentos que lo llevaron a la elaboración de una vacuna utilizando cultivos de tejidos preparados a partir de huevos de gallina embrionados, así descubrió en 1937, la vacuna denominada 17D. En 1939 esta vacuna fue aplicada entre la población de Brasil, teniendo resultados favorables.¹⁸

Para detectar los casos de paludismo, las campañas realizadas hacia la cuarta década del siglo XX, incluyeron tomas de muestras de sangre entre las poblaciones para determinar la existencia del parásito *Plasmodium* en la población, sin embargo, ya desde finales del siglo XIX, en 1880, el parásito del paludismo había sido descubierto por Charles Louis A. Laveran, médico militar de origen francés, al detectar la existencia de un protozooario en la sangre de individuos infectados de malaria. En 1898, el médico británico Ronald Ross, demostró que la malaria se transmitía a través de la picadura del mosquito infectado, y Battista Grassi, médico italiano, refirió que el *plasmodium* necesitó a las hembras del mosquito *zanzarone* (conocidos después como *Anopheles*) para contagiar la enfermedad del paludismo.¹⁹

En el caso de México, el doctor Galo Soberón y Parra, del Servicio de Sanidad Federal de los Estados, en 1932 definió al paludismo como una enfermedad parasitaria, caracterizada por la presencia en la sangre humana de un protozooario perteneciente a la clase de los *esporozoarios*, del orden de los *hemsporidios* y a la clase *plasmodium*. Ahora, el nombre de la enfermedad “paludismo” procede del concepto que los antiguos tuvieron acerca de su origen, pues lo atribuyeron a una intoxicación originada por los miasmas de los pantanos (*palus*, pantano).²⁰

¹⁷ En 1951 Max Theiler recibiría el Premio Nobel de Medicina por su contribución al descubrimiento de la vacuna contra la fiebre amarilla.

¹⁸ “President’s Review, Yellow, Fever, 1939” en *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1939*, pp. 28-29.

¹⁹ Kruij, 2016: 241- 269.

²⁰ AHSSA, F-SP, S-SJ, C-34, Exp. 6, foja 70. Disposiciones relativas a la campaña contra la fiebre amarilla emprendida en los estados de Veracruz, Tamaulipas, Tabasco, Campeche y Yucatán; Definición por el doctor Galo Soberón y Parra del Servicio de Sanidad Federal en los Estados. Departamento de Salubridad pública octubre de 1932. En el mes de junio de 1932, el Departamento de Salubridad, comisionó a Galo Soberón y Parra para hacer estudios sobre enfermedades tropicales en Europa, viaje en el cual obtuvo certificaciones de la especialidad en el Instituto de Enfermedades Tropicales de Hamburgo, de la Facultad de Medicina de París, y en la Escuela de Malariología de Roma, en Martínez Marañón, 1963: 1041.

Pero también a la enfermedad se le denominó malaria (*mala*, mal, y *aria*, aire) que traduce el concepto que antes se tenía acerca de su etiología. También se le llamó fiebre intermitente para señalar una de sus características clínicas más constantes. En otros tiempos se le asignó el nombre de telurismo por aquellos autores que creyeron que la enfermedad era una intoxicación de origen telúrico. Otras muchas denominaciones le han sido aplicadas, pero en la actualidad han sido abandonadas todas ellas, adoptándose casi exclusivamente las de paludismo y malaria,²¹ por ello a lo largo de este escrito serán utilizados estos dos últimos términos indistintamente.

Estado del Arte

La participación de los organismos internacionales en la salud pública de México, ha sido abordada desde los ámbitos de las ciencias médicas e históricas. En el caso de los médicos que han escrito podemos mencionar los trabajos a manera de ensayos y la mayoría publicados en revistas de ciencia de la salud que indican los avances en la materia. Algunos de los trabajos han puesto su atención a la situación de las condiciones de sanidad y la importancia de los cordones sanitarios para tratar de controlar las enfermedades.²² Otros por el contrario han analizado la formación de médicos y su profesionalización, la creación de las escuelas y las instituciones de salud y la participación de organismos internacionales en las políticas de salud en el continente americano durante el siglo XX, entre otros temas.²³

Las intervenciones de los organismos internacionales han sido analizadas desde una perspectiva histórica, sumando a ello la mirada política y económica, por ejemplo, el trabajo de Lynn Morgan²⁴ en Costa Rica, centra su atención en las leyes dictadas por el estado y la participación comunitaria. Su estudio pone en evidencia la reacción social ante cambios en las medidas de salud pública ejercidas desde el estado quien había adoptado modelos externos.

Otro trabajo histórico centrado específicamente en la intervención de la Fundación Rockefeller y sus esfuerzos para erradicar la fiebre amarilla en la costa norte de Perú nos los ofrece Marcos Cueto.²⁵ Este mismo autor en otro trabajo posterior, realiza un análisis de la participación de las instituciones sanitarias internacionales y las relaciones de poder que

²¹ *AHSSA*, F-SP, S-SJ, C-34, Exp. 6, foja 70. Disposiciones relativas a la campaña contra la fiebre amarilla emprendida en los estados de Veracruz, Tamaulipas, Tabasco, Campeche y Yucatán; Definición por el doctor Galo Soberón y Parra del Servicio de Sanidad Federal en los Estados. Departamento de Salubridad pública octubre de 1932.

²² Rivera, 2003.

²³ Frenk, 1988; Cardoso 1989; Gómez y Khoshnood, 1991, Gudiño Cejudo et. Al., 2013; Gudiño y Magaña, 2013

²⁴ Morgan, 1993.

²⁵ Cueto, 1992.

ejercieron en América Latina.²⁶ Por su parte, Christopher Abel²⁷ analiza la participación de este organismo, desde los intercambios de los cuidados de salud en Colombia evidenciando el impacto de la fundación y su significación para la conformación de un Estado- nación.

La intervención que tuvo la Fundación Rockefeller en el ámbito de la salud pública de México, fue abordada en los trabajos de Armando Solórzano,²⁸ quien señaló, que, en México, se pudo lograr combatir con éxito hasta lograr la erradicación de la fiebre amarilla, gracias al apoyo financiero brindado por la institución. Un dato que afirma este autor en la mayoría de sus escritos y que ha causado polémica, entre otros investigadores, es la tesis que indica que el sistema moderno de salud en México se desarrolló justamente con la intervención de la Fundación Rockefeller, afirmación que se encuentra enaltecida en todos los trabajos del autor. Al respecto Ana María Carrillo, sostiene que la salud pública moderna se originó desde el porfiriato, señalando que las campañas comandadas por el médico Eduardo Liceaga, a principios del siglo XX, fueron “uno de los pilares de la política sanitaria del régimen”.²⁹ Ana María Carrillo indica que la falta de revisión de las fuentes del periodo porfiriano, llevó a Solórzano a tal afirmación.

Carrillo señala que ese desarrollo de la salud pública moderna en México fue posible al conjuntarse tres factores, es decir, 1) la aceptación de los descubrimientos de las ciencias médicas emergentes, como fue la microbiología, que ayudó a identificar los agentes causales de varias enfermedades, de la inmunología que se encargó de la preparación de vacunas y sueros para prevenir y tratar a las enfermedades; 2) la concentración del poder del Estado que puso atención al campo de la salud; y 3) los intereses económicos del país de poderes imperiales que trataron de llevar la higiene a puertos y fronteras para proteger el comercio.³⁰

Esta intervención también atrajo la mirada de la historiadora Anne-Emanuelle Birn,³¹ quien explora específicamente a la Fundación Rockefeller y cómo su vinculación con las campañas de anquilostomiasis, el patrocinio de unidades sanitarias locales y la participación en la educación en la salud pública en México, modelaron la conceptualización y la práctica de la salud pública durante las décadas posteriores a la Revolución Mexicana.

Esta intrusión de las instituciones y organismos internacionales en la salud pública de México también ha sido abordada desde los actores que operaron en el escenario de la salud

²⁶ Cueto, 2005

²⁷ Abel, 1995.

²⁸ Solórzano. 1990, 1992,1994, 1996, 1997.

²⁹ Carrillo, 2008: 223; ver también Carrillo, 2002b.

³⁰ Carrillo, 2010.

³¹ Birn 1996.

internacional, específicamente en las agencias supranacionales que fueron fundadas en la primera mitad del siglo XX.³²

Desde la historia de las enfermedades se han planteado diversos trabajos que muestran los procesos de la salud pública vistos desde una periferia tomando como centro el Atlántico Norte.³³ Por ejemplo, Espínola al analizar la historia de América Latina a través de una historia global, centra su atención hacia las transferencias de contagios, curas y conocimientos médicos de América Latina hacia el resto del mundo.³⁴

En general la revisión historiográfica expuesta hace presente que los diversos procesos de globalización, incrementaron los desafíos que inspiraron a las agendas de los organismos internacionales hacia una colaboración sanitaria. Mencionan que algunos problemas fueron: las grandes dificultades de salud pública ligadas a la pobreza extrema, el incremento de la vulnerabilidad de las poblaciones a los riesgos sanitarios globales, el aumento de la exclusión social con sus respectivos sesgos de género y étnicos, el desequilibrio demográfico, el deterioro de las condiciones medioambientales, o el creciente condicionamiento de las agendas de investigación sanitaria y prioridades de intervención por los intereses de las corporaciones multinacionales, la presencia de las enfermedades tropicales en los principales puertos de entrada al país, entre otros. Así surge la incógnita de que sucedía con la salud pública de México.

La salud pública en México: del Porfiriato a la Posrevolución

El tema de la salud pública en México ha sido un campo fértil para la historiografía, habiéndose realizado aportes sustanciales que nos permiten comprender cómo, tras la independencia, el naciente estado decimonónico fue haciéndose cargo de la salud de la población. Uno de los rasgos de la salud pública en esta época que se ha destacado, es que se vinculó con el pensamiento médico y los avances científicos que en el siglo XIX ganaron terreno al otrora dominante pensamiento religioso.³⁵

Los grandes problemas sanitarios de aquella época, como cólera, viruela o fiebre amarilla, se combatieron con campañas que fueron distintivas de la época, como la vacunación, las cuarentenas o el higienismo. Éste último cobró mayor fuerza y relevancia durante el Porfiriato como lo muestra el Ensayo de Geografía Médica y Climatológica de la República Mexicana

³² Menéndez Navarro, 2007.

³³ Espínola, 2013; Sowell, 2015.

³⁴ Espínola, 2013.

³⁵ Menéndez, 1981; Carrillo, 2002, Agostoni y Ríos, 2010.

escrito hacia el año de 1889 por el Doctor Domingo de Orvañanos. En este escrito destaca la idea de que “ante la enfermedad había responsabilidades individuales y sociales”; también aconsejó medidas de higiene pública para combatir y prevenir epidemias, como la ventilación adecuada de las casas, la importancia de los espacios interiores y exteriores, la urgencia de instalar y fomentar el uso de baños y mingitorios públicos por toda la ciudad. Esta obra puso en marcha el servicio de la higiene pública y privada, y “fue empleada para justificar la intervención médica con el apoyo estatal ante las epidemias o las endemias”.³⁶

Otro ejemplo de la intervención médica fue descrito por Liceaga,³⁷ donde menciona la participación de diversos médicos y el recorrido que emprendieron en las calles, las viviendas, y la mayor parte de los establecimientos comerciales de la ciudad, evidenciando con ello la predominancia de la suciedad, el desconocimiento de las medidas de prevención y el hacinamiento de basura y falta de infraestructura con respecto a los desechos de aguas contaminadas. Asimismo, dentro de su obra se describen las medidas y consejos con respecto a la higiene aptas para ser implementadas entre la población. Este personaje, quien fuera el presidente del Consejo Superior y Salubridad, afirmó que las medidas para evitar caer preso de alguna enfermedad podían reducirse al aseo personal y a la higiene.

Agostoni y Ríos, señalan que la salud pública era vista en la época porfiriana en términos de sanitarismo, es decir, se entendía como símbolo de orden y progreso y, por ende, se buscó bajo ese mandato que la capital se convirtiera en una ciudad limpia, ordenada e higiénica, para que todo tipo de enfermedad ya sea epidémica o endémica se encontrara controlada. Por ello, se instauraron medidas tecnológicas para salvaguardar la salud de los individuos; desde un enfoque centralista, se trató de modernizar la infraestructura del agua potable, saneamiento del medio ambiente; en la educación también se implementaron las medidas de higiene y se buscaba enseñar a los mexicanos desde temprana edad a mantenerse limpios y sanos, pero sobre todo a mantener limpio el medio ambiente para evitar las enfermedades.³⁸ De esa forma el ideal de progreso sería reflejado en la sociedad, pues se pensaba que “una sociedad limpia representaba una sociedad sana, y una sociedad sana representaba una sociedad moderna”.³⁹

Por lo anterior, se puede observar que durante el Porfiriato se dio el tránsito del sanitarismo hacia la salud pública en el marco de una política liberal moderna que enarbolaba el orden y progreso como banderas del Estado. Durante este periodo se trató de unificar,

³⁶ Carrillo, 2002: 71.

³⁷ Liceaga, 1949.

³⁸ Carrillo et. Al., 2002; Fierros 2014.

³⁹ Agostoni y Ríos, 2010:101.

cohesionar y fortalecer el país, desde varios ámbitos; es decir, se impulsó la producción y el comercio nacional e internacional, se fomentó la educación, se salvaguardó la salud pública, impulsando el saneamiento de ciudades, pueblos y fronteras.

La preocupación de las autoridades locales ante los embistes de las enfermedades en los principales puertos del país hicieron que éstas tomaran medidas sanitarias, pero al no haber una adecuada información sobre cómo combatir los males, y con los tiempos cambiantes de la revolución para derrocar el gobierno del general Díaz, pocos resultados beneficiosos tuvieron los estados.

El tránsito del sanitarismo hacia la salud pública que se registró durante el régimen de Díaz, fue posible pues se conjuntaron varios elementos científicos, políticos y económicos, como lo ha señalado Ana María Carrillo.⁴⁰ Durante el mandato de este presidente, la expansión creciente de la acumulación capitalista al interior de México, en el contexto de un imperialismo, demandaba la conservación de la salud pública como precondition para el libre tráfico de mercancías y de personas, lo cual conllevó a la integración de la acción sanitaria federal, no sólo con la sanidad local sino también con organismos internacionales.⁴¹ En la tesis doctoral de Carrillo indica que fueron varios los factores que posibilitaron las transformaciones es decir, tanto factores económicos, políticos y científicos hicieron posible el desarrollo de la salud pública moderna. Expone que la salud pública “es la respuesta social organizada a los problemas colectivos; es sobre todo preventiva, pero incluye acciones curativas”.⁴²

En colaboración, Fajardo, Carrillo y Neri⁴³ han realizado una valiosa revisión histórica que abarca 100 años (1902-2002) de los principales eventos registrados en torno a necesidades y demandas de la salud en México, a los problemas de enfermedad y a las respuestas médico-sanitarias. Entre otras cosas, documentan la creación en 1902 de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP), el surgimiento y desarrollo de la participación federal en los servicios de salud, y las instituciones tanto federales como internacionales que se vieron involucradas en el desarrollo de las campañas para la erradicación de las enfermedades en México durante los gobiernos de Porfirio Díaz, Venustiano Carranza, el gobierno provisional de Adolfo de la Huerta y Álvaro Obregón, Plutarco Elías Calles, y Lázaro Cárdenas.⁴⁴

⁴⁰ Carrillo, 2010.

⁴¹ Carrillo, 2002a

⁴² Carrillo, 2010: XIX.

⁴³ Fajardo, Carrillo y Neri, 2002.

⁴⁴ Carrillo, 2002b

Otros de los trabajos historiográficos realizados para analizar la salud pública y la vinculación con el cambio político por el que transitaba México hacia la integración de los estados, es el de Agostoni⁴⁵ quien analizó en su obra *Monuments of Progress*, porqué la construcción de obras públicas, el sistema de drenaje y los monumentos históricos incorporaron material y simbólicamente la confianza de una era de orden y progreso en un contexto de una sociedad en gran parte no moderna y por qué se pensaba que la construcción de obras públicas transformaría la ciudad en una ambiente saludable. Agostoni⁴⁶ examinó asimismo la importancia de la salud pública como elemento clave en la formación del Estado en México después de la Revolución de 1910-1920. A través de un análisis de las campañas de vacunación contra la viruela (1920-1940) propuso que la contención y la promoción de una cultura de la higiene fueron los aspectos básicos de la expansión y la consolidación para un Estado Posrevolucionario. Su análisis partió de los distintos tipos de trabajadores de la salud, estudiantes de medicina y técnicos que se incorporaron a los esfuerzos de vacunación liderados por el Estado.

Ahora bien, mientras en México nacía la medicina moderna y se daban los primeros pasos firmes hacia la federalización de los servicios de salud, en 1902 se estableció la Oficina Sanitaria Internacional donde se acordó que los países miembros debían de enviar informes sobre el estado sanitario de sus puertos y territorios debiendo imponer el saneamiento de los puertos de mar, específicamente la fiebre amarilla. En esta reunión en la Oficina Sanitaria se fundó la Organización Panamericana de la Salud.⁴⁷

En la época de la posrevolución, trabajos como los de Mazafferri⁴⁸ y Menéndez⁴⁹ nos señalan las formas en que era concebida la salud pública. Primero, a partir de la Constitución de 1917 se dio el anteproyecto para el cambio revolucionario que redirigió a México a preservar todos los derechos del hombre incluyendo, por primera vez, una declaración escrita de que el hombre tiene derecho a la salud. Esta introducción de la salud pública como una manifestación de los derechos humanos proveyó una nueva dirección mediante dos artículos donde se establecieron los Consejos y el Departamento de Salud Pública con poderes autónomos y bajo el control directo del presidente de la República.

En la obra de Mazafferri se presenta una revisión exhaustiva de los documentos escritos por médicos analizando no sólo la salud pública sino también la injerencia de ésta en cuestiones

⁴⁵ Agostoni, 2003.

⁴⁶ Agostoni, 2010, 2013.

⁴⁷ Carrillo, 2002:17.

⁴⁸ Mazafferri, 1969.

⁴⁹ Menéndez, 1984.

económicas y políticas de la época. De acuerdo con este autor, entre 1920 y 1930 se registró la implementación legal y aplicación inicial de cambios en las provisiones de la salud pública.⁵⁰

Por su parte, el trabajo de Menéndez se cuestiona si la nueva política del sector salud en México para la época de la posrevolución fue centralizada o de autonomía, es decir, señala que la nueva política operaba relacionada con un proyecto global de descentralización, el binomio enfermedad/salud obligaba a una reflexión sobre la posibilidad y viabilidad del proyecto desde un enfoque histórico social. En dicho trabajo analiza las funciones y actividades desarrolladas por los municipios respecto a las dimensiones salubridad y asistencia médica, y a partir de ello analiza la propuesta de descentralización de los servicios de salud.⁵¹

En este proceso de cambio político por el que transitaba México hacia la búsqueda de la construcción y consolidación del nuevo Estado nacional, la salud pública tuvo repercusiones como lo han señalado los autores mencionados anteriormente, desde sus prácticas médicas, sus tecnologías así como la infraestructura hidráulica para salvaguardar la salud colectiva de su población, por lo que me surge la cuestión de que ante tales cambios a nivel federal, ¿Cómo se presentan los cambios de la salud pública a nivel regional y local en el estado de Yucatán? Y ¿Cómo afectó la presencia de las enfermedades tropicales en la búsqueda de la construcción del nuevo Estado?

Yucatán, las enfermedades tropicales y la salud pública internacional

El estudio del concepto de la enfermedad ha sido abordado desde la perspectiva histórica en América Latina por Diego Armus,⁵² mientras que Steven Palmer⁵³ ha hecho lo propio específicamente con las enfermedades tropicales. Estos autores han señalado las tendencias dominantes como son la historia sociocultural de la enfermedad, la historia de la salud pública y la nueva historia de la medicina. Han señalado cada uno desde sus trincheras que el estudio de las epidemias y el estudio de la transmisión de saberes médicos científicos ha sido analizado desde un eje central irradiado hacia las áreas periféricas. En este caso Palmer destaca que a finales del siglo XIX la medicina tropical pasó de ser un conjunto de esfuerzos de investigación en

⁵⁰ Mazafferri, 1969

⁵¹ Menéndez, 1984.

⁵² Armus, 2002.

⁵³ Palmer, 2010.

distintos sitios a un discurso unificado reproducido en una red institucional de la medicina imperial británica y estadounidense.⁵⁴

Ahora ¿cómo se inserta Yucatán dentro de este panorama de la intervención de organismos internacionales en la salud pública y la vinculación con las enfermedades tropicales? Algunas de las investigaciones que se han realizado indican la amenaza y persistencia de dichos padecimientos propios de la península como principal problema de salud a los que se enfrentaban tanto autoridades y población en general. Menéndez indica que durante los años de 1904 y 1905 se realizó una política de saneamiento en áreas urbanas y portuarias que redujo considerablemente los casos de fiebre amarilla y paludismo. Señala que el desarrollo de la legislación sanitaria manifestada desde finales del siglo XIX, se enfocó al saneamiento de los puertos, con el objetivo de favorecer los procesos de comercialización, así los puertos de Veracruz y Progreso fueron los principales sitios estratégicos para implementar el desarrollo de las políticas de saneamiento. Con la aplicación de esta legislación se procuró “el abatimiento de la fiebre amarilla y de manera secundaria el paludismo”.⁵⁵

Para 1912 se realizó una campaña anti larvaria tanto en Veracruz como en Yucatán. En el caso de Yucatán esta acción resultó favorable pues mostraron una mayor eficacia, y que fue gracias a la colaboración entre el gobierno federal y el gobierno local, quienes unieron esfuerzos para combatir a las enfermedades, pese a toda la problemática financiera que la campaña presentó, mientras desde la federación se destinó 100 mil pesos para la campaña antilarvaria, autoridades locales aportaron 38 mil 546 pesos de aquellos tiempos. Se externa pues que el gobierno combatió a las enfermedades tropicales por la importancia económica tanto para la entidad, como para el estado federal, al estar el henequén entre los principales productos mexicanos de exportación hasta la década de 1940.⁵⁶

Este es el panorama que nos presenta Menéndez⁵⁷ al analizar las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán. Este autor indica la importancia estructural de la dimensión salud/enfermedad para la explicación de la estructura social en su conjunto, así como también establece la importancia con base a esta estructura, a los procesos ideológicos, a las estructuras de la enfermedad y de los servicios para la salud.

Solórzano por su parte, ha señalado la importancia que tuvo la Fundación Rockefeller para el combate de la fiebre amarilla en México. En el texto “Fiebre dorada o fiebre amarilla”

⁵⁴ Palmer, 2010.

⁵⁵ Menéndez, 1981: 239.

⁵⁶ Menéndez, 1981: 239.

⁵⁷ Menéndez, 1981.

ofrece un análisis de las campañas contra la fiebre amarilla que dirigió el organismo internacional durante el período de 1921 y 1929. Expone que la Fundación a través de las campañas sanitarias para emprender la lucha contra las enfermedades tropicales se abrió paso para influir en la creación de instituciones sociales y médicas, generando con ello una influencia, no sólo para la transformación del sistema de salud mexicano, sino también se originó un cambio en los sentimientos antiestadounidenses que tenía la población de México.⁵⁸

Ante las enfermedades tropicales como la malaria y la fiebre amarilla se han presentado importantes trabajos médicos como el realizado por Miguel Bustamante⁵⁹ que estudió los orígenes de la fiebre amarilla desde la época precolombina hasta el México Independiente.

Aunque de la fiebre amarilla es necesario mencionar que fue Carlos Finlay, y los trabajos de investigación que realizó en la Habana, Cuba, los que dieron origen a las bases científicas que permitieron conocer el mecanismo de transmisión del virus de la fiebre amarilla y el control de su vector.⁶⁰ En sus primeros trabajos, este personaje atribuyó la alta incidencia de la enfermedad a la alcalinidad del aire, pero posteriormente identificó que, para la diseminación de la fiebre amarilla, se necesitaba un agente cuya existencia fuera independiente de la enfermedad y del enfermo, hipótesis que se vería confirmada con los posteriores trabajos de Walter Reed.⁶¹

Esta enfermedad, conocida también como vómito negro durante la época de la Colonia, ha sido abordada desde el campo de la medicina con trabajos historiográficos que han centrado su atención en la explicación de sus orígenes, tal como lo evidenció Bustamante.⁶² Góngora-Bianchi expuso la presencia de diferentes brotes desde las épocas prehispánicas hasta ya entradas varias décadas del siglo XX.⁶³ Carlos Alcalá dio a conocer un artículo donde expuso el cambio de pensamiento médico de su forma de contagio,⁶⁴ este último trabajo ha presentado una visión histórica de la medicina y de manera general la intervención de la Fundación Rockefeller para la erradicación de la enfermedad.

Un trabajo más moderno que examina la historia de la salud pública en Yucatán es presentado por David Sowell.⁶⁵ Su análisis incluye la revisión de instituciones, agentes sanadores, patrones cambiantes de enfermedades, la bio-medicalización y la relación entre Yucatán y el gobierno posrevolucionario mexicano. Se centra en los programas de salud pública y su

⁵⁸ Solórzano, 1997.

⁵⁹ Bustamante, 1982a, 1982b, 1982c.

⁶⁰ Finlay, 1967, 1992.

⁶¹ Góngora-Bianchi, 1997, 2004.

⁶² Bustamante, 1957

⁶³ Góngora-Bianchi, 2002.

⁶⁴ Alcalá, 2011

⁶⁵ Sowell, 2015.

establecimiento en la entidad por parte de los funcionarios como estrategia para la modernización de la región. Ofrece una perspectiva integral a través del análisis de la producción del henequén como creador de un sistema de salud pública que enlazó las tensiones con el gobierno revolucionario. Su obra pone a Yucatán dentro de una periferia médica que la hizo depender cada vez más del conocimiento y las tecnologías producidas en el núcleo productivo del Atlántico Norte y sujetas a la autoridad del estado mexicano.

Por último, en esta revisión historiográfica debo de señalar el trabajo de Roberto Canto que se centra en el análisis de la lucha contra la fiebre amarilla entre los años de 1903 y 1920, presentándose importantes campañas bajo el gobierno porfirista, pero que dichas campañas fueron inconclusas precisamente por los diversos problemas que se presentaron durante la realización de las acciones sanitarias que conllevaron cada una de las campañas.⁶⁶

Y tras esta revisión exhaustiva, he de reconocer que son pocos los trabajos que mencionen las campañas de erradicación de la malaria desde la perspectiva histórica, pues amén de la existencia de ensayos médicos,⁶⁷ no se ha realizado un trabajo histórico que de nota de las acciones gubernamentales emprendidas para el combate de esta enfermedad que afectó de manera severa a la sociedad yucateca y que fue la preocupación de las organizaciones internacionales vinculadas a la vigilancia de la salud pública y la salud pública internacional.

En cambio, a nivel nacional el tema ha sido tratado para México por Marcos Cueto vinculando la acción emprendida por los gobiernos federales y estatales junto con las organizaciones internacionales para combatir este mal entre los años de la Guerra Fría, hacia la segunda mitad del siglo XX. Pone énfasis en la interacción entre los factores médicos, políticos y culturales en el desarrollo para eliminar a la malaria en México.⁶⁸

Marco Teórico Conceptual

Para analizar las intervenciones de organismos internacionales en la salud pública de México durante la conformación del estado Nación, partimos de que la salud pública es entendida como promoción, prevención e intervención de la salud desde una perspectiva multidisciplinaria y colectiva, ya sea a nivel comunitario, regional, nacional o internacional, es decir, no centrada en el individuo, sino en el colectivo. De manera simple se entiende por ello como la actividad

⁶⁶ Canto, 2015.

⁶⁷ Escobar, 1963; Vargas, 1963; Malo, 1963; Zuckermann, 1963.

⁶⁸ Cueto, 2013.

encaminada a mejorar la salud de la población y que recae en manos del gobierno ya sea federal o estatal.⁶⁹ Cabe señalar que esta concepción no es estática, pues se ha transformado a través del tiempo y a la par del contexto histórico del desarrollo del estado mexicano.

Desde finales del siglo XIX la salud pública tuvo participación en el ejercicio del poder porfirista, pues a través de las políticas públicas implementadas en la salud, el naciente Estado vinculaba un porvenir nacional. Si bien, las políticas públicas tienen en común tres elementos que le permiten caracterizar su particularidad a saber: Estado, la acción, y la intervención,⁷⁰ es a través del estudio de dichas políticas que se puede conocer al Estado y su poder público, y, por ende, analizar de manera empírica la actuación del poder: la forma de conseguirlo, distribuirlo y mantenerlo, el ejercicio de la autoridad, los actores y la forma como se toman decisiones públicas, al igual que sus efectos. Por ello, el poder es algo notorio y real en fenómenos políticos y sociales importantes. Los análisis e interpretaciones de los acontecimientos políticos están asociados al poder y constan en gran parte de las negociaciones, incluyendo la salud, en las relaciones entre naciones, en la toma de decisiones por parte de una comunidad, en la conducta comercial y en la discusión de pequeños grupos.

Con la consolidación del Estado en México, las ideas que se tenían respecto a la limpieza y las innovaciones para el cuidado y la prevención de las enfermedades generaron el ambiente propicio para el nacimiento de la salubridad pública. Así las personas ingresaron en un umbral poco conocido proveído por los aparatos estatales que fueron los encargados para reglamentar e introducir en la vida de la gente las tecnologías para propiciar el mantenimiento de la salud.⁷¹

De esta manera la salud pública pasó a formar parte de las políticas públicas en vías de desarrollo de los estados emergentes. Por políticas públicas referentes a la salud colectiva, se entiende como todos los procesos y las acciones llevadas a cabo por el gobierno en turno para salvaguardar la salud de la población. Kostka indica que la política pública es un “programa de acción de una autoridad dotada de poder político y de legitimidad gubernamental, que afecta a un sector de la sociedad o bien a un espacio geográfico determinado”.⁷²

El siglo XX se caracterizó por un incremento constante del sector salud como sector de estado, y por un desarrollo de las denominadas industria de la salud e industria de la enfermedad sobre todo a partir de la segunda mitad de dicho siglo, hasta constituirse en una de las más

⁶⁹ Menéndez, 1992.

⁷⁰ Valencia, 2008; Parsons, 2007.

⁷¹ Fierros 2014:197.

⁷² Kostka, 2009.

dinámicas industrias especialmente a través de las empresas químico/farmacéuticas.⁷³ En este proceso influyó la emergencia de los intereses internacionales en materia de salud.

Ahora bien, todo tipo de factores inciden en la salud de una población: biológicos, sociales, médicos, económicos, políticos y ecológicos. Cuando un problema de salud pública se presenta pone de manifiesto la capacidad o incapacidad de las autoridades políticas, administrativas y médicas para enfrentarlo y la población civil despliega los medios a su alcance para el mismo fin.⁷⁴

En América Latina, el desarrollo de las políticas públicas de salud mostró un avance al adquirir los conocimientos médicos y biológicos que fueron implementados durante los procesos de profesionalización y las prácticas médicas las cuales siguieron los pasos marcados por los países capitalistas de punta, modificándose el país de referencia que durante el siglo XIX y primera década del siglo XX fue básicamente Francia, y desde 1950 o 1960 pasó a ser los EE.UU.⁷⁵

El creciente y acelerado proceso de globalización por el que estaba pasando la nación repercutió en múltiples dimensiones de la vida. A mediados del siglo XX se fue configurando un sistema político a escala mundial que modificó los intercambios entre los estados y redefinió otros aspectos del entorno humano. Las políticas de la salud fueron responsabilidad de los Estados, pero también requirieron de múltiples actores y fuentes de financiamiento, cooperación internacional y de intervenciones colectivas transnacionales para garantizar la salud de las poblaciones, sobre todo ante problemas de salud y riesgos que trascendían fronteras.

Pero ante tan acelerado crecimiento global a nivel mundial, ¿qué obstáculos sociales y culturales tuvo la construcción de las políticas públicas de salud?, uno de los problemas a los que se enfrentó la salud pública fue la generalización de las políticas aplicadas e impuestas en entornos sociales diversos. La concepción de la población como pasiva, fue uno de los principales problemas a los que se tuvieron que enfrentar algunos sectores vinculados con la protección de la salud pública debido a que la aplicación de las acciones de “participación social” se caracterizó por un verticalismo, autoritarismo y asimetría. Desde el poder hegemónico de quien convocaba, se establecieron las reglas y se dieron las orientaciones, sin tomar en cuenta las dinámicas sociales y culturales de las poblaciones específicas.⁷⁶

⁷³ Menéndez, 2005.

⁷⁴ Sánchez Uriarte, 2013: 52

⁷⁵ Menéndez, 2005.

⁷⁶ Menéndez, 2005.

Al ser considerada la salud como uno de los principales componentes del nivel de vida de las personas, se entiende que cualquier padecimiento afecta su desarrollo social, económico y cultural, y por consiguiente también el de la sociedad en general; y si se piensa que el nivel de salud de un país es reflejo de las condiciones socioeconómicas en las que vive y se desarrolla su población, por ende la salud pública internacional se entiende como un concepto que refleja la situación de salud poblacional o de la comunidad internacional como un todo, la cual presenta dos dimensiones desde donde se puede estudiar. La primera (la dimensión internacional de la salud) es referida como un campo de conocimiento, investigación y práctica interdisciplinaria de fenómenos, vínculos, acciones e interacciones en el proceso salud-enfermedad que tiene lugar entre los miembros y en los territorios de la comunidad internacional.⁷⁷ La segunda dimensión será la salud como asunto internacional, que a su vez comprende las intervenciones y estrategias derivadas de las relaciones internacionales asociadas a los problemas de salud que suceden en los niveles nacional e internacional.⁷⁸ De esta manera la salud pública internacional se vincula con temas relacionados con las enfermedades que traspasan fronteras entre países, y que implica las transferencias de agentes, factores de riesgo y enfermedades,⁷⁹ pero también de conocimientos, recursos y tecnología, pasando por relaciones asimétricas de poder y económicas.

La salud internacional se define por su nivel de análisis poblacional, de la misma manera que la salud pública; su característica distintiva son los sujetos de la sociedad internacional: las naciones que tienen unidad poblacional con identidad territorial y cultural y los estados que representan la organización política; a ello se suman los organismos internacionales, organizaciones públicas y privadas con o sin fines de lucro y las alianzas económicas, políticas y militares.⁸⁰

Salud internacional fue un término frecuente usado desde el siglo XIX para referir a las políticas y prácticas de salud pública concernientes al control de las epidemias que atravesaban las fronteras; sin embargo, se remonta a lo que los ingleses y franceses llamaron medicina tropical como parte de las acciones destinadas a mantener saludables a sus tropas y expediciones exploradoras.⁸¹

Ahora bien, según Gómez y Khnoshood, el concepto de salud internacional pasó por cinco etapas definidas, pero que se traslaparon entre ellas, de las cuales para conveniencia de este

⁷⁷ González Fernández, 2011.

⁷⁸ González Fernández, 2011.

⁷⁹ Franco y Álvarez, 2009: 539-540.

⁸⁰ Parsons, 2007.

⁸¹ Brown, et. Al., 2006; Roth, 2008.

estudio únicamente nos enfocaremos en la segunda (1830-1924), la tercera (de 1900 a 1946) y la cuarta (de 1946 a 1978), esto por cuestiones de periodicidad del tema de tesis. A su vez, cabe señalar que cada una será tratada a lo largo de la tesis.

Entre las características propias de cada período, el autor propone que las etapas se encuentran delimitadas de la siguiente manera:

*Primera Etapa “las potencias coloniales desarrollaron actividades médicas en Asia, África y Las Américas con un fuerte énfasis curativo. Las actividades de salud internacional en esos días estaban orientadas básicamente a satisfacer las necesidades de los administradores de las colonias y de otros residentes europeos y sus respectivas familias”.

*Segunda Etapa (1830-1924): “incluye a todas aquellas actividades de salud formales e informales orientadas a la prevención de la diseminación de las enfermedades infecciosas hacia los países vecinos y a la creación de las primeras organizaciones de salud internacional, cuyo principal objetivo era el control de enfermedades en las fronteras”.

*Tercera Etapa (1900-1946): “vio el surgimiento de actividades preventivas dentro de los países y ya no sólo en las fronteras y puertos, aunque el control de enfermedades siguió siendo el objetivo dominante. Durante este periodo las organizaciones privadas no religiosas jugaron un papel muy importante e introdujeron las primeras experiencias de servicios de salud integrales en el campo de la salud internacional”.

*Cuarta Etapa (1946-1978): “empezó con la creación de la OMS y se caracterizó por la ampliación de las funciones y objetivos de las agencias internacionales de salud. Aunque en este periodo se desarrollaron campañas de control de enfermedades, las actividades de salud internacional se diversificaron, la idea de servicios integrales de salud se desarrolló aún más, y la salud, ya no el control de enfermedades, se convirtió en el objetivo explícito de las agencias internacionales”.

*Quinta Etapa (1978 a la fecha): “ha estado dominada por el conflicto entre la atención primaria a la salud y la atención primaria a la salud selectiva y por el resurgimiento de los programas de salud verticales tales como el “programa de Sobrevivencia y Desarrollo en la infancia” encabezado por UNICEF, las “iniciativas de Maternidad Segura” del banco Mundial y el programa de “Mejor Salud a través de la Planificación Familiar” apoyado por el Consejo de Población”.⁸²

⁸² Gómez y Khnoshood, 1991: 1.

Esta periodización es retomada en esta investigación porque ha permitido presentar un panorama del desarrollo de concepciones por parte de las autoridades internacionales en cuanto al tema de la salud pública internacional y su intervención en la salud pública de los países. De tal manera, se presenta una evolución o desarrollo en los conceptos utilizados en los documentos consultados, pues como se verá más adelante no fue lo mismo entender la salud pública a principios del siglo XX, hasta ya entradas algunas décadas, donde los gobiernos aun no definían su injerencia en la salud de la población. Así, se puede observar el cambio de las concepciones y sus acciones de los gobiernos y autoridades sanitarias para hacerle frente a las enfermedades tropicales.

Por ejemplo, en México, primero con la revolución de 1910 y después con la promulgación de la Constitución de 1917, se dio un cambio sustancial en la concepción política del Estado con respecto a las cuestiones de salud pública, pues se pasó de un “estado policía a un estado providencia”, es decir, el Estado se responsabilizó, al término del movimiento revolucionario, para participar activamente en los sectores económico y social para promover el desarrollo.⁸³

Con los artículos 3, 27 y 123 incluidos en la Constitución de 1917, se responsabilizó al Estado de impulsar la educación, la salud y el bienestar social, asegurando los derechos de los trabajadores, promover el desarrollo de los campesinos y crear una estructura burocrática para atender esta responsabilidad, pero también el Estado se comprometió a ser una instancia fundamental para promover el desarrollo económico e industrial.⁸⁴

La importancia que toma el cuidado de la salud a nivel internacional es necesario vincularla con la economía mercantil y los espacios socioeconómicos interrelacionados por el comercio marítimo y el comercio hacia tierra adentro, actividad que dio lugar a la formación de distintos circuitos mercantiles cuyos centros fueron los enclaves portuarios. Trujillo Bolio analiza dos temáticas a partir de su idea de la región del Golfo de México, es decir, puso atención al comercio, las rutas marítimas de corto y largo alcance y las líneas y compañías navieras que vincularon a México con Europa, Estados Unidos y el Caribe; pero también analizó los viajes intercontinentales y trasatlánticos, el traslado de pasajeros y los movimientos de carga, durante el periodo decimonónico.⁸⁵

⁸³ Yáñez Campero, 2000: 14

⁸⁴ Yáñez Campero, 2000: 14.

⁸⁵ Trujillo Bolio, 2005.

A finales de este período, a nivel internacional, autoridades internacionales externaron sus preocupaciones en cuanto la problemática que enfrentaban las operaciones comerciales por la presencia de las diversas enfermedades que se encontraban precisamente en los puertos y fronteras. De allí la importancia de firmar tratados, acuerdos y compromisos concernientes a una salud pública internacional, mismos que fueron presentados en los diferentes Congresos y Convenciones Internacionales realizadas a partir de 1851.

Desde el siglo XIX, con la expansión del capitalismo y el imperialismo, las transacciones comerciales marítimas tuvieron un marcado movimiento de mercaderías, así como de viajeros y emigrantes europeos con destino a Estados Unidos y América Latina. Entre las mercancías que se introducían podemos mencionar productos y materias primas, como “manufacturas textiles, de ferretería, mercería, vinos y licores, porcelanas, comestibles y acero y fierro”. Entre las exportaciones se encontraban “maderas tintóreas, grana, cochinilla, vainilla, cueros de res, zarzaparrilla, tabaco en rama, maderas preciosas, ixtle, henequén y metales preciosos”, entre otras.⁸⁶ Estos productos fueron comerciados por diversas casas mercantiles españolas, francesas, alemanas, inglesas y estadounidenses, lo que con el tiempo llevó a que las compañías navieras y las casas mercantiles extendieran sus rutas a otros puertos, incrementando con ello la descarga de mercancías y el servicio de pasajeros. Por lo cual, puertos como La Habana, Nueva York, Progreso, Tampico, Veracruz, cobrarían una mayor importancia como puntos estratégicos y lugares de enlaces para los viajes con escalas (**Figura 1**).

⁸⁶ Trujillo Bolio, 2005: 122.

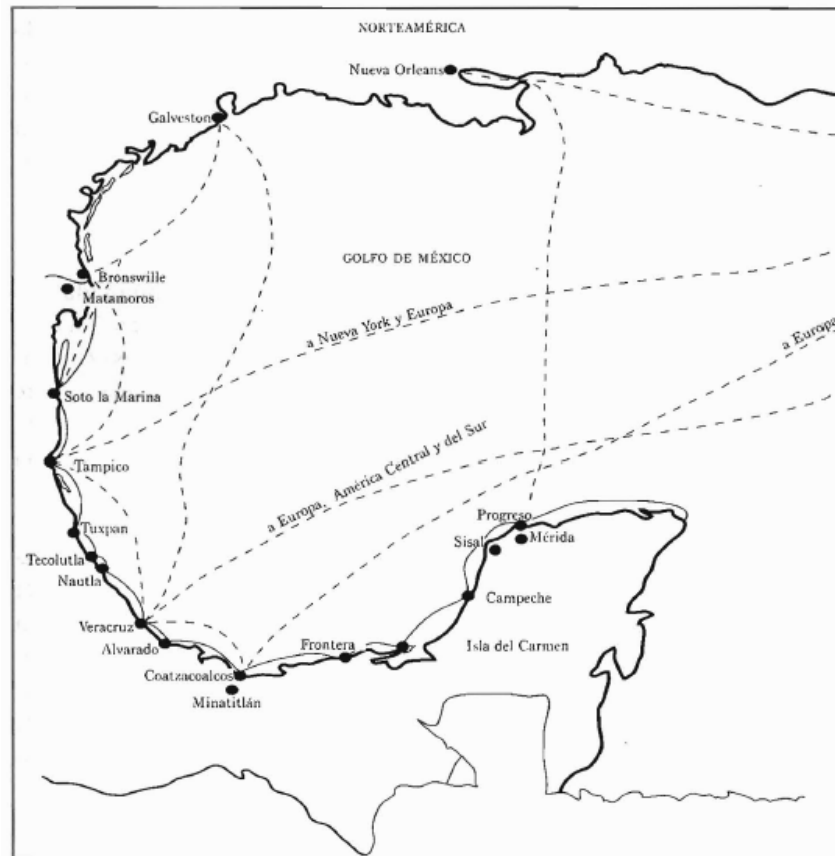


Figura 1: Mapa de rutas marítimas de comercio trasatlántico durante el siglo XIX.

Fuente: Trujillo Bolio, 2005: 114.

Analizando las variables comercio, salud pública, desarrollo y aplicación de conceptos como control y erradicación, y las condiciones económicas, políticas y sociales, podremos entender cómo se fue desarrollando el cuidado de la salud en el estado de Yucatán, dentro de un período en el cual se sucedieron grandes cambios de paradigmas. Así la periodización que se presenta trata de seguir las observaciones de Breilh con respecto al análisis de los sistemas de salud en relación a los periodos históricos, es decir:

Los periodos de desarrollo histórico tienen límites relativos y movibles. Sin embargo, el delineamiento según periodos es un recurso útil para el análisis histórico, no tanto para la definición estricta de etapas, sino como un medio de reconstruir los eventos principales y de identificar los cambios más significativos, así como sus factores determinantes.⁸⁷

⁸⁷ Breilh, 1979:6, en Solórzano, 1997:51.

Metodología para el estudio de las enfermedades tropicales

La investigación fue realizada a través de la búsqueda sistemática de fuentes primarias en los siguientes archivos: Archivo General de la Nación, Archivo General del Estado de Yucatán, Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, los Archivos de la Fundación Rockefeller (Consultados en línea), Archivo Histórico Genaro Estrada, la Hemeroteca Nacional de México y la Biblioteca Yucatanense. En cada uno de ellos se encontró valiosa información que sirvió para analizar la participación de los organismos internacionales en la salud pública de Yucatán y su combate contra las enfermedades tropicales.

La metodología empleada fue desde varios ámbitos, primero desde la historia de la ciencia y la historia de la medicina, las cuales han centrado sus análisis en las concepciones, los recursos, los avances, la intervención, el conocimiento y su aplicabilidad a problemas sociales, para poder dar a conocer el contexto de los cambios de pensamiento desde la concepción de salud que se emprendió ante los cambios políticos y las coyunturas históricas por las que el país transitó en la búsqueda de la construcción y consolidación del estado nación.

Posteriormente se trató de aplicar un análisis desde la historia económica para ver las motivaciones y repercusiones que se dieron ante la intervención de los organismos internacionales primero desde el plano federal y después desde un plano más regional, es decir, desde el estado de Yucatán. Con ello, fue posible advertir que la producción del Henequén jugó un papel importante, pues para que su comercialización no se viera afectada resultó central la atención para combatir los principales problemas de salud y enfermedad entre la clase trabajadora, eje que fue atendido por las distintas autoridades gubernamentales.

Al emplear metodológicamente estos tipos de estudios, me permitieron ubicar esta investigación en la historia social de la enfermedad y la salud pública. De esta manera, se utilizó un análisis empírico que permitió contextualizar a la salud en cada contexto histórico que abarca esta tesis. Así, cruzando la información oficial como las actas, los informes de gobierno, la correspondencia entre las instancias federales y locales, los reportes médicos y reportes de los inspectores, los datos de las campañas, los estudios médicos y científicos, es decir toda la información obtenida, permitió analizar de manera cronológica las diversas campañas llevadas a cabo para el combate de las enfermedades tropicales y la respuesta de la sociedad ante las medidas propuestas y/o impuestas. De esta manera, las fuentes permiten exponer, la concepción de diversos términos como el de salud, erradicación y control de las enfermedades a lo largo de las 6 décadas que comprende este estudio.

Hay que destacar que la diferenciación entre conceptos como el de control de enfermedad, erradicación de vectores y erradicación de la enfermedad, son nociones que se deben distinguir claramente entre sí, pues además de que fueron cambiando con los adelantos en los conocimientos médicos, científicos y tecnológicos, los diferentes niveles de gobierno asumieron estos conceptos a veces como sinónimos durante las campañas. Por ello hay que destacar por ejemplo que el control de la enfermedad fue empleado en la mayoría de las campañas emprendidas hasta 1955, es decir, el objetivo implicó la reducción de la enfermedad a tal punto donde la prevalencia no fuera un problema mayor de salud pública. En este punto, este concepto implicó que las campañas fueran interminables, y que el control se mantuviera mediante un trabajo activo continuo.

La erradicación de vectores, se refirió a la eliminación de todos los miembros de las especies *Aedes* y *Anopheles* para que no se reprodujeran cuando los trabajos de las campañas finalizarán. Por lo que constantemente estas campañas se encontraron limitadas tanto en el tiempo como en su sostenibilidad económica. Por último, la erradicación de la enfermedad, se refirió a la eliminación de los parásitos que producen la enfermedad, este último concepto fue aplicado mayormente para las campañas emprendidas contra la enfermedad del paludismo, porque no era una enfermedad aguda como la fiebre amarilla, sino que podía volverse crónica. Sin embargo, se puede observar a través de los discursos cómo estos términos fueron utilizados indistintamente tanto por autoridades gubernamentales como sanitarias, médicos e inspectores, inclusive la población misma, por ende, se llegaban a usar como sinónimos los conceptos de erradicación y control durante la aplicación de las campañas contra las enfermedades y los vectores.

Ahora bien, por cuestiones metodológicas, esta investigación siguió un orden cronológico de los hechos relacionados con los principales aportes médicos científicos para el combate y erradicación de las enfermedades tropicales. Además, este orden también fue considerado por los adelantos tecnológicos en la ciencia y la medicina, los cambios sufridos a través de las revueltas sociales y las cuestiones económicas que imperaron en cada coyuntura histórica. De esta manera, se presenta la concepción de salud pública de los gobiernos y su manera de desarrollar un cuidado de la salud de la población, frente a la presencia de las enfermedades tropicales como lo fueron la fiebre amarilla y el paludismo. Los capítulos se concentran en el contexto político y económico en los que se desarrollaron los diversos organismos, oficinas y agencias, y también en las políticas, los actores y las actividades de salud ligadas a las instituciones y a los contextos.

Las fuentes consultadas en el Archivo General de la Nación (AGN) provienen de los ramos: Instituciones Gubernamentales, época Moderna y contemporánea, Administración Pública siglo XX. Si bien estos documentos permitieron conocer el contexto económico y político con respecto al desarrollo y conceptualización de la salud pública, fue necesario hacer una revisión minuciosa por ser información oficial que frecuentemente estuvo permeada con argumentos de corte político.

En el caso del Archivo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Fondo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia aportó información acerca de las visitas de inspección, informes de labores, campañas sanitarias, actas de juntas celebradas por la secretaria de salubridad, informes sobre sueros y vacunas; en el de Dirección General de Asistencia Médica se revisaron los informes de centros de salud y hospitales; y en la Dirección General de Epidemiología, los informes de la campaña nacional sobre erradicación del paludismo y la fiebre amarilla. Cabe señalar que en los documentos consultados permea la visión de médicos e inspectores de salud, pues la mayor parte de la documentación revisada corresponde a documentos oficiales enviados al Consejo de Salubridad, dando noticias de lo que aconteció con respecto a las acciones emprendidas durante las labores de las campañas contra las enfermedades.

Otro punto a destacar al consultar este tipo de documentación es que tiene información no sólo de las acciones emprendidas para el combate de la enfermedad, sino también de la problemática que sobrellevaron médicos, inspectores, y el personal de salud en general, sobre la falta de recursos destinados para hacerles frente a las enfermedades tropicales. Problemas como fondos insuficientes, falta de pago de salarios o escasez de suministros fueron comúnmente aspectos destacados en los documentos consultados. Al ser documentación enviada a instancias gubernamentales denota una relación de subordinación y en la mayoría de las veces de una relación asimétrica de las acciones emprendidas en el gobierno federal y las instancias regionales o locales.

En el Archivo General del Estado de Yucatán existe una gran cantidad de documentación relativa a la salud pública, por ello en el Fondo de Poder ejecutivo se localizaron documentos en sus ramos: Ayuntamientos, Beneficencia, Estadísticas; Gobernación, Milicia, Población, Libros de la Junta Superior de Sanidad. Otros fondos dentro de este archivo son: Congreso del Estado: Correspondencia, Decretos, Dictámenes, Sesiones. Expedientes del congreso del Estado (Comisión de Gobernación y Puntos Constitucionales, Comisión de Hacienda y Comercio, Comisión de Justicia e Instrucción Pública, Comisión de Peticiones).

En el Archivo de la Fundación Rockefeller a través de su página en línea <https://www.rockefellerfoundation.org/>, se obtuvieron los reportes anuales que aportaron información sobre campañas e informes de las enfermedades tropicales de Yucatán, pero también nos brindó la información del expansionismo norteamericano, en esta materia, en otros lugares del mundo.

Otras fuentes valiosas se encontraron en la Biblioteca Yucatanense en las secciones de la Hemeroteca y la Colección de Folletería de los Siglos XIX y XX, en donde se consultaron las secciones de Instrucción Pública, Consejo Superior de Salubridad, reglamentos, leyes y decretos, campañas de erradicación, instrucciones para defenderse e impedir la propagación de las enfermedades tropicales dadas por el Consejo Superior de Salubridad.

En este archivo se registraron los informes de algunos gobernadores del Estado, de igual manera se obtuvo material que trata el tema del paludismo, como la conferencia acerca de la etiología del paludismo y la fiebre amarilla del Doctor Alonso Ávila, los estudios de Álvarez Gómez, Medina Alonso, sobre del Paludismo y su incidencia en Yucatán, entre otros. Otra documentación consultada fueron los informes de Eduardo Urzaiz Rodríguez, Mario Villamil Mendoza, Hircano Ayuso O´Horibe, Harald Seidelin que escribieron sobre enfermedades que afectaron en Yucatán, datos relativos a la vinculación del henequén y el cuidado de la salud de los trabajadores, artículos publicados en la Revista Médica de Yucatán, entre otros.

Se consultó la folletería de la Hemeroteca Nacional Digital de México en donde se revisaron algunas notas relativas a las campañas puestas en marcha por los gobiernos de diferentes estados para combatir algunas de las enfermedades del tema de esta investigación. Entre los datos obtenidos se pueden mencionar las leyes de la profilaxis de fiebre amarilla que se siguieron en 1903, las declaraciones del Doctor Eduardo Liceaga ante el combate de la fiebre amarilla, algunas cartas de correspondencia entre este doctor y autoridades sanitarias del estado de Yucatán, decretos del gobernador Olegario Molina con respecto a la fiebre amarilla, notas dirigidas a los hacendados de Yucatán, medidas preventivas aconsejadas por el Consejo de Salubridad Pública, así como el acuerdo presidencial para crear la comisión especial para la campaña contra la fiebre amarilla.

Otros documentos encontrados a través de internet consistieron en diversos Códigos Sanitarios donde se instituyen los servicios sanitarios de diversos estados para procurar la salubridad general e higiénica pública del país, entre los que se pueden mencionar: Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos 1903; Código Sanitario Yucatán 1910; Código Sanitario Panamericano 1924; Códigos Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos 1926; Código

Sanitario Panamericano 1929; Códigos Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos 1934; Códigos Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos 1949, 1955, 1970. Esta información me permitió observar el curso jurídico de los cuidados que emprendieron diferentes gobiernos y en diversos planos, es decir, regional, federal e internacional y por ello fueron retomados a lo largo de los capítulos.

También se pudieron obtener los informes de las actas de las Conferencias Sanitarias Internacionales, en la página de la Organización Panamericana de la Salud; las actas de las Conferencias Panamericanas, que resultaron centrales para el análisis ya que se proyectan en ellas la preocupación, medidas y acuerdos que se fijaron en los diversos niveles de autoridad, de los países que estuvieron de acuerdo o no con los temas tratados en cada uno de las conferencias, y de la hegemonía de Estados Unidos para imponerse a los otros países.

A través de toda esta base empírica, los resultados de esta investigación se presentan en 6 capítulos y un apartado de consideraciones finales. Los capítulos que se plantean en el desarrollo de la tesis versan en un eje rector que se centra en los organismos internacionales y su vinculación con la salud pública de México y específicamente con la del estado de Yucatán durante el siglo XX hasta el año de 1960.

Se trata de presentar un panorama general que destaca lo que ocurrió en la primera mitad de este lapso, por ello, los capítulos de esta tesis se organizan siguiendo un orden cronológico. Se concentran en el contexto político y económico en que se desarrolló la Organización Panamericana de la Salud, y la Organización Mundial de la Salud, y también en las políticas, los actores y las actividades de salud ligados a las instituciones y a dichos contextos.

En el primer capítulo partimos del año de 1902 con la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana que sirvió de enlace y comunicación entre los diversos países que mantuvieron un flujo comercial constante, el cual se vio afectado por la presencia de diversas enfermedades con carácter epidémico, y que en numerosas ocasiones pusieron en alerta a las autoridades de los países como Estados Unidos, Inglaterra, Francia, México, Cuba, Belice, Guatemala, Honduras, El Salvador, entre otros.

Durante esa primera etapa los países y sus dirigentes se enfocaron en compartir información epidemiológica que les ayudara a contrarrestar los efectos de las enfermedades e implementar diferentes medidas sanitarias preventivas para controlar los males. Para ello, se llevó a cabo una serie de Convenciones y Conferencias donde se expusieron detalles sobre el impacto de estas enfermedades en regiones específicas, entre ellas y notablemente en la península de Yucatán. También se informaron los pormenores que las enfermedades ocasionaron, así como

también los adelantos médicos-científicos para combatir y neutralizar los embistes de los padecimientos. Por ello, el objetivo que se busca con este capítulo es analizar la creación y participación de la Oficina Sanitaria Panamericana en relación con la Salud Pública de México y su penetración en las tomas de decisión de la vida tanto política, como económica y social del estado de Yucatán. Se analiza igualmente la introducción del nuevo paradigma, de corte médico científicista, versado en la forma de contagio de las enfermedades y su posible dispersión a través de los vectores *Aedes aegypti* y *Anopheles*.

En el capítulo 1 se expone la problemática de salud pública desde la diplomacia y los intereses económicos y geoestratégicos a nivel internacional, el capítulo 2 se centra en México y Yucatán, considerando la situación económica, política y social, para entender como el país combatió a las enfermedades tropicales teniendo en consideración los acuerdos internacionales para con ello construir una salud pública durante la fase final del porfiriato y el conflicto revolucionario por el que transitó el país durante los años de 1902 hasta 1913.

En el capítulo 3, que abarca el período comprendido entre los años de 1914 a 1923, se expone el contexto político, económico y social en el plano internacional donde las conferencias sanitarias panamericanas tuvieron un largo alcance. Es en este contexto donde se explica la participación hasta la segunda década del siglo XX por parte de la Fundación Rockefeller en México, centrando el eje de análisis en el expansionismo norteamericano y la influencia que ejerció la fundación en otros lugares. De igual forma se plantearon los devenires a los que se enfrentaron tanto las campañas como las instituciones que participaron para hacerle frente a las enfermedades tropicales considerando la apertura de nuevas rutas y lugares de intercambio no sólo de productos sino también de personas, como fue el caso de la apertura del Canal de Panamá. Así, las intervenciones de los organismos internacionales en otros países latinoamericanos formaron parte del desarrollo de este capítulo.

En el capítulo 4, el objetivo fue describir y analizar la participación de la Fundación en los problemas sanitarios de México entre 1914 y 1923, en relación con las enfermedades tropicales, específicamente en el estado de Yucatán. Se explica el impacto de la aplicación de la Constitución de 1917, el crecimiento económico basado en el henequén, y de manera general se esboza la situación en la que se encontró la nación y el estado. Es importante señalar que tanto en el capítulo 3 como en el capítulo 4 se parte desde el año de 1914, y es importante recordar que en ese año dio inicio la Primera Guerra Mundial y por ende se expone cómo este suceso impactó en el desarrollo de la salud pública durante ese período bélico.

Para el capítulo 5, el objetivo fue explicar el establecimiento del Código Sanitario Panamericano, y la fundación de la División de Salud y Saneamiento de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos dirigida por el gobierno de los Estados Unidos. Esos organismos fueron creados para establecer una defensa contra las enfermedades tropicales que fuera de carácter continental. Es en este marco donde precisamente se explica el proceder del gobierno federal mexicano para señalar la postura de las autoridades en la adopción y aplicación del código sanitario, específicamente durante el gobierno cardenista en relación con el desarrollo de la salud pública en Yucatán.

El capítulo 6 expone el desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud, y la Organización Mundial de la Salud contra la lucha y combate del paludismo a través de diferentes programas y proyectos que se enfocaron a la erradicación de la enfermedad. En un segundo apartado dentro de este capítulo se expone cómo México se fue apropiando de una campaña internacional y como caso de estudio se tiene a Yucatán para explicar cómo se implementó dicha campaña a nivel regional.

Realizar esta tesis sobre la intervención de organismos internacionales y el desarrollo de la salud pública en el siglo XX, en tiempos de pandemia, con la aparición de un nuevo coronavirus denominado Sars-Cov2, que provoca la enfermedad llamada Covid-19, en pleno siglo XXI, me ha llevado a experimentar aquello que en un principio solo alcanzaba a imaginarme al leer las fuentes, es decir, la utilización de las medidas sanitarias y medidas higiénicas. Si bien, el alcance de los organismos internacionales aun es vigente, hecho que ha sido demostrado para combatir a este nuevo virus, con el surgimiento de este nuevo virus, pronto se volvió la mirada hacia pandemias del pasado, así resurgieron las miradas hacia lo sucedido durante la presencia del cólera de 1833 y la influenza de 1918, señalando las medidas emprendidas para combatir los males. Pero si bien, lo que esta pandemia ha demostrado en un principio es el difícil manejo de toma de decisiones y acciones a implementar, que las autoridades sanitarias deben realizar día con día ante los estragos que causa la presencia de la enfermedad.

Así algunas de las cuestiones que me han quedado al estudiar el desarrollo de la salud pública durante el siglo XX y las vivencias personales durante la pandemia del Covid-19, versan en ¿Cómo fueron los procesos de vacunación a mediados del siglo XX? ¿Qué tipo de estrategias utilizaron las autoridades sanitarias para implementar acciones vinculadas a la vacunación?, ¿A quiénes vacunaron primero?, ¿Qué sucedía con la población que se reusó a la vacunación?, si bien esta tesis menciona que existieron campañas de vacunación, no fue posible abarcar el

proceso aplicado para la vacunación de la población para la fiebre amarilla y el paludismo, por lo cual ésta y otras cuestiones quedarán para investigaciones futuras.

Capítulo I

La Salud Pública Internacional en contexto. Origen y desarrollo (1902-1913)

En este capítulo se analiza la creación de la Oficina Sanitaria Internacional y su participación en la salud pública de México, así como su penetración en las tomas de decisión de la vida tanto político, económica y social del país, pero particularmente en el estado de Yucatán. Se verá que parte de esa intervención fue lograr la introducción de un nuevo paradigma de corte médico científicista en torno a la forma de contagio de las enfermedades tropicales y su dispersión a través de los vectores *Aedes aegypti* y *Anopheles*.

En el año de 1902 se creó la Oficina Sanitaria Internacional,⁸⁸ y con ella, un enlace de comunicación entre 11 países que ya tenían un flujo comercial sostenido; sin embargo, por la frecuencia de las diversas enfermedades de carácter epidémico, constantemente este flujo se veía afectado. Es por esa situación sanitaria que países como Estados Unidos, Inglaterra, Francia, México, Cuba, Belice, Guatemala, Honduras, el Salvador, buscaron establecer acuerdos para combatir a los males que frecuentemente atacaron puertos y fronteras, y afectaban directamente a la actividad comercial.

En el marco de las actividades promovidas por esta oficina, los países compartieron información epidemiológica que les ayudara a dimensionar el problema que debían enfrentar, y a contrarrestar los efectos de las enfermedades mediante diferentes medidas sanitarias de carácter preventivo. Para ello, se efectuó una serie de convenciones y conferencias donde se dieron con detalle todos los efectos que las enfermedades ocasionaban, así como también los adelantos médicos científicos de la época para combatir y mitigar sus daños.

Desde este punto de vista, en este primer capítulo, se aborda el papel del comercio internacional y el establecimiento de las redes comerciales que dieron pie a una serie de acuerdos y tratados multilaterales, entre países europeos y en naciones latinoamericanas, para con ello comprender la dimensión mercantil y económica del desarrollo de la salud pública, desde un plano internacional hasta un plano local.

⁸⁸ La cual cambiaría su nombre hacia 1923 por Oficina Sanitaria Panamericana.

1.1.-El Panamericanismo y el expansionismo norteamericano. Los cimientos de la Salud Pública Internacional

La presencia de enfermedades catalogadas como endémicas en los principales puertos utilizados para el comercio internacional fue el eje que atrajo a distintos países para el diseño e implementación de medidas sanitarias que coadyuvaran para el desarrollo económico de países, tanto europeos como americanos. La búsqueda de una integración que se diera no solo en el plano económico, sino también en el político y cultural, fue el motor que impulsó el panamericanismo, poniendo a consideración el impulso de la salud pública a nivel internacional.

Esta transformación estuvo estrechamente vinculada con el expansionismo norteamericano y el aprovechamiento de los recursos que ofrecían los países de América Latina a Europa. Por ello, para comprender el proceso de emergencia y desarrollo de la salud pública internacional resulta imprescindible partir del panamericanismo y la expansión especialmente de Estados Unidos.

El panamericanismo como tema de investigación hace referencia a “un modelo ideológico que implica la integración económica, política y cultural de los países americanos bajo la hegemonía de los Estados Unidos de Norteamérica”.⁸⁹

El movimiento panamericano como sistema fue promovido por los Estados Unidos de Norteamérica con el objetivo de ganar adhesión a su política para limitar la influencia específicamente de los países europeos.⁹⁰ De acuerdo con Connel- Smith, el país norteamericano inició el movimiento por tres motivos principales: primero, el incremento de su producción económica ligada a su guerra civil, originó la extensión comercial; segundo, tuvieron motivos tanto económicos como políticos para contraatacar a los intereses económicos y financieros europeos que estaban arraigados en América Latina; por último, los conflictos bélicos, como lo fueron la Guerra de Paraguay y la Guerra del Pacífico, evidenciaron la necesidad urgente de establecer un mecanismo de paz interamericana, no sólo para evadir la intervención europea sino también para establecer un incremento del comercio que sirviera para los fines americanos en la región.⁹¹

⁸⁹ Frank Donovan, 1966: 13. Zubok, 1982: 64, expone que el panamericanismo fue “un movimiento creado y aplicado por Estados Unidos de Norteamérica en la época del imperialismo para someter más a los pueblos de las Américas a su hegemonía política y económica”.

⁹⁰ Connel-Smith, 1971: 28

⁹¹ Connel-Smith, 1971: 61-62

Desde la segunda mitad del siglo XIX, la economía de Estados Unidos comenzó un despliegue en busca del dominio y creación de nuevos mercados, aprovechamiento de materias primas y establecimiento de redes comerciales, con lo cual originó su consolidación como una de las principales potencias a nivel político y económico. Con dicho avance, se redefinieron los acuerdos comerciales que tuvo esta potencia con países como Cuba y México, y con la construcción del Canal de Panamá (1904) se abrió un nuevo hito en la historia del intercambio comercial entre las naciones.⁹²

De acuerdo con Marichal,⁹³ entre los años de 1880 a 1914 fue una “edad de oro” para las inversiones extranjeras en América Latina, pues se dio un flujo de recursos financieros, tanto de países europeos como Francia, Inglaterra, Alemania, entre otros, como también de países norteamericanos como Estados Unidos y Canadá. Con la dinámica comercial y la expansión de capitales se dio comienzo al proceso de consolidación de las potencias; es decir, Estados Unidos, Alemania e Inglaterra impulsaron una política basada en atributos imperialistas y expansionistas.

Por ello, la salud cobró importancia en el plano internacional ante el acelerado avance de las potencias para crear vínculos comerciales con países menos desarrollados. Si bien Inglaterra fue una de las primeras potencias económicas dominantes, franceses y alemanes también emprendieron la tarea de exportar sumas considerables de capital hacia el continente americano.⁹⁴

Sin embargo, según Aguilar Monteverde, durante el siglo XIX las potencias europeas no se encontraban interesadas en el dominio territorial de América, sino más bien en estrechar lazos comerciales para expandir el modo de producción capitalista por todo el mundo. Ante esta idea, no comprendida por parte de los norteamericanos, y la amenaza de perder territorio ante las naciones europeas, el país del norte inició una política expansionista y una serie de declaraciones diplomáticas para definir la supremacía por el continente americano.⁹⁵

Con el desarrollo del capitalismo mundial, Estados Unidos buscó extender su dominio consolidando nuevos centros mercantiles y procurando nuevas rutas de navegación para realizar una circulación de capitales, producciones y abastos de los principales efectos requeridos en dicho desarrollo; entre 1870 y 1915, los estudiosos del tema indican que se dio un proceso de auge mercantil y una redefinición de las redes de mercado e inversiones de capital, acciones que

⁹² Ronzón, 2004: 13. En la Carta de Bolívar se hace mención de la construcción del Canal de Panamá, donde señala que la estructura física de las nuevas regiones entre el Istmo de Panamá hasta Guatemala se propone un canal para pasar de un mar a otro, en Bolívar, 1999: 86.

⁹³ Marichal, 1995: 4

⁹⁴ Ronzón, 2004: 27

⁹⁵ Aguilar Monteverde, 1965: 40-43

requirieron de una acción diplomática y política que incluyó a países europeos y latinoamericanos.⁹⁶

Podemos entonces observar que, del siglo XIX a principios del siglo XX, los norteamericanos aceleraron su industrialización basándose en los recursos económicos de otros países y en el aprovechamiento de la nueva tecnología impulsada por alemanes, ingleses y rusos, que le dieron el empuje para que centros de la economía mundial asentaran sus bases en EUA. Así, en palabras de Pani “la economía estadounidense ha sido una fuente de capitales, lazos comerciales, de oportunidades de negocios, de “modernidad”, y también de dependencia y explotación”.⁹⁷

El tema del comercio a nivel internacional es una cuestión que llamó la atención de varias naciones que se disponían a establecer nexos comerciales con otros países. Tanto europeos como americanos buscaron redefinir sus propias redes de mercado e inversiones de capital, que, desde los años de los setentas del siglo XIX, productos como la fibra del henequén que se producía en Yucatán ganaban impulso dentro de un mercado internacional.

Por un lado, las redes existentes entre Estados Unidos, México y Cuba experimentaban un cambio ante la consolidación del país estadounidense como una de las potencias políticas y económicas más fuertes; por el otro, los problemas internos de los otros países repercutieron en la consolidación de EE.UU. Ronzón menciona que por los conflictos que se presentaron en Cuba y en el lado mexicano, se creó la redefinición de las nuevas líneas comerciales y, con ello, la instauración de nuevos centros mercantiles y de consumo.⁹⁸

Comercialmente desde los años 70, México ya había establecido contactos con Alemania, España y Francia, pero fue hasta 1877 cuando se incorporó a los mercados norteamericanos, y tanto México como Cuba fueron los principales abastecedores del continente americano. En el caso de Cuba, este tenía sus redes principalmente con Europa, pero a partir de ese año entró al comercio con Estados Unidos con productos como el azúcar y tabaco.⁹⁹

Entre los principales productos que se comercializaban se encontraban los minerales y vegetales, así como papel, productos químicos y telas –traídos de Europa y Norteamérica–; mientras que México exportaba metales preciosos, henequén, café, cuero, pieles y ganado.¹⁰⁰

⁹⁶ Miño Grijalva, 1981, Marichal, 1995, Pani, 2016, entre otros.

⁹⁷ Pani, 2016: 14

⁹⁸ Ronzón, 2004: 13

⁹⁹ AHSRE, exp. 42-2-41, Informe de relaciones comerciales con Cuba, 1902.

¹⁰⁰ Miño Grijalva, 1981: 29

Marichal señala que ya desde el año de 1860 América Latina tejía una compleja red superpuesta de corrientes de capitales provenientes de las naciones industrializadas, que buscaron integrarse con los capitales locales y regionales,¹⁰¹ es decir, Alemania, Inglaterra, Francia, España, Estados Unidos y Canadá tuvieron contacto comercial con estados del Golfo de México y países del Caribe.

Por su parte, Stallings señala que en el caso norteamericano sus inversiones estuvieron orientadas hacia la producción de bienes y servicios que satisficieran las necesidades de su mercado, y sostiene que a partir de 1897 hasta después de la Primera Guerra Mundial, este país se convirtió en la primera potencia financiera de América Latina, desplazando a los británicos con respecto a los préstamos a los gobiernos y empresas ubicadas en el Golfo.¹⁰² Entre los sectores a donde se dirigían las inversiones extranjeras, se encontraban los ferrocarriles, servicios públicos, minas, bancos, compañías de seguro y compañías mercantiles, concentrándose mayormente en Argentina, Brasil, México, Chile y Cuba.¹⁰³

En México, la atracción de los capitales extranjeros se fijó en la explotación minera, las comunicaciones, transportes e industria eléctrica. Aunque también sufrió una reestructuración en su comercio a raíz de la aparición de la especialización regional y ejemplo de ello fue la producción del henequén de Yucatán, el café de Veracruz, los plátanos de Tabasco y los cítricos de Nuevo León.¹⁰⁴

Con ello observamos que la expansión del capitalismo trajo consigo una serie de modificaciones y cambios en los sistemas productivos, en los mercados y en el sistema de consumo, permitiendo una búsqueda para mejorar y aumentar la producción, expansión del mercado e incremento en sus consumidores. Todo ello en respuesta de un mercado mundial y de sus áreas de producción. De allí que estos nuevos capitales e inversiones pusieran a los países a dialogar sobre las medidas necesarias para procurar la no interrupción de sus redes comerciales. Por tanto, se plantea que ese es el origen de la salud pública internacional.

Con respecto a los acuerdos multilaterales, los países de Europa y los americanos se preocuparon para que su comercio no se afectara, ya sea por cuestiones arancelarias o por la presencia de las enfermedades, cuarentenas, cordones sanitarios y otras medidas que se aprobaron en las diferentes convenciones sanitarias internacionales y panamericanas, como se expondrá más adelante. La idea fue eliminar las restricciones sanitarias en los puertos y fronteras

¹⁰¹ Marichal, 1995: 13

¹⁰² Stallings, 1990: 64, ver también Pani, 2016.

¹⁰³ Marichal, 1995: 15-16.

¹⁰⁴ Cerruti, 1990: 31-36

para fomentar un comercio continental.¹⁰⁵ No obstante, el desarrollo económico generalizado, impulsado por la industrialización y los avances tecnológicos, estuvo enmarcado por una expansión comercial que se sustentó en una red de tratados comerciales bilaterales: ejemplo de ello fue el tratado anglosajón francés Cobden-Chevalier,¹⁰⁶ firmado hacia el año de 1860.

Este nuevo comienzo dio pie a la firma de otros tratados numerosos entre países europeos,¹⁰⁷ es decir, los países que estaban ligados a una economía basada en acuerdos de tarifas reducidas comenzaron a cooperar debido a que necesitaban una forma de mejorar la comunicación internacional. Esto permitió que se pactaran los acuerdos que facilitaron la transportación y comunicación internacional para que pudieran aprovechar todas las ventajas de la expansión del comercio internacional. Cabe señalar que ni Estados Unidos de Norteamérica, ni los países Latinoamericanos estuvieron en esos tratados, ya que ellos aplicaron una política de aranceles elevados durante todo el periodo del siglo XIX.¹⁰⁸

Hay que destacar que el comercio entre las potencias ultramarinas y los territorios dominados fue en gran medida de carácter bilateral y se basó principalmente en factores políticos, con lo cual se generaba cierto nivel de discriminación en las políticas comerciales y marítimas. Esto tuvo cambios radicales con la difusión de la revolución industrial, pues con ello se abrieron nuevos mercados de productos industriales de bajos costos. Asimismo, con los adelantos tecnológicos en las telecomunicaciones y el transporte se dio un nuevo giro en los intercambios comerciales, dando paso a la estimulación de la producción en nuevas regiones, así como también nuevas oportunidades de inversiones extranjeras, acelerando con ello la integración de los mercados a escala mundial.¹⁰⁹

Ahora bien, cuando la red europea de tratados comenzó a desintegrarse por la gran depresión europea entre los años de 1873 a 1896, los precios de los productos relacionados con el comercio internacional decayeron sistemáticamente, lo cual acarreó el aumento de los aranceles. Mientras tanto, Estados Unidos apostó por la producción de cereales, que le permitió experimentar un crecimiento en las exportaciones.¹¹⁰ Este incremento de las exportaciones puso en la mira la sanidad de los principales puertos y fronteras de donde eran originarios sus

¹⁰⁵ OPS, 1999.

¹⁰⁶ Tratado de comercio firmado entre Francia e Inglaterra que suprimía los derechos de aduana para las importaciones de materias primas y reducía los derechos de los productos elaborados o semielaborados.

¹⁰⁷ Tratados entre Francia y otros países.

¹⁰⁸ Kenwood y Loughheed, 1995. De estos tratados se firmó el pacto de Nación más favorecida, que consistente en que, si uno de los dos países concedía ventajas arancelarias a un tercero, tenía que concedérselas también al país firmante. Este tema fue retomado en la VII Conferencia Internacional Americana.

¹⁰⁹ Pani, 2016.

¹¹⁰ Marichal, 1995: 16

contactos comerciales. Por ello, iniciando la primera década del siglo XX, Estados Unidos, a petición de un ministro de hacienda, realizó la primera Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas con la finalidad de establecer lazos comerciales dentro de un contexto seguro para todos, pero sobre todo para Estados Unidos.

A raíz de esta conferencia sanitaria se llegaron a establecer acuerdos entre los países asistentes para procurar relaciones comerciales seguras y sin interrupciones, principalmente intentando que las enfermedades tropicales características de los principales puertos en Latinoamérica no fueran exportadas hacia otros países, tanto del continente americano como del continente europeo.

Sin embargo, y pese a todas las precauciones que se dictaron en cada una de las conferencias –tanto con el expansionismo por ganar territorios, así como para establecer lazos comerciales–, enfermedades como el cólera, fiebre amarilla, paludismo, tuberculosis, entre otras, traspasaron fronteras. Así, ante la gran pérdida de vidas humanas que estas enfermedades causaban, Estados Unidos comenzó una serie de campañas en el extranjero, sobre todo para el cuidado de su personal militar que se encontraba en vías de expansión.

Ya desde la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Washington en 1881, Carlos Finlay había propuesto sus postulados de la fiebre amarilla y el mosquito como vector que transmitía la enfermedad. Sin embargo, esta teoría no fue aceptada inmediatamente, y fue hasta 1900 cuando los americanos tomaron partida de este postulado con un destacamento militar comandado por Walter Reed,¹¹¹ quien emprendió la lucha contra la enfermedad alada en la Habana, Cuba.

Carlos Finlay, nacido en Agramonte, Camagüey, fue catalogado como modesto en su profesión y en su trato personal. Resulta necesario hacer hincapié y conocer un poco de la historia de este emblemático personaje por la importancia de sus postulados, pues fueron considerados adelantados en su tiempo; pero también porque su hipótesis, una vez aceptada, significó un cambio radical en las formas en las que los países habían intentado infructuosamente combatir esta enfermedad. La aceptación común de los postulados de Finlay, como veremos más adelante, permitieron a los países actuar colectivamente sobre una base de saberes compartidos. De acuerdo con un discurso leído por el doctor Jorge Le Roy y Cassa,¹¹² ante la

¹¹¹ Fue nombrado jefe del Consejo de Lucha Contra la Fiebre Amarilla del Ejército Estadounidense en Cuba, que tenía a su cargo el estudio de las enfermedades infecciosas agudas de la isla, en Gómez y Khnoshood, 1991.

¹¹² Médico Cubano conocido como “El padre de las estadísticas sanitaria y demográfica en Cuba” la biografía de este personaje puede ser consultada en <http://www.ecured.cu> y además de en la siguiente liga electrónica http://bvs.cld.cu/revistas/his/his_99/his0599.pdf.

Academia Nacional de México el día 29 de julio de 1931 durante el III Congreso Médico Panamericano se destacó que las proposiciones y la obra en general del médico cubano sobre la fiebre amarilla fueron las primeras investigaciones de carácter científico especificando las tres condiciones por las que se propagaba la enfermedad.

Si bien existe una discusión sobre la importancia de los descubrimientos de Finlay, algunos autores han señalado los inconvenientes vividos por este médico pues convivió con las grandes transformaciones científicas de Jenner, Pasteur, entre otros. De igual manera se tuvo que enfrentar a las críticas, y los ardides de la usurpación de su gloria más tarde, al desconocimiento y desnaturalización de su obra, llegando inclusive a señalarla como la continuación de lo que otros ya habían dicho sobre la enfermedad de la fiebre amarilla. Otras desavenencias que vivió este galeno fue que su obra fuera considerada como “de un chiflado” dada las doctrinas que se proclamaban en sus escritos, sobre las tres consideraciones que debieron existir para que se propagase el mal.¹¹³

Se debe mencionar que la teoría expresada por Finlay sobre la enfermedad de fiebre amarilla primero se centró en las tres condiciones necesarias para que la enfermedad se propagase: 1) la existencia previa de un caso de fiebre amarilla, en un período determinado de la enfermedad; 2) la presencia de un sujeto apto para contraer la enfermedad; 3) la presencia de un agente cuya existencia sea completamente independiente de la enfermedad y del enfermo, pero necesaria para transmitir la enfermedad del individuo enfermo al hombre sano.¹¹⁴ Posteriormente en un artículo titulado “El mosquito hipotéticamente considerado como agente de transmisión de la fiebre amarilla”¹¹⁵ destacó que el vector alado del género *culex*, fue el mosquito encargado de traer entre su vuelo la terrible enfermedad. De allí la noción de que una enfermedad pudiera ser contagiada a través de la picadura de un mosquito que estuviese infectado fuera considerada absurda para otros médicos y autoridades sanitarias de la época en donde los miasmas se creían ser los verdaderos desencadenadores de enfermedades además del supuesto de que el combate de las enfermedades, específicamente de la fiebre amarilla, debía concentrarse en los problemas de la aclimatación tropical.¹¹⁶

El 18 de noviembre de 1898, Finlay presentó un trabajo en la Academia de Ciencias de la Habana, titulado “los mosquitos considerados como agentes de transmisión de la fiebre

¹¹³ Le Roy, 1931: 165.

¹¹⁴ Abascal, *et. Al.*, 1955: 20.

¹¹⁵ Este trabajo fue leído en la Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana, el 14 de agosto de 1881, mientras que su trabajo de “Las tres condiciones para la propagación de la fiebre amarilla” fue presentado Durante la Conferencia Sanitaria de Washington el 18 de febrero de 1881. Le Roy, 1931: 165-166.

¹¹⁶ Le Roy, 1931: 166.

amarilla y de la malaria” y señaló que la isla cubana estuvo siendo azotada por estas dos terribles enfermedades y por ello insistió en la necesidad primero de declararle la guerra al mosquito y de poner en cuarentena a cada enfermo tomando todas las precauciones imaginables para que los insectos alados no pudiesen contaminar a las personas.

La Comisión Militar Americana trató de relegar a un segundo plano las teorías de Finlay. Primero con la campaña realizada por Walter Reed y posteriormente por la campaña de Gorgas, quien continuó el trabajo comenzado por Reed.

Le Roy señaló que el gobierno americano, al ocupar la isla cubana, tuvo que ocuparse de la eliminación de la enfermedad de fiebre amarilla. La campaña emprendida por Reed, se trató de una campaña de corte militar, estuvo regida por la Cuarta Comisión Estadounidense para el Estudio de la Fiebre Amarilla y, gracias a las acciones implementadas en La Habana, Cuba, se pudo confirmar lo que Finlay ya había descrito desde el siglo anterior.¹¹⁷

Debido a los problemas que ocasionaba la enfermedad en las filas norteamericanas ubicadas en Cuba, esta fue considerada como “albergue de la fiebre amarilla”.¹¹⁸ Durante la guerra de Estados Unidos contra España, las armadas de ambos países fueron afectadas por diversas olas de epidemias, entre ellas la fiebre amarilla, la disentería y la malaria. Ante la causa de incesantes decesos entre los soldados, la administración estadounidense indicó la necesidad de proteger a sus tropas. Para ello, se armó una comisión que se encargara de estudiar a la fiebre amarilla. Dicha comisión estuvo comandada por Walter Reed,¹¹⁹ quien posterior a sus experimentos, se reunió con el médico cubano Carlos Finlay y aceptó sus aseveraciones con respecto a la enfermedad, lo que originó la creación de una estrategia para luchar contra la enfermedad a partir de los experimentos que realizó en el Campo Lazear.¹²⁰

La comisión comandada por Walter Reed se dispuso a poner a prueba la teoría de Finlay en la isla de Cuba hacia el año de 1898, experimentando las medidas profilácticas que el médico cubano ya había diseñado y propuesto años atrás, pues la fiebre amarilla ya había causado bajas en el ejército de España y en el de Estados Unidos. Las autoridades norteamericanas

¹¹⁷ Hay que señalar que el cambio de paradigma de la transmisión de las enfermedades por medio de la picadura de un insecto fue una teoría revolucionaria en el medio, tanto médico como científico. Para ello se puede consultar Soper 1965, Finlay 1967, Gómez y Khnoshood 1991, Góngora Biachi 1997, entre otros.

¹¹⁸ Amiel, 2014: 45.

¹¹⁹ La experiencia de Reed al trabajar en las epidemias de tifoidea en Cuba y Panamá le hizo estar al frente de esta nueva comisión, al integrar un grupo de especialistas que tuvieron la idea de que el agente causante de la enfermedad de la fiebre amarilla no era un germen, por ello se dedicaron a la experimentación para descubrir el agente causante de la enfermedad, teniendo como punto de partida la teoría de Finlay, en Amiel, 2014: 46.

¹²⁰ Lugar donde se realizaron las experimentaciones del equipo de trabajo de Walter Reed. Este campo se encontraba, en Marianao, cerca de la Habana, y fue nombrado Lazear en honor a la víctima de los primeros experimentos Jesse Lazear, en García y Álvarez 2007: 80-87; se puede consultar también, Amiel, 2014: 45-48.

comprendieron que sin desterrar la enfermedad no iba a ser posible la ocupación militar de la isla. Por ello médicos, científicos y sanitaristas realizaron experimentos para demostrar que aún existía cierta confusión y desacierto en las ideas que se tenían de la etiología de la fiebre amarilla.¹²¹

Uno de los primeros experimentos para poner a prueba la Teoría de Finlay fue realizado por James Carroll, Aristides Agramonte y Jesse Lazear, agentes del equipo de Reed (**Figura 2**), que se ofrecieron para llevar a cabo los ensayos, los cuales consistieron en dejarse picar por mosquitos que habían estado en contacto con enfermos de fiebre amarilla. En este primer acercamiento, fueron voluntarios Carroll y otros soldados; sin embargo, el Dr. Lazear fue contagiado por descuido en el Hospital “Las Animas” el 13 de septiembre y murió el 25 de septiembre de 1900; mientras tanto, Carroll y algunos soldados lograron sobrevivir.¹²²

THE YELLOW FEVER COMMISSION (1900-02)



Figura 2: Comisión estadounidense de la Fiebre amarilla.¹²³

Durante estos primeros experimentos, en los que aún no se sabía con certeza en qué consistía la profilaxis de la enfermedad, se llevaron a cabo prácticas de inoculación, es decir, la introducción del virus en cuerpos sanos. No obstante, pese a los intentos de explicar la forma de transmisión, se tuvieron pocos resultados positivos en un principio, a pesar de haber realizado pruebas como: utilizar ropa de personas fallecidas –ya sea con restos de vómitos o con manchas de deposiciones– encerrarse en los cuartos donde habían fallecido las personas, dormir en los

¹²¹ *Diario Oficial de Mérida*, enero 4 de 1904. Consejo Superior de Salubridad, Sección primera, Numero 6018 “*Doctrina de la Transmisión de la Fiebre Amarilla*” foja 3.

¹²² Patterson, 1934: 918-920, ver también, Tuellsa y Massóc, 2006: 193.

¹²³ Tuellsa y Massóc, 2006: 193.

lugares donde pernoctaron personas enfermas, etcétera.¹²⁴ En la base de estos experimentos se encontraba la idea de que la enfermedad era una especie de veneno que se transmitía de una persona enferma a una sana a través del contacto directo, por intermedio de objetos infectados, o a través de emanaciones en la atmósfera, conocidas como miasmas.

No fue sino hasta los posteriores experimentos realizados en el Campo Lazear cuando la Comisión llegó a la conclusión de sus trabajos, mismos que fueron expuestos en la Convención del Congreso Panamericano realizada en La Habana el 4 de febrero de 1901.¹²⁵ Sus conclusiones indicaron:

- a) que el mosquito es el vector de la fiebre amarilla.
- b) que tras una picadura infectante la enfermedad aparece entre el tercer y quinto día, evolucionando hacia la curación o la muerte.
- c) que hay un intervalo de doce días tras el momento en que el mosquito consume sangre infectada para que este pueda transmitir la infección.
- d) que la enfermedad de fiebre amarilla puede provocarse experimentalmente con una inyección subcutánea de sangre de un enfermo que se encuentra en el primer o segundo día de infección.
- e) que la fiebre amarilla no se transmite por contagio.
- f) que los huevos de mosquito no contienen la enfermedad (luego se revelará como equivocado).
- g) que el agente etiológico es un virus filtrable.¹²⁶

En palabras de Ronzón, “Finlay marcó un hito histórico donde la medicina sufrió un reordenamiento y se enriqueció con las investigaciones que realizaron los estadounidenses”, pues con ello surgió la medicina tropical.¹²⁷ El médico cubano puso en tela de juicio la base de la teoría de los miasmas, es decir que las condiciones climáticas, geográficas e incluso atmosféricas podrían ser transmisoras de las enfermedades.¹²⁸

Hay que recordar que la presencia de la enfermedad en la isla de Cuba, no solo afectaba elementos del ejército norteamericano, sino también acarrea complicaciones al comercio, ya que en reiteradas ocasiones se comunicó que existía la posibilidad de que en los barcos se transportara la enfermedad; por ello, en los principales puertos como Veracruz, Progreso,

¹²⁴ Tuellsa y Massóc, 2006: 194.

¹²⁵ Gómez y Khnoshood, 1991.

¹²⁶ Tuellsa y Massóc, 2006: 194

¹²⁷ Ronzón, 2004: 20. Hacia 1899 se crea la *London School of Tropical Medicine*, institución pionera del estudio de la medicina tropical, en Góngora Biachi, 1977: 49-52.

¹²⁸ Finlay, 1967: 122; ver también: Diario Oficial de Mérida, enero 4 de 1904. *Consejo Superior de Salubridad*, - Sección primera- Numero 6018, “*Doctrina de la Transmisión de la Fiebre Amarilla*”.

incluso La Habana, el intercambio y la relación comercial con Estados Unidos, no podían desarrollarse plenamente, por el temor a la fiebre amarilla.¹²⁹

Precisamente, a partir del año de 1901 se reconoció la idea de que el vector que transmitía la fiebre amarilla era el *Culex fasciatus* y la campaña que había iniciado Walter Reed en la Habana,¹³⁰ fue seguida por William C. Gorgas,¹³¹. Tras el éxito de Gorgas, se emprendieron campañas para eliminar al vector en Santos y Río de Janeiro, Brasil; Veracruz y Tampico, en México, y en las ciudades de Panamá (Figura 3).¹³² Este descubrimiento cobraría importancia al considerar la expansión de la fiebre amarilla por América, como se puede observar con la siguiente figura en la cual Soper señaló con negrito los lugares donde existieron casos de la enfermedad en aquella época.

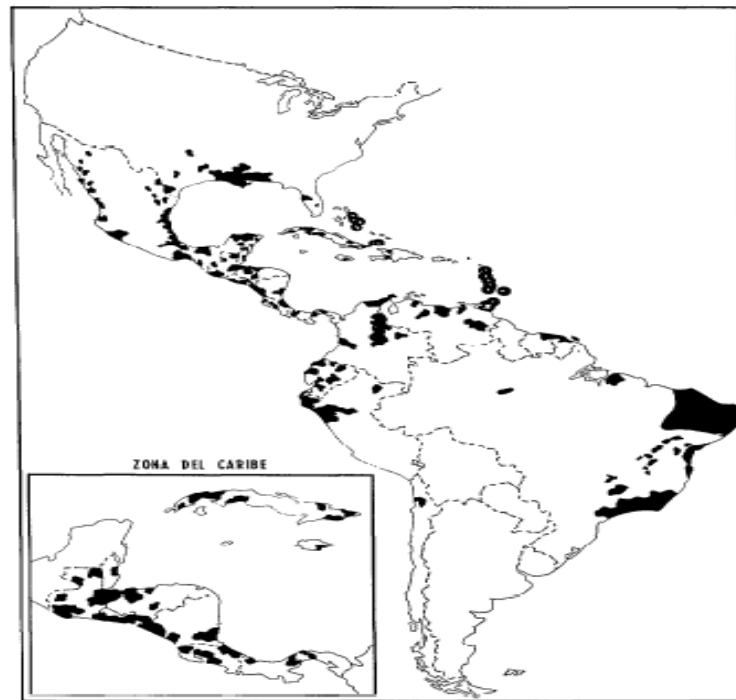


Figura 3.- Zonas de las Américas donde se notificó la presencia de Fiebre Amarilla entre los años de 1900 a 1931. (Tomado de Soper, 1965: 188)

¹²⁹ Diario Oficial de Mérida, enero 4 de 1904. Consejo Superior de Salubridad, Sección primera, Numero 6018 “Doctrina de la Transmisión de la Fiebre Amarilla” foja 3-4. La misma situación se tuvo con el Puerto de Veracruz que no pudo desarrollar su importancia comercial, pues era considerado como el principal foco de endemia de la enfermedad.

¹³⁰ Góngora-Biachi, 1997: 49-52.

¹³¹ Este personaje fue un médico Cirujano General de los Estados Unidos, participó en el Cuerpo Médico del Ejército de Estados Unidos en Texas, Dakota del Norte y Florida. En 1900 fue nombrado oficial en jefe de sanidad de La Habana y estando en el cargo, nombró a Carlos Finlay como su asesor, en Gómez y Khnoshood, 1991. En 1901, fue el primero en conseguir el control de la fiebre amarilla con la erradicación del vector en La Habana, en Góngora-Biachi, 1997: 49-52. Se reporta que en el año de 1909 se eliminó la enfermedad de La Habana, en Toledo, 2000: 226.

¹³² Soper, 1965: 187.

Ahora bien, la campaña emprendida por Gorgas tuvo por objetivo el reconocimiento de centros endémicos de la fiebre amarilla, seguido de la aplicación de campañas temporales intensas para la reducción del díptero a niveles mínimos. Así se observa que primero Reed utilizó los preceptos de Finlay, y posteriormente Gorgas afirmó la idea del médico cubano.

Su campaña se basó en un principio en la limpieza de La Habana. Es decir, en aplicar la “Teoría de la Suciedad”, la cual señalaba que era prioritario acabar con la basura y para ello debía realizarse el saneamiento de la ciudad.¹³³ Esta medida redujo los casos de disentería que se presentaron en la región, pero no los de fiebre amarilla. Por lo cual, se tomaron otras medidas como el aislamiento de los enfermos y se dispuso la obligación de poner rígidas cuarentenas; sin embargo, la fiebre amarilla nuevamente causó un brote epidémico. Debido a que las medidas adoptadas no resultaban exitosas, el médico estadounidense organizó una guerra extrema contra el vector, para lo cual realizó una investigación detallada del comportamiento del mosquito *Culex Fasciatus* y, una vez generado ese conocimiento, realizó la campaña de erradicación.¹³⁴

Este médico recomendaba la aplicación de dichas campañas en los centros de la población y en las zonas circundantes, para que con ello se pudiera lograr el agotamiento de la población susceptible, con esta acción se buscó que la fiebre amarilla ya no pudiera producirse al faltarle nuevos reservorios para el virus, incluso si las campañas se abandonaban.¹³⁵

Con la serie de éxitos alcanzados por las campañas, se creyó posible la erradicación de la enfermedad, pero debido a la falta de compromisos por parte de las autoridades de los países para mantener las campañas, e incluso por la falta de recursos monetarios, algunos lugares no lograron tener el éxito esperado y con la comunicación ya establecida por la apertura del Canal de Panamá, la idea decayó, pues esta nueva vía facilitaría el transporte de personas susceptibles a contraer la enfermedad.¹³⁶ Posteriormente se inició con la intervención sanitaria a nivel continental de organizaciones internacionales, como la Fundación Rockefeller que fue creada en 1913. La apertura del Canal de Panamá amenazaba con extender la fiebre amarilla a Asia, y pronto se actuó en diferentes países para eliminar vectores y criaderos con el objetivo específico

¹³³ Hay que mencionar el episodio que tuvo lugar en Siboney, Cuba, donde para hacerle frente a la enfermedad de fiebre amarilla que azotó a la población, la comandancia estadounidense decidió quemar todos los hospitales y el poblado entero, bajo la consigna de que la fiebre amarilla era propagada por el contacto de los objetos contaminados por los pacientes. Esta acción fue apoyada por Gorgas, en Leonard, 1992: 226.

¹³⁴ Bustamante, 1958a: 139; Carrillo, 2006: 226- 227.

¹³⁵ Patterson, 1934: 920.

¹³⁶ Hay que señalar que esta nueva incursión de Gorgas y el combate a los mosquitos tuvo su mayor éxito en Panamá, teniendo en tan solo tres meses resultados positivos para la campaña, en Patterson, 1934: 20. Pero a pesar de que en Panamá no se presentaron casos de fiebre amarilla, la falta de compromisos de otros puertos y lugares de comercio principalmente, al no tener los suficientes recursos personales y monetarios, la enfermedad aún se hizo presente. Tal fue el caso de México, por ejemplo, con el puerto de Veracruz, Progreso y Tampico.

de erradicar al transmisor de la enfermedad. Esta tarea fue encargada a William Gorgas, quien tras su experiencia en Cuba lideró campañas contra la enfermedad a partir de 1915 bajo la bandera de la fundación, tema que será desarrollado en el Capítulo 3 de esta tesis.¹³⁷

Debido a que la enfermedad aún causaba bajas en las poblaciones, países europeos confirmaron su preocupación ya desde mediados del siglo anterior, señalando los problemas que la presencia de las enfermedades acarrea no solo en las cuestiones comerciales, sino en la economía de los países de forma general. Por ello, se comenzaron a establecer conferencias sanitarias de carácter internacional en las que se externaban estas preocupaciones, además de las cuestiones arancelarias que se debían pagar para realizar el comercio. Es en estas conferencias donde se estableció la Oficina Sanitaria Panamericana.

1.2.- Las Conferencias Panamericanas y la Creación de la Oficina Sanitaria Internacional

A partir de la segunda mitad del siglo XIX Estados Unidos buscaba establecerse al frente del desarrollo del capitalismo, por lo cual ejerció una influencia sustancial sobre los países americanos; estos últimos se convirtieron en economías productoras de materias primas y forjaron economías exportadoras de productos agrícolas dependientes del capital internacional, principalmente norteamericano. En este marco, los puertos fueron los núcleos de estas relaciones comerciales, debido a que allí se concentraban las riquezas de los países en su paso hacia otros lugares. Así, los puertos y los sitios de producción constituyeron espacios prioritarios para el desarrollo económico de las Américas y, por ende, se volvieron los objetivos básicos de los principales acuerdos comerciales establecidos entre los países involucrados.¹³⁸

Pero tanto en los puertos como en los sitios productores, la presencia de enfermedades afectaba al comercio y a la libre circulación de mercancías. Para enfrentar este problema se creó el movimiento sanitarista panamericano, que cristalizó en una institución conocida como la Oficina Sanitaria Panamericana y la elaboración de un tratado internacional titulado Código Sanitario Panamericano.¹³⁹

¹³⁷ Soper, 1965: 189.

¹³⁸ OPS, 1999: 3-4.

¹³⁹ OPS, 1999. Como se verá en el capítulo 5, este código tuvo por objetivo “prevenir la propagación internacional de infecciones o enfermedades susceptibles de transmitirse a seres humanos, y en caso de que éstas surgieran, adoptar medidas cooperativas para impedir la introducción y propagación a otros territorios y detenerlas en sus lugares de gestación”, pero no entraría en vigor sino hasta ya avanzada la segunda década del siglo XX, OPS, 1999: 28. Por la importancia del tema, este será discutido ampliamente en el Capítulo 5.

Este Código Sanitario Panamericano fue resultado de diversas convenciones sanitarias internacionales en las que se reunieron los principales países desarrollados. Inicialmente, se celebraron conferencias panamericanas cuyos objetivos estuvieron ligados a intereses más bien políticos y económicos. Principalmente Estados Unidos buscaba afianzar su poder hegemónico ante las otras repúblicas; mientras que, el resto de los países asistentes, buscaban negociar su adhesión desde intereses económicos y políticos. Al respecto, Marichal indica que la preparación tanto jurídica como cultural de los representantes latinoamericanos fue crucial en dichas negociaciones, puesto que entre los delegados latinoamericanos había quien dominaba varios idiomas, mientras que en la representatividad norteamericana solamente comprendía su idioma.¹⁴⁰

Los temas importantes de las conferencias panamericanas fueron: medidas de protección y desarrollo del bienestar de todos los estados americanos, formación de una unión aduanera, introducción de derechos de aduanas y de unidades de pesos y medidas únicos, establecimiento de comunicaciones regulares y frecuentes entre los puertos y fronteras, creación de un tribunal arbitral para dirimir los conflictos económicos y limítrofes y, por último, la creación de una legislación sanitaria. Los países que asistieron fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Estados Unidos de Norteamérica, Uruguay y Venezuela.¹⁴¹

Por su parte, Yepes menciona que las conferencias panamericanas tuvieron un perfil económico y comercial muy remarcado.¹⁴² Hernández Solís señala que a pesar de que en las primeras conferencias los delegados discutieron temas como marcas de fábricas, patentes, pesas y medidas, “las conferencias internacionales americanas pasaron a ser, pues, un medio más a la orden del desarrollo económico norteamericano, y puede decirse que para cada variación importante del capitalismo estadounidense, existió una conferencia panamericana”.¹⁴³

James Blaine,¹⁴⁴ secretario de estado de los Estados Unidos de Norteamérica a finales del siglo XIX, fue quien primero propuso la realización de una Conferencia Panamericana, en apoyo a los estadistas norteamericanos, quienes vislumbraron que su país podría desplazar a Europa en el comercio con América. Por ello resultaba imprescindible entablar relaciones económicas con los vecinos del sur. Sin embargo, esta idea inicial de dejar a Europa fuera de estas negociaciones

¹⁴⁰ Marichal, 2002.

¹⁴¹ Zúbok, 1982: 69.

¹⁴² Yepes, 1955: 482-484.

¹⁴³ Hernández Solís, 1944: 144.

¹⁴⁴ James Blaine fue Secretario de Estado durante el mandato de Benjamín Harrison, vigésimo tercer presidente de los Estados Unidos de Norteamérica (1889-1893).

no fue bien recibida por los demás países del continente americano, por lo que pasaron unos años antes de que se concretara la celebración de la primera Conferencia Internacional que fue promovida mayormente desde Washington.¹⁴⁵

Desde un principio, existió oposición por parte de los representantes hispanoamericanos ante las propuestas norteamericanas que proponían acuerdos desiguales, mientras que los primeros sostenían la importancia de adoptar el principio del Derecho Internacional Americano. De acuerdo con éste, los derechos civiles de los extranjeros debían ser iguales a los de los nacionales, y los gobiernos no podían reconocer a favor de los extranjeros ninguna obligación o responsabilidad, más que las que se establecieran con los nacionales.¹⁴⁶ De acuerdo con Aguilar:

Las razones que impulsan a Latinoamérica a plantear tales cuestiones son comprensibles. El capital extranjero ha empezado a influir al continente; las inversiones del exterior crecen de prisa y con frecuencia pretenden obtener privilegios de todo orden, y en caso de conflicto, apelan a la protección de gobiernos extranjeros, violando el principio de la soberanía nacional.¹⁴⁷

Samuel Flagg Bemis,¹⁴⁸ historiador de la diplomacia estadounidense, señaló que la intención del país norteamericano por acercarse hacia la frontera sur respondió a una lógica de seguridad nacional más que a la urgencia de establecer relaciones interamericanas, ya que parte de ese territorio ya estaba siendo ocupado y existió el temor de que las “tierras del sur”, específicamente en el país mexicano, pudieran estar comprometidas.

Ahora bien, durante las reuniones sanitarias internacionales de las repúblicas americanas, se trató de establecer un reglamento sanitario internacional con el objetivo de facilitar las relaciones comerciales entre países americanos. Las medidas a nivel continental propuestas en este reglamento fueron: a) declarar como enfermedades sujetas de vigilancia internacional al cólera, la peste y la fiebre amarilla; b) no recurrir a la clausura de puertos ni rechazar a ningún navío en puerto alguno, independientemente del estado sanitario a bordo; c) no emplear la suspensión absoluta de las comunicaciones terrestres; d) no considerar susceptibles de transmitir

¹⁴⁵ Aguilar Monteverde, 1965: 40-43.

¹⁴⁶ Los principios del Derecho Internacional Americano tuvieron como objetivo dar solución a los conflictos territoriales, el principio de la no intervención, la libre navegación de los ríos, la abolición de la conquista, la igualdad civil de los nacionales y extranjeros, la prohibición del cobro compulsivo de las deudas, la prohibición de la persecución racial o religiosa, reglamentación de la neutralidad, igualdad jurídica de los estados, el derecho de asilo, reclamación de extranjeros y responsabilidad internacional del estado por causa de guerra civil. Este Derecho Internacional Americano “tiende a establecer un sistema internacional que tenga por objeto separar a las Repúblicas de este hemisferio del concierto mundial” Faidutti, 2005: 2.

¹⁴⁷ Aguilar Monteverde, 1965: 44.

¹⁴⁸ Flagg Bemis, 1944. Este personaje fue un biógrafo e historiador de la diplomacia estadounidense.

contagio los objetos del uso del hombre, así como las valijas, baúles o cajas que se empleen para guardarlos, por ello los objetos seguirían a la persona y como adscritos a ella se considerarían comprendidos en las reglas de cuarentenas, de observaciones y desinfección a que se sujete aquel; e) en el caso de los reglamentos y procedimientos para prevenir las demás enfermedades contagiosas no determinadas por el reglamento, serían los locales de la policía de salubridad de puertos, ciudades y villas que cada país tuviera establecidos quienes hicieran la vigilancia; f) se establecería un congreso especial y se pronunciaría sobre la practicidad del establecimiento de lazaretos internacionales y, en su caso, determinaría el lugar o lugares en que debieran establecerse medios de construcción, mantenimiento y reglamentación de los servicios internos y públicos de los lazaretos.¹⁴⁹

En general, las medidas o temas que fueron tratados en estas conferencias, en su mayor parte, se avocaron al tema del intercambio comercial, puesto que, con el expansionismo comercial y financiero de los países europeos y Norteamérica, era de vital importancia que se generaran acuerdos que facilitaran los intercambios comerciales. Por ejemplo, durante las conferencias, ante la presencia de las enfermedades principalmente en los puertos y fronteras, los representantes de diversos países indicaron que el aislamiento absoluto resultaba ser la medida profiláctica más eficaz para evitar la enfermedad. Sin embargo, en la práctica los delegados señalaban que no daba resultados satisfactorios y que solo perjudicaba a los intereses comerciales de los pueblos.¹⁵⁰

Por la insistencia de la prevalencia de las cuarentenas, las cuales duraban en ocasiones hasta 60 días, se llegó a la conclusión de que las cuarentenas iban en contra del comercio internacional y, por tanto, las medidas para combatir este problema tendrían que ser diferentes.¹⁵¹ Se indicaba que los países tendrían libertad para limitar el tráfico marítimo comercial de acuerdo con su capacidad de ejercer un eficaz control sanitario; pero que se procurase que, en el caso de presentarse una epidemia, los artículos que pudieran contener la infección deberían ser desechados antes de llegar a algún puerto. Esta recomendación fue realizada por parte de delegados mexicanos, sin embargo, no fue aceptada porque se consideró que ponía en riesgo los intereses comerciales de los países. Algo importante que resultó de la primera Conferencia fue la creación de una asociación continental llamada “Unión Internacional de las Repúblicas

¹⁴⁹ Morales, 1994: 267.

¹⁵⁰ AHSRE, LE.135-A. Relación de los tratados y Convenciones Panamericanas, revisado el 1º de enero de 1943 por la Oficina Jurídica de la Unión Panamericana, 1943.

¹⁵¹ Carrillo, 2008: 75, señala, con respecto a la fiebre amarilla, que “algunos estados de la Unión Americana, imponían cuarentenas hasta de tres meses a los buques mexicanos a causa de la presencia de la enfermedad en sus costas”.

Americanas”, que tuvo como principal propósito la difusión rápida de la información comercial.¹⁵²

Con respecto al tema de las cuarentenas,¹⁵³ fue hasta el año de 1902, durante la Primera Conferencia Internacional de los Estados Americanos cuando se señaló que cada gobierno americano se encargaría de aplicar las recomendaciones sanitarias, por ende, se invitó a las naciones para que impulsaran una cooperación higiénica que implicara la notificación de epidemias en sus territorios. De allí que se exhortara la realización de una primera convención de ministros de salud americanos, donde cada uno de ellos tendría un voto al momento de la toma de decisiones. A su vez, se estipuló que se nombraría un Consejo Ejecutivo que se le conocería con el nombre de Oficina Sanitaria Internacional.¹⁵⁴ Dicha Oficina fue establecida en 1902, durante la Primera Convención Sanitaria Internacional celebrada en Washington, D.C.¹⁵⁵

El objetivo de esta Oficina fue la planeación y ejecución de las disposiciones sanitarias a escala continental. Entre sus funciones estaban: vigilar los retenes de salubridad en fronteras internacionales marítimas y terrestres, la suspensión de la cuarentena en artículos manufacturados y mercancías en puertos limpios, informar de las principales enfermedades que afectarían a los puertos y fronteras para impedir la proliferación de éstas con esta medida.

Como se ha señalado anteriormente y de acuerdo con lo descrito por Yepes, podemos observar que las conferencias panamericanas tuvieron una intencionalidad más económica y comercial;¹⁵⁶ y que la creación de la Oficina Sanitaria Internacional tuvo por objetivos proveer informes sobre condiciones sanitarias, reducir los periodos de cuarentenas y llevar a cabo el saneamiento de los puertos. Así, la internacionalización de los problemas sanitarios y la formulación de recomendaciones comunes fueron las tareas de dicha oficina. Cabe señalar que, durante la evolución de dicha oficina, al principio su campo de acción estuvo limitado y esto se debió en mayor parte a que no todos los países firmaban los acuerdos o tratados a los que se llegaban.

Pero a todo esto, ¿De qué se trataron las Conferencias Sanitarias Internacionales? ¿Dónde fueron realizadas? ¿Quiénes asistieron a dichos eventos? ¿Porque son importantes para el desarrollo de esta investigación? En el siguiente apartado ahondaré en el tema de las

¹⁵² Morales, 1994: 439.

¹⁵³ Tanto el aislamiento como la cuarentena fueron medidas sanitarias aplicadas para evitar la propagación de las enfermedades. Estas dos estrategias fueron empleadas para mantener separadas a las personas enfermas de las personas sanas. Sin embargo, estas medidas fueron señaladas como perjudiciales para las cuestiones comerciales entre diversos países.

¹⁵⁴ AHSRE, LE-163, Creación de la Oficina Sanitaria Internacional, 1902.

¹⁵⁵ OPS, 1999: 11- 12.

¹⁵⁶ Yepes, 1955: 441-482.

conferencias para establecer la importancia de los acuerdos y tratados allí firmados para entender el desarrollo de la salud pública internacional como tema de estudio.

1.2.1.-Las Conferencias Sanitarias Internacionales

Las Conferencias Sanitarias Internacionales fueron reuniones (14 en total) celebradas entre 1851 y 1938 en las que médicos, científicos, higienistas y delegados de diferentes países buscaron establecer lineamientos compartidos de vigilancia y control epidemiológico para proteger los intereses comerciales y económicos comunes. Diez de esas reuniones se llevaron a cabo entre los años de 1851 a 1879; mientras que las cuatro restantes se realizaron entre 1903 y 1938, siendo su principal objetivo la elaboración de una Convención Sanitaria Internacional que luchara contra las enfermedades epidémicas (Ver Cuadro 1). Estas conferencias fueron solamente para países europeos y los problemas de salud pública a los que enfrentaban vinculados con actividades mercantiles. Sin embargo, en la 5ª Conferencia se hizo la invitación a los países americanos.

En el siguiente cuadro se compiló información referente a las conferencias realizadas, enfatizando datos como el lugar en donde fueron realizadas, los temas tratados, los números de asistentes y algunas observaciones que considere importantes para el desarrollo de esta investigación (Cuadro 1).

Cuadro 1: Conferencias Sanitarias Internacionales

Orden	Apertura	Clausura	Sede	Asistentes	A solicitud de	Observaciones	Temas Tratados
1ª	23-07-1851	19-01-1852	París	12	Francia	Un médico y un diplomado por estado	Cuarentenas marítimas en el Mediterráneo, en relación con cólera, peste y fiebre amarilla, creación de puestos de vigilancia en Oriente Medio, enfrentamiento entre contagionistas y anticontagionistas.
2ª	9-04-1859	30-08-1859	París	11	Francia	Solamente un diplomado por estado	Se plantearon medidas contra el cólera, revisión del Convenio de 1851.
3ª	13-02-1866	26-09-1866	Constantinopla	17	Francia	1869 apertura del Canal de Suez	Tratar de conocer las causas, caracteres, marcha y profilaxis del cólera, establecimiento de medidas sanitarias que no afectaran el comercio
4ª	1-07-1874	10-08-1874	Viena	21	Austria-Hungría		Revisión de las Conclusiones de la conferencia anterior con respecto al cólera, se establecen dos sistemas de precaución sanitaria: inspecciones médicas y desinfecciones y cuarentenas.
5ª	5-01-1881	1-03-1881	Washington	26	Estados Unidos	Estados representados en su mayoría por delegados	Control de las patentes marítimas, inspecciones de barcos y mercancías, presentación de la teoría de Carlos Finlay*.
6ª	20-05-1885	13-06-1885	Roma	28	Italia		Propuesta de Código de policía sanitaria relacionada con el cólera y la fiebre

							amarilla, necesidad de crear en cada país una oficina central de información y notificaciones sanitarias, modificación de las medidas cuarentenarias.
7ª	5-01-1892	31-01-1892	Venecia	14	Austria-Hungría	Primera Convención Sanitaria Internacional	Simplificación de la reglamentación sanitaria para el paso en el canal de Suez, se estableció la distinción entre los navíos.
8ª	11-03-1893	15-04-1893	Dresde	19	Austria-Hungría		Estudio de las medidas generales para salvaguardar la salud pública en tiempos del cólera, solo 10 países firmaron, los 9 restantes se reservaron el derecho.
9ª	7-02-1894	3-04-1894	París	16	Francia		Vigilancia de las peregrinaciones a la Meca y de la vigilancia sanitaria del Golfo Pérsico.
10ª	16-02-1897	19-03-1897	Venecia	20	Austria-Hungría		Estudio de la peste y establecimiento de una vigilancia sanitaria rigurosa de los navíos a la entrada del canal de Suez, del lado del Mar Muerto; no firmaron Dinamarca, Estados Unidos de América, Suecia y Noruega.
11ª	10-10-1903	3-12-1903	París	24	Italia	Propuesta firme de Creación de la Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP)	Temas versados en el cólera, fiebre amarilla, la desratización por la peste, revisión de las 4 últimas convenciones anteriores. Se recomendó utilizar el método de John Snow sobre el cólera.
12ª	7-11-1911	17-01-1912	París	41	Francia		Revisión de la última convención, a pesar de que firmaron los 41 Estados los acuerdos no entraron en vigor sino hasta el 7 de octubre de 1929.
13ª	10-05-1926	21-06-1926	París	50	Francia		Revisión de la última convención de 1912, en vista de los avances científicos y de la experiencia profiláctica y de establecer una reglamentación relativa al tífus exantemático y la viruela.
14ª	28-10-1938	31-10-1938	París	49	Francia		Se acordó por unanimidad la disolución del Consejo Sanitario, marítima y cuarentenario en Egipto.

*Transmisión de la fiebre amarilla de una persona a otra por medio de un agente intermediario, el caso de la picadura de los mosquitos.

Fuente: Mateos, 2005.

Primeramente, hay que aclarar que, desde la quinta década del siglo XIX, las naciones europeas ya comenzaban a preocuparse por las enfermedades “exóticas” –como ellos les decían a las enfermedades que se encontraban principalmente en las tierras americanas y latinoamericanas– y que por cuestiones comerciales y la extensión territorial de sus dominios, enfermaban a sus compañías militares y a sus comerciantes. Entre las enfermedades que más preocuparon a las autoridades sanitarias de los países europeos fueron el cólera, la peste, y la fiebre amarilla.

Después de los embistes ocasionados por la pandemia del cólera en 1833, y los brotes de 1851, países europeos acordaron celebrar conferencias internacionales sanitarias. Así, la primera Conferencia Sanitaria Internacional fue un primer intento de internacionalizar los problemas de salud pública, para ello asistieron doce países: once europeos y uno asiático. En este intento se propuso la implementación y las condiciones de las cuarentenas marítimas, el cuidado del

comercio y la navegación en el Mediterráneo para que las actividades no se interrumpieran a causa de la aplicación de cuarentenas.¹⁵⁷

Cabe mencionar que en esta conferencia cada país se encontraba representado por dos delegados, entre ellos un médico y un funcionario. Como resultado de dicha conferencia, se obtuvo un convenio sanitario internacional que comprendió 137 artículos, pero al retirarse Francia y Cerdeña en el año de 1865 el convenio quedó sin efecto alguno.¹⁵⁸

La Segunda Conferencia Internacional celebrada en París en 1859, a pesar de que duró 5 meses, no contó con la participación de delegados médicos, sino solo asistieron diplomáticos y administradores. Su resultado fue un nuevo proyecto de convenio sanitario internacional, sin embargo, éste no prosperó y, por ende, no se tuvo noticia de él. Los temas tratados en esta ocasión se centraron en torno a medidas contra el cólera.

La Tercera Conferencia Sanitaria Internacional se celebró en Constantinopla hacia el año de 1866 y tampoco dejó huellas duraderas, ya que los países no aceptaron los acuerdos, a pesar de que los temas tratados se vincularan con el conocimiento de la profilaxis del cólera y el establecimiento de medidas sanitarias.¹⁵⁹

La Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional se celebró en Viena en el mes de junio de 1874. En esta ocasión, la delegación de Francia presentó un proyecto para establecer una Comisión Internacional Permanente de las Epidemias, que tuviera sede en Viena; este proyecto fue aprobado por unanimidad y se acordó que dicha comisión se compusiera por médicos designados por los gobiernos participantes, que se avocaran a “estudiar la etiología y la profilaxis del cólera, la epidemiología del cólera en los buques y puertos” debido a que se pensaba que de allí partían y transportaban las enfermedades; que se investigara el periodo de incubación de la enfermedad, las lluvias y las condiciones telúricas en las regiones del Mediterráneo oriental y del Mar Negro.¹⁶⁰

La Quinta Conferencia Sanitaria Internacional se reunió en Washington D. C., de enero a marzo de 1881; esta se considera la primera conferencia en donde se invitó a países latinoamericanos; a su vez, fue la primera conferencia que se realizó en el continente americano, pues las anteriores conferencias todas habían tenido sede en Europa. Entre los asistentes se encontraron, además de los países europeos, países americanos como Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Estados Unidos de América, Haití, México, Perú, Venezuela y Canadá. Aunque

¹⁵⁷ OMS, 1958: 6; ver también OPS, 1999.

¹⁵⁸ OPS, 1999: 7; Mateos, 2005: 340.

¹⁵⁹ OPS, 1999: 7; Mateos, 2005: 343.

¹⁶⁰ Mateos, 2005: 343.

pertenecían a España, Cuba y Puerto Rico estuvieron representados por Carlos Finlay (Figura 1). Esta Conferencia resultó de vital importancia por la presentación que realizó el médico cubano Finlay de su teoría sobre la transmisión vectorial de la fiebre amarilla. Es preciso reconocer, sin embargo, que su hipótesis no fue aceptada en esta ocasión, porque la idea de que un vector pudiese causar alguna enfermedad no concordó con la teoría miasmática que contaba con mayor aceptación en aquel momento, como se expondrá en párrafos posteriores. Tuvieron que pasar aproximadamente dos décadas para que su teoría fuera aceptada.¹⁶¹ Volveremos sobre ello.

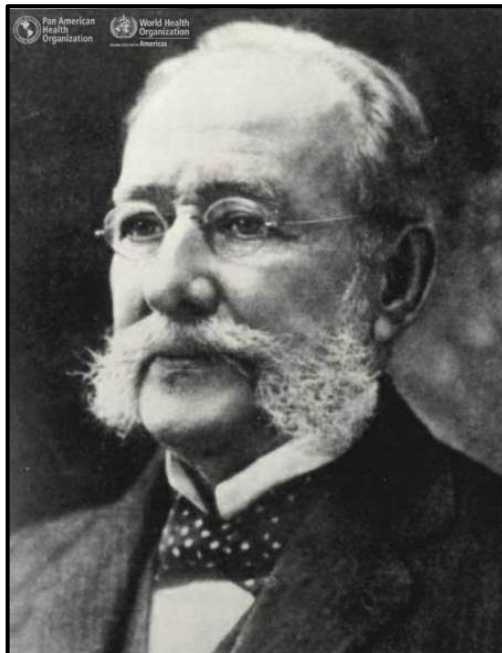


Figura 4: Carlos Finlay, médico cubano que descubrió la transmisión de la fiebre amarilla.¹⁶²

La Sexta Conferencia fue realizada en Roma en el año de 1885 y se centró en el tema de la afectación que sufría el comercio internacional y los transportes por causa de las enfermedades exóticas que se propagaban en Europa, entre ellas el cólera y la fiebre amarilla. Durante este año aun persistía el pensamiento de que dichas enfermedades procedían del continente americano, se estableció un convenio internacional, pero de alcance limitado que se avocaba al tema del cólera y de la peste, enfermedades que fueron causando numerosas bajas en la población europea.¹⁶³

¹⁶¹ OPS; 1999: 8. Ver también Finlay, 1965.

¹⁶² Imagen tomada del portal de internet <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6078>, el 9 de marzo de 2020.

¹⁶³ OPS, 1999: 7-8.

La Séptima Conferencia Sanitaria Internacional se llevó a cabo en Venecia en el año de 1892 y el objetivo principal fue la “simplificación de la reglamentación sanitaria para el paso por el canal de Suez”; de igual forma se estableció una distinción entre las naves marítimas, es decir, navíos indemnes, sospechosos e infectados.¹⁶⁴

La Octava Conferencia Sanitaria Internacional se llevó a cabo en Dresde, París hacia el año de 1893, allí se presentó un estudio que se evocó a “las medidas generales para salvaguardar la salud pública en tiempo de epidemia cólerica”, cabe señalar que el acta solo fue firmada por 10 países, mientras que los demás dijeron que lo consultarían con sus respectivos gobiernos.¹⁶⁵

La Novena Conferencia Sanitaria Internacional fue realizada nuevamente en París hacia el año de 1894, en esta ocasión los temas tratados fueron relativos a las peregrinaciones a la Meca y la vigilancia sanitaria del Golfo Pérsico.¹⁶⁶ La Décima Conferencia Sanitaria Internacional fue realizada en Venecia en 1897; ahí, el principal tema tratado se vinculó con la enfermedad de la peste, las medidas orientadas para el establecimiento de una vigilancia sanitaria de carácter rigurosa principalmente a los navíos de entrada en el canal de Suez.¹⁶⁷

La Undécima Conferencia Sanitaria Internacional fue realizada en París en 1903 y su principal objetivo fue unificar los cuatro convenios sanitarios aprobados en conferencias anteriores y difundirlos en un instrumento único. Para ello se creó el Convenio Sanitario Internacional, sin embargo, este convenio no tuvo vigencia para los países americanos. A su vez, también se planteó la urgencia de eliminar a las ratas y se retomaron los temas para el combate de la fiebre amarilla y el cólera.¹⁶⁸ Con respecto al cólera, durante la convención se “recomendó aplicar el descubrimiento de John Snow” quien demostró que la enfermedad pudo esparcirse a través del agua contaminada utilizada para consumo humano.¹⁶⁹

En la siguiente conferencia realizada en París entre los años de 1911 y 1912, se realizó la revisión de los convenios tratados en las anteriores reuniones y se instó a la cooperación entre los países para acatar los acuerdos firmados y, a pesar de que los 41 países representados firmaron los acuerdos, no entraron en vigor sino hasta octubre de 1929.¹⁷⁰

En la Decimotercera conferencia celebrada en París en 1926, la importancia de estas reuniones se hizo presente cuando fueron un total de cincuenta países que asistieron. Y entre los

¹⁶⁴ OPS, 1999: 8; Mateos, 2005: 344.

¹⁶⁵ Mateos, 2005: 344; OPS, 1999: 8.

¹⁶⁶ OPS, 1999: 9; Mateos, 2005: 344.

¹⁶⁷ Mateos, 2005: 344.

¹⁶⁸ Mateos, 2005: 345.

¹⁶⁹ Cueto, 2004: 12; ver también Doval, 2003; Rodríguez Morales, 2005; Cerda y Valdivia, 2007.

¹⁷⁰ Mateos, 2005: 344.

temas principales se mencionó la necesidad de establecer un reglamento sanitario relativo a las enfermedades de tífus exantemático y viruela.

La Decimocuarta conferencia fue realizada nuevamente en París, y participaron 49 países. Por unanimidad de votos se acordó la disolución del Consejo Sanitario marítimo y cuarentenario que se encontró en Egipto.

Como bien se expuso, los objetivos de cada una de las Conferencias versaron en dos temas que fueron por un lado los obstáculos a los que se enfrentaba las actividades comerciales y los transportes, y por otro, protegerse de las enfermedades como el cólera, la fiebre amarilla y la peste.

Por su parte, los países americanos realizaban sus propias reuniones que fueron lideradas —como dijimos en un principio— por Estados Unidos, teniendo como principal objetivo la preocupación hacia la actividad comercial. Por ello, es importante tener en claro que mientras los estados europeos se preocuparon desde la segunda mitad del siglo XIX por establecer acuerdos comunes en torno a la salud pública, los países americanos tuvieron una preocupación un poco más tardía, es decir, hasta finales de la penúltima década del siglo comenzaron a celebrar una serie de convenciones.

1.2.2.- Las Convenciones Sanitarias Internacionales de las Repúblicas Americanas y Las Conferencias Sanitarias Panamericanas

En el apartado anterior se vio que algunos países europeos fueron los primeros en plantear que, debido a la preeminencia de diversas enfermedades como cólera, fiebre amarilla, malaria, tifoidea, peste, entre otras, y que estas rebasaban fronteras, era indispensable que los problemas de salud fueran un tema que debía tratarse de manera internacional. Se vio también que a partir de ese planteamiento, surgió una serie de conferencias sanitarias internacionales que tuvieron por objetivos fundamentales, por un lado, suprimir los obstáculos que se oponían al comercio y a los transportes, y por otro, defender a Europa y a los “estados civilizados” de las enfermedades “exóticas” que imperaban en los puertos y fronteras.¹⁷¹ Esa preocupación y esa práctica política de establecer relaciones internacionales en torno a intereses sanitarios comunes fue replicada en el continente americano, dado que las mismas enfermedades dañaban también las relaciones

¹⁷¹ OPS, 1999: 3-4

comerciales en nuestro continente. Así surgieron las Convenciones Sanitarias Internacionales de las Repúblicas Americanas, en donde solo participaron países del continente americano.

La sede de la primera de estas convenciones fue Washington y fue llevada a cabo del día 2 al 5 de diciembre de 1902. Los objetivos expuestos en dicha reunión versaron en que las cuarentenas fueran eficaces para impedir la introducción en un país de enfermedades que afectaban en otro lugar, y que las restricciones se limitasen para con ello tratar de no perjudicar el comercio internacional de manera innecesaria.¹⁷² En esta convención los países asistentes fueron: Chile, Costa Rica, Ecuador, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y México.

Cabe señalar, como lo dijo el delegado Walter Wyman durante esta primera convención, que años atrás ya se habían celebrado reuniones americanas internacionales donde se expusieron temas de medicina y sanidad; sin embargo estas reuniones carecieron de valor oficial, ya que solamente se trató de “reuniones voluntarias de hombres profesionales prominentes” de las diversas repúblicas.¹⁷³ Es por ello que en la literatura revisada es común encontrar datos cruzados entre las convenciones y conferencias sanitarias americanas, y que ambas palabras sean utilizadas como sinónimos, lo cual algunas veces causa confusión.

Ahora bien, durante esta primera convención se estipuló que las repúblicas americanas informasen de su estado de salubridad, las obras que se llevaban a cabo y que indicaran defectos existentes con respecto a la seguridad de las naciones. También se discutieron temas como cuarentenas marítimas, enfermedades existentes, así como de avances científicos que ayudasen en la lucha contra las enfermedades.

Los discursos expuestos por los delegados de las repúblicas americanas, sobre todo por los representantes de Estados Unidos, señalaban la necesidad de cooperación y fraternización que debería existir entre los países, para con ello establecer lazos de asociación en la “discusión de las cuestiones de vital y mutua importancia”.¹⁷⁴ Sin embargo, los demás países asistentes reconocían la intención norteamericana de predominio y extensión de sus dominios.

Esta preocupación fue expuesta durante cada una de las convenciones siguientes, como lo demuestra una nota periodística publicada en el Diario El Popular, pues se expone que desde las primeras convenciones los dirigentes americanos ocuparon cargos dentro de los nuevos

¹⁷² Carrillo 2002: 17; ver también Carrillo, 2006: 232.

¹⁷³ Convención Sanitaria de las Repúblicas, 1902: 184. Intervención de Walter Wyman, cirujano general del servicio de sanidad pública y hospitales marítimos de EE.UU.

¹⁷⁴ Convención Sanitaria de las Repúblicas, 1902: 186. Intervención de David Hill subsecretario de estado EE. UU.

organismos creados durante las convenciones, ejemplo de ello fue la Unión Panamericana y la Oficina Sanitaria Internacional.¹⁷⁵

Durante la Segunda Conferencia realizada en la ciudad de México, las delegaciones asistentes fueron: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de Norteamérica, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. Entre los asuntos tratados estaban: políticas culturales, política internacional con énfasis en el mecanismo de arbitraje para dirimir las disputas interamericanas, la política económica y comercial, entre otros temas. De igual forma, se presentó un informe que recomendaba realizar una convocatoria en donde se reunieran representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas para realizar acuerdos y disposiciones sanitarias. Por ello se recomendaba la realización de convenciones de salud donde se permitiera exponer los acuerdos formulados; también se enfatizó en la creación de una junta ejecutiva con carácter permanente que llevaría a cabo las funciones referentes al cuidado de la salud y la vigilancia de las condiciones comerciales.¹⁷⁶

Es en este contexto donde posteriormente se realizó la primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas, celebrada en Washington del día 2 al 5 de diciembre de 1902 y en la que se fundó la Oficina Sanitaria Internacional, misma que se tratará en el siguiente apartado.

Ahora bien, a estas convenciones se les conoce también como las Conferencias Sanitarias Panamericanas, donde los objetivos principales expuestos en cada una de ellas (Ver Cuadro 2) involucraban intereses políticos y económicos, sobre todo para los Estados Unidos de Norteamérica quien buscaba afianzar su poder hegemónico ante las otras repúblicas americanas.

Cuadro 2: Convenciones Sanitarias Internacionales de las Repúblicas Americanas

Orden	Apertura	Clausura	Sede	Asistentes	Temas Tratados
1ª	2-12-1902	4-12-1902	Washington	Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Uruguay.	Legislación y condiciones sanitarias de las repúblicas, se retoma disertación de Finlay, se crea la Oficina Sanitaria Internacional de las Repúblicas de América (posteriormente sería conocida como Oficina Sanitaria Panamericana). ¹⁷⁷

¹⁷⁵ El Popular, "La presidencia de la Unión Panamericana en manos del Srio de E.U no es conveniente" sábado 14 de abril de 1923.

¹⁷⁶ OPS, 1999: 11.

¹⁷⁷ El Consejo Directivo de esta Oficina estuvo integrado por presidente, doctor Walter Wyman (Estados Unidos de Norteamérica); secretario doctor Juan J. Ulloa (Costa Rica) y vocales los doctores A. H. Doty y Rhett Goode

2ª	9-10-1905	14-10-1905	Washington	Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos de América, Guatemala, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Uruguay, Venezuela.	Cuestiones sobre la fiebre amarilla, cuarentenas marítimas, control de las epidemias para territorios contiguos. Se establece el Primer Código Sanitario Panamericano, solo no firmo Uruguay.
3ª	2-12-1907	7-12-1907	México, D.F.	Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Uruguay.	Adopción de la Convención General Sanitaria Internacional de Washington por parte los países europeos que poseyeran colonias americanas, medidas sanitarias en los puertos, vacuna obligatoria contra la viruela, centralización de servicios sanitarios, Se realizaron disposiciones para el control de la malaria, fiebre amarilla entre otras enfermedades.
4ª	25-12-1909	3-01-1910	San José, Costa Rica	Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Venezuela.	Medidas eficaces para los puertos, difusión por parte de los gobiernos de informes educacionales sobre malaria y tuberculosis, disposición para prevenir enfermedades, que se cree en la quinta conferencia la definición de inmunidad contra la fiebre amarilla.
5ª	5-11-1911	11-11-1911	Santiago de Chile	Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Uruguay, Venezuela.	Relaciones de comunicación con Montevideo, informes sanitarios de los países, cursos de instrucción sobre sanidad pública, medidas de cuarentena marítimas, definición de inmunidad contra la fiebre amarilla
6ª	12-12-1920	20-12-1920	Montevideo	Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Chile, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, México (representado por un médico uruguayo), Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela.	Tuberculosis, disposiciones para el control de enfermedades venéreas, difusión a través de la oficina sanitaria panamericana de datos referentes a la malaria, se incluye al tifo en la lista de enfermedades, campañas contra vectores de enfermedades, aumentos de fondos para la oficina, publicación de un Boletín de la oficina, Redacción de un código sanitario panamericano.
7ª	5-11-1924	15-11-1924	La Habana, Cuba	Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Estados Unidos de Norteamérica, Guatemala, Haití, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. También asistieron representantes de la Oficina Sanitaria Panamericana Dr. Huhg S. Cummings y J.D. Long, el Dr. Norman White por parte de la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones	Forjar el Código Sanitario Marítimo Panamericano.

(Estados Unidos de Norteamérica), Juan Guiteras Gener (Cuba), Eduardo Licéaga (México) y Eduardo Moore (Chile). Delgado y Pichardo, 2002: 21.

8ª	12-10-1927	20-10-1927	Lima Perú	Colombia, Honduras, Panamá, Paraguay, Estados Unidos de Norteamérica, Guatemala, Bolivia, Republica Dominicana, Costa Rica, Venezuela, Haití, Uruguay, Ecuador, Argentina, Cuba, Brasil. No fueron México y Nicaragua.	Enfermedades infecciosas y contagiosas, patentes de sanidad como requisito obligatorio, requerimientos mínimos para la construcción de barcos y muelles y evitar la infestación de ratas, se promovió la instauración de instituciones especializadas en el trabajo y la higiene industrial en vías del avance del proceso de industrialización que imperaba en América Latina y en EE. UU.
----	------------	------------	-----------	--	---

Fuentes: Actas de las Conferencias Sanitarias Internacionales de las Repúblicas Americanas; Organización Panamericana de la Salud, 1999.

No fue sino hasta el año de 1901 que la teoría de Finlay titulada “la tercera condición independiente para la transmisión de la fiebre amarilla”, traería repercusiones en el ámbito de la salud pública a nivel internacional, y según la Organización Panamericana de la Salud “Finlay, preconizó en esta Conferencia [V], que la presencia de un agente y su destrucción, y junto con el alejamiento de las vías por donde se propaga la enfermedad, se establecerían los pilares de la acción sanitaria en el siglo XX”.¹⁷⁸

De nueva cuenta se reiteró el compromiso durante estas conferencias, para que los países procuraran un comercio libre de enfermedades y con ello cuidar a los países de no obtener enfermedades exóticas con estos intercambios mercantiles, pero también se externó la preocupación de los representantes ante la hegemonía de Estados Unidos de Norteamérica.

1.3.- La Salud Pública en el plano Internacional y la Oficina Sanitaria Internacional

Como bien expusimos anteriormente, la preocupación internacional por el cuidado de la salud tuvo su referente en los acuerdos comerciales que sucedieron a partir de la segunda mitad del siglo XIX y durante el siglo XX. Desde esa época autoridades europeas, y posteriormente americanas, se dieron a la tarea de expresar su preocupación en torno a los devastadores efectos que ocasionaban enfermedades como cólera (principalmente), fiebre amarilla e inclusive tífus

¹⁷⁸ OPS, 1999: 7. Durante el III Congreso Médico Panamericano celebrado en la ciudad de la Habana durante los días del 4 al 7 de febrero de 1901, se presentó un amplio informe de los miembros de la Comisión Médico Militar Americana, presidido por Walter Reed, donde con desdén, reconocerían la teoría del médico cubano Finlay, indicando que habían comprobado plenamente al mosquito como transmisor de la fiebre amarilla. En ese mismo congreso Finlay señaló las diferencias entre los experimentos de la Comisión Médico Militar y sus propios experimentos, indicando que los estadounidenses habían realizado sus pruebas durante la temporada invernal, mientras que él los había realizado durante el periodo de verano, por lo cual encontraba grandes divergencias entre los resultados en Abascal *et. Al.*, 1955: 26-30.

exantemático. ¿Pero, más allá del comercio, qué sucedía con la salud de las poblaciones? Desde la década de los ochenta del siglo XIX los avances en los medios de transportes y el desarrollo del comercio intensificaron los flujos migratorios; este fenómeno evidenció la incapacidad de las autoridades para atender la salud, ya que las enfermedades no dieron tregua, ni respetaron fronteras, puertos, ni medidas sanitarias como las cuarentenas.

Ante los procesos sociales y políticos que se experimentaban a nivel internacional,¹⁷⁹ los problemas en el plano sanitario materializaron la interacción entre los países, quienes se dieron a la tarea de ensayar con nuevos paradigmas que ayudaron a la conservación y expansión de sus intereses económicos, políticos y sociales, pero sobre todo a los comerciales.

La exposición de cómo los intereses económicos de los países desarrollados expresaron esa preocupación por la salud de las poblaciones, nos permite observar también toda una compleja red de fuerzas económicas, políticas y sociales que se encuentran relacionadas; es decir, desde las acciones sanitarias implementadas hasta el uso de fuerzas militares para su aplicación. En este contexto es importante referir los problemas de salud que afectaron a los países americanos, sobre todo, a la atención internacional que recibieron los asuntos sanitarios, para poder dar un vistazo a las políticas públicas que se implementaron en los territorios afectados, haciendo énfasis en la influencia que ejerció Estados Unidos en los países latinoamericanos que se encontraban en vías de desarrollo. Por ello es de vital importancia retomar el tema de la creación de la Oficina Sanitaria Panamericana, pues su nacimiento se debió principalmente a la presencia de la epidemia de fiebre amarilla que afectó tanto a Estados Unidos de América como en general a toda América Latina, con lo cual se originó una serie de acuerdos internacionales que trataron de contrarrestar el cruce de la enfermedad de un lugar a otro.

De acuerdo con Gómez y Khnoshood, durante el periodo comprendido entre los años de 1830 a 1924 aparecieron las primeras organizaciones internacionales que se ocuparon de implementar una salud pública que fuera internacional; esto se dio principalmente por la pandemia de cólera entre 1830 y 1833, tema que fue central en la Primera Conferencia Sanitaria Internacional en el año de 1851.¹⁸⁰ Asimismo, entre los años de 1851 a 1903 sucedieron once conferencias internacionales, de las cuales hacia 1902 fue la primera conferencia en la que participaron países americanos, donde el tema de la fiebre amarilla vinculado con las actividades comerciales fue uno de los principales a tratar.¹⁸¹

¹⁷⁹ La expansión del capitalismo, el expansionismo norteamericano, la migración que sucedió por diversas causas, por decir algunos ejemplos.

¹⁸⁰ Gómez y Khnoshood, 1991: 1.

¹⁸¹ OPS, 1999.

De dichas reuniones se creó y fundó la Oficina Sanitaria Internacional en 1902, la cual respondió ante la necesidad imperante de solucionar los problemas que se tenían en cuanto a las transacciones comerciales, ya que las vigilancias en los puertos y fronteras interferían con el comercio internacional. Ante estos problemas la Oficina actuó de acuerdo con sus objetivos explícitos, es decir:

- Solicitar a cada país transmitir pronta y regularmente a dicha Oficina toda la información relacionada con las condiciones sanitarias de sus respectivos puertos y territorios.
- Aprovechar toda oportunidad y los recursos disponibles para llevar a cabo estudios científicos cuidadosos y completos sobre cualquier brote de enfermedad contagiosa que pudiera presentarse dentro del territorio de cualquiera de los países.
- Proporcionar su mayor ayuda y su experiencia a fin de obtener la mejor protección posible para la salud de los países a fin de conseguir la eliminación de la enfermedad y facilitar el comercio entre las naciones.
- Promover, incluso con carácter obligatorio, la construcción de servicios sanitarios en los puertos marítimos, incluyendo mejoras sanitarias en los muelles, drenaje, pavimentación, eliminación de focos infecciosos en edificios y la destrucción de mosquitos y otros insectos.¹⁸²

Esta oficina fue creada por los representantes de 11 países,¹⁸³ cuando se reunieron en la Primera Convención Sanitaria General Internacional de las Repúblicas de las Américas, a raíz de un informe presentado por el Décimo Comité llamado Política Sanitaria Internacional, en enero de 1902 durante la Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos.¹⁸⁴ Bustamante señala que una proposición formal basada en ese informe fue la que ordenó la celebración de la Primera Convención Sanitaria Internacional en Washington, D. C., en donde además de considerarse la notificación de las enfermedades, entre las que figuraba la fiebre amarilla, se tomaron acuerdos como la realización periódica de las convenciones sanitarias, y se argumentó la creación y el establecimiento de la Oficina Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas.¹⁸⁵

La directiva de esta Oficina tuvo como primer presidente al Doctor Walter Wyman, 5 vocales entre los que se encontraron los doctores Juan Guiteras, de Cuba; Eduardo Moore, de Chile; A. H. Doty y Rhett Goode, de Estados Unidos; Eduardo Liceaga de México, y el doctor

¹⁸² OPS, 1999: 11.

¹⁸³ Los países participantes fueron: Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos de América, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Uruguay.

¹⁸⁴ Esta Segunda Conferencia Internacional Americana fue celebrada en la Ciudad de México entre los años de 1901-1902.

¹⁸⁵ Bustamante, 1952: 472

Juan J. Ulloa, de Costa Rica, que actuó como secretario. La Oficina tuvo una sede permanente en Washington D.C., y se consideró que los gastos de la oficina serían distribuidos de la misma manera como se hacía en la Oficina Internacional de las Repúblicas Americanas, de manera proporcional entre todos los gobiernos participantes.¹⁸⁶

Ante las recomendaciones que se realizaban desde la oficina sanitaria, los países debían realizar sus reportes e indicar la presencia de las enfermedades. Sin embargo, no todos realizaban dicha labor y ante el avance de Estados Unidos hacia Latinoamérica, también sucedieron progresos en las formas de intervención.

Es importante tener en claro cómo se trataron temas referentes a la salud pública a nivel internacional y cómo la presencia de las enfermedades afectó el desarrollo económico y político de los países. En el caso de México, a pesar de que en las conferencias antes mencionadas se presentaron delegados del país, internamente el gobierno de Díaz consideró la lucha contra las enfermedades epidémicas de vital importancia para el desarrollo, por ello ya se contaban con campañas para tratar de frenar las consecuencias de la presencia de las enfermedades como se verá en el siguiente capítulo.

¹⁸⁶ Bustamante, 1952: 472

Capítulo II

La salud pública de México: el contexto federal y local ante la presencia de las enfermedades tropicales, 1902-1913

En el capítulo anterior se expuso la problemática de la salud pública desde la diplomacia y los intereses económicos y geoestratégicos a nivel internacional. A partir de las reuniones entre naciones de diferentes continentes, se ponderó la preocupación de que las transacciones comerciales se vieran interrumpidas, y con ello el desarrollo de los países en expansión. De forma paralela se estaban desarrollando nuevos saberes en torno al origen y formas de transmisión de las enfermedades: la vacunación antivariólica tuvo un fuerte impulso y apoyo internacional; se aisló la bacteria causante del cólera y se emprendieron campañas de higienización para impedir su reproducción; se conoció la forma de transmisión de la fiebre amarilla, etc.

¿Cómo esto repercute a un país como México, que buscaba figurar a nivel internacional tanto comercial como económicamente? ¿Qué sucede con la salud pública en México, con respecto a los acuerdos internacionales que se están firmando para tratar de evitar el avance de las enfermedades? ¿Cómo es visto México desde lo internacional? El objetivo de este capítulo está centrado en la exposición de la situación del país en su contexto político, económico y social, para tratar de dilucidar el papel de México en el combate a enfermedades tropicales, así como también en los acuerdos internacionales y los intentos de construir una salud pública allende las fronteras.

Durante el Porfiriato, en efecto, el gobierno de México puso especial atención en la fiebre amarilla, acaso más que en el cólera, precisamente por su interés de despegar comercialmente a nivel internacional, y por el escollo que significaba esta enfermedad que era endémica en toda la costa del Golfo y en sus puertos. Yucatán ocupó un lugar importante en este interés nacional, debido no sólo a la endemidad de la fiebre amarilla en todo su territorio, sino por la intensificación en su producción de fibra de henequén y el despegue económico que tuvo su comercialización a través del Puerto de Progreso.

2.1.- México en el contexto internacional

En México, desde finales del siglo XIX, la salud de la población ocupó la atención de las autoridades locales y federales por los mismos motivos que se discutían en otros países, esto es, por el fuerte vínculo que había entre salud, desarrollo y comercio. Durante el mandato de Porfirio Díaz y su plan para el crecimiento y desarrollo del país, bajo su lema de “modernidad y progreso”, se implementaron acciones sanitarias y de infraestructura que fueron en búsqueda de un mayor desarrollo social en la población, iniciativas que evidenciaron el progreso económico y político de su gobierno.¹⁸⁷ En palabras de Joseph, el gobierno de Porfirio Díaz “presenció la gran transformación económica de México”, ligando a ese país, y específicamente al estado de Yucatán a través del henequén, a una economía mundial, en donde abundantes corrientes mercantiles aparecieron con el rápido desarrollo industrial de los Estados Unidos y de Europa Occidental.¹⁸⁸

Mientras tanto, en el ámbito internacional, se negociaba una división internacional del trabajo que se dio entre los industriales y los empresarios extranjeros, quienes buscaban productos primarios, mercados y oportunidades de inversión. Esta situación fue aprovechada por las elites nacionales y regionales mexicanas, quienes se hicieron de las mejoras de la infraestructura, la maquinaria moderna y de diversidad de bienes de consumo que propició la creciente disponibilidad de capital extranjero.¹⁸⁹ Sin embargo, la presencia de enfermedades tropicales en los principales puertos de comercio, resultó ser una gran limitante para que las relaciones comerciales se dieran con éxito, pues constantemente las embarcaciones, junto con mercancías y personas, fueron sometidas a rigurosas cuarentenas, con lo cual se retrasaba el progreso de dicho comercio.¹⁹⁰

En cuanto a las enfermedades tropicales, entre ellas la fiebre amarilla y el paludismo, se les conoció por el nombre de “enfermedades tropicales” debido a la facilidad de propagación que el hábitat tropical proporcionaba, es decir, el concepto fue designado a los padecimientos que frecuentemente se encontraban en los trópicos, caracterizados con climas cálidos y húmedos.¹⁹¹ Siendo así, que las condiciones medio ambientales (clima y geografía) de las regiones, desde donde partía el comercio, fueron los principales detonantes de la presencia de

¹⁸⁷ Carrillo, 2002a: 68. La autora expone que durante el porfiriato se pasó de un sanitarismo al desarrollo de una salud pública.

¹⁸⁸ Joseph, 1992: 38.

¹⁸⁹ Marichal, 1995: 13.

¹⁹⁰ Joseph, 1992: 38.

¹⁹¹ Ronzón, 2004: 9.

las enfermedades. Sin embargo, no hay que dejar de lado la falta de higiene, el saneamiento y el control marítimo que imperaban en la época. Cabe señalar que las condiciones endémicas de algunas enfermedades como la fiebre amarilla tuvieron mayores reservorios al presentarse individuos no inmunes a ellas, es decir con la llegada de viajeros, comerciantes, militares y todo tipo de personas que no hubiere tenido contacto antes con la enfermedad, tenían un gran riesgo de adquirir la enfermedad.

De esta forma, la condición epidémica se presentó, desde el siglo XIX y principios del XX, como la principal preocupación de los sectores políticos, de los comerciantes y de manera mundial, de los países en general, siendo un tema que atrajo la mirada no solo de las naciones europeas, sino también de las americanas, tal y como se pudo apreciar con las iniciativas emprendidas durante las conferencias mencionadas en el capítulo 1.

Con el desarrollo creciente del capitalismo, se propició la demanda de nuevos centros mercantiles, rutas de navegación, circulación de capitales y producción y abasto de mercancías, acciones que llevaron a las naciones a implementar medidas previsoras ante los ataques de las enfermedades. En México, con la expansión comercial del henequén, monocultivo producido en Yucatán, las autoridades sanitarias emprendieron medidas para mitigar las consecuencias de las enfermedades, y con ello poner en práctica una política con carácter internacional.

De acuerdo con Foucault,¹⁹² la medicina y la política diplomática regional definieron un discurso médico-político que intentó moldear comportamientos comerciales, políticos, diplomáticos y sociales a través de la reglamentación de parámetros de conducta. Es decir, la implementación de las campañas sanitarias sirvió para unificar relaciones en diferentes niveles de interacción entre los países.

En el terreno económico, México trató de promocionar la inversión extranjera en su territorio; en la Revista *Modern Mexico*,¹⁹³ por ejemplo, se publicaron diversos anuncios en lengua extranjera que invitaban a los inversionistas a realizar negocios en México, país al que se le describía como “*the land of living promise, where every american dollar doubles in a day*” o bien como “*the land of opportunity*”.¹⁹⁴ Con este tipo de anuncios, se indicaba la fertilidad de la tierra para la producción de diversos vegetales, entre los que se encontraban los tomates, cítricos, bananas, caña de azúcar, arroz, café, vainilla, piña, lechugas, etcétera. Además de la agricultura, también

¹⁹² Foucault, 1997: 11-12; 77-78.

¹⁹³ CAIHY, *Modern México*, “Mexico, “the land of living promise, where every american dollar doubles in a day” v. XX, n. 6, marzo de 1906, pp: 14.

¹⁹⁴ “La tierra de la promesa viviente, donde cada dólar estadounidense se duplica en un día” y “La tierra de las oportunidades” (traducción propia).

se exhortaba a la inversión en la ganadería señalando que “*it is the finest cattle country on the American continent*”.¹⁹⁵ Ahora bien, llama la atención un anuncio que se refiere a la producción del plátano en tierras fértiles de Tampico, sin embargo, ese lugar fue conocido por sufrir los embistes que ocasionaban las enfermedades tropicales (Figura 5).¹⁹⁶



Figura 5: Nota periodística que anuncia la enfermedad imperante en Tampico.¹⁹⁷

Desde finales del siglo XIX y principios del siglo XX, Tampico, así como Veracruz, principales puertos del comercio de México, tuvieron que lidiar con las enfermedades endémicas que eventualmente presentaban brotes epidémicos, como paludismo y fiebre amarilla. El Dr. Liceaga, presidente del Consejo Superior de Salubridad durante la última etapa del porfiriato, sostuvo en 1904 esta relación entre sanidad y economía: “si cada hombre es un valor para el Estado, la pérdida de vidas arranca brazos a la agricultura, a la industria y al comercio”, la pérdida influyó de manera directa en el menoscabo de la riqueza pública.¹⁹⁸ Por ello, en la búsqueda de

¹⁹⁵ CAIHY, *Modern México*, V. XX, “Mexico, “the land of living promise, where every american dollar doubles in a day” v. XX, n. 6, marzo de 1906. “Es el mejor país ganadero del continente americano” (Traducción propia).

¹⁹⁶ CAIHY, *La voz de la Revolución*, “El paludismo hemorrágico” 8 de noviembre de 1919; ver también HNDM, Diario Oficial de Mérida, enero 4 de 1904, Carta publicada de Eduardo Liceaga al Secretario de Gobernación.

¹⁹⁷ Fuente: CAIHY, 66411, *La voz de la Revolución*, “El paludismo hemorrágico” 1919.

¹⁹⁸ HNDM, *Diario Oficial de Mérida*, enero 4 de 1904, Carta publicada de Eduardo Liceaga al Secretario de Gobernación.

la modernidad, el país implementó un mejoramiento en todos los sentidos, puso en marcha proyectos que sirvieran para desarrollar la infraestructura de las ciudades, dotación de agua potable, de alcantarillado y de pavimentación de calles, ya que a su vez se trató de embellecer las ciudades.¹⁹⁹ La sanidad, la higiene y el orden eran indicadores de que México era un país en el que se podía invertir de forma confiable, con los rasgos necesarios de modernidad acordes con la época.

Sin embargo, las fuentes señalan que la mirada internacional hacia México era discordante ya que, por un lado, se subrayaban las oportunidades para la inversión de capitales; mientras que, por el otro, se presentaba un México en donde ni la vida ni la propiedad eran seguras y las leyes se mostraban administradas arbitrariamente por funcionarios corruptos y deshonestos.²⁰⁰

Lo cierto es que en México la prevención de las enfermedades y la preservación de la salud se hizo cada vez más relevante para la administración pública durante el Porfiriato, pues se pensaba que solamente un pueblo sano podía ser productivo y capaz de progresar; por ello, la salud pública se fue convirtiendo en un asunto de notable interés por las repercusiones que tenía en toda la sociedad. Se reconocía que “la conservación de la salud en cada clase social es tan importante para el rico como para el pobre... la influencia de la infección introducida a la choza del proletariado se esparce extensamente sin respetar persona” de manera que “el hombre no depende sólo de él mismo, las costumbres de los que lo rodean tienen una influencia directa sobre él”.²⁰¹

De esta manera, a principios del siglo XX la salud pública en México se convirtió en una condición necesaria para el bienestar de la sociedad y su desarrollo económico, como lo señaló Carrillo.²⁰² Para favorecerla se hicieron múltiples propuestas que tenían como fundamento los planteamientos de la higiene y las ciencias médicas, promovida de forma cada vez más sistemática por instituciones estatales especializadas. Sin embargo, hay que señalar que, de acuerdo con González Navarro, la obra sanitaria porfirista no benefició a las colonias pobres y que, con el aumento de los habitantes de la capital, se reflejó un anárquico nacimiento y crecimiento de numerosas colonias, en su mayoría sin los servicios sanitarios más indispensables.²⁰³

¹⁹⁹ Ríos de la Torre, 2006: 1; ver también Agostoni, 2003.

²⁰⁰ CAIHY, *Modern México*, “Mexico, “the land of living promise, where every american dollar doubles in a day” v. XX, No. 6, marzo de 1906.

²⁰¹ HNDM, *Periódico Oficial del Estado de Michoacán*, tomo I, n. 63, 6 de agosto de 1893, p. 2.

²⁰² Carrillo, 2002a.

²⁰³ González Navarro, 1974.

El doctor Liceaga señalaba que, para combatir la fiebre amarilla, por experiencia, resultaba necesario divulgar las enseñanzas de las ciencias y aprender de las experiencias de los países extranjeros ante la afrenta que le hacían a dicha enfermedad.²⁰⁴ Evidentemente se refería a Cuba. En su comunicado al secretario de gobernación, señaló que el desarrollo del comercio en los puertos de México había sido detenido, debido a la fiebre amarilla.

En el caso del puerto de Progreso, dada su situación de cercanía con la isla de Cuba y las relaciones establecidas con esta y con Estados Unidos, se consideraba que debería de tener un desarrollo económico mayor del que poseía a principios del siglo XX, pero que, si eso no era así, era precisamente al temor de la fiebre amarilla que imperaba en la zona costera. Lo mismo opinaba del puerto de Veracruz. Liceaga menciona en su carta que:

el horror a las epidemias de fiebre amarilla, aleja de nuestras feraces tierras del litoral del Golfo a millares de extranjeros que vendrían a poblarlos y a levantar la agricultura hasta la altura a que ha llegado en comarcas similares.²⁰⁵

De esta manera, el ilustre doctor señalaba que las enfermedades tropicales, específicamente la fiebre amarilla, formaron parte esencial del lento desarrollo económico, y, por ende, eran el principal problema que tenía que sortear el país en busca de la modernización y el progreso. Sin embargo, de igual forma la pobreza significaba un elemento importante, porque con ello no se reflejaban los esfuerzos que realizaba el presidente Díaz: los intelectuales porfiristas miraban al indígena como un lastre, pensaban sustituirlo con una numerosa inmigración extranjera.²⁰⁶ El asunto es que esa población extranjera era la más vulnerable a la fiebre amarilla, por lo que su llegada a las zonas endémicas generaba sustentadas reservas y temores.

Para el año de 1911, las dos terceras partes de las inversiones extranjeras en México correspondían a los norteamericanos, una quinta parte a los ingleses –quienes invirtieron en la minería y establecieron la primera línea de ferrocarriles en México– y poco menos de una décima parte correspondió a los franceses, quienes se dedicaron sobre todo a la industria textil. Con el objeto de aumentar la riqueza del país, la colonización recibió gran impulso, a pesar de que México tuvo fricción principalmente con los franceses, chinos, norteamericanos, españoles y

²⁰⁴ HNDM, *Diario Oficial de Mérida*, enero 4 de 1904, Carta publicada de Eduardo Liceaga al Secretario de Gobernación.

²⁰⁵ HNDM, *Diario Oficial de Mérida*, enero 4 de 1904, Carta publicada de Eduardo Liceaga al Secretario de Gobernación.

²⁰⁶ González Navarro, 1974.

guatemaltecos; sin embargo, en general los indios y mestizos fueron los más perjudicados porque fueron despreciados y explotados por los extranjeros.²⁰⁷

Si bien el gobierno mexicano continuaba con su ideología progresista, sus acciones no rendían los frutos esperados, pues las inversiones realizadas en el puerto de Veracruz resultaban inservibles debido a las cuarentenas impuestas en La Habana por parte de las autoridades sanitarias de Estados Unidos, y con ello se señalaba que tanto la agricultura, como la industria y el comercio exterior, sufrieron constantemente con la existencia endémica de la fiebre amarilla. Liceaga señaló que para que esto dejara de suceder, se tendría que “desaparecer de nuestro suelo la fiebre amarilla”.²⁰⁸ Por ello, el gobierno federal instó a que en la capital del país y sus estados se llevaran a cabo obras que ayudasen en la búsqueda, no solo de un reconocimiento internacional, sino a una mejora en su infraestructura y su higiene que ayudase a combatir la presencia de las enfermedades, específicamente, a la de fiebre amarilla.

2.1.1.- Modernización y progreso. Infraestructura para frenar las enfermedades y acelerar el comercio

En la búsqueda de un progreso de la nación y para afrontar los problemas que se presentaban en las grandes ciudades del país, se adoptaron diferentes políticas enfocadas al engrandecimiento de las ciudades y su entorno urbano, a la creación de hábitos higiénicos de los pobladores y a reformar a los delincuentes. Durante el desarrollo del progreso, las autoridades federales aconsejaron a los gobernantes realizar ciertas obras en la infraestructura de sus ciudades que coadyuvasen a la mejora de las condiciones de salud pública de los estados para tener un mejor avance y desarrollo en las actividades económicas y comerciales sin que la presencia de enfermedades afectara dicha actividad.²⁰⁹

Para poder realizar las acciones mencionadas, la comunidad científica, entendiendo por ello a una red de profesionales de reconocida experiencia y competencia en las ciencias,²¹⁰ sugirió a los gobiernos ejecutar diversas actividades; entre ellas, desde el Consejo Superior de Salubridad, se realizó un análisis sanitario de la República Mexicana para saber la situación de la salud pública de los estados. Al respecto, Liceaga indicó que “el país entero no podía regirse por las

²⁰⁷ González Navarro, 1974.

²⁰⁸ HNDM, *Diario Oficial de Mérida*, enero 4 de 1904, Carta publicada de Eduardo Liceaga al Secretario de Gobernación.

²⁰⁹ Agostoni y Ríos, 2010: 95; Carrillo, 2002a: 8.

²¹⁰ Has, 1992: 1-35.

condiciones de salud que sólo existían en la capital” y hacia 1910 se llevó a cabo este análisis; sin embargo, los estados de Veracruz, Campeche, Tlaxcala, Oaxaca y Quintana Roo, no respondieron al cuestionario que fue enviado a cada estado.²¹¹

Con la dirección del doctor Liceaga como presidente del Consejo Superior de Salubridad, se formalizó la función científica y social en 1885. Por tanto, con él se pudo desarrollar lo que podría denominarse como una salud pública mexicana, ya que bajo su mandato se administraron vacunas, se estudiaron las epidemias, se instó al gobierno a realizar las limpiezas en las ciudades, y para el año de 1891 se materializó el Código Sanitario del país. Este código es de gran importancia porque dividió la administración sanitaria en local y federal. Asimismo, con él se establecieron reglas y obligaciones, mismas que tuvieron reformas en los años de 1894 y 1903.²¹²

Rodríguez de Romo y Rodríguez Pérez señalan que “con Eduardo Liceaga, [como] vicepresidente de la Asociación Americana de Salud Pública, se inició la participación de México en los asuntos sanitarios Internacionales”.²¹³ Es necesario señalar que este médico mexicano participó durante las conferencias internacionales como representante y delegado por parte de México. Al ser presidente del Consejo Superior de Salubridad, estableció las bases para el Código Sanitario; representó a México como delegado durante las conferencias y defendió el nombre y prestigio de México en las reuniones internacionales. La labor de este médico mexicano en las reuniones interamericanas fue precursora de los actuales organismos de cooperación internacional.

El papel de este galeno es de importancia para el desarrollo de esta investigación, pues por su iniciativa se patrocinó la investigación científica para averiguar la etiología y modo de transmisión de la fiebre amarilla en México aprovechando las ideas recientes de Carlos Finlay.²¹⁴

En Yucatán, las autoridades locales se mantenían al tanto de los avances científicos que procuraban acabar con las enfermedades como la fiebre amarilla, ejemplo de ello fue la iniciativa presentada por el diputado López García, quien señaló en su discurso presentado ante el Congreso del Estado,²¹⁵ que una de las preocupaciones de los gobiernos actuales cultos, que procuraban el mayor bienestar posible para todas las clases sociales, estaba vinculado con evitar

²¹¹ Rodríguez y Rodríguez, 1998.

²¹² Agostoni y Ríos, 2010: 101. En 1891 se determinó que los puertos y ciudades fronterizas dependerían del gobierno federal en lo relacionado con la policía sanitaria nacional e internacional, además de reglamentar todos los ámbitos de la vida social.

²¹³ Romo y Rodríguez, 1998: 294, los corchetes son míos.

²¹⁴ Liceaga, 1949: 79- 106; ver también, Carrillo 2002a: 67-87; Escotto Velázquez, 1999: 237-238.

²¹⁵ El Congreso del Estado de Yucatán es la asamblea de diputados en la que se deposita el Poder Legislativo del Estado de Yucatán, fundado el 20 de agosto del año de 1823.

desde su origen aquellas enfermedades que no solamente causaban pánico, desolación y miseria, sino también contribuían al menoscabo del aumento de la población.²¹⁶

Cabe señalar que, a principios del siglo XX, la salud pública no estaba centralizada, si bien cada estado tuvo la responsabilidad a través de las Juntas Superiores de Sanidad para enfrentar a las diversas enfermedades, por ello, el siguiente tema se enfoca a los diversos organismos que regularon las cuestiones sanitarias en los estados.

2.1.2.- La salud pública federal y las Juntas Superiores de Sanidad de los Estados

Entre finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX se crearon direcciones o departamentos de sanidad que han sido objeto de variados estudios históricos.²¹⁷ Estos organismos aspiraban a tener un alcance nacional para tratar de centralizar toda actividad del estado referida a la salud pública. Cabe señalar que para el caso de México la vigilancia de la salud pública se encontraba a cargo del Consejo Superior de Salubridad, mientras que en los estados de la república se instauraron las Juntas Superiores de Sanidad, quienes realizaban las labores de campañas contra las enfermedades, y el cuidado de la salud en los estados.

Cueto menciona que los organismos de salud en América Latina, se encontraban afiliados a Ministerios de Instrucción o del Interior y ocasionalmente a los de Agricultura o comercio.²¹⁸ Estas afiliaciones sugerían las nuevas funciones de la salud estatal, es decir: la educación, control y productividad económica, o, dicho de otra manera, la persuasión, la capacidad de coerción y la protección de las áreas económicas consideradas prioritarias.²¹⁹

Con el fin de combatir los problemas a los que se enfrentaron las ciudades, se llevaron a cabo diversas actividades de las que destacaron las campañas sanitarias. Otro aspecto que destacó en materia científica fue la utilización de las estadísticas médicas, pues diversos médicos indicaron su importancia para evidenciar la mortalidad y morbilidad del estado, ya que la insalubridad, la diseminación de enfermedades epidémicas y endémicas continuaban cobrando la vida de numerosas personas.²²⁰ Desde el plano federal, durante este periodo analizado, la gestión emprendida por el general Díaz, como parte del esfuerzo hacia el progreso, se redimieron

²¹⁶ HNDM, *Diario oficial del Estado de Yucatán*, Sesión Ordinaria del día 7 de agosto de 1903. Iniciativa del C. Diputado López García, relativa a una ley para la profilaxia de la fiebre amarilla en el Estado Mérida.

²¹⁷ Ver por ejemplo los estudios de Martínez y Martínez, 1997; Carrillo 1998, 2002a, 2002b, Martínez y Martínez, 2000.

²¹⁸ Cueto, 2005.

²¹⁹ Agostoni, 2003.

²²⁰ Agostoni y Ríos, 2010: 96.

y reforzaron las funciones del Consejo Superior de Salubridad, organismo que fue creado desde el año de 1841,²²¹ es decir, logró constituirse como un organismo de alcance nacional bajo la dirección del doctor Eduardo Liceaga.

Bajo la consigna de “todo lo que tiende a conservar la salud, a proteger la vida y a mejorar la especie humana, es la base fundamental del engrandecimiento de una nación”, el presidente Díaz impulsó y respaldó las campañas sanitarias que el doctor Eduardo Liceaga le recomendó desde el Consejo Superior de Salubridad.²²² Cabe señalar que este organismo, a pesar de haberse constituido desde mediados del siglo XIX, solamente realizaba sus acciones en la capital del país, sin tener jurisprudencia en los estados del interior de la república, donde la autoridad regional se encontraba a cargo de las Juntas Superiores de Sanidad.²²³

Por ello, el doctor Liceaga mantuvo una estrecha comunicación, en nombre del Consejo que precedía, con el secretario de Gobernación, señalando que se debía combatir a la fiebre amarilla con más ahínco, pues hasta la fecha aún se padecía de la enfermedad, y que se deberían aplicar los avances de la ciencia y a su vez divulgar sus resultados y la experiencia de combate que tuvieran los países vecinos.²²⁴

El comentario del doctor Liceaga señala que aún se sufrían las consecuencias de las enfermedades tropicales. Por ello las acciones que se emprendieron desde el Consejo Superior de Salubridad fueron: enviar a representantes a congresos internacionales y organizar reuniones nacionales donde se trataran los temas de salud y medicina, con lo cual se intentaba traer al país los últimos adelantos de las ciencias para aplicarlas al país, de esta manera se trataba de federalizar las estrategias emprendidas durante las campañas contra las enfermedades.²²⁵

Bajo la dirección de este médico, el Consejo Superior de Salubridad (CSS), sostuvo como principales funciones: recabar, cuantificar, analizar y comparar información en materia de salud que procediesen de la capital, de los puertos y fronteras, así como del interior de la república. Con dicha información se implementaron programas de salud acordes con las innovaciones

²²¹ No fue hasta el año de 1882 cuando se realizó un dictamen sobre la higiene pública en el país, resultando evidente la carencia en diversos estados de la república de juntas de sanidad y que en los estados en donde sí las tenían, sus servicios eran deficientes. Carrillo (2002a: 68) señala que estas juntas de sanidad no presentaron solidaridad entre las diferentes regiones del país en materia de higiene pública, lo cual, constituyó un problema grave en materia de salud pública para el país.

²²² Liceaga, 1949: 1: 107.

²²³ Ríos de la Torre, 2004: 145-146.

²²⁴ HNDM, *Diario Oficial de Mérida*, enero 4 de 1904, Carta publicada de Eduardo Liceaga al Secretario de Gobernación. La idea de comunicación entre naciones también fue debatida en los diversos congresos internacionales.

²²⁵ HNDM, *Diario Oficial de Mérida*, enero 4 de 1904, Carta publicada de Eduardo Liceaga al Secretario de Gobernación; ver también Sagasti y Pavez, 1989: 190.

médicas y científicas de la época.²²⁶ Cabe señalar que la ignorancia y pobreza en que vivía la mayoría del pueblo imposibilitaban la existencia de mejores condiciones sanitarias. Y resultaba en balde que el Consejo Superior de Salubridad estuviera integrado por hombres internacionalmente conocidos como capaces e instruidos, porque sus esfuerzos solamente alcanzaban un éxito parcial, pues la mayoría de las veces sus acciones se vieron obstaculizadas con la falta de presupuesto para realizar las campañas, además de la incredulidad que algunos médicos y la población tuvieron en cuanto a los descubrimientos de la transmisión de las enfermedades.

En 1903 hubo un grave brote epidémico de fiebre amarilla que afectó a toda la costa del Golfo de México. Entonces, el doctor Liceaga estableció la necesidad de que, en los lugares que estuvieran afectados por la enfermedad, se constituyera un Servicio Especial contra dicha enfermedad con el objetivo de poner fin a los estragos que el mal realizaba. Sin embargo, el problema de la falta de personal y de fondos para mantener esta lucha, fue el principal motivo a los que se tuvieron que enfrentar.²²⁷

Mientras tanto, el gobierno federal emprendió las obras de desagüe, drenaje y entubado, se limpiaron las calles, se comenzó a juntar la basura a través de un carro recolector que avisaba con una campanilla, se instalaron mingitorios en las zonas más populares y se expidieron códigos, reglamentos, leyes y bandos de policía que tenían la facultad de multar a toda aquella persona que cometiera actos de vandalismo en la vía pública, ya sea como arrojar aguas sucias u otro tipo de inmundicias.²²⁸

En cuanto a las cuestiones hidráulicas, se construyeron tuberías para transporte de agua para el abastecimiento en las ciudades de México, Puebla, Mérida y Guadalajara, obras que comenzaron desde finales del siglo XIX. De acuerdo con Agostoni,²²⁹ algunos médicos, higienistas e ingenieros sanitarios, estimulaban a que la población conservara una limpieza e higiene personal con el objetivo de mejorar la salud de la población y con ello contribuir al orden y progreso de la nación.

²²⁶ El Consejo Superior de Salubridad fue creado el 4 de enero de 1841 por el presidente Antonio López de Santa Anna, sin embargo, sus acciones y emprendimientos fueron cambiando en la medida que se aplicaban los últimos preceptos en materia de salud, por ende, no hay que tomarlo como una continuidad de lo que en principio se estableció con Santa Anna.

²²⁷ AGEY, Fondo Congreso del Estado, Sección Comisión del Gobierno- Dictámenes, v. 7, exp. 35, f.7. “Dictamen de la Comisión de Gobernación sobre las medidas a seguir en el caso de presentarse síntomas de fiebre amarilla”.

²²⁸ CAIHY, Consejo Superior de Salubridad, LXVIII-1905- 1/2- 11 “Instrucciones para defenderse de la fiebre amarilla e impedir la propagación”, noviembre de 1905; también ver: CAIHY Consejo Superior de Salubridad de México, Delegación Sanitaria en Yucatán, *Circular del Ejecutivo del Estado No. 1998*, 30 de agosto de 1909.

²²⁹ Agostoni, 2013: 25.

Cuando en 1903 se presentó una fuerte epidemia de fiebre amarilla en la nación mexicana, Liceaga ordenó la formación de servicios especiales contra esta enfermedad, mandó a establecer estaciones sanitarias en los puertos de Acapulco, Mazatlán, Veracruz, Tampico, Manzanillo, Guaymas, Coatzacoalcos, Progreso, así como también en las zonas fronterizas.²³⁰

En tiempos regulares, cada estado tenía su propia Junta Superior de Salubridad, que rendían cuentas directamente a los gobernadores. Al presentarse la fiebre amarilla en 1903, sin embargo, algunas de las juntas fueron supeditadas bajo la dirección del Consejo Superior de Salubridad de México. En el caso de Mérida, Carrillo señala que la falta de fondos fue uno de los principales motivos por los que la Junta de Sanidad, no envió informes al Consejo Superior de México.²³¹

En 1904, Luis E. Ruiz indicó que la higiene se trataba del “arte científico de mantener la salud y aumentar el bienestar”, es decir, cada individuo tenía que asumir la responsabilidad de la higiene personal, la higiene del hogar correspondería a la familia, y el saneamiento, orden y limpieza de la ciudad la responsabilidad recaía en las autoridades locales.²³²

Esta idea de la relación entre salubridad y clima, se había externado cuando se realizó la geografía médica, la cual se inició con los trabajos de Orvañanos desde 1889,²³³ y continuó con la propuesta del general Alberto Escobar, quien fuera director del Hospital Militar de Instrucción en 1891 y cuyo trabajo dio como resultado un ensayo de geografía médico militar que fue publicado por el Estado Mayor en 1907. Este trabajo resultó importante debido a que aportó conocimientos e información acerca de las zonas insalubres, identificando enfermedades endémicas y la etiología conocida o probable de las principales enfermedades.²³⁴ Cabe señalar que este trabajo fue elaborado estrictamente con fines militares.

En cuanto a las campañas emprendidas para controlar las enfermedades, estas tuvieron dos objetivos: por un lado, reducir los índices de mortalidad en la población, mientras que, por el otro, aumentar demográficamente la población, lo cual reflejaría un signo de progreso, por ello en el siguiente apartado me enfoco a las campañas realizadas en la nación mexicana.

²³⁰ Liceaga, 1949: 106.

²³¹ Carrillo, 2002a: PAG?

²³² Ruiz, 1904: 166.

²³³ Su trabajo se tituló “*Ensayo de geografía médica y climatológica*”, donde propuso la responsabilidad individual y social ante la presencia de la enfermedad, Carrillo, 2002a: 71.

²³⁴ Carrillo, 2002a: 72.

2.1.3.- Las campañas nacionales contra las principales enfermedades

De acuerdo con Carrillo,²³⁵ las campañas realizadas en el país contra enfermedades como viruela, peste bubónica, tifo, fiebre amarilla, paludismo, tuberculosis, e incluso la sífilis, se realizaron con el fin de tener el libre tránsito de personas y sobre todo la libre circulación para el comercio y sus mercancías.

Cabe señalar que la enfermedad que más preocupó, no solo a nivel nacional sino también internacional, fue la fiebre amarilla, que no daba tregua en los puertos y fronteras.²³⁶

En la campaña realizada contra la viruela, como en otras, el gobierno puso en práctica diversos métodos de convencimiento para que la población mexicana se concientizara y siguiera las instrucciones que se promulgaban para el combate de la enfermedad. Aunque hay que resaltar que la población en general no prestaba tanto interés en las medidas profilácticas que el estado promovió, entre las que podemos mencionar las vacunas obligatorias, puestos de control y verificación para evitar individuos como vehículos de contagio y visitas domiciliarias para la observación de posibles casos sospechosos.²³⁷

Cabe mencionar que entre las estrategias utilizadas para las campañas contra las enfermedades tropicales, se aplicaban las cuarentenas, es decir, se cercaban zonas afectadas; posteriormente los inspectores de las juntas de sanidad de los estados visitaban las casas en busca de enfermos o sospechosos de fiebres, en caso de hallarse enfermos, estos eran trasladados a lazaretos ubicados en las afueras de las ciudades, y si las personas fallecían, sus pertenencias eran quemadas, incluso hasta sus viviendas.²³⁸

Bustamante menciona que en 1901 el doctor Liceaga comenzó a realizar el saneamiento del puerto de Veracruz, tomando como ejemplo lo realizado por la comisión americana durante la campaña realizada en La Habana, Cuba. Si pensamos en el puerto de Veracruz como uno de los principales puertos comerciales de México y en el que constantemente se sufría de la fiebre amarilla, podemos entender por qué Liceaga no dudo en comenzar la lucha en ese lugar. Para ello, la campaña tuvo como objetivo el saneamiento del puerto, que sería llevado a cabo con obras de infraestructura hidráulica. Así, el 26 de septiembre de 1901, se firmó el contrato para la

²³⁵ Carrillo, 2002a: 72

²³⁶ HNDM, Gobierno del Estado de Yucatán, *Junta Superior de Sanidad*, No. 6908 comunicación del General G. Cantón con J. Patrón Espada presidente de la Junta, 21 de agosto de 1903.

²³⁷ Carrillo, 2002a: 70-73.

²³⁸ Código Sanitario de 1903; HNDM, Gobierno del Estado de Yucatán, Sección de Gobernación, No. 6265, *Circular a los jefes políticos de los partidos del estado* noviembre de 2 de 1903; ver también CAIHY, Consejo Superior de Salubridad, Delegación Sanitaria en Yucatán, *Circular del Ejecutivo del Estado No.1908*, 30 de agosto de 1909.

introducción de agua del río Jamapa.²³⁹ Esta campaña se realizó con apoyo económico, tanto del gobierno federal como del local, quienes indicaron que irían por partes iguales, aceptando las dos condiciones que el doctor Liceaga estipuló para llevar a cabo su proyecto en Veracruz: “*aislamiento del enfermo de fiebre amarilla y extinción y aniquilamiento de los mosquitos*”.²⁴⁰

En sí, se seguían las indicaciones establecidas en el primer Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, el cual se promulgó en 1891 aunque posteriormente tuvo modificaciones en el año de 1903. En general estos códigos fungieron como documentos normativos y descriptivos que establecieron los niveles de higiene y salubridad que se aplicaban a todos los establecimientos productivos y comerciales, escuelas, rastros, casas, y en general regiría la salud de los mexicanos en todos sus aspectos.²⁴¹

En el artículo primero del Código de 1903, se señalaba que el servicio era federal o local, según tuviera por objeto el beneficio general del país, o particularmente de un estado o localidad. En los siguientes tres artículos se indican las jurisdicciones de las autoridades, es decir, que el servicio sanitario fue dirigido por conducto de la Secretaría de Gobernación en el orden federal y en el local del Distrito y Territorios, por conducto de los Gobernadores de los Estados en el orden local de su jurisdicción.²⁴² Mientras tanto, en el artículo 26 se establecieron las medidas profilácticas que se deberían llevar a cabo en los puertos mexicanos con el fin de impedir la importación de las enfermedades epidémicas y transmisibles.²⁴³

Es importante señalar las jurisdicciones de cada departamento y de qué manera se estipulaban en el Código Sanitario: en el mismo código se señala que si el gobierno del distrito o el ayuntamiento de la capital no estaban conformes con cualquier determinación del Consejo Superior de Salubridad, podrían acudir al ministerio de Gobernación para resolver lo oportuno en cada caso, lo mismo sucedería en el caso de los problemas que pudieran suscitarse entre los médicos inspectores sanitarios de cuartel y las Inspecciones de Policía.²⁴⁴

²³⁹ Bustamante, 1958a: 139.

²⁴⁰ Bustamante, 1958a: 140. Condiciones mismas que se habían establecido desde 1881 con Finlay.

²⁴¹ Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, Secretaria de Estado y del Despacho de Gobernación, México, Imprenta de Eduardo Dublán, 1903, pp.5.

²⁴² Hay que señalar que el Servicio especial contra la fiebre amarilla, establecido por Liceaga, junto con la Junta Superior de Salubridad, estaban subordinados por el Consejo Superior de Salubridad de México. AGEY, Fondo Congreso del Estado, Sección Comisión del Gobierno- Dictámenes, v. 7, exp. 35, f.7. “Dictamen de la Comisión de Gobernación sobre las medidas a seguir en el caso de presentarse síntomas de fiebre amarilla”.

²⁴³ Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos Secretaria de Estado y del Despacho de Gobernación, México, Imprenta de Eduardo Dublán, 1903, pp.6. El Código fue introducido el 31 de diciembre de 1902.

²⁴⁴ Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos Secretaria de Estado y del Despacho de Gobernación, México, Imprenta de Eduardo Dublán, 1903, pp.9.

Con respecto a las enfermedades, éstas son nombradas en el Libro Primero de la administración sanitaria federal, en el Capítulo I con los artículos 23, 24, 25, 26, mediante la expedición de las patentes “sucias”, es decir, expedientes de embarcaciones que hubieran presentado casos de peste bubónica, cólera asiático, fiebre amarilla, viruela, fiebre tifoidea, difteria, escarlatina, tifo o cualquier otro tipo de enfermedad transmisible.²⁴⁵ De igual forma, se indica en los artículos 25 y 26 la necesidad de comunicar en las patentes si en los puertos extranjeros, en donde la fiebre amarilla es endémica, la existencia de casos de la enfermedad en los puertos; y si los hubiera, se debía anotar la fecha en la que se observaron los primeros casos y los Cónsules debían comunicar al Consejo por vía telegráfica la salida de buques con destino a la república mexicana; de igual manera se señalaba las medidas profilácticas que se debían seguir con la finalidad de impedir la importación de las enfermedades epidémicas y transmisibles.²⁴⁶

Las medidas profilácticas llevadas a cabo en las embarcaciones y en los furgones de los trenes, consistieron en:

- 1° en la inspección médica sanitaria de las embarcaciones y furgones de los trenes,
- 2° en la inspección médica, la vigilancia y el aislamiento de los pasajeros sospechosos,
- 3° en el aislamiento de los enfermos hasta su completa curación en los lazaretos o lugares aislados de la localidad,
- 4° en la desinfección de las embarcaciones, carros y furgones de los ferrocarriles, en equipajes y mercancías que lo requiera,
- 5° en la destrucción de los animales conductores del contagio,
- 6° en la prohibición de la entrada al territorio mexicano de los individuos enfermos, y de ciertas mercancías.²⁴⁷

Ahora bien, cuando en 1903 comenzó la campaña contra la fiebre amarilla dirigida principalmente a los puertos y las ciudades con mayor importancia económica, se partió de los preceptos de eliminación del agente transmisor y el aislamiento de los enfermos o sospechosos de tener alguna enfermedad transmisible o infectocontagiosa, dictados por el doctor Carlos Finlay en el 5° Congreso Internacional de 1881.²⁴⁸ Cabe señalar que en el plano internacional aún

²⁴⁵ Hay que señalar que también se realizaron campañas para el combate de otras enfermedades como la sífilis, tifo, peste, cólera, ver Carrillo, 2002a: 67-87; Carrillo, 2009: 113-147.

²⁴⁶ Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos Secretaría de Estado y del Despacho de Gobernación, México, Imprenta de Eduardo Dublán, 1903, pp.13.

²⁴⁷ Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos Secretaría de Estado y del Despacho de Gobernación, México, Imprenta de Eduardo Dublán, 1903, Artículo 26 y 33 pp.13-15.

²⁴⁸ Carrillo, 2002: 75. Esta campaña tuvo una duración de 7 años, culminándose con el estallido de la revolución mexicana en 1911. La campaña fue planeada por Eduardo Liceaga, secretario general del Consejo Superior de Salubridad, implementando las medidas de aislamiento de las personas infectadas y de los casos sospechosos, y la aniquilación del mosquito mediante la eliminación de los depósitos de aguas estancadas. Así el 1 de septiembre de

se debatía la aceptación de la Teoría de Finlay, por ejemplo, en Roma, se había publicado el 4 de febrero de 1903 un informe de la Comisión Italiana que hizo estudios sobre la fiebre amarilla en el Brasil, rechazando la teoría de que la enfermedad fuera transmitida por los mosquitos.²⁴⁹

En el caso de México, como ya se ha referido, en 1903 se presentó de nuevo una epidemia de fiebre amarilla (Ver Cuadro 3). En el siguiente Cuadro se puede apreciar que los principales lugares donde confluían las actividades comerciales, fueron aquellos en donde se presentaron más casos, incluso de decesos. Bustamante indica que en el caso de Yucatán los casos se presentaron mayormente en los meses de julio y octubre de dicho año, y de acuerdo con datos recabados por los doctores Cárdenas y Cantón, junto con datos del doctor Seidelin, Bustamante consideró la posibilidad de que la epidemia de 1891 haya perdurado hasta el año de 1904.²⁵⁰

Cuadro 3.- Casos de Fiebre amarilla en la República de México.

Entidad	Población	1901		1903		1904		1905	
		casos	defunción	casos	defunción	casos	defunción	casos	defunción
Campeche	Campeche	4	1	-	-	-	-	-	-
	Laguna del C.	-	-	5	2	-	-	-	-
Yucatán	Mérida	36	11	108	87	49	25	10	5
	Valladolid	2	-	1	0	-	-	-	-
	Progreso	-	-	5	3	34	15	1	0
	Bahía de la A.	-	-	2	1	-	-	-	-
	Motul	-	-	2	0	-	-	-	-
	Dzitas	-	-	254	25	-	-	-	-
Tabasco	Frontera	3	1	-	-	-	-	-	-
	S. Juan Bautista	19	19	-	-	-	-	-	-
Q. Roo	Payo Obispo			1	1	-	-	-	-
Veracruz	Veracruz	269	102	1075	375	76	13	49	2
	Papantla	3	1			-	-	-	-
	Pánuco			8	3	-	-	-	-
	Pueblo Viejo	1	1	-	-	-	-	-	-
	Gutiérrez Zam.	1	1	-	-	-	-	-	-
	Coatzacoalcos	1	1	1	1	99	25	20	6
	Córdoba	43	10	25	6	-	-	5	5
	Texistepec	-	-	-	-	253	77	-	-
	Omealca	-	-	-	-	-	-	16	7
	Orizaba	-	-	-	-	-	-	1	-
	Acayucan	-	-	-	-	6	5	-	-
	Tezonapa	-	-	-	-	-	-	25	13
	Tierra Blanca	-	-	-	-	-	-	29	17
Tantoyuca	-	-	7	3	-	-	-	-	
Tamaulipas	Tampico	48	31	549	327	-	-	-	-

1903 comenzó la campaña dirigida por el doctor Manuel S. Iglesias. La guerra le fue declarada a los mosquitos no sólo los transmisores de *Aedes* sino también al *Anopheles*, Sanfilippo-Borrás, 2010: 163.

²⁴⁹ HNDM, “La fiebre amarilla y los mosquitos”, publicado en *El Tiempo*, el 5 de febrero de 1903.

²⁵⁰ Bustamante, 1958a: 142.

	Victoria y Cruillas	-	-	218	129	-	-	-	-
	El Paso de Dña. C.	-	-	81	40	-	-	-	-
	Nuevo Laredo	-	-	132	55	-	-	-	-
Coahuila	Saltillo	-	-	10	5	-	-	-	-
San Luis Potosí	Valles	-	-	9	9	-	-	-	-
	San Vicente	-	-	6	6	-	-	-	-
Nuevo León	Monterrey	-	-	483	291	-	-	-	-
	Linares	-	-	799	170	-	-	-	-
Oaxaca	Salina Cruz	5	4	29	14	40	5	3	0
	Tehuantepec	6	6	24	24	72	40	7	2
	Salina Cruz	-	-	-	-	-	-	-	-
	Mogoñé	11	11	-	-	-	-	-	-
	Tuxtepec	3	2	-	-	-	-	32	21
	Ojitlán	5	0	-	-	-	-	-	-
	Huichicón	2	1	-	-	-	-	-	-
Tapana	1	0	-	-	-	-	-	-	
Colima	Colima	4	1	0	0	-	-	-	-
Hidalgo	Hojuela	0	0	16	9	-	-	-	-
Chiapas	Soconusco	-	-	-	-	-	-	6	3
TOTALES		467	204	3848	1584	629	205	204	81

Fuente: Bustamante, 1958a: 141-143.

En el año de 1903, se tuvo un total de 3,848 casos de acuerdo con el cuadro anterior, y un total de 1584 decesos por causa de la fiebre amarilla. Es decir, que aproximadamente de cada 100 enfermos, 40 fallecían; se trata de un índice de letalidad bastante alto. Carrillo señala que este número no cuenta con los posibles casos que se hayan presentado en lugares como ranchos y haciendas, debido a que no se llevaba a cabo la recolección de la información, por lo que tanto la mortalidad como la morbilidad pudieron ser más elevados.²⁵¹

Otro de los problemas que se puede tener en consideración para evaluar estas cifras es la falta de personal para llenar los certificados de defunción, así como también que la atención recibida por parte de los enfermos fue realizada por médicos tradicionales y, por ende, no se llevaron a cabo los registros, lo cual evidenciaría la falta de una organización sanitaria adecuada.²⁵²

Ahora bien, de acuerdo con el Cuadro anterior, observamos que la campaña emprendida por Liceaga pudo tener éxito debido a los casos reportados en cada población, pues en los años siguientes de 1904 y 1905 se nota un menor número de casos con respecto a los años anteriores.

²⁵¹ Carrillo, 2008: 225.

²⁵² Carrillo, 2008: 225.

Carrillo señala que la campaña de 1903 perduró hasta 1911 con buenos resultados, asegurando que las acciones sanitarias emprendidas contra la peste y la fiebre amarilla fueron exitosas.²⁵³ Se considera que la campaña triunfó en Veracruz, y gran parte del sureste del país, quedando únicamente Mérida como centro urbano endémico.²⁵⁴

Cabe mencionar que, durante la campaña, las autoridades sanitarias solicitaron el apoyo de empresarios, hacendados, autoridades civiles y militares, médicos, y a la población en general; sin embargo, algunos médicos de esta cruzada, señalaron las dificultades por las que atravesaron:

Muchos son a la verdad los obstáculos que tenemos que vencer para llevar a término feliz la campaña contra la Fiebre Amarilla y el paludismo. No cabe duda de que estos obstáculos son bien conocidos de las personas que forman el culto auditorio a que tengo el honor de dirigirme, más como muchas de aquellas no han tenido ocasión ni motivo para mirar de muy cerca las dificultades que en la práctica se nos presentan diariamente a los que estamos encargados de dirigir y vigilar la obra de destrucción de los mosquitos.²⁵⁵

El doctor Agustín Patrón Correa en una misiva publicada en la *Revista Médica de Yucatán* solicitó la colaboración de todos para que la campaña tuviera más éxito; señaló que era necesario combatir los criaderos naturales de mosquitos cubriendo los depósitos de las aguas, pero sobre todo que la campaña se dedicara a realizar la protección de las personas no inmunes contra las picaduras de los mosquitos posiblemente infectados con el virus:²⁵⁶

sabemos que los mosquitos nos atacan con más rudeza durante la noche y cuando estamos en reposo; no ignoramos que un ataque de fiebre amarilla, es tanto más intenso, cuanto mayor ha sido el número de piquetes recibidos; pues bien, protejamos a los no inmunes haciendo sus habitaciones inaccesibles al enemigo, dotándolas de dobles compuertas de tela metálica, quemando en ellas sustancias que ahuyenten a los mosquitos y proveyendo, además a los referidos no inmunes, de pabellones; en una palabra, aislemos a éstos antes de que se enfermen: me diréis que no ha de tenérseles constantemente encerrados; indudablemente que no; pero durante el día, en que todos están en actividad y protegidos por los vestidos, es más fácil defenderse del ataque de tan temibles

²⁵³ Carrillo, 2008: 223. La tesis de Roberto Canto señala que la campaña de fiebre amarilla que se emprendió en el Estado de Yucatán entre 1903 y 1920, fue inconclusa y no tuvo éxito en la eliminación de la enfermedad, debido a todas las dificultades a las cuales se tuvo que enfrentar, y aunque no se logró el objetivo de erradicación de la enfermedad, si se observó un control parcial que disminuyó la presencia de la enfermedad. Ver también Alcalá, 2012: 71-87.

²⁵⁴ Sanfilippo-Borrás, 2010: 164.

²⁵⁵ CAIHY, 66415, *Revista Médica de Yucatán*, “La campaña sanitaria contra la fiebre amarilla por el Dr. Agustín Patrón Correa”, Mérida Yucatán, 8 de diciembre 1908, pp. 19-21.

²⁵⁶ CAIHY, 66415, *Revista Médica de Yucatán*, “La campaña sanitaria contra la fiebre amarilla por el Dr. Agustín Patrón Correa” Mérida Yucatán, 8 de diciembre 1908, pp. 19-21.

insectos. Bien sé que con esto no se conseguirá librarse de una manera absoluta de los piquetes, pero es racional suponer que recibiendo solo algunos, el ataque será más benigno, y quizás por medio de esta especie de vacunación podría conseguirse la inmunidad.²⁵⁷

Esta medida profiláctica, fue recalcada en anuncios de periódicos y folletos, de manera que se concientizara a la población para realizar el aislamiento de las personas afectadas por el mal.²⁵⁸

Con la construcción de las líneas ferroviarias se suscitó una nueva vía de contagio y dispersión de la enfermedad. Así, en 1905, el Consejo Superior de Salubridad informó la presencia de dicho mal entre los poblados donde convergían las líneas ferroviarias de Veracruz y del istmo de Tehuantepec.²⁵⁹

Con las medidas emprendidas durante los años de 1903 a 1911, se pudieron reducir los casos presentados de fiebre amarilla en uno de los principales puertos del país (ver Cuadro 4), hasta que desde el año de 1910 hasta 1919, ya no se presentaron más casos.

Cuadro 4.- Casos y defunciones de fiebre amarilla anuales en Veracruz.

año	casos	defunciones
1903	1075	375
1904	73	12
1905	63	23
1906	17	12
1907	2	1
1908	43	20
1909	3	3
1910	0	0
1911 a 1919	0	0

Fuente: Bustamante, 1958a: 145.

Hernández Fajardo, médico yucateco, señaló en 1914, que los pocos casos registrados “no se debían a una reducción en el número de mosquitos, ya que eran más numerosos que en

²⁵⁷ CAIHY, 66415, *Revista Médica de Yucatán*, “La campaña sanitaria contra la fiebre amarilla por el Dr. Agustín Patrón Correa”, Mérida Yucatán, 8 de diciembre 1908, pp: 21.

²⁵⁸ HNDM, Periódico Oficial del Estado de Yucatán. Diario Oficial, 8 de marzo de 1920. “Circular del Consejo Superior de Salubridad Pública de México. Delegación Sanitaria en Yucatán. A los Señores Hacendados del Estado de Yucatán”.

²⁵⁹ Liceaga, 1905: 139.

tiempos anteriores, sino que probablemente se debía a los pocos extranjeros que llegaban, debido a los trastornos políticos de la época”.²⁶⁰

En el año de 1920 se emprendió la campaña contra esta enfermedad, de nuevo con jurisdicción nacional, pero ahora también con la ayuda de la Fundación Rockefeller y en colaboración de las autoridades federales, estatales y locales, tema que será tratado en el Capítulo 3 de esta investigación.

2.2.- Producción, comercio y salud pública en Yucatán

Desde mediados del siglo XIX la modernidad del país se proyectaba en torno a la industrialización y la agricultura. Yucatán participó en este proyecto de nación con el cultivo y procesamiento de la fibra de henequén, aunque no únicamente. Desde 1890 hasta el final del Porfiriato se pueden identificar 4 espacios socioeconómicos: por un lado se encuentra el área dominada por la producción del henequén que se ubicó en la porción noroccidental del estado, al interior de las haciendas; el segundo y el tercer espacio se caracterizaron por tener una economía diversificada, una ubicada en la zona oriente del estado en donde se realizó la combinación de la producción ganadera con la maicera y la azucarera, concentrándose en Espita, Tizimín y los alrededores de Valladolid; y la otra en los partidos de Ticul, Tekax y Peto; en la última zona predominó la producción de maíz, madera, ganado, chicle, entre otros productos, con una producción en manos de campesinos (Figura 6).²⁶¹

²⁶⁰ Hernández Fajardo, 1914: 53.

²⁶¹ Villanueva, 1990: 178.

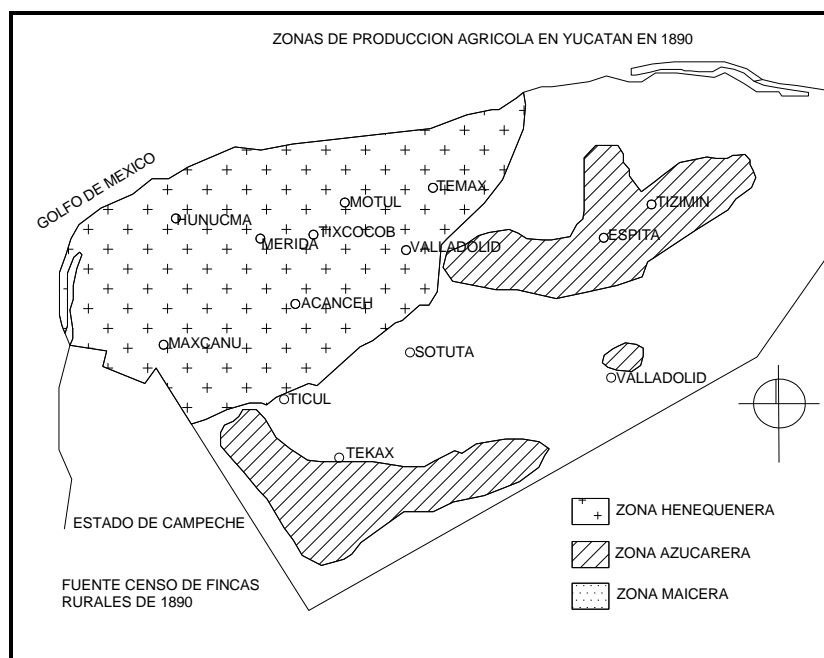


Figura 6.- Zonas de producción agrícolas en Yucatán en 1890 (tomado de Villanueva, 1990: 176)

Para finales del siglo XIX, la oligarquía yucateca comenzó a gestionar un plan de desarrollo que estimuló la industria del estado y su activación económica dentro de un plano internacional. El centro de atención de ese plan, fue el henequén de Sisal, materia natural que impulsó la economía del estado, llenando de prosperidad y riqueza a los hacendados yucatecos durante su auge. García Quintanilla indica que este desarrollo fue a través de la apuesta realizada para la aplicación de una “agricultura moderna”, concebida por los empresarios como “aquella que les permitiera el desarrollo de cultivos mercantiles”, es decir, esperaban con ello poder activar un mercado regional que les permitiera un acceso más amplio hacia el mercado extranjero.²⁶²

Con ello se buscaba que la actividad henequenera generara un nuevo cambio para transformar la economía del estado, por tanto, se pretendió que las personas, sobre todo indígenas, no solo trabajasen bajo un nuevo sistema, sino también que trabajasen más, desde luego este sistema sería impuesto por la oligarquía yucateca.²⁶³

Esta nueva actitud emprendida por los empresarios henequeneros buscaba precisamente esa vinculación con un mercado internacional que les permitiera crear relaciones más estrechas con el gobierno de Díaz, pues como bien mencionó Policarpo Antonio Echánove, Ministro de Real Hacienda de la Provincia de Yucatán, desde 1814 se creía que el henequén traería ventajas

²⁶² García Quintanilla, 1990: 134.

²⁶³ García Quintanilla, 1990: 134.

económicas a Yucatán.²⁶⁴ Otros productos también fueron cultivados en tierras yucatecas, entre los que se encontraron, como se demuestra en la figura 3, el algodón²⁶⁵ y la caña de azúcar.²⁶⁶ Sin embargo, estos cultivos no tuvieron el despegue esperado por diferentes motivos, aunque estrechamente relacionados; uno de ellos fueron las condiciones del suelo yucateco, seco y pedregoso, que llevaron a que el cultivo de estos dos productos se concentrara en el sur y sureste del estado; el otro de ellos fue la Guerra de Castas, ya que el área tomada por los rebeldes en la primera y segunda etapa del conflicto bélico, por lo menos hasta 1865, fue precisamente el sur y sureste que estaba cultivado con caña y algodón²⁶⁷

Desde los años cuarenta del siglo XIX, se comenzó a fomentar el cultivo del henequén con fines comerciales, desplazando muy paulatinamente a la agro-ganadería; ocupando tierras destinadas al cultivo del maíz, cambiando estos cultivos por el henequén. En este nuevo andar económico del estado se le sumó la implementación de una tecnología, importada desde Estados Unidos, para la agricultura mecanizada, consolidándose de esta manera un “modo de producción capitalista”, que respondió al aprovechamiento y la producción de la fibra de henequén.²⁶⁸

El fomento y el cultivo del henequén, exportado a través del puerto de Progreso, puso en la mira al estado yucateco en un plano internacional. Paralelamente, desde principios del siglo XIX comenzó un proceso político-sanitario a nivel estatal mediante el cual se buscó prevenir y controlar las principales enfermedades epidémicas que afectaban a Yucatán, como, cólera, sarampión, viruela, pero sobre todo fiebre amarilla y paludismo. Pero la apertura del puerto de Progreso en 1872 que sirvió como acicate para el crecimiento comercial del estado, principalmente de la fibra de henequén, significó también nuevos riesgos sanitarios. Por ejemplo, en 1875 por este puerto llegó un caso importado de viruela desde La Habana que afectaba a todos los puertos del Caribe y desató en Yucatán una grave epidemia; en 1878 se enfrentó un grave brote epidémico de fiebre amarilla que también afectó a muchos puertos del Atlántico, incluyendo Progreso. Así, podemos empezar a vislumbrar cómo los intereses económicos en el

²⁶⁴ García Quintanilla, 1990: 143.

²⁶⁵ Entre los años de 1862 a 1865 estalló una fiebre algodонера ocasionando con ello una siembra masiva para poder cosechar el producto, en Quintanilla, 1990: 145.

²⁶⁶ El tiempo de auge para este producto fue durante los años de 1825 hasta 1840, pero en 1848 el producto vio truncado su futuro comercial al declararse la autonomía de México y cerrarse el mercado nacional para la azúcar yucateca. Pero al introducirse en 1891 otras técnicas de arado y animales de carga, la situación de esta industria constituyó una revolución.

²⁶⁷ Reed, 1976.

²⁶⁸ Menéndez, 1980: 26- 27.

plano internacional contribuyeron a la organización de una lucha conjunta para combatir a las enfermedades.²⁶⁹

La variedad de los cultivos con valor comercial en Yucatán se fue reduciendo cada vez más, hasta que la economía del estado se fincó casi exclusivamente en el cultivo de henequén para exportación hacia finales del siglo XIX. Esto implicó que a través de la fibra se estableciera una relación comercial entre Yucatán, como productor de materia prima, con Estados Unidos, como comprador; con ello se definieron relaciones que se vieron afectadas en alto grado por la forma en que se insertaron en el mercado capitalista mundial.

Con ello, la exportación de henequén como base de la economía yucateca, también fue una importante fuente de divisas para México, y a su vez cumplió una función estratégica dentro del desarrollo de la agricultura norteamericana: con los productos derivados de la fibra, se contribuía a un mejor desarrollo para la movilidad de la producción agrícola, es decir, con los hilos, sacos y jarcias que fueron utilizados para maquinizar la recolección de trigo y otros granos.²⁷⁰

Para el año de 1901, Yucatán producía el 90% del henequén mundial, pese a que tenía competidores como Manila, cuya fibra era de baja calidad, comparativamente, como lo indica la siguiente cita:

Antes que Mr. Deering (de Chicago) inventase la máquina de engavillar, se necesitaban de 30 a 40 personas para cosechar un campo de trigo, de regulares dimensiones, mientras que hoy solo se necesita el conductor de la máquina y un niño, para hacer mejor el trabajo. Antes, con cualquier cordel se amarraban los haces de trigo, pues el trabajo se hacía a mano. Hoy lo hace la máquina, pero necesita de un cordel que reúna estas tres cualidades: largo bastante, uniformidad de hechura, y determinada resistencia. Por ahora no hay más que dos fibras que puedan proporcionar este artefacto: Manila y el Sisal, pues todas las experiencias que sean hecho con otras fibras inferiores no han dado resultado, y se han hecho esas experiencias porque, como quiera que el hilo de engavillar no sirve más que para una vez, es preciso fabricarlo al menor costo posible, pero como las fibras que se pueden conseguir a menor precio del Sisal son inferiores en resistencia, se rompen con gran frecuencia al usarse en la máquina, y ha sido preciso rechazarlas, o mezclarlas en la proporción de una parte de ellas con dos de sisal o Manila para poder vender el hilo a menor precio a los cosecheros pobres.²⁷¹

²⁶⁹Ronzón, 2004: 14.

²⁷⁰ Revista *El Henequén*, artículos de Felipe Pérez Alcalá, n. 30 (31 de marzo de 1917), n. 31 (15 de abril de 1917); n. 32 (1 de marzo de 1917); y n.33 1(5 de mayo de 1917).

²⁷¹ CAIHY, Revista *El Agricultor*, No. 25, pág. 2, enero de 1909.

Si bien, la cita anterior ratifica la importancia que tuvo el henequén de Yucatán, a pesar de tener competencia, la calidad y resistencia no pudieron ser alcanzados por otras fibras. Al modernizar la tecnología para el campo, se utilizaron los productos del henequén para lograr una producción mayor a menor costo, sin embargo, la importación de trabajadores para las labores agrícolas incrementó el reservorio del virus amarillo, al traer trabajadores coreanos y yaquis, que no eran inmunes, de tal manera que la presencia de las enfermedades epidémicas hizo que la fuerza humana de trabajo fuera importante, pues con personas enfermas no se pudieron movilizar las maquinarias modernas del momento. De igual manera ejemplifica la importancia de Yucatán dentro de un mercado comercial internacional a través del henequén.

Durante el Porfiriato la producción agrícola de alimentos para el consumo interno se debilitó frente al rápido aumento de las exportaciones agrícolas de productos altamente valorados en el mercado. Estas últimas, que incluían henequén, algodón, tabaco, café y ganado, crecieron a razón de un 6% anual entre los años de 1877 y 1910 y a ellas correspondió una gran parte de los ingresos de México en divisas extranjeras, aun cuando los términos de intercambio disminuyeron en 12%, de 1900 a 1910, después de haber registrado aumentos todavía superiores.²⁷²

La comercialización del henequén no se restringía al consumo en los Estados Unidos, sino que monopolios norteamericanos compraban henequén en Yucatán para industrializarlo y vender una parte a los agricultores de esa nación, exportando el excedente a otros países, como Canadá o Europa.²⁷³ Así esta actividad se presentó como un monopolio mundial, es decir, la condición comercial del monopolio fue la base de formación social que se implantó en Yucatán.²⁷⁴

En el contexto de la expansión del sistema capitalista, Yucatán contaba con un producto altamente valorado; haber adoptado la tecnología norteamericana le permitió monopolizar la producción e insertarse en los circuitos mercantiles internacionales. Con la posibilidad que Estados Unidos tuvo de exportar materias primas, Yucatán se volvió parte de su proveedor.²⁷⁵

Sin embargo, la escasez de capitales tanto de Europa como de Estados Unidos, como consecuencia de la depresión de los mercados en 1907, repercutió en una baja general en los precios de los principales productos de exportación, aunado a la crisis de la deficiente organización bancaria mexicana, México sufrió el mismo problema de escasez de capital de otros

²⁷² Reynolds, 1970: 123-125.

²⁷³ CAIHY, Revista *El Agricultor*, No. 39, pág.36.

²⁷⁴ CAIHY, Revista *El Agricultor*, No. 6, pág.95.

²⁷⁵ Hindelammert, 1979: 72-74.

países. La baja que se dio en la plata acentuó la falta de numerario, sobre todo para el comercio exterior, entre los que se encontraban el henequén y el cobre, principalmente.²⁷⁶

Durante el año de 1908, el mercado de henequén de Yucatán se encontró controlado por dos compañías norteamericanas: *La International Harvester Co.* y *The Plymouth Cordage Co.*, las cuales estuvieron representadas por los señores Avelino Montes y Arturo Pierce. Estas representaciones se encontraban establecidas en New York y Boston, respectivamente. Anterior a este año, los señores Molina y Ca., Dondé y Ca., Eusebio Escalante e hijo,²⁷⁷ Felipe Ibarra Ortoy, José María Ponce y Cía., Francisco Álvarez, Agustín Vales Castillo, entre otros, fueron los que compraron y exportaron henequén para diversas empresas, ya fueran cordeleras o especuladoras norteamericanas. Sin embargo, Avelino Montes y Arturo Pierce fueron los únicos compradores y exportadores durante ese año.²⁷⁸ Resulta de importancia entender en manos de quien estaba el comercio del henequén, pues como se verá más adelante, las relaciones político-económicas establecidas por los principales exportadores de la fibra fueron las que colocaron a la fibra dentro del mercado internacional en momentos de crisis.

Pérez Alcalá indica que “por un curioso fenómeno mercantil”, las casas compradoras de la fibra yucateca eran las que imponían –según su conveniencia– los precios de la mercancía a los productores, dejando a beneficio de los agentes intermediarios un margen considerable en concepto de comisión.²⁷⁹

Ahora, la situación económica de México, se dificultó al presentarse una crisis monetaria aunada a una crisis agrícola, que fue resultado de sequías que se presentaron durante los años de 1908 y 1909.²⁸⁰ En el caso de Yucatán, se resintió la crisis, afectando la producción del henequén por causas de la sequía, según la Cámara Agrícola Yucateca.²⁸¹ Este hecho suscitó que la Cámara de Comercio de Yucatán iniciara la liberación de los derechos de importación del maíz extranjero, pues trascendió que la adquisición de los productos nacionales resultara más elevada

²⁷⁶ González Navarro, 1983.

²⁷⁷ En 1861 al fundar Eusebio Escalante una empresa comercializadora y conseguir una línea de crédito como filial de Thebaud Brothers de Nueva York, se estableció la estructura financiera básica del comercio moderno. Posteriormente le siguieron M. Dondé, en 1881 y Miguel Espinosa Rendón, ese comercio moderno consistió en el establecimiento de créditos a la península, Cline, 2010: 98-89.

²⁷⁸ Revista *El Henequén*, artículos de Felipe Pérez Alcalá, No. 30, 31 de marzo de 1917; no. 31 15 de abril de 1917; no. 32, 1 mayo de 1917; no. 33, 15 de mayo de 1917.

²⁷⁹ Revista *El Henequén*, No. 30, pág. 11, 31 de marzo de 1917.

²⁸⁰ Ejemplo de ello fue que el índice del maíz subió de 1888 a 1901 a 100 y de 1901 a 1908 a 230; el del trigo se duplicó en 1908; carne, papa y carbón subieron de 25 a 50%, mientras tanto, manteca, chiles, cigarros y cobertores de 10 a 15%. Los productos que no tuvieron repercusiones fueron el pulque, azúcar y manta, en González Navarro, 1983.

²⁸¹ Esta crisis se le atribuyó a la prolongada sequía y a la especulación para abatir el precio del henequén, sufriendo el hacendado quien debía abastecer de agua a los peones de su finca y cubrir sus gastos corrientes, en González Navarro, 1983.

en Yucatán. Cabe señalar que esta situación se dio principalmente porque a pesar de que el estado fungió como el principal abastecedor de la fibra, tenía que pagar a los otros estados los artículos que no producía.²⁸²

2.2.1.- La salud de los trabajadores y las enfermedades endémicas de la región

Ya desde el año de 1870 el estado de Yucatán acrecentaba su comercio gracias a la fibra de la planta de henequén; se trató de una fuente de riqueza notable que –en palabras de Sowell– desencadenó una edad dorada en Yucatán.²⁸³ Sin embargo, este comercio solo favoreció a un número reducido de yucatecos, mientras que para la mayoría supuso un trabajo en condiciones cercanas a la esclavitud.

El auge henequenero trajo multitud de trabajadores no inmunes, elementos que dotaron de nuevos reservorios para el virus de la fiebre amarilla, enfermedad que constituía un peligro no sólo para los extranjeros sino también a los nacionales, y con el constante amago entorpecían el progreso que buscaba el Estado yucateco.

En 1904, durante el período gubernamental de Molina Solís, se emprendió una campaña sanitaria contra el virus y se firmó un acuerdo entre el Gobierno del Estado y el Consejo Superior de Salubridad de la República, el cual obligaba a la Tesorería General del Estado a sufragar por la mitad los gastos necesarios para procurar la salud pública, instalando con sus propios fondos un lazareto en el edificio destinado al Asilo Celaraín, el cual estaría ubicado al norte y a las afueras de la ciudad de Mérida.²⁸⁴

Esta “época dorada” exigió cada vez más mano de obra, y pronto las haciendas se poblaron con cuadrillas de trabajadores procedentes de muy distintos lugares, desde coreanos hasta yaquis del norte de México. Pero al venir de fuera, toda la población inmigrante no tenía experiencia inmunológica contra la fiebre amarilla, y ello los volvía vulnerables. Por eso, un aspecto importante del auge henequenero tuvo que ser la salud de sus trabajadores y, por lo tanto, las condiciones que las haciendas tenían para producir y reproducir las enfermedades tropicales. Desde la campaña iniciada por Eduardo Liceaga se involucró a los hacendados en el cumplimiento de estrategias para erradicar la fiebre amarilla; el Consejo Superior de Salubridad

²⁸² González Navarro, 1983.

²⁸³ Sowell, 2015: 2.

²⁸⁴ CAIHY, CVI -1925 -1/2 -06 (Folletería). Biografía del señor licenciado don Olegario Molina Solís: publicada por "La Liga de Acción Social" como un homenaje a sus méritos, con motivo de la llegada de su cadáver a tierra yucateca; ver también Canto, 2015, sobre la campaña sanitaria de 1904 emprendida por el gobierno yucateco ante la presencia de la fiebre amarilla.

de México indicó al gobierno yucateco que pusiera en práctica las medidas preventivas sin economizar gastos ni trabajo. Estas medidas radicaban en el aislamiento y combate a los mosquitos.²⁸⁵

En escritos, órdenes y códigos sanitarios se incitaba a los hacendados y dueños de ranchos para que establecieran las acciones reglamentarias para el cuidado y prevención contra la enfermedad. Por lo cual, las autoridades sanitarias solicitaban que se mandase construir en una habitación de mampostería, tableros con alambres finos adaptados a las puertas y ventanas para aislar a los enfermos que habían sido considerados sospechosos de portar el virus de la enfermedad; todo ello en conformidad con lo que dictaba la ley para los pueblos y otros núcleos urbanos. Se aconsejaba que se siguieran el mismo modelo establecido en la “Casa de Salud”, el cual estaba basado en el aislamiento de los enfermos de fiebre amarilla. Asimismo, se incitaba a evitar la existencia de larvas en los estanques y depósitos de agua, ya sea con el método de la pretolización, o colocando pececillos que destruyeran las larvas.²⁸⁶

Ante tal pedimento de las autoridades sanitarias, los lazaretos de Mérida y Progreso fueron preparados especialmente para conseguir el completo aislamiento de los enfermos y evitar la entrada de mosquitos en sus departamentos. Otra medida empleada fue la organización del servicio médico especial para los enfermos y se facultó a la Junta de Superior de Sanidad del Estado para atender a todas las necesidades del establecimiento, procurando evitar deficiencias en la atención y medicación de los enfermos, así como en el servicio general de los lugares habilitados para la empresa.

Desde el mes de julio hasta el mes de octubre del año de 1903, el estado invirtió la cantidad de treinta dos mil pesos para la campaña contra la fiebre amarilla en Mérida, Progreso y Dzitás; cantidad independiente de las obras generales de saneamiento –basadas en la pavimentación y desagüe de la ciudad de Mérida. La administración gubernamental de Yucatán se ufanaba de haber hecho esta inversión con recursos propios, sin que la Federación los hubiese auxiliado, como sí fue en los casos de Tampico y Veracruz cuando se les presentó la fiebre amarilla a sus puertos.²⁸⁷

Lo que sí solicitaron a la federación fue que dictara las providencias necesarias para evitar que los viajeros no inmunes representaran un riesgo para Yucatán, pues en barcos llegaban

²⁸⁵ Bustamante, 1958a: 145.

²⁸⁶ HNDM, *Diario Oficial del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Circular del Consejo de Salubridad Pública de México, delegación Sanitaria de Yucatán, marzo 8 de 1920. Esta nota también fue publicada los días 3, 9, 14 y 20 de febrero, y los días 3, 9, 15, 20 y 26 de marzo de dicho año.

²⁸⁷ Bustamante, 1958a: 154-166.

procedentes de otros puntos del litoral del Golfo en donde existía la enfermedad. De no hacerlo, según afirmaron, subsistiría el peligro de nuevos brotes epidémicos. Según este discurso, dichas medidas solicitadas complementarían las acciones del gobierno local, quien no bajó la guardia para combatir el azote de la fiebre amarilla.

Hay que señalar que, para este primer periodo analizado, la fiebre amarilla se presentó en Yucatán en los años de 1901; durante el año de 1903 se presentó en las poblaciones de Mérida, Valladolid, Progreso, Bahía de la Ascensión, Motul, Dzitás; en los años de 1904 y 1905 en la ciudad de Mérida y Progreso. Bustamante señala que para el año de 1910 “solo quedó Mérida Yucatán, como centro urbano del que dependió el sostenimiento de la endemia que originó la epidemia final”.²⁸⁸

El brote de 1904 fue el punto de inicio para la segunda campaña mexicana organizada para el combate de la fiebre amarilla. Se cree que el brote pudo provenir de las zonas rurales cercanas o una reinfestación urbana de la fiebre amarilla selvática que existía en los montes que circundaban a muchas poblaciones.²⁸⁹ Otros casos que ocurrieron en Yucatán se presentaron en los años de 1911, 1912, 1913, 1914.²⁹⁰

Desde marzo 10 de 1908, por decreto presidencial se indicó una remuneración a los deudos del personal militar fallecido que hubiera sucumbido a causa de la fiebre amarilla o paludismo. El artículo 5 indicaba un pago de pensión por cinco años a los deudos de los generales, jefes, oficiales e individuos de tropa que hubieran contraído cualquiera de esas enfermedades en el desempeño de sus labores en el estado de Yucatán. De los brotes de 1911 y 1912 se identificaron 75 casos diagnosticados de fiebre amarilla, de los cuales perecieron 38 individuos, quienes resultaron ser soldados de los estados de la república.

Durante el año de 1909, el doctor Liceaga, al rendir su informe ante la reunión de la Asociación Estadounidense de Salud Pública celebrado en Richmond, señaló que la fiebre amarilla no se había presentado en Veracruz desde el año pasado, sin embargo, aseguró que en Yucatán aún se encontraban casos aislados, aunque no fueron motivo de ningún foco epidémico. Con el transcurrir de los días, los casos de enfermos por fiebre amarilla fueron reduciéndose y solo se registraron para la ciudad de Mérida y alguna otra ciudad pequeña del

²⁸⁸ Bustamante, 1958a: 145.

²⁸⁹ Bustamante, 1958a: 145.

²⁹⁰ AGEY, Sección Poder Ejecutivo, t. 30, 26 de agosto de 1911, f.333, “*Libros de la Junta Superior de Salubridad de Mérida*”; AGEY, Sección Poder Ejecutivo, t. 36, 4 de mayo de 1912, f.349, “*Libros de la Junta Superior de Salubridad de Mérida*”; AGEY, Sección Poder Ejecutivo, t.49, 14 de junio de 1912, f.1691 “*Libros de la Junta Superior de Salubridad de Mérida*”; AGEY Sección Poder Ejecutivo, t.54, 26 de febrero de 1913, f.801 “*Libros de la Junta Superior de Salubridad de Mérida*”; AGEY, Sección Poder Ejecutivo, t.55, 27 de marzo de 1914, f.1071 “*Libros de la Junta Superior de Salubridad de Mérida*”;

estado. A partir del día 20 de diciembre de 1909, no se observó ni un solo caso de la enfermedad en toda la república, lo cual llevó a las autoridades sanitarias a declarar que la enfermedad estaba suprimida del país.²⁹¹

Tras el estallido de la Revolución, los servicios antilarvarios se vieron afectados, aunque no fueron interrumpidos, pese a todos los cambios gubernamentales que sobrevinieron en el estado de Yucatán. Los servicios de salud fueron mermados en sus tareas cotidianas, es decir, la vigilancia que habían emprendido las autoridades de sanidad junto con la población fue reducida. Hasta que en el año de 1911 en los meses de agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre se advirtió de casos confirmados de fiebre amarilla, registrándose en las poblaciones de Mérida, Temax, y en la hacienda de Kamul. Estos nuevos casos de fiebre amarilla urbana fueron efecto de la disminución de la eficacia de la campaña que se había llevado años anteriores, que fue reducida en sus trabajos debido al movimiento revolucionario.²⁹²

2.2.2.- La campaña nacional de erradicación contra la fiebre amarilla en Yucatán

En el caso de Yucatán, ya desde el año de 1896 se había promulgado el primer precepto sanitario local, el cual se enfocó a la desinfección, el aislamiento del enfermo y al establecimiento de cordones sanitarios, junto con la prohibición de realizar ritos fúnebres cuando los motivos del deceso hubieran sido enfermedades tropicales.²⁹³ Estas medidas tomadas se unieron a la notificación obligatoria por parte de médicos, directores de instituciones educativas, sanitarias y comerciales, incluso a los familiares, de indicar a la Junta de Sanidad estatal cuando un individuo presentara síntomas de fiebre amarilla.²⁹⁴ Por lo tanto, ya desde ese año se estipuló que los individuos que se encontraran enfermos no podrían asistir a lugares públicos ni utilizar los medios de transporte destinados al servicio público.

Para el año de 1903, como ya se ha dicho, se registró un severo brote epidémico de fiebre amarilla en Yucatán, reportándose 108 casos, de los cuales fallecieron 87 individuos entre los meses de julio y octubre de dicho año.²⁹⁵ La campaña antimosquitos que emprendieron los gobiernos no había rendido los frutos esperados, pues la enfermedad seguía afectando a la población.²⁹⁶ Sin embargo, se debe subrayar que uno de los rasgos más importantes de esta

²⁹¹Liceaga, 1911a: 735; Carrillo, 2002a: 20.

²⁹² Bustamante, 1958a: 152.

²⁹³ Menéndez, 1981: 236; Carrillo 2000.

²⁹⁴ Palomeque, 1896: 3-6.

²⁹⁵ Bustamante, 1958a: 150.

²⁹⁶ HNDM, *Diario oficial de Mérida*, enero 4 de 1904. Consejo Superior de Salubridad, Sección primera, no. 6018, f.3.

campana, a diferencia de las anteriores que se hicieron en el siglo XIX, es que fue continua y no simplemente reactiva para mitigar los daños de un brote epidémico o para tratar de frenar su expansión. Esta campana se basó en la teoría de Carlos Finlay, teniendo como estrategia central la eliminación del agente de transmisión, nombrado *Culex* mosquito o *Stegomyia fasciatus*, como se le conoció en ese tiempo al mosquito *Aedes aegypti*. Pero no solamente, pues también incluyó como estrategias separar al hombre enfermo de fiebre amarilla, así como protección de las personas no inmunes.²⁹⁷

En 1903 en la localidad de Dzitás se presentó la enfermedad. Para ello, la Junta de Superior de Sanidad determinó una serie de medidas que, al contrario de lo que cabría esperar, no se centraron en la eliminación del vector sino más bien en la higiene. En la base de estas medidas parecería subsistir la teoría anterior a Finlay que planteaba que la fiebre amarilla ciertamente era contagiosa, pero que se contagiaba por la transmisión de un tipo específico de veneno (de forma directa a través del contacto con enfermos o indirecta a través de miasmas). Se estipuló que se estableciera un cordón sanitario, prohibiendo reuniones de más de tres personas, así como restringiendo la entrada y salida de las personas de la comunidad mientras durara la presencia de la enfermedad. Asimismo, otra medida tomada fue la incineración de los objetos personales de personas fallecidas por fiebre amarilla; objetos como la ropa, la hamaca y todo lo que el enfermo hubiese utilizado. De igual manera, se aconsejó quemar azufre en la habitación de la persona y lavar los pisos.²⁹⁸ Estas medidas fueron aplicadas por el médico enviado por la Junta Superior de Salubridad de Mérida para evaluar la situación, lo cual hace suponer una continuidad de las prácticas del higienismo del siglo XIX, o bien la falta de creencia por parte de los médicos sobre la teoría de Finlay.²⁹⁹ Llamativamente, el Consejo Superior de Salubridad en México negó que este episodio se tratara de la presencia de fiebre amarilla, a pesar de que los médicos Rodolfo Cantón y Francisco Cárdenas ratificaran que en Dzitás existió el brote de la fiebre amarilla.³⁰⁰

Mientras tanto, la Junta Superior de Sanidad tomaba serias precauciones ante el fallecimiento de las personas. Así, en el caso de los cadáveres, estos debían ser amortajados con lienzos húmedos con una solución de mercurio, se desinfectaba el lugar donde había estado en vida, se quemaba la ropa, los muebles y todos los enseres domésticos utilizados por el difunto.

²⁹⁷ HNDM, *Diario oficial de Mérida*, enero 4 de 1904. Consejo Superior de Salubridad, Sección primera, no. 6018, f.3.

²⁹⁸ AGEY, Poder Ejecutivo, 1887-1967, Beneficencia, Sanidad-Salubridad, Caja #420. Medidas profilácticas de la Junta Superior de Sanidad.

²⁹⁹ AGEY, Poder Ejecutivo, t.12, 23 de julio de 1903, f.25 “Libros de la Junta Superior de Salubridad de Mérida”.

³⁰⁰ AGEY, Poder Ejecutivo, t.14, 19 de agosto de 1903, f. 60-61, “Libros de la Junta Superior de Salubridad de Mérida”.

Luego, el registro civil tomaba nota de la causa de muerte en el acta correspondiente. Estas medidas fueron las emprendidas para los que hubieren fallecido por fiebre amarilla, viruela, difteria, escarlatina.³⁰¹

En la conferencia dada por el Dr. Alonso Ávila, impartida en el Local del Seminario Conciliar Universitario, el 31 de Julio de 1904 indicaba que:

Ninguna campaña profiláctica pareció siempre más difícil que la de la fiebre amarilla, ya que al igual que el cólera, la peste y otras infecciones graves, burlaba a menudo y hacía fracasar las más enérgicas medidas de aislamiento y desinfección: más las recientes adquisiciones de la ciencia profiláctica, han facilitado singularmente el problema, al conocerse hoy de un modo palpable el papel preponderante, cuando no exclusivo que desempeñan los mosquitos como agentes de la infección amarillígena.³⁰²

Las campañas y estrategias para eliminar los agentes causales de las epidemias de fiebre amarilla y de paludismo siempre se encontraron, y de hecho a veces no constituyeron en sí campañas ni estrategias diferenciadas, pues el medio de transmisión era el mismo, el mosquito, aunque de especies distintas. Para entonces, poco se sabía sobre sus diferentes hábitats y formas de reproducción. Así, por ejemplo, con respecto al combate al paludismo el Dr. Alonso Ávila relató que como medidas preventivas se debía realizar la supresión de las aguas estancadas, la desecación e irrigación y drenaje de los campos. También, la destrucción sistemática de las larvas ya sea por medios químicos o mecánicos, siendo el más eficaz la utilización del petróleo, que *“mata a las larvas por asfixia, obstruyendo sus conductos respiratorios”*.³⁰³ Para esto, se empleaba la cantidad de 15 gramos por metro cuadrado de superficie, pero como la sustancia se evapora, debía repetirse su adición cada quince días cuando menos. En el caso de los mosquitos que ya estaban en la etapa plena de su desarrollo, como insectos alados, se utilizaba ácido sulfuroso, obtenido por la combustión de azufre, para matarlos rápidamente. Esta técnica se utilizaba en la desinfección de los navíos: el polvo de *peritre (piretrum)*³⁰⁴ pues se consideró que tuvo una eficacia irrefutable y fue utilizado con éxito en la campaña de La Habana. Otras sustancias

³⁰¹ AGEY, Poder Ejecutivo, 1887-1967, Beneficencia, Sanidad-Hospitales, Caja #440, Expediente #7335. Medidas para la desinfección de cadáveres.

³⁰² CAIHY, LXVII -1904 -18 (Folletería), “Conferencia: acerca de la etiología y profilaxia del paludismo y de la fiebre amarilla, dada en Mérida, en el local del Seminario Conciliar Universitario, el 31 de julio de 1904 [folletería] / por el Dr. Alonso Ávila E., Liga de Saneamiento.

³⁰³ CAIHY, LXVII -1904 -18 (Folletería), “Conferencia: acerca de la etiología y profilaxia del paludismo y de la fiebre amarilla, dada en Mérida, en el local del Seminario Conciliar Universitario, el 31 de julio de 1904 [folletería] / por el Dr. Alonso Ávila E., Liga de Saneamiento.

³⁰⁴ Se trata de una planta que es utilizada como insecticida natural.

químicas utilizadas para el combate del paludismo son los vapores de cloro y el aldehído fórmico.³⁰⁵

Durante la conferencia de 1904 impartida por el doctor Alonso Ávila, se insistió en procurar la higiene privada, evitando la picadura del mosquito, especialmente durante la noche. Para lo cual, se recomendó el empleo de dos métodos: el primero consistía en la protección colectiva, es decir, de toda la habitación y de toda la casa, cubriendo las puertas y ventanas con bastidores provistos de tela metálica de mallas delgadas; el segundo método insistía en la protección individual, aconsejando el uso de mosquitero. Estas medidas se sumaban al uso de la quinina, que a través de la experiencia de años anteriores ya había demostrado otorgar una inmunidad transitoria,³⁰⁶ real y efectiva, por cuya razón debería adoptarse el empleo preservativo de la quinina, no necesitándose para ello dosis superiores a 30 y 15 centigramos por día.³⁰⁷

Ante la campaña de 1904, emprendida por el gobierno, la sociedad incrédula por los avances científicos de La Habana indicó que:

si la prevención de la fiebre amarilla estriba en la destrucción de los mosquitos, dicen algunos, es tal una campaña ilusoria de puro imposible, pues se necesita mucho candor para creer que podrá llegarse a concluir con los mosquitos de la Península; en efecto añaden ¿qué puede significar la destrucción más o menos problemática de mosquitos y gusarapos en algunos charcos y pozos, al lado de ese inmenso e inagotable criadero, que se llama vulgarmente la “Ciénega” de Progreso, y que bordea nuestras costas, en una extensión mayor de 60 leguas. Y si a esto se añade que los mosquitos, con su rápido vuelo, se prestan idealmente a la diseminación de la enfermedad; si se considera que infectándose entre sí y transmitiendo a sus descendientes los gérmenes morbosos, multiplican así de un modo indefinido los medios de infección, se comprenderá hasta qué punto puede conceptuarse quimera la campaña actual; nos vocean a diario los resultados maravillosos obtenidos en la Habana, que no tiene otra razón de ser que el notable mejoramiento de la higiene y la disminución marcadísima de la inmigración, pero nunca de la extinción de los mosquitos, que no se ha conseguido hasta la fecha.³⁰⁸

³⁰⁵ CAIHY, LXVII -1904 -18 (Folletería). “Conferencia: acerca de la etiología y profilaxia del paludismo y de la fiebre amarilla, dada en Mérida, en el local del Seminario Conciliar Universitario, el 31 de julio de 1904 [folletería] / por el Dr. Alonso Ávila E., Liga de Saneamiento.

³⁰⁶ Quinina: remedio tradicional contra la malaria obtenida de la corteza de un árbol oriundo de los Andes. Se trata de una sustancia alcaloide vegetal de color blanco de sabor amargo, Cueto, 2013: 18.

³⁰⁷ CAIHY, LXVII -1904 -18 (Folletería). “Conferencia: acerca de la etiología y profilaxia del paludismo y de la fiebre amarilla, dada en Mérida, en el local del Seminario Conciliar Universitario, el 31 de julio de 1904 [folletería] / por el Dr. Alonso Ávila E., Liga de Saneamiento.

³⁰⁸ CAIHY, LXVII -1904 -18 (Folletería), pp. 27. “Conferencia: acerca de la etiología y profilaxia del paludismo y de la fiebre amarilla, dada en Mérida, en el local del Seminario Conciliar Universitario, el 31 de julio de 1904 [folletería] / por el Dr. Alonso Ávila E., Liga de Saneamiento.

Ante estos pensamientos expresados por la población por las campañas antimosquitos que llevaban a cabo las autoridades, Alonso Ávila expresó lo siguiente:

no pretendemos la aniquilación de todos los mosquitos en general, sino sólo de la especie del género *Culex* (*Stegomyia fasciata*) la cual transmite la fiebre amarilla, esta especie tiene costumbres esencialmente urbanas, es decir, vive con preferencia en las comarcas habitadas, buscando siempre la proximidad del hombre, se busca en general disminuir la población de esta especie... con respecto a las distancias que recorre por lo general esta especie no recorre grandes distancias, y vive siempre en la proximidad de su lugar natal, lo cual facilita extraordinariamente el exterminio de los ya infectados.³⁰⁹

Con lo anterior, podemos observar opiniones a favor de aniquilar el mosquito, pero ante tal tarea, también se manifiesta la dificultad de llevar tal acción. Hay que tener en cuenta que ante las campañas emprendidas por el gobierno se presentaron dos vías de comprensión: por un lado, lo que se comunicaba en la población con el mensaje que las autoridades sanitarias querían dar y, por el otro, lo que la población captaba a través de los discursos de las autoridades.

En esa misma conferencia, el doctor Ávila indicó que la meta de la campaña emprendida fue: 1) destruir a los mosquitos por cuantos medios les fuera posible; 2) evitar a todo trance que los *Stegomyia fasciata* puedan infectarse picando a enfermos de fiebre amarilla; 3) evitar el contagio por los *Stegomyia* infectados, pero cuando no se hubiere podido evitar la infección, entonces por la destrucción de estos y por la protección de las personas no inmunes.³¹⁰

Para evitar la posibilidad de que se dejara de aislar a su debido tiempo a los enfermos de fiebre amarilla, la ley declaraba como sospechosa a toda persona no inmune en quien se advirtiera una temperatura superior a 37.5 grados centígrados; en tal caso, el médico llamado a atender al paciente, debía cubrirlo inmediatamente con un mosquitero y avisar sin pérdida de tiempo a las autoridades políticas y sanitarias, quienes dispondrían inmediatamente el traslado del enfermo al lazareto y la desinfección del local. Este aviso fue obligatorio a los propietarios, administradores de hoteles y casas de huéspedes, directores de colegios con internado, maestros de obras,

³⁰⁹ CAIHY, LXVII -1904 -18 (Folletería). “Conferencia: acerca de la etiología y profilaxia del paludismo y de la fiebre amarilla, dada en Mérida, en el local del Seminario Conciliar Universitario, el 31 de julio de 1904 [folletería] / por el Dr. Alonso Ávila E., Liga de Saneamiento.

³¹⁰CAIHY, LXVII -1904 -18 (Folletería). “Conferencia: acerca de la etiología y profilaxia del paludismo y de la fiebre amarilla, dada en Mérida, en el local del Seminario Conciliar Universitario, el 31 de julio de 1904 [folletería] / por el Dr. Alonso Ávila E., Liga de Saneamiento.

contratistas de fábricas, jefes de talleres, etcétera. Esta obligación fue extensiva a todo ciudadano, ya que se consideró como un deber el prestar ayuda a la autoridad para esta clase de pesquisas.³¹¹

De nueva cuenta hubo brotes epidémicos entre los años 1905 y 1906, en los cuales durante seis meses se presentaron 65 casos registrados y 29 defunciones. Hacia el año de 1911, se registró otro brote, aunque de menor impacto, pero alertó a las autoridades de que las medidas preventivas anteriores fracasaron. En 1912 el Dr. Liceaga pronunció que pudieran existir circunstancias especiales que podrían exhortar a reaparecer la epidemia en Mérida, a pesar al éxito de las mismas medidas sanitarias empleadas en otras ciudades.³¹²

Cabe resaltar que en el año de 1906, el presidente Porfirio Díaz visitó la Ciudad de Mérida, con lo cual se generó un mayor impulso económico al estado debido a que se realizaron obras de infraestructura, que no solo evidenciaron la modernidad y el progreso que pregonó el general Díaz, sino también que se abrió la posibilidad de tener un mayor intercambio comercial con otros países.³¹³ Se consideraba que Yucatán se encontraba en desventaja con respecto a los demás estados del país debido a que se le concebía aislado geográficamente y con problemas para ingresar al mercado de la república, del cual no podía aprovechar el progreso comercial e industrial de la nación.

Por lo que la visita del presidente le permitió a Yucatán una mayor comunicación entre la capital y el estado, ya que, tanto con la construcción de un puerto moderno en Progreso, como de una vía férrea, auguraban una mayor derrama económica al estado a través de la demanda de henequén como se afirmaba en la Revista *Modern México*:

La demanda de henequén está creciendo, y con el desarrollo de las grandes regiones productoras de granos de las posesiones británicas de América del Norte, la demanda inevitablemente aumentará considerablemente. La producción de henequén, aunque aumenta constantemente, ni parece crecer en proporción al mercado futuro que obviamente está abierto para ello. El desarrollo de esta rama de la agricultura y el incremento de la riqueza prometen, desde entonces, ser mayor en los próximos años en Yucatán de lo que han sido durante décadas en el pasado.³¹⁴

A pesar de que en la prensa del momento ante la visita del presidente Díaz, exaltó a Yucatán como un estado próspero, pero aislado, se evidencia también que se trataba de un lugar

³¹¹CAIHY, LXVII -1904 -18 (Folletería). “Conferencia: acerca de la etiología y profilaxia del paludismo y de la fiebre amarilla, dada en Mérida, en el local del Seminario Conciliar Universitario, el 31 de julio de 1904 [folletería] / por el Dr. Alonso Ávila E., Liga de Saneamiento.

³¹²Góngora-Biachi, 2004: 254. Ver también Carrillo 2008.

³¹³ CAIHY, *Modern México*, “Yucatan’s Reception of President Díaz” v. XX, n. 6, marzo de 1906.

³¹⁴ CAIHY, *Modern México*, “The President in Yucatan”, v. XX, n. 6, marzo de 1906. pp.15.

donde aún podría existir la condición de esclavitud en las haciendas henequeneras, la insalubridad entre sus pobladores y la persistencia de la fiebre amarilla como uno de sus principales males.³¹⁵

Sin embargo, la lucha antimosquitos aún seguía en pie y el principal problema que enfrentó la autoridad sanitaria que llevó a cabo la campaña, fue la idea dominante de que con la campaña se erradicaría la enfermedad del país. Cabe señalar que los problemas económicos, falta de personal, la falta de cooperación entre los diversos niveles de autoridades sanitarias, la reticencia de la población hacia la campaña y la existencia de depósitos naturales en los que se acumulaba el agua, no fueron suficientemente atendidos por dichas autoridades,³¹⁶ y la enfermedad aún continuaba estando presente. Al respecto, Canto indica que la campaña emprendida entre los años de 1903 a 1920 se trató de “una lucha inconclusa”.³¹⁷

Debemos tener en consideración que, a finales del gobierno de Porfirio Díaz, el país se encontraba en medio de una lucha por el poder y, por consiguiente, las campañas emprendidas contra las enfermedades a nivel nacional y local quedaron afectadas en su mayoría. Al respecto Rodríguez señala que las campañas fueron perdiendo importancia en la medida en que el Porfiriato llegaba a su fin.³¹⁸

Ante los casos crecientes de enfermos de fiebre amarilla para los años de 1904 a 1906 y ante la falta de recursos humanos y apoyos económicos, la campaña no solo se enfocó a la eliminación del vector, sino que de igual manera se trató de educar a la población yucateca para que fuera aseada en sus casas y en sus cuerpos, pues no bastaba solo con fumigar y atender a los pacientes, sino que la población tenía que poner de su parte para evitar la enfermedad.³¹⁹

Como el mal aún cobraba vidas, ante la falta de apoyo monetario por parte de la federación, las autoridades sanitarias yucatecas continuaron la lucha, afiliándose con empresas privadas para poder mantener las revisiones sanitarias en el tranvía.³²⁰ Asimismo, la falta de recursos para comprar petróleo facilitó la dispersión de la enfermedad.³²¹

³¹⁵ CAIHY, *México Industrial*, “Progreso de Yucatán”, tomo II, No. 24, febrero 15 de 1906; CAIHY, *Modern México*, “The President in Yucatan”, v. XX, n. 6, marzo de 1906, pp.15.

³¹⁶ AHSSA, Fondo Salud Pública, Sección Epidemiología, Caja 5, Exp. 2, f. 34, 1904 “Consejo Superior de Salubridad. Comunicación Oral del Dr. Eduardo Liceaga a la academia nacional de medicina de México en la sesión del 17 de febrero de 1904 dando a conocer el plan de campaña que se ha adoptado para la extinción de la fiebre amarilla en la República Mexicana”. Documento proporcionado por la Doctora Peniche.

³¹⁷ Canto, 2015.

³¹⁸ Rodríguez, 2002: 4-6.

³¹⁹ AHSSA, Fondo Salud Pública, Sección Epidemiología, Caja 6, Exp. 9, f. 361, 1906, “Informes, telegramas y memorándums sobre la epidemia de fiebre amarilla en Yucatán, Tuxtepec y Veracruz”. Documento proporcionado por la Doctora Peniche.

³²⁰ AGEY, Sección Poder Ejecutivo, tomo 42, 6 de noviembre de 1912, f. 3002, Libros de la Junta Superior de Salubridad de Mérida.

³²¹ AGEY, Sección Poder Ejecutivo, tomo 49, 14 de junio de 1912, f. 1691, Libros de la Junta Superior de Salubridad de Mérida.

Y a pesar de que se continuó con las visitas domiciliarias, la prevención de cuidar lugares donde se podrían reproducir los mosquitos, el aislamiento de los sospechosos³²² y de los casos confirmados, la enfermedad todavía causó estragos entre la sociedad yucateca hasta la segunda década del siglo XX.

³²² “Se tendrá por sospechoso todo caso de fiebre en personas no inmunes de fiebre amarilla o viruela que ocurra en las casas o establecimientos que se hallen bajo su dependencia” en CAIHY, *Diario Oficial de Yucatán*, Gobierno del Estado de Yucatán, Sección de Gobernación, N. 6265, Circular a los Jefes Políticos de los Partidos del Estado.

Capítulo III

La Fundación Rockefeller y sus planes de atención para el Caribe: 1914-1923

Como vimos en el capítulo anterior, en la búsqueda de progreso y modernización por la que transitaba México, a partir del Porfiriato, fue común encontrar que los siguientes gobiernos enarbolaran toda acción vinculada al desarrollo del país bajo el mismo lema. Para ello, se llamó la atención de inversiones extranjeras que ayudasen en la ampliación de la economía del país, mismas que tuvieron repercusiones en los ámbitos políticos, sociales, pero en especial en las cuestiones sanitarias.

Si bien en el ámbito internacional, la expansión de mercados y la consolidación de ejércitos que facilitaron el control de territorios, permitieron la adquisición de mayor afluencia monetaria para los países europeos. También, lo anterior permitió que se diera un expansionismo norteamericano que fincó sus bases, en algunos casos mediante el empleo de la filantropía que intervino de formas decisivas en salud pública, tal como ocurriría con la Fundación Rockefeller, que impulsó el combate a una tríada de enfermedades compuestas por anquilostomiasis,³²³ fiebre amarilla y paludismo, no solo en territorio norteamericano, sino también extendió su apoyo a países latinoamericanos, siempre y cuando sus gobiernos realizaran una invitación formal para intervenir en asuntos sanitarios.³²⁴

Ahora bien, ya desde inicios de la segunda década del siglo XX, los países europeos y latinoamericanos se enfrentaron a diversas disputas por el control económico, político y social de otros países. Por ejemplo, en Europa se enfrentaron a los estragos de la Primera Guerra Mundial; en el caso de México, a la Revolución Mexicana; Estados Unidos por su parte combatió contra España en La Habana. Así, ante estos conflictos armados, el objetivo de este capítulo es exponer el contexto político, económico y social del plano internacional donde las conferencias sanitarias panamericanas aún tuvieron un largo alcance. Es de relevancia explicar dicho contexto para poder entender la participación, hasta la segunda década del siglo XX, por parte de la

³²³ Infección intestinal causada por nematodos parásitos de las especies *Necator americanus* y *Ancylo stomaduodenale*. Se trata de una infección humana ampliamente diseminada por el mundo en particular en las zonas tropicales húmedas. También se le conoce como anemia tropical y uncinariasis. Los anquilostomas provocan hemorragias intestinales crónicas que acaban causando anemias. Organización Mundial de la Salud, www.who.int.

³²⁴ “What the Commision has undertaken to do”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1913-1914*, pp.12.

Fundación Rockefeller en México y específicamente en el estado de Yucatán (lo cual se expone en el capítulo 4). De igual forma, se plantean los devenires a los que se enfrentaron, tanto las campañas como las instituciones que participaron para hacerle frente a las enfermedades tropicales, considerando la apertura de nuevas rutas y lugares de intercambio no solo de productos, sino también de personas, como fue el caso de la apertura del Canal de Panamá.

Es necesario mencionar que este capítulo comienza en el año de 1914 pues fue el año donde se desató la primera guerra mundial, lo cual trajo repercusiones económicas, políticas y sociales, no sólo a nivel internacional, sino que como lo expondremos a lo largo de este capítulo y el siguiente, una serie de cambios en el tema de la salud pública y las intervenciones de los organismos internacionales, eje principal de esta tesis.

3.1.- El contexto europeo y la gran oportunidad norteamericana

Con el avance de nuevas tecnologías a partir de la segunda década del siglo XIX y el surgimiento de la industrialización, se consolidaron empresas que aprovecharon las economías crecientes, mismas que emplearon nuevos métodos de organización y gestión empresarial. Al respecto, Comín señala que las inversiones en los nuevos sectores industrias y de servicios, necesitaron de grandes capitales, por lo cual se crearon sociedades anónimas con la capacidad de reunir tanto el capital, como de inversionistas para las empresas nacientes. Es decir, los gobiernos implementaron una política comercial en donde el proteccionismo fue moderado, fincando sus bases en los tratados comerciales, la reducción de los costos de transportación y la vigencia del patrón oro.³²⁵

Así, tanto Europa como Estados Unidos, practicaron una política industrial intervencionista en apoyo a las industrias nacionales, dándose con ello las bases del Estado de Bienestar, que incluyó reformas tributarias progresivas, la implementación de educación y sanidad en los estados y el establecimiento de una seguridad social.

Como se desarrolló en el primer capítulo de esta tesis, en este contexto internacional de crecientes intercambios comerciales, avances tecnológicos, flujos masivos de personas e intervenciones financieras de los estados, el dominio europeo tenía superioridad debido a sus

³²⁵ El patrón oro era un sistema de cambios fijos, que establecía unas paridades oficiales de las divisas frente al oro. Además, exigía la convertibilidad de los billetes en oro a la paridad oficial, el mantenimiento de un encaje de oro en el banco central proporcional a los billetes emitidos, así como la libertad para fundir, importar y exportar ese metal, en barras o monedas. Bajo estas condiciones, el oro debía tener el mismo valor en todos los países pertenecientes al club del oro, con la diferencia de los costes de transportes y los seguros, y la oferta mundial de oro debían determinar la oferta monetaria y los precios mundiales, Comín, 2010: 272.

tácticas militares y avances tecnológicos. Sin embargo, la integración de los mercados transformó la especialización económica internacional, lo cual se vio reflejado en un crecimiento económico, mismo que a partir de la primera década del siglo XX generó tensiones entre las políticas de los grupos sociales tanto europeos como americanos.

El progreso y la modernización de los países europeos en vías de desarrollo fueron impulsados por fuertes campañas militares; por ello, el surgimiento de nuevas potencias como Alemania, Estados Unidos, Japón, Italia y Rusia, se vieron envueltas en tensiones políticas y guerras que acabaron en la denominada Primera Guerra Mundial.³²⁶

Mientras que en el continente europeo se presentó la disputa entre el dominio de territorios, en el lado americano, países como Estados Unidos y México vieron la oportunidad para expandir sus mercados internacionales. En el caso norteamericano, su crecimiento económico se basó en su mercado interior, que tuvo repercusiones económicas y políticas a nivel internacional debido a su poder económico y militar; se implementó la “diplomacia del dólar”, que hace referencia al uso de la moneda en el exterior, es decir, que el dólar fuera considerado como moneda de cambio con un sistema de cambio fijo, acción que demostró al país americano como un país en vías de desarrollo capaz de delimitar sus posiciones económicas y militares en el mundo.³²⁷

La exportación de mercancías permeó un desarrollo comercial desde América hacia el resto del mundo, sobre todo con miras al mercado europeo. Este comercio exterior fue determinado por la capacidad de los países latinoamericanos de exportar productos primarios. Es decir, el aprovechamiento de las innovaciones tecnológicas aplicadas a la agricultura permitió la especialización de las regiones y de las naciones en diferentes productos agrícolas y ganaderos.

Por su parte, Tafunell (2010) señala que en las décadas anteriores a 1914, la economía internacional fue desarrollándose sin sobresaltos y que las economías nacionales progresaron a su creciente interrelación. Sin embargo, en agosto de ese mismo año, las bases del funcionamiento del capitalismo –que él denomina liberal– se hundieron tan pronto como los ejércitos entraron en combate. El patrón oro establecido entre las principales potencias fue suspendido, acción que repercutió en cada gobierno para que se hicieran cargo de las transacciones financieras y con ello fijar nuevos precios y tipos de cambio, lo cual produjo que las mercancías tuvieran altos aranceles.³²⁸

³²⁶ Comín, 2010: 240-242. Cabe señalar que el gobierno de los Estados Unidos no entró en el conflicto bélico de la primera guerra mundial, sin embargo, estaban al tanto de lo que estaba sucediendo.

³²⁷ Comín, 2010: 242.

³²⁸ Tafunell, 2010: 288.

Como consecuencias económicas de la Primera Guerra Mundial, Tafunell señala que se pueden diferenciar cinco tipos de efectos económicos, en donde los dos primeros señalan los costos humanos y los materiales; los siguientes son los costos financieros: “un impacto desestabilizador sobre los sistemas monetarios y financieros”; y, como último punto, señala el “desequilibrio en la economía internacional originados por la conversión de Europa en una economía de guerra”.³²⁹ Todos estos efectos, alentaron el desarrollo de varios estados.

Ahora bien, en cuanto a las Conferencias Sanitarias Internacionales y las Conferencias Sanitarias Panamericanas, se debe señalar que también sufrieron los efectos de la Primera Guerra Mundial. A partir de 1911, las siguientes conferencias sanitarias internacionales fueron suspendidas, debido al tiempo de caos y enfrentamientos bélicos que se presentaron de manera mundial. No fue sino hasta el año de 1926 cuando volvieron a ser retomadas, y se revisaron los tratados y convenios de las conferencias anteriores, pero como se señaló en el capítulo uno de esta tesis, al no haber un acuerdo común entre los 41 países que se reunieron, los acuerdos no entraron en vigor sino hasta tres años después.³³⁰

En el caso de las Conferencias Panamericanas, la quinta reunión que fue programada para el año de 1914, fue suspendida al estallar la Primera Guerra Mundial, siendo retomada posteriormente hasta el año de 1923, realizándose en Santiago de Chile. En esta reunión, el tema que cobró interés fue la situación de la niñez en América Latina; sin embargo, el tema de las enfermedades siguió siendo una de las preocupaciones externadas en la conferencia.³³¹

Conviene señalar que no solo estas conferencias se estaban llevando a cabo entre los países latinoamericanos, sino que también se realizaron conferencias interamericanas especiales; es decir, en ellas los temas tratados versaban sobre cuestiones jurídicas, económicas, de salud, comerciales, sociales y científicas, de transportes y comunicaciones terrestres, las cuales fueron llevadas a cabo durante los años de 1877 a 1938. Sin embargo, las sanitarias, médicas y de salud pública fueron las más productivas y se celebraron entre los años de 1902 y 1929.

Ya desde la IV Conferencia Sanitaria Panamericana (1909), los países latinoamericanos mostraron un recelo entre ellos por cuestiones de fronteras y áreas limítrofes entre los países, problemas que fueron definiendo la realización de la reunión. No obstante, los temas de comercio y sanidad seguían vigentes en la lista de temas a tratar durante la reunión, por lo que

³²⁹ Tafunell, 2010: 288.

³³⁰ Entre los documentos del archivo AHGE-SRE, LE-185 (diciembre de 1909- enero de 1910) y LE-186 (enero de 1910), volúmenes que se centran en discusiones con respecto a la celebración de la IV Conferencia Panamericana, se pueden distinguir la desconfianza entre algunos de los países ante el avance desmedido de Estados Unidos como potencia emergente de América, y sus afanes intervencionistas.

³³¹ Marichal, 2002: 25.

se pedía a los delegados y representantes de los países que continuaran la labor de los temas ratificados en conferencias pasadas, así como también la aprobación de leyes que pusieran en marcha las resoluciones.³³²

Uno de los temas que también discutían los países latinoamericanos fue el expansionismo norteamericano a través de una política mercantilista,³³³ puesto que expresaban el interés de parte de los Estados Unidos para ingresar en las economías de otros países, todo ello a pesar de que el objetivo de dichas conferencias radicaba en “buscar los medios de dar vida a la fraternidad entre los países y de estrechar sus relaciones internacionales y con ello procurar el mejoramiento de las condiciones de existencia política de cada uno de ellos para favorecer eficazmente su progreso interno”.³³⁴ Sin embargo, países como Costa Rica señalaron que la intención de los Estados Unidos por apoyar a otros países respondió más bien a intereses particulares. Con referente al expansionismo, la misma nota señala:

La necesidad de tales Congresos ha sido hasta ahora muy problemática. Y ello se comprende desde luego que no hay allí una deliberación verdaderamente libre acerca de las cuestiones que van a decidirse, pues éstas muy de antemano han sido discutidas por el Gobierno de los Estados Unidos que pone el pase definitivo a las conclusiones de las referidas conferencias. El Programa del Congreso Internacional de Buenos Aires fue redactado bajo la inspección inmediata del Secretario de Estado de la República de Norte América y sometió a su aprobación. Lo cual quiere decir que nada se tratará en aquella asamblea que contradiga los intereses del imperialismo de Estados Unidos tan contrarios a la independencia y soberanía de estos países de Centro América.³³⁵

La problemática del expansionismo norteamericano fue expuesta no solo durante los congresos realizados, sino que se externaban en la prensa en la que se indicó tajantemente la conveniencia del estado para procurar su propio interés sobre los intereses de los demás países latinoamericanos,³³⁶ como ejemplo, podemos citar los temas sanitarios, la educación y la salud pública, ya que a través de ellos se puede observar la vía de entrada para que organismos filantrópicos extendieran su apoyo para los países menos desarrollados que necesitaran de la

³³² AHGE-SRE LE-185, ff.151-152, diciembre de 1909. Programa definitivo de los puntos a discutir en la IV Conferencia.

³³³ Sowell, 2015.

³³⁴ AHGE-SRE, LE-185, ff.67. Nota periodística de *La República*, San José de Costa Rica, 23 de febrero de 1910.

³³⁵ AHGE-SRE, LE-185, ff.67. Nota periodística de *La República*, San José de Costa Rica, 23 de febrero de 1910.

³³⁶ CAIHY, Diario *El Popular*, “La Presidencia de la Unión Panamericana en Manos del Secretario de E.U. no es conveniente”, Mérida Yucatán, sábado 14 de abril de 1923.

ayuda para combatir sus problemas. Es en este tema donde la Fundación Rockefeller interviene precisamente y del cual nos disponemos a comentar.

3.2.- El nacimiento de la Fundación Rockefeller y la expansión económica norteamericana

Para poder comprender el nacimiento de la Fundación es necesario entender, como se ha venido exponiendo, que la economía norteamericana se movía bajo el término de una economía mercantilista, misma que influyó en el desarrollo de las políticas gubernamentales de varios países de América Latina. Durante el proceso de industrialización y globalización que se vivió desde finales del siglo XIX, los países en general comenzaron a realizar una cooperación mutua en lo que respecta al mercado y los beneficios que este ofrecía, siendo que la política mercantilista que dominó fue sustentada en el aumento de la producción y de la población activa que permitiera a su vez la expansión de mercados y la consolidación de ejércitos para lograr un control más amplio de territorios.³³⁷

Es precisamente el cuidado de la fuerza activa de las personas lo que impulsó el interés de los Estados Unidos para desarrollar políticas públicas de salud, pues se impulsó la idea de que, al procurar un mayor número de individuos sanos y productivos, mayor sería el desarrollo económico de los países.³³⁸ Este pragmatismo llevó a la sociedad norteamericana a proponer modelos de salud pública que coadyuvaran para la expansión de sus intereses económicos. Hay que mencionar que dichos modelos se sustentaron en los avances científicos y médicos que potencias como Inglaterra, Francia y Alemania aportaron desde sus trincheras, como, por ejemplo, la identificación de la etiología de enfermedades como el cólera, la peste bubónica, el uso de las estadísticas para análisis poblacionales, identificación de factores que favorecían la proliferación de las enfermedades, el desarrollo de la bacteriología, entre otros.³³⁹

Precisamente, al fortalecerse los fundamentos de la higiene con el desarrollo de la bacteriología, se estableció “una relación causal directa entre enfermedad y agente (etiología)”, que, junto con los avances en las ciencias físicas, permitieron abrirse paso para el control específico de las enfermedades transmisibles y para el desarrollo de la medicina.³⁴⁰

³³⁷ Sowell, 2015.

³³⁸ Observación que el doctor Liceaga ya había realizado ante las autoridades sanitarias en México, HNDM, *Diario Oficial de Mérida*, enero 4 de 1904, “Carta publicada de Eduardo Liceaga al Secretario de Gobernación”.

³³⁹ Eslava, 2004: 24; Malavassi, 2006: 122.

³⁴⁰ OPS, 2002: 19

En este contexto económico, comercial, científico y de relaciones internacionales, nació en 1913 la Fundación Rockefeller bajo la dirección de John Davison Rockefeller,³⁴¹ como una filial “benefactora” de la Standard Oil Company, que tenía intereses puestos en el Golfo de México precisamente por sus reservas de petróleo. Como antecedente, hacia 1901 se fundó el *Rockefeller Institute for Medical Research*,³⁴² con el propósito de patrocinar investigaciones sobre enfermedades tropicales, afecciones que repercutían de manera negativa ante el avance económico y militar de los países en general.³⁴³ Este instituto se encargó de realizar dichas investigaciones con el objetivo específico de sanear las tierras de explotación petrolera en Estados Unidos y en otros países americanos. Cabe mencionar que tanto en Cuba, como en Panamá y México el país norteamericano tenía intereses económicos y comerciales que frecuentemente fueron afectadas por la presencia de las enfermedades tropicales.

En 1903 se estableció el *General Education Board*, organización con miras a fomentar la educación superior que pretendía ser para todos los ciudadanos, organizar una mejor educación en las escuelas rurales del sur; y apoyar a las escuelas de medicina en los Estados Unidos. Entre otros ámbitos, también se vinculó con la modernización de las prácticas agrícolas al sur del país, y comenzó la lucha contra una de las enfermedades tropicales que afectaron a gran parte de la población estadounidense: la anquilostomiasis.³⁴⁴

Hacia el año de 1909 se creó la *Rockefeller Health Board* (Comisión Sanitaria Rockefeller), la fundación de este organismo es considerada por Cueto y Sowell como la incursión definitiva de la filantropía que promulgó la institución Rockefeller.³⁴⁵ A través de esta comisión, Estados Unidos mantuvo una estrecha relación con la Organización de Salud de la Liga de las Naciones y con la Oficina Sanitaria Internacional.

³⁴¹ Nombrado presidente de la Fundación. Fue un Banquero prominente, de familia petrolera americana, dueño de la Standard Oil Company y del Chase Manhattan Bank que unió fuerzas con el Departamento de Estado de los Estados Unidos para combatir enfermedades y expandir los dominios comerciales, políticos y económicos de Estados Unidos hacia otros países, sobre todo latinoamericanos, Malavassi, 2006.

³⁴² Hacia el año de 1965 se convierte en The Rockefeller University.

³⁴³ Malavassi, 2006: 115.

³⁴⁴ “The General Education Board “en: *La Fundación Rockefeller, una historia digital* consultado el día 5 de enero de 2021 en: https://rockfound.rockarch.org/general_education_board

³⁴⁵ En 1913 cambiaría su nombre por Junta Internacional de Sanidad, misma que tuvo relación con la Oficina Sanitaria Internacional (OSI), quien posteriormente cambió en 1923 y se llamó Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) y para el año de 1947 se conformó en la Organización Sanitaria Panamericana (OSPA), y fue hasta el año de 1958 que se nombró Organización Panamericana de la Salud (OPS) nombre que actualmente conserva. Cueto, 1992; Sowell, 2010.

Ahora bien, esta Comisión Sanitaria nació como consecuencia del encuentro entre el Médico Wallace Buttrick³⁴⁶ y el oficial sanitario Charles Wardell Stiles,³⁴⁷ quién había realizado estudios sobre el papel del anquilostoma como causante de la anemia que producía un grave letargo entre los trabajadores de las plantaciones de algodón del sur de Estados Unidos. Sus conocimientos aseguraron que la enfermedad no solo debilitó a la población activa económicamente, sino también a los niños y que la enfermedad resultó estar relacionada con la incapacidad de aprender de la población, pues encontró una alta prevalencia de la enfermedad en la zona.³⁴⁸

Al escuchar los comentarios del zoólogo, Rockefeller reunió a médicos para discutir el asunto. Georges Bevier, quien fuera representante de la Fundación Rockefeller en Colombia, comentó que el señor Rockefeller solicitó que se investigara qué enfermedad imperaba entre la población y que, a su vez, influyera negativamente en la economía; al ser identificada la enfermedad, Rockefeller se comprometía para aportar los recursos necesarios para mantener campañas de control de la enfermedad.³⁴⁹

Cabe señalar que el gobierno de Estados Unidos realizó estudios y campañas contra la misma enfermedad que estuvieron a cargo de Stiles, el Servicio Público de Salud y las Fuerzas Armadas en Texas y también en Puerto Rico entre los años de 1904 y 1911. Al ser notificados los éxitos de las campañas y al enterarse el señor Rockefeller de los avances contra la enfermedad, fue evidente para él que había encontrado la solución para la anemia tropical que se desarrollaba en el sur de Estados Unidos.³⁵⁰

Con las noticias de Stiles y sus logros para identificar al anquilostoma como el agente causante de la anemia, el señor Rockefeller anunció la creación, en 1909, de la *Rockefeller Sanitary Commission for Eradication of Hookworm Disease* (Comisión Sanitaria para la Erradicación de la Anquilostomiasis), organismo que realizó la campaña contra la enfermedad en 11 estados del sur de Estados Unidos, donde los estudios evidenciaron que la incidencia era alta.³⁵¹ Así emergió, de forma resumida, una estrategia organizativa y económica de la salud pública internacional, que hoy tiene evidencia sustentada en la filantropía. Y es que, al mirar de cerca el campo de la salud pública, es posible plantear que la filantropía constituyó el brazo higienizador de la expansión

³⁴⁶ Personaje que fue director de la Comisión General de Educación en el Sur de los Estados Unidos.

³⁴⁷ Este personaje fue zoólogo, profesor de parasitología en la Escuela de Medicina de las Fuerzas Armadas además de ser oficial sanitario, Quevedo y Agudelo, 2004: 178.

³⁴⁸ OPS, 2002b: 34.

³⁴⁹ Quevedo y Agudelo, 2004: 178.

³⁵⁰ Quevedo y Agudelo, 2004: 179.

³⁵¹ "International Health Commission", *The Rockefeller Foundation, Annual Report 1913-1914*, pp.11-16.

capitalista y del panamericanismo, fenómenos de los que se ha venido hablando en éste y el anterior capítulo.

Contando con 10 años de experiencia en actividades filantrópicas y por consejos de Gates Frederick Taylor³⁵² para crear una institución que tendría la posibilidad mundial del manejo de la fortuna Rockefeller destinada a la filantropía, así como por el éxito que alcanzó la campaña contra la anquilostomiasis en el sur de Estados Unidos y su posterior aplicación hacia otros países, se fundó *The Rockefeller Foundation* hacia el año de 1913, bajo el lema “*the well being of making thruout the world*”,³⁵³ teniendo como objetivo principal el de promover “bienestar de la humanidad, no sólo dentro de los Estados Unidos, sino también por afuera de él”.³⁵⁴

Malavassi señala que las instituciones creadas por el señor Rockefeller más bien respondieron como “*un medio para evadir las leyes anti-monopolio estadounidenses*”, pues tras un fallo de la Corte Suprema de los Estados Unidos emitido en 1911, se le ordenó dividir su compañía petrolera “*Standard Oil*” en 39 compañías diferentes. La filantrópica actitud que tomó el señor Rockefeller, se vio influida por las facilidades que dictaban las leyes americanas acerca de los donantes, es decir, la exención de impuestos y la posibilidad de recibir un préstamo de acuerdo con las donaciones de dinero, fueron el punto de inicio para expandir el poderío de la familia Rockefeller y la manera legal para obtener beneficios económicos.³⁵⁵

Sin embargo, he de aclarar que, en el caso de esta investigación, no me centraré en el crecimiento de la fortuna Rockefeller, sino más bien en cómo esta fue utilizada para crear instituciones que se enfocaron en combatir las enfermedades tropicales que frenaron el desarrollo de otros países y que, a su vez, también obstaculizaron la expansión y dominio norteamericano sobre ellos.

Ahora bien, por los problemas que aconteció con la Standar Oil Company y las leyes antimonopolio, la creación de este organismo fue demorado por el gobierno y el Congreso de Estados Unidos. Siendo que, hasta el 14 de mayo de 1913, bajo las leyes del estado de Nueva York, fue constituida la corporación que llevaría el nombre de “*The Rockefeller Foundation*”.³⁵⁶

El 22 de mayo del mismo año, se reunieron por primera vez los señores: John D. Rockefeller, John D. Rockefeller Junior, Frederick T. Gates, Harry Pratt Judson, Simon Flexner,

³⁵² Fue un reverendo bautista americano, educador y el principal asesor de negocios de John D. Rockefeller, desde 1891 hasta 1923.

³⁵³ “hacer el bienestar en todo el mundo” (traducción propia).

³⁵⁴ “Charter and Organization”, *The Rockefeller Foundation, Annual Report 1913-1914*, pp. 7.

³⁵⁵ Malavassi, 2006: 118.

³⁵⁶ Desde el 24 de abril de 1913, había sido aceptada sin oposición por la Legislatura del estado de Nueva York, y aprobada por el gobernador en turno. “Charter and Organization” *The Rockefeller Foundation, Annual Report 1913-1914*. pp. 9.

Starr J. Murphy, Jerome D. Greene, Wickliffe Rose, and Charles O. Heydt, entre otros. De todos ellos fueron seleccionados: Jonh Davison Rockefeller Jr. como presidente, Jerome Davis Greene como secretario y Luois Guerineau Myers como tesorero. En esta reunión se recibió la primera donación de tres millones doscientos mil dólares dados por el señor Rockefeller al comité electo para realizar los fines altruistas que profesaba la institución.³⁵⁷ Posteriormente, los fondos monetarios de la Fundación fueron incrementados en sucesivas ocasiones, tanto por el señor Rockefeller como por la señora Laura S. Rockefeller.³⁵⁸

El 27 de junio de 1913, se estableció la *International Health Commission* que fue la organización delegada para trabajar con otros países. De igual forma, esta compartió el objetivo de extender la campaña para la erradicación, tratamiento y cura de la anquilostomiasis³⁵⁹ a través del establecimiento de agencias que se encargaran de promover la salud pública y de difundir los conocimientos científicos que alertaban sobre cómo prevenir y combatir la enfermedad.³⁶⁰ Hacia 1916, la Comisión realizó la primera campaña contra la anquilostomiasis en Brasil. Según Cueto, fue la primera incursión en Latinoamérica, sin embargo, como expondré más adelante, en los reportes anuales de la Fundación se indica que ya se estaban llevando a cabo trabajos antes en otros países de América Latina.³⁶¹

Cabe señalar que todas las actividades médicas promovidas por la Fundación Rockefeller, entre los años de 1913 a 1940, fueron dirigidas por médicos, científicos e ingenieros sanitarios – todos de nacionalidad estadounidense –, que se enfocaron en la salud pública y el control de las epidemias, además de apoyar a los profesionales de la medicina para continuar con sus estudios.³⁶²

La Comisión Internacional de Salud reportó que el trabajo de control de la enfermedad de la anquilostomiasis durante el año de 1915 estaba en curso en Antigua, Guayana Británica, Guayana Holandesa, Granada, Santa Lucía, San Vicente y Trinidad en las Indias Occidentales; en Costa Rica, Guatemala, Nicaragua y Panamá en América Central; y en Egipto y Ceilán, además

³⁵⁷ “Funds received” *The Rockefeller Foundation, Annual Report 1913-1914*, pp.7-10.

³⁵⁸ “Funds received” *The Rockefeller Foundation, Annual Report 1913-1914*, pp.10.

³⁵⁹ Objetivo que compartió con *la Rockefeller Sanitary Commission*, sin embargo, el programa de la Comisión Internacional de Salud no contemplaba la erradicación total de la anquilostomiasis bajo la supervisión de la Comisión Sanitaria, sino más bien sirvió para demostrar en los estados por un lado la presencia de la enfermedad y por otra el método de tratamiento y prevención para su combate. “International Health Commission”, *The Rockefeller Foundation, Annual Report 1913-1914*, pp. 11, 15.

³⁶⁰ “International Health Commission”, *The Rockefeller Foundation, Annual Report 1913-1914*, pp.15.

³⁶¹ Cueto, 1994: X.

³⁶² “Rockefeller Foundation, Yellow Fever Investigation” en *British Medical Journal*, 28 de febrero de 1948, pp. 402; ver también Cueto, 1990: 230.

de aprobarse un presupuesto para la extensión del trabajo en el Salvador, Honduras Británica y las Islas Seychelles.³⁶³

Al mismo tiempo, se determinó una investigación sobre educación médica y salud pública en Brasil, también se combatió la enfermedad de la malaria en los estados del sur de Mississippi y Arkansas, con los mismos preceptos de ataque intensivo realizados contra la anquilostomiasis.³⁶⁴

Así, la anquilostomiasis –primero–, la fiebre amarilla y el paludismo –después– fueron las enfermedades a partir de las cuales la Fundación Rockefeller estructuró su estrategia de intervención en el campo de la salud pública en los países de América Latina. Con la apertura del canal de Panamá en 1914, la Fundación pretendió erradicar la fiebre amarilla, que en esa época fue considerada una enfermedad de los puertos y de las grandes ciudades, especialmente costeras de las Américas. Por tal razón, Estados Unidos estaba interesado en promover la salubridad de dichos lugares para consolidar la economía de exportación de los países latinoamericanos y de esta manera proveerse fluidamente de materias primas.³⁶⁵

De acuerdo con Cueto, los trabajos llevados a cabo por la Fundación Rockefeller para la eliminación de la anquilostomiasis, se enfocaron en realizar demostraciones a los departamentos de salud de los países intervenidos con el objetivo de que posteriormente ellos asumieran la responsabilidad de asegurar un servicio estatal de salud pública, que a largo plazo les sirviera para promover reformas a los servicios de salud pública. En el caso de Latinoamérica, los primeros años de trabajo médico de la fundación fueron dedicados a la salud pública y a la investigación médica.³⁶⁶

Ahora bien, las relaciones establecidas entre la Oficina Sanitaria Internacional y la Fundación Rockefeller permitieron que, entre los años de 1913 a 1916, se realizaran campañas sanitarias que estuvieron a cargo de Wickliffe Rose, de Abraham Flexner y de William Henry Welch.³⁶⁷ Cueto señala que la fundación realizó una primera fase en las Indias Británicas Occidentales (Guayana Británica, Trinidad, Granada, Santa Lucía y la Guayana Holandesa), posiblemente por la cercanía al país norteamericano, además de la ventaja que le proporcionaba entenderse en el mismo idioma y los bajos costos que representaron las campañas. Sin embargo,

³⁶³ Las Islas Seychelles comprenden un grupo de 115 islas ubicadas en el océano Índico, al noreste de Madagascar, “International Health Commission”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1915*, pp.11.

³⁶⁴ International Health Commission”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1915*, “pp.12.

³⁶⁵Marichal, 1995: 4; Cueto, 1990: 231.

³⁶⁶ Cueto, 1994: X.

³⁶⁷ Quienes fueran el director general *del International Health Board* de la Fundación Rockefeller, el Secretario General de Educación, y el profesor de patología de *la Johns Hopkins Medical School*, respectivamente, en Quevedo y Agudelo, 2004: 181.

Quevedo y Agudelo consideran que sus intervenciones en esos lugares respondieron al hecho de que se encontraban en una esquina oculta del planeta, de poca relevancia política y por ello realizaron una especie de “experimento internacional” sin comprometerse a establecer un plan de más envergadura.³⁶⁸

Después del año de 1916, con los trabajos comandados por el general Gorgas, los objetivos de la fundación cambiaron, pues el general influyó para que el objetivo de la fundación se centrara en el combate hacia otra de las enfermedades que causaban estragos entre las tropas americanas. Por lo cual, el combate de la anquilostomiasis perdió su posición de prioridad en la agenda de la Fundación, dando paso a la erradicación de la fiebre amarilla.³⁶⁹

Para recapitular, los inicios de la Fundación Rockefeller en Latinoamérica, desde sus comienzos, tuvieron como objetivo la erradicación de las enfermedades tropicales en países en vía de desarrollo; específicamente se concentraron en combatir la tríada: anquilostomiasis, malaria y fiebre amarilla, afecciones que se encontraban en territorio americano y que se evidenciaba su transmisión a través del comercio realizado en los principales puertos del país vecino. Ya desde el 2 de junio de 1879, se externó la preocupación del Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica por la existencia permanente del peligro por la introducción por vía marítima de fiebre amarilla que procedía del sur,³⁷⁰ así como por el cólera que procedía de Europa.³⁷¹

Por ello, en dicho año se aprobó una ley en la cual se definió que ningún barco con destino a otro país debía zarpar del puerto de origen sin que un funcionario consular del país de destino hubiese realizado una inspección a bordo del mismo y expedido el correspondiente certificado de sanidad.³⁷² Este hecho constituyó el primer intento de intervención norteamericana en la organización sanitaria de otros países del mundo. Obviamente esto no era viable porque implicaba la aceptación de un acuerdo multilateral internacional. Así, ante el fracaso, el Congreso de los Estados Unidos adoptó, el 14 de marzo de 1880, una resolución en la cual autorizaban al presidente norteamericano a convocar la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional en Washington D.C. con la finalidad de organizar un sistema internacional de notificación en cuanto a la verdadera situación sanitaria de los puertos y plazas con relación al cólera y la fiebre amarilla.³⁷³ Los Estados Unidos pretendían que en esta quinta conferencia se

³⁶⁸ Cueto, 1994; Quevedo y Agudelo, 2004.

³⁶⁹ Cueto, 1994: X

³⁷⁰ “International Health Commission”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1915*, pp.12.

³⁷¹ Quevedo y Agudelo, 2004: 44.

³⁷² OPS, 1999: 3-4; Flagg Bemis, 1944; Mateos, 2005: 343.

³⁷³ OPS, 1999: 7-8.

incluyeran temas como la fiebre amarilla y la malaria, que eran las enfermedades que tenían mayor significación para ellos debido a que estaban iniciando sus relaciones comerciales con América Latina, en donde estas enfermedades eran prioritarias y ponían en peligro la salud de los norteamericanos.³⁷⁴

El enfoque que promulgó la Fundación a través de la Comisión Sanitaria Rockefeller fue el de establecer un cerco sanitario de puntos de desinfección y de cuarentena a través de la asistencia de un programa de salud positiva que se basó en la medicina preventiva, programa que fue diseñado en la Escuela Bloomberg de Salud Pública de la Universidad de John Hopkins, escuela cuya apertura fue financiada en parte con capital de las empresas de la familia Rockefeller.

Ahora bien, a través de los fondos invertidos por la fundación, se mejoró la visión de los expertos de salud pública, ya que se avanzó en la adquisición de los conocimientos y se modernizó la sanidad pública a nivel global porque este organismo fortaleció las bases sanitarias en áreas consideradas prioritarias como: Estados Unidos, China, Europa del Este y Latinoamérica. De esta forma, a través de la provisión de los servicios sanitarios y de “bienestar”, se encaminó a reducir los conflictos sociales y las tensiones internacionales, específicamente las comerciales.³⁷⁵

Páginas antes se abordó cómo las autoridades norteamericanas se interesaron en el combate a la anquilostomiasis, interés promovido por las primeras comisiones vinculadas a las empresas de la familia Rockefeller. Al organizarse la comisión sanitaria en 1909 (*Rockefeller Sanitary Commission for Eradication of Hookworm Disease*), las autoridades mostraron preocupación al reportarse que poco más de dos millones de personas ubicadas en el sur del país se encontraron afectadas por anquilostomiasis, con lo cual, además de generar problemas físicos, mentales y de repercutir en la demografía de las ciudades, demarcaba sobre todo una disminución notable en la eficiencia económica de la región.³⁷⁶ A esta enfermedad se atribuía la baja productividad de los trabajadores rurales y un obstáculo para la ampliación e intensificación del comercio y la industria.³⁷⁷

Para combatir eficazmente a la enfermedad, el primer paso dado por la Comisión fue la realización de una encuesta para determinar la distribución geográfica y la aproximación del grado de infección;³⁷⁸ a su vez, también se efectuaron análisis microscópicos donde se

³⁷⁴ Quevedo, et. al., 2004: 44.

³⁷⁵ Weinding, 2000: 15.

³⁷⁶ “International Health Commission”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1913-1914*, pp. 11.

³⁷⁷ Cueto, 1996: 180.

³⁷⁸ En el caso de México, un trabajo similar se llevó a cabo por el doctor Domingo Orvañanos a finales del siglo XIX, realizando una geografía médica del país.

examinaron muestras tomadas de gente infectada y se pusieron en funcionamiento las medidas sanitarias para ponerle fin a la contaminación del suelo. Cabe señalar que dicha Comisión no se comprometió a la erradicación de la anquilostomiasis en ningún país, o uncinariasis como también se le conocía a este mal, pues como señaló el director general, Wickliffe Rose, “el logro de este resultado requerirá la operación de agencias permanentes que trabajen durante largos períodos de tiempo”.³⁷⁹ En el caso de México, la fundación no combatió a la anquilostomiasis, de primero como sucedía en otras regiones, debido a que, la enfermedad se producía a través de las lombrices que permanecían en el suelo y por ende no emigraban de un lugar a otro, [por lo que hacían que esta campaña] pareciera un esfuerzo local y geográficamente delimitado” y por tanto consideraban, que debido al modo de transmisión de la enfermedad, que la campaña contra esta ella era un asunto nacional y no un proyecto internacional.³⁸⁰

La Comisión siempre tuvo en claro que el control de la enfermedad, en cualquier país, tenía que ser una labor compartida, es decir, que para conseguir el éxito contra las enfermedades no se podría conseguir trabajando solos y de manera independiente, por lo cual todos los países debían de participar en el combate de las enfermedades existentes en sus tierras. Por ello, se pensó que la Comisión podría ser útil en la medida en que pudiera cooperar con los gobiernos de los países para organizar y hacer efectivas sus propias agencias. La Fundación Rockefeller determinó que su intervención para el combate de las enfermedades solamente podría llevarse a cabo con la invitación expresa de los gobiernos.³⁸¹

En efecto, desde los inicios de la Fundación, países como Costa Rica, Guatemala, Nicaragua, Brasil, Colombia, Ecuador y Puerto Rico, le extendieron la invitación a la Fundación Rockefeller. México no lo hizo en esta primera etapa, volveré sobre ello. Dada la expresa invitación, durante la segunda década del siglo XX la Fundación emprendió estudios epidemiológicos en América del Sur.³⁸² Sus resultados dieron a conocer la existencia de un embalse selvático permanente, señalando en sus reportes la existencia de la fiebre amarilla selvática en todas las localidades situadas en las cabeceras del sistema hidrogeológico Orinoco-Amazónico.³⁸³ Es decir, que en los lugares selváticos en donde se presentó la fiebre amarilla se demostró haber tenido contacto humano a través de los puestos avanzados de colonización.³⁸⁴

³⁷⁹ *Publication No. 6, of the Rockefeller Sanitary Commission. “Hookworm Infection in Foreign Countries,” pp. 3; The Rockefeller Foundation Annual Report 1913-1914, pp. 21.*

³⁸⁰ Solórzano, 1997: 54.

³⁸¹ “What the Commission Has Undertaken to Do”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1913-1914*, pp. 12.

³⁸² En el caso de México, la invitación se extendió hasta 1920, tema que se trata en el capítulo 3.

³⁸³ El sistema Acuífero transfronterizo Amazonas comprende los países de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. UNESCO, 2007, pp: 124.

³⁸⁴ “Rockefeller Foundation, Yellow fever Investigation” *The British Medical Journal*, 28 de febrero de 1948), pp. 402.

A partir de estas investigaciones, se expuso que el ecosistema selvático constituyó un reservorio permanente de la fiebre amarilla; este conocimiento supuso una nueva ruta para la meta de controlar y erradicar la fiebre amarilla, pues el contacto de las poblaciones con las selvas podía ser constante, trayendo consigo el comienzo de las olas epidémicas que originaron la invasión de regiones no inmunes, en donde las condiciones ambientales permitieron su rápida transmisión y propagación.³⁸⁵

Esta presencia de áreas infestadas de enfermedades transmisibles fue la preocupación latente de los estados que buscaban llevar a cabo su expansión mercantil, pues cualquier vínculo económico, de infraestructura o comercial con miras al expansionismo repercutía en un grave problema de infección en sus países.

Por ello, la Comisión de Salud Internacional decidió realizar un estudio sobre la factibilidad de erradicar a la fiebre amarilla de los focos endémicos remanentes. Para ello, se nombró una Comisión con el objetivo de determinar el número y la ubicación de dichos focos e investigar la manera de cómo acabar con la infección que la causaba.³⁸⁶

La Comisión fue dirigida por el general William Crawford Gorgas,³⁸⁷ quien implementó una serie de políticas que rigieron las actividades. Una de ellas señaló el trabajo en conjunto con las agencias gubernamentales, estatales y locales en cooperación constante con la profesión médica, las escuelas públicas y las agencias sociales que fueran consideradas como propias de la población.³⁸⁸

Otras políticas implementadas por el general incluyeron la promoción de la educación popular, la estimulación del interés de la gente en general y la exhortación en el ámbito oficial para incidir en la legislación para hacer cumplir las medidas terapéuticas e higiénicas esenciales para la salud pública.³⁸⁹

La Comisión señalaba que la enfermedad podría tenerse bajo control total siempre que las agencias involucradas³⁹⁰ trabajasen en conjunto y en cooperación intensiva con ella. Y desde esta delegación comandada por Gorgas, se insistió en la necesidad de mantener el costo del trabajo de las campañas contra la enfermedad en un nivel bajo, de manera que la viabilidad de

³⁸⁵“Rockefeller Foundation, Yellow fever Investigation” *The British Medical Journal*, 28 de febrero de 1948), pp. 402.;

³⁸⁶“International Health Commission”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1913-1914*, pp.11-16.

³⁸⁷“International Health Commission”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1915*, pp. 11-17.

³⁸⁸ Fue cirujano general del ejército de los Estados Unidos, quien ya contaba con inmunidad al ser infectado y sobrevivir a la enfermedad durante el brote de 1882 sucedido en el Fuerte Brown en Brownsville, Texas durante el brote de 1882, en Leonard, 1992: 225.

³⁸⁹ “International Health Commission”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1915*, pp.11-17.

³⁹⁰ “International Health Commission”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1915*, pp.11-17.

³⁹⁰ Entiéndase por agencias como los organismos de cada país que se ocupaban de las cuestiones sanitarias, tanto a nivel estatal como local, llámense Juntas Sanitarias, Juntas de Salud, Departamentos de Salud, etcétera.

las actividades pudiesen ser solventadas con los recursos públicos y privados disponibles.³⁹¹ Esta preocupación de las autoridades sanitarias con respecto a los fondos monetarios para la realización de las campañas fue un tema recurrente durante todo el siglo XX, ya que constantemente las actividades fueron detenidas por no contar con recursos para su realización.³⁹²

Ahora bien, es importante subrayar que, en el discurso y la práctica, la Fundación Rockefeller retomó cuatro pilares como sostén de su estrategia de salud pública continental: 1. Relaciones políticas y económicas internacionales, 2. Recursos económicos, 3. Educación, 4. Conocimiento científico. Sobre el primer punto, se han abordado ya varios de sus aspectos, como la importancia de los puertos y las rutas de tránsito comercial como el Canal de Panamá; la necesidad de contar con la invitación expresa de los países involucrados en las campañas, etc. Sobre el segundo punto, asimismo se ha visto, la fundación aportó la gran mayoría de los recursos a partir de acuerdos fiscales que las empresas donantes tuvieron con su propio Estado, pero también se buscó un sistema de cofinanciación con los países intervenidos sanitariamente hablando. Sobre el tercer punto, parte de los acuerdos que la Fundación hizo con los países, fue que éstos enviaran a profesionistas en formación a la Escuela de Salud Pública de la Universidad John Hopkins para que volvieran a sus países y que ocuparan cargos de administración pública, a fin de aplicar y replicar el modelo sostenido por la Fundación (sobre esto se abundará más adelante). En cuanto al cuarto punto, se ha visto ya, la Fundación emprendió investigaciones en los países con los que tuvo un acuerdo, para diseñar o rediseñar los detalles de la intervención sanitaria con base en conocimiento científico. En sus reportes oficiales, la Fundación aseguraba que: “los recursos de las donaciones privadas más grandes son insignificantes en comparación con el costo total del mejoramiento físico y social de la comunidad”.³⁹³

Con respecto a la fiebre amarilla y la anquilostomiasis, los informes indicaron que la técnica de control se había establecido sobre una base razonablemente satisfactoria, mientras que para la malaria, a pesar de haber utilizado métodos de tratamiento y control, aún fue necesario descubrir si las diversas medidas utilizadas como el tratamiento con la quinina, las operaciones de cribado y drenaje podían ser eficaces por separado o en combinación de unas con otras, a un costo asequible para las comunidades en donde sufrían la enfermedad.

³⁹¹ “International Health Commission”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1915*, pp.11-17.

³⁹² La tesis de Roberto Canto, con respecto a los trabajos efectuados por la Junta de Sanidad en Mérida para el combate de la fiebre amarilla a inicios del siglo XX, demuestra la falta de recursos monetarios para mantener la campaña contra la enfermedad, Canto, 2015.

³⁹³ “International Health Commission”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1915*, pp.15.

Así, desde finales del siglo XIX y los primeros veinte años del siglo XX, el campo de la salud a nivel global registró el tránsito definitivo desde la higiene hacia la implementación de una nueva salud pública. Lo anterior porque, sumado a la consolidación de las economías que se basaron en la agricultura, el desarrollo industrial, la apertura de vías férreas y nuevas rutas de comercio marítimo, también se crearon nuevas formas de asentamiento y de movilización demográfica, acciones que repercutieron en el cruce de poblaciones, su hacinamiento y contacto con medios ambientes nuevos, cálidos-húmedos-tropicales que potenciaron la aparición de nuevas patologías tropicales y exacerbaron las ya existentes.

Dado lo anterior, el expansionismo norteamericano vio la vía de entrada en América Latina a través del cuidado y mejoramiento de la sanidad. Esta “ayuda humanitaria” que se brindó a los países latinoamericanos también estuvo apoyada desde la Oficina Sanitaria Internacional,³⁹⁴ las empresas privadas como el Departamento Médico de la *United Fruit Company* y, obviamente, la Fundación Rockefeller.³⁹⁵

Ahora bien, conforme al éxito obtenido en la lucha por la eliminación de la fiebre amarilla en La Habana, Estados Unidos trató de proteger a sus estados del sur para evitar el contagio de la enfermedad que todavía imperaba en Brasil, el Valle del Amazonas, la región del Caribe y la costa oeste de América del Sur, desde Perú hasta Mazatlán en México, lugares que frecuentemente estuvieron bajo vigilancia efectuada por oficiales de cuarentena.³⁹⁶ Cabe aclarar que la presencia de la fiebre amarilla en esos países afectó de manera tangencial el comercio y su desarrollo económico en general. Sin embargo, México utilizó sus propios medios para el combate a las enfermedades tropicales porque el temor hacia el expansionismo norteamericano fue expuesto entre los médicos y autoridades sanitarias, quienes indicaron al gobierno federal que no dejara entrar a la fundación. No obstante, hasta 1920 se le hizo la invitación al organismo.³⁹⁷

La Fundación Rockefeller, mediante el discurso público, declaraba que le movía el interés por mejorar las condiciones de salud de la población, y por ello se comprometía en el combate de las enfermedades. Pero los intereses comerciales y políticos estaban en la base, a lo cual el gobierno mexicano no quería que una institución extranjera se viera inmiscuida en sus asuntos

³⁹⁴ Fundada en el año de 1902, la cual sería el primer antecedente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), OPS, 2002b: 24.

³⁹⁵ Quevedo 2004: 171.

³⁹⁶ “Measures against yellow fever”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1915*, pp.70-72.

³⁹⁷ Carrillo, 2008. Desde el periodo porfiriano se buscó por parte de las autoridades sanitarias del país erradicar la fiebre amarilla de los estados de la república, sin embargo, por cuestiones como la falta de personal, de recursos y de educación entre la población, las campañas tuvieron poco éxito.

políticos y comerciales. Además de que este intervencionismo por parte de los Estados Unidos y la molestia de algunos países latinoamericanos, ya había sido expuesto durante la celebración de las Conferencias Sanitarias Panamericanas a partir de 1909.

Durante el año de 1915 se realizó una encuesta por parte de la Comisión Internacional de Salud para determinar la viabilidad de emprender en ese momento la erradicación de la fiebre amarilla y se realizaron experimentos para probar la viabilidad de controlar la malaria.³⁹⁸ Se consideraba que el paludismo se trataba de una enfermedad rural, es decir, que afectaba sobre todo a las personas e industrias del campo.³⁹⁹ Se evidenció que la movilización de masas humanas causadas por la revolución propició que el paludismo apareciera en lugares donde no se habían presentado casos, y de manera general se presentaron casos en las costas y los altiplanos central y meridional del país.⁴⁰⁰

Con respecto a la malaria y los métodos de tratamiento y control utilizados, la Comisión indicó que aún necesitaban descubrir si las medidas conocidas como el tratamiento con quinina, las operaciones de cribado y drenaje podrían ser empleadas por las comunidades que sufrían la enfermedad aplicando sus propios recursos monetarios. Por ello, reiteró la necesidad de trabajar con agencias privadas como la Fundación Rockefeller para solventar junto con las agencias sanitarias de los países los gastos que requirieran los trabajos contra las enfermedades. Por ejemplo, con los trabajos realizados por la Comisión Internacional de Salud para el combate de la anquilostomiasis, también se atenuaron los casos de fiebre tifoidea y otras enfermedades intestinales.⁴⁰¹

La presencia de malaria o paludismo representaba para los estados una pérdida financiera directa y el deterioro de su economía debido a que debilitaba a los individuos de manera física y mental. Por este hecho se consideraba que la enfermedad representaba el problema sanitario y médico más grave al que se estaba enfrentando la Comisión.⁴⁰²

Por ello, en julio de 1915 se determinó el combate a la enfermedad y gracias a las encuestas realizadas se identificó la situación geográfica de distribución de la malaria, el grado de infección en ciertas localidades en diferentes partes del mundo y la importancia de la malaria como un impedimento para el trabajo. Se llevaron a cabo experimentos por parte de la Comisión Internacional de Salud, los cuales consistieron en la detección de los portadores de la enfermedad

³⁹⁸ “General Summary”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1915*, pp. 44

³⁹⁹ “Attacking the seed-beds of yellow fever” *The Rockefeller Foundation Annual Report 1918*, pp.35.

⁴⁰⁰ Cervantes -González, 1979: 31.

⁴⁰¹ “International Health Commission”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1915*, pp.16.

⁴⁰² “Measures against malaria”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1915*, pp.74

y la eliminación de parásitos en los individuos. Sin embargo, no se aplicó la exterminación de los mosquitos como había sucedido con la fiebre amarilla, por ejemplo.⁴⁰³

En 1916, durante el informe presentado a la Fundación Rockefeller, la Comisión formada para la erradicación de la fiebre amarilla señaló de manera unánime que la erradicación era factible y que en ese año comenzarían los trabajos para la eliminación de la enfermedad. Hay que señalar que las actividades realizadas por la Comisión se facilitaron debido a las condiciones de guerra, pues se produjo una gran reducción de inmigrantes en los países donde prevalecía la enfermedad, por ende, no se le aportó a la enfermedad con material humano fresco sobre el cual alimentarse.⁴⁰⁴

En ese mismo año, la Junta de Salud Internacional de la Fundación Rockefeller (*International Health Board*) señaló que se llevaba el combate contra la anquilostomiasis en 16 países en total y en la encuesta que realizó la Comisión de la fiebre amarilla se agregó a los lugares que fueran “focos sospechosos de la enfermedad”. Dos Comisiones fueron enviadas a Sudamérica, una estuvo compuesta por seis sanitarios, con el mayor general William C. Gorgas como presidente, quien visitó las repúblicas de Ecuador, Perú, Colombia, Venezuela y Brasil para estudiar las condiciones de la fiebre amarilla. Los objetivos buscados durante estas comisiones versaron en determinar el estado de los centros de infección endémicos que fueran dudosos y determinaron qué medidas eran necesarias y factibles para erradicar la enfermedad de las localidades responsables de su diseminación. La segunda comisión investigó las agencias de educación médica y salud pública en Brasil.⁴⁰⁵

El 14 de junio de 1916, la Comisión visitó Ecuador, Perú, Colombia y Venezuela, reiterando la necesidad de combatir la enfermedad con el apoyo y cooperación de las autoridades de los pueblos interesados para controlar a la enfermedad.⁴⁰⁶ Se dejó en claro que realizar el trabajo en conjunto era el vínculo necesario para poder de una vez por todas eliminar los males que sometieron a las poblaciones, pues se buscaba combatir a los vectores que transmitían la enfermedad y se solicitaba cambiar algunas normas de la higiene y la salud en general. Por ejemplo, los descubrimientos del Dr. Víctor G. Heiser,⁴⁰⁷ Director de Salud Pública en el

⁴⁰³ “Measures against malaria”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1915*, pp.74.

⁴⁰⁴ “International Health Board”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1916*, pp.18.

⁴⁰⁵ “International Health Board”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1916*, pp.18-19.

⁴⁰⁶ “International Health Board”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1916*, pp.12-14. En este caso la Comisión estuvo formada por el Mayor General William C. Gorgas, Departamento Médico, Ejército de los Estados Unidos, presidente; Dr. Henry R. Carter, del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos; Dr. Juan Guiteras, de La Habana; El comandante T. C. Lyster y el comandante E. R. Whitmore, del departamento médico del ejército de los Estados Unidos; y el Sr. W. D. Wrightson.

⁴⁰⁷ Este personaje combatió la enfermedad de “beriberi” (enfermedad en donde el cuerpo no contiene suficiente tiamina o vitamina B1) en los países de Asia Oriental y señaló que el uso de excrementos para fines de fertilización

gobierno de las Islas Filipinas, señalaron la importancia de frenar la contaminación del suelo, ya que se evidenció que, a través de la utilización de excrementos para la fertilización de la tierra, se había expuesto a los individuos a adquirir enfermedades gastrointestinales.⁴⁰⁸

Las conclusiones a las que llegó el primer grupo comandado por el general Gorgas determinaron que el único centro endémico de fiebre amarilla en América del Sur era Guayaquil, Ecuador, que Perú se encontró libre de la infección y que ciertas secciones de Colombia y Venezuela, así como la costa este de Brasil, necesitaban una observación minuciosa.⁴⁰⁹

Asimismo, señaló la necesidad de establecer compromisos específicos que cubrieran la eliminación de la infección en Guayaquil, mantener bajo observación a Brasil y su costa este, así como también el litoral sur del Mar Caribe, pero sobre todo la extensión de la investigación a México y África Occidental, regiones que hasta ese momento no habían sido revisadas y que se encontraban bajo sospecha de acuerdo con la Comisión.⁴¹⁰

Ahora bien, en los trabajos contra la malaria, la Junta de Salud Internacional llevó a cabo cuatro experimentos para su control, indicando que el último se terminó en el año de 1917. El objetivo de estos experimentos fue determinar el grado en que la malaria pudo ser controlada dentro de los límites de los gastos empleados y en las condiciones que prevalecieron en las comunidades agrícolas del sur de Estados Unidos. Es decir, en cada uno de los experimentos se siguió una línea diferente de investigación con el objetivo de descubrir un método práctico de control que la comunidad rural promedio podría pagar para que la actividad continuase hasta poder controlar la enfermedad.⁴¹¹

Debido a los trabajos efectuados contra la anquilostomiasis, el personal de la Junta Internacional de Salud señaló durante sus informes presentados a la Fundación que frecuentemente tuvieron contacto con la malaria, enfermedad presente en el Oriente y ciertas áreas de América, en particular en los estados del sur. Y señalaron la importancia de costos y resultados del combate contra la malaria para que los pueblos afectados por la enfermedad implementaran acciones dentro de sus lineamientos de salud pública. A la vez, insistieron en la necesidad de invertir dinero en el combate de las enfermedades para poder garantizar un mayor desarrollo económico de las regiones afectadas.⁴¹²

son los que contaminaban el suelo y propagaban la enfermedad, por ello se necesitaba un sustituto para la fertilización de la tierra. Esta falta de vitamina B1 produce una fatiga intensa y lentitud en las personas afectadas, "International Health Board", *The Rockefeller Foundation Annual Report 1916*, pp. 16.

⁴⁰⁸ "International Health Board", *The Rockefeller Foundation Annual Report 1916*, pp.12-14.

⁴⁰⁹ "Findings of the Commission", *The Rockefeller Foundation Annual Report 1916*, pp.70

⁴¹⁰ "Findings of the Commission", *The Rockefeller Foundation Annual Report 1916*, pp.70.

⁴¹¹ "Malaria Control", *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1916* pp. 66.

⁴¹² "Beginning A Campaign Against Malaria" *The Rockefeller Foundation Annual Report 1917*, pp. 38-39.

Cabe señalar que debido a las condiciones de guerra que imperaron en Europa, las actividades del combate, control y erradicación de las enfermedades fueron suspendidas durante el año de 1917; sin embargo, durante el año de 1918 se reportó que las ciudades emplearon métodos para deshacerse de la malaria más rápido “de lo que se puede encontrar a los sanitarios capacitados para llevar a cabo el trabajo del control de la enfermedad”, así se emplearon el uso de peces larvicidas, implementación de drenajes, fumigación de aguas estancadas, piscinas, etcétera; seguimiento y vigilancia de los portadores de la enfermedad, indicar a la población evitar ser picada por el mosquito transmisor.⁴¹³

Uno de los problemas a los que se enfrentó la Junta fue que en algunas regiones el programa antimosquitos que emplearon no tuvo éxito debido a que las aguas superficiales no pudieron ser controladas. Por ello, se implementó el combate a la malaria a través del aislamiento y tratamiento de las personas que tenían los gérmenes de dicha enfermedad. Para ello se realizaron análisis de sangre a las personas que se consideraron sospechosas y que presentaron los síntomas palúdicos. Además, la campaña contra la malaria incluyó carteles llamativos, panfletos escritos e ilustrados, notas periodísticas, instrucción en las escuelas, conferencias públicas y la venta de quinina que se encontraba a un precio que estaba al alcance de todos.⁴¹⁴

Mientras tanto, en junio de 1918, se presentó un brote de fiebre amarilla en Guatemala.⁴¹⁵ De inmediato, se nombró al general Gorgas, Director de la Junta de Salud Internacional de la Fiebre Amarilla para llevar a cabo y con libertad las recomendaciones de la Comisión Especial de Fiebre Amarilla.⁴¹⁶ Es posible que el rápido accionar de la junta se haya debido a que en dichos territorios se encontraron grandes concentraciones de tropas de los Estados Unidos cerca de los puertos del sur y, por ende, se facilitaron nuevos receptores a la enfermedad, pues hay que aclarar que los individuos carecían de inmunidad ante la enfermedad.

La Junta consultó con el ministro guatemalteco en Washington la importancia de trabajar en conjunto para eliminar la enfermedad; asimismo ofreció sus servicios al presidente de la República de Guatemala, quien aceptó de manera inmediata. Así pues, el rápido accionar de la junta, además de ofrecer a un oficial médico competente, aportó fondos para que se pudiera

⁴¹³ “Cheaper to Get Rid of Malaria than to Have It”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1918*, pp: 30, traducción propia.

⁴¹⁴ “Cheaper to Get Rid of Malaria than to Have It”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1918*, pp: 32.

⁴¹⁵ Hay que mencionar que en este año se presentó la pandemia de influenza, para el caso de México se puede consultar el texto de Molina del Villar (2016).

⁴¹⁶ Cabe recordar que durante el año de 1916 el general Gorgas fungió como jefe de la Comisión. “States Undertaking Malaria Control”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1918*, pp 33-35; “Attacking the seed-beds of yellow fever”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1918*, pp. 35-37.

colaborar para controlar la epidemia. El médico enviado fue el doctor Joseph White,⁴¹⁷ quien a través de la implementación de cuarentenas y las medidas de control que tuvieron éxito en La Habana, se logró que en diciembre del mismo año se controlara la epidemia, a pesar de que el doctor tuvo que regresar en septiembre porque se le había expirado su permiso del ejército. Sin embargo, el 4 de diciembre, el representante residente de la Junta informó que ya no quedó caso alguno de fiebre amarilla en Guatemala.⁴¹⁸

Mientras tanto, el 27 de noviembre de 1918, se emprendieron las medidas para el control de la fiebre amarilla en la ciudad de Guayaquil, teniendo la cooperación del gobierno de Ecuador y del municipio, por lo que se les pidió a las autoridades que brindaran toda la ayuda necesaria. Cabe señalar que desde junio del mismo año se mandó una comisión para realizar estudios e investigaciones previas, compuesta por cinco hombres con equipo de laboratorio para realizar exámenes de sangre en los que se incluyeron la identificación de individuos portadores del germen. Esta comisión (Figura 7) permaneció en Guayaquil por espacio de dos meses. En esta ocasión, se combatió la enfermedad a través de la eliminación del mosquito *Stegomyia*; por ello, las medidas sanitarias emprendidas consistieron en la formación de cuadrillas de 5 hombres para realizar trabajos de rociado, inspección de casa en casa, aislamiento de los casos sospechosos, fumigación de las casas donde se presentó algún enfermo. En total, para llevar a cabo esta labor se contrató a 125 hombres.⁴¹⁹

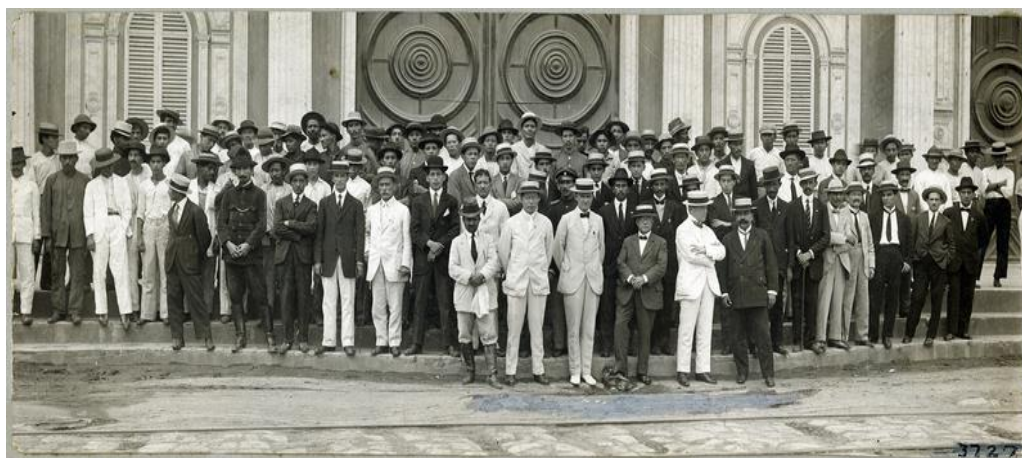


Figura 7: Comisión y personal de staff en Guayaquil, Ecuador.⁴²⁰

⁴¹⁷ Este médico y cirujano fue liberado por el ejército y se le concedió permiso para salir por el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. *The Rockefeller Foundation Annual Report 1918*.

⁴¹⁸ “States Undertaking Malaria Control”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1918*, pp 33-35; “Attacking the seed-beds of yellow fever”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1918*, pp. 35-37.

⁴¹⁹ “States Undertaking Malaria Control”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1918*, pp. 34.

⁴²⁰ “Yellow Fever Commission and staff in Guayaquil” *100 Years: The Rockefeller Foundation*, accessed January 25, 2019, https://rockfound.rockarch.org/digital-library-listing/-/asset_publisher/yYxpQfeI4W8N/content/yellow-

El médico White, al realizar una inspección en la región afectada, comprobó que la enfermedad se había extendido a 17 comunidades en la costa oeste o cerca de ella y que la infección pudo haber sido introducida a Guatemala desde el suroeste de México, posiblemente de Tapachula, Chiapas, y de otros lugares del sur de México, como el caso de la ciudad de Mérida, Yucatán.⁴²¹

La ruta por la cual se cree que entró la enfermedad fue primeramente a través del contagio de la ciudad de Ayutla y posteriormente se extendió desde ese punto a lo largo del ferrocarril internacional, llegando eventualmente a Retalhuleu y Escuintla, hasta presentarse hasta el sur en San José. Dentro de las 17 comunidades se notificaron 550 casos de fiebre amarilla, de los cuales 200 fueron reportados como decesos.⁴²²

Se indicó en los reportes del año de 1918 que para septiembre la enfermedad fue controlada y que para el 2 de diciembre ya no se reportó ningún caso; sin embargo, la vigilancia continuó hasta finalizar el año de 1918.⁴²³

En el caso de Brasil, fue el doctor Oswaldo Cruz, quién se encargó de encabezar la campaña para la erradicación de la fiebre amarilla, implementando las estrategias que se practicaron en La Habana y en el Canal de Panamá por el general Gorgas.⁴²⁴ Para el caso mexicano hay que mencionar que el doctor Eduardo Liceaga lideró la campaña desde inicios del siglo XX hasta antes de la revolución mexicana, pero sin la cooperación de la Fundación Rockefeller.⁴²⁵ Cabe señalar que desde 1918 fueron reconocidos Guayaquil en Ecuador, Mérida en Yucatán y áreas sospechosas de Venezuela, la costa de Brasil y la costa oeste de África como principales focos de infección.⁴²⁶

Siendo Guayaquil el lugar que aportó el mayor número de casos para una investigación científica, el gobierno de Guayaquil y el gobierno federal de Ecuador, extendieron invitaciones al instituto Rockefeller de Investigación Médica para trabajar en conjunto en el combate contra

fever-commission-and-staff-in-guayaquil. Fuente: Rockefeller Archive Center, Rockefeller Foundation records, photographs, box 84, folder 1699.

⁴²¹ “States Undertaking Malaria Control”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1918*, pp 33-35; “Attacking the seed-beds of yellow fever”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1918*, pp. 35-37; “The 1918 Outbreak in Guatemala”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1919*, pp. 29.

⁴²² “States Undertaking Malaria Control”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1918*, pp 33-35; “Attacking the seed-beds of yellow fever”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1918*, pp. 35-37.

⁴²³ “Attacking the seed-beds of yellow fever”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1918*, pp.35.

⁴²⁴ “A Sequel to Cuba and Panama”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1919*, pp. 8.

⁴²⁵ Para el año de 1918 en México se estuvo combatiendo a la influenza estando José María Rodríguez al frente del Consejo Superior de Salubridad, ver estudios de Molina del Villar (2015, 2016).

⁴²⁶ “A Sequel to Cuba and Panama”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1919*, pp. 9.

la enfermedad, siendo comisionado por parte de la Rockefeller el doctor Hideyo Noguchi, quien fungió como bacteriólogo del instituto.⁴²⁷

El doctor Noguchi, a través de la inoculación de sangre infectada a conejillos de indias, perros y monos procedió al descubrimiento del “*Leptospira icteroides*”, es decir una espiral delgada denominada como el germen que producía la ictericia, al que atribuyó la causa de la fiebre amarilla (Figura 8). Sin embargo, el médico no afirmó su descubrimiento y procedió a realizar más investigaciones en otros lugares, como el caso de Mérida Yucatán, a donde se trasladó hacia el año de 1920.⁴²⁸ Cabe mencionar que fue durante este año que se le extendió la invitación a la fundación Rockefeller bajo el gobierno federal de Álvaro Obregón, tema que será tratado en el siguiente capítulo.



Figura 8: El Doctor Noguchi en su laboratorio.⁴²⁹

Para el año de 1919, se extendió el control de la fiebre amarilla en Ecuador, Nicaragua, Honduras y el Salvador. En cada país se estableció una comisión especial del gobierno para

⁴²⁷ “On the Trail of the Yellow Fever Germ”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1919*, pp. 11.

⁴²⁸ “On the Trail of the Yellow Fever Germ”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1919*, pp. 11-12.

⁴²⁹ Fuente: Fundación Rockefeller, “Dr. Hideyo Noguchi en su laboratorio, 100 años: *The Rockefeller Foundation*”, consultado el 7 de septiembre de 2019 en: https://rockfound.rockarch.org/digital-library-listing//asset_publisher/yYxpQfeI4W8N/content/dr-hideyo-noguchi-in-his-laboratory

hacerse cargo de las medidas de control, compuesta por médicos locales y personal sanitario, pero encabezada por un representante de la Junta Internacional de Salud de la Fundación Rockefeller (Figura 9).



Figura 9: Escuadrón sanitario con equipo completo en Guayaquil.⁴³⁰

En cuanto a los gastos que demandaron las comisiones, cada país aportó una parte del costo de control, mientras que la fundación -además de contribuir con el personal considerado experto, realizó asignaciones adicionales para los presupuestos comunes.⁴³¹ Con estos compromisos adquiridos y el combate a la enfermedad se notificó que en noviembre la fiebre amarilla había estado desterrada de Centroamérica.

Los gobiernos de Nicaragua, El Salvador, Guatemala y Honduras acordaron con los representantes de la Fundación que mantendrían el control de la reproducción del mosquito

⁴³⁰ “Sanitary squad with full equipment, Yellow Fever control” 100 Years: The Rockefeller Foundation”, consultado el 7 de septiembre de 2019, en: https://rockfound.rockarch.org/digital-library-listing/-/asset_publisher/yYxpQfeI4W8N/content/sanitary-squad-with-full-equipment-yellow-fever-control.

⁴³¹ “A League of Central American Nations”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1919*, pp.18.

Stegomya en todos sus puertos, al igual que exigirían la inspección de los buques que tocaran los puntos del Pacífico, pero, sobre todo, mantendrían cuarentenas a los viajeros del sur de México hasta que la enfermedad fuera eliminada de ese país.⁴³² Se sabía, pues, que ahí había aún un foco endémico desde el cual se podían generar brotes epidémicos hacia el sur o hacia el norte, pero México aún no había invitado a la Fundación para hacer trabajos sanitarios en su territorio.

La colaboración entre los países centroamericanos con Estados Unidos demostró la aplicación de un programa internacional de salud pública para la protección de todas las áreas involucradas, es decir, se unieron en lo que se podría denominar una Liga de Naciones a pequeña escala, que combatieron un objetivo en específico y común entre todas ellas: la presencia de la fiebre amarilla. Además, se planteó que al controlar la enfermedad se podría tener un mayor desarrollo económico, ya que se demostró que existió una interdependencia de la industria, el gobierno, la ciencia y la cultura con las condiciones sanitarias de los estados.⁴³³

De lo anterior, se puede denotar que la implementación de la ayuda filantrópica que Estados Unidos extendió hacia otros países tuvo una connotación económica muy marcada, pues el aprovechamiento de las materias primas que aportaron los países latinoamericanos a través del comercio internacional, fueron el punto clave para permitirle la entrada a los americanos en los ámbitos sanitarios de los países como Guatemala, Nicaragua, El Salvador, Brasil, Perú, entre otros. Sin embargo, la cooperación de Estados Unidos se extendió hasta otros lugares como África y Asia. Así, se aseguró también la prevención contra la diseminación de las enfermedades tropicales desde y hacia los países vecinos y, con ella, el surgimiento y creación de las organizaciones internacionales enfocadas al control de las enfermedades.

3.2.1.- La apertura del Canal de Panamá: nuevas vías de contagio

La construcción y eventual apertura del Canal de Panamá refleja, como quizá pocos acontecimientos en la historia de nuestro continente, el vínculo que existió entre los intereses económicos, comerciales y sanitarios en el siglo XX. En Canal, en efecto, constituye un hito en la historia reciente por haber sido una de las principales vías construidas para el comercio entre el Atlántico y el Pacífico, y en donde las enfermedades tropicales imperaban; y fue ahí en donde se consolidó el modelo cubano de combate a las enfermedades tropicales (basado en la teoría de

⁴³² “A League of Central American Nations”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1919*, pp.18.

⁴³³ “A League of Central American Nations”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1919*, pp.18-20.

Finlay sobre la transmisión vectorial), el mismo que fue abalado y puesto en marcha por la milicia norteamericana y luego por la Fundación Rockefeller.

Las características generales del área del istmo resultaban idóneas para la proliferación de las enfermedades tropicales: tierras tropicales de escasa altura, clima cálido y húmedo, con estaciones de lluvia en un promedio de nueve meses, áreas pantanosas, vegetación densa y, sobre todo, población nativa que fuera inmune a las enfermedades de América del Norte y Europa.⁴³⁴ Lindon Bates describió el ambiente tropical junto con los “peligros naturales de la región” y cómo estos serían desencadenados con la importancia comercial que traería la construcción de la nueva vía, porque no solo se entablarían relaciones económicas, sino que se establecería un nuevo foco de difusión de enfermedades a escala mundial, siendo esto último lo más importante.⁴³⁵

La construcción de una nueva vía de comunicación que sirviera para fines comerciales fue el objetivo que Estados Unidos vislumbró en el Istmo de Panamá, que por su ubicación geográfica resultaba idóneo para crear ese vínculo, es decir, establecer relaciones comerciales entre Oriente y Occidente (Figura 9). Por esto, se instó a las autoridades de las consecuencias que esta expansión comercial acarrearía, ya que sería el vínculo para favorecer la introducción de las enfermedades en los países orientales.⁴³⁶



Figura 10: Canal de Panamá.⁴³⁷

⁴³⁴ Bates, 1905: 121.

⁴³⁵ Bates, 1905: 122.

⁴³⁶ Groot, 1999: 269.

⁴³⁷ Consultado el día 5 de enero de 2021 en: <http://es.getamap.net/mapas/panama/>.

Un primer intento por construir el canal istmico, lo realizaron los franceses a finales del año de 1870.⁴³⁸ Sin embargo, ante la pérdida de numerosas vidas durante la década de 1880 y la incapacidad de prevenir las enfermedades —como la malaria y la fiebre amarilla—, el intento no rindió el éxito esperado, pues hay que recordar que para esas fechas aún se creía en los miasmas como los principales difusores de los padecimientos.⁴³⁹ Para llevar a cabo la construcción de la vía navegable, que tendría 28 pies de profundidad, se estimó que costaría mil setenta millones de francos y que su culminación tardaría 8 años. Esta empresa la dirigió el conde Ferdinand de Lesseps.⁴⁴⁰ A pesar de que el conde estableció algunas medidas preventivas como la edificación de hospitales, uno en la metrópoli istmeña y el otro en Colón para cuidar a la fuerza laboral que sería empleada en la construcción del canal, poco se pudo realizar, pues con mala administración, falta de asistencia necesaria y aún más condiciones precarias para el abastecimiento de agua, todos sus esfuerzos fueron nulos. Sobre una base de conocimiento científico muy distinta, la hipótesis miasmática, la intervención francesa sólo pudo curar a los enfermos, mas no de combatir la enfermedad de fiebre amarilla.⁴⁴¹ Cabe señalar que la corrupción estuvo presente en la obra francesa porque se sobornó a los periódicos para publicar informes y notas falsas con respecto al avance de la obra, todo con el objetivo de poder seguir recibiendo aportaciones monetarias para la obra.⁴⁴²

Ante la pérdida de vidas, posteriormente Gorgas estimó una tasa de mortalidad del 25 por ciento en las filas francesas, pues poco más de 22 mil trabajadores perdieron la vida a causa de las enfermedades.⁴⁴³ Ante el desconocimiento por parte de los franceses de cómo combatir las enfermedades, sus acciones facilitaron la proliferación de las condiciones para desarrollar la enfermedad, ya que colocaron vasijas con agua en las patas de las camas para evitar picaduras de

⁴³⁸ El proyecto se llevó a cabo entre los años de 1878 y 1889. En 1879 se formó la Compañía Francesa del Canal De Panamá, en Hall y Chester, 1913: 118.

⁴³⁹ Se pensaba, por ejemplo, que la enfermedad de la malaria (mal aire) era producida por gases del pantano debido a que la prevalencia de la enfermedad se asociaba a lugares pantanosos; mientras que la fiebre amarilla se difundía a través del aire y la ropa contaminada de las víctimas con vómito negro, además de que esta enfermedad era asociada a la suciedad urbana, en Sutter, 2000: 67.

⁴⁴⁰ Personaje francés que vivió en Egipto durante muchos años, a él se le atribuye la construcción del Canal de Suez que comunicaba a los continentes de Asia y África, entre los años de 1859 y 1869. Con esta obra se abrieron paso a la navegación entre las aguas del Mediterráneo con las del mar Rojo, facilitando una nueva ruta entre Europa y Asia, en Hall y Chester, 1913: 115-116.

⁴⁴¹ Hall y Chester, 1913: 120.

⁴⁴² Hall y Chester, 1913: 121.

⁴⁴³ Ziperman, 1971: 6-7.

insectos,⁴⁴⁴ brindando de esta manera lugares de crianza para los vectores portadores del virus de la fiebre amarilla.⁴⁴⁵

Ahora bien, fue hacia el año de 1898 cuando el acorazado norteamericano Oregon (BB-03) recibió las órdenes del capitán Clark para ir a un viaje hacia América del Sur para unirse en las Antillas con la escuadra del Atlántico en la Guerra de España contra Estados Unidos: recorriendo “trece mil quinientas millas náuticas a toda máquina”, realizó el viaje en dos meses. De acuerdo con Hall y Chester, de haber existido el Canal de Panamá, este recorrido hubiera sido de “cuatro mil seiscientas millas” y habría sido posible en quince días. Este hecho es el que suponen los autores que atrajo la mirada de los norteamericanos al comprender la necesidad de una vía que los comunicara interoceánicamente, además de los intereses comerciales que esta vía les ofrecería a los empresarios norteamericanos.⁴⁴⁶

Tras la independencia de Panamá de Colombia, en 1903, el Secretario de Estado John Hay y el primer ministro de la nueva república, Tomas Herrán, firmaron en Estados Unidos la Convención del Canal de Panamá, misma que tuvo sus raíces en la Ley Spooner de 1902.⁴⁴⁷ Esta ley le permitió al gobierno norteamericano negociar con el gobierno colombiano la construcción de un canal interoceánico, firmándose de esta forma un tratado internacional de nombre Herrán-Hay, en honor a los signatarios, el día 22 de enero de 1903.⁴⁴⁸

El tratado se redactó en 28 artículos en los que se pudo observar el predominio norteamericano sobre las autoridades colombianas, es decir, se estipulaba por ejemplo los derechos de explotación del canal, así como de los recursos naturales locales exclusivamente por autoridades de EUA; la pérdida de soberanía territorial por parte de los colombianos; el establecimiento de tribunales americanos para dirimir los conflictos de la zona, entre otros. Ante el dominio de Estados Unidos que se evidencia en dicho tratado, así como ante la negativa del gobierno colombiano, el 2 de septiembre de 1903 se estableció el rechazo de la Ley Spooner.⁴⁴⁹

⁴⁴⁴ Esta medida fue tomada como preventiva, ya que las hormigas podrían haber afectado las patas de la cama si estas eran de madera, pues como señalan Hall y Chester (1913: 93) “en los bosques de Panamá hay inmensas colonias de hormigas, destructoras de madera”.

⁴⁴⁵ McCullough, 1977: 144-145.

⁴⁴⁶ Hall y Chester, 1913: 131.

⁴⁴⁷ En dicha ley se estipuló que la construcción del canal se debía de realizar por una comisión compuesta por siete individuos de los cuales, por lo menos, 4 debían ser ingenieros, uno tenía que ser oficial del ejército y otro oficial de la marina de los Estados Unidos de Norteamérica. Esta misma ley, le permitió al presidente Theodore Roosevelt adquirir las propiedades francesas, sobre todo los bienes del ferrocarril de Panamá, por una cantidad máxima de 40 millones de dólares, en McCullough, 1977: 418-419.

⁴⁴⁸ McCullough, 1977: 418-419.

⁴⁴⁹ McCullough, 1977: 410-414.

Tras décadas de negociaciones entre ambos gobiernos, las obras de construcción del canal comenzaron en 1904 (Figura 11). Con el objetivo de ofrecer la comunicación comercial entre el océano Atlántico y el océano Pacífico a través del Istmo de Panamá, Estados Unidos se encargó de realizar la obra. Para ello, se nombró una Comisión del Istmo de Panamá bajo la dirección de William H. Taft.⁴⁵⁰

La República de Panamá vendió a los Estados Unidos, en febrero de 1904, una franja de tierra de unos quince kilómetros de ancho por ochenta y pico de largo, desde el Atlántico hasta el Pacífico. Esta franja se conoce ahora con el nombre de Zona del Canal, y está bajo la absoluta jurisdicción de los Estados Unidos.⁴⁵¹

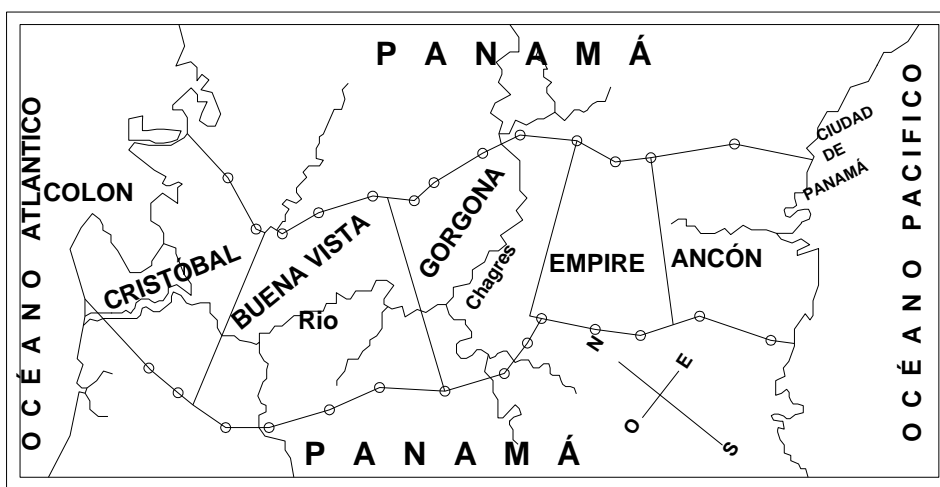


Figura 11: Zona del Canal, en donde el mayor general George W. Davis fue elegido como gobernador.⁴⁵²

Sin embargo, el temor y la creciente preocupación por la posibilidad de la introducción de fiebre amarilla y la malaria en otras regiones, se acrecentó con la apertura del Canal de Panamá. Por lo que se proyectaron cambios en las relaciones comerciales, y, por lo tanto, lugares aislados podrían ser expuestos a las nuevas relaciones y a la entrada de nuevos virus y bacterias.⁴⁵³

Al respecto, Inglaterra manifestó su preocupación ante la construcción del canal, ya que señaló que se facilitaría la expansión de la enfermedad de fiebre amarilla desde los focos endémicos americanos, caribeños y brasileños hacia el oriente, en donde, aunque aún no había

⁴⁵⁰ Personaje que fungió como ministro de guerra y en 1909 fue presidente de Estados Unidos, en Hall y Chester, 1913: 134.

⁴⁵¹ Hall y Chester, 1913: 133.

⁴⁵² Hall y Chester, 1913: 134.

⁴⁵³ “Measures against yellow fever”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1915*, pp. 70-72.

la presencia de la enfermedad, el mosquito vector *Aedes aegypti* se encontraba latente en algunas áreas.⁴⁵⁴

Con esta nueva ruta de exportación (Figura 12), no solo se llevó a cabo el intercambio de los productos y materias primas, sino también se registró el incremento de movilidad demográfica, que implicó el traslado de las personas en sí y la posibilidad de llevar virus y bacterias de un lugar a otro, intercambiando enfermedades en donde no las había. Al respecto, en el Informe de la Fundación Rockefeller se advierte el riesgo que implicaba la apertura del Canal, señalando con gran preocupación la introducción de la fiebre amarilla a otras regiones, como el caso de Hong Kong, Singapur o en el Oriente.

Gran ansiedad se siente en todo el este en cuanto a la posibilidad de la introducción de fiebre amarilla en esa región como resultado de la apertura del Canal de Panamá. El Canal tiene forjado cambios radicales en las relaciones comerciales [...] Es reconocido por los sanitarios que, si la infección se introdujera una vez en el Oriente, con su población densa de no inmunes, la enfermedad resultante sería incalculable.⁴⁵⁵

Ahora bien, durante la construcción de la obra, la población en general tuvo que hacerle frente a todo tipo de enfermedades, pues no solo luchaban contra la fiebre amarilla y la malaria, sino también con la existencia de brotes de tuberculosis y neumonía, dando lugar a que la fuerza de trabajo, en mayor número afroantillana,⁴⁵⁶ sucumbiera ante las extenuantes labores en condiciones de gran humedad. De esta forma, la neumonía fue considerada la principal causa de decesos entre los trabajadores, particularmente entre la población afroantillana.⁴⁵⁷ Al respecto Sutter señaló que una medida sanitaria aplicada fue “la instalación de secadoras cerca de los alojamientos de los trabajadores” para tratar de reducir la mortalidad de los trabajadores afroantillanos.⁴⁵⁸

Al hacer un recorrido por las calles de la ciudad de Panamá, el presidente Taft describió las condiciones insalubres de la ciudad, indicó que “están cenagosas en tiempo de lluvia, polvorientas en tiempo seco y llenas de enfermedades en toda clase de tiempo”.⁴⁵⁹ Por ello, señaló que antes de realizar cualquier trabajo de excavación para la construcción del Canal, era

⁴⁵⁴ Quevedo y Agudelo, 2004: 189.

⁴⁵⁵ “Measures against yellow fever”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1915*, pp 68-72.

⁴⁵⁶ También fueron contratados trabajadores españoles, norteamericanos, africanos, italianos, asiáticos y jamaicanos, en Hall y Chester, 1913.

⁴⁵⁷ Gorgas, 1913: 528. La población utilizada como fuerza laboral fue provista de las Indias Occidentales en Sutter, 2000: 72.

⁴⁵⁸ Sutter, 2000: 71-72.

⁴⁵⁹ Hall y Chester, 1913: 144.

necesario primero combatir las condiciones de insalubridad que existían, pues de acuerdo con las descripciones de Hall y Chester⁴⁶⁰ “en las casas imperaban barriles detrás de las casas con extrañas ondulaciones sobre la superficie del líquido que contienen”: de esta manera describían reservorios de mosquitos vectores que transmitían la enfermedad de fiebre amarilla.

Al hacerse cargo Estados Unidos de la construcción del canal en 1904, y con la experiencia del fracaso de los franceses, así como su éxito contra las enfermedades tropicales en La Habana con la aceptación de la teoría de la transmisión a través de la picadura de un mosquito, las autoridades americanas apoyaron el combate contra las enfermedades tropicales en Panamá declarándole la guerra a los mosquitos.⁴⁶¹



Figura 12: Mapa de Panamá de 1904 con el Perfil del Canal de Panamá.⁴⁶²

Para ello, se estableció una Comisión del Canal que estuvo dirigida por el coronel William C. Gorgas, del Cuerpo de Sanidad del Ejército de los Estados Unidos (Figura 13), quien había combatido exitosamente durante ocho meses la fiebre amarilla en La Habana.

⁴⁶⁰ Hall y Chester, 1913: 144.

⁴⁶¹ De Laporte, 1991.

⁴⁶² Fuente: The American Company en GIFEX.



Figura 13: Coronel William C. Gorgas, Jefe Superior de Sanidad de la Zona del Canal.⁴⁶³

Siguiendo los preceptos de la medicina preventiva aplicados durante la campaña del general Gorgas en La Habana, fue que la eliminación de la fiebre amarilla y la reducción en la incidencia de la malaria constituyeron uno de los triunfos, pues al emplearse grandes sumas de dinero se logró combatir a los vectores. En palabras del médico Harry Eno:⁴⁶⁴

el Canal de Panamá estaba necesitando médicos y personal sanitario para luchar contra la fiebre que estaba matando a los trabajadores con mayor rapidez de la que ellos podían excavar la gran zanja.⁴⁶⁵

El doctor Eno explicó que el general Gorgas tuvo que convencer al Congreso de los Estados Unidos para que le aportaran presupuesto para emprender la campaña de limpieza que implementó con la teoría de la transmisión de las enfermedades de la fiebre amarilla y malaria a través de la picadura de un mosquito.⁴⁶⁶ Tres fueron las enfermedades que predominaron en

⁴⁶³ Hall y Chester, 1913: 144.

⁴⁶⁴ Médico reconocido en el Istmo de Panamá debido la lucha emprendida junto a Gorgas, él se encontraba en Hoboken, Nueva Jersey, cuando en 1905 fue trasladado a Panamá. Permaneció allí y estableció el Hospital Samaritano en Colón junto con el doctor Surse Taylor. *The Panama Canal Review* en español, 1962: 7.

⁴⁶⁵ *The Panama Canal review en español* "Combatió la fiebre amarilla junto a Gorgas", Dr. Harry Eno. Página 7 Publicación oficial de la Cía. del Canal de Panamá," jul.-set. 1962. En <https://archive.org/details/panamacanalr261964pana/page/6?q=fiebre+amarilla+malaria>, revisado el día 29-01-2019.

⁴⁶⁶ *The Panama Canal review en español*. "Combatió la fiebre amarilla junto a Gorgas", Dr. Harry Eno. Página 7 Publicación oficial de la Cía. del Canal de Panamá," jul.-set. 1962. En

Panamá: plaga (o peste bubónica), fiebre amarilla y malaria, para las cuales se formaron brigadas para su combate, mismas que fueron denominadas: “Brigada Ratera”, encargadas de eliminar a los roedores quienes dispersaban la enfermedad de la peste; “Brigada *Stegomyia*” y “Brigada *Anopheles*”, encargadas de la eliminación de los mosquitos, vectores del virus de la fiebre amarilla y del parásito de la malaria, respectivamente.⁴⁶⁷

Las medidas adoptadas por el coronel Gorgas incluyeron el saneamiento de las casas, retirando los desperdicios y suciedades acumuladas durante años atrás, el agrandamiento y mejoramiento de los hospitales de Colón y de la Capital;⁴⁶⁸ a la vez, dotó de un cuerpo de médicos expertos y enfermeros de profesión, construyó hospitales y campamentos ubicados estratégicamente a lo largo de la línea del canal, se pavimentaron calles, se establecieron un sistema de alcantarillado y servicios de agua potable.⁴⁶⁹ Cabe señalar que también tuvo enfrentamientos con la población, que en palabras de Hall y Chester “estaban satisfechos y preferían las condiciones antiguas”.⁴⁷⁰

Para el combate de los mosquitos se utilizaron latas de petróleo, fumigación de casas, eliminación de posibles criaderos y aislamiento de los enfermos. Como podemos ver descritas en el capítulo 1 de esta investigación, las mismas acciones que se realizaron en La Habana.

En suma, con la construcción del Canal (Figura 14) se pudo lograr un expansionismo norteamericano, así como también el aprovechamiento de materias primas que diversos países del Pacífico aportaban a las costas del Atlántico y viceversa, disminuyendo distancias, tiempos, costos, etcétera. Sin embargo, parte sustancial de la construcción del canal fue la atención sanitaria para combatir las enfermedades prevalentes en la zona, pues bien, se sabía que a ellas se debía en gran medida el fracaso francés en el intento de construir el canal. Para ello, retomando los comentarios del Dr. Eno, se necesitaba de médicos y profesionistas que les hicieran frente a las enfermedades, pues los avances científicos y tecnológicos que se implementaron tuvieron que ser aplicados por personal capacitado y con conocimientos que auxiliasen y complementasen las acciones de las autoridades, sin embargo, aún no se contaba con dicho personal que lo emprendiera.

Por ello, la Fundación Rockefeller insistió en que para acabar con las enfermedades y lograr su objetivo de “*the well being of making throughout the world*”, resultó necesaria gente capacitada

<https://archive.org/details/panamacanalr261964pana/page/6?q=fiebre+amarilla+malaria> revisado el día 29-01-2019.

⁴⁶⁷ Hall y Chester, 1913: 155.

⁴⁶⁸ Hospitales que los franceses habían realizado para la atención de los enfermos.

⁴⁶⁹ Hall y Chester, 1913: 140- 152.

⁴⁷⁰ Hall y Chester, 1913: 151.

para combatir a las enfermedades y que a través de una participación en conjunto con las agencias o departamentos sanitarios se pudiera educar a la población en temas de salud pública.

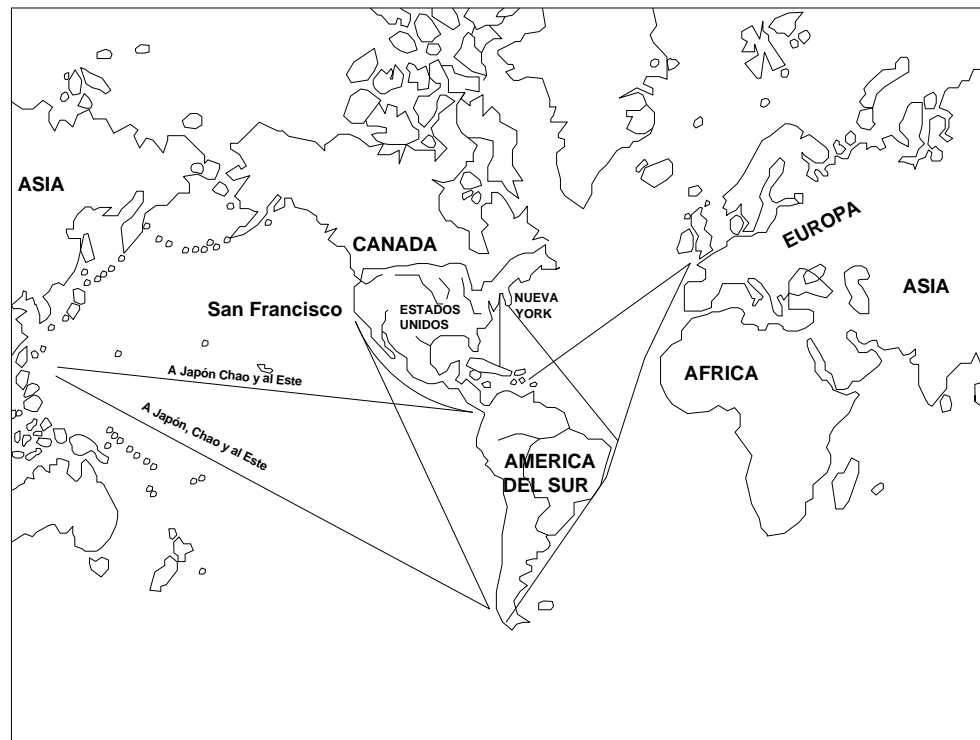


Figura 14: Influencia del Canal de Panamá en las rutas del Tráfico.⁴⁷¹

3.2.2.- La Fundación Rockefeller en África y Asia: la profesionalización médica y el desarrollo científico

Una de las teorías del origen de la enfermedad de fiebre amarilla que fue más aceptada por siglos, señaló a África como el principal exportador de individuos infectados que fueron dispersados por el mundo a través del comercio de esclavos en siglos anteriores.

Sin embargo, estudiosos del tema indicaron que, al parecer, los límites endémicos de la fiebre amarilla en su período de mayor extensión fueron definidos por una línea trazada desde La Habana que comienza en el norte, a las Islas Canarias por la costa oeste de África hasta Loanda; desde Loanda al oeste hasta Río Janeiro, Brasil; de Río de Janeiro a Guayaquil, Ecuador; de Guayaquil a Panamá (Figura 15); de Panamá a Veracruz, México, y de Veracruz a La Habana,

⁴⁷¹ Tomado de Hall y Chester, 1913: 235.

un área muy restringida en comparación con otras enfermedades infecciosas, pero que al parecer, el área epidémica fue más extensa que las áreas endémicas.⁴⁷²

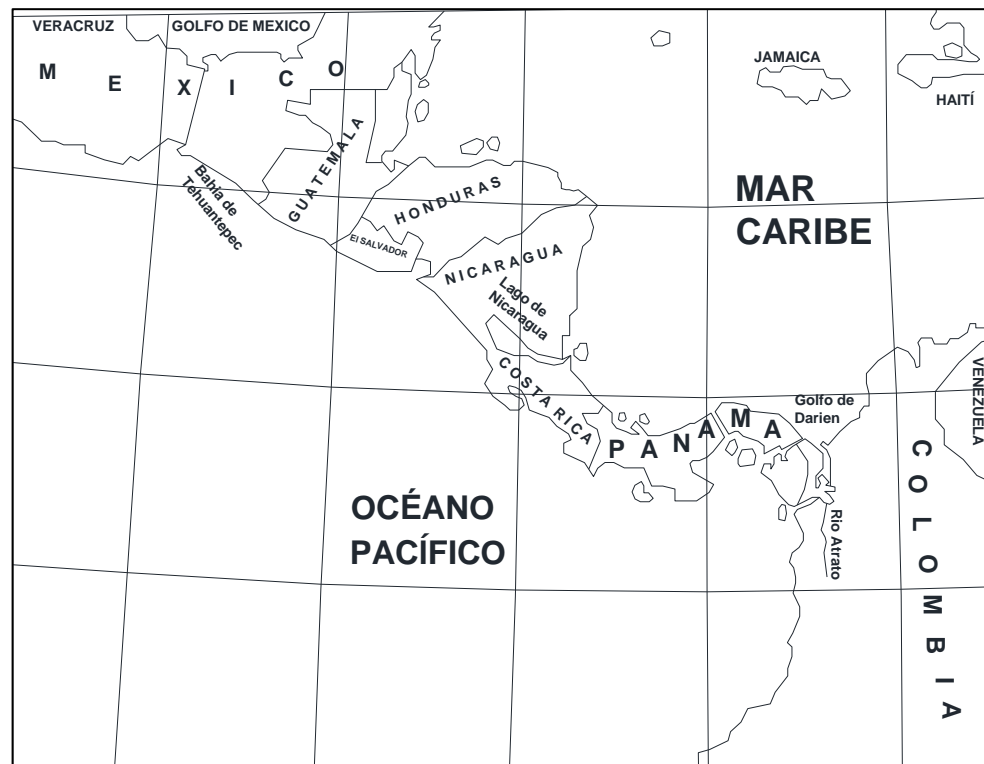


Figura 15: Rutas a través de Centroamérica.⁴⁷³

En el marco del panamericanismo y la expansión y dispersión de capitales norteamericanos, el objetivo perseguido por la Fundación en los diferentes países donde intervino consistió en controlar el crecimiento económico y social a largo plazo de países de Asia, África, el Medio Oriente, América Latina y el Caribe, a través de la creación de agencias e instituciones que se vincularan con la agricultura, la educación universitaria y la escuela pública, la planeación familiar, ciencia y tecnología, entre otros ámbitos.⁴⁷⁴

A su vez, la intervención del organismo internacional alcanzó los ámbitos sociopolíticos, económicos y culturales en varios países de Latinoamérica y de África y Asia. Con respecto a la formación de los salubristas y médicos de esos países, durante la primera mitad del siglo XX la mayoría se formó en escuelas extranjeras bajo los parámetros de la salud pública norteamericana; también, profesionales norteamericanos realizaron labores sanitarias en países extranjeros,

⁴⁷² Gorgas, 1915: 128.

⁴⁷³ Tomada de Hall y Chester, 1913: 92.

⁴⁷⁴ Szymanski, 1973: 801.

insertando de esta forma las labores médicas en la dinámica sanitaria nacional de acuerdo con las campañas sanitarias emprendidas desde la Fundación Rockefeller.

La Fundación insistió en la necesidad de crear personal capacitado que pudiera estar a la altura de ocupar cargos directivos, por ello estableció la donación de becas para realizar estudios e investigaciones en universidades de Estados Unidos. Directivos de la fundación señalaron en el reporte de 1919, que el comercio no solo transportó bienes y personas, sino que también infecciones peligrosas. Por ello, solicitaron el apoyo y la cooperación de las naciones, pues la actividad comercial se vinculó no solamente con la industria, el gobierno, la ciencia y la cultura, sino también con las enfermedades tropicales. Con lo anterior, los reportes de los delegados de la fundación hicieron evidente la falta de líderes que se encargaran de realizar investigaciones médicas, de la importancia de enseñar, organizar y administrar organismos que se enfocaran al combate y control de las enfermedades.⁴⁷⁵

Entre los años de 1917 a 1962, de acuerdo con Cueto, la fundación otorgó más de 1700 becas en Latinoamérica (Cuadro 5), con lo cual se demostró el impulso dado por la fundación a cuestiones relacionadas con la agricultura, las ciencias naturales, medicina, salud pública y avances en las ciencias sociales y humanidades.

Cuadro 5.- Número de apoyos, becas y premios de capacitación otorgados a América Latina por la Fundación Rockefeller.⁴⁷⁶

	Ciencias naturales y agricultura	Ciencias médicas, de la salud y de la población	Ciencias sociales y humanidades	Total
Argentina	39	77	11	127
Bolivia	9	6	1	16
Brasil	140	274	29	443
Chile	58	120	36	214
Colombia	100	138	26	264
Costa Rica	16	15	2	33
Cuba	1	12	3	16
República Dominicana	0	5	0	5
Ecuador	11	16	1	28
El Salvador	0	21	0	21
Guatemala	9	14	0	23
Honduras	7	0	0	7

⁴⁷⁵ "International Fellowships and Scholarships", *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1919*, pp: 50.

⁴⁷⁶ Cuadro tomado de Cueto, 1994: XI.

<u>México</u>	<u>198</u>	<u>114</u>	<u>47</u>	<u>359</u>
Nicaragua	5	15	0	20
Perú	50	34	5	89
Puerto Rico	0	2	12	14
Uruguay	16	12	2	30
Venezuela	5	5	20	12
Total	664	880	177	1721

Tan solo para el año de 1919, la Fundación reportó haber otorgado un total de ochenta y cinco becas a personas de diferentes nacionalidades para que estudiaran en universidades de Estados Unidos. En el conteo se evidenció que cincuenta y seis fueron para individuos de nacionalidad china, de los cuales doce eran médicos, ocho estudiantes de medicina, siete enfermeras y veintiséis misioneros médicos con licencia; cinco médicos de Brasil, uno de El Salvador, cuatro de Checoslovaquia y cinco de Estados Unidos, quienes realizaron cursos en salud pública. Otros 13 becarios se enfocaron en la física y en la química.⁴⁷⁷

El Dr. Richard M. Pearce, quien fue director de la División de Educación Médica de la Fundación, realizó una encuesta sobre educación médica al visitar Chile y Paraguay, sus resultados fueron enviados al Departamento de Encuestas y Exhibiciones. Dicho departamento fue el encargado de recopilar la información referente al campo de la salud en todo el mundo, distribuyendo la información a instituciones educativas, autoridades gubernamentales, organismos comerciales e instituciones privadas. Esta encuesta ya se venía realizando desde el año de 1918, e incluyó información sobre instalaciones educativas. La información fue dirigida a países latinoamericanos y europeos, entre los que se encontraron Inglaterra, Francia, Holanda, Suiza, Italia, España y Alemania, pese a que estaban en conflictos bélicos como consecuencia de la Primera Guerra Mundial.⁴⁷⁸

Al respecto, llama la atención que la Fundación Rockefeller continuara sus trabajos filantrópicos cuando Europa se encontraba en guerra; a pesar de que los informes de la fundación señalan que ellos trataron de no inmiscuirse en las cuestiones bélicas, es posible que aprovecharan y enfocaran sus actividades, además de tener injerencia económicas y políticas hacia los países de Latinoamérica, como también de África y Asia, tomando Estados Unidos la delantera por encima de Europa.⁴⁷⁹

⁴⁷⁷ "International Fellowships and Scholarships" *The Rockefeller Foundation, Annual Report 1919*, pp: 45.

⁴⁷⁸ "Study of Faculties for Medical and Public Health training", *The Rockefeller Foundation, Annual Report 1919*, pp.116.

⁴⁷⁹ Hay que señalar que, en el año de 1918, el gobierno estadounidense ante el conflicto bélico europeo, mandó soldados de la fuerza expedicionaria estadounidense a Francia, y se cree que, a través de este destacamento militar

En el mismo año de 1919, la Fundación Rockefeller envió una comisión mixta bajo el mando del general Gorgas para estudiar la enfermedad de fiebre amarilla en África Occidental, que trabajó en cooperación con los gobiernos británicos del área. Cabe señalar que esta comisión avanzó sus investigaciones para estudiar la etiología de la enfermedad, teniendo en cuenta los avances científicos y médicos de Noguchi, quien pudo identificar, en años anteriores, una *Espiroqueta* a la que atribuyó la enfermedad.⁴⁸⁰

En África, una vez más, se han realizado algunas investigaciones sobre la epidemiología de la fiebre amarilla, la identificación de los principales insectos vectores y huéspedes vertebrados, y los medios por los cuales el virus se mantiene entre los períodos epidémicos. La investigación se está llevando a cabo en seis países de África oriental y occidental.⁴⁸¹

El director general Wickliffe Rose,⁴⁸² notificó en su reporte a la Fundación, que el descubrimiento de Noguchi en Guayaquil, Ecuador, donde pudo aislar el organismo *Leptospira icteroides* y que fue identificado como el principal agente etiológico de la fiebre amarilla, les permitió realizar avances en sueros y vacunas que atenuaron los estragos que todavía causaba la enfermedad en otros países como Brasil, Perú, Honduras, El Salvador, Nicaragua y México. Señaló en su informe que:

Hasta que las llamas humeantes en los verdaderos centros endémicos de México y Brasil puedan extinguirse, es de esperar que ocurran conflagraciones locales causadas por chispas de los incendios permanentes.⁴⁸³

De igual manera, señaló que el plan de trabajo que implementaron en los condados norteamericanos y que fue exportado hacia otros países, incluyendo a entidades de África y Asia, consistió en 9 puntos, a saber: primero, establecer una educación para los ciudadanos que incluyera los fundamentos de la preservación de la salud; segundo, la realización de una encuesta

contagiado de influenza, fue que la enfermedad llegó a Europa provocando lo que se conocería como la pandemia de la gripe española, en Fargey, 2019.

⁴⁸⁰ “Visit of Inquiry to West Africa”, *The Rockefeller Foundation, Annual Report 1919*, pp: 93.

⁴⁸¹ “Rockefeller Foundation, Yellow Fever Investigation” en *The British Medical Journal*, 28 de febrero de 1948, pp. 402.

⁴⁸² Director de *The International Health Board*.

⁴⁸³ “Visit of Inquiry to West Africa”, *The Rockefeller Foundation, Annual Report 1919*, pp: 93 (Traducción propia). El doctor Noguchi fue miembro del Instituto Rockefeller para la Investigación Médica, prestó servicios a la Junta Internacional de Salud para estudios especiales y contribuyó con artículos al *Journal of the American Medical Association* y al *Journal of Experimental Medicina*, donde expuso las características principales y los resultados de sus investigaciones en Guayaquil, Ecuador, con respecto a la etiología de la fiebre amarilla. “Countries visited by Yellow Fever during 1919”, *The Rockefeller Foundation, Annual Report 1919*, pp: 121.

de salud en cada entidad que evidenciara las condiciones en las que se encontraba; tercero, la elaboración de un mapa en el que se ubicaron las casas y las enfermedades que sufrieron las personas durante los últimos cinco años;⁴⁸⁴ cuarto, se incluyó la inspección médica de los niños y la dotación de tratamiento a quienes lo requirieron; quinto, la aplicación de un examen médico que detectara la enfermedad del anquilostoma, así como su tratamiento; sexto, la implementación de una letrina que fuera a prueba de moscas en cada uno de los hogares, con la cual se trató de prevenir la contaminación del suelo y las enfermedades que esto conllevaba; séptimo, la implementación del trabajo de bienestar infantil; octavo, la vacunación libre contra la tifoidea y la viruela; y por último, el establecimiento de un departamento de salud permanente.⁴⁸⁵

En este último punto, he de recalcar que la fundación solicitaba que en ese nuevo departamento se estableciera como principal cabecilla a un funcionario que fuera de nacionalidad norteamericana, lo cual evidencia por supuesto la supremacía que impuso el estado norteamericano en cada una de las entidades en donde intervino.

En cuanto a la profesionalización, las becas aportadas por la Fundación Rockefeller a diferentes estudiantes sirvieron para desarrollar un grupo de expertos de carácter internacional en materia de política sanitaria. Al respecto, Weiding señaló que la Fundación al principio tuvo la intención de relacionar no solo el combate a las enfermedades tropicales, sino de crear una relación entre la educación de profesionales de la medicina con la realización de investigaciones científicas que contribuyeran al combate de las enfermedades y la exportación desde los Estados Unidos de los programas de sanidad pública.⁴⁸⁶

Así, vemos que, por un lado, se impuso una importación de técnicos y médicos, y por otro la exportación de estudiantes exhortados a continuar con sus estudios para poder dotar de profesionistas que continuaran con los trabajos en materia de salud pública en diversos países de Latinoamérica, es decir, que se establecieran instituciones a nivel local en donde no las hubiera y que se prolongara la lucha contra las enfermedades. Sin embargo, pese a todas las evidencias de contagio de fiebre amarilla desde tierras mexicanas, ¿Por qué aún no se realizaban nexos entre la Fundación Rockefeller y el gobierno mexicano? ¿Qué estaba sucediendo en México, tanto política como económicamente?, y más aún ¿Qué medidas emprendieron las autoridades sanitarias para combatir las enfermedades de fiebre amarilla y malaria?

⁴⁸⁴ Este apartado recuerda un ejemplo que se reportó para Inglaterra durante la epidemia de cólera, donde John Snow, pionero de la epidemiología, realizó un mapa donde señaló las casas en las que se reportaron enfermos y descubrió que los casos se encontraron cerca del pozo de agua de donde se abastecían las personas, identificando la principal fuente de la enfermedad.

⁴⁸⁵ “Plan of Work Pursued by County Health Departments”, *The Rockefeller Foundation, Annual Report 1919*, pp. 75.

⁴⁸⁶ Weiding, 2000: 15.

Por ello en el siguiente capítulo se trata el contexto federal y local, ante la persistente amenaza de fiebre amarilla señalada por los países latinoamericanos como procedente de México y de Yucatán.

Capítulo IV

La Fundación Rockefeller en México y en Yucatán

1914-1923

Cómo se ejemplificó en el capítulo anterior, la mayoría de los programas diseñados por los gobiernos latinoamericanos durante las dos primeras décadas del siglo XX fueron basados en modelos extranjeros, sobre todo los referentes a la salud pública y el combate a las enfermedades tropicales.

La salud comenzó a considerarse como elemento fundamental para el desarrollo y progreso de la sociedad. Asimismo, la pobreza fue identificada como la parte negativa de la sociedad y, por consiguiente, la principal causa de enfermedades. La falta de higiene, el cuidado personal, la poca colaboración con las autoridades sanitarias, las condiciones paupérrimas de las ciudades –principalmente en puertos y fronteras–, el cuidado de las relaciones comerciales, así como también los vicios, la ignorancia y en sí la miseria, fueron los principales objetivos para guiar dichos programas.⁴⁸⁷

En el caso de México, ya desde los inicios del gobierno porfirista –en búsqueda de ese progreso–, se evidenciaron las condiciones sanitarias del país⁴⁸⁸ y durante la primera década, se llevaron a cabo importantes campañas de erradicación contra una de las enfermedades que aquejaba en todo el mundo, principalmente en sus puertos y fronteras; así, la fiebre amarilla, junto con la malaria, fue conocida como uno de los males que frecuentemente se encontraban en esos lugares.

Ya desde tiempos coloniales se tuvo noticias de las afectaciones demográficas que causó “el vómito prieto”, como se le conoció a la fiebre amarilla. Desde mediados del siglo XIX, es decir en 1864, el jefe de los servicios médicos del cuerpo expedicionario francés, Charles Ehrmann, describió las condiciones de las enfermedades que imperaron en México: “uno muere de fiebre amarilla en Veracruz, de disentería en Orizaba, de paludismo en tierra caliente y de tifo en la ciudad de México”.⁴⁸⁹

⁴⁸⁷ Alcubierre, 2002b: 116.

⁴⁸⁸ El trabajo del doctor Domingo Orvañanos es un claro ejemplo de cómo las autoridades federales comenzaron a vincular al gobierno con los temas de la salud del país.

⁴⁸⁹ Kumate y Wells, 1990: 19.

No obstante, a finales del siglo XIX, con los avances médicos-científicos y los descubrimientos de Finlay, la teoría del vector causante de la enfermedad poco a poco fue siendo reconocida, aconteciendo su mayor impulso en México, por lo menos, con las campañas de erradicación de la enfermedad impulsadas por delegados y agentes sanitarios en los principales puertos del país. Así, Tampico, Veracruz, Tuxpan, Mazatlán, Acapulco, Tabasco, Progreso, Campeche, entre otros lugares conocidos como “mal sanos” o “puertas del infierno”,⁴⁹⁰ gradualmente fueron aplicando recursos humanos para librarse de la enfermedad. Medidas como cuarentenas, cierre de caminos, aislamiento de los infectados y de los casos sospechosos, fueron puestas en práctica para lograr el control de la enfermedad. De esto, Torres señaló que la erradicación del vector se realizó hasta el año de 1963.⁴⁹¹

Sin embargo, las campañas emprendidas por los gobiernos federal y estatal, durante la primera década del siglo XX, tuvieron acciones inconclusas en Yucatán, debido a los obstáculos a los que se presentaron como: falta de personal, recursos monetarios y el aumento de incidencia entre la población.⁴⁹² No obstante, a pesar de que en periodos entre años no se presentaron casos de la enfermedad en su ámbito urbano, ésta aún se encontró latente entre las comunidades en su forma selvática.⁴⁹³ Cabe subrayar que internacionalmente se indicó que en México aún persistía la enfermedad, señalando la prevalencia del padecimiento en territorio yucateco, por lo que se advirtió que el país resultaba ser un foco de infección para otros países.⁴⁹⁴

Con la creación de la Comisión Especial para la Campaña contra la fiebre amarilla, establecida por decreto presidencial en enero de 1921, se inició con la colaboración técnica y económica con la Oficina de Higiene Internacional de la Fundación Rockefeller. En efecto, numerosos trabajos han señalado la importancia de dicha cooperación para la erradicación de la enfermedad,⁴⁹⁵ pero ¿Por qué la colaboración entre la Fundación Rockefeller y las autoridades sanitarias mexicanas se procuró de manera tardía en relación con otros países latinoamericanos? ¿Cuáles fueron los motivos para la aceptación por parte del gobierno mexicano de la ayuda extranjera?

⁴⁹⁰ Torres (1995) señaló que en los textos europeos que consultó denominaban a los puertos mexicanos como “puertas al infierno” debido a los males epidémicos que allí se encontraban, como ejemplo de ello: la fiebre amarilla.

⁴⁹¹ Torres, 1995.o

⁴⁹² Canto, 2015.

⁴⁹³ Carrillo, 2008, ha demostrado que las campañas emprendidas por el gobierno porfirista contra la peste y la fiebre amarilla fueron exitosas. Y que la fiebre amarilla selvática no pudo ser combatida debido a que para esas fechas no había sido identificada (comunicación personal). Canto, 2015, señala que en 1938 con los trabajos de Fred L. Sopper se aceptó la idea de esta enfermedad.

⁴⁹⁴ *The Foundation Rockefeller Annual Report, 1915, 1916, 1918, 1919*. Ver también Gorgas, 1915.

⁴⁹⁵ Mazzaferri, 1968; Cueto, 1990, 1994, 1996; Birn, 1996; Carrillo, *et. Al.*, 2002; Malavassi, 2006, Menéndez Navarro, 2007; Sowell, 2015; Canto, 2015, por mencionar algunos.

Si bien en el capítulo anterior señalé las intervenciones del organismo internacional en otros países, el objetivo de este capítulo se encamina a describir y analizar la participación de la Fundación en los problemas sanitarios de México, en relación con las enfermedades tropicales, específicamente en el estado de Yucatán.

Por lo tanto, es menester adentrarse en el contexto político, económico y social por el que transitaba el país mexicano, sobre todo en el impacto de la aplicación de la Constitución de 1917, el crecimiento económico basado en el henequén y, de manera general, esbozar a manera de relato histórico la situación en la que se encontró la nación y el estado.

A manera de justificación he de señalar que la redacción de este capítulo sigue el mismo orden cronológico que el capítulo 3, debido a que en el capítulo anterior se presentó un panorama general desde el punto de vista internacional, y, por consiguiente, en este capítulo se presenta las visiones federales y locales del desarrollo de la salud pública con relación a la intervención de los organismos internacionales como lo fue la Fundación Rockefeller.

4.1.- El conflicto armado en México y sus repercusiones económicas y políticas

Durante el gobierno de Porfirio Díaz se impulsaron mejoras sanitarias a través del cuidado de la higiene pública, así se hicieron progresos en la infraestructura de las ciudades, como la implementación de alcantarillados y drenajes pluviales con el fin de buscar una modernidad que pudiera estar a la altura de otros países.⁴⁹⁶ Mientras tanto, en cuestiones de salubridad, se luchó contra la fiebre amarilla obstaculizaba el desarrollo económico y el comercio internacional. Por ello, las medidas emprendidas por las autoridades federales consistieron en dotar de mejoras sanitarias a las principales ciudades que generaban el comercio a gran escala: el Puerto de Veracruz, Tamaulipas, Tampico, Progreso, Campeche.

Otras medidas implementadas fueron el aislamiento de las personas enfermas, el seguimiento de las personas vulnerables, la instalación de los mosquiteros en las casas y la educación de la población para hacerle frente a la enfermedad. Carrillo afirma que durante esta etapa México pasó de un sanitarismo hacia una salud pública que se encontró inmersa en una política liberal moderna que tuvo como bandera el orden y el progreso.⁴⁹⁷

⁴⁹⁶ CAIHY, *Modern México*, v. XX, n. 6, marzo de 1906, “The President in Yucatan”; ver también CAIHY, LXXI - 1906 -2/3 -01 (Folletería) “Inauguración de Hospital O’Horán, Asilo Ayala y edificios de la Penitenciaría Juárez”.

⁴⁹⁷ Carrillo, 2002.

En general, el país acrecentó la infraestructura de transporte que permitió un mejor desarrollo de la industria, se logró comunicar a diversas regiones del país, específicamente con el ferrocarril, pero con ello también se esparcieron las enfermedades. En el plano mundial, las potencias económicas lucharon para conseguir la primacía mundial para sus inversiones.

México, mientras tanto, incrementó su industria, se encaminó a la producción de productos para la exportación y la economía fue orientada con inversiones extranjeras para desarrollar varias industrias. Sin embargo, Cossío Silva, señala que el crecimiento alcanzado en la agricultura de exportación contrastó con un crecimiento mucho más lento de la producción para el consumo interno, pues según el autor este proceder implicó peores estándares de alimentación para la población mexicana: “el crecimiento hacia afuera se traducía, por tanto, en menores niveles de vida para la mayoría de la población”.⁴⁹⁸

Después de la primera década del siglo XX, con la caída del gobierno porfirista y el desequilibrio político por el que transitó el país a raíz de la revolución mexicana (Figura), el combate a las enfermedades epidémicas tuvo un lapso de no intervención porque la falta de recursos, de personal y los conflictos revolucionarios originaron el cese de las investigaciones científicas y de las actividades sanitarias.⁴⁹⁹

En el caso del Consejo de Superior de Salubridad,⁵⁰⁰ al marcharse Porfirio Díaz de la presidencia, Eduardo Liceaga, amigo de Díaz, dejó en 1914, la presidencia del Consejo luego de haberla ocupado por 29 años.⁵⁰¹ Aréchiga señala que bajo el mandato de este médico la institución fue apoyada por el presidente Díaz para diseñar políticas de salubridad pública y que, de paso, “se proyectó a México internacionalmente como una nación que sin negar su identidad americana” se encaminó en pasos agigantados hacia el progreso y la civilización.⁵⁰²

Bajo la consigna de “conservar la salud, prolongar la duración de la vida y mejorar la condición física de la especie humana”, Liceaga encabezó sendas campañas sanitarias en México tratando -como lo expresó el doctor- de “evitar que los sanos se enfermen” pues el médico creía fervientemente que “más vale evitar las enfermedades que tener que curarlas”. Así las campañas que se dirigieron bajo su cargo se enfocaron en atender a los enfermos considerados como “agentes de transmisión del mal que adolecen” y entre una de las medidas que destacó se trató

⁴⁹⁸ Cossío Silva, 1965: 5

⁴⁹⁹ Martínez y Martínez, 1997.

⁵⁰⁰ Hay que recordar que este órgano (CSS) fue creado por el presidente Antonio López de Santa Ana en enero de 1841 para “cuidar, conservar y distribuir la vacuna anti variolosa y proponer todo lo concerniente a la higiene pública y a la policía sanitaria”. Y que de 1885 a 1914, es decir, durante 29 años el doctor Liceaga estuvo al frente. Gudiño, *et. Al.*, 2013: 82.

⁵⁰¹ Carrillo, 2002a: 68.

⁵⁰² Aréchiga, 2007: 59.

de el aislamiento de los enfermos, pues se tuvo muy claro que “el enfermo es un peligro para la comunidad en la cual vive”.⁵⁰³ Así se combatieron bajo su liderazgo enfermedades como la fiebre amarilla, el paludismo, la tuberculosis, la viruela, entre otras.

A la salida de Liceaga como director del Consejo,⁵⁰⁴ el puesto fue asumido por Ramón Macías, pero solo por algunos meses, pues hacia el 29 de agosto de 1914 el cargo recayó en José María Rodríguez y Rodríguez,⁵⁰⁵ quien dejó la presidencia del instituto cuando Carranza abandonó la capital. Ante la falta de quién presidiera el cargo del Consejo, regresó Ramón Macías para estar al frente hasta principios de 1915; posteriormente, Rodríguez volvió a asumir la presidencia del Consejo el 10 de noviembre de 1915 hasta el año de 1920.⁵⁰⁶ Con tantos cambios en la dirección del Consejo se puede vislumbrar que este organismo fue presa de la misma inestabilidad política que vivía el país.

Al respecto, Rodríguez de Romo y Rodríguez Pérez afirman que las consecuencias del conflicto armado revolucionario ocasionaron grandes problemas en materia de salud porque se hicieron presentes epidemias⁵⁰⁷ y hambrunas que se sumaron a las enfermedades causadas por la pobreza y las malas condiciones de higiene. Según las autoras, con la afrenta se desplomó la idea de medicina preventiva que tanto promulgó Eduardo Liceaga durante la primera década del siglo XX,⁵⁰⁸ pues ante la desorganización y las dificultades económicas causadas por la guerra, los servicios y las campañas de salud fueron suspendidas. Las autoras coinciden con Martínez y Martínez, ya que en materia científica se frenó “bruscamente” el desarrollo en investigación médica que se había logrado en los últimos veinte años.⁵⁰⁹

La crisis generada a partir de 1913, a raíz del asesinato de Francisco I. Madero,⁵¹⁰ sumergió al país en un conflicto político de gran trascendencia, pues con ello se vieron afectados

⁵⁰³ Liceaga, 1911b: 4-6.

⁵⁰⁴ Recordemos que según Gudiño et. Al., 2013: 82, Eduardo Liceaga permaneció al cargo del Consejo durante los años de 1885 a 1914. Este médico renunció el 25 de febrero de 1914 al Consejo Superior de Salubridad

⁵⁰⁵ Este personaje fue médico personal de Venustiano Carranza, también ocupó el cargo de general dentro de la milicia, fue diputado por Nuevo León y dirigió el Consejo Superior de Salubridad en el año de 1914 y en 1915 pero de manera intermitente.

⁵⁰⁶ Concheiro, 2010: 153.

⁵⁰⁷ Como la epidemia de tifo que se presentó en 1914; en 1915 se presentó en Durango, en Concheiro, 2010.; ver también Molina del Villar, 2016.

⁵⁰⁸ El 4 de diciembre de 1911 el doctor Liceaga presentó una conferencia nombrada “*Algunas consideraciones de la higiene social en México*” en donde enfatizó el papel de la medicina preventiva, en Liceaga, 1911b. En ese mismo año se emitieron instrucciones provisionales sobre la fiebre amarilla, estableciendo que es deber inexcusable del estado defender los intereses de la salubridad perjudicando lo menos posible los intereses del comercio, la navegación y la libre comunicación de los hombres, en Concheiro, 2010: 148.

⁵⁰⁹ Rodríguez de Romo y Rodríguez Pérez, 1998: 296.

⁵¹⁰ Situación que se le conoce en la Historia de México como la “decena trágica”, el cual se trató del golpe de estado que encabezaron Félix Díaz, Bernardo Reyes y Victoriano Huerta con un levantamiento militar, con el cual Huerta tomó la presidencia de México; posteriormente sería derrotado por Carranza, quien asumió la presidencia.

todos los ámbitos del país. Al respecto, Concheiro menciona que la Decena Trágica dejó ver que los servicios médicos de la ciudad de México fueron insuficientes.⁵¹¹ Al respecto Molina del Villar señala que, durante el mandato de Huerta, los inspectores sanitarios cesaron sus actividades, por lo que el Congreso eliminó la asignación presupuestal. Ya el presidente del Consejo, Macías había declarado a la prensa sobre la cancelación de las partidas presupuestales a los ramos de sanidad y los problemas que se presentaron vinculados con los cambios de funcionarios.⁵¹²

González Navarro, apunta que, a mediados de 1914, después de que los ejércitos revolucionarios vencieron a Victoriano Huerta,⁵¹³ se presentó una hambruna en el país, pues diversas regiones presentaron problemas de comunicación con los centros productores. Aumentos de precios, acaparamiento y escasez de productos fueron algunas de las principales dificultades económicas que se presentaron,⁵¹⁴ a pesar de haber tomado medidas preventivas como la creación de puestos de socorros para proporcionar alimentos a las clases pobres, la normalización de la venta de masa y la instalación de máquinas para la elaboración de las tortillas.⁵¹⁵

Villistas, carrancistas, obregonistas, fueron los principales caudillos que lucharon en la contienda para empoderarse y profesar la política que regiría en el país.⁵¹⁶

En la siguiente figura se puede observar el movimiento armado que perturbó en diferentes estados de la república mexicana y cómo ante su andar, llevaron consigo guerra y enfermedades (Figura 16). Cabe señalar que en el estado de Yucatán no se observa tanto movimiento de personas a consecuencia de la revolución.

⁵¹¹ Concheiro, 2010: 150. Durante ese mismo año fue declarada a la enfermedad de la lepra como una situación alarmante para el país.

⁵¹² Molina del Villar, 2015: 1177.

⁵¹³ Villistas, zapatistas y carrancistas se enfrentaron para “hacer valer sus demandas”, desconocer al gobierno huertista y asumir el poder federal y la capital del país, en Molina del Villar, 2016: 66.

⁵¹⁴ González Navarro, 1983: 32.

⁵¹⁵ Concheiro, 2010: 152.

⁵¹⁶ Molina del Villar, 2016 ofrece en su libro *Guerra, tifo y cerco sanitario en la ciudad de México 1911-1917*, un excelente contexto de las actuaciones de los grupos armados y la toma de decisiones que realizó cada grupo ante los embistes de las enfermedades, específicamente ante el tifo, al igual de la hambruna que se presentó en el año entre guerras.

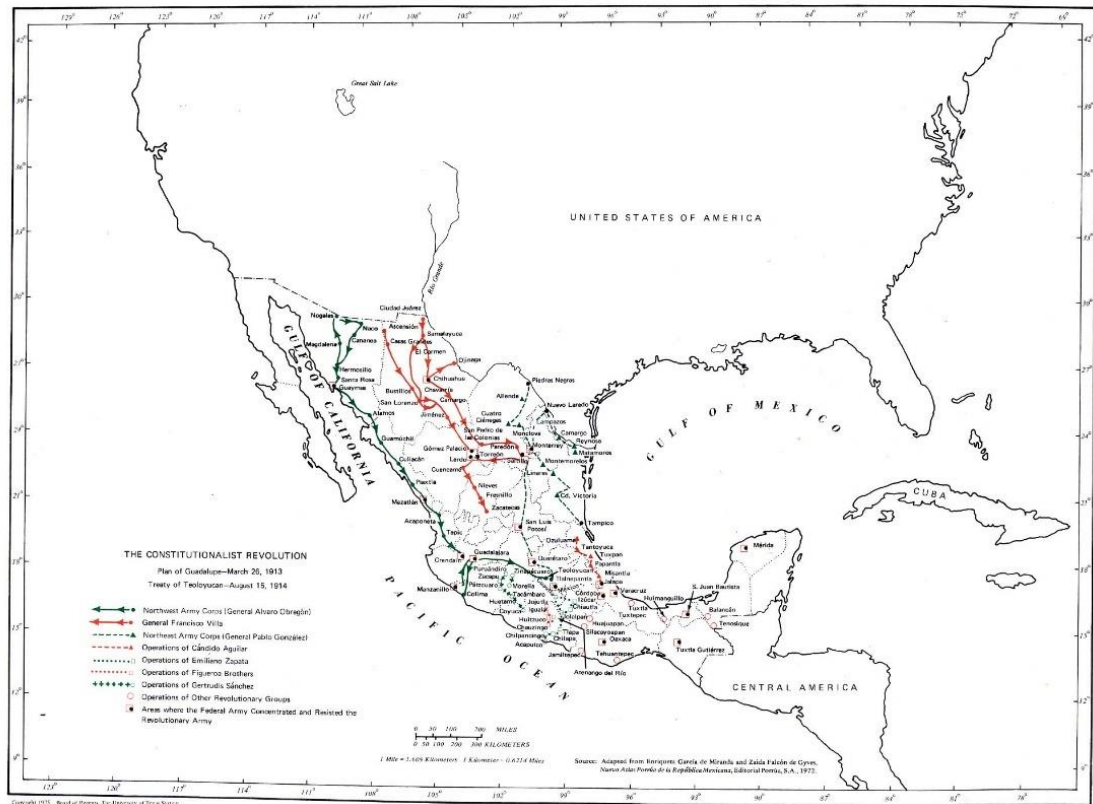


Figura 16: La Revolución Constitucionalista de México en 1913-1914.⁵¹⁷

Con estos cambios políticos y la lucha de las facciones revolucionarias para la conquista de la capital, Álvaro Obregón formó una Junta Revolucionaria para auxiliar al pueblo que careció de alimentos durante el año de 1915. Para ello, comisionó a Alberto Pani.⁵¹⁸ Por su parte, Venustiano Carranza, desde Veracruz, ordenó a los gobernadores y militares apoyar en la distribución de los productos alimenticios.

La hambruna que aconteció para dicho año fue tan cruel y despiadada que se tomaron todas las medidas necesarias para poder paliar los estragos que ocasionó. Así pues, se impusieron contribuciones al clero y a los ricos para que apoyasen a combatir económicamente durante este tiempo aciago. Obregón mandó a coleccionar las aportaciones, pero a pesar de haberse topado con la resistencia de dichos bandos, logró juntar la cantidad de dos millones en efectivo y cantidades grandes de artículos de primera necesidad.⁵¹⁹

⁵¹⁷ Fuente: The University of Texas at Austin, en: https://www.gifex.com/fullsize/2009-09-17-1605/La_Revolucion_Constitucionalista_de_Mexico_en_1913_1914.html, consultado el 6 de enero de 2021.

⁵¹⁸ Bajo el encargo de Venustiano Carranza, en el año de 1916, Pani publicó *La higiene en México*, considerado como el primer diagnóstico posrevolucionario de la salud en México. Él dijo en su publicación que “la ciudad de México, capital de la República Mexicana (...) es seguramente, la ciudad más insalubre del mundo” en Concheiro, 2010: 156.

⁵¹⁹ González Navarro, 1983: 32.

González Navarro señaló que fue tan intensa la hambruna vivida para dicho año que:

cuando los convencionistas ocuparon la capital en mayo de 1915, individuos enfermizos, recorrían los llanos del sur de la ciudad para proveerse de acelgas, hongos y verdolagas, y en su desesperación comieron incluso animales domésticos y de tiro enfermos.⁵²⁰

De esta manera, el autor nos presenta la problemática que existió durante la etapa revolucionaria, el caos que se apoderó de la capital, con enfermos desalojados de hospitales y asilos, multiplicación de asaltos en las calles y a los establecimientos y tiendas de abarrotes, incremento de prostitución de mujeres jóvenes y adultas,⁵²¹ filas y filas de personas para la compra de carbón y víveres, desapego de artículos de lujo como automóviles y pianos a cambio de alimentos y artículos de primera necesidad.⁵²²

Ante la ola de hambre y desesperación que se apoderó del pueblo mexicano, la Cruz Roja Norteamericana extendió su apoyo y cooperación para apalear con actividades que ayudaran a alimentar al pueblo; sin embargo, Pablo González⁵²³ rechazó la acción humanitaria porque, según él, se pretendió tratar a México como un pueblo inferior, aunque posteriormente ante la imperiosa necesidad, se aceptó la oferta, la cual consistió en repartir alimento caliente entre los más necesitados.

Otra intervención extranjera fue la ocasionada por el ejército o “soldados yanquis”, como lo señala el Diario *La Patria*. Así, ante la búsqueda de alimentos, en Veracruz se reportó la excesiva subida de los precios de artículos de primera necesidad y, ante esto, las tiendas fueron saqueadas por los soldados para repartir las mercancías ante la población. El saqueo fue justificado por la prensa como una medida ante los “codiciosos mercaderes”.⁵²⁴

Cabe mencionar que no solo se combatió la hambruna durante ese periodo, sino también al tifo, la escarlatina y la viruela. En cuanto a la presencia del tifo, el 9 de diciembre de 1915, el Consejo Superior de Salubridad, propuso acatar las medidas planteadas por Domingo Orvañanos ante los estragos que ocasionaba la enfermedad.⁵²⁵ Y para finales del mes, la secretaría

⁵²⁰ González Navarro, 1983: 32.

⁵²¹ Con este incremento de la prostitución también se multiplicaron los casos de las enfermedades venéreas.

⁵²² González Navarro, 1983: 33.

⁵²³ Este personaje fue General en jefe del cuerpo del ejército del Oriente, realizó, para Venustiano Carranza, informes de su gestión administrativa cuando estuvo al frente de la dirección de dicho ejército.

⁵²⁴ HNDM, “Castigo a los Codiciosos” publicado en *La Patria*, Diario de México, 27 de mayo de 1914. La presencia de los yanquis en el estado de Veracruz, se debió al apoyo de parte de EUA, a Venustiano Carranza para evitar que Victoriano Huerta obtuviese el poder gubernamental de México. Así el presidente Woodrow Wilson mando a sus tropas militares al puerto para evitar detener un cargamento de armas que estaba destinado hacia las tropas huertistas.

⁵²⁵ Concheiro, 2010: 154.

de gobernación de la Ciudad de México decidió implantar muchas de estas medidas que consistieron en la limpieza de calles, exhortar a la población a no tirar basura ni excretas a la calle, inspección de las casas donde residieron enfermos de tifo, en fin, se realizó una campaña de higienización y fumigación con tintes de “dictadura sanitaria”.⁵²⁶

Según González Navarro, entre los años de 1915 y 1916, la hambruna ocasionó una “epidemia de avitaminosis en el sector de la población ya secularmente desnutrido”, por lo cual cualquier enfermedad que se presentó causó grandes estragos.⁵²⁷ El autor señaló que desde el porfiriato, autoridades sanitarias fijaron sus metas para combatir las enfermedades como el cólera, peste bubónica, fiebre amarilla, viruela, tifo y la fiebre recurrente y se encontraron en consecutivas cuarentenas a penas se notificaban casos de enfermos. De igual manera, la política sanitaria durante este tiempo se dedicó a la lucha contra las enfermedades venidas del exterior, sin embargo, en el caso de la fiebre amarilla, en el ámbito internacional se conoció a México como la cuna endémica de ese mal.⁵²⁸

En la prensa *El Pueblo* se reproducían notas que señalaban al estado como el culpable de las situaciones por las que atravesaba el país; así anunciaron, por ejemplo, que el hambre colectiva sufrida tuvo como principal enemigo al estado, pues publicaron:

El estado de hoy, como el feudo de ayer y la ciudad de la antigüedad, son cristalizaciones de las tres únicas formas generadoras y monopolizadoras, durante todos los siglos de las energías y de la inteligencia de los hombres: la religión, el militarismo y el comercio. Contra ellas se vuelve airada y justiciera la conciencia activa de la humanidad nueva. Esta conciencia está simbolizada por la acción violenta de los grupos revolucionarios y de los hombres conscientes y desinteresados que forman el partido llamado constitucionalista.⁵²⁹

Se invitó a cada ciudadano del país, independientemente de su condición social o laboral, a entender que la situación revolucionaria por la que atravesaba el país no solo fue necesaria para buscar la liberación de México en el progreso social que aspiraban los revolucionarios; remarcaron también que el acto revolucionario aún no había triunfado.⁵³⁰

⁵²⁶ Molina del Villar, 2016: 265.

⁵²⁷ González Navarro, 1974: 362. La avitaminosis se refiere a la enfermedad producida por la falta o escasez de una o varias vitaminas.

⁵²⁸ González Navarro, 1974: 363; ver también Cueto 1996, 2005.

⁵²⁹ HNDM, *El Pueblo*, 31 de diciembre de 1914, nota periodística titulada “La importancia de la Revolución Mexicana en el conflicto mundial”.

⁵³⁰ HNDM, *El Pueblo*, 31 de diciembre de 1914, nota periodística titulada “La importancia de la Revolución Mexicana en el conflicto mundial”.

Durante el siglo XX, con la persistencia de enfermedades como el tifo exantemático,⁵³¹ el cólera y la fiebre amarilla en territorio nacional, los intereses comerciales continuaron siendo aún afectados, por ello Carranza, durante el año de 1917, solicitó al Departamento de Salubridad retomar las medidas sanitarias para el combate de las enfermedades.⁵³²

Desde la dirección del Consejo Superior de Sanidad durante el mandato de Carranza, José María Rodríguez, realizó campañas contra el tifo en las ciudades de Veracruz y en México entre los años de 1915 y 1916.⁵³³ Bustamante señaló que Carranza le dio facultades extraordinarias a este médico para organizar el servicio sanitario en el puerto de Veracruz, dictando cuantas medidas creyera necesarias para evitar la invasión de cualquier epidemia, especialmente de fiebre amarilla y paludismo.⁵³⁴

Cabe señalar que uno de los aspectos importantes que tuvo Carranza durante su gobierno y con el fin de ganar adeptos hacia su campaña, fue la promesa hacia el campesinado para la devolución de tierras de las haciendas expropiadas, promulgando el día 6 de enero de 1915 la Ley Agraria.⁵³⁵

Y mientras eso sucedió en la mayor parte del centro y norte del país, las condiciones en el sur-sureste fueron otras. Si bien, entre los años de 1910 a 1917 con la apertura maderista, como la denominan Joseph y Wells, se enmarcó un auge y un colapso del movimiento nacional de reformas liberales en México, se impulsó una apertura de un nuevo espacio político, es decir, la incursión de nuevos actores y alianzas políticas, así como una serie de revueltas locales. Sin embargo, en el caso del estado de Yucatán, pese a la culminación de la guerra civil del país y la destrucción del orden oligárquico, en este estado aún persistió el caos, presentándose revueltas violentas, pero menores en comparación con el resto de la república; a estas, los autores denominaron *verano de descontento* porque se presentaron estallidos esporádicos y desconectados entre sí y del resto de lo que sucedió en la república mexicana.⁵³⁶

⁵³¹ En 1915 se presentó una fuerte epidemia de tifo en el valle de México en donde se reportó que murió el 19% de los 16 mil casos detectados en ese entonces. Concheiro, 2010: 154. Un trabajo histórico que se realizó para el periodo entre guerras nos los ofrece Molina del Villar, 2016.

⁵³² Larrea y Barreto, 2006. Ahora bien, durante la época revolucionaria se encargó de proteger a la nación de las epidemias de tifo, viruela, paludismo, fiebre amarilla y la peste bubónica, se puede consultar: Bustamante 1958; Mazzaferri, 1968; Concheiro, 2010; Molina del Villar, 2016, entre otros.

⁵³³ Agostoni, 2013: 746. Ver también Molina del Villar, 2016: 45, quien señala que la epidemia de tifo “se propagó con intensidad entre los meses de otoño e invierno” y que la extensión de la enfermedad se dio también por los enfrentamientos militares y la movilización de las tropas. Mientras tanto, en Chiapas, ocurrió un brote de fiebre amarilla en 1917, Concheiro, 2010: 157.

⁵³⁴ Bustamante, 1982c: 40.

⁵³⁵ Molina del Villar, 2016: 85.

⁵³⁶ Joseph y Wells, 1990: 234.

Una anotación que es importante señalar es que durante la etapa revolucionaria y todavía después, los principales puertos de la nación mexicana se vieron azotados no solo por la presencia de las epidemias en sí, sino también por el movimiento de personas que facilitaron la introducción de las enfermedades a otros pueblos alejados de las costas. Así, con la llegada de soldados y su posterior distribución, la movilización de las personas que huían de la guerra o que estaban en la búsqueda de alimentos o de protección ante el avance de las fuerzas armadas, facilitaron la distribución y el incremento de las enfermedades. Y más importante aún, que la salud pública recayó en manos de las autoridades locales.

Durante el gobierno carrancista se promulgó el 5 de febrero del año de 1917 la Nueva Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la cual contuvo disposiciones vinculadas con la salud y la asistencia para los mexicanos. El 14 de abril del mismo año se creó el Departamento de Salubridad Pública, que fue la institución encargada de conducir las acciones de salubridad e higiene a nivel nacional. También en ese mismo año se estableció el Consejo de Salubridad General, que remplazó al Consejo Superior de Salubridad.

La promulgación de la Constitución de 1917 fue muy importante, ya que de manera legal indicó que el Consejo dependería directamente del presidente de la república y que las disposiciones emanadas de dicho consejo fueran de carácter federal y obligatorio para todo el país.⁵³⁷ Cabe recordar que antes de dicho año, el Consejo Superior de Salubridad no tuvo alcance federal.

En el caso de las epidemias, el Departamento de Salubridad fue el encargado de dictar las medidas preventivas necesarias, a reserva de que después fueran sancionadas por el presidente de la república. En cuanto a la autoridad sanitaria, la Constitución señaló que sería ejecutiva y que sus disposiciones debían ser acatadas por las autoridades administrativas.⁵³⁸ Así, vemos que las funciones del Consejo Superior de Salubridad fueron en adelante responsabilidad del Departamento de Salubridad Pública y que este departamento también se encargó de la policía sanitaria en los puertos y fronteras, de la aplicación de las vacunas, del control de los alimentos, bebidas, drogas, de las medidas contra las enfermedades infecciosas, las epidemias y el alcoholismo.⁵³⁹

Y por primera vez se estipuló legalmente bajo el artículo 123 las bases generales de la seguridad de los trabajadores y el artículo 73 en su fracción XVI que hacen referencia a las

⁵³⁷ Concheiro, 2010: 157.

⁵³⁸ Constitución de 1917.

⁵³⁹ Constitución de 1917; Concheiro, 2010: 158.

atribuciones del Departamento de Salubridad Pública en el ámbito federal. Con ello, se evidenció la importancia de la salud pública bajo el mandato carrancista a pesar de que políticamente el país atravesaba una crisis. Esta acción se llevó bajo el liderazgo de José María Rodríguez, quien estuvo al frente del Consejo Superior de Salubridad durante los años de 1915 a 1918.

Y a pesar de que política y legalmente se estableció que la protección de la salud sería a partir de entonces un derecho de los mexicanos,⁵⁴⁰ durante el informe de 1918 rendido ante el Congreso de la Unión, Carranza informó que la acción del Departamento, que fue extendida por mandato constitucional a toda la república, no había podido hacerse efectiva todavía por la falta de fondos.⁵⁴¹ Pese a esas dificultades, las relaciones con los estados del interior de la república fueron buenas porque las autoridades sanitarias de dichas entidades se dirigieron al Departamento para consultar sus asuntos sanitarios.⁵⁴²

Cabe recordar, que anteriormente las Juntas de Sanidad de los Estados no acataban las leyes que se dictaban en el centro del país, pues cada una mantuvo su liderazgo para hacerle frente a las vicisitudes a las que se enfrentaban con respecto a las enfermedades y epidemias, así como sus propios activos para disponer para el combate de enfermedades, por ejemplo, la fiebre amarilla y el paludismo.⁵⁴³

El presidente Carranza señaló que “tan pronto como en cada capital pueda nombrarse un delegado del Consejo, se hará sentir en seguida la benéfica influencia de la uniformidad de las disposiciones sanitarias en todo el país”.⁵⁴⁴ De esta manera recalcó la importancia del cuidado sanitario del país, indicando en su alegato que el Consejo trabajaría de manera enérgica para acabar con las enfermedades contagiosas que tanto degeneraban y destruían a la población.

De acuerdo con Agostoni, al finalizar la fase armada de la revolución, temas como la prevención de las enfermedades y la promoción de la educación higiénica fueron prioritarios para el gobierno en turno en búsqueda de la reconstrucción del país.⁵⁴⁵

⁵⁴⁰ Agostoni, 2013: 746.

⁵⁴¹ Este problema fue el que insistentemente habían señalado las Juntas de Sanidad de los Estados para llevar a cabo campañas que enfrentaran a los embistes de las epidemias.

⁵⁴² HNNDM, *Diario Oficial del Estado de Yucatán*, 31 de octubre de 1918. Informe presidencial rendido por el c. Venustiano Carranza en el 1º de septiembre de 1918 ante el congreso de la unión.

⁵⁴³ Dentro del marco legal de la Constitución de 1857, se respetaban las soberanías estatales y los derechos individuales, esta misma constitución impedía en los hechos el diseño y la posibilidad de aplicar una misma política de salubridad que fuera para toda la República. Aréchiga, 2007: 60.

⁵⁴⁴ HNNDM, *Diario Oficial del Estado de Yucatán*, 31 de octubre de 1918. Informe presidencial rendido por el c. Venustiano Carranza en el 1º de septiembre de 1918 ante el congreso de la unión.

⁵⁴⁵ Agostoni, 2013: 745-746.

Con respecto a las enfermedades tropicales, el presidente anunció en su informe de 1918 que con las medidas de petrolización,⁵⁴⁶ cuarentenas y otras actividades que se efectuaron diariamente en los lugares donde la enfermedad fue endémica, se desaparecieron los casos de la enfermedad. Sin embargo, el Departamento creyó que los casos reportados en Acapulco fueron de fiebre amarilla, pero con las investigaciones posteriores se evidenció que se trataron de casos de paludismo y no de fiebre amarilla.⁵⁴⁷

Por otra parte, en cuanto a la malaria, el presidente recalcó que aún se sufría de esta enfermedad en la costa mexicana y en los lugares cálidos del centro del país, y esto fue el resultado de que, hasta esa fecha de 1918, aún no se llegaban a establecer relaciones benéficas entre los estados y el Departamento para realizar la propaganda que difundiera los medios de combate hacia la enfermedad.⁵⁴⁸

Es necesario mencionar que el gobierno federal, junto con su recién creado Departamento de Salubridad, tuvieron que lidiar con diferentes enfermedades y los estragos causados por los embistes de la naturaleza. Por ejemplo, durante los meses de septiembre a octubre de 1918, se presentó una pandemia de influenza, una nueva ola de tifo en la ciudad de México y las fuertes inundaciones que sufrieron los estados de Oaxaca, Veracruz, San Luis Potosí, Guerrero y Chiapas.⁵⁴⁹

Mientras tanto, el 6 de diciembre de 1918 fue inaugurado en Tampico el Hospital William Gorgas, nombrado en memoria del médico norteamericano quien colaboró con sus estudios para la elaboración de la vacuna contra el paludismo. La construcción de este lazareto fue el resultado de la intervención de las autoridades locales y el gobierno de Estados Unidos con el propósito de tratar a los enfermos de paludismo y fiebre amarilla. Este hospital surgió cuatro años después de que marinos norteamericanos desembarcaran en Tampico, con lo cual desencadenaron los sucesos que llevaron a la toma del puerto de Veracruz por la armada estadounidense.⁵⁵⁰ Y resulta importante mencionar que este puerto comercial en años anteriores había sufrido terribles brotes de la fiebre amarilla y para el año de 1919 se reportaron los estragos

⁵⁴⁶ Esta acción se trata de utilizar el petróleo o querosene aplicado para contraatacar a los mosquitos y sus larvas. Este líquido se vertía sobre el agua el cual creaba una capa en la superficie que evitaba que los mosquitos salieran a respirar a la superficie

⁵⁴⁷ HNDM, *Diario Oficial del Estado de Yucatán*, 31 de octubre de 1918. Informe presidencial rendido por el c. Venustiano Carranza en el 1º de septiembre de 1918 ante el congreso de la unión.

⁵⁴⁸ HNDM, *Diario Oficial del Estado de Yucatán*, 31 de octubre de 1918. Informe presidencial rendido por el c. Venustiano Carranza en el 1º de septiembre de 1918 ante el congreso de la unión.

⁵⁴⁹ Concheiro, 2010: 160.

⁵⁵⁰ Fajardo, 2003: 209.

del paludismo.⁵⁵¹ Recordemos que para estos años la Fundación Rockefeller tenía campañas contra las enfermedades tropicales en varios países centroamericanos, y la creación de este hospital en Tampico, fue un acercamiento con las autoridades federales mexicanas para entablar vínculos para la lucha contra las enfermedades de paludismo y fiebre amarilla, sin embargo la invitación que la Fundación requería como requisito para realizar campañas contra las enfermedades, aun no era realizada por las autoridades mexicanas.

Ya desde 1917, José María Rodríguez,⁵⁵² había pronunciado su discurso en el Congreso Constituyente reunido en Querétaro el 18 de enero, donde explicó la necesidad de crear un departamento que fuera el encargado de la salubridad general de la república y que dependiera del gobierno federal, cuyas disposiciones fueran obligatorias para todos los estados, pues afirmaba que México se encontraba en un “estado lastimoso de vivir” y por tanto era necesaria una “regeneración de la raza”.⁵⁵³

Desde ese entonces, indicó la necesidad de unificar la higiene de toda la república, ya que esa unidad se pudo observar en todos los países civilizados; sin embargo, reiteró que México no imitaría “por el solo hecho de que a ellos le [haya] dado resultado satisfactorio, sino que el país necesitaba urgentemente comenzar a regir leyes que fueran de carácter federal y, más aún, fueran acatadas por las entidades federativas”.⁵⁵⁴ Para Rodríguez “la unidad de mando y de dirección es la base del éxito para la higiene pública”; ideológica y políticamente, en el México posrevolucionario, no existían las condiciones para que el país invitara a la Fundación Rockefeller a gestionar la sanitización del territorio. Al respecto, médicos y sanitaristas de la época externaban la preocupación de la expansión norteamericana y la imposición de esta nación para tomar las riendas de lo que en realidad solo les correspondían a los mexicanos.⁵⁵⁵ En efecto, México se encontraba en la búsqueda de la soberanía nacional sin la intervención extranjera, incluyendo el ámbito de la salud pública.

Durante el año de 1919, José María Rodríguez señaló ante el Consejo de Salubridad General que “la higiene no se impone con súplicas sino con la tiranía”.⁵⁵⁶ De esto, Aréchiga señala que era necesario establecer una “dictadura sanitaria”, puesto que solo así podría lograrse

⁵⁵¹ CAIHY, *La voz de la Revolución*, 8 de noviembre de 1919, nota: “El Paludismo Hemorrágico. Mil personas mueren diariamente en Tampico víctimas de este terrible mal”.

⁵⁵² Recordemos que este personaje fue médico personal de Venustiano Carranza, dirigió el Consejo Superior de Salubridad en el año de 1914 y en 1915 pero de manera intermitente. Posteriormente retornó al cargo entre los años de 1915 a 1918.

⁵⁵³ Rodríguez, 2014: 296. En sí el discurso de este médico demostró tener un tono racista, clasista y controlador.

⁵⁵⁴ Rodríguez, 2014: 296.

⁵⁵⁵ Rodríguez, 2014: 296.

⁵⁵⁶ Concheiro, 2010: 161.

el bienestar general.⁵⁵⁷ Así, para emprender esta nueva estrategia por parte del gobierno, se adoptaron mecanismos de corte autoritario que fueron enfocados junto con diversas estrategias de educación y propaganda a través de la Secretaría de Educación Pública y el Departamento de Salubridad Pública.

Por ejemplo, desde el Consejo de Salubridad General se estableció que cada habitante de la capital de la república debería de disponer de doscientos litros diarios de agua y que el vital líquido debería de cumplir con los requisitos químicos y bacteriológicos que estipulaba la ley. Sin embargo, un abogado a petición expresa del Consejo resolvió que dicha institución no estaba facultada para expedir reglamentos y que esta tarea solamente le correspondía al presidente de la república. No obstante, reconoció que dentro de sus facultades el consejo podía dictar disposiciones que reglamentaran las leyes del Código Sanitario.⁵⁵⁸

Como se refirió anteriormente, el principal problema que enfrentó el Consejo en el combate a las enfermedades fue la falta de recursos para realizar las campañas. De este asunto, Aréchiga indica que el carecer de recursos y el no contar con los elementos para hacer efectivas las disposiciones “el combate a las enfermedades y la organización de la salubridad pública en la república se mantendrían sin avances”.⁵⁵⁹

Después de la Revolución, la falta de salud entre los mexicanos fue una preocupación que se externó durante varios gobiernos, pues se advertía que la falta de brazos para la producción traía consecuencias económicas graves a la nación, sin descartar los efectos demográficos. De esta manera, se reconocía la necesidad del combate de las enfermedades, ya fueran endémicas, epidémicas o exóticas, pues afectaban a la gente, la productividad y la economía del país. En palabras de José Rodríguez:

Las enfermedades exóticas epidémicas en un momento dado pueden atacar grandes proporciones de la república, interrumpir de modo completo el tráfico y las relaciones interiores de Estado a Estado y las internacionales, cegando pasajeramente todas las fuentes de riqueza y de subsistencia nacionales.⁵⁶⁰

El gobierno posrevolucionario emprendió campañas contra las principales enfermedades que aquejaron la salud colectiva, como: la peste bubónica, sífilis, tifo, escarlatina, difteria, contra

⁵⁵⁷ Aréchiga, 2007: 57.

⁵⁵⁸ Concheiro, 2010: 162.

⁵⁵⁹ Aréchiga, 2007: 61.

⁵⁶⁰ Rodríguez, 2014: 297.

la erradicación de plagas, así como de higienización urbana y rural. Sin embargo, las acciones emprendidas crearon desconfianza y resistencia de la ciudadanía.⁵⁶¹

Por ello, la situación de control y dictadura que el gobierno pretendió en el campo de la salud no fue del todo exitosa pues, como mencionamos anteriormente, no se tuvo una capacidad económica que apoyara su causa; es decir, constantemente las autoridades sanitarias encargadas de realizar las campañas para controlar o erradicar las enfermedades reportaron no tener recursos para la compra de las materias primas ni para el pago de los trabajadores, médicos, visitantes, etcétera.⁵⁶²

Esta falta de recursos para la manutención de las campañas, que se extendió por varios años tras la Revolución, es la causa que indica Aréchiga para que México haya aceptado la participación de la Fundación Rockefeller en su lucha contra la fiebre amarilla en los estados de Veracruz y Yucatán, pese a que se tuvo el conocimiento de que la intervención extranjera defendía principalmente sus intereses capitales internacionales.⁵⁶³

Malavassi explica que la incursión de la Fundación Rockefeller en México fue para el año de 1920. De acuerdo con Emanuelle Birn,⁵⁶⁴ ello se debió a la situación de precariedad por la que transitó México y, ante la presencia de la fiebre amarilla, Álvaro Obregón estuvo “interesado en reconstruir la destrozada infraestructura del país” y aceptó la intervención extranjera para “solidificar su propio control”. Así, por tal motivo se extendió la invitación a la fundación.⁵⁶⁵

Hasta ahora he perfilado el discurso en el entramado político-económico por el que cursó el país durante su lucha contra las enfermedades epidémicas; debo aclarar que no me enfoqué solamente a las enfermedades tropicales, pues como se expuso, éstas no suelen aparecer aislados de otras enfermedades, sino que era común que confluyeran varios males en un solo momento. Además, estos episodios complicados sanitariamente hablando, se presentaron asociados a desplazamientos poblacionales originados por los levantamientos armados, las migraciones laborales y también a las cuestiones de azotes de la naturaleza como huracanes o sismos reportados durante ese tiempo (Cuadro 6).

⁵⁶¹ Aréchiga, 2007: 67.

⁵⁶² Aréchiga, 2007; Canto, 2016.

⁵⁶³ Aréchiga, 2007: 68.

⁵⁶⁴ Birn, 2006: 52.

⁵⁶⁵ Malavassi, 2006: 120.

Cuadro 6: Acontecimientos desde 1912 a 1924.

Año	Acontecimientos
1912	Se toman precauciones para defenderse de la peste bubónica que existe en Puerto España, Trinidad, Puerto Rico y La Habana.
1913	El 9 de septiembre se declara a la lepra como enfermedad alarmante.
1914	Epidemia de tifo.
1915	Huracán azota las costas de Colima.
	Epidemia de tifo en Durango y el Valle de México.
	Hambruna en la ciudad de México.
1916	Epidemia de tifo en Aguascalientes.
	Lluvias torrenciales ocasionan inundaciones en Irapuato, Dolores Hidalgo y otras poblaciones del Bajío.
	Un ciclón azota el 14 de septiembre el cantón de Ozuluama, Veracruz.
	El 21 de agosto el Ejecutivo mexicano declara infestado de poliomielitis al puerto de Nueva York, Estados Unidos.
	Se declara una cuarentena contra El Paso Texas, por presencia de poliomielitis; el 11 de diciembre se suspende la cuarentena.
1917	Ocurre un brote de fiebre amarilla en Chiapas.
	Epidemia de tifo exantemático en México.
1918	Epidemia de tifo exantemático en México.
	Pandemia de Influenza española que llega de Europa a México entre los meses de septiembre a octubre.
	Fuertes inundaciones azotan los estados de Oaxaca, San Luis Potosí, Guerrero y Chiapas.
1919	Terremoto severo afecta los estados de Veracruz y Puebla.
1920	Brote de fiebre amarilla en el Puerto de Veracruz.
	Brote de peste bubónica en el Puerto de Veracruz.
	El 18 de septiembre se implantan medidas para la prevención de la propagación de las enfermedades de: cólera, peste bubónica, tifo y fiebre amarilla en los estados de Veracruz, Tabasco, Campeche y Yucatán.
	Se recomienda dar aviso a las autoridades sanitarias la presencia de casos de oftalmía purulenta y lepra en establecimientos.
1921	El 10 de marzo se declara obligatoria la notificación de casos de enfermedades infectocontagiosas: cólera asiático, peste bubónica, fiebre amarilla, tifo, fiebre tifoidea, viruela, varioloide, escarlatina, tuberculosis pulmonar, accidente puerperal séptico, lepra, oftalmía purulenta y afecciones diftéricas. El 23 de marzo se agregan las enfermedades de gripa y tosferina.
	Ocurre un brote epidémico de fiebre amarilla en Mérida, Yucatán.
1922	Continúa el brote epidémico de fiebre amarilla en Mérida, Yucatán.
	En agosto de 1922 se declara extinguida la fiebre amarilla en México.
	El 1 de septiembre se incluye al paludismo entre las enfermedades de declaratoria obligatoria (siempre que se presente durante el padecimiento hemorragia).
	Se instalan dispensarios antivenéreos en Coahuila y Aguascalientes como parte de la campaña contra enfermedades venéreas.

1923	Se erradica del país a la fiebre amarilla.
	Se prepara la campaña contra la uncinariasis.
1924	Se inicia la campaña contra la uncinariasis por el Departamento de Salubridad y la Fundación Rockefeller
	El 11 de julio se declara la rabia en los animales como enfermedad de aviso obligatorio.

Fuente: Concheiro, 2010.

Es por ello, que en el siguiente apartado me enfocaré a describir, de acuerdo con el objetivo central de la tesis, cómo fue la incursión de la fundación en el plano de la salud pública en México.

4.1.1.- El gobierno de Obregón y la Fundación Rockefeller

La Fundación Rockefeller financió la ejecución de campañas sanitarias, así como la creación de organismos sanitarios locales. Con ello se esperaba mantener economías agrarias útiles, una fuerza de trabajo saludable y puertos de carga de materias primas libres de enfermedades. Sin embargo, en esta acción, el problema que los países latinoamericanos externaron fue que no se impulsó un programa independiente, pues siempre se necesitó la ayuda económica, y esto no les permitió dejar atrás la frontera del subdesarrollo.

Bajo la premisa de investigación científica para la salud, la Fundación Rockefeller realizó campañas en distintos países como Cuba, Panamá, Ecuador, Nicaragua, Guatemala, El Salvador y Puerto Rico.⁵⁶⁶ Por ello se entiende el proceso en el que intervienen un conjunto de actividades en las cuales se emplea el método experimental, es decir, el razonamiento basado en la comprobación sistemática de las ideas a través del intento de modificar la historia natural de un fenómeno, en este caso, relacionado con la mejoraría de la salud comunitaria.⁵⁶⁷ Al respecto, Cueto plantea que entre los años de 1918 a 1940, América Latina fue un campo de experimentación de una concepción moderna de salud pública, es decir, la búsqueda de la salud de los pueblos a través de la erradicación de las enfermedades.⁵⁶⁸

Ya desde 1919, el director Rose, quien era el director general del *International Health Board* de la Fundación Rockefeller, había mandado al doctor Lyster a la ciudad de México para que

⁵⁶⁶ *The Rockefeller Foundation Annual Report 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919.*

⁵⁶⁷ Ulin, Robinson y Tolley, 2006. Con este enfoque y bajo una perspectiva positivista se realizó la campaña norteamericana para eliminar al vector en Cuba en el año de 1900.

⁵⁶⁸ Cueto 1996.

convenciera al presidente Carranza de hacerle la invitación al organismo que dirigía, para combatir la fiebre amarilla; sin embargo, el gobierno mexicano declinó la insistencia del doctor, a pesar de que algunos médicos mexicanos estuvieron interesados en esa colaboración.⁵⁶⁹

Para el caso de México, ya desde varios años atrás los reportes de los delegados de la Fundación Rockefeller señalaban insistentemente la necesidad de intervenir en la sanidad del país, específicamente para erradicar la enfermedad de fiebre amarilla y al vector que la transmitía, pues constantemente se evidenciaban casos de la enfermedad en el sur que ocasionaba brotes epidémicos en otros países a través de las relaciones comerciales. En los reportes oficiales de la Fundación se pueden leer frases como la que sigue, en las que los delegados norteamericanos manifestaban su preocupación por no poder intervenir en México:

Hasta que las llamas latentes en los verdaderos centros endémicos en México y Brasil puedan extinguirse, se debe esperar que ocurran conflagraciones locales causadas por chispas de incendios permanentes.⁵⁷⁰

La falta de acuerdo para actuar en México se atribuyó a la renuencia del gobierno mexicano y la sociedad burguesa, interesados en frenar la expansión de intereses norteamericanos en pro de los suyos propios. Sin embargo, al ser asesinado Carranza, la situación cambió. Éste había suspendido el pago de la deuda externa y se había negado sistemáticamente a resarcir el daño que la Revolución había causado a las propiedades de estadounidenses.

Obregón mostro un gran interés por que su gobierno fuera reconocido internacionalmente, pero sobre todo que el país vecino reconociera la acción del revolucionario como dirigente de México.⁵⁷¹ Así para el año de 1921 el gobierno mexicano buscó insistentemente, y por todos los medios necesarios, estrechar lazos políticos con Estados Unidos, entre las medidas utilizadas se encontró el pago cuantioso a la prensa estadounidense, llegar a un acuerdo del pago de inmunizaciones para resarcir los daños ocasionados por la revolución a los bienes extranjeros. Hay que señalar que los intereses económicos de las inversiones extranjeras se vieron en complicaciones con el gobierno obregonista, al entrar en vigor el artículo 27 constitucional, mismo que decretaba que “tanto la superficie como el subsuelo – y todo lo que en él existe- dentro de los límites del territorio mexicano pertenecían a la nación”.⁵⁷²

⁵⁶⁹ Birn, 2006: 51.

⁵⁷⁰ “Countries visited by yellow fever during 1919”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1919*, pp.93. Traducción realizada por la que suscribe.

⁵⁷¹ Strauss, 1986: 177- 196.

⁵⁷² Strauss, 1986: 179.

Al verse comprometidas las inversiones extranjeras, el gobierno norteamericano no podía aprobar el gobierno de Obregón. Strauss, señala que durante el año de 1921, la situación entre los gobiernos de México y Estados Unidos fue muy tensa, sin embargo la habilidad y la astucia que mostró Obregón, no sólo pagando la deuda externa, misma que había sido dejada de pagar durante el mandato de Huerta (1914), sino que se entabló una relación de apoyo con Estados Unidos, no sólo para las cuestiones políticas y económicas sino también para la lucha contra las enfermedades tropicales, haciendo la invitación por parte del gobierno mexicano a la Fundación Rockefeller.⁵⁷³

La justificación perfecta fue la presencia de un brote epidémico en Yucatán y en el puerto de Veracruz en 1920; así en 1921 se realizó la invitación a la institución para cooperar junto con el gobierno mexicano para combatir a la enfermedad de fiebre amarilla.

Por parte de la Fundación Rockefeller, se nombró al coronel Theodore. C. Lyster,⁵⁷⁴ después de la muerte del doctor Gorgas, quien continuó su trabajo con la Fundación entre los años de 1920 a 1924, combatiendo la fiebre amarilla en México y América Central. Como director de la campaña, él comandó las labores para la erradicación de la fiebre amarilla. Trabajó junto con el Departamento de Salud de México para crear la Comisión Especial para la Erradicación de la Fiebre Amarilla, utilizando la cantidad de 50 mil pesos de aquellos tiempos, para llevar a cabo los trabajos, pues más allá de la “cooperación” hay que recordar que, a solicitud de la Fundación, se exigió que todas las actividades fueran dirigidas por sus delegados o representantes.⁵⁷⁵

El personal estadounidense que “cooperó” en esta comisión fue considerado representante del Departamento de Salud de México.⁵⁷⁶ Farley menciona que esta fue una manera de presionar políticamente a los gobiernos para posicionarse económicamente.⁵⁷⁷ Es evidente que esa estrategia norteamericana fue reportada por los países desde la realización de las conferencias panamericanas porque preocupaba a las autoridades.⁵⁷⁸

⁵⁷³ Strauss, 1986: 177-176.

⁵⁷⁴ También se desempeñó como médico forense del Departamento de Comercio de los EE. UU. Trabajó durante la campaña de erradicación de la fiebre amarilla en Guayaquil en 1917, elaborando un plan para controlar la enfermedad. “Personnel of staffs during 1917, Yellow fever commission” *The Rockefeller Foundation Annual Report 1917*, pp. 73-75.

⁵⁷⁵ “Operations Against Yellow Fever”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1920*, pp.186.

⁵⁷⁶ “Operations Against Yellow Fever”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1920*, pp.186.

⁵⁷⁷ Farley, 2003.

⁵⁷⁸ CAIHY, Diario *El Popular*, “La Presidencia de la Unión Panamericana en Manos del Srio. de E.U. no es conveniente”. Así opina un órgano de la Prensa Argentina, alegando que tal hecho coloca al gobierno de la Casa Blanca en posición de Predominio. La Posición de un país en otro reducido a una misión meramente decorativa. Mérida Yucatán, sábado 14 de abril de 1923.

Ya desde los años anteriores se había hecho la observación por parte de la fundación que era necesario intervenir en Mérida, Yucatán para combatir y erradicar. Durante los años de 1919 y 1920 apareció de nueva cuenta la fiebre amarilla en América Central, atribuyéndose que esta nueva epidemia tuvo como fuente de infección los puertos principales de México.⁵⁷⁹ Ese brote fue restringido con éxito en Guatemala, El Salvador y Honduras a través de las medidas implementadas con la participación de autoridades federales, estatales y locales, junto con la participación de la Fundación Rockefeller, quienes emprendieron una vigilancia sanitaria por medio de las visitas domiciliarias. A la vez, se realizaron investigaciones científicas con el descubrimiento de Noguchi y se vacunó a 427 personas.⁵⁸⁰

Al respecto de la vacuna de Noguchi, Farley señaló que investigaciones realizadas en 1926 por el médico Henry Beeuwkes⁵⁸¹ desafiaron el trabajo del bacteriólogo japonés; aseguró que la *Leptospira icteroides*, que descubrió Noguchi, no tenía relación etiológica con la fiebre amarilla, por lo cual consideraban que el médico enviado por la Rockefeller se encontró con un grave error. Farley plantea en su libro la problemática que este descubrimiento presentó ante los avances científicos de la época, y que es posible que la vacuna que se aplicó a los individuos no sirviera. La discusión científica sobre el descubrimiento y lo que se empezó a juzgar como la teoría falsa de Noguchi fue discutida por médicos que realizaron investigaciones en universidades extranjeras.⁵⁸² Sin embargo, Noguchi fue bien recibido en Yucatán durante la estadía de tres meses que permaneció en la ciudad de Mérida.⁵⁸³

En efecto, ya desde finales de 1920, el gobierno mexicano realizó la invitación formal a los representantes de la Junta Internacional de Salud para asistir a una reunión que fue llevada a cabo en la ciudad de México. Para ello, se organizó una comisión mexicana que centró sus razones en la idea para erradicar las fuentes de infección en Yucatán y en el sur de México.⁵⁸⁴ Ya desde el mes de julio hasta diciembre del año de 1920 se tuvo la notificación de la existencia de fiebre amarilla en México desde Tampico hasta el puerto de Progreso, en el lado este, y desde Hermosillo hasta Tapachula en el lado oeste. Fue bajo la dirección de la Junta de Salud Nacional que la epidemia fue controlada, siendo que durante los trabajos emprendidos por el Departamento de

⁵⁷⁹ "Operations Against Yellow Fever", *The Rockefeller Foundation Annual Report 1920*, pp.186.

⁵⁸⁰ "Operations Against Yellow Fever", *The Rockefeller Foundation Annual Report 1920*, pp. 192.

⁵⁸¹ Personaje que se desempeñó como director de la Comisión de la Fiebre Amarilla de África Occidental e Inspector General del Ejército de los EE. UU.

⁵⁸² Farley, 2003.

⁵⁸³ CAIHY, *Revista Médica de Yucatán*, "Noguchi en Yucatán", año XII, n. 1, enero de 1920, pp: 13-16.

⁵⁸⁴ "Following Up Yellow Fever", *The Rockefeller Foundation Annual Report 1920*, pp.40.

Salud y la Fundación Rockefeller dirigieron el nuevo programa hacia los puntos de mayor importancia.⁵⁸⁵

Durante el informe anual de la Fundación Rockefeller, se señaló que durante el año de 1920 el objetivo que se buscó fue que en todos los países “creciera un sentimiento popular en apoyo de la salud pública”, mismo que fuera reflejado “en un esfuerzo común para el combate de las enfermedades, con la ayuda y participación de los gobiernos tanto federales, estatales y locales”. A su vez, se pretendió aumentar las asignaciones para fines de salud y, con ello, se procuró promover el desarrollo de agencias permanentes para el control de enfermedades, el cultivo de la higiene como ciencia y la capacitación de hombres para el servicio de salud pública.⁵⁸⁶

Mientras tanto, la fiebre amarilla continuaba presente, haciendo caso omiso de las fronteras políticas y perturbando directa o indirectamente el comercio de todas las naciones. Por lo tanto, presentó un motivo particularmente fuerte para el esfuerzo concertado a escala internacional. En el caso de México y específicamente la ciudad de Mérida, Yucatán, fue considerada como un semillero desde donde se produjeron varias de las epidemias que afectaron a países de América Central (Figura 17).⁵⁸⁷ Para ello, en cada país fue necesaria la creación de comisiones que enfrentaran dicha enfermedad.

⁵⁸⁵“Operations Against Yellow Fever”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1920*, pp.186.

⁵⁸⁶ “Promoting Health in Many Lands”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1920*, pp. 86.

⁵⁸⁷ “Promoting Health in Many Lands”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1920*, pp. 92.

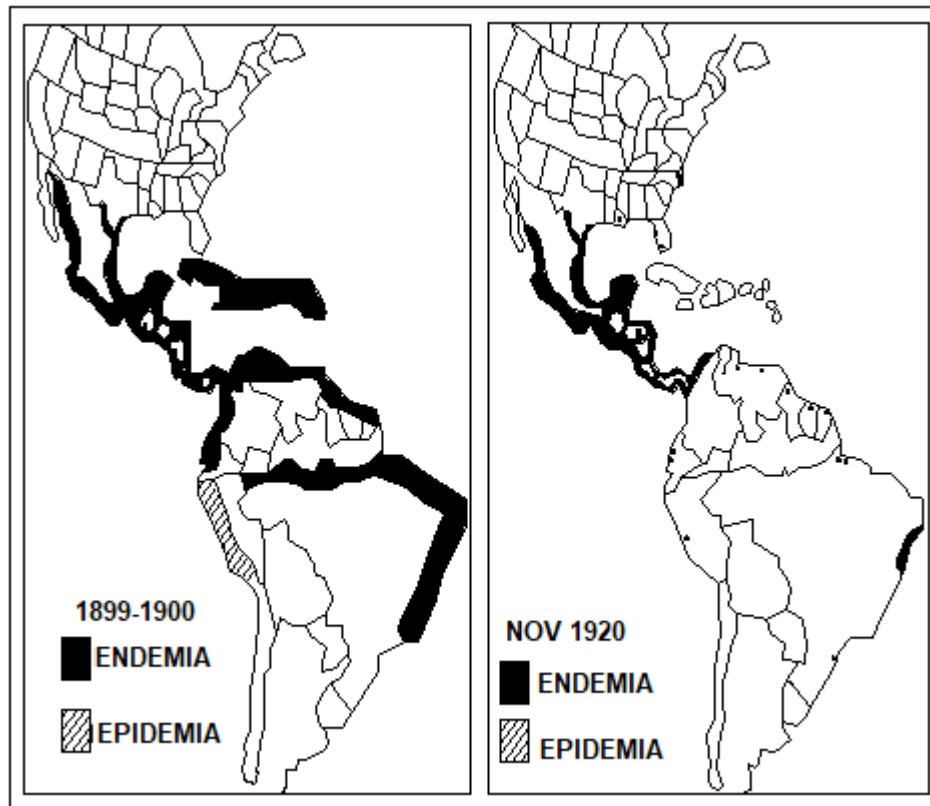


Figura 17: Imagen del informe de la Fundación Rockefeller donde se muestra la lucha en Latinoamérica emprendida contra la fiebre amarilla.⁵⁸⁸

Por decreto ejecutivo, esas comisiones tuvieron plena autoridad para manejar la situación. El simple dispositivo de dar representación a la Junta en cada una de las comisiones efectuó un “concierto de esfuerzo”. Los informes presentados por dichas comisiones evidenciaron un índice de mosquitos en constante descenso y una caída correspondiente en los informes de casos. En vista del común acuerdo entre el gobierno mexicano y las autoridades de la Junta Internacional de Salud, se pactó que la lucha contra la fiebre amarilla se realizaría abarcando una gran extensión del área, centrando el esfuerzo en puntos estratégicos y, particularmente, en Mérida como la clave de la situación.⁵⁸⁹

Ya para octubre de 1921, en México se celebró la primera y última Convención Mexicana de Fiebre Amarilla donde se determinó dividir el territorio nacional en seis zonas endémicas: la Zona 1, comprendió desde Tampico hasta Tuxpan; la Zona 2, desde Veracruz hasta Tehuantepec; la Zona 3, los estados de Yucatán, Campeche, Tabasco y Quintana Roo; la Zona 4, todo el estado de Chiapas y los territorios donde pasaba la infraestructura del ferrocarril panamericano; la Zona 5, desde Colima hasta Manzanillo, incluyendo Jalisco, Michoacán y

⁵⁸⁸ Imagen tomada del *The Rockefeller Foundation Annual Report 1920*, pp. 87.

⁵⁸⁹ “Promoting Health in Many Lands”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1920*, pp. 92.

Guerrero; y la Zona 6, desde Mazatlán hasta Culiacán, abarcando los estados de Sinaloa, Sonora y Nayarit (Figura 18).⁵⁹⁰



Figura 18: División del territorio en 6 zonas de acuerdo a Bustamante.⁵⁹¹

Hay que recalcar que en los informes de la Fundación se menciona reiteradamente la importancia de atacar la fiebre amarilla en Mérida, Yucatán, considerado como foco endémico.⁵⁹² A su vez, señalaron que durante la segunda década del siglo XX habían aparecido en forma epidémica brotes de fiebre amarilla en todo el este de México y en la costa del Pacífico mexicano desde Mazatlán hasta Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Honduras y Honduras Británica, y que ninguno de dichos países actuando solos podrían protegerse a sí mismos, pues se señaló en el informe de 1921, que “el esfuerzo fue como intentar vaciar un manantial con una cuchara”.⁵⁹³

Obregón, al decretar una campaña contra la fiebre amarilla en 1921, solicitó a las autoridades locales que trabajasen en conjunto con los delegados de la fundación. Hay que

⁵⁹⁰ Castillo Nájera, 1922: 81-87; Bustamante, 1958a: 189. La reunión fue la primera realizada en México y la primera junta donde participó la Fundación Rockefeller, en Birn, 2006: 53. Fue organizado por el coronel Lyster y por el doctor Malda.

⁵⁹¹ Bustamante, 1958a: 189.

⁵⁹² *The Rockefeller Foundation Annual Report 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923.*

⁵⁹³ “Yucatan a Historic Center of Infection”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1921*, pp. 100

recordar que en años anteriores se transformó el Consejo Superior de Salubridad en el Departamento de Salubridad, con el objetivo de reasumir desde el nivel federal el manejo de la salud pública del país.⁵⁹⁴

La necesidad de unificar poderes sanitarios ya había sido expuesta por Liceaga cuando, en conversación con Díaz, señaló el proceder del Puerto de Veracruz cuando una epidemia de cólera amenazó al estado. El médico indicó que cada puerto del Golfo de México y los del Océano Pacífico, tuvieron su propia legislación sanitaria, la cual no era uniforme y que las autoridades sanitarias actuaban de acuerdo a sus propias normas. Por ende, la actividad comercial y el traslado de pasajeros a través de los buques, fueron los principales motivos de importación de enfermedades. Sin embargo, al no haber una uniformidad en las leyes, los puertos constantemente se veían afectados al no tener una misma legislación sanitaria.⁵⁹⁵

La Comisión en México comenzó sus trabajos en enero de 1921 con el apoyo de autoridades gubernamentales del país junto con la Junta de Salud Internacional que comandaba la Fundación Rockefeller.⁵⁹⁶ Cabe señalar que al llegar la Fundación, ya existía en México una estructura administrativa e institucional relacionada con la salud, y fue sobre ésta que se montó el trabajo para combatir la fiebre amarilla desde una perspectiva internacional; el Departamento de Salud en México se encontraba activo, y las Juntas de sanidad de los estados tenían ya experiencia en el combate a la fiebre amarilla. Como resultado de este trabajo conjunto, la primera gran área en la que se logró reducir la incidencia fue en la parte oriental de México, es decir, desde Yucatán hasta Tampico. Las principales estrategias fueron enfocadas a controlar la reproducción del *Stegomyia*, utilizando peces larvicidas en los contenedores de agua y sellando contenedores de agua domésticos, según el método que fue utilizado por el Dr. Connor en 1919 en Guayaquil.⁵⁹⁷

Según Solórzano, el problema central al que las autoridades sanitarias se enfrentaron para lograr el control y erradicación de la fiebre amarilla en México, antes de la intervención de la Fundación Rockefeller, fue en materia económica porque frecuentemente los departamentos de salubridad de los estados o Juntas de sanidad carecían de fondos monetarios para la realización de las campañas, compras de materiales y pagos de los empleados. El autor señala que esa problemática se vino a compensar con el apoyo de la Fundación, pues con el financiamiento

⁵⁹⁴ AGEY, Sección Poder Ejecutivo, Tomo 96, “Libros de la Junta Superior de Salubridad de Mérida” 17 de febrero de 1921, foja 200.

⁵⁹⁵ Liceaga, 1949: 81.

⁵⁹⁶ HNDM, *Diario Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Mérida, 22 de febrero de 1921 “Comisión Especial para la Campaña contra la Fiebre Amarilla”.

⁵⁹⁷ “Yucatan a Historic Center of Infection”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1921*, pp. 103-105.

aportado se solventaron las dificultades de la campaña nacional; mientras que el estado mexicano contaba con el conocimiento, el personal y la experiencia para llevar a cabo la campaña de salud pública, pero carecía de dinero.

Sin embargo, hay que señalar que en los informes del doctor Rose dirigidos a la fundación, se indicó que la campaña en México superó el presupuesto estimado, pues los gastos solamente en el combate del puerto de Veracruz superaron los presupuestos de Centroamérica y Brasil.⁵⁹⁸

Durante el año de 1921 se aceleró la campaña contra el mosquito, a tal grado de que en la ciudad de Mérida y localidades de Yucatán ya no se presentaron casos de fiebre amarilla, mientras que en los puertos de Campeche, Veracruz, Tuxpan y Tampico los índices de los mosquitos *Stegomyia* fueron lo suficientemente bajos como para prevenir la transmisión de la infección dentro de dichas comunidades. De esta forma, tras el éxito obtenido, las medidas de control se extendieron gradualmente a comunidades periféricas.⁵⁹⁹

Cabe mencionar que una infección latente continuaba presente en una región de Papantla, en un valle agrícola densamente poblado al oeste de Cosamaloapan, en la parte sur del estado de Veracruz y a lo largo de la costa del Golfo en Honduras Británica, desde Belice hasta Santa Cruz de Bravo en Quintana Roo (Figura 19). Con ello, se demostró que con la participación conjunta de las naciones se podría mantener controlada la enfermedad, pero lo que se buscaba era la total aniquilación de los agentes transmisores de la enfermedad.

⁵⁹⁸ Solórzano, 1990: 304.

⁵⁹⁹ “Yucatan a Historic Center of Infection”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1921*, pp. 105

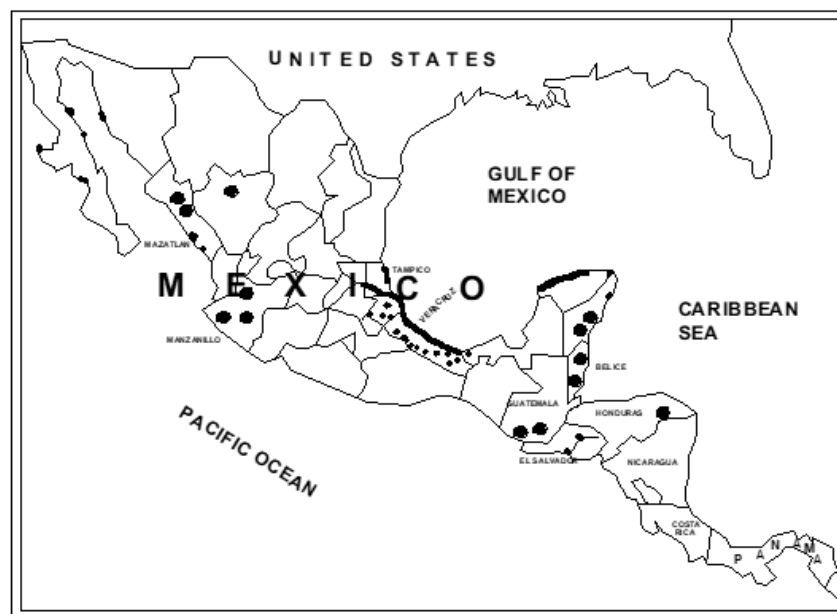


Figura 19.- Áreas donde aún existían casos de fiebre amarilla en México y Centroamérica durante el año de 1921.⁶⁰⁰

Para el año de 1923, en el mes de noviembre, se cerraron las operaciones de control debido a que no se reportó ningún caso en México. Esto dio origen a la noticia de que por fin se había erradicado a la fiebre amarilla del país. Sin embargo, la Fundación Rockefeller continuó sus labores de combate en países como Brasil y Colombia, lugares en donde aún se presentaron algunos brotes de la enfermedad.⁶⁰¹

Así lo señaló en su informe a la Fundación, el Director General Frederick F. Russell en 1923: “la enfermedad ahora ha sido eliminada de la costa oeste de América del Sur, desde las repúblicas de América Central y de México, y ya no está presente en ninguna parte del continente norteamericano” (Figura 20).⁶⁰²

⁶⁰⁰ “Yucatan a Historic Center of Infection”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1921*, pp. 105

⁶⁰¹ “Reducing the yellow fever in Brazil”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1923*, pp. 131. La fiebre amarilla fue erradicada de Guayaquil en 1919 y de Perú en 1921. No se conocieron casos que hayan aparecido en Nicaragua o Guatemala desde 1921. Se notificaron algunos casos en Honduras Británica en 1921, pero la epidemia se controló rápida y fácilmente, “Victories over Yellow Fever”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1923*, pp. 113.

⁶⁰² “Victories over Yellow Fever” *The Rockefeller Foundation Annual Report 1923*, pp. 114-115.

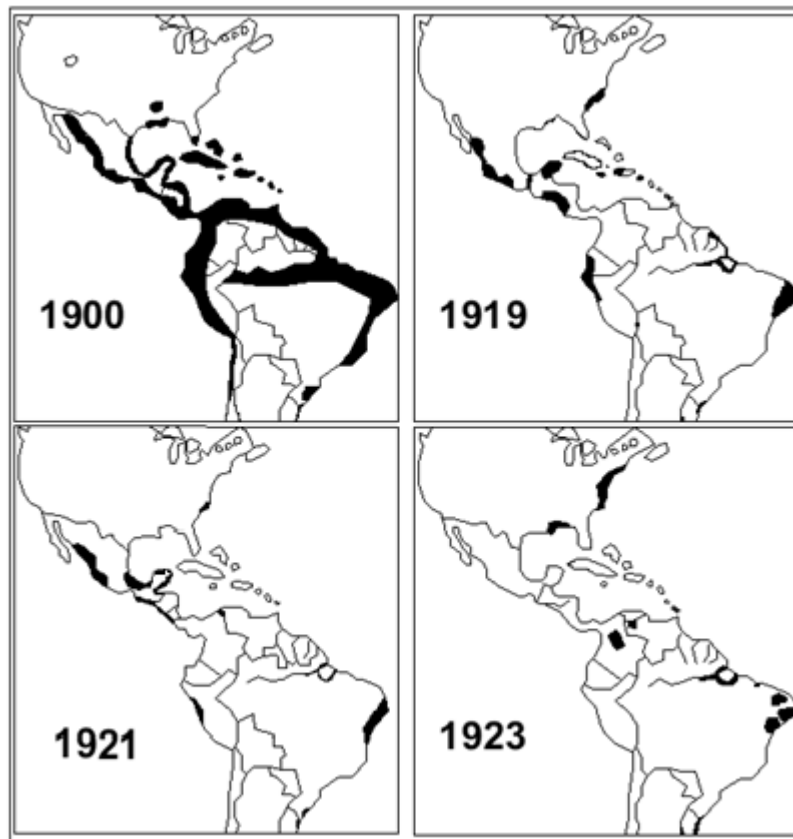


Figura 20.- Mapa del hemisferio occidental donde se observa los trabajos de combate contra la fiebre amarilla y la reducción de las zonas infectadas.⁶⁰³

Hasta ahora hemos visto las condiciones políticas y económicas en las que la Fundación Rockefeller comenzó a trabajar junto al gobierno de Obregón con el objetivo de erradicar la enfermedad del territorio mexicano; objetivo que, de acuerdo con los informes oficiales, fue alcanzado hacia 1923, es decir, tres años después de haber iniciado los trabajos conjuntos. En el siguiente apartado veremos cómo fue aplicada la Campaña Nacional contra la fiebre amarilla

4.1.2.- La Campaña Nacional contra la erradicación de la fiebre amarilla: 1920-1923

Como habíamos adelantado, tras el asesinato de Venustiano Carranza, y al asumir el gobierno Álvaro Obregón, desde México se empezaron a hacer esfuerzos por acercar al país nuevamente al de Estados Unidos. Mientras tanto, en 1920 nuevamente se reportaron casos de fiebre amarilla,

⁶⁰³ “Victories over Yellow Fever”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1923*, pp. 115.

después de casi 10 años de no haberse presentado. Castillo Nájera indicó que dichos casos fueron reportados en los pueblos pequeños, en los que atacó a los menores de edad en las regiones endémicas. Esta opinión fue apoyada por las observaciones del doctor Juan Graham Cassasus en casos de niños reportados en Tabasco y que quizá fueran confundidos y diagnosticados como malaria hemorrágica.⁶⁰⁴

Durante ese año, el 8 de junio, se reportó el primer caso en el puerto de Veracruz, seguido de casos en Tuxpan, Papantla, Gutiérrez Zamora, Alvarado, Tierra Blanca y en algunos lugares de la costa del Golfo y la costa del Pacífico.

La campaña realizada por las autoridades sanitarias mexicanas durante este nuevo brote incluyó el aislamiento de individuos infectados, el tratamiento con suero de Noguchi, la petrificación de pozos y pantanos, así como la utilización de peces larvicidas en los contenedores de agua, cuarentenas e inspecciones sanitarias para los buques, señalando también que se habían controlado los casos –incluyendo los de Tuxpan–.⁶⁰⁵

Ante la urgente necesidad de intensificación de la campaña, hacia el año de 1921, el gobierno de Álvaro Obregón decretó el 19 de enero, de acuerdo con la propuesta del doctor Gabriel Malda –quien fuera jefe del Departamento de Salubridad–, la creación de una Comisión Especial⁶⁰⁶ que comenzó a trabajar en colaboración técnica y económica con la Oficina de Higiene Internacional de la Fundación Rockefeller y el Departamento de Salubridad Pública.⁶⁰⁷ Esta Comisión llevó por nombre “Comisión Especial para la campaña contra la Fiebre amarilla” y se integró por médicos de ambas instituciones (Figura 21), aunque posteriormente se le sumaron como auxiliares los doctores Juan Graham Cassasús, Everardo Landa, Tomás G. Perrin, Alfredo Cuarón, Mauro Loyo, Pedro Pérez Grovas, E. J. Scanell, R. A. Stubbs y A. N. Walcott, junto con el Ingeniero J. A. Le Prince.

⁶⁰⁴ Recordemos el caso del niño yucateco reportado por Liceaga en años anteriores y del cual se mencionó en páginas anteriores. Castillo Nájera, 1922: 181.

⁶⁰⁵ Castillo Nájera, 1922: 181.

⁶⁰⁶ HNDM, *Diario Oficial de Yucatán*, 8 de febrero de 1921, Acuerdo del presidente de México por el que se crea la Comisión especial para la campaña contra la fiebre amarilla.

⁶⁰⁷ Bustamante, 1958a: 164.

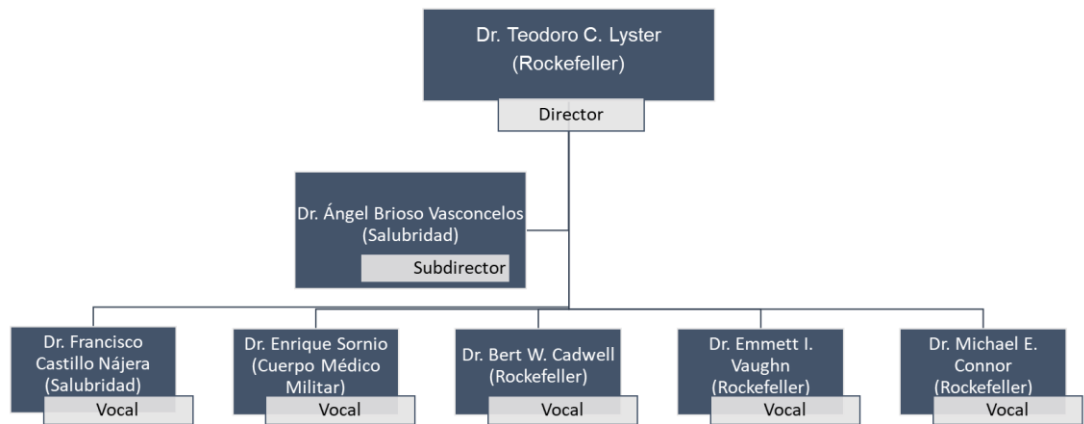


Figura 21: Comisión Especial para la campaña contra la Fiebre Amarilla, 1921.⁶⁰⁸

Este nuevo grupo fincó su sede en el puerto de Veracruz, teniendo la responsabilidad de combatir la enfermedad por cualquier medio necesario para lograr su extinción en el estado mexicano.⁶⁰⁹

En el encuentro de 1921 entre Obregón y las autoridades norteamericanas de la fundación, se firmó un convenio que incluyó 8 artículos y diez disposiciones que fueron implementadas en los principales estados donde se presentó la enfermedad: Veracruz, Tamaulipas, Tabasco, Campeche y Yucatán, lugares donde se iniciaron los trabajos de la comisión.⁶¹⁰ Birn señala que la invitación realizada por el gobierno mexicano fue un tanto atrevida y calculada, pues por parte del gobierno norteamericano se encontró con la inmutabilidad sobre la prohibición del artículo 27 constitucional acerca de la propiedad extranjera de los recursos del subsuelo, del cual sobresale el petróleo, al cual la Fundación Rockefeller se encontró vinculada con la *Oil Standard Company* y las reservas petroleras de México. Por otro lado, la autora indica que quizá Obregón considerase el apoyo a la campaña de la fiebre amarilla como un gesto a favor para el reconocimiento diplomático del país.⁶¹¹

⁶⁰⁸ HNDM, *Diario Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Mérida, 22 de febrero de 1921 “Comisión especial para la campaña contra la fiebre amarilla”.

⁶⁰⁹ “Creación por acuerdo del C. Presidente Constitucional Álvaro Obregón, y a propuesta del departamento de Salubridad Pública, de la “Comisión Especial para la campaña contra la fiebre amarilla”, en *Boletín del Departamento de Salud Pública*; n.1 a 6, 1921, pp. 147-149.

⁶¹⁰ AHSSA, Fondo Salud Pública, Sección epidemiología, caja 17, expediente 10, “Acuerdo del C. Presidente de los Estados Unidos de América por el que se crea la Comisión especial para Campaña contra la Fiebre amarilla”, 19 de enero de 1921.

⁶¹¹ Birn, 2006: 52.

Sin embargo, no hay que olvidar la importancia económica que cobró México después de la segunda década del siglo XX al convertirse en el segundo mayor productor de petróleo en el mundo después de los Estados Unidos.⁶¹²

La campaña emprendida por las autoridades sanitarias junto con los delegados de la Fundación Rockefeller consistió en la organización de personal médico, entre los que se encontraron mexicanos y norteamericanos, sanitaristas y trabajadores de campo, quienes durante cuatro años realizaron actividades de fumigación de las casas y los lugares que fueron identificados como posibles criaderos. También petrolizaron, drenaron, rellenaron y depositaron peces larvicidas en los lugares donde se acumuló el agua.⁶¹³

Con los casos identificados en Veracruz, se extendió una cuarentena internacional, y con la anuencia presidencial fue designado por la Fundación Rockefeller el doctor Michael Connor para investigar la reinfección del puerto. Este médico destacó que la infección del puerto se debió a enfermos procedentes del Valle del Papaloapan, ya que en la zona había:

numerosas y pequeñas poblaciones rurales, que carecen de facultativos que pudieran hacer el diagnóstico... que hay gran número de criaderos de *Aedes aegypti* en las casas y periódicamente movilización de trabajadores del ferrocarril y los campos plataneros... algunos inmunes, acompañados de no inmunes pudieran enfermar sin que llamara la atención, dada la fama de insalubridad en casos febriles graves.⁶¹⁴

Para esas fechas, el Departamento de Salubridad a cargo del doctor Gabriel Malda y de Alfonso Pruneda como secretario general, junto con el doctor Octaviano González Fabela, dirigían campañas destinadas a luchar contra las enfermedades de viruela y peste bubónica en el estado de Veracruz. Así estos médicos emprendieron la campaña del combate contra la fiebre amarilla, en dicho estado. Al mismo tiempo, los estados de Colima y Manzanillo reportaron tener casos de la enfermedad.

El doctor Connor enfocó la campaña hacia la lucha contra el vector como lo había hecho en 1918 en Guayaquil. Y siguiendo el precepto de que la enfermedad se transmitía por la picadura del mosquito infectado, combatió al vector destruyendo sus lugares de depósitos de huevecillos y larvas. Sus medidas comprendieron la revisión de cisternas o aljibes, tinacos, barriles, pozos, bateas de lejía, y otros recipientes a los que en algunos se colocaron peces, otros se cubrieron y otros fueron petrolizados o bien se les retiraron las larvas de los depósitos. Durante su gestión

⁶¹² Incluso desplazando a Rusia que ocupó ese lugar, en Birn, 2006: 52.

⁶¹³ Solórzano, 1990.

⁶¹⁴ Bustamante, 1958a: 161.

de la campaña, la ciudad de Mérida, fue dividida en 11 distritos a cargo cada uno de un inspector y un ayudante. La tarea del inspector fue revisar cada habitación, inspeccionar todos los recipientes que contuvieran agua, incluidos los floreros, y todo lugar donde se depositara agua. Para realizar su labor, el inspector llevaba consigo una copia del reglamento del servicio donde se le indicaba el método para el tratamiento de cada recipiente. Todas las observaciones fueron anotadas en una ficha especial para recopilar todos los datos para que la oficina central pudiera tener a la mano la información para sus informes.⁶¹⁵

Durante las labores, se recomendó desde la oficina central, que las actividades fueran iniciadas en todos los distritos al mismo tiempo, para que la población se fuera familiarizando con los trabajos de la campaña y con ello se facilitasen los trabajos de los agentes e inspectores. Si bien durante el informe del doctor Connor señaló que el mosquito *stegomya* prefería la colocación de sus larvas en las cisternas subterráneas ubicadas en los patios como lugares preferidos para los criaderos, en comparación en Guayaquil, sus datos revelaron que eran los tinacos en el interior de las casas. Así afirmaba que la preferencia de criadero de ese mosquito variaría según la localidad en donde se encuentre, señalando que “desplegará mucho ingenio al escoger el recipiente que presente el grado más alto de seguridad para su cría”.⁶¹⁶

Durante esta campaña, se colocaron peces, en tinacos y otros depósitos de agua, en el caso de los tinacos si éstos mostraban evidencia de estar cubierto, se verificaba que la tapa estuviera bien colocada y acto seguido se procedía a la colocación de sellos que les evidenciaban a los inspectores, en visitas posteriores, que efectivamente no se habían abierto. Esta fue una medida emprendida para también agilizar el trabajo de los inspectores pues “un tinaco debidamente cubierto no requiere la atención del inspector si no se toca”. En su informe señaló que existieron casi 4 mil tinacos en uso, la mayoría de ellos colocados al nivel de suelo, mientras otros se encontraron por arriba de las azoteas de las casas. Cuando estos se encontraron por arriba, la tarea del inspector incluyó el uso de escaleras para lograr la inspección.

El método empleado para sellar los tinacos fue la colocación de cintas adhesivas de ½ pulgada de ancho por 5 de largo, considerada ésta que resistiría al estar a la intemperie y a las inclemencias del clima, como el sol y lluvias. Cada punta de la cinta posteriormente fue cubierta con mastique rojo, en el cual se imprimió el sello del Departamento Nacional de Salubridad,

⁶¹⁵ AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección epidemiología, caja 38, exp. 1, 13 de abril de 1923, f. 247 “Informe final. Fiebre amarilla, Mérida, Yucatán, México. M.E. Connor M.D”. Documento proporcionado por la doctora Peniche.

⁶¹⁶ AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección epidemiología, caja 38, exp. 1, 13 de abril de 1923, f. 247 “Informe final. Fiebre amarilla, Mérida, Yucatán, México. M.E. Connor M.D”. Documento proporcionado por la Doctora Peniche.

dándole carácter oficial a la acción, también se colocaba un aviso donde se indicó que no se debía quitar la tapa sin permiso de un escrito de la oficina central, y por tanto los inspectores no estaban autorizados para dar dicho permiso.⁶¹⁷

En vista de la gran expansión que cubrió la enfermedad en el territorio nacional, se centraron puntos estratégicos que fueran clave para el combate de la enfermedad. Dentro de ese pensamiento, Mérida y Veracruz fueron de los principales lugares en donde se emprendió con más ímpetu la campaña.⁶¹⁸ Así se le otorgó a la Comisión Nacional para la Erradicación de la Fiebre Amarilla, plena autoridad para el manejo de la situación. Al respecto, Rose señaló en su informe que la campaña se realizó bajo una “administración unificada”, es decir, los gastos de la campaña fueron aportados por el gobierno federal de México y por las autoridades locales de los estados, pero en su mayor parte por la Fundación Rockefeller.⁶¹⁹

A la vez, por decreto presidencial se establecieron puntos para llevar a cabo el combate a la fiebre amarilla, de los cuales se recalcó la importancia, a saber: el establecimiento de una comisión científica con el nombre de “Comisión especial para la campaña contra la fiebre amarilla”, la cual tendría por objeto combatir esa enfermedad por cuantos medios le fuera posible, hasta completar la extinción del mal del país, y colaborar en el mismo sentido con otros países; que dicha comisión estuviera conformada por dirigentes norteamericanos con apoyo de personal mexicano; que el Departamento de Salubridad Pública, así como las autoridades sanitarias locales del país, indicará de los casos sospechosos o confirmados de fiebre amarilla a la brevedad posible a dicha comisión; que las autoridades políticas y administrativas del país prestarán su cooperación a la comisión.⁶²⁰

Para poder llevar a cabo su trabajo se estipuló que los miembros de la Comisión disfrutarían –para los trabajos de ésta– la franquicia telegráfica, telefónica y postal, y tendrían por cuenta del gobierno pasaje libre en las diversas líneas ferrocarrileras del país.⁶²¹

Cabe señalar que los trabajos realizados por la comisión no estuvieron exentos de los problemas, ya que se tuvieron reportes en la Junta de Sanidad del Estado de Yucatán de falsos agentes sanitarios, por lo que se exhortó a la población a identificar a los servidores públicos con la credencial de identificación con foto que la Junta de Sanidad proporcionó a cada uno de sus

⁶¹⁷ AHSSA, Fondo Salubridad Pública, Sección epidemiología, caja 38, exp. 1, 1923, f. 247 “Informe final. Fiebre amarilla, Mérida, Yucatán, México. M.E. Connor M.D”. Documento proporcionado por la Doctora Peniche.

⁶¹⁸ “Fighting yellow fever”, *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1920*, pp: 92.

⁶¹⁹ “Promoting Health in Many Lands”, *The Rockefeller Foundation Annual Report, 1920*, pp: 85-87.

⁶²⁰ HNDM, *Diario Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Mérida, 22 de febrero de 1921, “Acuerdos que se firmaron para los trabajos de la Comisión especial para la campaña contra la fiebre amarilla”.

⁶²¹ HNDM, *Diario Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Mérida, 22 de febrero de 1921, “Comisión especial para la campaña contra la fiebre amarilla”.

agentes, aclarando que a estos mismos no se les permitía recibir pago alguno por cuestiones de sanidad, pues estos cargos debieron ser realizados en la Tesorería de la Junta.⁶²²

Ciertamente la necesidad del combate contra la fiebre amarilla era una realidad, porque la enfermedad había sido reportada en ciudades del interior de la república, además de estar presente en los principales puertos del país según se notificó al departamento de Salubridad que desde Tampico hasta Progreso la enfermedad causaba estragos.⁶²³

El principal objetivo que trató de cumplir la Fundación durante esta campaña fue crear conciencia popular, inculcar en la gente un sentimiento popular de apoyo a la salud pública para lograr combatir con éxito la enfermedad. Esto, según la Fundación, se lograría a través de la participación y la ayuda de los gobiernos estatales y locales.⁶²⁴ Sin embargo, esta idea fue descrita solamente en papel, pues la realidad fue otra.

De acuerdo con Solórzano, la Fundación realizó adaptaciones y transformaciones a su modelo de acuerdo con el lugar en donde realizaba la campaña. En un principio, se siguieron los ejes rectores de La Habana y Panamá, los cuales se aplicaron en varios países de Latinoamérica; sin embargo, las condiciones sociales, económicas y políticas en México fueron otras.⁶²⁵ Este autor destaca que existieron cuatro componentes fundamentales para comprender la naturaleza dinámica de la relación en la que se entrelazó la Fundación (Figura 22), es decir, desde una economía política internacional que sirviera como un enlace a todos los países para la lucha contra la enfermedad de la fiebre amarilla; y desde donde los diversos organismos como la Fundación Rockefeller, las autoridades sanitarias de México y las juntas locales de sanidad unieran esfuerzos para mejorar la salud pública:

⁶²² HNDM, *Periódico Oficial del Estado de Yucatán*, 6 de abril de 1921. República Mexicana Yucatán. Junta Superior de Sanidad del Estado, Aviso al público. Nota realizada por el presidente de la Junta Miguel Castillo Torre y el secretario Mario Villamil.

⁶²³ AHSSA, Fondo salud pública, sección justicia, caja 28, expediente 12, 30 de marzo de 1921, “*Disposiciones relativas a la campaña contra la fiebre amarilla emprendida en los estados de Veracruz, Tamaulipas, Tabasco, Campeche y Yucatán*”.

⁶²⁴ “Promoting Health in Many Lands”, *The Rockefeller Foundation Annual Report 1920*, pp. 86.

⁶²⁵ Solórzano, 1990. Su trabajo lo realiza de acuerdo con una periodización que se basó en las etapas epidemiológicas de México, el desarrollo del capitalismo, la medicina y las historias de la Fundación Rockefeller. De allí que dividiera su estudio en un antes y un después de la Revolución Mexicana para poder rastrear las repercusiones sociales, políticas y de salud de los programas de la fundación.

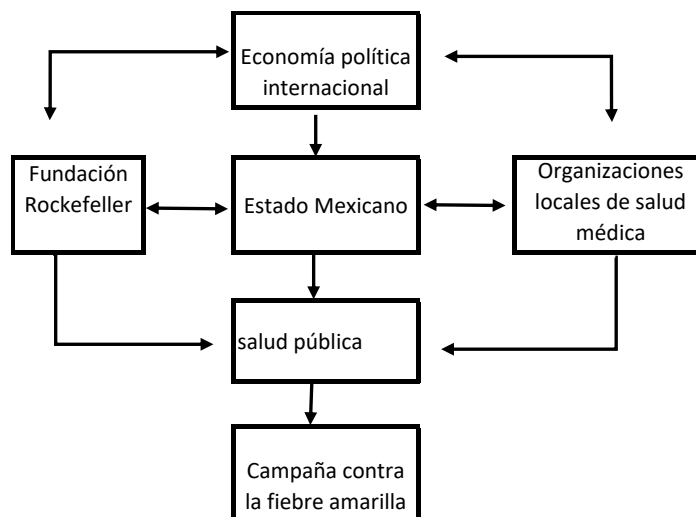


Figura 22: Modelo de investigación de Solórzano.⁶²⁶

Así, explica que la diplomacia fue el principal medio utilizado por parte los norteamericanos para entablar nuevas relaciones con México, a pesar del distanciamiento que hubo durante la primera década del siglo XX. Hay que mencionar que Europa avanzaba a pasos agigantados con el capitalismo y sus inversiones en el extranjero, pero con la Primera Guerra Mundial, esto tuvo que parar. Estados Unidos y México aprovecharon la ocasión y comenzaron a expandir sus territorios comerciales.

Esta nueva etapa económica fue aprovechada por los norteamericanos para expandir sus mercados, sobre todo en América Latina. Estados Unidos, por medio de la Fundación Rockefeller, pudo mantener la disminución del capitalismo europeo a través de la intervención en asuntos sanitarios.⁶²⁷

Además, autores como Carrillo, han señalado que la Fundación Rockefeller no solo intervino en el conflicto de la salud pública de las naciones, sino que además incentivó al crecimiento de los profesionistas en materias de la salud.⁶²⁸

4.1.3.-La fundación de la Escuela de Salubridad y la intervención de la Rockefeller

En el marco del desarrollo científico y de la medicina en Europa y Estados Unidos, la idea del orden y el progreso tuvo eco. Desde el siglo XIX se expresaba la necesidad de que para que las naciones florecieran resultaba indispensable fomentar el cultivo de las ciencias y que, de ellas, la

⁶²⁶ Solórzano, 1990: 37; ver también Solórzano 1997: 47.

⁶²⁷ Solórzano, 1990.

⁶²⁸ Carrillo, 2008. Ver también Solórzano, 1996.

medicina era la más útil a las sociedades porque, curaba a los enfermos y fomentaba el cuidado de la salud pública.⁶²⁹

La realización de congresos y la conformación de sociedades médicas fueron aspectos que influyeron en la profesionalización de la medicina como disciplina científica, también fueron espacios para la reproducción de discursos médicos mundiales enfocados al progreso a través de la ciencia.

La idea que se proyectó fue acerca de la necesidad de contar con una sociedad que se encargara de cultivar y difundir las ciencias médicas, pero además se necesitaba conformar un solo equipo de profesionales que auxiliaran a las autoridades y a la sociedad en general para conservar la salud y, con ello, lograr un progreso hacia la modernización de los países. Este discurso se encontró enfocado hacia la lucha para el reconocimiento de la profesión médica frente a los trabajos que realizaban las parteras y los curanderos a quienes la población frecuentaba mayormente.

Según Agostoni, en el caso de la ciudad de México, para los médicos y el estado fue necesario “vigorizar, sanear y fortalecer” la imagen que de los “galenos” se tenía en la sociedad, quienes fueron considerados como “una agrupación profesional necesaria para el progreso nacional”.⁶³⁰

Para poder lograr la difusión de las ciencias médicas se utilizaron revistas especializadas en las que se destacaron los trabajos de la ciencia médica para la cura o el tratamiento de diversas enfermedades, las condiciones insalubres de los estados y el actuar de las autoridades al respecto. En el caso de Yucatán, la *Revista Médica de Mérida* fue la encargada de promover los estudios y diagnósticos de las enfermedades y los medios recomendados para evitar los padecimientos, además de promover los remedios para la cura o el tratamiento de estos.

Bajo la dirección de Liceaga, desde la época porfiriana, el Consejo Superior de Salubridad se encaminó a perfilar organismos de cooperación de índole internacional, pues este médico asistió en representación de México a diversos congresos y reuniones internacionales de carácter médico. Además, emprendió por su iniciativa, con el apoyo de Díaz, investigaciones científicas con el fin de averiguar la etiología y el modo de transmisión de la fiebre amarilla.⁶³¹

A medida que se iban logrando avances médicos en Europa, Liceaga los ponía en práctica en México. Un ejemplo de ello fue la implementación de las técnicas para la preparación y

⁶²⁹ Casimiro Liceaga, en Carrillo, 1998: 153.

⁶³⁰ Agostoni, 2005: 101.

⁶³¹ Liceaga, 1949: 80.

aplicación de la vacuna contra la rabia, cuya muestra se trajo del Instituto Pasteur de París y que fue utilizada por primera vez el 18 de abril de 1888. Otro ejemplo, se trató de la implementación de los métodos de desinfección y el combate de las epidemias. Igualmente, bajo su dirección se construyó el Hospital General de la Ciudad de México que fue inaugurado el 5 de febrero de 1905. Pero también debemos señalar que este médico aceptó el paradigma de transmisión vectorial de la fiebre amarilla, expuesta por Finlay durante la V Conferencia Sanitaria Internacional de 1881 celebrada en Washington.⁶³²

Bustamante señaló que, pese a los avances de la medicina y las iniciativas emprendidas por Liceaga, el alcance de los proyectos no fue implementado en los estados ni las zonas rurales debido a la falta de proyección de un órgano de salubridad nacional, pues hay que recordar que los asuntos sanitarios de los estados se llevaban a cabo de manera Local.⁶³³

Alberto Pani, al realizar el balance sanitario de la república por encargo de Venustiano Carranza, planteó las recomendaciones que el gobierno revolucionario debería adecuar para contrarrestar la situación insalubre del país. Este ingeniero señaló que se debería federalizar el servicio de salud pública con la creación de un ministerio especial; que se debía decretar la salubridad obligatoria, es decir, que el gobierno federal asumiera la responsabilidad de la salubridad nacional; para lo cual era necesario elevar el nivel moral, intelectual y económico de las clases populares a través de la educación. Con esto, vemos en su obra que destacó la integración de la educación higiénica en cualquier programa de estudio.⁶³⁴

Pruneda enfatizó que resultaba necesario que el gobierno mexicano procurara el desarrollo de una propaganda higiénica extensa y que ésta fuera difundida en todas partes, es decir educar al pueblo en materia de salubridad. Asimismo, fue necesario contar con personal que estuviera preparado suficientemente para llevar a cabo las diversas actividades técnicas relacionadas con la higiene. Así, la educación del pueblo y la especialización del personal en salubridad fueron los alicientes para que se le agregara, a las comisiones del Consejo Superior de Salubridad ya existentes, una nueva comisión que estuviera a cargo de la propaganda y la educación higiénica. El encargado para tal tarea fue el mismo médico Pruneda, hacia el año de 1921.⁶³⁵

⁶³² El trabajo de investigación de Roberto Canto, 2015, señala como fue realizada la campaña contra la fiebre amarilla en Yucatán durante las dos primeras décadas del siglo XX.

⁶³³ Bustamante, 1982a: 469-470.

⁶³⁴ Pani, 1916.

⁶³⁵ Pruneda, 1922: 305

Aréchiga señala que “alfabetizar al pueblo, educarlo, inculcarle nuevos hábitos de higiene y desarrollar las infraestructuras necesarias para cumplir con ambos objetivos eran responsabilidades del nuevo Estado surgido de la revolución”. Este autor indica que desde 1917 las políticas sanitarias impulsadas desde el último cuarto del siglo XIX mantuvieron cierta continuidad y que resultaba necesario concentrarla bajo un mando único, es decir, que la higiene fuera colectiva y que se unificaran esfuerzos y presupuestos para combatir las enfermedades y sanear las ciudades.⁶³⁶ Esta unificación fue dirigida a los poderes locales, estatales y federales para que combatieran los problemas sanitarios juntos.

Al reestructurarse el Departamento de Salud Pública después de la segunda década del siglo XX, se crearon la Sección de Educación Higiénica y Propaganda, así como la Escuela de Salubridad, ambas con la consigna de educar higiénicamente a la población y preparar profesionistas de la salud para realizar el trabajo en campo. De acuerdo con Gudiño, Magaña y Hernández, dentro de un contexto de enfermedad, hambre y muerte, la Escuela de Salubridad nació con la influencia de médicos norteamericanos como Abraham Flexner y William Welch.⁶³⁷

Lo que llama la atención de la Escuela de Salubridad es que además de haber sido influida por las políticas sanitarias de países como Francia, Estados Unidos y Alemania, diferenció la medicina curativa de la medicina preventiva. Hay que recordar que ya para la segunda década del siglo XX, las brigadas sanitarias del país orientaron a la población hacia la prevención de las enfermedades.

De tal manera que, médicos como Alfonso Pruneda y Gabriel Malda convocaron a la comunidad científica para la educación de un especialista en salud pública y para que estos trabajasen fuera de la capital del país.⁶³⁸

Fue entonces que en enero de 1922 se aprobó la fundación de la Escuela de Salubridad bajo el proyecto nacionalista que encabezó José Vasconcelos.⁶³⁹ Ahora bien, ¿Qué relación tuvo la Fundación Rockefeller con dicha Escuela? Pues resulta que, durante los discursos

⁶³⁶ Aréchiga, 2007.

⁶³⁷ Quienes formaron parte del grupo conocido como Círculo Hopkins, compuesto por científicos y filósofos que orientaron el curso de la educación médica de los Estados Unidos, entre ellos se encontraron también William Osler, hijo canadiense de un ministro fronterizo que fungió como el primer jefe de medicina; Frederick Gates, quien fue un ministro bautista y asesor de confianza de John D. Rockefeller, quien fungió como intermediario para que John Rockefeller proporcionara recursos filantrópicos para lograr los objetivos del grupo. William Welch fue decano fundador de la Escuela Hopkins, mientras que Abraham Flexner fue maestro de escuela y experto en prácticas educativas, asistió a la Universidad Johns Hopkins y fue director del Instituto Rockefeller, en Duffy, 2011.

⁶³⁸ Pruneda, 1921: 517-518; *AHSSA*, Fondo Salud Pública, Sección Epidemiología, caja 23, expediente 1, 18 de junio de 1921, “Papel del médico inspector sanitario, moral y científicamente considerado”, escrito por José Díaz Iturbide.

⁶³⁹ Gudiño et. Al., 2013:86. HNDM, *Boletín de la Secretaría de Educación Pública*, 1 mayo de 1922.

pronunciados en la inauguración,⁶⁴⁰ se indicó a los nuevos estudiantes la consulta obligatoria de la obra titulada *The Health Officer* escrito por los sanitaristas Fran Overton y Willard Denno, quienes fueron el supervisor sanitario del Departamento de Salud de la ciudad de Nueva York y el director médico de la Standard Oil Company, respectivamente.⁶⁴¹ Al respecto, el médico Pruneda insistió en la necesidad de tener el conocimiento de lo que sucedió en otros países, incluyendo al vecino país norteamericano, ya que hay que recordar que la Fundación Rockefeller ya se encontraba presente en el país con el financiamiento y la colaboración de sanitaristas en la campaña de fiebre amarilla.⁶⁴²

Magaña y Gudiño señalan que el texto norteamericano destacó “cómo debía funcionar un departamento de salud para garantizar el buen desempeño de su personal” y sobre todo cómo debería actuar el personal durante sus funciones, ya fuera en campo o la ciudad. Las autoras sostienen que fue a través de este libro que el modelo sanitarista estadounidense fue un referente, pero que los médicos mexicanos debieron adecuarse a la situación del contexto nacional mexicano.⁶⁴³

La creación de esta escuela, la cual fue independiente de la escuela de medicina y que se encontró a cargo del departamento de salubridad directamente, buscó el objetivo de tener médicos especialistas en asuntos de salubridad. Agostoni indica que los médicos debieron estar dispuestos a laborar con los principios de la medicina preventiva y sobre todo se les pidió a los profesionistas que regresaran a su lugar de origen, aunque fuera el ámbito urbano.⁶⁴⁴ Al respecto Gudiño, *et al.*, subrayan que los médicos se concentraron en la capital del país, faltando en los estados, pero todavía más en las comunidades rurales.⁶⁴⁵ Cabe señalar que al salir de la universidad, los médicos no se especializaban en las cuestiones salubristas.

Por esa razón, en el año de 1925, tres años después de la creación de la escuela y por decreto del presidente Calles, se reconoció la necesidad de contar con personal capacitado para desempeñar los servicios sanitarios. Por ello, se fomentó la profesionalización de los estudiantes en el área científica médica sanitaria.⁶⁴⁶

⁶⁴⁰ Los discursos estuvieron a cargo de Alfonso Pruneda y José M. Aragón, este último fue secretario de la escuela.

⁶⁴¹ Pruneda, 1922: 306.

⁶⁴² Birn, 2006.

⁶⁴³ Magaña y Gudiño, 2012: 26.

⁶⁴⁴ Agostoni, 2013: 750.

⁶⁴⁵ Gudiño, *et. Al.*, 2013: 86.

⁶⁴⁶ Discurso de Plutarco Elías Calles al abrir las sesiones ordinarias del Congreso. 1 de septiembre de 1925, revisado el día 20 de marzo de 1919 en la página web:

http://www.biblioteca.tv/artman2/publish/1925_220/Discurso_de_Plutarco_El_as_Calles_al_abrir_las_ses_1275_printer.shtml

Para llevar a cabo la enseñanza se estipuló que cada dos años se enviaría a dos médicos mexicanos con el fin de que se graduaran como médicos higienistas, de acuerdo con la convocatoria del 10 de mayo de 1925. Cabe mencionar que la elección de los candidatos fue realizada por el presidente del país según lo establecido en el reglamento del departamento de salubridad. Hay que señalar que los seleccionados tuvieron un apoyo económico anual que consistió en 3000 pesos. Este apoyo fue otorgado a un total de 10 médicos, de los cuales el médico Miguel Bustamante fue el primero en obtener el grado de doctor en Salud Pública.⁶⁴⁷ Los galenos seleccionados cursaron materias en la Universidad John Hopkins de los Estados Unidos, ubicada en la ciudad de Baltimore, Maryland.

Para 1926 se publicó en el Boletín del Departamento de Salubridad el primer reglamento de la Escuela de Salubridad, mismo que coincidió con la expedición del primer Código Sanitario después del movimiento revolucionario. En este nuevo código el Departamento de Salubridad trató de “erigirse y consolidarse”⁶⁴⁸ como una institución posrevolucionaria encargada de la salubridad del país, tema que será tratado en el siguiente capítulo, pues hasta ahora se ha presentado el contexto de las relaciones de las autoridades mexicanas con la Fundación Rockefeller. Cabe señalar que este vínculo se acentuó hacia el año de 1934 con las prácticas realizadas por los salubristas en las Estaciones de Adiestramiento o *Training Stations* promovidas por la Fundación y que se concentraron en la Ciudad de México, Cuernavaca, Morelos, y en Boca del Río, Veracruz.

Y mientras eso sucedía con las autoridades federales y sus relaciones internacionales, en el ámbito de la salud en Yucatán, el panorama político, económico y social no fue ajeno a todas las disposiciones que se acordaron desde el crisol del gobierno de la república, por ello se vuelve el siguiente tema a tratar.

4.2.- Yucatán: economía, política y crisis periódicas

Si bien, la economía regional de Yucatán estuvo vinculada con el comercio internacional a través del henequén, en este apartado expondremos la situación en la que se encontraba el estado y como las enfermedades tropicales afectaban su desarrollo económico y político. Además, hay que recordar, como se ha venido insistiendo en esta tesis, que el cuidado de la salud pública

⁶⁴⁷ Gudiño, *et. Al.*, 2013: 86.

⁶⁴⁸ Gudiño, *et. Al.*, 2013: 86-87.

internacional fue uno de los elementos del mercado internacional, veremos pues como la economía del estado se fue estructurando precisamente para dicho mercado.

Ya desde 1870 se había dado una transición de las haciendas maicero-ganaderas hacia las henequeneras y con ello un desplazamiento geográfico de las zonas productoras hacia el noreste de la entidad. Machuca señala que, desde la primera mitad del siglo XIX, la hacienda abrió la posibilidad para el ascenso social por la vía económica más que por el prestigio o el linaje, al ser la hacienda una forma de posesión de la tierra a la cual podía acceder cualquiera que tuviera el capital para instalarla.⁶⁴⁹

De tal manera que, el maíz y henequén fueron los principales productos generados en Yucatán y frutos básicos para la economía del estado. En el caso del maíz, este fue un elemento de la propia subsistencia y para la venta, pero se trató más de una agricultura temporal. Mientras que el estado de Yucatán fue conocido a nivel mundial por la exportación de la fibra natural del henequén y Progreso fue considerado como uno de los puertos más importantes durante las primeras décadas del siglo XX, pues desde finales del siglo anterior tuvo la más alta producción *per cápita* en productos agrícolas de exportación.⁶⁵⁰

El modelo económico planteado por Bracamonte como “el de las haciendas”, caracterizado como de transición, de un tipo de “trabajo compulsivo de carácter colonial, a un tipo de trabajo asalariado de tipo empresarial”, fue el que denominó para el periodo de estudio que trata este capítulo. Ya desde finales del siglo XIX, la demanda estadounidense de la fibra yucateca fue el parteaguas para brindar la oportunidad para el desarrollo capitalista de las haciendas, puesto que se vio una influencia del capital norteamericano en el financiamiento de la agroindustria henequenera, que fue sostenida según el autor hasta 1915.⁶⁵¹ En palabras de Menéndez:

Desde el último cuarto del siglo XIX se ha consolidado un modo de producción capitalista en la zona henequenera... caracterizada por la sobreexplotación de la mano de obra maya, por una economía de plantación ligada al mercado internacional oligopólico y por la existencia de una clase dominante relativamente avanzada. Esta clase logró integrar los procesos de cultivo, desfibración, industrialización parcial y exportación, mediante una infraestructura de transporte terrestre y marítimo manteniendo fuertes lazos con el gobierno central (porfirista) hasta el advenimiento de los constitucionalistas.⁶⁵²

⁶⁴⁹ Machuca, 2011: 83-85.

⁶⁵⁰ Menéndez, 1981: 25.

⁶⁵¹ Bracamonte, 2007: 25.

⁶⁵² Menéndez, 1981: 27. Esto último desencadenó en la guerra de castas, enfrentamiento armado entre los mayas y la población blanca hacia el año de 1847.

Así, vemos cómo la acumulación capitalista, generada a través de la apropiación de la tierra, las relaciones de producción y el proceso de explotación del monocultivo, propició en Yucatán una expansión de acuerdo con el mecanismo del endeudamiento.

Este proceso de apropiación de formas “precapitalistas” de trabajo se produjo en Yucatán junto con toda una serie de hechos económicos que generaron una integración cada vez mayor al mercado internacional... la burguesía yucateca trató de impulsar un proceso que profundizara la integración político-ideológica interna. Así desde finales del siglo XIX y principios del XX se desarrolló una notable infraestructura de comunicaciones internas y orientadas hacia el exterior.⁶⁵³

En la cita anterior vemos cómo Menéndez señala la situación que se vivió en Yucatán referente al crecimiento de una red ferroviaria implementada para acrecentar la actividad económica del estado,⁶⁵⁴ estimulando la política educacional con el objetivo de integrar a la población henequenera y maicera con epicentros como los de Ticul-Peto-Valladolid. Sin embargo, esta política cumplió con las cuestiones de unificación y proliferaron del mantenimiento de las cuestiones ideológicas, pero siempre tratando de que las ideas socialistas no se fueran a diseminar entre los trabajadores de las haciendas.⁶⁵⁵

Por consiguiente, entre los años de 1880 a 1914 se generó un crecimiento económico en la super explotación de la mano de obra vinculada a la producción del henequén, producto que propició una práctica oligopólica asociada con empresas norteamericanas. Las industrias maicero-ganaderas fueron desplazadas por el monocultivo. Al respecto, Ronzón señala a este periodo como “Edad de Oro” de las inversiones extranjeras en América Latina porque el sector privado y el público se vieron beneficiados con importantes flujos de recursos financieros europeos y norteamericanos.⁶⁵⁶

Al respecto, Villanueva señala que con la llegada de capitales extranjeros en forma de préstamos de los bancos norteamericanos se inició el despegue de la producción henequenera a gran escala.⁶⁵⁷

Pero hay que recordar que para 1914 con el inicio de la Primera Guerra Mundial y su posterior cese, el impacto de este conflicto internacional tuvo sus repercusiones en las cuestiones

⁶⁵³ Menéndez, 1981: 28.

⁶⁵⁴ Así pues, vemos que el ferrocarril constituyó un factor importante en el desarrollo del mercado interno. El maíz, la caña de azúcar y el henequén se vieron favorecidos con el tendido de vías férreas, abaratando y agilizando su transporte y comercialización (Ronzón, 2004: 47).

⁶⁵⁵ Menéndez, 1981: 28.

⁶⁵⁶ Ronzón, 2004: 26.

⁶⁵⁷ Villanueva, 1984: 108.

económicas en Yucatán, ya que se dieron fluctuaciones en el mercado internacional, así como la aparición de nuevas competencias, como el henequén de Manila. En este contexto, según Menéndez, Yucatán emprendió un período de transición y crisis al reducirse las áreas de actividad henequeneras y presentarse restricciones en la producción.

Además, en el plano regional, entre los años de 1912 a 1914 sucedieron en la presidencia del estado un total de 8 personas, las cuales gobernaron de acuerdo con sus ideologías –la mayoría de ellos maderistas, huertistas o constitucionalistas–. De tal manera que se reforzó la dependencia económica de la sociedad yucateca hacia la actividad henequenera y la necesidad política del aparato gubernamental de no perder el control sobre la misma.

Con la constitución de la Reguladora del Mercado de Henequén⁶⁵⁸ en 1912, la vida económica y política de Yucatán fue el eje institucional que reguló la vida de los yucatecos, ya que a través de esta institución se asimiló la intervención gubernamental entre los hacendados.

El decreto de 9 de enero de 1912 es uno de los más trascendentales que se hayan expedido en Yucatán, porque es el que puso la primera piedra del Socialismo de Estado en la industria henequenera, sistema de organización que se ha venido ampliando desde entonces. Es cierto que la intención no fue la de socializar nuestra única fuente de riqueza, sino la de defenderla contra una fuerza que parecía incontrastable como la de la International Harvester Co., y otras.⁶⁵⁹

Para la segunda década del siglo XX, la diversificación económica llevó a plantear políticas para regresar de nuevo a la producción tradicional, vinculada con el desarrollo de ganado vacuno y porcino, la apicultura, entre otras industrias. No hay que dejar de lado la cuestión de las relaciones libres de producción, de las condiciones en los costos de producción que se acrecentaron junto con la necesidad de buscar nuevos mercados que permitieran la adquisición de productos, sobre todo el henequén más barato. Sin embargo, ¿Qué sucedió en Yucatán a la llegada de Alvarado en 1915?

4.2.1.- Salvador Alvarado y los inicios del Socialismo

El general Salvador Alvarado, nombrado por Venustiano Carranza como el jefe del Ejército Constitucionalista del Sur, fue enviado a Yucatán con el objetivo de combatir al coronel

⁶⁵⁸ La función de la reguladora radicó en el manejo del stock de henequén para evitar caídas abruptas de precios por saturación del mercado, situación que por lo general fue aprovechada regularmente por los consumidores extranjeros.

⁶⁵⁹ Cámara, 1936: 73.

insurgente Abel Ortiz Argumedo, quien había asumido el poder del gobierno del estado al relevo del general Eleuterio Ávila en febrero de 1915.

La intervención militar en el estado yucateco se emprendió en torno a objetivos económicos sobrepuestos relacionados con las fuentes de financiamiento del constitucionalismo; a través de la exportación de la fibra del henequén al mercado norteamericano se tuvo la posibilidad de acceder a recursos. afectando solamente a los grupos opositores oligárquicos. Es decir, la producción de henequén y la desfibración se mantuvo como una actividad económica dominante. De hecho, en un primer momento, los hacendados conservaron el control de las máquinas desfibradoras, aunque hubiesen perdido el control de las tierras o de la fuerza de trabajo. Esto fue diferente a lo sucedido con las industrias de petróleo como las que se encontraban en Tamaulipas y Veracruz, pues no se tomaron en consideración, ya que significaría el riesgo de incrementar las tensiones con los gobiernos extranjeros de Estados Unidos y Gran Bretaña.

Con la consigna liberal del ejército constitucionalista, Salvador Alvarado gobernó el estado de Yucatán del 19 de marzo de 1915 al 1 de febrero de 1918. La situación que encontró a su llegada fue la copiosa labor de los campesinos mayas en las haciendas. El 27 de abril de 1915 Alvarado contrató y comisionó a Santiago Pacheco Cruz⁶⁶⁰ con el objetivo de que este elaborara un diagnóstico de las condiciones de salud, higiene y educación de la región.

Como expresé en párrafos anteriores, el trabajo del proletariado durante los años de explotación del monocultivo fue conocido como “esclavitud”.⁶⁶¹ Y esto mismo causó asombro en el general Alvarado al enterarse cuando arribó con el ejército constitucionalista en marzo de 1915, ya que se percató de las condiciones laborales de los peones en las haciendas henequeneras bajo el régimen de servidumbre. Por ese motivo fueron decretados –en los días 20 y 24 del siguiente mes– los artículos 19 y 20, que hacen alusión a la liberación de la tutela y de la curatela, así como a la liberación de la servidumbre doméstica.⁶⁶² Igualmente, se decretó denunciar a la comandancia cualquier caso de retención ilegal de trabajadores en condición de servidumbre doméstica.⁶⁶³

⁶⁶⁰ Quien fuera profesor y traductor de documentos oficiales a lengua maya. Fue contratado para realizar propaganda constitucionalista al partido de Valladolid.

⁶⁶¹ Al respecto de la esclavitud, Savarino la considera como “un mito originado por la propaganda de los revolucionarios, en la necesidad de encontrar un argumento válido para atacar a la clase terrateniente y permitir al nuevo Estado hacerse dueño de los trabajadores rurales”, el autor señala que no existió la esclavitud entre los trabajadores, éstos tuvieron derechos como ciudadanos mexicanos, Savarino 1997:97- 98; 120.

⁶⁶² Paoli, 1984: 70-73.

⁶⁶³ *Diario Oficial del Gobierno del Estado de Yucatán*, 2 de mayo de 1915, año XVIII, n.5359, p.1113.

Ya desde finales del siglo anterior y principios del siglo XX, según autores como Bracamonte, Arnold y Tabot, Méndez, Ortega Ruiz, entre otros,⁶⁶⁴ se registró el surgimiento y la consolidación de una clase subalterna de trabajadores indígenas conocidos como “luneros”, fuerza de trabajo humana que estuvo en constante crecimiento y que fue trasladando a las familias hacia el interior de las haciendas con el objetivo de producir alimentos —específicamente maíz— para el sustento de toda la estructura laboral de las haciendas. Estos se trataron de personal encargado de la limpieza de plantíos y cultivo del henequén, mayordomos, capataces, obreros y gente calificada para operar la tecnología y servir a los amos con sus familias.⁶⁶⁵

Así pues, el henequén fue considerado como el responsable de las discordias, la acumulación de la riqueza y el motor del despegue de la modernización regional, ya que, con la elaboración de sacos para el empacado de la cosecha de granos de los Estados Unidos, la economía de Yucatán estableció una dependencia directa con el sector agrícola norteamericano, mismo que se fue afianzando en la medida que la producción de cereales se fue acrecentando en el país del norte.⁶⁶⁶

A la llegada de los constitucionalistas, los grandes latifundios henequeneros fueron respetados por Salvador Alvarado, a pesar de que tuvieron que acatar las nuevas disposiciones del general. Así, por ejemplo, el 11 de diciembre de 1915 Salvador Alvarado expidió una ley sobre el trabajo estatal, la cual fue el primer ordenamiento que estableció el seguro social en México.⁶⁶⁷ Se estableció una Ley de seguro contra accidentes la cual estableció que los trabajadores tuvieran indemnizaciones por parte del empleador, en caso de incapacidad o muerte por caso de un riesgo laboral. Pero también con la llegada de Alvarado, se establecieron mejoras para el desarrollo de la salud pública en el estado, pero especialmente se proyectó la idea de mejorar el cuidado y la salud de los trabajadores.

De igual manera, exigió a los hacendados pactar con su servidumbre el importe de los salarios. Gamboa⁶⁶⁸ reconoció el esfuerzo de Alvarado por terminar la esclavitud en territorio yucateco:

⁶⁶⁴ Ortega Ruiz, 1943: 26; Méndez 1947: 36-37; Bracamonte 1993: 120, Arnold y Tabot, 2010: 75. El lunero de ser productor de maíz para las necesidades de la hacienda, transmutó a trabajador eventual y luego a peón acasillado.

⁶⁶⁵ Bracamonte, 1993: 120-130.

⁶⁶⁶ Benítez, 1985: 55-76.

⁶⁶⁷ Concheiro, 2010: 154. Fue hasta el año de 1942 que propiamente se establece el Seguro Social en México, a pesar de que desde el año de 1915 se venía hablando de la necesidad de establecer la seguridad en materia de salud de los trabajadores. En 1943 se publicó en los diarios oficiales la Ley del Seguro Social.

⁶⁶⁸ Gamboa, 1955 II: 364.

La revolución mexicana llevó a Yucatán sus saludables efectos y al terminar el gobierno del Gral. Alvarado a principios de 1918, ya no existía la clase de los sirvientes domésticos urbanos ni la de los sirvientes rurales, tal y como existían en 1910, quiero decir, que ya no había esclavos en Yucatán; los indios “sometidos” se habían incorporado francamente a las instituciones mexicanas y los indios rebeldes se ocultaban en los boscosos reductos del territorio de Quintana Roo.⁶⁶⁹

Otro aspecto que hay que señalar durante el gobierno de Alvarado, fue la obligación impuesta a los hacendados para indicar el número de inmigrantes que se encontraron laborando en sus haciendas, no solo para fines estadísticos económicos sino también para las cuestiones de la salud pública del estado, ya que, principalmente, se sabía que éstos no eran inmunes a las enfermedades endémicas. A través del Periódico Oficial del estado es que se les indicó a los hacendados de su obligación:

A los señores hacendados:
Se hace saber a los señores hacendados en cuyas fincas estén trabajando o lleguen a trabajar individuos de ellos últimamente llegados al estado como inmigrantes que tiene obligación de posar una relación de los que tengan empleados al Departamento de Trabajo, y cuando, por cualquier motivo, dejen los mismos de prestar sus servicios, lo comuniquen también inmediatamente a la oficina mencionada, dependiente de la Secretaria General de Gobierno.⁶⁷⁰

El tema de los inmigrantes fue algo importante para los gobiernos, es decir, no solo en cuestiones monetarias, como brazos humanos para la aportación de mano de obra, como fue publicado en el Boletín Policial:

La inmigración es como el caudal de un poderoso río que impulsa la industria y el comercio; que cambia de escenarios [...]; que enseña con el ejemplo y el trabajo el modo de laborar las tierras, de perfeccionar las artes, de manufacturar los minerales; la inmigración, a veces, con sus costumbres nuevas, contribuye a despertar el amor al progreso y engendra en los pueblos esa divina vitalidad llamada civilización.⁶⁷¹

También recayó en las cuestiones sanitarias, pues constantemente médicos, sanitaristas y delegados sanitarios indicaron la importancia de tener un control de los inmigrantes porque estos fueron considerados como material nuevo para la propagación de las enfermedades, puesto que

⁶⁶⁹ Gamboa, 1955, III: 33.

⁶⁷⁰ HNDM, *Diario Oficial del Estado de Yucatán*, 1 de enero de 1917, Salvador Alvarado, Aviso a los señores hacendados. Esta nota se publicó durante los primeros diez días del mes.

⁶⁷¹ CAIHY, *Boletín Policial* 1918, Órgano de Inspección General de Policía, No. 36, p.11.

la carencia de inmunidad a enfermedades como la fiebre amarilla, ponía en alerta a las autoridades. Por ello, se les insistió en tomar las debidas precauciones para tales efectos:

Existiendo en el interior del Estado trabajadores inmigrantes no inmunes a la fiebre amarilla, se previene a ustedes, manden construir en una habitación de mampostería tableros con alambre fino adaptados a las puertas y ventanas, para aislar a los enfermos que, conforme a la Ley, sean considerados como sospechosos de dicha enfermedad, para cuyo efecto en esta Ciudad en la “Casa de Salud”. Situada en la calle 35 núm. 503. Deberán así mismo evitar la existencia de larvas de mosquitos en los estanques y demás depósitos de agua, ya sea petrolizándolos o colocando en ellos pececillos que las destruyan. Esta Delegación Federal señala el plazo de un mes a contar de la presenta fecha, para el cumplimiento de la presente disposición.⁶⁷²

A nivel federal se habían aprobado disposiciones que fueron vigentes para todos los estados donde la fiebre amarilla estuvo presente como: Veracruz, Tamaulipas, Sonora,⁶⁷³ Sinaloa, Yucatán, entre otros, que de acuerdo con el inciso II de la fracción XVI del artículo 73 constitucional, se declararon vigentes los artículos 102 al 107, los cuales hicieron alusión a las disposiciones declaradas por el Departamento de Salubridad, los cuales se enfocaron a tener viviendas adecuadas y que sean consideradas salubres, y que en caso de ser insalubres se les señalaba que debían mejorar sus condiciones; inspecciones a través del Consejo de Salubridad a caños y albañales donde se hayan presentado casos de tifo o alguna otra enfermedad infecciosa; que los inspectores sanitarios señalarían las obras necesarias a los propietarios de las casas señalando un plazo perentorio para que se ejecutasen las obras necesarias para eliminar la causa o causas de la insalubridad en las casas.⁶⁷⁴ A las personas que infringieron las disposiciones legales se les determinó una multa de acuerdo al artículo 358 del Código Sanitario, multa que osciló entre 5 y 500 pesos.

Al mismo tiempo que incrementaba la inmigración, se creció también la producción de la fibra de henequén; hacia 1916 se alcanzó a producir 200 mil toneladas –el más alto nivel de

⁶⁷² Nota del delegado Sanitario Federal Lázaro J. Barrera. HNDM, *Periódico Oficial del Estado de Yucatán*, 8 de marzo de 1920. Consejo Superior de Salubridad Pública de México. Delegación Sanitaria en Yucatán. A los Señores Hacendados del Estado de Yucatán.

⁶⁷³ Hiram Félix realizó un estudio con respecto a la enfermedad de la fiebre amarilla entre los años 1883-1885 en Sonora (Félix, 2010).

⁶⁷⁴ HNDM, *Diario Oficial del Gobierno del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Mérida, jueves 2 de diciembre de 1920. Secretario Gral. Alfonso Pruneda, Departamento de Salubridad Pública, “Disposiciones del Consejo Superior de Salubridad, declarando vigentes en Veracruz, Tamaulipas, Sonora y demás Estados en que hay fiebre amarilla, los artículos 102 al 107 inclusive del Código Sanitario”.

producción de fibra nunca antes registrado—, equivalentes a un millón 110 mil pacas.⁶⁷⁵ La importancia económica que irradiaba la producción de la fibra de henequén llevó a que en mayo de 1915 se incautaran los Ferrocarriles Unidos de Yucatán, dándole fin al dominio de los hacendados henequeneros, quienes antes hubieran controlado la empresa. Con la incautación y el establecimiento de los contratos en asociación se garantizaba su traslado hacia el puerto de Progreso. Con esta medida, Alvarado había declarado de interés público la calidad de la fibra, así como el peso y la clasificación del henequén que se producía en el estado

Según Alvarado, consideró que al intervenir el estado en todas las esferas de la vida social, económica y cultural que fueran requeridas se lograría un beneficio colectivo.⁶⁷⁶ En cuanto a la educación pública, apostó por educar al indígena para hacerlo libre: “era preciso educarlo para que tuviera una idea clara y definida de sus deberes y de sus derechos de ciudadano, preparándolo para que no volviera a caer nunca en la esclavitud”.⁶⁷⁷

Entre los asuntos más destacados que promovió este gobernador, se encontraron el reconocimiento de los derechos laborales, el derecho de huelga, los derechos de la mujer, la reglamentación del salario mínimo y las leyes denominadas “cinco hermanas”: Ley Agraria, Ley de Hacienda, Ley de Trabajo, Ley del Catastro y La Ley Orgánica de los Municipios de Estado.⁶⁷⁸ Ahora, es importante la Ley de Trabajo para esta investigación, pues en ella se establecieron los siguientes preceptos: la jornada máxima de ocho horas en todas las actividades, las vacaciones semanarias, la regulación del trabajo de las mujeres, las condiciones de higiene y seguridad en los lugares de trabajo, los accidentes de trabajo, los salarios y las mutualidades.⁶⁷⁹

Con una visión integral sobre los aspectos de Yucatán, Alvarado fue más allá del henequén en cuanto a las actividades económicas del estado al visualizar el desarrollo de la entidad de acuerdo con la aplicación de un modelo de desarrollo que fue adaptando según las condiciones particulares de la entidad y a las características de las relaciones sociales. De tal manera que, el socialismo que Alvarado promulgó en la entidad respondió a una ideología materializada en normas, políticas e instituciones para transformar la vida en Yucatán.

⁶⁷⁵ CAIHY, *El Henequén*, Boletín de 1917, año II, No. 25, enero, p.11. Sin embargo, con la declaración del artículo 28 constitucional, el cual prohibió los monopolios de cualquier tipo, a excepción de los casos de acuñación de monedas, correos, telégrafos, radiotelegrafía, las cuestiones de derechos de autor de artistas e inventores, la reguladora tuvo que enfrentar varios dilemas.

⁶⁷⁶ Paoli, 1984: 155.

⁶⁷⁷ Alvarado, 1920: 49.

⁶⁷⁸ Alvarado, 1915. Consultar también AGEY, *La revolución llega a Yucatán. General Salvador Alvarado 1915-1918*, Cuaderno II, sin fecha, Mérida, Yucatán, México.

⁶⁷⁹ Cueva, 1981: 45.

En el artículo 86 del Título Octavo referente al bienestar social, Alvarado declaró que: “todos los hombres nacen iguales, y, por tanto, tienen derecho a participar igualmente del bienestar social. El Estado tiene por misión esencial distribuir el bienestar, asegurando a todos sus habitantes la libre posesión de los instrumentos de trabajo, y evitando que un grupo social explote a los otros por medio de privilegios, monopolios y el acaparamiento de la tierra”.⁶⁸⁰

En cuanto a la responsabilidad del estado en el desarrollo de la sociedad yucateca, el mandatario lo materializó con el Artículo 94 referente a la Beneficencia Pública:

La Beneficencia Pública debe estar al exclusivo cargo del Ejecutivo del Estado, quien tiene obligación de crear en el Estado, hospitales modelos, sanatorios para dementes, asilos para mendigos, orfanatorios y demás obras semejantes. El Estado debe ser la mano bienhechora que proporcione a los ciudadanos el mayor bienestar posible, impidiendo su explotación y procurando que cada uno trabaje en su propio beneficio.⁶⁸¹

Así pues, se observa que la presencia de Alvarado en Yucatán le dio un impulso en todos los aspectos al estado, aplicando el desarrollo en materia económica de una “economía mixta” que se estipuló en el Artículo 92:

El ejecutivo, en representación del estado, puede lícitamente tomar parte en compañías mercantiles o agrícolas, con el fin de impulsar la prosperidad general, previa aprobación del Congreso.⁶⁸²

Con la terminación de la Primera Guerra Mundial, en 1918, la situación internacional y las compañías norteamericanas vieron abrirse nuevas vías para la adquisición de materias primas. La reapertura de las fuentes de abastecimiento de las fibras le permitió a la *International Harvester* obtener la fibra de otros lugares, ya no de la Reguladora de Yucatán, quien en palabras de Menéndez dice:

el consumidor norteamericano, anhelaba desquite... quienes gobernaban la República, quienes Yucatán, no quisieron darse cuenta de que no podrían ser sostenidos los precios altos.⁶⁸³

⁶⁸⁰ *Diario Oficial del Estado de Yucatán*, no. 6199, Suplemento, lunes 14 de enero de 1918, “Beneficencia Pública”.

⁶⁸¹ *Diario Oficial del Estado de Yucatán*, no. 6199, Suplemento, lunes 14 de enero de 1918, “Beneficencia Pública”.

⁶⁸² *Diario Oficial del Estado de Yucatán*, no. 6199, Suplemento, lunes 14 de enero de 1918, “Beneficencia Pública”.

⁶⁸³ Menéndez, 1947: 56.

Si bien, la estrategia hegemónica de Alvarado incluyó replantear el modelo educativo, la salud pública y las condiciones laborales, al dejar Alvarado el gobierno de Yucatán y ser asumido este el 1 de febrero de 1918 por Carlos Castro Morales,⁶⁸⁴ en los siguientes meses la situación económica y política de la entidad registró grandes cambios.

4.2.2.- La cuestión henequenera y su crisis

Con la llegada de Alvarado a Yucatán, se establecieron leyes que procuraron una mejora para la salud de los trabajadores, un desarrollo y cuidado de la salud pública vinculado con la producción del henequén, producto por el que se reconocía internacionalmente al estado. Así, en el apartado anterior, se ha expuesto no sólo las condiciones económicas y políticas, sino también la preocupación del gobierno yucateco que representaban los migrantes que no tenían inmunidad por ejemplo contra la fiebre amarilla; la necesidad de limpieza e higiene en las casas habitación, la implementación de leyes y artículos dictados mediante los diarios oficiales en sus apartados de beneficencia pública y el Departamento de Salubridad Pública, sanciones a los que no respetarán las disposiciones oficiales en materia de salubridad, todo ello en la búsqueda de una mejora en las condiciones de salud de la población yucateca. Pero ¿qué sucede cuando el principal producto yucateco, reconocido internacionalmente, entra en crisis?

Al descender los precios de la fibra de sisal en el mercado norteamericano, la industria de la fibra entró en crisis, al manifestarse la oposición al gobierno anterior, sobre todo la estrategia “alvaradista” de entregar obligatoriamente la producción a la Reguladora. Esta oposición se acrecentó con la creación de la Asociación de Hacendados Henequeneros, que tuvo por objetivo: “promover todo cuanto tienda a la conservación, fomento y defensa de la agricultura e industria henequenera y cuanto con ellas se relacione en la Península de Yucatán”. Esta nueva asociación contó con la presencia de trescientos sesenta y ocho productores, quienes buscaron restablecer el “libre mercado”.⁶⁸⁵

Quizás uno de los principales problemas que enfrentó la Reguladora fue la emisión de papel moneda, lo cual fue incluso en contra del artículo 28 constitucional que estableció la exclusividad del gobierno federal para emitir billetes y acuñar moneda. Al respecto, la población

⁶⁸⁴ Este personaje fue fundador del Partido Socialista Obrero de Yucatán, dirigente del Sindicato Ferrocarrilero y el primer gobernador electo conforme a las normas establecidas por la Constitución de 1917.

⁶⁸⁵ *Reglamento de la Asociación de Hacendados Henequeneros aprobado en la última asamblea preparatoria de productores de henequén celebrada el quince de abril del año de 1918.* Cláusula 1ª, p.12.

demonstró desconfianza en la emisión de la nueva moneda, aunque en los periódicos de la época se invitaba a la población a tomar parte de la nueva circulación de esta.

La situación de la Reguladora por querer mantener la función monetaria (papel-moneda) potenció los efectos de la crisis de mercado, pues al adquirir la producción de los hacendados y pagarla en dólares al dos por uno, pagados en el papel moneda emitida por ella, esta moneda se depreciaba continuamente, siendo que posteriormente se dejó de aceptar como medio de pago de las importaciones. A lo anterior, se le sumó el decreto de la Legislatura local que autorizaba a la Reguladora para cancelar contratos de asociación en partición con los productores, lo cual trajo como consecuencia el no tener lugar alguno para la colocación de su fibra.⁶⁸⁶

Con la emisión del papel moneda emitido por la Reguladora y tomando en consideración que toda la economía del estado versaba en la producción del henequén, se presentó el 6 de octubre de 1919 una cruel represión por parte del gobierno, a la cual Miguel Menéndez describe como:

Éramos niños: estábamos en la plaza mayor de nuestra Mérida: había en ella mucha, mucha gente; se pedía al gobierno que cambiara el dinero por algo para comer; salió al balcón del Palacio un general, contempló a la multitud que era un solo grito; hizo una seña... tropas de la federación rodearon la plaza en que denostaba un pueblo amotinado... de pronto, así de pronto, la balacera... muertos, muchos... heridos más...⁶⁸⁷

Ya para el 15 de octubre, la circulación de la moneda emitida por la Reguladora dejó de circular.⁶⁸⁸ Para el año de 1920, la situación se agudizó, pues desde el gobierno federal se instó al gobierno yucateco a la liquidación de adeudos adquiridos por la Reguladora, además la producción no solo de años anteriores, sino la del corriente, se veía con dificultades para ser colocada en los mercados. Para ello, fueron enviados a Estados Unidos Ricardo Molina y Arturo Zavala, quienes aconsejaron que se debiese reunir en un solo lugar las existencias de la fibra. Por lo tanto, nació la *Eric Corporation*, la cual se trató de las iniciales de cuatro corporaciones que la integraron, a saber: *Equitable trust Company* de Nueva York, *Royal Bank* de Canadá, *Interstate Trust & Banking Company* de Nueva Orleans y la Comisión Reguladora del Mercado de Henequén de Yucatán. En esta corporación se reunió un total de 650 mil pacas/ de la fibra.⁶⁸⁹

⁶⁸⁶ Orosa, 1960: 247-252.

⁶⁸⁷ Menéndez, 1947: 58

⁶⁸⁸ Menéndez, 1947: 58.

⁶⁸⁹ Galzacoa, 1947: 6.

Para los siguientes años, la economía de Yucatán estuvo sumergida por los constantes cambios y regulaciones del precio del henequén. El año de 1921 presentó un periodo de crisis económica, debido a que las exportaciones del henequén habían caído un 55% en comparación con las del año anterior. La situación económica del estado comenzó a mejorar hacia mediados de 1922.⁶⁹⁰

Por lo tanto, no me detendré en el intrincado tema, pues divergiría mucho de las cuestiones sanitarias que imperan en este trabajo, sin embargo, he señalado hasta ahora la relación de la economía yucateca dentro de un plano internacional y cómo los problemas relacionados con la producción y venta de la fibra sumergieron al estado no solo en una crisis financiera, sino política y social.

Al asumir Felipe Carrillo Puerto la gubernatura del estado para el período de 1922 a 1926, su gobierno se enfrentó con la plena crisis del mercado del henequén y de la institución responsable de regularlo, que para el 2 de enero de 1922 había cambiado su nombre a la Comisión Exportadora de Yucatán.⁶⁹¹

Mantilla señala que el gobierno entrante buscó todos los medios posibles para hacerle frente a la crisis. Por ello, los gobiernos federales y estatales trabajaron en conjunto para paliar la situación y buscar nuevas fuentes de ingresos.⁶⁹² Esta búsqueda los llevó hacia la Compañía Peninsular Explotadora el Petróleo, S.A, la cual fue fundada el 23 de noviembre de 1921, de la cual Felipe Carrillo⁶⁹³ figuró como socio, al igual que Plutarco Elías Calles, Manuel Berzunza, entre otras figuras políticas destacadas.⁶⁹⁴

Y mientras el gobierno buscó nuevas formas para hacerle frente a la crisis, las formas de relaciones de trabajo forzado persistieron durante el gobierno de Carrillo Puerto. Askinasky⁶⁹⁵ menciona el trabajo de la *fajina*, el cual se trataba de la labor gratuita que los trabajadores daban a su patrón. Y recordando que la producción era de temporal, constantemente la población estuvo expuesta a sucesivas hambrunas que se produjeron de manera recurrente.⁶⁹⁶ Y si pensamos en la asociación hambruna-salud-trabajo forzoso, las repercusiones que enfermedades como la fiebre amarilla y el paludismo causaron en la población fueron considerables.

⁶⁹⁰ Gilbert y Well. 1982: 228-260.

⁶⁹¹ Orosa, 1960.

⁶⁹² Mantilla, 2007: 119.

⁶⁹³ Quien fuera asesinado el 3 de enero de 1924.

⁶⁹⁴ Mantilla 2007: 85-193.

⁶⁹⁵ Askinasky, 1936, en Menéndez, 1981: 33.

⁶⁹⁶ Menéndez, 1981: 34.

Menéndez señala que las crisis periódicas por las que atravesó la económica yucateca tuvieron repercusiones particulares, ya que no solo se evidenció sobre la producción en el mercado, sino también sobre los cultivos de subsistencia, “dado el desplazamiento de algunos productos alimenticios generados en la península”.⁶⁹⁷

Si bien, con el auge henequenero, las plantaciones de maíz habían sido desplazadas para la siembra del agave, Carrillo Puerto señaló que “algún día Yucatán exportaría maíz”, pues ya para 1920 la Comisión Nacional Agraria había intentado reorientar la producción campesina del henequén al maíz, para lo cual se había realizado toda una gestión legislativa para la dotación de tierras para el cultivo del grano.

La gestión que realizó Carrillo Puerto fue igual de copiosa que la de Alvarado en cuestión de mejorar las condiciones del estado yucateco. Por ejemplo, en cuanto a la educación, fundó la Universidad Nacional del Sureste, el 25 de febrero de 1922, espacio para que los hijos de campesinos, obreros y demás pudieran adquirir los conocimientos universales y científicos del progreso. De igual forma, creó la escuela Vocacional de Artes y Oficios, la Academia de la Lengua Maya y durante su primer año de gobierno se abrieron 417 escuelas públicas, pues como en su momento Alvarado hizo alusión: “la educación era para el individuo el vehículo de la libertad y la transformación social”.⁶⁹⁸

Desde la época de Alvarado se promulgó que la enseñanza del nivel primaria fuera obligatoria. Asimismo, se ordenó, con la erección del Departamento de Educación Pública en 1915, la creación de escuelas rurales en todas las haciendas con el fin de terminar con el analfabetismo que imperaba en el estado. En tiempo de Carrillo “se profundizó los cambios en el sistema educativo, buscó una educación orientada a la formación de una conciencia social estableciendo una ley de educación racionalista con el espíritu de la Constitución de 1917”.⁶⁹⁹ Laris Pardo, de acuerdo con Domínguez Castro,⁷⁰⁰ expone que la educación que se desarrolló durante el periodo de Carrillo Puerto, cimentó en la mentalidad yucateca los ideas del socialismo y aunque no ahonda en más detalles menciona que para “los socialistas los médicos y abogados eran enemigos del pueblo”, pues señalaba que la ciencia estaba supedita a los intereses de los burgueses.⁷⁰¹ Si bien, como se ha expuesto, en párrafos anteriores, los intereses de la burguesía yucateca se sobrepusieron en todos los ámbitos del desarrollo del estado.

⁶⁹⁷ Menéndez, 1981: 35.

⁶⁹⁸ Novelo, 2012: 181. Ver también a Núñez Mata, Efrén, “Salvador Alvarado y la Educación” en *Historia Mexicana*, x: 3. ene-mar., 1961, pp. 422-436.

⁶⁹⁹ Novelo, 2012: 181. Ver también a Núñez, 1961: 422-436; Laris, 2018: 87-117.

⁷⁰⁰ Domínguez Castro, 2011: 141-142, citado en Laris 2018: 89.

⁷⁰¹ Laris, 2018: 89.

Al respecto de la educación Mazzaferri señaló que un programa de salud pública eficaz solo podría lograrse mediante un sistema educativo extenso, lo cual ya se venía pregonando desde tiempos del porfiriato al poner énfasis que se tenía que enseñar en las escuelas el cuidado de la higiene personal y la implementación de estrategias como limpieza de las aceras, patios, y demás lugares que fueran áreas públicas para mantener una buena salud y alejar a las enfermedades de la población, pero también, se tenía que trabajar junto con un desarrollo de la infraestructura como el acondicionamiento para tener agua potable, la limpieza de las calles, por ejemplo.⁷⁰²

Ahora bien, con respecto a la higiene, Fabela anota en relación con el período 1922-1937, que se presentó hasta un 9% de defunciones por cuestiones de la malaria:

la higiene es extraordinariamente buena, en lo que se refiere al aseo personal, sin embargo, en los índices de mortalidad se observa que, en materia alimenticia, el pueblo maya particularmente se halla depauperado, y es en este sentido por donde deben dirigirse los esfuerzos de mejoramiento sanitario y económico: elevación del estándar biológico y educativo, y dotación de buena agua potable en los poblados rurales y aun urbanos.⁷⁰³

Si la economía del estado estaba en crisis, los pleitos políticos y sociales por el control de la economía de la entidad estaban en auge, entonces ¿Qué sucedió con la participación de la Fundación Rockefeller para la segunda década del siglo XX en Yucatán? Esta y otras cuestiones se tratarán en el siguiente apartado.

4.2.3.- La Comisión especial para el combate contra la fiebre amarilla en Yucatán

Resulta necesario comprender que después de la epidemia de 1911, que se extendió hasta 1912,⁷⁰⁴ el doctor Harald Seidelin⁷⁰⁵ visitó Yucatán e indicó que el agente causal de la fiebre amarilla era el parásito *Paraplasma flavigenum*.⁷⁰⁶ Hay que señalar que este personaje ya había estado en la entidad por el año de 1906 cuando se hizo cargo de los laboratorios del hospital O'Horán.

⁷⁰² Mazzaferri, 1968: 179-184. Esta medida de implementar el cuidado de la salud, la higiene personal, fue más desarrollo durante las misiones culturales que serán explicadas más adelante de esta tesis.

⁷⁰³ Fabela, 1941: 457.

⁷⁰⁴ AGEY, Poder Ejecutivo, 1867-1967, Beneficencia, Correspondencia-Hospitales, Caja no. 902, *Casos de Fiebre amarilla en 1911-1912*.

⁷⁰⁵ Personaje de origen danés, fue médico de la Universidad de Copenhague, especializado en la enseñanza y práctica de la bacteriología, anatomía patológica y química clínica.

⁷⁰⁶ Cervera Andrade, 2000: 221.

Durante ese año se realizó un reconocimiento de la distribución del mosquito en la ciudad de Mérida (Figura 23), resaltando que en la ciudad imperaba la enfermedad.

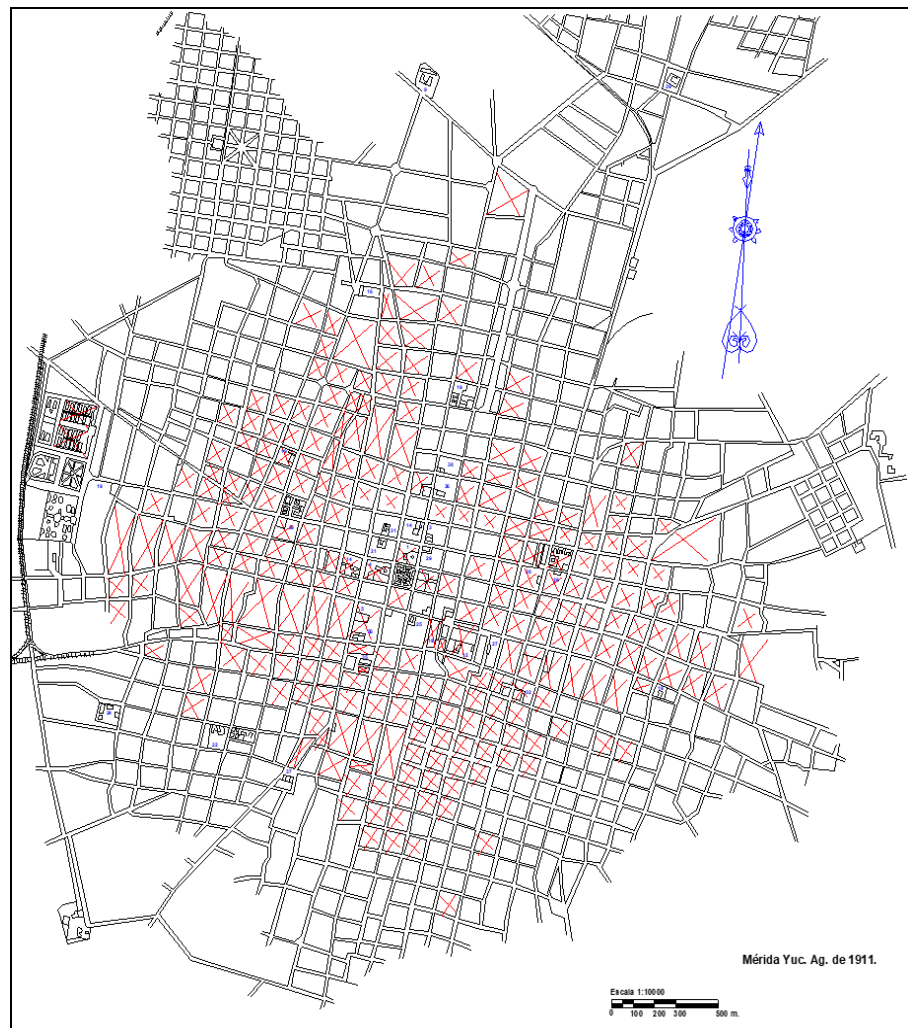


Figura 23: Ciudad de Mérida enseñando con marcas rojas la distribución del mosquito, 1911.⁷⁰⁷

Mientras en el estado de Yucatán se combatió a la fiebre amarilla, en 1913 se reportó un episodio de la enfermedad en Campeche, estableciéndose un cordón sanitario para contener los estragos que causaba la enfermedad.⁷⁰⁸ Al respecto, el gobernador interino Eleuterio Ávila propuso la Ley sobre la fiebre amarilla y el paludismo.⁷⁰⁹ Sin embargo, por cuestiones políticas y

⁷⁰⁷ Fuente: Informe del doctor Seidelin, consultado el día 6 de junio de 2018, en: acervo.bibliotecavirtualdeyucatan.com.mx/janium-bin/janium_zui_print.pl?i=/janium/AP2/LFR-C5-1914-0004/LFR-C5-1914-0004.0098.JPG

⁷⁰⁸ AGEY, Poder Ejecutivo, 1867-1967, Beneficencia, Correspondencia-Hospitales, Caja no. 902, *Casos de Fiebre amarilla en 1911-1912*.

⁷⁰⁹ AGEY, Poder Ejecutivo, 1867-1967, Beneficencia, Sanidad, Caja no.535, *Ley sobre la fiebre amarilla y el paludismo*.

cambio de gobierno, dicha ley no se cumplió, pues fue derogada por el general Toribio de los Santos.⁷¹⁰

Ahora bien, resulta importante retomar dicha ley, ya que hasta esa fecha aún se confundían los síntomas de una enfermedad con la otra. Por ejemplo, para 1914 fue notable el caso de un niño de 10 años, originario de Calotmul, quien ingresó al Hospital O’Horán el día 28 de diciembre de 1913. El caso es explicado por el doctor Hernández Fajardo, quien señaló que en menos de 7 días el pequeño pereció por no habersele suministrado un tratamiento adecuado, pues fue tratado con quinina, pensando que tenía paludismo hemorrágico por las constantes fiebres que presentaba. Un día después del deceso del infante, el 4 de enero de 1914, se le realizó la autopsia correspondiente que estuvo a cargo del Dr. Ayuso, jefe del departamento de Anatomía patológica, en presencia de los doctores Gutiérrez, Buenfil, Quijano, Muños y Fajardo. En palabras de Fajardo, este indica:

este caso es muy interesante y tiene gran valor científico, porque es una prueba más, evidente e indiscutible de la ocurrencia de fiebre amarilla en los nativos del país, siendo seguramente esta circunstancia una de las causas de la endemidad de la fiebre amarilla en Yucatán. Es para nosotros de mucha importancia consignar aquí, que, en la sangre de este enfermo, hallamos en todas las preparaciones, el parásito descrito con el nombre de *paraplasma flavigenum* por nuestro maestro Seidelin quien lo ha considerado como agente patógeno de la fiebre amarilla y que siempre se encuentra en la sangre de los enfermos de fiebre amarilla.⁷¹¹

Para ese mismo año se reportó una baja considerable en el número de casos de fiebre amarilla en la entidad yucateca. Al respecto, el médico Fajardo señaló que ese decremento no se debía a la cantidad menor de mosquitos, sino todo lo contrario, pues eran aún mayores las cantidades de los dípteros en comparación a tiempos anteriores; más bien era por la falta de receptores humanos, ya que por trastornos políticos por los que pasaba el país, había disminuido el número de extranjeros, por consiguiente, los mosquitos no tuvieron material humano para infectar.⁷¹²

Bustamante comentó al respecto “que antes de la tempestad viene la calma” y que cabía la posibilidad de que ante una ola de migrantes y extranjeros no inmunes, “causaría el aumento

⁷¹⁰ AGEY, Poder Ejecutivo, 1867-1967, Beneficencia, Sanidad, Caja no.535, *Ley sobre la fiebre amarilla y el paludismo*.

⁷¹¹ CAIHY, RMY-1914, *Revista Médica de Yucatán*, tomo IX, n. 3, enero de 1914, “un caso de fiebre amarilla en un nativo de Yucatán”. Diego Hernández Fajardo, p.57.

⁷¹² Bustamante, 1958a: 155.

en la virulencia de la infección y daría lugar al estallido de una epidemia en casos graves y mortales”.⁷¹³ De aquí la importancia que les dio el estado a los inmigrantes.

Si bien las campañas contra la fiebre amarilla y el paludismo se mantuvieron de manera permanente por recomendaciones del Consejo Superior de Salubridad, la Delegación Sanitaria del Estado⁷¹⁴ fue la encargada de realizar los trabajos que requirió la campaña. Sin embargo, muchos fueron los problemas que tuvieron que sortear para cumplir con su objetivo, ya que los ayuntamientos tuvieron que cooperar económicamente con los trabajos de la delegación porque se estipuló en la ley que se debía destinar un fondo para solventar los gastos extraordinarios de la campaña.⁷¹⁵

Para 1915, la federación propuso al ejecutivo federal el incremento de los sueldos del personal. Al respecto, Canto señala la problemática que existió en relación con los pagos de los trabajadores desde años anteriores, tanto de la oficina federal como del personal en general, pues tuvieron retrasos en sus remuneraciones, o bien los sueldos fueron bajos.⁷¹⁶ Dentro de los materiales utilizados para la campaña, se utilizó petróleo, azufre, quinina suministrada a los pacientes, la fumigación de las casas y visitas domiciliarias, por lo que los costos aumentaron, dando lugar a que se realizara una petición a la federación para que incrementasen los activos económicos para la campaña. No obstante, la federación dictaminó que no era posible asignarle un mayor presupuesto, ya que se invirtió el erario en otros rubros, como el combate contra la viruela, la educación, el fomento de la agricultura y el embellecimiento del estado.⁷¹⁷ Constantemente autoridades locales comunicaban a las autoridades federales, la problemática que tenían para realizar las campañas contra las enfermedades infecciosas, pues su principal preocupación fue la falta de recursos monetarios para llevar a cabo las labores sanitarias contra los males; además esta falta de fondos se fue ampliando por los problemas políticos- económicos por las que atravesaba el estado.

Cabe señalar que la federación recalcó a los estados la importancia de mantener las campañas, pues les señaló los compromisos internacionales que el país debía cumplir, responsabilidades adquiridas a través de la firma del convenio internacional que México había

⁷¹³ El primer entrecomillado es de la que suscribe; Bustamante, 1958a: 155. Otros brotes sufridos en la entidad acaecieron en los años de 1916, 1919, 1920.

⁷¹⁴ Esta Delegación se estableció en 1914 en la Casa de Salud, sin embargo, en 1921 fue cerrada pues no se presentó ningún caso sospechoso ni confirmado de la enfermedad. AGEY, Poder Ejecutivo, 1867-1967, Beneficencia, Salubridad y Correspondencia, 1914, Caja no.466, *Traslado del Departamento de fiebre amarilla a la Casa de Salud*.

⁷¹⁵ AGEY, Poder Ejecutivo, 1867-1967, Beneficencia, Sanidad, Caja no. 535, *Ley sobre la fiebre amarilla y el paludismo*.

⁷¹⁶ Canto, 2015.

⁷¹⁷ AGEY, Poder Ejecutivo, 1867-1967, Beneficencia, Sanidad, Caja no. 535, *Resolución a la petición del aumento de salarios y gastos de la Delegación y Casa de salud*.

aceptado durante las Conferencias Internacionales,⁷¹⁸. El país no solo procuró cumplir con los acuerdos pactados,⁷¹⁹ sino también gestionó el crecimiento de la nación a través de las mejoras de infraestructuras en sus ciudades; además se preocupó por los individuos, ya que estos representaban la fuerza productora para el crecimiento económico.⁷²⁰

Hay que recordar que desde finales del siglo XIX y los primeros 15 años del siglo siguiente, México transitaba dentro de un “proceso de auge mercantil y la redefinición de redes de mercado e inversiones de capital”, con lo cual le fue posible incorporarse al mercado estadounidense; sin embargo, por la presencia de las enfermedades en sus puertos y fronteras, y ante el temor de la introducción de las enfermedades tropicales, Estados Unidos impidió el tráfico mercantil de sus productos para evitar brotes de la enfermedad.⁷²¹

Cabe señalar que entre los años de 1910 y 1920, Bustamante indicó que por falta de informes oficiales se creyó que ya no existían casos para esas fechas y que la república mexicana estaba fuera de los azotes de la fiebre amarilla, pero al revisar la incidencia de la enfermedad en la Península de Yucatán y la costa oriental, se reportó la endemidad de la enfermedad.⁷²² Si bien uno de los problemas que se presentó durante la campaña emprendida contra la fiebre amarilla, fue el retraso con que llegaba la información.⁷²³

Por tanto, para 1918 comenzaron a establecerse relaciones de reciprocidad entre el gobierno mexicano y la Fundación Rockefeller. Al respecto, Agostoni señala que funcionarios y personal de la fundación se encontraron activamente en los programas de combate a las enfermedades tropicales en los estados de Veracruz y Morelos.⁷²⁴

El 11 de enero de 1918 se promulgó la Constitución Política del Estado de Yucatán, la cual incluyó artículos sobre la salud.⁷²⁵ A su vez, el 16 de diciembre de dicho año el Código de Trabajo del Estado de Yucatán se adaptó a lo promulgado por la Constitución de 1917 con respecto a lo del seguro social.

⁷¹⁸ Descritas en el capítulo 1 y 2.

⁷¹⁹ *AHSSA*, Fondo Salud Pública, Sección Servicio Jurídico, Caja 27, Expediente 8, Foja 1, “Memorándum que presenta el departamento de salubridad general para el acuerdo presidencial colectivo de secretarías de estado y de los departamentos administrativos”.

⁷²⁰ AGEY, Poder Ejecutivo, 1867-1967, Beneficencia, Sanidad-Correspondencia, Caja no. 465, *Valoración de las medidas profilácticas*.

⁷²¹ Carrillo, 2008: 230-231.

⁷²² Bustamante, 1958a: 158.

⁷²³ *AHSSA*, Fondo Salud Pública, sección epidemiología, caja 14, exp. 1, “Memorándum, octubre de 1920, firma Vasconcelos, pide un decreto presidencial para que los mensajes relativos a la fiebre amarilla entre el departamento y Yucatán, sean transmitidos de forma inalámbrica, por la urgencia y sus consecuencias, y en vista de que los telégrafos llegan con más de 8 días de retraso”. Documento proporcionado por la Doctora Peniche.

⁷²⁴ Agostoni, 2013: 779.

⁷²⁵ Concheiro, 2010: 160.

Al presentarse de nueva cuenta un brote de fiebre amarilla a mediados del año de 1919 en Yucatán, la Fundación Rockefeller trajo al doctor Hideyo Noguchi para que estudiara los casos latentes. Este médico ofreció una conferencia sobre la enfermedad y mostró su descubrimiento sobre la *espiroqueta* que llamo *Leptospira*, la cual consideró como el agente causal de la enfermedad. Asimismo, anunció resultados de las inoculaciones que realizó en algunos animales. Durante su visita dejó muestra de sus cultivos del germen, de la vacuna y suero preparados por él para el combate de la enfermedad, trabajos que realizó en el año de 1918, durante su estancia en Guayaquil.⁷²⁶

Sin embargo, los trabajos de la Comisión Especial contra la Fiebre amarilla fueron establecidos hasta el año de 1921 cuando, como vimos páginas antes, el presidente Obregón firmó un acuerdo legal con la Fundación Rockefeller, conformando un cuerpo de especialistas para realizar los trabajos de la campaña. Esta comisión estuvo dirigida por el médico estadounidense Teodoro C. Lyster y el médico Ángel Brioso Vasconcelos en la subdirección, como señalamos en párrafos anteriores.

Las brigadas móviles trabajaron bajo la dirección de los miembros del comité o de sus auxiliares, llevaron a cabo una campaña contra los mosquitos de acuerdo con los métodos más conocidos, drenaron y petrificaron los pantanos y lugares donde se almacenaba el agua y colocaron peces en contenedores de agua; además, controlaron la distribución de vacunas y sueros.⁷²⁷ Cada brigada estuvo compuesta por un inspector, cuatro subinspectores y cuatro asistentes; había suficientes brigadas para visitar toda la región. Las medidas de cuarentena y desinfección fueron llevadas a cabo por el Cuerpo Médico del Ejército y los representantes de la Junta de Salud. En pequeñas comunidades fue fácil controlar las epidemias aislando a los enfermos y sometiendo en cuarentena a la ciudad.⁷²⁸

En Mérida, el doctor Francisco Valenzuela, quien fungió como Vocal del Departamento de Salubridad, señaló que ante la bastedad de la extensión de su territorio, y ante el aumento de colonias y de la población, así como la comunicación intensa con otros estados vecinos y la migración, resultaba reducido el personal dedicado a realizar la campaña contra la fiebre amarilla, pues a pesar de estar compuesta por un director médico, un ayudante médico, 24 empleados

⁷²⁶ HNDM, Periódico Oficial del Estado de Hidalgo, 16 octubre de 1920. Informe rendido por el C. Adolfo de la Huerta, Presidente Constitucional substituto de la República, ante el H. Consejo de la Unión, el día 1 de septiembre de 1920. Departamento de Salubridad Pública.

⁷²⁷ AHSSA, Fondo Salud Pública, Sección Epidemiología, Caja 17, exp. 3, fecha abril de 1920 a julio de 1921, fojas 21. "Campaña contra la fiebre amarilla, Documentos relativos a la campaña contra la fiebre amarilla en Yucatán", documento proporcionado por la Doctora Peniche.

⁷²⁸ Castillo, 1922: 181-187.

encargados para realizar las visitas domiciliarias y para la inspección de los depósitos de agua, dos inspectores a bordo de los ferrocarriles en los trayectos de Mérida Progreso y Merida Campeche., los esfuerzos de estas brigadas resultaban nulos para combatir al mal en esas tierras. Por tanto, se indicó que el personal debiera ser el doble, lo cual fue aprobado, ante las recomendaciones que hizo el doctor durante su visita a la entidad.⁷²⁹

En su visita a la entidad, este doctor también remarcó la precariedad de la oficina de la delegación pues indicó que no da la “respetabilidad que merece una dependencia del departamento de salubridad pública de la nación”, pues no parece una oficina “donde se remitan asuntos de salubridad pública”. Entre otros asuntos también evidenció la problemática a los que se enfrentaban los delegados sanitarios y las deficiencias en el servicio de sanidad marítima, al señalar por ejemplo la falta de útiles de escritorio, personal que lo asistiera para la inspección policial a los pasajeros, falta de embarcaciones para la desinfección de barcos.⁷³⁰

Castillo Nájera señaló en su informe que, durante el año de 1921, en Mérida, no se presentaron casos, a pesar de ser considerado un foco endémico. El doctor Connor y el doctor Rojas Aguilar estuvieron siempre al pendiente de cómo combatir al mosquito transmisor y para eso idearon cubiertas de metal y alambre para poner sobre los receptores y contenedores de agua para que fueran a prueba de mosquitos.⁷³¹ Esta medida fue utilizada en la mayoría de las casas de Mérida. Hasta octubre de dicho año, se reportó que el gobierno gastó 613 mil 091.82 pesos mexicanos, además de los 50 mil pesos asignados al comité especial. Por lo tanto, calculando los gastos de las autoridades locales y de la Fundación, junto con los gastos de las compañías petroleras, se estimó que durante los 10 primeros meses del año se gastaría un total de 1 millón de pesos.⁷³²

Así pues, en ese mismo mes se realizó la primera Convención sobre la fiebre amarilla durante los días 15 al 19 en la ciudad de México. En esta, se reunieron un total de 25 representantes de la Junta Superior de Salud, siendo presidida la ceremonia por el Dr. Gabriel Malda y el doctor Alfonso Pruneda. También asistieron los miembros del comité especial.

⁷²⁹ AHSSA, Fondo Salud Pública, Sección Epidemiología, Caja 14, exp. 1, ff. 142r-157r, 11 de noviembre de 1920. “Carta sobre la visita a Mérida y Progreso que realiza el Dr. Francisco Valenzuela”, documento proporcionado por la Doctora Peniche.

⁷³⁰ AHSSA, Fondo Salud Pública, Sección Epidemiología, Caja 14, exp. 1, ff. 142r-157r, 11 de noviembre de 1920. “Carta sobre la visita a Mérida y Progreso que realiza el dr Francisco Valenzuela”, documento proporcionado por la Doctora Peniche.

⁷³¹ AHSSA, Fondo Salud Pública, Sección Epidemiología, Caja 17, exp. 3, abril 2 de 1921, “Carta del Dr. Connor al Dr. Vasconcelos, Mérida”, documento proporcionado por la Doctora Peniche.

⁷³² Castillo, 1922: 181-187.

En el informe realizado por el doctor Diego Hernández Fajardo, quien fungió como jefe del servicio antilarvario en Mérida, señaló en el mes de abril de 1923, que al ser el objetivo de la campaña la destrucción de las larvas del mosquito, la atención fue dirigida hacia las visitas domiciliarias para la vigilancia de los depósitos de agua, así el personal compuesto por 37 empleados, entre los que se encontraron un jefe de servicio, un secretario, un escribiente, un inspector general, un revisor general, 15 agentes y 17 ayudantes de agentes, fueron los encargados de realizar esta labor en los 13 distritos en los que fue dividida la ciudad. Así las labores fueron realizadas en horario de siete a once de la mañana y de una a cinco de la tarde. “Cada agente comienza su trabajo en un punto señalado de la ciudad y sigue luego una ruta determinada de manera que, en un momento dado se pueda saber en qué sitio se encuentra cualquier agente”.⁷³³

En su informe señaló la forma práctica en que se realizó la campaña en cuanto a las visitas domiciliarias, así el inspector vigilaba el trabajo de los agentes, quienes realizaban un promedio de 180 visitas durante el día, practicando diariamente 2000 visitas entre todos los agentes. Estos agentes fueron acompañados de un petrolero, quien fue el encargado de llevar la alcuza de petróleo y una bandera de color amarillo, la cual era colocada en la puerta o ventana del inmueble visitado, para señalarle al inspector donde se encontraban. Fajardo Señaló que los agentes fueron instruidos para tener un trato amable con la población, y que cuando una queja se suscitó, y el agente no pudo solucionarla, se realizó una anotación en una hoja especial señalando la problemática., acto seguido el agente continuaba con sus labores “porque sabe que no debe perder tiempo”, así el inspector general se encargaría de resolverla.⁷³⁴

Los trabajos realizados durante esta campaña, fueron marcados por el inspector, dentro de un plano donde se utilizó un color pda cada día, por lo consiguiente se pudo seguir de manera rigurosa la marcha diaria y con exactitud de los trabajos realizados, como lo realizó el doctor Seidelin en 1911 (ver imagen 22).

Solórzano señala que la Fundación Rockefeller asumió la función del estado y actuó como mentor del gobierno local y su burocracia en lo que respecta a las cuestiones de salud. Este autor propone la hipótesis de que la ayuda financiera proporcionada por la Fundación al estado emergente de México ayudó a mejorar la legitimidad del estado y el reconocimiento nacional, convirtiéndose a su vez en la influencia más poderosa en el moldeado de los mexicanos, pues

⁷³³ *AHSSA*, Fondo Salud Publica, Sección Epidemiología, Caja 38, exp. 6, ff. 48r-52r, 14 de abril 1923, “Informe del delegado de la Campaña contra l fiebre amarilla en Yucatán”. Documento proporcionado por la doctora Peniche.

⁷³⁴ *AHSSA*, Fondo Salud Publica, Sección Epidemiología, Caja 38, exp. 6, ff. 48r-52r, 14 de abril 1923, “Informe del delegado de la Campaña contra l fiebre amarilla en Yucatán”. Documento proporcionado por la Doctora Peniche.

tanto la profesión médica como la prestación de los servicios de salud adoptaron los principios, ideología y valores exportados desde la institución norteamericana.⁷³⁵

Sin embargo, es importante recordar que, si bien es cierto que durante esta fase de la salud pública en México se envió a muchos médicos mexicanos a las universidades extranjeras, también es un hecho que el combate a los mosquitos en Yucatán se inició desde antes, desde la época porfiriana.⁷³⁶ La diferencia más importante entre ambas etapas consiste, precisamente, en la centralidad que adquirió una agencia internacional (dominantemente norteamericana) en la gestión sanitaria nacional, respondiendo lógicamente a intereses económicos extranjeros.

Sería aventurado afirmar que fue únicamente gracias al apoyo de la fundación la enfermedad de la fiebre amarilla fue erradicada del país para el año de 1923, no reportándose casos de enfermos ni de sospechosos; sin embargo, el apoyo económico brindado al país, precisamente cuando atravesaba por problemas más políticos que económicos, fue el aliciente para poner fin al ataque de la enfermedad.

Menéndez señala que la demanda de la protección de la enfermedad, fue una constante en las acciones de las Ligas de Resistencia,⁷³⁷ pues se procuró en las organizaciones laborales yucatecas su mención durante los primeros congresos obreros desde 1918, 1920; y fue hasta 1930 cuando se formuló específicamente la instalación del seguro social.⁷³⁸ Cabe señalar que para estos años, la sociedad yucateca se encontraba organizada mediante estas Ligas, las cuales aparecieron durante el año de 1917, cuando se formaron grupos de obreros y campesinos, y gente de otros gremios, para luchar mejoras laborales, la retribución de salarios justos, la educación para los trabajadores, la implementación de cajas de ahorro, entre otros tópicos, el tema de la salud también fue importante para ellos como lo señala Menéndez.

En los periódicos de la época salían publicados anuncios como el del Hospital O'Horán, en donde se promocionaban las condiciones óptimas de salubridad de sus instalaciones (Figura 24). Al respecto se puede observar, como lo indicó Menéndez, que la necesidad de seguridad en materia de salud estuvo determinada por las condiciones de trabajo “libre” que promulgó Alvarado. Estas necesidades aparecieron ligadas al desarrollo de la medicina científica y fueron

⁷³⁵ Solórzano, 1990, 1996.

⁷³⁶ Consultar Carrillo, 2008, 2010.

⁷³⁷ Se conoce como Ligas de Resistencia a las organizaciones de campesinos y peones de haciendas. Su acción se extendió primeramente sobre el ambiente rural donde funcionaron como asambleas comunitarias, al respecto consultar Franco Moo, 2017, ver también, Savarino, 2017, pp: 21-50.

⁷³⁸ Menéndez. 1981: 241.

vinculadas con las ideologías socialistas y “anarquistas” que apropiaron el discurso de dicha medicina como elemento constitutivo de sus prácticas ideológicas.⁷³⁹

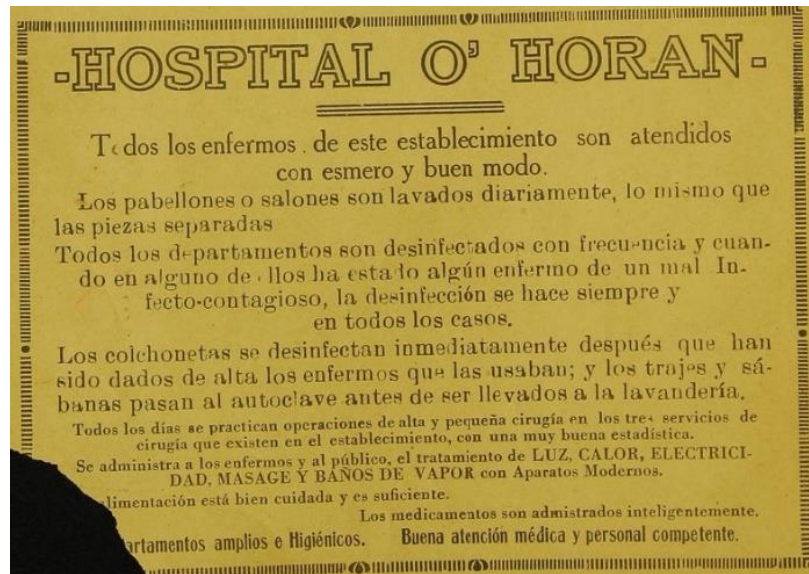


Figura 24: anuncio del Hospital O'Horán, 1923.⁷⁴⁰

Pero ¿Qué sucede al terminar la campaña de la fiebre amarilla? ¿En qué términos quedaron los gobiernos de Estados Unidos y México? ¿Qué sucedió con el programa de asistencia social de los henequeneros? Preguntas que serán tratadas en el siguiente capítulo.

⁷³⁹ Menéndez, 1981: 242.

⁷⁴⁰ CAIHY, Revista *Tierra*, 1 de mayo de 1923, pp. 24, consultado el día 14/02/2019 en http://acervo.bibliotecavirtualdeyucatan.com.mx/janium-bin/janium_zui.pl?fn=66473&jzd=/janium/AP2/TIERRA_1923/d.jzd

CAPITULO V

El establecimiento del Código Sanitario Panamericano y el desarrollo de la salud pública entre 1924-1948

Como se vio en el capítulo anterior, con el objetivo de la erradicación de las enfermedades se promovió desde Estados Unidos, a través de la Fundación Rockefeller, la búsqueda de estrategias de salud pública que fueran aplicables internacionalmente. En el caso de América Latina, se vivió un esfuerzo entre las autoridades federales de diversos países con el gobierno del país norteamericano. Cueto señala que entre los años de 1918 y 1940, América Latina se convirtió en “un campo de pruebas”⁷⁴¹ que fueron utilizados para aplicar técnicas y políticas en materia de salud, las cuales originaron éxitos en varias de las campañas realizadas. Dichas campañas fueron ya explicadas en los capítulos anteriores. Sin embargo, la considerable reinfección de diversas áreas, amenazadas a través de las relaciones comerciales, incitó a Estados Unidos para continuar con los programas de apoyos económicos a las diversas naciones para la realización del cuidado de la salud pública.

Cueto indica que la Fundación Rockefeller desempeñó un activo papel en el surgimiento y la aplicación del concepto “erradicación” porque sus campañas tuvieron la intención de crear en los países apoyados los servicios de salud pública que llegaron a las urbes y a las zonas rurales.⁷⁴² De igual manera, se impulsó el intercambio académico y técnico con países europeos, como por ejemplo con Francia. Así, las campañas emprendidas fueron consideradas como el medio para iniciar el saneamiento público de las reformas en varios países.

En consecuencia, vemos que el concepto de “erradicación” cumplió una tarea muy importante en el desarrollo de la salud pública de manera mundial, pues los intereses políticos, sociales, pero, sobre todo, los económicos, fueron los alicientes para controlar enfermedades como la fiebre amarilla y el paludismo a través de las campañas de erradicación y de la implementación de normas legales, acuerdos, tratados y convenios firmados por los países afectados.

⁷⁴¹ Cueto, 1996: 179.

⁷⁴² Cueto, 2013, ver también, Birn, 2006.

Por lo tanto, el objetivo de este capítulo es comprender cómo el establecimiento del Código Sanitario Panamericano y la fundación de la División de Salud y Saneamiento de la Oficina del Coordinador de Asuntos Interamericanos dirigida por el gobierno de los Estados Unidos, fueron creados para establecer una defensa de carácter continental contra las enfermedades tropicales. Y es en este marco donde precisamente se explica el proceder del gobierno federal mexicano para señalar la postura de las autoridades en la adopción y aplicación del código sanitario, específicamente durante el gobierno cardenista en relación con el desarrollo de la salud pública en Yucatán.

Hay que recordar que el Código Sanitario Panamericano fue producto de las conferencias que fueron realizadas entre los países latinoamericanos, europeos y norteamericanos, por lo cual explicaremos el contexto de su creación.

5.1.- Las Conferencias Sanitarias Panamericanas continúan

Como se expuso en el capítulo 1, las conferencias sanitarias fueron importantes reuniones en las que se evidenciaron las preocupaciones de los gobiernos a nivel mundial sobre temas como la propagación de enfermedades a través del comercio, implementación de cuarentenas, establecimientos de medidas sanitarias, control de patentes marítimas, acuerdos monetarios en cuanto a los impuestos por los productos, entre otros tópicos que fueron convenidos en dichas reuniones.

Desde el año de 1905, durante la Segunda Conferencia Panamericana, países como Costa Rica, Cuba, Chile, Ecuador, Estados Unidos de América, Guatemala, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela resolvieron la necesidad de realizar un Código Sanitario que procurase una política de salud pública continental. Sin embargo, este primer código no fue firmado por Uruguay.⁷⁴³

Durante la Quinta Conferencia Internacional Americana, realizada en el año de 1923 en Santiago de Chile, se retomó el tema de que la Oficina Sanitaria Internacional realizaría un proyecto de Código de Ley Marítima Internacional. Así en dicha conferencia se promovieron las siguientes proposiciones, mismas que fueron retomadas para su discusión posteriormente al celebrarse la Séptima Conferencia enfatizando la importancia que se debería de prestar al combate de enfermedades como peste, tifus, cólera y fiebre amarilla:

⁷⁴³ OPS, 1999.

- 1.- Sobre considerar infectada una embarcación en la cual se constata la presencia de ratas pestosas, aunque durante el viaje no se produzca ningún caso humano de peste;
- 2.- Sobre que la rehabilitación de una localidad infectada por la peste sólo debía hacerse efectiva treinta días después de constatada la existencia de ratas pestosas y de puestas en práctica todas las medidas más rigurosas de desinfección;
3. Sobre que los navíos portadores de enfermos de fiebre amarilla no debían ser considerados como infectados;
4. Sobre que el plazo para las medidas sanitarias en los casos de fiebre amarilla debía ser de trece días;
5. Sobre que en las embarcaciones procedentes de puertos contaminados por el cólera debía hacerse sistemáticamente un examen bacteriológico de los pasajeros y los tripulantes;
6. Sobre la obligatoriedad de la permanencia de los inspectores sanitarios a bordo de las embarcaciones que se dirigieran a puertos americanos;
7. Sobre la necesidad de incluir al tifus exantemático entre las enfermedades de notificación obligatoria;
8. Sobre la creación de una Sub-Comisión de Higiene en cualquier capital suramericana, para el estudio de las cuestiones sanitarias de interés común a los diferentes países. Dicha Sub-Comisión estaría constituida por higienistas de cada país y sus decisiones serían sometidas, antes de ser aprobadas, a la consideración de la Comisión Central de Higiene de Washington.⁷⁴⁴

Fue durante esta Quinta Conferencia Internacional cuando se designó a la Oficina Sanitaria Internacional como Oficina Sanitaria Panamericana y, a su vez, también se nombró que las Conferencias Sanitarias Internacionales –nombre conferido desde 1901– fueran conocidas a partir del año de 1923 como Conferencias Sanitarias Panamericanas.

Durante la Sexta Conferencia Panamericana, realizada en Montevideo, Uruguay, en diciembre de 1920, se propuso la publicación del Boletín Panamericano de Sanidad,⁷⁴⁵ gaceta en la que se presentarían los avances científicos y médicos realizados en los diferentes países. La Oficina Sanitaria fue la encargada de su edición, y el primer número fue publicado en mayo del año de 1922 junto con su primer artículo titulado: “*La importancia de la cooperación sanitaria entre las naciones*”.⁷⁴⁶ Fue durante esta conferencia que se le indicó a la Oficina Sanitaria Internacional que publicará un boletín mensual con el título de “*Informes Mensuales de Sanidad Panamericana de la Oficina Sanitaria Internacional*”, posteriormente este boletín fue cambiando de nombre a

⁷⁴⁴ OPS, 1999: 22-23.

⁷⁴⁵ “El Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana: a los sesenta años”, Dr. Héctor R. Acuña, director de la Oficina Sanitaria Panamericana, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 92, n. 5, mayo 1982.

⁷⁴⁶ “El Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana: a los sesenta años”, Dr. Héctor R. Acuña, director de la Oficina Sanitaria Panamericana, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 92, n. 5, mayo 1982.

Boletín Panamericano de Sanidad de la Oficina Sanitaria Internacional, nombre que fue transformado para 1927 como el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.⁷⁴⁷

En general, las publicaciones del Boletín se abocaron mayormente a los artículos sobre las enfermedades contagiosas que debieron ser notificadas por los médicos con el fin de delimitar la propagación de epidemias y en su primer número se dedicó a las enfermedades infecciosas debido a la preocupación que se tuvo en esa época.

Otro de los objetivos que tuvo el Boletín fue dar a conocer respuestas a la necesidad manifiesta de los sanitaristas de las diversas regiones, pues este fue el medio para conocer las nuevas ideas, descubrimientos, programas de trabajo y esfuerzos realizados en el campo de la salud, beneficiándose con la información los médicos, ingenieros sanitarios, laboratoristas, enfermeras, etcétera.⁷⁴⁸ Con el transcurrir de los años y teniendo en cuenta las prioridades de cada época, el Boletín fue incluyendo trabajos referentes al abastecimiento de agua, saneamiento ambiental, mortalidad, nutrición, enfermería, educación para la salud, higiene industrial, entre otros muchos artículos dedicados a la prevención y lucha contra las principales enfermedades transmisibles y no transmisibles relevantes en todo América.

Hay que recordar que en cada una de las conferencias se expusieron los temas que se tratarían en las siguientes conferencias, como vemos lo estipulado para la quinta y séptima conferencias.

No fue sino hasta el año de 1924, durante la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana realizada en Cuba, que 18 países firmaron el Código Sanitario Marítimo Panamericano, a saber: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Estados Unidos de Norteamérica, Guatemala, Haití, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

Este código tuvo por objetivo la estimulación y protección para mejorar la salud pública de sus respectivas naciones, y muy particularmente, implementar la aplicación de medidas cooperativas internacionales que fueran eficaces para impedir la propagación de las enfermedades transmisibles. Con ello se trató de beneficiar el comercio y las comunicaciones marítimo-internacionales que resultaron afectadas por la presencia de diversas enfermedades en los puertos como la fiebre amarilla, tifus exantemático, viruela, sarampión, etcétera.

⁷⁴⁷ “Las Conferencias sanitarias internacionales de las Repúblicas Americanas y la Oficina Sanitaria Panamericana”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 6, n. 8, agosto de 1927, pp. 586-590.

⁷⁴⁸ *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (OSP); 92 (5), mayo 1982, pp. 377, “El Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana: a los sesenta años”, Dr. Héctor R. Acuña, director de la Oficina Sanitaria Panamericana.

En el siguiente cuadro (Cuadro 7) se muestran quiénes fueron los representantes de las 18 naciones que firmaron el 14 de noviembre de 1924⁷⁴⁹ el instrumento político-científico que obligó a los países a cumplir los fines para establecer el cuidado de una salud pública con miras a lo internacional. He de señalar que la mayoría de los representantes de las naciones fueron del ramo médico científico, además los señores Hugh Cummings y John. D. Long fueron representante de la Oficina Sanitaria Panamericana y el doctor Norman White fue representante de la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones.

Cuadro 7: Representantes de los 18 países que firmaron el Código Sanitario Marítimo Panamericano.⁷⁵⁰

Nación	Plenipotenciarios
República de Argentina	Dr. Gregorio Aráoz Alfaro
	Dr. Joaquín Llambías
Estados Unidos de Brasil	Dr. Nascimento Gurgel
	Dr. Raúl Almeida Magalhaes
República de Chile	Dr. Carlos Graf
República de Colombia	Dr. R. Gutiérrez Lee
República de Costa Rica	Dr. José Varela Zequeira
República de Cuba	Dr. Mario G. Lebreo
	Dr. Jose A. López del Valle
	Dr. Hugo Roberts
	Dr. Diego Tamayo
	Dr. Francisco M. Fernández
	Dr. Domingo F. Ramos
República de El Salvador	Dr. Leopoldo Paz
Los Estados Unidos de América	Dr. Hugh S. Cumming
	Dr. Richard Creel
	P. D. Cronin
	Dr. Francisco Patterson
La República de Guatemala	Dr. José de Cubas y Serrate
República de Haití	Dr. Charles Mathon
República de Honduras	Dr. Aristides Agramonte
República de México	Dr. Alfonso Pruneda
República de Panamá	Dr. Jaime de la Guardia

⁷⁴⁹ El acta fue firmada en el Salón de Actos de la antigua Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales en la ciudad de Cuba.

⁷⁵⁰ Actas de la Séptima Conferencia Panamericana, pp.134-151, OPS, Expediente CSP7/2 ES.

República de Paraguay	Dr. Andrés Gubetich
República de Perú	Dr. Carlos E. Paz Soldán
República Dominicana	Dr. R. Pérez Cabral
República de Uruguay	Dr. Justo F. González
Los Estados Unidos de Venezuela	Dr. Enrique Tejera
	Dr. Antonio Smith

Si bien podemos observar que este nuevo código fue ideado en su mayoría por personas que ejercieron diferentes cargos dentro de las cuestiones de salud; así pues, vemos que fueron los médicos en su mayoría los encargados de dictar las normas a seguir. Ya desde el año de 1923 se fraguó el proyecto de Código de Ley Marítima Internacional que después fue adoptado como el Código Sanitario Panamericano.

En la Séptima Conferencia se aprobó el Código Sanitario Panamericano, el cual constó de 13 capítulos y 63 artículos. Es en el Capítulo 1, artículo primero, donde se estipularon los objetivos de dicho Código, a saber:

- a. Prevenir la propagación internacional de infecciones o enfermedades susceptibles de transmitirse a seres humanos.
- b. Estimular o adoptar medidas cooperativas encaminadas a impedir la introducción y propagación de enfermedades en los territorios de los gobiernos signatarios o procedentes de los mismos.
- c. Uniformar la recolección de datos estadísticos relativos a la morbilidad y mortalidad en los países de los gobiernos signatarios.
- d. Estimular el intercambio de informes que puedan ser valiosos para mejorar la sanidad pública y combatir las enfermedades propias del hombre.
- e. Uniformar las medidas empleadas en los lugares de entrada para impedir la introducción de enfermedades transmisibles propias del hombre, a fin de que pueda obtenerse mayor protección contra ellas y eliminarse toda barrera o estorbo innecesario para el comercio y la comunicación internacional.⁷⁵¹

El artículo II llama la atención porque se trató de las definiciones de 11 términos utilizados en el Código, entre los que se encontraron: *Área* (como porción territorial bien limitada); *Desinfección* (denominada a la acción y efecto de destruir los agentes causantes de las enfermedades); *Fumigación* (al procedimiento modelo merced al cual los organismos de la enfermedad o sus transmisores potenciales se someten a la acción de un gas en concentraciones letales); *Índice de los Aedes aegypti* (en el cual se encuentran las larvas o mosquitos de esta especie

⁷⁵¹ “Código Sanitario Panamericano”, en las Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana, OPS, 1924.

en un periodo de tiempo fijo); *Incubación, Período de* (este es el periodo de seis días cuando se trata de la peste bubónica, cólera y fiebre amarilla; de catorce días cuando se trata de la viruela, y de doce días cuando se trata del tifus exantemático); entre otros conceptos.

El capítulo II, constó de 3 secciones. La primera dedicada a la notificación e informes ulteriores a otros países, consta de 6 artículos que señalaron las acciones que debieron seguir los gobiernos ante la presencia de alguna de las enfermedades de notificación forzosa, es decir, ante la presencia de cualquiera de estas enfermedades: la peste bubónica, cólera, fiebre amarilla, viruela, tifus exantemático, meningitis cerebro espinal epidémica, encefalitis letárgica epidémica, poliomiелitis aguda epidémica, influenza o gripe epidémica, fiebres tifoideas y paratíficas y otras enfermedades que la Oficina Sanitaria Panamericana pudiera agregar a la lista mediante su debida resolución.⁷⁵²

Se señaló la importancia de utilizar los medios de comunicación más rápidos (artículo IV),⁷⁵³ al momento de aparecer la enfermedad en su territorio, ya fueran de casos confirmados o sospechosos, pues las autoridades sanitarias de los países convocados reiteraron la importancia de que las enfermedades peligrosas o contagiosas fueron susceptibles de propagarse mediante la agencia intermediaria del comercio internacional. Por ello, solicitaron que la notificación fuera lo más precisa posible (artículo V), conteniendo entre otros datos: las áreas afectadas, la fecha de aparición, su posible origen y la forma, la fuente probable desde donde se introdujo y la manera de cómo fue efectuada la introducción. También se solicitó especificar el número de casos confirmados, de defunciones, de casos sospechosos y las medidas implementadas para impedir la propagación y el exterminio de la enfermedad.⁷⁵⁴

Los informes que los países realizaron ante la presencia de algún caso de las mencionadas enfermedades fueron dirigidos a la Oficina Sanitaria Panamericana,⁷⁵⁵ con sede en Washington, y a los representantes diplomáticos del país infectado. La Oficina Sanitaria fue la encargada de transmitir dichos informes a los demás países. Sin embargo, los países vecinos de donde se

⁷⁵² “Código Sanitario Panamericano”, en las Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana, OPS, 1924, pp. 137.

⁷⁵³ En el artículo VII del código se señaló que los medios utilizados fueron: el correo, el telégrafo, el cable submarino o la radiotelegrafía, estos tres últimos tuvieron que ser confirmados por medios de cartas. Además de que las notificaciones debieron haber sido realizadas por lo menos una vez a la semana, OPS, 1924: 137- 138.

⁷⁵⁴ “Código Sanitario Panamericano”, en las Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana, OPS, 1924, pp. 137-138.

⁷⁵⁵ La Oficina se estableció el 2 de diciembre de 1902, adquiriendo el nombre posteriormente de Oficina Sanitaria Panamericana, y fue en diciembre de 1952 cuando adquirió responsabilidades como órgano ejecutivo de la OPS, y funcionó a su vez como la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, en Bustamante, 1952: 471. Hay que recordar que la OPS fue creada ‘como consecuencia de la expansión del comercio internacional, del progreso de la medicina, y de una nueva relación política y diplomática entre los países del continente americano’ Cueto, 2004: 3.

reportó la enfermedad se comprometieron a realizar los arreglos especiales para solucionar los problemas locales que no tuvieron un aspecto ampliamente internacional (lo cual quedó estipulado en el artículo VII).

En las secciones II y III del capítulo II se señalaron las medidas prescritas para la publicación, es decir, las normas para que un área fuera ratificada como no infectada, así como la importancia de la implementación de las estadísticas de morbilidad y mortalidad, respectivamente. Resulta interesante señalar que se estipuló que la Oficina Sanitaria tuviera la autorización para determinar una “Clasificación Panamericana de Causas de Muerte” y, con ello, cada país tuvo la obligación de implementar oficinas dedicadas a la recolección de los datos estadísticos, una a manera central y otras oficinas encargadas a nivel regional. Con ello, es posible evidenciar que por lo menos en papel, se incitó a los gobiernos a mantener comunicación entre los diversos niveles de autoridad, desde un plano internacional, uno federal y el otro regional o local. Así como también se estipularon las obligaciones que cada país tuvo que seguir de manera individual, colectiva y las obligaciones de la Oficina (Cuadro 8).⁷⁵⁶

Cuadro 8.- Deberes de los países que firmaron ante la creación de la Oficina Sanitaria Internacional.

Obligaciones Individuales	Obligaciones colectivas	Obligación de la Oficina
Que cada República informe a la Oficina pronta y regularmente sobre sus condiciones sanitarias y que ayude a las investigaciones relacionadas con brotes de enfermedades;	Cumplir la Convención Sanitaria que estaría gobernada por las resoluciones de la Conferencia Internacional de los Estados Americanos celebrada en México en 1901-1902;	Solicitar de cada país que se sirva remitir pronta y regularmente a la Oficina todos los datos relativos al estado sanitario de sus puertos y territorio nacional.
La reducción de los períodos de cuarentena a los períodos más cortos posibles, compatibles con la seguridad pública y los conocimientos científicos;	Contribuir con 5,000 dólares para el establecimiento de la Oficina Sanitaria Internacional.	Obtener toda la ayuda posible para hacer estudios científicos completos de los brotes de enfermedades contagiosas que pudieran ocurrir en los países.
El saneamiento de los puertos; La destrucción de mosquitos y otros insectos; La adopción de medidas contra las basuras y desperdicios para prevenir la difusión de la peste bubónica y de otras enfermedades;		Proporcionar su mayor ayuda y su experiencia a fin de obtener la mejor protección posible para la salud pública de los países a fin de conseguir la eliminación de la enfermedad y facilitar el comercio entre las naciones

⁷⁵⁶ “Los primeros cincuenta años de la Oficina Sanitaria Panamericana” por Miguel Bustamante, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 31 (33), diciembre 1956, El autor señaló que se destacaron tres clases de obligaciones, es decir a manera individual, para los países colectivamente y para la Oficina Sanitaria Internacional.

<p>El uso de métodos de profilaxis de la fiebre amarilla empleados en La Habana; “basados en el hecho de que al presente el único medio conocido de propagación es por la picadura del mosquito. Los métodos usados para prevenir la entrada de la enfermedad por la llegada de barcos con personas infectadas deben estar de acuerdo con los métodos usados en tierra, a pesar de que hay problemas relacionados con la entrada de mosquitos infectados que demandan mayores estudios antes de que sea posible recomendar una modificación definitiva de las leyes de cuarentena”;</p>		<p>La Oficina debería estimular, ayudar o imponer todos los medios jurídicos a su disposición para el saneamiento de los puertos marítimos, incluyendo la introducción de mejoras sanitarias en la rada, el sistema de avenamiento, el drenaje del suelo, la, pavimentación y la eliminación de la infección de los edificios, así como la destrucción de mosquitos y otros insectos nocivos.</p>
<p>El estudio de la distribución geográfica del mosquito del género <i>Stegomyia</i>, vector de la fiebre amarilla para que este conocimiento sea usado con fines prácticos en el futuro;</p>		
<p>También recomendaron que las descargas albinas de los enfermos de fiebre tifoidea y cólera fueran desinfectadas inmediatamente.</p>		

Fuente: Bustamante, 1952: 471-474.

En el Capítulo IX, en los artículos del LIV al LX, fueron estipulados las funciones y deberes de la Oficina Sanitaria Panamericana, la cual constituyó una agencia sanitaria central de coordinación entre las varias repúblicas que formaron la Unión Panamericana, desde donde se llevó a cabo la recolección y la distribución de informes sanitarios.

El Código estipulado en 1924 (Cuadro 9) hizo referencia a la importancia de la comunicación entre los países que mantuvieron nexos comerciales a través de las vías marítimas y aéreas, fue el antecedente para que se mantuvieran las relaciones internacionales al cuidado de una agencia central para controlar la proliferación de las enfermedades. Hay que señalar que este código se destacó por el uso de tecnicismos utilizados en su redacción, pues en su mayoría participaron médicos.

Cuadro 9.- Capítulos, artículos y temas contenidos en el Código Sanitario Panamericano de 1924.

Capítulos	Artículos	Temas
1	1, 2.	Objeto del código y definición de los términos que en él se usan.
2	Sección I (3, 4, 5, 6, 7, 8).	Notificación e informes ulteriores a otros países.
	Sección II (9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16).	Publicación de las medidas prescritas.
3	Sección I (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26)	Patentes de Sanidad
	Sección II (27, 28).	Otros documentos sanitarios
4	29, 30, 31, 32, 33, 34.	Clasificación de los puertos
5	35, 36, 37.	Clasificación de los buques
6	38, 39, 40, 41, 42, 43 (referente a los buques infectados de fiebre amarilla y su tratamiento), 44 (a los de viruela), 45 (a los de tifus exantemático), 46, 47.	Tratamiento de los buques
7	48, 49, 50.	Modelos de fumigación
8	51, 52, 53.	Médicos de los buques
9	54, 55, 56, 57, 58, 59, 60.	Oficina Sanitaria Panamericana, sus funciones y deberes
10	61.	Buques aéreos
11	62.	Convención Sanitaria de Washington
12	Se tiene por entendido que el presente Código no anula ni altera la validez o fuerza de ningún tratado, convención o acuerdo que exista entre algunos de los gobiernos signatarios y cualquier otro gobierno.	
13	63.	Disposiciones transitorias

Fuente: Elaboración propia a partir del Acta del Código Sanitario Panamericano.

A pesar de que en el acuerdo firmado por las 18 naciones –en dos versiones a saber: inglés y español– se evidenciaron todas las precauciones, procedimientos e instrucciones a seguir en caso de presentarse una enfermedad que pudiese afectar a las poblaciones, en la realidad las condiciones fueron otras, puesto que en los reportes médicos se pueden observar ciertas condiciones que no se cumplieron. Entre los temas principales que evidenciaron los problemas del incumplimiento del acuerdo, se encontraron: que, a pesar de la rapidez del intercambio de datos estadísticos, éstos al no estar uniformados, ocasionó que no fueran susceptibles de comparación, además de las complicaciones que se tuvieron por el componente monetario escaso o insuficiente para la realización de las actividades que dictaba el código.

En el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana del año de 1929, se publicó que el establecimiento de dicho Código, específicamente en cuanto al comercio, se refirió que fue “una decisión de incalculable importancia, ya que todo rechazo o prolongada detención de las

exportaciones de un país en donde reine una enfermedad cuarentenable ocasiona naturalmente disputas, roces y hasta enemistad”.⁷⁵⁷

De acuerdo con la publicación, la característica más notable del Código fue la aplicabilidad práctica, pues quienes redactaron el documento insistieron en la practicidad de guiar las disposiciones dictadas para que cada nación cumpliera con el objetivo. Pese a ello, no toda la información referente al cuidado de la salud se extendió entre la población.

En el Boletín publicado semanalmente por la oficina de salud pública del Estado de Nuevo México, se mencionó el caso de una persona que llevó dos vacas a una aldea y comenzó a vender leche a cuatro familias del vecindario. Al paso de las semanas (de 4 a 6 aproximadamente) se presentaron casos de tifoidea en tres de las cuatro familias que consumieron el producto lácteo. Incluso se manifestaron dos casos en una de las familias. Lo común que tuvieron estas familias fue el haber consumido gran cantidad de leche; en tanto que una de las familias, la cual no estuvo infectada resultó ilesa ante los malestares de la enfermedad por considerar que el consumo fue reducido.⁷⁵⁸

Si bien, aunque el caso apuntó inmediatamente al productor de la leche, fue el médico de sanidad de la localidad quien le prohibió la venta del lácteo. De manera inmediata, el galeno mandó a realizar pruebas de laboratorio a la materia fecal del vendedor y su esposa, con lo cual se dejó al descubierto que fue la esposa la portadora de *bacilos tifoideos*. Ambos reportaron haber sufrido de ataques de fiebre y su ignorancia del porqué de esos eventos.

Este episodio demuestra que a pesar de la actuación rápida del galeno, las autoridades sanitarias no estuvieron al pendiente del cuidado de que un sujeto manipulara la leche sin ser sometido a las leyes que regulaban la venta de este producto; otro aspecto fue la no pasteurización de la leche como una segunda línea de defensa, así como la falta de información entre la población con respecto a la enfermedad, a pesar de que la ley obligaba al médico de sanidad a colocar carteles que ejemplificaran los síntomas de la enfermedad.

El caso anterior sirve de ejemplo para evidenciar algunos de los problemas que se presentaron en las poblaciones, pues no solo se manifestó en el caso de la enfermedad de tifoidea, sino también con los casos de neumonía, influenza, difteria escarlatina, sarampión, viruela, y paludismo.⁷⁵⁹

⁷⁵⁷ “Qué es el Código Sanitario Panamericano”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, OSP, v. 8, n. 9, septiembre, 1929, pp. 967-968.

⁷⁵⁸ “La Importancia de la Sanidad Práctica”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 8, n. 4, abril, 1929, pp. 362-363

⁷⁵⁹ “La Importancia de la Sanidad Práctica”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 8, n. 4, abril, 1929, pp. 362-363.

En la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana de 1927 y en la Sexta Conferencia Internacional Americana de 1928 se señaló la importancia de que los países ratificasen las resoluciones del Código Sanitario a la brevedad posible, recomendándose que se aplicaran las disposiciones en su mayor amplitud y se externasen las experiencias obtenidas de su diligencia para que si fuese necesario se modificara el texto del código.⁷⁶⁰

Ante esto, cada país fue ratificando el Código. Así, en el año de 1925 confirmaron el Código Sanitario Estados Unidos de América, Cuba, Costa Rica, Perú, Chile, Nicaragua y Honduras; en 1927 ratificó Haití; luego, durante el periodo de 1928 a 1929, México, Panamá y Uruguay; posteriormente, en 1930 lo hicieron Bolivia, Brasil, El Salvador, República Dominicana y Venezuela.⁷⁶¹ El 30 de junio de 1936, Hugh Cumming, quien fue director de la Oficina Sanitaria Panamericana, anunció de que en todas las repúblicas de América se había confirmado la aceptación del tratado internacional denominado Código Sanitario Panamericano.

La relación de colaboración entre las naciones, la Oficina Sanitaria Panamericana y la Fundación Rockefeller por fin rindió resultados positivos. Sin embargo, en 1952 se agregó un protocolo anexo al Código con 5 artículos que derogaron los artículos 2, 9, 10, 11, 16 al 53, 61 y 62 referentes al tránsito internacional. También, se estipuló que las reformas futuras de los artículos de dicho Código estuvieran a cargo de la Conferencia Sanitaria Panamericana y que los instrumentos de ratificación fueran depositados en la Unión Panamericana para que la información se distribuyera a los gobiernos signatarios.

El apoyo de la Fundación para la erradicación de las enfermedades de anquilostomiasis, fiebre amarilla y malaria, ayudó a la creación de una conciencia mundial para reforzar la idea de que las enfermedades –especialmente la fiebre amarilla– eran un problema de escala internacional. Posterior a los años de 1940, la institución fincó su mirada ya no en los problemas sanitarios, ni en resolver los misterios científicos de la fiebre amarilla, sino que su nuevo objetivo fue la educación de profesionistas y la promoción de la agricultura. De tal forma que, siguiendo el supuesto de que un sector agrícola tradicional y una mala nutrición fueron los principales factores que retrasaron el desarrollo de América Latina,⁷⁶² se pensó acerca de la importancia de las mejoras en los recursos agrícolas y del cuidado de la salud gracias a la alimentación y a un

⁷⁶⁰ *Actas de la Octava Conferencia Sanitaria Panamericana*, OPS, 1927; y *Acta de la Sexta Conferencia Internacional Americana de 1928*.

⁷⁶¹ “La República de Haití ratifica el Código Sanitario Panamericano”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 6, n. 1, ene. 1927.

⁷⁶² Cueto, 1994: XIV.

equipo de profesionistas que orientaran a la población para lograr el desarrollo de los países y a la eliminación de los vectores que propagaron las enfermedades.⁷⁶³

Cabe señalar que los trabajos de erradicación contra la fiebre amarilla se continuaron en Brasil, donde la campaña se mantuvo hasta los años de 1940.⁷⁶⁴ Ya el doctor Soper había expuesto durante su intervención en la Novena Conferencia Sanitaria Panamericana de 1934, que la fiebre amarilla constituyó un problema continental que exigió la intervención internacional y solicitó a los países de América poner atención y sus esfuerzos para erradicar la enfermedad y los vectores transmisores de la enfermedad.

En las siguientes Conferencias, la enfermedad del paludismo cobraría importancia y llamaría la atención para realizar diferentes campañas que irían desde el control hasta el planteamiento de su erradicación (Cuadro).

Cuadro 10.- Conferencias Sanitarias Panamericanas desde 1934 hasta 1966.

Conferencia	Fecha	Sede	Acuerdos
IX	Noviembre de 1934	Buenos Aires, Argentina	Simplificar procedimientos de cuarentenas internacionales; Fiebre Amarilla en Brasil; Organización sanitaria; paludismo.
X	septiembre de 1938	Bogotá Colombia.	Uniformidad de la nomenclatura malariológica de acuerdo con otros organismos internacionales
XI	Septiembre de 1942	Rio de Janeiro, Brasil.	Redoblar esfuerzos ante los problemas de sanidad pública debido al desarrollo de la Segunda Guerra Mundial.
XII	enero de 1947	Caracas, Venezuela	Se reconoció la instalación y el funcionamiento de la OMS y de sus órganos ejecutivos y técnicos. Comisión Panamericana de la Malaria con mayor atención. CONTROL
XIII	Octubre de 1950	Ciudad Trujillo, República Dominicana	Se reconoce el esfuerzo de organismos internacionales como Fundación Rockefeller, OMS, UNICEF, Oficina Sanitaria Panamericana, OCAIA.
XIV	Octubre de 1954	Santiago de Chile	Se señala a la MALARIA como una de las enfermedades que presenta considerable morbilidad y mortalidad, se indica que hay elevado índice en Guatemala, Honduras, Nicaragua, México y El Salvador. ERRADICACIÓN.
XV	Septiembre-octubre de 1958	San Juan, Puerto Rico	Cambio de nombre de la OSP a la OPS. Organización Sanitaria Panamericana Organización Panamericana de la Salud. Se destaca la falta de compromiso de los gobiernos.
XVI	1962	Minneapolis, Minnesota.	Se destaca el esfuerzo de las organizaciones, sus aportaciones económicas y los trabajos para el combate del paludismo entre otras enfermedades.

⁷⁶³The Rockefeller Foundation Annual Report, 1924, 1925, 1927, 1930.

⁷⁶⁴ Cueto, 1994: XII.

XVII	Septiembre octubre de 1966	Washington, D.C.	Se destacaron temas como: erradicación de la Malaria; el estado de erradicación de la viruela; del <i>Aedes aegypti</i> .
------	----------------------------------	------------------	---

Pese a la presencia y continuos trabajos para la eliminación de la fiebre amarilla, los informes semanales dirigidos a la Oficina Sanitaria Panamericana señalaron que, a pesar de las campañas dirigidas al combate y erradicación de la viruela, peste, tifo, fiebres intermitentes, sarampión, tos ferina, tuberculosis y paludismo, los padecimientos se encontraron todavía presentes en varios países latinoamericanos.

Por lo anterior, desde Estados Unidos se originó el establecimiento de una agencia que promovió la cooperación interamericana durante la cuarta década del siglo XX, periodo en el que la Segunda Guerra Mundial estaba presente en los países europeos. Dicha cooperación no solo le vería inmiscuidos temas como el de las enfermedades, sino que fueron tratados temas comerciales y económicos, pero sobre todo se pretendió que los países latinoamericanos se uniesen a Norteamérica en su lucha contra el Eje. Así pues, nació la Oficina para la Coordinación de relaciones Comerciales y Culturales entre las Repúblicas Americanas, tema que es tratado en el siguiente apartado.

5.1.1.- La División de Salud y Saneamiento de la Oficina del Coordinador de Asuntos Inter-Americanos (OCAIA) del Gobierno de Estados Unidos: hacia una defensa continental

La constitución de la Oficina de Asuntos Interamericanos (en inglés *Office for Coordination of Commercial and Cultural Relations Between the American Republics*) orquestó una restructuración de las relaciones entre los Estados Unidos y América Latina durante los conflictos de la Segunda Guerra Mundial, tratando de frenar el despliegue político, económico y las influencias nazis en la región.⁷⁶⁵ La diplomacia tradicional utilizada anteriormente, de gobierno a gobierno, fue cambiada por el contacto directo con sectores más amplios en los países latinoamericanos. Esta nueva Oficina fue establecida el 30 de julio de 1941 por orden ejecutiva (8840) del presidente

⁷⁶⁵ Chile y Argentina mantuvieron lazos diplomáticos con los países del Eje a inicios de la Segunda Guerra Mundial, mientras que los demás países apoyaron a los Aliados; posteriormente Chile y Argentina declararon su alianza con los “vecinos americanos”, Rankin, 2018: 56.

Roosevelt, estableciendo a Nelson Rockefeller como Coordinador de Asuntos Inter-Americanos.⁷⁶⁶

En ella se introdujeron diversos modelos de modernidad en Latinoamérica dentro de los grupos de élite, en los que la tradición europea fue fuerte, por ejemplo, podemos citar los diseños arquitectónicos empleados en casas habitacionales. El tema de la cultura fue el eje que dictó su camino, ya que los programas implementados por la Oficina contribuyeron a un cambio en la orientación cultural y política contemporánea, “alejándose de Europa y acercándose a los Estados Unidos”.⁷⁶⁷ Los objetivos de esta nueva agencia se enfocaron en la distribución de noticias, películas,⁷⁶⁸ programas radiofónicos y publicidad destinadas para América Latina con el fin de restringir la propaganda italiana y alemana sobre los principales asuntos políticos de dichas naciones, tratando de difundir la idea estadounidense sobre la guerra para buscar seguidores y mostrar una buena imagen de la cultura y la civilización norteamericana dentro de los países de América Latina.⁷⁶⁹

Eventualmente, el alcance que tuvo la OCAIA se vinculó con los programas culturales, educativos y de salud pública. Un ejemplo de esto fueron las campañas e iniciativas para la erradicación de la malaria.⁷⁷⁰

En cuanto a los programas de información y propaganda, no solamente se proyectó entre los latinoamericanos una visión del mundo y de la guerra que era favorable para los intereses americanos y la población norteamericana, sino también se procuró inculcar una visión más benigna de América Latina, su herencia histórica, su civilización y su papel en la guerra.⁷⁷¹

Al parecer, esta nueva oficina sirvió como una nueva estrategia para detener la influencia nazi de Alemania y las ideas de Italia y Francia en América Latina. A la vez, se presentó la oportunidad de Estados Unidos para estar al frente de las principales negociaciones con los países latinoamericanos. Se trató de difundir un programa que fuera “voluntario” para impedir la cooperación con compañías e individuos que fueron percibidos como anti-americanistas. Hay que señalar que para estas fechas la Segunda Guerra Mundial se encontraba en vísperas, en donde Estados Unidos participó a partir de 1941 a raíz de los ataques a Pearl Harbor.⁷⁷²

⁷⁶⁶ Este personaje fue un fuerte defensor de la democracia capitalista y del expansionismo estadounidense, Cramer y Prustch, 2012. Ver también Rankin, 2018: 56.

⁷⁶⁷ Cramer y Prustch, 2012: 38.

⁷⁶⁸ Entre ellas podemos destacar el estudio realizado por Catherine L. Benamou (2012) sobre el uso del recurso fílmico con la política de Roosevelt del “buen vecino”, así como el fracaso de la colaboración entre el director Orson Welles, Disney Studios y la OIAA.

⁷⁶⁹ Montoya Cárdenas, 2009.

⁷⁷⁰ Rankin, 2018: 56.

⁷⁷¹ Rowland, 1947: 63.

⁷⁷² Paquette, 2012: 146.

Paquette señala que, con la creación de la OCAIA, el gobierno de Estados Unidos hizo un uso extensivo de las exposiciones de arte en su esfuerzo por asegurar una posición de liderazgo político y económico para su país en América Latina, especialmente para proteger los intereses estratégicos y económicos de los países norteamericanos en el área latinoamericana.⁷⁷³

Haciendo una analogía, mientras que Cueto señala que Estados Unidos utilizó como campo de experimentación o “laboratorio” a América Latina en cuestiones de salud pública, Rankin menciona que este país utilizó a países latinoamericanos como un territorio para su experimento diplomático, pero, exclusivamente durante la Segunda Guerra Mundial.⁷⁷⁴

Al respecto Marichal señala que hasta 1940, a pesar, de que el adjetivo Inter Americano no se utilizó comúnmente para describir al continente, en Estados Unidos el término “*Latin America*” fue frecuente, sobre todo para describir a la nueva oficina gubernamental para el manejo de su nueva estrategia de vinculación con los países vecinos del sur.⁷⁷⁵

La importancia que tiene esta oficina para el desarrollo de la salud pública internacional es porque utilizó radiodifusión, prensa escrita y cinematografía como medios masivos para hacer llegar su política expansionista y proteccionista.⁷⁷⁶ Estos medios de comunicación y entretenimiento fueron utilizados, por un lado, para aumentar su influencia al introducir diversos modelos de la modernidad en las clases altas de América Latina, en donde las influencias europeas ya eran fuertes; y por otro lado, a través de las gestiones de Nelson Rockefeller se fomentó el entusiasmo hacia la adopción de un modelo moderno de Estados Unidos entre las clases medias y profesionales, incluso entre los sectores de la población empobrecida. Así pues, con el nacimiento de esta agencia, se dio un cambio en la orientación cultural y política en América.⁷⁷⁷ Sobre todo, se buscó facilitar el desarrollo de las relaciones comerciales y culturales entre las repúblicas americanas y aumentar la solidaridad de este hemisferio, promoviendo el espíritu de cooperación entre las Américas en el interés de la defensa continental.

⁷⁷³ Paquette, 2012: 143.

⁷⁷⁴ Cueto, 1996: 179; Rankin, 2018: 56.

⁷⁷⁵ El autor plantea el interés por reflexionar el cambio en los conceptos, mismos que se encuentran expuestos en el libro de Gisela Cramer y Ursula Prutsch, “En el contexto de dos tradiciones: la de la diplomacia de Estados Unidos, respecto a América Latina; y la tradición de la cooperación cultural panamericana o latinoamericana”, en Marichal, 2016: 1497.

⁷⁷⁶ En el caso de México estos medios fueron utilizados para dispersar el conocimiento durante la campaña nacional contra el paludismo y la sífilis como lo analizó María Rosa Gudiño Cejudo (2016) durante su tesis doctoral y posterior publicación del libro *Educación higiénica y cine de salud en México 1925-1960*. Pennee Bender (2012) realiza su investigación sobre la utilización del cine por parte de la agencia OIAA en proyecciones de películas en las escuelas y centros cívicos en los Estados Unidos, durante los años de guerra “*There’s Only One America Now: The OIAA Film Programs in the United States*”.

⁷⁷⁷ Cramer y Prustch, 2012.

La oficina trabajó durante los años de 1940 a 1946, cuando finalmente se cerró, pues los ideales del nuevo presidente de Estados Unidos, Harry S. Truman, no fueron los mismos del presidente saliente, Franklin Roosevelt, es decir, la política del “buen vecino”⁷⁷⁸ ya no continuó promulgándose y, por ende, no se buscó la aceptación o simpatía por Estados Unidos y su causa militar, además de que la Segunda Guerra Mundial ya se encontraba consumada.

5.1.2.- La crisis económica mundial: repercusiones en la salud internacional

Los estragos económicos y políticos ocasionados por la Segunda Guerra Mundial también se sintieron en el ámbito de la salud pública. A pesar de que este conflicto bélico se dio en territorio europeo, algunas potencias americanas sufrieron las consecuencias de la afrenta, como lo muestra quizá de forma más evidente la invasión sufrida en Pearl Harbor.

Ante tal hecho histórico, Patch señala que las naciones de América Latina dieron una demostración de solidaridad continental,⁷⁷⁹ al aliarse con Estados Unidos. En 1941, todos los países centroamericanos y las repúblicas del Caribe emitieron declaraciones de guerra contra el Eje casi simultáneamente con los Estados Unidos; mientras que México y Colombia (el primero vecino de Estados Unidos, el segundo vecino del Canal de Panamá) rompieron relaciones diplomáticas con las potencias del Eje, después le siguió Venezuela en el mes de diciembre. Entre las medidas tomadas por los países latinoamericanos se encontraron la congelación de los activos del Eje, el freno de sus actividades propagandísticas y el apoyo a Estados Unidos al ofrecerle el uso de sus labores y campos de aterrizaje para sus naves y aeronaves.⁷⁸⁰ Aunque se hizo evidente la amenaza del Eje a la seguridad de todo el hemisferio continental, durante las conferencias panamericanas de 1934 y 1938 se habían desarrollado instrumentos que permitieron a la nación estadounidense, tan pronto como comenzó la guerra en Europa, actuar conjuntamente para formular políticas y medidas conjuntas para la neutralidad y la defensa del hemisferio.⁷⁸¹

⁷⁷⁸ La Política de la Buena Vecindad impulsada por el presidente estadounidense Roosevelt (1933-1945), buscó mejorar las relaciones con América Latina, tanto en términos políticos, como económicos y comerciales. En términos políticos, se buscó crear confianza con la promesa de la "no-intervención". En términos económicos buscó un acercamiento comercial como parte de una estrategia para superar la crisis económica. En su esfuerzo de aumentar las exportaciones americanas, la política comercial de Roosevelt se concentró, en su primera etapa, en buscar nuevos convenios comerciales con los estados latinoamericanos entre los años 1933 y 1941, en Varg, 1975: 47-71.

⁷⁷⁹ Esta solidaridad fue marcada cuando Japón atacó a Pearl Harbor y Alemania e Italia le declararon la guerra a Estados Unidos, en Patch, 1942.

⁷⁸⁰ Patch, 1942.

⁷⁸¹ “Acta Final de la IX Conferencias Panamericanas de 1936”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 14, n. 1, enero de 1935, pp: 1-20; “Actas y Resoluciones de la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 17, n. 11, noviembre de 1938, pp: 957-971.

Tafunell señala que, entre las repercusiones ocasionadas por la guerra, en el caso de la producción agrícola, la industria se contrajo a causa de la movilización masiva de la fuerza de trabajo, y por tanto los precios incrementaron exorbitantemente. Además, las naciones en guerra se vieron en la necesidad de importar productos de primera necesidad, así como alimentos y materias primas, lo cual estimuló el crecimiento de la agricultura en otras partes del mundo.⁷⁸²

En cuanto a las rutas comerciales, Rankin apunta que, a causa de las batallas que sucedían en Europa, las rutas fueron truncadas junto con la posibilidad de exportaciones latinoamericanas. En consecuencia, los mercados latinoamericanos de materias primas fueron desapareciendo, viéndose amenazada la estabilidad de la región. Al respecto, las iniciativas de Nelson Rockefeller, como coordinador de la Oficina de Asuntos Interamericanos, comprendieron programas que canalizaron las exportaciones hacia nuevos mercados –sobre todo el norteamericano– con el objetivo de estabilizar la actividad económica regional a corto plazo.⁷⁸³

Al respecto, el Dr. Abell Wolman⁷⁸⁴ refirió que “la guerra todo lo intensifica en todos los frentes” y el saneamiento del ambiente fue una de las tareas que más preocupó a los militares, pues resultó decididamente útil al atacar ampliamente problemas cuya solución fueron indispensables para la protección y rehabilitación de las fuerzas militares. Así, se implementó tecnológicamente la ingeniería sanitaria, por ejemplo, se efectuaron prácticas para la desinfección del agua, se impartieron pláticas educativas y carteles de propaganda enseñando a las tropas y a la población en general la necesidad de evitar todo contacto con aguas infestadas. Con esto, se instó al personal militar a no nadar, no bañarse, no lavar ropa ni vehículos en arroyos ni canales de agua dulce en las zonas donde persistían las enfermedades endémicas.⁷⁸⁵

En cuanto a la necesidad de que el personal trabajase en aguas consideradas sospechosas, se les proporcionó materiales de cuidado personal como botas altas de caucho, guantes de caucho y materiales impermeables que les ayudaran a protegerse contra algunas bacterias que pudiesen estar en el agua.⁷⁸⁶

Como podemos observar, así como se buscó la alianza entre naciones para la eliminación de las enfermedades como peste, tifus y fiebre amarilla, durante los tiempos de guerra se trató de aliarse con las naciones latinoamericanas en temas económicos y militares para contrarrestar el avance de los países del Eje (Alemania, Italia, Japón). Ante este nuevo panorama podemos

⁷⁸² Tafunell, 2010: 294.

⁷⁸³ Rankin, 2018: 60.

⁷⁸⁴ Este personaje fue presidente de la Comisión Panamericana de Ingeniería Sanitaria de la Oficina Sanitaria Panamericana.

⁷⁸⁵ Wolman, 1946: 305.

⁷⁸⁶ Wolman, 1946: 307.

observar que Estados Unidos, ante su expansionismo dirigido a Latinoamérica, centró sus esfuerzos a través de Nelson Rockefeller para establecer alianzas fuertes en tareas económicas y de defensa.

Por su parte, la Fundación Rockefeller organizó una Comisión de Salud, a manera de prevención contra las consecuencias de la fatídica guerra, que estuvo bajo la Dirección de su División de Salud Internacional, enviando a Europa “tan rápido como fuera desarrollado un programa y reclutado personal” para establecer lazos de cooperación entre las organizaciones gubernamentales. Para tal empresa se incluyó la provisión de asesores técnicos para realizar tareas que sirvieran para apaciguar los problemas de salud que se pensaron surgirían a raíz de la guerra. Por tanto, se capacitó al personal de salud, al equipo de saneamiento, se realizaron programas de control de epidemias como fiebre, tifus, influenza, malaria y se trató de restablecer los servicios de salud estatal y local.⁷⁸⁷

5.1.3.- La salud/enfermedad en tiempo de guerra

Cueto señala que el período entre 1918 y 1940, se caracterizó por ser agitado, marcado por una fuerte depresión económica y su posterior recuperación, se distinguió también por demostrar una sensibilidad internacional y por la ampliación de las preocupaciones por la sanidad, dejando en claro la idea “de que no podía existir higiene en los puertos de embarque si no se cuidaba la sanidad en las ciudades y no se creaban instituciones públicas permanentes y autónomas para ese propósito”.⁷⁸⁸ De allí la aceptación y aplicación del Código Sanitario Panamericano que marcó a la salud como un derecho legítimo de los ciudadanos que debía estar en las agendas de las naciones.⁷⁸⁹

Aunque parte del período que nos atañe en este capítulo los investigadores lo han denominado como “período de entre guerras”, Lee menciona que la enfermedad fue de igual forma una compañera de la guerra porque causó más muertes en los conflictos entre las naciones que las armas en general.⁷⁹⁰ Una de las características que ya se había observado fue que la dispersión de la enfermedad se presentó donde existió afluencia o aglomeración de personas, de allí que los puertos llamaran la atención de las autoridades sanitarias desde el siglo pasado. En

⁷⁸⁷ “The Health Commission to Europe”, *The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1940*, pp: 18.

⁷⁸⁸ Cueto, 2004: 5.

⁷⁸⁹ “Código Sanitario Panamericano”, en las *Actas de la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana*, OPS, CSP7/A-Es, 1925.

⁷⁹⁰ Lee, 1942.

suma, esta situación fue acentuada con la movilización de las tropas y la población de civiles en tiempos de guerra.

La presencia de enfermedades no solo repercutió en el debilitamiento de las filas armadas, sino que a menudo los soldados además de participar en combate también estuvieron expuestos a otras condiciones adversas como la falta de alimentos, o alimentos no preparados adecuadamente; a los cambios climáticos de frío, lluvia, fatiga, que contribuyeron a la disminución de su resistencia ante los ataques de las enfermedades. Según el doctor Parran, el uso de la enfermedad como arma de guerra pudo aumentar el sufrimiento causado por la tendencia ascendente normal de las tasas de enfermedad.⁷⁹¹

Este doctor señaló que el número de casos de malaria entre las fuerzas armadas detonó el aumento de los casos de la enfermedad al ocuparse nuevas bases navales, como ocurrió en Gran Bretaña. El Departamento de Guerra reportó que, en Trinidad, en una de las bases militares, se encontró un nuevo tipo de mosquito de malaria que pudo haber contagiado a los soldados y ser estos portadores de la enfermedad, siendo foco de la epidemia en sus comunidades de origen.⁷⁹²

El doctor Wolman señaló que la aplicación del compuesto Dicloro-difenil-tricloroetano –conocido como DDT– se utilizó a menudo por su eficacia contra los insectos alados portadores del parásito *Plasmodium*. Así, la fumigación de casas y la protección de los inmuebles fueron las recomendaciones hechas para atenuar la malaria. A su vez, el doctor insistió en que se reconociera la importancia del problema sanitario e instó a los gobiernos para que adoptaran los procedimientos legales y administrativos adecuados para evitar accidentes que ocasionaran infecciones.⁷⁹³

Entre otros padecimientos acaecidos en la época de guerra se encuentra la epidemia de influenza de 1918, acontecida durante la Primera Guerra Mundial.⁷⁹⁴ Luego, en 1940 la

⁷⁹¹ Parran, 1938. En el caso de la enfermedad como uso de arma de guerra, podemos mencionar el caso del *Cólera morbus* utilizado durante la sublevación de los mayas en la península de Yucatán durante el siglo XIX, mencionado por Nelson Reed, en su obra *La guerra de Castas en Yucatán*, cuando describe que los insurrectos contagiaron un pozo de agua con un cadáver contagiado de *cólera morbus*, a sabiendas que los soldados se abastecerían de dicha fuente para su suministro del vital líquido.

⁷⁹² Lee, 1942.

⁷⁹³ Wolman, 1946: 313

⁷⁹⁴ La comisión gubernamental encabezada por el Dr. Walter Reed informó que un elevado porcentaje de los regimientos de voluntarios desarrollaron fiebre tifoidea en las ocho semanas posteriores a su ingreso al campamento. Durante la guerra hispanoamericana de (1898) una fuerza de 17 mil hombres desembarcó en Cuba a finales de junio. Al ser expuestos a las condiciones que imperaron entre, la calidad del agua potable, las condiciones sanitarias deplorables, las condiciones de sol, lluvia y enjambres de mosquitos, dio lugar diversos brotes de fiebre tifoidea, disentería, malaria y fiebre amarilla, Comunicación del General Alger al coronel Theodore Roosevelt, en Lee, 1942. Ver también, *Plague on US*, de Geddes Smith, 1941, The Common wealth Fund. Oxford Univ. Press, London.

enfermedad fue reportada a la Asociación Americana de Salud Pública, por la División de Salud de Sant Louis, para implementar las medidas que fuesen necesarias para evitar un mayor contagio.

La fiebre tifoidea fue otra enfermedad que llamó la atención de las autoridades sanitarias por la posible alerta que se generó ante la llegada de pasajeros infectados de España y Portugal a la ciudad de Nueva York en el año de 1941. Ya desde 1939, se tomaron en Europa medidas preventivas debido a la presencia de una epidemia de tifus entre los prisioneros de guerra polacos; sin embargo, el Ministerio de Salud británico reportó dos años después que los brotes no fueron graves. No obstante, las autoridades alemanas ordenaron el cierre de algunas vías de comunicación y ordenaron la fumigación de las ciudades.⁷⁹⁵

Durante el invierno de 1940, Estados Unidos envió varios cientos de miles de dosis de una vacuna contra la influenza hacia Gran Bretaña. En ese año también prevaleció la amenaza de una reinfección de fiebre tifoidea y difteria, pues se tuvo el temor de que los ataques con bombas pudieran dañar las tuberías de agua y alcantarillado, con lo que se incrementaría la incidencia de las enfermedades. Empero, las autoridades sanitarias tomaron las medidas preventivas de desinfección con cloro de las tuberías para evitar el brote de las enfermedades.

En el caso de la fiebre amarilla y del paludismo, se incrementó la preocupación de las autoridades sanitarias americanas debido al crecimiento del transporte aéreo, pues con el descubrimiento de la fiebre amarilla selvática en las selvas de América del Sur y África, la propagación de la enfermedad por este medio podría convertirse en una nueva ruta de comunicación para su diseminación. En puertos y fronteras se habían llevado a cabo medidas preventivas y cuarentenas, mismas que dieron resultados ante la cepa de la fiebre amarilla urbana; al estar los puertos a nueve días de distancia de los puertos de Estados Unidos, el período de incubación podría fácilmente distinguirse entre los pasajeros de los barcos, puesto que los síntomas y signos de la infección en el hombre se presentaban en seis días, y por ende se podría detectar en el puerto de entrada.⁷⁹⁶

Por el contrario, en el caso del transporte aéreo, la tendencia a realizar los viajes en tiempos más cortos hizo que las enfermedades estuvieran latentes, a pesar de tomar las medidas preventivas como la fumigación de las aeronaves, la vacunación del personal aéreo y un suministro de vacunas existente en las naves. Se les indicó a los pasajeros que, si procedían de algún lugar declarado como sospechoso, estos debían dejar a los oficiales de cuarentena una

⁷⁹⁵ Lee, 1942.

⁷⁹⁶ Lee, 1942.

declaración de sus planes de viajes que comprendiese por lo menos nueve días, contemplando que durante ese período se mantuvieran en contacto con los funcionarios de salud locales. De esta manera, se monitoreaba a las personas para no reincidir en el incremento de casos de la enfermedad.⁷⁹⁷ En cuanto al personal militar, Lee menciona que fueron vacunados contra la fiebre amarilla; sin embargo, las enfermedades venéreas fueron un problema de salud importante, sobre todo entre el ejército y la marina. Al respecto, el cirujano general Ross McIntire de la armada, solicitó la implementación de un programa público para la reducción de la infección mediante la disminución de la prostitución.⁷⁹⁸ Cabe mencionar que esta problemática también se presentó en México durante el periodo revolucionario.

5.1.4.- El Paludismo y su omisión dentro del Código Sanitario Panamericano

Si se estipuló que el Código Sanitario Panamericano tuvo como objetivo prevenir la propagación internacional de infecciones o enfermedades susceptibles de transmitirse a seres humanos; y que a través de este código se aplicarían medidas cooperativas para impedir la transmisión y propagación de las enfermedades, como lo fueron cólera, fiebre amarilla, peste bubónica, tífus exantemático, o cualquier otra enfermedad contagiosa de carácter epidémico,⁷⁹⁹ ¿Por qué la enfermedad del paludismo no se encuentra mencionado entre sus artículos?

De acuerdo con los informes de la Fundación Rockefeller, la malaria fue y continuó siendo una enfermedad de difícil control, considerada más difícil de controlar respecto a la fiebre amarilla, y esto se debió a su cronicidad, es decir, que los parásitos causantes de la enfermedad continuaban viviendo en la sangre de las personas, exceptuando aquellos que eran destruidos por el uso persistente de quinina en cantidades suficientes durante un periodo de varios años.⁸⁰⁰ Entonces si la enfermedad palúdica fue más persistente entre la población, ¿Por qué no fue referida en el Código Sanitario Panamericano, como si lo fue la fiebre amarilla? Veamos en que consiste esta enfermedad.

⁷⁹⁷ Lee, 1942.

⁷⁹⁸ Conferencia regional sobre higiene social en Nueva York el 4 de febrero de 1941. Entre los años de 1946 y 1948 se realizó una investigación médica respaldada por Estados Unidos y realizada en Guatemala, donde una parte de la investigación supuso la infección intencional de personas con enfermedades de transmisión sexual sin su consentimiento, sobre este tema consultar la obra “*Éticamente Imposible*” *Investigación sobre las STD en Guatemala desde 1946 hasta 1948*, Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues, Washington, D.C. 2011.

⁷⁹⁹ Capítulo II, Sección I, Notificación e informes ulteriores a otros países, Artículo III. *Código Sanitario Panamericano*.

⁸⁰⁰ “Studies and demonstrations in Malaria Control”, *The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1924*, pp.36-38. Ver también Cueto 2013.

El vector que propaga la enfermedad del paludismo para comenzar es de varias especies. Alrededor de 70 especies pueden producir la enfermedad de la malaria, sin embargo, no todas las especies se encuentran en todas las zonas⁸⁰¹ que se relacionan entre sí, a diferencia del mosquito de la fiebre amarilla;⁸⁰² además, al mosquito *Anopheles* se le halló preferentemente en las regiones situadas en los trópicos y zonas templadas con los 60 grados de latitud.⁸⁰³ En el reporte elaborado bajo la gestión de George Vincent, Presidente de la Fundación en 1924,⁸⁰⁴ se indicó que el control de esta enfermedad no era económicamente viable debido a que la malaria pudo hacer que regiones enteras quedaran inhabitables. Por lo mismo, en áreas de los trópicos a lo largo de las costas italianas,⁸⁰⁵ en Macedonia y Grecia se consideró la enfermedad como un “enemigo peligroso”. Los trabajos realizados a través de la Fundación incluyeron unidades de demostración para el combate de la malaria controlando mediante el drenaje a gran y pequeña escala, la lubricación o la perquisición de piscinas, el uso de peces larvicidas, la administración de quinina en Estados Unidos y en aldeas de Río de Janeiro, teniendo éxito demostrado en la reducción del número de casos. Sin embargo, se señaló que la enfermedad es mucho más difícil de controlar en las comunidades rurales que en las urbanas.⁸⁰⁶

Si bien Frederick Rusell, director general de la *International Health Board* de la Fundación Rockefeller, manifestó en su reporte para la Fundación que, a través de la experiencia obtenida en el combate en otras regiones del mundo, se observó que la lucha emprendida contra la malaria presentó sus propios problemas específicos, es decir, los escenarios fueron determinados por las condiciones climáticas, topográficas y económicas, pero sobre todo porque los mosquitos prevalecieron con hábitos nocturnos o vespertinos, y se pueden trasladar volando hasta 3 kilómetros para buscar a su presa. Por ende, las medidas antimaláricas en un país que tuvieron éxito en su área, no prometieron tener éxito en otras regiones por causa de que las medidas

⁸⁰¹ AHSSA, F-SP, S-SJ, C-34, Exp. 6, foja 70, “Disposiciones relativas a la campaña contra la fiebre amarilla emprendida en los estados de Veracruz, Tamaulipas, Tabasco, Campeche y Yucatán”; Definición por el doctor Galo Soberón y Parra del Servicio de Sanidad Federal en los Estados. Departamento de Salubridad pública octubre de 1932.

⁸⁰² Hay que recordar que el vector *Aedes aegypti* se vinculó su habitad cercano a las casas habitación del hombre, en depósitos de agua, charcas, estanques y zanjas, “Studies and Demonstrations on Malaria Control”, *The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1924*, pp.36-38.

⁸⁰³ AHSSA, F-SP, S-SJ, C-34, Exp. 6, foja 70, Definición por el doctor Galo Soberón y Parra del Servicio de Sanidad Federal en los Estados. Departamento de Salubridad pública octubre de 1932.

⁸⁰⁴ Posteriormente en los reportes de 1930, 1933, incluso en 1944, se señaló que era posible el control de la enfermedad con costos que fueran o bien, bajos o reductibles para los gobiernos.

⁸⁰⁵ Además de estos experimentos en Italia, se brindó asistencia para el control de la malaria en doce estados de los Estados Unidos, en Puerto Rico, en el estado de Río de Janeiro en Brasil, en la provincia de Tucumán, Argentina, en Palestina y en las Islas Filipinas. En Haití se realizaron estudios de malaria para determinar la prevalencia de la infección, la naturaleza de la cría de mosquitos, los métodos de control indicados, etcétera, “A New Use for Paris Green”, *The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1925*, pp. 24.

⁸⁰⁶ “Malaria Control”, *The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1924*, pp.107-110.

adoptadas para su control debieron ser derivadas de estudios y observaciones locales en vez de aplicar las acciones de otros lugares.⁸⁰⁷

De acuerdo con la campaña emprendida para la eliminación del mosquito *Anopheles*, insecto alado identificado como el transmisor de la malaria, se indicó que su destrucción debía comenzarse cuando estos se encontraban en su etapa larvaria, pues esta clase de mosquitos fueron hallados preferentemente en estanques y remansos de las corrientes con poca intensidad. La larva crece en un período de cinco a ocho días y si las condiciones de temperatura ambiental son altas, tardan más tiempo en desarrollarse. En el caso de México, como veremos más adelante, se señaló que cuando la campaña fue efectiva los *Anopheles* adultos desaparecieron entre diez y catorce días, pero cuando los trabajos antilarvarios concluyeron, los mosquitos reaparecieron entre los catorce a veintiún días posteriores.⁸⁰⁸

Como mencionamos anteriormente, la malaria es producida por un protozoario del género *Plasmodium*, el cual es introducido en la sangre del ser humano a través de la picadura del mosquito hembra del *Anopheles*, mientras esta trata de alimentarse para nutrir a sus huevecillos que posteriormente serán depositados en lugares templados y poco profundos. A pesar de que son cuatro especies del protozoario que producen la enfermedad, a saber: *Plasmodium vivax*, *Plasmodium falciparum*, *Plasmodium ovale*, *Plasmodium malarie*, cada uno genera diversos síntomas en los individuos (Cuadro 11).

Cuadro 11.- Parásitos que producen la enfermedad de la malaria.

Parásito	Conocido como	Síntomas	Observaciones
<i>Plasmodium vivax</i>	Terciana o malaria benigna	Debilitamiento, fiebres recurrentes, vulnerabilidad a otros males.	Término utilizado para indicar que los ataques de fiebre se presentan cada tres días y raramente provocan la muerte del enfermo.
<i>Plasmodium falciparum</i>	Maligna	La víctima sufre de fiebres intermitentes, con un fuerte dolor retroorbitario, una garganta reseca y dolores corporales difusos, el cuerpo puede sufrir convulsiones abdominales, diarrea y vómitos.	Sugiere el desenlace fatal de la enfermedad. Causa la forma más grave de malaria.
<i>Plasmodium ovale</i> ,		Fiebre, dolor de cabeza, escalofríos.	No ocurre fuera de África Occidental.
<i>Plasmodium malarie</i>		Fiebres, dolor de cabeza, vómitos.	Este es menos conocido

⁸⁰⁷ "Malaria Investigations", *The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1924*, pp.183-184.

⁸⁰⁸ *AHSSA*, F-SP, S-SJ, C-34, Exp. 6, Foja 30 "Campaña antipalúdica, *Anopheles* transmisores, destrucción de mosquitos y larvas". Una fuerte campaña nacional fue realizada entre los años de 1956 a 1960.

A diferencia del vector que produce la fiebre amarilla, el cual se halló preferentemente cerca de las habitaciones del hombre, el mosquito *Anopheles* habita en pantanos y lagunas, lugares donde deposita sus huevecillos. Además, esta especie de mosquito puede volar grandes distancias, se alimenta en la noche y evita la luz del día, se le considera como una especie “más fuerte y resistente” a comparación del mosquito *Aedes*.⁸⁰⁹ Una de las diferencias más importantes entre ambas enfermedades, fiebre amarilla y malaria, es que mientras la fiebre amarilla confiere inmunidad, en la segunda, pueden ocurrir varios episodios durante la vida de la persona.

Ahora bien, la malaria también estuvo presente durante la Primera Guerra Mundial, causando estragos entre los soldados. Por tal motivo, se destinaron recursos monetarios para la investigación científica de las principales características de la enfermedad, es decir, la forma de contagio, el tipo de vector y medicamentos para contrarrestar sus síntomas. Esto ya se había investigado desde el siglo XIX por el médico Paul Ehrlich,⁸¹⁰ quien acuñó el término de “bala mágica”⁸¹¹ a un medicamento hipotético (Salvarsán) que fue capaz de acabar con los patógenos sin que se dañaran las células sanas. Este médico descubrió el primer antipalúdico sintético llamado azul de metileno, que fue aplicado entre los soldados en el frente bélico.⁸¹²

Entre los síntomas que presentaba una persona con paludismo se encontraron fiebres intermitentes, dolores de cabeza, sensación de escalofríos, sudores, vómitos, temblor entre los dientes y clínicamente daño cerebral. Al ser una enfermedad endémica, los pobladores al haber sufrido infecciones pudieron tener una especie de inmunidad, no así las personas recién llegadas a la zona.

Antes de iniciar la campaña contra el paludismo en 1920, el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, examinó las tasas de incidencia entre las poblaciones de los condados del sur de su país, durante la primera década del siglo XX, realizando análisis de sangre que arrojaron

⁸⁰⁹ AHSSA, F-SP, S-SJ, C-34, Exp. 6, Foja 30 “Campaña antipalúdica, *Anopheles* transmisores, destrucción de mosquitos y larvas; ver también Cueto, 2013: 12.

⁸¹⁰ Fue médico por las Universidades de Estrasburgo, Friburgo y Leipzig, es una destacada figura notable en la ciencia y en el desarrollo de la Medicina Terapéutica. Se le considera el padre de la quimioterapia, sus aportes en el campo de la inmunología lo hicieron acreedor al premio Nobel en 1908. Postuló el término de las “balas mágicas” que inspiró el concepto moderno de la quimioterapia. En 1890, lo contrató Robert Koch para trabajar en el Instituto para el estudio de enfermedades infecciosas en el campo de la inmunidad.

⁸¹¹ La «bala mágica», porque supuso el primer tratamiento eficaz de la sífilis y plasmaba el principio fundamental de la quimioterapia: la toxicidad selectiva. Cabe mencionar que no les gustaba aplicarse esta bala mágica a los soldados ya que teñía la orina y la parte blanca de los ojos conocida como “esclerótica”, García *et. Al.*, 2010: 521-533.

⁸¹² García *et. Al.*, 2010: 521-533.

en sus resultados que más del 70 % de las poblaciones tenían parásitos de malaria en la sangre y que la mayoría de las personas infectadas pensaban que estaban curadas de la enfermedad.⁸¹³

Precisamente durante la Sexta Conferencia Sanitaria Internacional realizada en Montevideo, Uruguay en 1920, se recomendó la centralización, en la Oficina Sanitaria, de todos los datos que pudieran contribuir al mejor conocimiento de la malaria y de las medidas profilácticas para su control.⁸¹⁴

Así pues, se puede observar que la malaria fue una enfermedad que se encontraba en las agendas internacionales para su combate, sin embargo, esta enfermedad no fue ni siquiera señalada en el Código Sanitario Panamericano, a pesar de que se tuvo conocimiento de su existencia en varios países.

Durante la tercera década del siglo XX, la Fundación Rockefeller promovió actividades contra la malaria, suministró fondos y servicios de representantes de campo para ayudar a Estados del Sur, de Estados Unidos (Figura 25)⁸¹⁵ y a los gobiernos de veinte países extranjeros para realizar demostraciones de campo, estudios y centros para la capacitación del personal para supervisar los programas de control de la malaria.⁸¹⁶

⁸¹³ Humphreys, 2001.

⁸¹⁴ “Las Conferencias sanitarias internacionales de las Repúblicas Americanas y la Oficina Sanitaria Panamericana”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 6, n. 8, agosto de 1927, pp. 586-590.

⁸¹⁵ En los Estados Unidos se brindó asistencia a los departamentos de salud estatales de Georgia, Louisiana, Mississippi y Virginia por presentar altos índices de casos de malaria.

⁸¹⁶ “Other Specific Diseases. Malaria Research”, *The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1930*, pp.69-70.



Figura 25: Publicidad utilizada en los estados del sur de Estados Unidos, 1938.⁸¹⁷

El secretario Max Mason de la *International Health Division* de la Fundación Rockefeller, señaló en su reporte que se realizaron experimentos para determinar hasta qué punto se podía aplicar el conocimiento disponible sobre la malaria a través de la salud pública existente. Así pues, indicó que la asistencia de la Fundación a las operaciones antipalúdicas en Centroamérica consistiría en una donación pequeña para los trabajos de experimentación en Costa Rica y servicios de asesorías a diversos gobiernos por parte de la fundación, de igual forma se distribuyó un compuesto larvicida llamado verde de París,⁸¹⁸ enviado a Managua y Nicaragua.⁸¹⁹

Otros países que recibieron el apoyo de la Fundación fueron Jamaica, Puerto Rico, Costa Rica, Nicaragua, Panamá, Colombia, Venezuela, Albania, Bulgaria, Alemania, Grecia, Italia, los Países Bajos, Portugal, España, India y las Islas Filipinas. Mason señaló que, en el caso de una enfermedad tan extendida como la malaria, el problema de un control exitoso, especialmente en

⁸¹⁷ Publicidad tomada de “Crónica” en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v.18, n. 11, noviembre de 1939, pp.1038.

⁸¹⁸ Este larvicida se prepara para su uso mezclando una pequeña cantidad con polvo de carretera o algún otro diluyente. Dicha mezcla, esparcida en el agua, mata las larvas de mosquitos *anophelinos*. “Malaria Works. Control Problems”, *The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1933*, pp.51.

⁸¹⁹ “Other Specific Diseases. Malaria Research”, *The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1930*, pp.69-70. Si bien, señaló que, en el caso de Puerto Rico, el gobierno ya se había gastado casi un cuarto de millón de dólares en las medidas de control de la malaria, mismas que consideraron los resultados de encuestas y estudios previos.

los trópicos, requeriría de años de esfuerzo gradual por parte de las personas y los gobiernos mismos.⁸²⁰

Cabe mencionar que entre las más de 400 especies de mosquito *Anopheles*, 70 de ellos pueden transmitir la enfermedad y que en la mayoría de los casos donde se reportó la enfermedad se encontraron mayormente los de las siguientes especies: *Anopheles pseudopunctipennis*, *Anopheles albimanus*, *Anopheles gambiae*. Con diversas medidas adoptadas durante las primeras tres décadas del siglo XX, ya sea por medio de disciplina militar como la realizada por Soper en Brasil, o las construcciones de ingeniería sanitaria como las de represas, desecación de pantanos, junto con la distribución de la quinina, el paludismo ya no fue percibida como una enfermedad.⁸²¹

No fue sino hasta la Segunda Guerra Mundial, cuando soldados norteamericanos penetraron en zonas palúdicas que fueron víctimas de las fiebres intermitentes. Así, las medidas implementadas fueron además de la medicina militar, el insecticida DDT y la cloroquina (una especie de droga sintética),⁸²² siendo estas mismas medidas muy útiles para los años de 1950.

Con respecto al DDT (Dicloro difenil tricloroetano), este fue descubierto en 1939 por el suizo Paul Müller,⁸²³ cuando trabajó para la compañía Bayer, siendo utilizado por primera vez en 1944 para combatir el tifus exantemático en Europa. Otros compuestos químicos utilizados para el combate a la malaria fueron la cloroquina, atebrina, primaquina, proquanil y pyrimethamine, lo cual evidenció un fuerte lazo con las farmacéuticas alemanas.⁸²⁴

Los trabajos realizados contra la enfermedad del paludismo por la Fundación Rockefeller en varios países de Latinoamérica, hicieron notar la importancia de terminar con este mal, ya desde los acuerdos internacionales dictados durante las Conferencias Sanitarias Panamericanas se hizo alusión de que se debía combatir a esta enfermedad, sin embargo, no fue estipulada dentro del Código Sanitario Panamericano, como lo fue la fiebre amarilla. El paludismo llamaría la atención de las autoridades sanitarias a nivel internacional ya la tercera década del siglo XX,

⁸²⁰ "Malaria Works. Control Problems", *The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1933*, pp. 49-50.

⁸²¹ En 1940 se realizó una campaña contra el mosquito *Anopheles gambiae* utilizando el compuesto verde de París (insecticida que contiene *piretro*) por métodos de fumigación de casas y aplicación a los lugares de reproducción del mosquito. Hay que mencionar que específicamente se combatió a esta especie de mosco. *The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1940*, "Malaria" pp. 99-106.

⁸²² Sus efectos fueron descubiertos en 1939, investigadores alemanes de la empresa Bayer la nombraron como *Resochin*. Hacia 1941 se realizó un contrato entre la empresa Bayer y una empresa francesa y fue llevado a Túnez para experimentar con estudios clínicos. Dos años después al entrar el ejército estadounidense a Túnez, médicos franceses les proporcionaron tanto información como el medicamento que fue utilizado posteriormente en soldados norteamericanos, en Cueto, 2013: 18-19.

⁸²³ Este personaje recibió en 1948 el Premio Nobel de Fisiología y Medicina.

⁸²⁴ Cueto, 2013: 18-19.

atenuándose el combate contra el mal hasta el año de 1938 y posteriormente hasta 1955 cuando se comenzó una campaña internacional contra el paludismo.

Si bien en este primer apartado, siguiendo con la cronología expuesta para el desarrollo de los capítulos, hemos dado el contexto internacional de lo que sucedió antes y después de la Segunda Guerra Mundial con respecto al tema de las enfermedades y la salud pública, a continuación, me enfocaré al contexto nacional por el que transcurrió México, pues a pesar de haberse declarado un país neutro ante el conflicto mundial, el territorio nacional comprendió sus propios conflictos internos.

5.2- Contexto político y económico de México en los albores de la tercera década del siglo XX

En este apartado nos enfocaremos en el desarrollo de la salud pública con respecto a los cambios políticos y económicos sufridos en el país, específicamente después de la gran depresión ocurrida entre 1929 y 1933. Según Meyer, hacia 1929 en Estados Unidos se presentaron ventas de pánico de valores, mientras que en México se vivió una tensión económica al derrumbarse los precios de varios productos de exportación.⁸²⁵

Durante el gobierno de Calles, según González Navarro,⁸²⁶ el sector industrial resintió más la crisis a causa de que en la industria textil se presentó agotamiento del capital, una fuerte competencia mercantil (interior y exterior), el exceso de producción y la imperiosa necesidad de modernizar la maquinaria que supuso un decremento de empleos entre la población. En cuestiones de salud pública, Calles nombró a Bernardo Gastélum Izabal jefe del Departamento de Salubridad para modificar los planes de la higiene del país. Para ello, Gastélum organizó una oficina con poco presupuesto, pero con los principios de la Constitución de 1917, en donde integró los servicios de administración, jurídicos, enfermedades transmisibles, química y farmacia, bebidas y comestibles, ingeniería sanitaria y demografía, ejercicio de la medicina, propaganda y educación higiénica, como se vio en el capítulo 4 de esta tesis.

Este médico sinaloense evidenció la pobreza del pueblo y su sensibilidad a la intervención estatal. Continuó la colaboración que desde el gobierno de Obregón se había establecido con la

⁸²⁵ Meyer, 1978: 11. Este autor explica que existió una producción industrial en Estados Unidos que se duplicó, teniendo un periodo de bonanza aprovechado por los mercados financieros, mismas que fueron fijadas en la bolsa de valores, sin embargo, al presentarse la Gran Depresión de 1929, muchos de los países vieron desplomarse sus economías.

⁸²⁶ González Navarro, 1983: 65.

Fundación Rockefeller; para apaciguar la inclemencia de las enfermedades que azolaban las regiones “atrasadas”, se establecieron campañas contra la fiebre amarilla y el paludismo, como también se incrementaron los centros antilarvarios –ya que, de seis existentes en 1924, se pasó a diecinueve en 1928– que fueron ubicados en el Golfo y la parte del Pacífico norte. También se emprendieron campañas contra la uncinariasis, enfermedad que se combatió junto con la fundación Rockefeller a través de la *Board Health Division*.⁸²⁷

Hay que mencionar que estos centros antilarvarios fueron creados posteriores al primer Servicio Especial contra la Fiebre Amarilla que existió antes de que la Fundación Rockefeller llegase a México. Al entablarse la relación de las autoridades sanitarias mexicanas del Departamento de Salubridad Pública con la *Board Health Division* para trabajar conjuntamente contra la fiebre amarilla, se estableció el Servicio Antilarvario.⁸²⁸

Con Gastélum a la cabeza, se fundó la Oficina de la Campaña contra las Enfermedades Tropicales, misma que cedió su lugar a varias Jefaturas de Campaña contra diversos padecimientos endémicos de la zona tropical, como la Oficina de la Campaña contra el Paludismo y otras Parasitosis, de la cual se desprendió posteriormente la Campaña contra la Oncocercosis.⁸²⁹

Otras campañas ejercidas durante su presidencia fueron contra el tifo a través de la operación de desinfección de piojos y liendres (Figura 26) y la implementación del baño, lo cual fue evidente en los gastos derogados como servicio de desinfección, gastos en jabón, compra de leña, etcétera.⁸³⁰

⁸²⁷ AHSSA, Fondo Reservado, *Memoria*, 1928, Departamento de Salubridad; *The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1928, 1929, 1930*.

⁸²⁸ *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, “Crónicas. Paludismo”, v. 16, n. 3, marzo de 1937, pp: 244.

⁸²⁹ González Rivera, 1949: 705. La oncocercosis es una enfermedad parasitaria, transmisible, de evolución crónica, causada por el nemátodo filariano *Onchocerca volvulus* y transmitida al humano por la picadura de moscas del género *Simulium* (simúlidos). Tres focos de la enfermedad fueron identificados en México desde los años de 1920, dos en el estado de Chiapas y uno en Oaxaca. Fue identificado en esa área como problema de salud pública por la alta prevalencia de daño ocular y ceguera identificada entre los pobladores. Secretaría de Salud, 2008: 12.

⁸³⁰ AHSSA, Fondo Reservado, *Memoria*, 1928, Departamento de Salubridad.



Figura 26.- Brigada del sector salud, revisión de niños, 1939- 1940. # catálogo 462688, SINAFO, Fototeca Nacional INAH.

Otras de las enfermedades a las que le hizo frente Gastélum fueron las enfermedades venéreas, para lo cual se publicaron de carteles, conferencias y proyecciones cinematográficas. Otras campañas realizadas fueron contra la lepra, tuberculosis y cáncer. El gobierno enfrentó problemas como la reticencia de la población ante las campañas, la opinión de la Iglesia y la importación de medicinas, que para el año de 1928 se ordenó el decomiso de las que no traducían sus especificaciones. Al respecto hay que señalar que varios de los medicamentos eran importados de farmacéuticas francesas, alemanas o norteamericanas. Ante la medida dispuesta por el gobierno, hacia 1931, representantes de las boticas alegaron que esa medida no se pudo llevar a cabo debido a que en los *stocks* no se podían sustituir con productos nacionales, ya que no existían.⁸³¹

En esta dirección, el departamento igualmente se abocó a la inspección de los alimentos, establos, lecherías, calidades de productos como leche, pan, carne, pulque, dulces, futas y tortillas, tratando de crear conciencia de que la salud estaba en estrecha relación con la alimentación.⁸³²

⁸³¹ HNDM, *Excelsior*, 21 de enero de 1931 “Medida que significa para México la cuantiosa fuga de su oro”.

⁸³² Anaya, 2015: 98.

De igual forma, se implementó la aplicación de una tecnología sanitaria que se importó del exterior. De esta manera, gracias a la creación de una infraestructura sanitaria y un mayor gasto social, se incrementó una elevación sustancial en los niveles de vida y de cultura de la población, tarea que fue realizada a través de las misiones culturales establecidas por Calles. Empero, fueron canceladas durante el gobierno de Cárdenas, tema que será tratado en el apartado 5.2.2 de esta tesis. Hay que tener en consideración que durante los primeros cuarenta años del siglo XX, a pesar de que la tasa de natalidad fue elevada, también lo fue la de mortalidad.

Hay que tener en cuenta que, a raíz de la revolución de 1910, el país se vio envuelto en una serie de transformaciones que estuvieron acompañadas de dinámicas regionales nuevas que estuvieron determinadas por la modernización creciente de una estructura productiva, una agricultura comercial ascendente, un desarrollo fronterizo, la industrialización regional y el desarrollo de los ferrocarriles, pero sobre todo de la explotación petrolera. Todos estos rasgos constituyeron un detonador para crear nuevos escenarios y actores, además de evidenciar las relaciones sociales, que siempre van acompañadas de símbolos de poder no solo en el sentido económico sino también político. Estos cambios significaron un nuevo enlace entre el nuevo mundo industrial y las estructuras nacionales en proceso de modernización.

El impacto de la crisis vivida en 1929 cimbró la economía del país debido a que áreas extensas de México se vieron afectadas por la caída de los precios internacionales de los minerales, afectando a la industria minera y los estados productores de metales preciosos. Así, de 1929 a 1932, grupos de resistencia generaron una oleada de mecanismos de defensa para contravenir los efectos y resultados de la depresión. Este fue uno de los panoramas nacionales a los que se enfrentó el cardenismo.⁸³³

5.2.1.- México: higiene y educación en tiempos de Elías Calles

Ya desde la década de 1920, el gobierno mexicano enfatizó que la reconstrucción nacional se encontraba en el desarrollo de hombres sanos y productivos, ideología que se pregonó en varios países extranjeros. Este fue el tema principal que debió tener en consideración cada gobierno.

Se puede decir que la educación, la higiene y la salud fueron parte de los componentes en los que se enfocó el gobierno para lograr el desarrollo hacia la modernidad que tanto buscaba.

⁸³³ Para ahondar en el tema del cardenismo y la gran depresión consultar: Amaldo Córdova, *En una época de crisis. 1928-1934: La clase obrera en la historia de México* (México, 1980); Tzvi Medin, *El Maximato presidencial, Historia política del Maximato. 1928-1935* (México, 1982); Enrique Cárdenas. *La industrialización mexicana y la Gran Depresión* (México, 1988).

Después de los estragos ocasionados por la revolución de 1910, el país buscó acelerar su ritmo de crecimiento durante los años de 1920 y 1930, por lo que la población experimentó un cambio demográfico que se vio reflejado en el nivel de descenso de la mortalidad. Alba señala que “de un crecimiento moderado y relativamente estable se evolucionaría a uno de crecimiento en constante aceleración”.⁸³⁴

Ya para los siguientes años, el ritmo acelerado de crecimiento denotó ser de 1.7% anual aproximadamente según Alba. Esto mismo originó el incremento de la población, como se puede observar en el Quinto Censo de Población que reportó 16. 055 000 habitantes y diez años más tarde, durante el Sexto Censo de Población se registró 19, 650 000 habitantes; es decir, que, al incrementarse la economía del país, e implementar una política sanitaria (educación higiénica, adelantos de la ciencia médica e infraestructura sanitaria), se logró la disminución de la mortalidad y el aumento de la fecundidad.⁸³⁵

Pues bien, la política sanitaria comprendió conferencias sobre higiene, códigos sanitarios, servicio de agua potable en los poblados, apertura de drenajes en los centros urbanos, reglamentos de boticas, cementerios, rastros, campañas contra el alcoholismo, las drogas, la prostitución y las enfermedades infectocontagiosas, asistencia médica gratuita, hospitales, beneficencia pública y privada y el establecimiento del Seguro Social.⁸³⁶

Sin embargo, cabe mencionar que entre los principales obstáculos a los cuales se enfrentó el gobierno se encontraron la insolvencia económica y la política, aunado a la pobreza extrema de sus estados.⁸³⁷ En el primer caso, se señaló que a nivel internacional los países habían consagrado la idea de que aportar cada día sumas considerables al presupuesto para la salud pública traería varios beneficios. No obstante, México aún estaba muy lejos de haber subsanado las necesidades sanitarias del país debido principalmente a la falta de dinero, donde médicos y científicos –incluso figuras políticas– ya habían recalado la necesidad de incrementar los presupuestos para un adecuado desempeño de las campañas contra las enfermedades, pues varias de estas empresas habían tenido que ser detenidas por falta de pagos al personal o insuficiencia económica para la compra de las materias primas.⁸³⁸

⁸³⁴ Alba, 1994: 3.

⁸³⁵ Alba, 1994: 3; Concheiro, 2010: 187, 216.

⁸³⁶ CAIHY, *La Revista Médica de Yucatán*, “Política y Salubridad”, tomo XIX, n. 5, 30 de junio de 1937, pp. 97.

⁸³⁷ CAIHY, *La Revista Médica de Yucatán*, “Política y Salubridad”, tomo XIX, n. 5, 30 de junio de 1937, pp. 97-99.

⁸³⁸ AHSSA, Fondo Salud Pública, Sección SJ, caja 27, exp. 8 foja 2, foja 6. “Memorándum que presenta el departamento de salubridad general para el acuerdo presidencial colectivo de secretarías de estado y de los departamentos administrativos. Que se celebra el día 18 de noviembre de 1931”.

En cuanto a la política, se acusaba a las autoridades de que, por intereses del partido político, de parentela, compadrazgos o amistades, las administraciones de salubridad se encontraban dirigidas por personas carentes de preparación que por su falta de conocimientos iniciaron planes prematuros de “salubridad sanitaria”, destruyendo o dejando trancos los programas. Así también, acusaron de improvisar empleados de salubridad que no tenían preparación alguna en las tareas encomendadas.⁸³⁹ Dado que los problemas de la nutrición, el saneamiento de las zonas endémicas y la lucha contra la mortalidad infantil dejaron de ser atendidas agravando a las comunidades, se comenzó el proyecto de llevar medicinas a las comunidades agrarias, lo que significó el descuido del campo de la medicina preventiva por la intrascendencia de la medicina terapéutica.

El doctor Alvar Carrillo expuso en la *Revista Médica de Yucatán* que el gobierno debería tener en cuenta el axioma “un médico incompetente pone en peligro la salud del enfermo que asiste; el jefe de sanidad incompetente pone en peligro la salud de toda la población”.⁸⁴⁰ Por ello, él instaba a las autoridades gubernamentales a trabajar en el mismo bando.

Durante el discurso del presidente Elías Calles se manifestó que debido a las condiciones mundiales creadas por la guerra europea (1914-1918) se había generado una corriente inmigratoria dirigida hacia el continente americano, específicamente hacia Estados Unidos; pero también se subrayó que a consecuencia de las leyes migratorias norteamericanas, los migrantes al no poder penetrar en dicho país, se habían dirigido a México, donde mostraron poco respeto hacia las leyes y se tuvieron como una carga y una amenaza para la sociedad. De acuerdo al informe del presidente, no aportaron sus energías para la producción y solo hicieron una competencia ruinosa para los trabajadores, invadiendo todos los ramos de actividad.⁸⁴¹

Hay que señalar que las disputas entre el gobierno de Estados Unidos y el de México respecto a la explotación de reservas petrolíferas durante la presidencia de Plutarco Elías Calles y la resolución a través de la intermediación del nuevo embajador Dwight Morrow, designado por el presidente Coolidge en 1927, señalaron el comienzo de un cambio en la política exterior de Estados Unidos hacia Latinoamérica que anticipaba la *Política del Buen Vecino*.⁸⁴²

En materia de salubridad pública durante el mandato de Calles, el Departamento de Salubridad logró vacunar a más de 152,000 personas ante una epidemia de viruela que se presentó

⁸³⁹ CAIHY, *La Revista Médica de Yucatán*, “Política y Salubridad”, tomo XIX, n. 5, 30 de junio de 1937, pp. 98.

⁸⁴⁰ CAIHY, *La Revista Médica de Yucatán*, “La parasitosis intestinal”, tomo XIX, n. 3, 23 de febrero de 1937, pp. 97. Ver también, Carrillo Gil, 1937: 97.

⁸⁴¹ Discurso de Plutarco Elías Calles al abrir sesiones ordinarias del Congreso, 1 de septiembre de 1925.

⁸⁴² Serviddio, 2012: 122.

en el estado de Veracruz.⁸⁴³ De igual manera también se reportó una epidemia de meningitis cerebro-espinal en los estados de Guerrero y Morelos, por lo cual se envió una brigada para combatir a la enfermedad. Y de acuerdo con un convenio celebrado con el Instituto Rockefeller, se continuó la lucha contra la uncinariasis.⁸⁴⁴

Con su política de reconstrucción nacional, el gobierno callista planteó la construcción de nuevas rutas terrestres y en 1925 se creó la Comisión Nacional de Caminos para construir los primeros caminos petrolizados.⁸⁴⁵

Para contrarrestar el atraso que se presentó en las comunidades, el gobierno mexicano puso en marcha un programa denominado “misiones culturales” para poder llevar la educación y la higiene hasta las comunidades donde se careció del conocimiento para hacerle frente a algunas de las enfermedades y para implementar la visión de desarrollo y modernización del gobierno. Sin embargo, las misiones fueron canceladas hacia el año de 1938 durante el gobierno de Cárdenas, ya que el gobernante las consideró como brigadas revolucionarias, pero hacia el año de 1942 resurgieron, aunque perdieron su carácter original, convirtiéndose en centros de extensión para el desarrollo de la comunidad.⁸⁴⁶

5.2.2.- La creación de las Misiones Culturales y su aplicación en la higiene y la salud

Mientras en el plano internacional, las cuestiones sanitarias, las campañas contra los vectores, y en general el desarrollo y cuidado de la salud pública se vio interrumpida por los problemas económicos, políticos y los enfrentamientos bélicos como lo fue la Segunda Guerra Mundial por los que atravesaron tanto Europa como Estados Unidos, en México, a pesar de tener sus propios acontecimientos políticos como lo fue el Maximato, las autoridades federales trataron de desarrollar programas que impulsaran a las poblaciones a cuidar no sólo de la higiene personal sino también procurar un desarrollo social sobre todo en el ámbito rural.

Así, en 1923, bajo el nombre de *Misiones Culturales*, se implementó una estrategia creada por la Secretaría de Educación Pública (SEP)⁸⁴⁷ para capacitar a los maestros rurales, pues se consideró que la escuela rural tenía un papel importante en la educación del individuo,

⁸⁴³ Agostoni, 2016.

⁸⁴⁴ Discurso de Plutarco Elías Calles al abrir sesiones ordinarias del Congreso, 1 de septiembre de 1925, pp. 69-71.

⁸⁴⁵ Walters, 2006: 221-222.

⁸⁴⁶ Sierra, 1973: 49.

⁸⁴⁷ Al crearse la Secretaría de Educación Pública por José Vasconcelos en el año de 1921, se trató de unificar y reconstruir la política, economía y la cultura del país mexicano. Este nuevo proyecto se enfocó a la educación de los individuos para “homogeneizar al país, fomentar el nacionalismo, la alfabetización, la higiene y elevar la productividad y el nivel de vida de las comunidades rurales”, Mendoza García, 2004: 71.

desplazando a la iglesia y a la familia misma. El atraso social fue un problema que se subrayó en tiempos del presidente Calles y su mandato fue llamado “Maximato”, cuando el indígena fue visto sin aspiraciones para la producción destinada al mercado, el confort y el progreso del país, siendo un problema rural desde la segunda década del siglo XX.⁸⁴⁸

La educación no solo se enfocó en los conocimientos académicos, sino que implicó un cambio social y cultural para instruir tanto a niños, jóvenes y adultos; se promovió la homogeneidad cultural como la industrialización del campo; se instó a realizar cambios que fueran significativos en la organización social, en los hábitos de trabajo, en las creencias; se buscó una nueva forma de regulación social asociada a novedosas formas de producción para el mercado; y se instruyó a la población en conceptos y prácticas de higiene.⁸⁴⁹

Así, en septiembre de 1923, el diputado José Gálvez propuso al Congreso la creación de las misiones culturales, propuesta apoyada por José Vasconcelos y Gabriela Mistral. Para ello, la SEP contrató personal para visitar los pueblos con el fin de fundar escuelas y capacitar a personas locales como profesores rurales.⁸⁵⁰ La primera misión organizada por la institución educativa fue llevada a cabo en el pueblo de Zacualtipán, en la sierra de Hidalgo del 20 al 28 de octubre de 1923, su propósito fue educar personal como maestros rurales y a través de sus enseñanzas lograr una mejora en las condiciones culturales. Por ello se organizaron algunos cursos prácticos para maestros, vecinos y niños, que incluyó temas como los de curtiduría, jabonería, perfumería, canto, dibujo, agricultura, deportes y educación en general.⁸⁵¹ Rafael Ramírez señaló que el propósito principal de esta misión fue “mejorar las condiciones culturales y profesionales de los maestros rurales de la sierra”, por lo que los cursos fueron dirigidos a los habitantes de ese poblado, logrando la participación de 101 profesores y 172 personas que acudieron a los cursos de agricultura y a las clases de diversas industrias.⁸⁵²

La segunda misión fue realizada en Cuernavaca, Morelos en 1924 y se promovió, además de los temas de la primera misión, lecciones de corte, confección y cocina que estuvo a cargo de

⁸⁴⁸ Casares, 1988: 85. Bajo el gobierno federal de Obregón se dictó que las misiones se integraran con un profesor de higiene y sanidad, otro de pequeñas industrias, una de economía doméstica, uno de prácticas agrícolas y otro de educación física, pero para el año de 1938 el gobierno cardenista suspende las misiones culturales. Ver también Marta Mendoza, 1994; y Mendoza García, 2004.

⁸⁴⁹ Corrigan y Sayer, 2007: 46.

⁸⁵⁰ Caloca, 1922a, 1922b; Veyro, 1922.

⁸⁵¹ Esta primera misión estuvo integrada por Roberto Medellín, ingeniero y jefe de la misión; Rafael Ramírez, profesor de educación; Isaías Bárcena, profesor de jabonería y perfumería; Rafael Rangel encargado de los cursos de curtiduría; Fernando Albiati para los cursos referentes a la agricultura; Alfredo Tamayo, quien dirigió los cursos de canciones populares y orfeones; y el Doctor Arnulfo Bravo, quien estuvo a cargo de los cursos de educación física y prácticas de vacuna. Fell, 1989: 254-255.

⁸⁵² Ramírez, 1924: 119-123.

la profesora Severa Quintana. Así pues, se incluyó el tema de economía doméstica para el mejoramiento de los hogares.⁸⁵³

Debido al éxito de esas misiones, la SEP implementó otras seis misiones integradas por un jefe, un profesor de pequeñas industrias, un maestro de música, uno de educación física, una profesora de economía doméstica, así como un médico responsable de la enseñanza de higiene y un maestro de prácticas de enseñanza. Otras misiones fueron realizadas en Puebla, Iguala, Colima, Mazatlán, Culiacán, Hermosillo, Monterrey, Pachuca, y San Luis Potosí.⁸⁵⁴

El diputado José Gálvez, uno de los principales promotores de las misiones, señaló que el objetivo de estas labores era “incorporar a los indios de las diferentes razas... a la civilización, educándoles para convertirlos en ciudadanos y productores”. Con esto, observamos que la principal preocupación que se tuvo en el gobierno fue el “progreso” de la nación y que uno de los grandes obstáculos con los que se topó fue la abundancia de indígenas en el país y el analfabetismo de la misma. Por consiguiente, se tenía que educar para lograr una población que fuera productiva. Por ello, el diputado insistió en que estas misiones se ejercieran en “regiones densamente pobladas por familias étnicas”, creando con ello los centros de acción, donde se le enseñara a la población habilidades para campos de cultivo y con ello también crear espacios educativos.⁸⁵⁵ De esta manera, se puede observar lo que Sierra señaló, que las misiones buscaron mejorar las actividades económicas de las comunidades y elevar el nivel profesional de los maestros.⁸⁵⁶

La educación en cuestiones de higiene también fue uno de los temas principales, así como la generación de conocimientos relativos a los aspectos geográficos y los recursos naturales, la topografía, las corrientes de agua, el bosque, el clima, condiciones higiénicas, costumbres, supersticiones, uso de muebles y utensilios domésticos, además de ocupaciones, vicios, virtudes y enfermedades presentes en las poblaciones.

Ya para el año de 1925 se fundó un total de once misiones con profesionistas que trataron temas como la organización escolar y técnica de la enseñanza, servicios sanitarios, cultura física, música y orfeones, pequeñas industrias, prácticas agrícolas y economía doméstica. Para el siguiente año se creó el departamento de Misiones Culturales dirigido por Elena Torres Cuéllar.

⁸⁵³ AGN, Secretaría de Educación Pública, Dirección de Misiones Culturales, Caja 50, “Historia, orígenes y tendencias de las misiones culturales. Éxitos y Fracazos, Breve análisis de las causas” escrito por Rafael Ramírez.

⁸⁵⁴ AGN, Secretaría de Educación Pública, Dirección de Misiones Culturales, Caja 50, “Historia, orígenes y tendencias de las misiones culturales. Éxitos y Fracazos, Breve análisis de las causas” escrito por Rafael Ramírez.

⁸⁵⁵ Gálvez, 1924: 599-604.

⁸⁵⁶ Sierra, 1973: 21-24.

Ahora, es importante mencionar que uno de los temas impulsados durante estas misiones fue el papel de la mujer como “guardianas de la salud y de la economía doméstica”.⁸⁵⁷ También, es necesario recalcar que mientras las misiones de 1923 y 1924 estuvieron enfocadas en el mejoramiento cultural y profesional de los maestros en servicio y, en menor medida, en las prácticas domésticas de las familias, la difusión de técnicas para la agricultura y las pequeñas industrias, para las misiones de 1925 se hizo énfasis en el estudio y la solución de los problemas de orden sanitario de las comunidades donde se asentaron las misiones.⁸⁵⁸

Durante el año de 1926 se fundó la Dirección de Misiones Culturales, que planteó como objetivos la preparación de los maestros en servicio, la formación de nuevos maestros que estuvieran a cargo de las Escuelas Normales Regionales y el mejoramiento de las condiciones sociales y económicas de las comunidades rurales.⁸⁵⁹

Para 1927 se propuso que las misiones culturales fueran fijas o permanentes, debido a que las misiones anteriores evidenciaron problemas como la falta de continuidad en los trabajos, la poca durabilidad del entusiasmo y el impulso que demostró un efímero efecto social. Ante esta nueva propuesta, se formó una comisión conformada por Moisés Sáenz, Rafael Ramírez y José Guadalupe Nájera, quienes insistieron en que la duración de las misiones debería ser por lo menos de seis meses, lo cual ayudaría a que el personal conociera la región, ganara la confianza de los habitantes, desarrollara el trabajo y realizara una evaluación de los obstáculos y logros obtenidos.⁸⁶⁰ Cabe señalar que mientras las misiones permanentes se concentraron en el mejoramiento integral de la vida campesina, las misiones culturales ambulantes trabajaron con el mejoramiento de maestros en servicios, trabajos con la gente y la escuela.

Se les encomendó a los jefes de cada misión, y en especial a la trabajadora social, entre otros temas, que se realizaran campañas de PRO-LIMPIEZA; se recomendó a los estudiantes la limpieza de las calles, o al menos al frente de sus casas. En las cuestiones de salubridad, se impartieron a la comunidad pláticas sobre higiene, del aseo diario, limpieza de la dentadura, influencia del baño con la salud, breves nociones sobre el sistema nervioso, sobre higiene del sueño, sobre las enfermedades transmisibles y eruptivas y cómo prevenirlas, primeros auxilios y la importancia de la aplicación de la vacuna (Figura 27); con los niños, específicamente se impartieron clases de higiene y sobre la necesidad de vacunarse.⁸⁶¹

⁸⁵⁷ SEP, 1928: 441.

⁸⁵⁸ Ramírez, 1928: 27.

⁸⁵⁹ Mendoza García, 2004: 74.

⁸⁶⁰ *AHSEP*, DMC, caja 45, “Observaciones al proyecto de extensión educativa de las comunidades rurales”. Para el caso del tema de la importancia de la mujer, ver Gonzalbo, 1987; Staples, 2003; Calderón, 2016.

⁸⁶¹ SEP, 1928b: 33, 160.

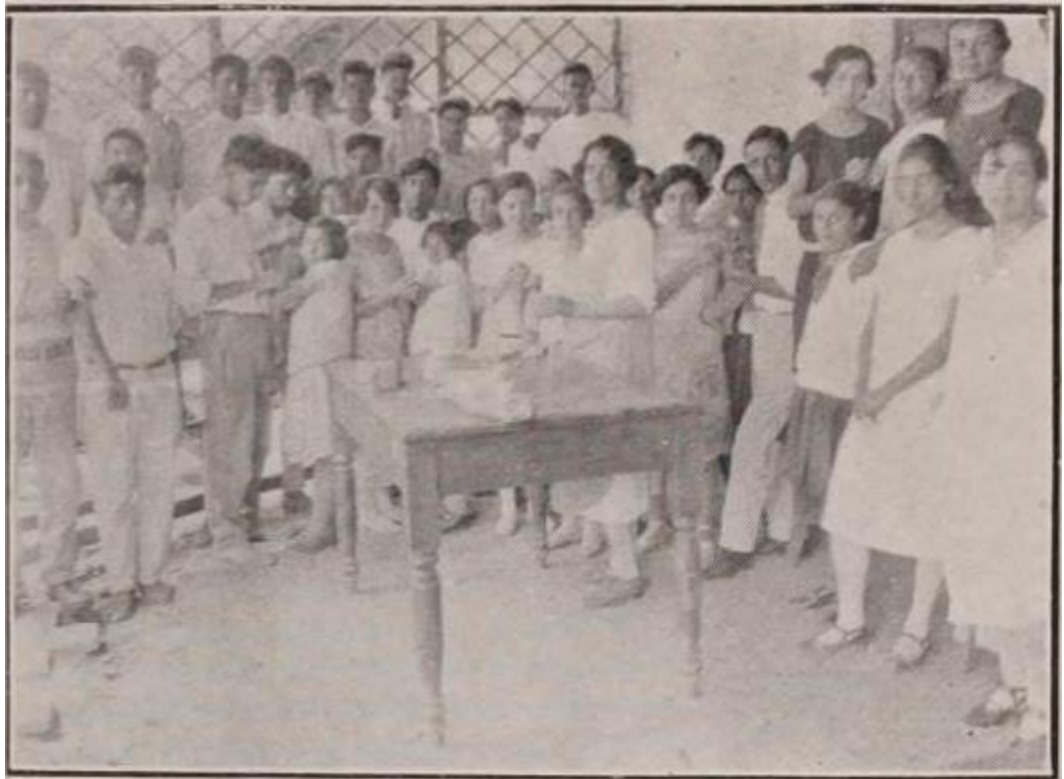


Figura 27: Trabajadora social enseñando la aplicación de la vacuna durante la sexta misión cultural en Aguascalientes.⁸⁶²

El presidente Calles manifestó que las demás dependencias gubernamentales debieron participar y colaborar con la realización de este nuevo proyecto. Así, las secretarías de Agricultura y Fomento, Industria y Comercio, Educación y el Departamento de Salubridad debieron de colaborar con lo que el presidente mencionó como un “experimento para ver qué modificaciones esenciales produce en la vida rural una acción constante de propaganda y de enseñanzas concretas”. Así pues, se establecieron las misiones permanentes comisionadas por un ingeniero agrónomo, un médico higienista, una enfermera partera, una enfermera ayudante, el maestro de industrias locales, una trabajadora social, un carpintero, un albañil y un mecánico chofer.⁸⁶³

En agosto de 1929, con la presencia de la guerra cristera y para disminuir sus efectos, se establecieron misiones en Jalisco, Colima, Guanajuato y Michoacán, enfocándose a una campaña

⁸⁶² SEP, 1928b: 201.

⁸⁶³ SEP, 1928b: 16.

de pacificación espiritual para crear conciencia cívica de los habitantes de esas zonas.⁸⁶⁴ Para 1930 las misiones incrementaron a 14, doce ambulantes y dos permanentes.⁸⁶⁵

Algunos de los obstáculos que los misioneros tuvieron que sortear fueron la incidencia del analfabetismo en las poblaciones, los climas cambiantes de las regiones visitadas, las diferentes etnias y lenguas en las comunidades rurales, las topografías accidentadas y la falta de vías de comunicación, los problemas económicos de presupuestos asignados a cada una de las misiones, salarios bajos para el personal. Incluso, algunos de los progresos de las misiones no se mantuvieron por falta de atención y la prohibición de los curas para que los fieles asistieran a los cursos.⁸⁶⁶

Juntando éxitos y fracasos, las misiones siguieron su curso en la impartición de educación a los maestros de las comunidades rurales y a la población en general. Al dejar la presidencia Elías Calles, durante los siguientes años el cargo recayó en tres personajes considerados “miembros del ejército débiles y poco independientes”,⁸⁶⁷ a saber: Emilio Portes Gil (1928-1930); Pascual Ortiz Rubio (1930-1932), y Abelardo L. Rodríguez (1932-1934), periodo de seis años conocido como Maximato, donde el general Calles continuó dirigiendo la vida política del país. A los pocos días de dejar el cargo de presidente, Calles creó el Partido Nacional Revolucionario y al realizarse la segunda convención de ese nuevo partido se postuló a Lázaro Cárdenas⁸⁶⁸ como el siguiente candidato para ocupar el cargo de la presidencia del país.

Para el año de 1938, bajo el liderazgo político de Cárdenas como jefe supremo del país, las misiones culturales fueron suspendidas al observarse que las personas enviadas durante las misiones pudieran tener un papel de caudillos revolucionarios y por ello contravenir con las políticas cardenistas de ese momento.

⁸⁶⁴ *AHSEP*, Misiones Culturales, caja 53, exp.20, fojas 19, 1928 “Memoria crítica de la actuación de la Dirección de Misiones Culturales”. Ver también “Discurso de Emilio Portes Gil al abrir las sesiones ordinarias del Congreso. 1 de septiembre de 1929” en http://www.biblioteca.tv/artman2/publish/1929_216/Discurso_de_Emilio_Portes_Gil_al_abrir_las_sesione_1280.shtml.

⁸⁶⁵ Mendoza, 2004: 74.

⁸⁶⁶ SEP, 1928 b; Para el caso de Oaxaca revisar Mendoza García, 2004; en el caso de Quintana Roo, revisar Mendoza, 1994.

⁸⁶⁷ Carrillo, 2005: 147.

⁸⁶⁸ Este personaje ya había figurado en la política antes, pues fue gobernador del estado de Michoacán durante los años de 1928-1932, en donde apoyó a las clases obrera y campesina, y realizó el reparto de tierras.

5.2.3.- El gobierno cardenista y la salud pública federal

Al tomar el poder de la presidencia de la República Mexicana en 1934, Lázaro Cárdenas del Río enfatizó la necesidad de reformar las leyes, incluyendo la Ley Agraria, la nacionalización de los ferrocarriles y la industria petrolera ante el inminente poder de los grupos conservadores, pero sobre todo de la presión política y económica que países imperialistas ejercieron en años anteriores.

Carrillo señaló que durante el periodo gubernamental de Cárdenas se “dio un primer intento sistemático para establecer servicios permanentes de atención médica en las zonas rurales del país”.⁸⁶⁹

La necesidad de mantener a la población sana fue la idea generalizada que médicos, sanitaristas, delegados y políticos profesaron ante las oficinas sanitarias del país, insistiendo de acuerdo con las palabras dictadas por el médico Bustamante en 1934 que “sin los seres humanos, que pueblan la República, no importan ni fértiles zonas agrícolas, ni extensas costas, ni leyes sabias. El progreso de la Nación en todos los casos tiene su base y sostén en el hombre, y en el hombre sano”.⁸⁷⁰

Bustamante, egresado de la Universidad Hopkins de Baltimore, insistió en la necesidad de organizar a los servicios sanitarios, es decir que tanto la higiene rural como la urbana deberían trabajar en conjunto, pues señaló que “la unión de los servicios sanitarios federales y locales en un sólo grupo que tuviera armonía en el trabajo, economía en la administración y efectividad en la acción, sin duplicidad de funciones y sin conflictos de jurisdicción”, mejorando la vida rural y urbana y se obteniendo a su vez elementos de progreso.⁸⁷¹ El discurso dictado dejaba entrever la existencia de problemas que presentó la situación sanitaria del país;⁸⁷² las entidades federativas no comprendieron la urgencia que representaba la alta mortalidad de infantes en el primer año

⁸⁶⁹ Carrillo, 2005: 146.

⁸⁷⁰ Bustamante 1988: 758. Este fragmento formó parte de su discurso al ser aceptado en la Academia Nacional de Medicina en mayo de 1934.

⁸⁷¹ Bustamante 1988: 758.

⁸⁷² Hay que mencionar que constantemente las autoridades federales tuvieron “roces” con las autoridades locales, por ello el jefe del Departamento de Salubridad Pública de la Nación se dirigió al gobierno del Estado de Campeche desde 1927 publicado en el *Diario Oficial del Estado de Campeche*, y estipuló que para un mejor servicio de las funciones sanitarias correspondientes a las autoridades federales en materia de salubridad pública, y de acuerdo con el Código expedido el 6 de marzo de 1926, durante la Primera Reunión de Autoridades Sanitarias de la República, convocada para normar las relaciones que debieron existir entre las autoridades sanitarias federales y locales, se precisen las funciones de los delegados federales, y que éstos no deben intervenir en los asuntos sanitarios que correspondan a la jurisdicción local, por ejemplo lo que se refiere a la vigilancia en materia sanitaria del ejercicio de la prostitución, lo cual compete a las autoridades locales, pues se refiere a la moral y orden público. HNDM *Diario Oficial del Estado de Campeche*, 12 de marzo de 1927, Comunicación del Jefe del Departamento de Salubridad Pública de la Nación al Gobierno del Estado.

de vida, junto con la de niños y jóvenes, que representaba “fuera de toda consideración sentimental, verdaderos capitales perdidos”.⁸⁷³ Un cálculo rápido del valor económico, según Bustamante, arrojaba que la pérdida evitable de vidas en México, representaba por año 2 mil, 820 millones, 400 mil pesos de aquella época.⁸⁷⁴

Si bien, el médico recalcó la imperiosa necesidad de establecer centros higiénicos hasta en el más recóndito lugar de la nación mexicana, al parecer su discurso se encontró dirigido no solo a las autoridades sanitarias, sino también a los médicos, enfermeras, higienistas, e inspectores sanitarios, para alentarlos a practicar y llevar hasta las comunidades el hábito de la higiene y los adelantos de las ciencias médicas. Aunque hay que recordar que los médicos no eran del todo aceptados sobre todo en las comunidades rurales, donde aún persistían parteras, hueseros, sobadores y otros personajes considerados por los sanitaristas como “charlatanes”. El doctor Gastélum realizó su intento por incluir a las autoridades municipales en la participación de mejoras sanitarias, cuidado de la higiene y lucha contra las enfermedades hacia 1927, y para la tercera década aún se insistió en continuar su anhelo.

Así, la importancia de establecer los servicios sanitarios coordinados en México respondió a la necesidad que se presentaron en varias comunidades del país, pues se estimó presupuestalmente que una “municipalidad rica” podría invertir para contar con un laboratorio, dispensarios antivenéreos, antituberculosos, con centros de higiene infantil y un gabinete odontológico escolar para que municipalidades “pobres” que estuvieran agobiadas por paludismo o la oncocercosis, entre otras enfermedades, pudieran tener atenciones en los centros de higiene más cercanos con el apoyo de la federación y el estado. Con ello se pretendió que no se quedaran abandonadas ante las problemáticas de salud que se les presentaron.

Hay que señalar que la idea de cooperación y coordinación sanitaria fue realmente una idea “importada”, pues tanto en Norte América como en Europa y Asia, las unidades sanitarias cooperativas fueron instituciones “de carácter municipal y sólo para un municipio”. Sin embargo, en 1931 fueron aceptadas en Europa, por la Sección de Higiene de la Liga de las Naciones, al reconocer su éxito como centros primarios y secundarios de sanidad. Con ello se observa que México utilizó las experiencias y las enseñanzas de las oficinas de higiene extranjeras. Al respecto,

⁸⁷³ Bustamante, 1988: 742.

⁸⁷⁴ Bustamante realizó el cálculo sobre el valor económico que representa un habitante para un país tomando las cifras del doctor D. Long quien señaló que cantidades como valores a los habitantes de Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia, Bélgica, y las comparó con lo que Rubén García estableció para México en su publicación del 13 de enero de 1932 en el periódico *El Universal* con su nota “cuánto vale un mexicano”. El médico indicó que de acuerdo con el presupuesto de las Unidades Sanitarias Cooperativas dependientes del Servicio de Higiene Rural fue para el año de 1933 de 1 peso con 61 centavos por cabeza, es decir, una cantidad insuficiente para la ejecución de un programa total de sanidad.

Bustamante señaló “no se ha hecho imitación ciega, ni copia”; explicó que México transformó y adaptó las organizaciones a su medio, teniendo en consideración sus propias problemáticas de recursos económicos, recursos humanos, falta de vías de comunicación y la ausencia de educación higiénica.⁸⁷⁵

Otro aspecto que es necesario recalcar, es que la primera Unidad Sanitaria Cooperativa fue fundada en 1928 en las municipalidades de Minatitlán y Puerto México, y para ello participaron el Departamento de Salubridad del gobierno del estado de Veracruz, los ayuntamientos de las municipalidades y la División de Sanidad Internacional de la Fundación Rockefeller.⁸⁷⁶

El 18 de noviembre de 1931, el Departamento de Salubridad General presentó un memorándum para el acuerdo presidencial colectivo de Secretarías de Estado y de los departamentos administrativos, solicitando la participación conjunta para el saneamiento de los lugares que presentaron enfermedades infectocontagiosas y enfermedades transmisibles como paludismo, uncinariasis, fiebres tifoideas, oncocercosis, tuberculosis y lepra.⁸⁷⁷

Se mencionó que tan solo las pérdidas humanas por paludismo reducían considerablemente la productividad humana a la tercera parte. Se recalcó que la merma de los capitales invertidos en trabajos industriales, agrícolas o de irrigación, aunque sean de varios millones de pesos, la inversión sería nulificada en un solo año por el factor paludismo. A pesar de que la baja de mano de obra por enfermedad sea sustituida, después de tres meses, los nuevos elementos habrían perdido su valor como elementos de trabajo por ser aparentemente nuevos reservorios para la enfermedad, y al no tener defensas, estos caerían presa de los padecimientos. A la larga, ningún ser humano querría ser empleado “de esos cementeros agrícolas”.⁸⁷⁸

Al parecer, la enfermedad del paludismo formó parte de las preocupaciones de autoridades sanitarias, médicos y políticos, así como de los inversionistas, pues al traer mano de obra de otros lugares, esta oleada de personal se volvió presa de las enfermedades endémicas y a la larga los propietarios no pudieron recuperar el capital invertido- Poco sirvieron las campañas

⁸⁷⁵ Bustamante, 1988: 745.

⁸⁷⁶ *The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1928, 1929.*

⁸⁷⁷ AHSSA, Fondo Salud Pública, Sección SJ, caja 27, exp. 8 foja 2, foja 3 “Memorándum que presenta el departamento de salubridad general para el acuerdo presidencial colectivo de secretarías de estado y de los departamentos administrativos. Que se celebra el día 18 de noviembre de 1931”.

⁸⁷⁸ AHSSA, Fondo Salud Pública, Sección SJ, caja 27, exp. 8 foja 2, foja 3, 1931, “Enfermedades transmisibles dominantes”.

emprendidas por parte del gobierno para la eliminación del vector, a través del gas utilizado para la destrucción de larvas y la aplicación de las soluciones de quinina inyectables.⁸⁷⁹

El gobierno federal instó a las autoridades estatales y municipales a trabajar en conjunto; a su vez, solicitó el apoyo de las secretarías de hacienda, guerra, comunicaciones, agricultura e industria para emplear estrategias juntos que contribuyesen a lograr el progreso nacional, descartando las pérdidas de soldados, agricultores, obreros, etcétera.⁸⁸⁰ Sin embargo, las autoridades sanitarias evidenciaron el gasto excesivo que se realizaba para la capital del país, mientras que para las municipalidades el presupuesto fue otro: en el Distrito Federal el presupuesto destinado por cada persona fue de \$2.00, en comparación con el resto del país donde se estimó el gasto de \$0.25 al año.⁸⁸¹

Durante la campaña contra las enfermedades tropicales que dirigió el doctor Juan Graham Casasús, se recomendó, además de las medidas preventivas utilizadas contra el mosquito *Aedes*, estudiar el territorio nacional e identificar el tipo de mosquito predominante por zonas. Para tal efecto, se dividió la República en siete zonas palúdicas de acuerdo con el estudio realizado por el profesor Hoffman (Cuadro 12).

Cuadro 12.- Distribución de los mosquitos *Anopheles*. Clasificación del profesor Hoffmann.⁸⁸²

ZONA PALUDICA	ANOPHELES DE LA ZONA	TRANSMISORES EFECTIVOS	FORMAS PREDOMINANTES DE PALUDISMO
I.- Litoral del Pacífico	<i>A. Pseudopunctipennis</i> . <i>A. Albimanus</i>	<i>A. Pseudopunctipennis</i> . <i>A. Albimanus</i>	Forma tropical predominante. Terciana en mayores proporciones.
II.- Zona Interior del Pacífico	<i>A. Pseudopunctipennis</i> .	<i>A. Pseudopunctipennis</i> .	Forma terciana y forma tropical en distintas proporciones, predominando las tercianas.
III.- Zona del Sur	<i>A. Pseudopunctipennis</i> .	<i>A. Pseudopunctipennis</i> .	Forma terciana predominante. Forma tropical en proporción muy baja
IV.- Zona del Centro	<i>A. Pseudopunctipennis</i>	<i>A. Pseudopunctipennis</i>	Forma terciana predominante.
V.- Zona del norte	<i>A. Pseudopunctipennis</i>	<i>A. Pseudopunctipennis</i>	

⁸⁷⁹ AHSSA, Fondo Salud Pública, Sección SJ, caja 27, exp. 8 foja 2, foja 4, “Enfermedades transmisibles dominantes”. Otras de las enfermedades presentes fueron la uncinariasis y la oncocercosis, que por lo general fue un padecimiento frecuente entre los niños.

⁸⁸⁰ AHSSA, Fondo Salud Pública, Sección SJ, caja 27, exp. 8 foja 2, foja 6, “Enfermedades transmisibles dominantes”, 18 de noviembre de 1931.

⁸⁸¹ AHSSA, Fondo Salud Pública, Sección SJ, caja 27, exp. 8 foja 2, foja 7 “Enfermedades transmisibles dominantes”, 18 de noviembre de 1931.

⁸⁸² AHSSA, F-SP, S-SJ, C-34, Exp. 6, “Trabajo presentado por el señor Doctor Juan Graham Casasús en el primer congreso médico del paludismo reunido en Tampico septiembre de 1932”.

	<i>A. Cuadrimaculatus</i>	<i>A. Cuadrimaculatus</i>	Forma terciana predominante. Forma tropical hasta el 10% de los casos terciana.
VI.- Zona del Litoral del Golfo	<i>A. Albimanus</i> <i>A. Pseudopuctispennis</i>	<i>A.- Albimanus</i> <i>A.- Pseudopuctispennis</i>	Forma tropical predominante. Forma terciana en distintas proporciones; muy baja en la interior.
VII.- Zona de Yucatán	<i>A. Cuadrimaculatus.</i> <i>A. Crucians.</i> <i>A. Albimanus</i> <i>A. Crucians.</i> <i>A. Pseudopuctipennis</i>	<i>A. Cuadrimaculatus.</i> <i>A. Crucians.</i> <i>A. Albimanus</i> <i>A. Crucians.</i> <i>A. Pseudopuctipennis</i>	Forma tropical predominante. Terciana en bajas proporciones, más altas en el interior.

De acuerdo con Casasús, la enfermedad del paludismo preocupó a México y a las naciones europeas y americanas a causa de que restó innumerables vidas y energías para el trabajo, dando lugar a que el paludismo fuera declarado problema nacional e internacional.⁸⁸³

Otra medida dictada desde el gobierno federal para subsanar los efectos de la enfermedad y ayudar a la población a combatirla, fue decretar la reducción de los derechos causados y los precios de las telas destinadas a la protección de las ventanas y puertas de las casas para que pudieran adquirirse fácilmente por toda la población.⁸⁸⁴

El 15 de junio de 1936, al ser considerada la enfermedad del paludismo como uno de los principales problemas sanitarios de la república mexicana debido a que ocasionó varios millones de defunciones anualmente y de padecerlo otra cantidad considerable de mexicanos, se decretó por orden presidencial de Lázaro Cárdenas que la campaña nacional contra el paludismo fuera de interés público.⁸⁸⁵

Entre otras consideraciones se encontró que la economía nacional perdía anualmente sumas considerables por el menor rendimiento de trabajo de las personas enfermas; que la enfermedad atacaba a las clases desvalidas por la escasa protección que tuvieron para evitar a la enfermedad, así como por carecer de recursos para la adquisición de medicamentos y artículos de protección como las telas, el gas oil, el verde de París, etcétera; y que al ser dichos productos comercializados por particulares, quedaban exclusivamente fuera del alcance de las masas. Ante esta última consideración, el Gobierno Federal abarató la venta de los artículos para el combate

⁸⁸³ AHSSA, F-SP, S-SJ, C-34, Exp. 6, foja 38, “Campaña Antipalúdica. *Anopheles* Transmisores. Destrucción de mosquitos y larvas”, octubre de 1932.

⁸⁸⁴ AHSSA, F-SP, S-SJ, C-34, Exp. 6, foja 39, “Campaña Antipalúdica. *Anopheles* Transmisores. Destrucción de mosquitos y larvas”, octubre de 1932.

⁸⁸⁵ AHSSA, F-SP, S-SJ, C-47, Exp. 6, foja 12 “Decreto de Lázaro Cárdenas” 15 de junio de 1936.

de la malaria con el fin de que un mayor número de consumidores de todas las clases sociales pudieran contribuir para el combate a la enfermedad.⁸⁸⁶

En este rubro, en el artículo 2 del decreto se estableció que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público dictaría las medidas necesarias para que quedaran libres de todo derecho o impuesto durante el año de 1936 productos como la Totaquina, Quinina y sus sales, Atrebina, Plasmolina y las asociaciones de estos medicamentos. Otros productos que fueron declarados con exención fiscal fue la tela de alambre de cualquier metal o aleación, el verde de París, los modelos de aparatos pulverizadores y los atomizadores señalados por la autoridad sanitaria (artículo 3).⁸⁸⁷

Este decreto fue seguido bajo la dirección del doctor y general José Siurob Ramírez, quien fuera el jefe del Departamento de Salubridad Pública bajo el mandato de Lázaro Cárdenas.⁸⁸⁸ Con Siurob, se creó en 1938 el Instituto Biotécnico para la investigación, fabricación de vacunas y sueros para animales y en 1939 se inauguró el Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (ISET) con el licenciado Rubén Leñero en representación del presidente Cárdenas.

Hay que mencionar que el Instituto de Higiene fue creado para la fabricación de los productos biológicos necesarios para combatir las enfermedades y las epidemias del país, y que, al fusionarse el Departamento de Salubridad Pública con la Secretaría de la Asistencia Pública, se puso en evidencia la necesidad de crear una institución que se dedicara por completo a la investigación científica para dar una orientación asertiva a las campañas sanitarias. De allí que se estableciera en el Plan Sexenal que el Departamento de Salubridad incluyera la investigación científica en su programa de labores. El ISET se fundó el 18 de marzo de 1939, marcando, en palabras del doctor Manuel González Rivera “el principio de una nueva era en la historia de la salubridad en el país”.⁸⁸⁹

Esta Institución respondió a la necesidad de las autoridades sanitarias para conceder la importancia a la investigación científica en materia de enfermedades tropicales que fueron endémicas en la mayoría de los poblados situados en zonas tropicales. De esta manera las labores del instituto se encaminaron hacia la epidemiología, entomología, protozoología, farmacología, fisiología, parasitología, micología, química y preparación de medios de cultivo, histopatología,

⁸⁸⁶ *AHSSA*, F-SP, S-SJ, C-47, Exp. -6, foja 12, Decreto de Lázaro Cárdenas” 15 de junio de 1936.

⁸⁸⁷ *AHSSA*, F-SP, S-SJ, C-47, Exp. -6, foja 12, “Decreto de Lázaro Cárdenas” 15 de junio de 1936.

⁸⁸⁸ *AHSSA*, F-SP, S-SJ, C-47, Exp. -6, foja 12, “Decreto de Lázaro Cárdenas” 15 de junio de 1936.

⁸⁸⁹ González Rivera, 1949: 705. Este médico fue Secretario del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Profesor de Educación Higiénica en la Escuela de Salubridad e Higiene de México.

terapéutica experimental, observación clínica, entre otros tópicos.⁸⁹⁰ Este instituto estuvo conformado por sanitaristas y técnicos con especialidades como el doctor Miguel Bustamante,⁸⁹¹ el doctor Eliseo Ramírez, el doctor Rafael P. Gamboa, el doctor Manuel Martínez Báez y el doctor José Zozaya.

En palabras de Siurob, la necesidad de crear el ISET radicó en: el estudio de las enfermedades de los climas cálidos, que daría incalculables beneficios al país, ... además del estudio directo de las enfermedades tropicales, esta institución desarrollará una amplia labor experimental de animales de laboratorio, y se realizará la preparación técnica del personal médico y sanitario que vaya a desarrollar sus labores en las zonas cálidas. Tendrá como anexo un hospital para los enfermos de los padecimientos tropicales.⁸⁹²

Durante el régimen del presidente Cárdenas (1934-1940) se insistió en que todos los ejidos⁸⁹³ tuvieran acceso a la atención médica, pero más en las zonas rurales del país. Desde el plan sexenal se indicó que en el área de salud se destinaría un 5.5% de su presupuesto,⁸⁹⁴ el establecimiento de los servicios públicos fundamentales entre ellas: la implementación de agua a las comunidades y atarjeas, combate de las endemias, epidemias y mortalidad infantil, combate de enfermedades como paludismo, tuberculosis, sífilis y oncocercosis, entre otras. A la vez, se señaló que la lucha por medio de medicamentos fue infructuosa, el establecimiento de un instituto dedicado al estudio de las enfermedades tropicales y la expedición de leyes para la reglamentación de los principios técnicos de higiene en materia de alimentación.⁸⁹⁵

Se señaló durante dicho plan sexenal que el presupuesto designado sería destinado íntegramente a los servicios en el interior de la república, considerando que eran apremiantes las necesidades sanitarias de los estados; pero también se estableció que los gobiernos locales, junto con los ayuntamientos señalaran las sumas destinadas anualmente al desarrollo de los servicios sanitarios.⁸⁹⁶ Con ello, se buscó aumentar los recursos destinados a la obra de higiene y de salubridad, en donde los poderes federal, estatal y local unieran sus esfuerzos para mantener y

⁸⁹⁰ González Rivera, 1949: 706, ver también José Siurob, *La Sanidad en México*, 1936.

⁸⁹¹ En el año de 1949 se destacó como secretario de la Oficina Sanitaria Panamericana en Washington.

⁸⁹² Siurob, 1936: 1141.

⁸⁹³ El concepto de *ejido* se refiere a la “tierra entregada a un núcleo de población, ya sea por restitución, dotación o ampliación” en Carrillo, 2005: 154.

⁸⁹⁴ En comparación de los presupuestos destinados a años anteriores, por ejemplo, para 1926 se destinó 1.93% mientras que para 1933 el presupuesto fue de 3.03% sobre el monto total del presupuesto de egresos de la federación. En el Plan se comprometía a subir dicho presupuesto quedando de la siguiente manera: 3.40 % para 1934; para 1935 se daría 3.86%; 4.20% para el año de 1936; 4.60% para 1937; 5.00% para 1938 y 5.50% para 1939. PNR, Plan Sexenal, 1934-1940.

⁸⁹⁵ Partido Nacional Revolucionario (PNR), Plan Sexenal, 1934-1940.

⁸⁹⁶ Siurob, 1936: 1139.

mejorar las condiciones de salud pública del país. Aunque ya se sabía desde años anteriores, las autoridades de los tres niveles de poder tuvieron sus desacuerdos y no se coordinaron en armonía para poder realizar los trabajos en conjunto, tal y como vengo señalando desde capítulos anteriores.

Ahora bien, con respecto a la concienciación del pueblo para hacerle frente a las enfermedades y que todos aportaran su apoyo para erradicar las enfermedades que imperaron en el país, por ejemplo, en el estado de Yucatán se realizó la creación del programa de asistencia social de los henequeneros de Yucatán por parte del gobierno estatal.⁸⁹⁷

Cabe señalar que desde años posteriores a la revolución se les aconsejó a los hacendados y dueños de ranchos que, debido a la existencia de la enfermedad de fiebre amarilla en el interior del estado, aunada con la inmigración de trabajadores no inmunes, se establecieran las acciones reglamentarias para el cuidado y prevención contra la enfermedad. Esto condujo a que las autoridades sanitarias implementaran las medidas como aislamientos de los enfermos, cambios en los hogares que ayudaran a evitar la entrada de los mosquitos a las casas habitación.⁸⁹⁸

Como hemos detallado, el país se encontró transitando por nuevos caminos políticos, pero con viejos problemas sanitarios que se mencionarán a continuación.

5.2.4.- Los grandes problemas de salud pública y las campañas para su combate

En un reporte dirigido a Cárdenas, Siurob expresó que la situación sanitaria de México se encontraba muy deteriorada y que el gobierno del general tendría que trabajar en los siguientes temas para poder cumplir con lo que se había planteado en el Plan Sexenal. Siurob expresó que: las condiciones generales de salud eran deficientes; y que la población careció de una nutrición adecuada que estuviese basada en alimentos y bebidas saludables. Con respecto a los servicios de salud, sino eran nulos en la mayoría de las poblaciones, los que se encontraban eran deficientes, por lo que se necesitaba trabajar para establecer servicios eficientes. Por último, señaló que la ignorancia de la población con respecto a la higiene personal y a la medicina

⁸⁹⁷ Ronzón, 2004: 18; Carrillo, 2005: 145-178.

⁸⁹⁸ HNDM, *Diario Oficial del Estado Libre y Soberano de Yucatán*, Circular del Consejo de Salubridad Pública de México, delegación Sanitaria de Yucatán, marzo 8 de 1920. Esta nota también fue publicada los días 3, 9, 14 y 20 de febrero, y los días 3, 9, 15, 20 y 26 de marzo de dicho año.

ocasionaba en la mayoría de los casos que la población sucumbiera ante la presencia de enfermedades.⁸⁹⁹

Por ello, de acuerdo con lo establecido en el Plan Sexenal, el Departamento de Salubridad Pública estableció cincuenta centros y brigadas ambulantes de higiene rural, ámbito más afectado por carecer en su mayoría de infraestructura sanitaria adecuada.

Las enfermedades parasitarias fueron una de las principales causas de mortalidad, por ello se elaboró el reglamento de la campaña contra la oncocercosis, infección transmitida por moscas negras, que puede llegar a causar ceguera y otras lesiones cutáneas. De la misma forma, se solicitó la colaboración a los hacendados henequeneros de Yucatán, de las empresas ganaderas, agrícolas e industriales de los estados de Chiapas y Oaxaca para combatir a la enfermedad, apoyando al personal sanitario asignado y proporcionando las facilidades para la realización de obras sanitarias.⁹⁰⁰

Por otra parte, las enfermedades tropicales estuvieron presentes en las agendas de las agencias de salud, tal y como lo señaló Siurob en su artículo "*La sanidad en México*", en el que dice que las campañas contra dichas enfermedades se habían empeñado en combatir al paludismo que había causado unas 25,000 defunciones en el país y que por tanto se creía un azote temible. Así, fueron realizadas campañas en Mazatlán, Colima, Guerrero, Tampico y otros estados en los que se establecieron servicios antilarvarios, con resultados que evidenciaron un control de la población de mosquitos, en lo que Siurob menciona "dentro de los límites de seguridad".⁹⁰¹ Sin embargo, en la ciudad de Mérida los mosquitos aún persistieron a pesar de los trabajos realizados por los servicios antilarvarios.⁹⁰²

Estos servicios antilarvarios se encontraron establecidos en Tampico, Panuco, Veracruz, Tuxpan, Puerto México, Campeche, Ciudad del Carmen, Mérida, Progreso, Salina Cruz y Mazatlán, en total 11 que dependieron económicamente del Departamento de Salubridad Pública.⁹⁰³ Otros 8 servicios de esta índole fueron sostenidos por empresas particulares, como fueron las establecidas por las compañías petroleras en los poblados de Tierra Blanca y Cerro

⁸⁹⁹ AHSSA, fondo salud pública, sección jurídica, c.44, foja 7, 6 de agosto de 1935, "Cuestiones que deben ser consideradas por el C. Presidente de la República", emitidas por José Siurob del Departamento de Salubridad Pública.

⁹⁰⁰ AHSSA, F SP, Oficialía Mayor, c.2, exp.9, marzo de 1935, "Reglamento de la campaña contra la oncocercosis".

⁹⁰¹ Las campañas realizadas contra la fiebre amarilla estuvieron enfocadas a combatir al mosquito *Aedes* para reducir su presencia, procurando sostener el número de criaderos dentro del índice de seguridad que es de 5 por ciento en casas, "La sanidad en México", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 8, n. 2, febrero de 1929, pp.103-125.

⁹⁰² Siurob, 1936: 1140.

⁹⁰³ a partir de 1927 dependieron del Servicio de enfermedades Transmisibles, "La sanidad en México", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 8, n. 2, febrero de 1929, pp.103-114.

Azul, Las Matillas. Otra empresa que estableció y mantuvo por su cuenta un servicio anti larvario fue el ingenio de Agua Buena, en Tamasopo, San Luis Potosí.⁹⁰⁴

Ya desde 1927, el Boletín de la Oficina del Departamento de Salubridad de México había anunciado que en los últimos meses del año de 1926 el paludismo se había desarrollado de un modo alarmante en Veracruz, Guanajuato y Tamaulipas. El Departamento de Salubridad tomó en el acto las medidas procedentes, logrando poner coto al mal. En algunas regiones todo parecía indicar que el incremento de la dolencia se vinculaba con las inundaciones, de ahí la importancia de la realización de obras sanitarias.⁹⁰⁵

Otro problema que aquejó a la sociedad mexicana fue la alimentación, es decir, la falta de vigilancia en comestibles y bebidas. Por ello, por intermedio de los servicios coordinados se regularizó la vigilancia sobre todo lo relativo a la provisión de leche. Así también, se exigió el cumplimiento de la disposición del Código Sanitario referente a la inspección en pie en el rastro general de la ciudad, buscando la inspección de productos como la manteca, de aves y otros animales de caza.

Con respecto a la enfermedad de la tuberculosis, se llevó a cabo una campaña que contó con dispensarios antituberculosos, los cuales funcionaron en los sitios estratégicos o en donde más se necesitaron por la alta incidencia de casos, un ejemplo fue el Sanatorio Antituberculoso de Huipilco.

El cardenismo ha sido caracterizado como una etapa en la que se vivió una fuerte centralización política y administrativa. También lo fue en el campo sanitario, pero siempre llamó a la colaboración de otras instancias, pues se instó a los otros niveles de gobierno para apoyar a toda causa que luchara para acabar con los males endémicos y epidémicos.

Con respecto a las enfermedades venéreas, las autoridades tuvieron que invertir en las campañas, la educación de la población, elaboración de folletos y carteles. Siurob señaló que el Departamento estudió el problema de “cómo atacar del modo más razonable la lacra de la prostitución”.⁹⁰⁶ A tal grado fue la intensificación de la campaña contra las enfermedades venéreas que se combinó con el Consejo Nacional Antialcohólico, acrecentando sus actividades por medio del incremento a 900 comités establecidos.⁹⁰⁷

⁹⁰⁴ “La sanidad en México”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 8, n. 2, febrero de 1929, pp.103-114.

⁹⁰⁵ “El paludismo en México”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 6, n. 8, agosto de 1927, pp. 598.

⁹⁰⁶ Siurob, 1936: 1142.

⁹⁰⁷ Este trabajo en conjunto logró la supresión de la venta de alcohol en los ferrocarriles, en las campañas políticas, en los sindicatos de obreros y clausuró centenares de cantinas. Siurob, 1936: 1145.

Como grandes problemas de salud pública fue señalada la alimentación defectuosa y deficiente de las clases obreras y campesinas, pues bajo el concepto ideológico de que México necesitaba una mayor población para explotar las riquezas naturales del suelo y con ello lograr el bienestar y la riqueza nacional, una población mal alimentada, endeble ante las enfermedades endémicas y epidémicas, con altas tasas de mortalidad infantil, impedían el progreso del país. El saneamiento de las zonas endémicas también fue uno de los problemas, junto con la lucha contra la mortalidad infantil.⁹⁰⁸

Otro de los grandes problemas fueron las inversiones fallidas y persistencia de enfermedades, que se presentaron durante varios años, ya que en un memorándum emitido por el Departamento de Salubridad General⁹⁰⁹ de 1931, se denunció la falta de elementos que aún prevalecían en México con respecto a las enfermedades y el cuidado de la salud pública, al indicar que el personal con que se contaba resultaba insuficiente para realizar exámenes físicos y tomar medidas profilácticas. Se insistió que en los puertos y fronteras se necesitaban de los servicios de agua potable o de avenamiento y de estaciones de cuarentena para detener a los pasajeros sospechosos,⁹¹⁰ pues solo existían laboratorios en Veracruz y Tampico.⁹¹¹

El mismo documento señala el perjuicio que continuaban haciendo las enfermedades en la economía del país, no solamente por la presencia de las enfermedades mismas, sino también por la falta de cooperación que existió entre las autoridades federales y locales con el Departamento, lo cual trajo como consecuencia que las demás naciones con las que se tenían relaciones comerciales, pusieran en consideración como peligroso el contacto con los puertos mexicanos. Esto limitó el comercio y se pusieron numerosas restricciones:

Siendo la demostración más clara de la desconfianza que existe con respecto al estado sanitario de [las poblaciones mexicanas] que el presidente de los Estados Unidos, el día 12 de junio próximo pasado, declaró insalubres la totalidad de los puertos mexicanos, colocándolos a lado de puertos asiáticos y africanos que nosotros mismos consideramos como insalubres.⁹¹²

⁹⁰⁸ Carrillo Gil, 1937: 98.

⁹⁰⁹ Antes Consejo Superior de Salubridad.

⁹¹⁰ De acuerdo con el artículo 6 de la Delegación Sanitaria de Yucatán, se consideraba como “sospechoso de fiebre amarilla” a toda persona no inmune que tuviera temperatura superior a 37.5 grados centígrados, esta misma temperatura aplicó para la mayoría de las enfermedades, CAIHY, Consejo Superior de Salubridad de México, “Circular del Ejecutivo del Estado, No. 1998”, 30 de agosto de 1909.

⁹¹¹ AHSSA, FSP, SSJ, C27, EXP. 8, Memorándum, que presentó el Departamento de Salubridad General para el acuerdo presidencial colectivo de secretarías de estado y de los departamentos administrativos para el año de 1931, 18 de noviembre de 1931.

⁹¹² AHSSA, FSP, SSJ, C27, EXP. 8, Memorándum que presentó el Departamento de Salubridad General para el acuerdo presidencial colectivo de secretarías de estado y de los departamentos administrativos para el año de 1931, 18 de noviembre de 1931.

Así pues, autoridades sanitarias y gubernamentales recurrieron a la educación de la población para hacerle frente a las enfermedades. Como ejemplo, tenemos al paludismo que se combatió por un Servicio Técnico especial y con ayuda federal, tratando de acercar las medidas preventivas a toda la población, como se evidenció con el abaratamiento de los productos que sirvieron para el combate de la enfermedad. De igual forma, se realizaron Brigadas Sanitarias ambulantes que proporcionaron educación higiénica y medicamentos.⁹¹³

Hay que señalar que el gobierno no solo combatió las enfermedades que aquejaron al país, sino también tuvo sus luchas políticas internas, pues el expresidente Elías Calles constantemente atacó al nuevo gobierno de Cárdenas, pero al declararse retirado de la política, Cárdenas tomó las riendas de su gobierno, a tal grado que fue el primer presidente en pedir la renuncia de todo su gabinete presidencial y nombrar a uno nuevo. Entonces fue cuando José Siurob fue nombrado como jefe del Departamento de Salubridad, y con su llegada al departamento se creó la Oficina General de Campaña contra el Paludismo.

Durante la primera Convención General de Trabajadores de Salubridad realizada en agosto de 1937, en la ciudad de México, se indicó que la Oficina General de Campaña contra el Paludismo adquiriese tela de alambre, y otros utensilios para la lucha contra los mosquitos del género *Anopheles*, de igual forma se estipuló que se estudiase a los mosquitos; que realice programas contra la lucha de este vector; que incite a las autoridades, compañías, y particulares a la lucha contra la enfermedad; y que aliente a la aclimatación de la quina en las regiones apropiadas. Si bien, esta oficina fue creada por el gobierno federal de México, también estuvo al tanto de los trabajos llevados a cabo por la Fundación Rockefeller.

Ante los estragos que la enfermedad del paludismo ocasionó a nivel federal e internacional, se indicó que la Fundación Rockefeller realizó su mayor campaña contra el *Anopheles gambiae* en Brasil durante el año de 1938, bajo la dirección de Fred L. Soper y donde a finales de 1940 la malaria ya fue poco frecuente en las zonas previamente reportadas. Hay que mencionar la fundación estuvo presente en México desde la segunda década del siglo XX, combatiendo en su momento a la fiebre amarilla.

Durante el gobierno cardenista la Fundación Rockefeller ejerció campañas contra la anquilostomiasis y otros programas de salud que fueron alternados con la promoción de la agricultura.⁹¹⁴ En México, la Fundación avanzó lentamente, continuando con el programa de

⁹¹³ Siurob, 1936: 1144.

⁹¹⁴ Tema que será tratado en el siguiente capítulo y que se enfoca a lo que investigadores han denominado “revolución verde”.

becas de la División de Salud Internacional para estudiantes de enfermería y otras becas para intercambios académicos y estudios avanzados. En marzo de 1939, en respuesta a una solicitud del Departamento de Salud Pública de México e impulsada por un interés personal de Cárdenas, la Fundación realizó un primer programa de asistencia técnica para la agricultura mexicana, aceptando semillas de *cinchona de Brasil* para el desarrollo de una industria de quinina que fueron proporcionadas por George C. Payne, de la División de Salud Internacional. Hay que recordar que la quinina fue el aislada de la corteza de la quina y fue utilizada para tratar casos del paludismo.

Según Birn, uno de los mayores desafíos que enfrentó la fundación fue la elección de Cárdenas como presidente en vista de que el político se apegó al plan sexenal para transformar al país, enfocándose en la distribución de la tierra, la educación rural y los derechos de los trabajadores como metas principales para la nación.⁹¹⁵ Esta autora señaló que, a pesar de que México identificó cuatro problemas importantes en materia sanitaria, como mencionamos a principios de esta sección, la Fundación Rockefeller indicó que los problemas de salud que enfrentó el país mexicano más bien se debieron a la ignorancia pública de la medicina, de la higiene personal y la ausencia de servicios de salud eficientes. Por dichas razones, Cárdenas aceptó la ayuda que la Fundación le ofreció en tales áreas.⁹¹⁶

Sin embargo, la autora señala que la verticalidad del programa de la Fundación Rockefeller aunado con la tecnología moderna que implementó en sus programas frustró los intentos de integración con la salud pública mexicana y el gobierno socialista de Cárdenas. Por ende, la Fundación influyó mucho en las estrategias de salud rural, el trabajo de salud pública, la capacitación y la investigación a lo largo de casi treinta años al invertir cantidades monetarias.⁹¹⁷

La afirmación de la Birn, junto con los datos revisados y expuestos hasta ahora, confirman lo que se plantea en esta investigación, que los organismos internacionales a través del desarrollo del comercio internacional, las aportaciones monetarias para la realización de campañas contra diversas enfermedades, y en última instancia, la profesionalización médica, en conjunto todos estos aspectos influyeron en el desarrollo de la salud pública de México.

⁹¹⁵ Birn, 1996: 47.

⁹¹⁶ Birn, 1996: 47.

⁹¹⁷ Birn, 1996: 50.

5.2.5.-La primera Conferencia Regional Antimalárica

Desde 1928 el estudio realizado por el doctor Hoffman⁹¹⁸ manifestó que el paludismo se encontró en los estados de Tamaulipas, Veracruz, Campeche, Colima, Sinaloa, Oaxaca y Yucatán, en donde se realizaron trabajos antilarvarios que incluyeron visitas domiciliarias, inspección y pretolización de depósitos, fumigación de criaderos y charcos. El doctor indicó que en el Valle de México se incrementaron los casos y que el porcentaje subió súbitamente en los pueblos y suburbios, a pesar de que el área se elevaba de 2,200 a 2,300 metros sobre el nivel del mar.⁹¹⁹ Si bien esta información es relevante debido a que, en esa altitud, los mosquitos cambiaron los hábitos es decir, el doctor Hoffman indicó que la elevación del Valle repercutía en los vectores *Anopheles pseudopunctipennis* y *Anopheles quadrimaculatus*, especies identificadas en el Valle, ya que en el caso del primero hizo que pase el invierno en los estados de larva y hembra adulta, interrumpiendo su desarrollo, actividad y producción durante las semanas más frías y en franco estado de hibernación por unas ocho o nueve semanas. De tal manera que podemos observar la adaptación de los dípteros y su perseverancia a quedarse en ciertos lugares y a aclimatarse de acuerdo a las condiciones ambientales del lugar

De acuerdo a las investigaciones de Hoffman en México de las 10 especies que se encontraron de *Anopheles*, solo 4 fueron consideradas como transmisores del estado palúdico de la república: en el norte fueron identificadas las especies *Anopheles crucians* y *Anopheles quadrimaculatus*; mientras que en el sur del país se encontraron *Anopheles albimanus* y *Anopheles pseudopunctipennis*. Si bien cada una de estas especies se caracterizó por la preferencia del hábitat donde se hospedó, por ejemplo tenemos que el *crucians* solo se encontró en las aguas salobres de la costa del Golfo, el *quadrimaculatus* se encontró desde el Golfo hasta la región de Tuxpan; el *albimanus* se adaptó a los lugares de clima caliente y húmedo ubicadas desde el litoral hasta la cuenca de los ríos con una altura máxima de unos 400 metros sobre el nivel del mar, como lo fue la zona sur del Estado de Veracruz. En el caso de la península de Yucatán, esta última especie se encuentra por brotes, al no tener las condiciones de ríos y arroyos como en otras partes del país. Del lado del Pacífico se encuentra desde Guatemala hasta el sur de Sonora, sin embargo, se observa más predominantemente del lado del Golfo.⁹²⁰

⁹¹⁸ Hoffman, C.C., "Paludismo", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 9, n. 1, enero de 1930, pp. 28-31.

⁹¹⁹ Hoffman, "Paludismo", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 9, n. 1, enero de 1930, pp. 28-39.

⁹²⁰ "Crónicas. Paludismo", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 11, n. 11, noviembre de 1932, pp. 1175- 1176.

Según Bustamante se registraron varios casos de malaria en México desde 1922 hasta 1932. En el siguiente cuadro (Cuadro 13) se muestra la presencia de la enfermedad:

Cuadro 13: Presencia del paludismo en México

Año	Casos	Porcentaje por 100 mil habitantes
1922	24,932	189.9
1923	23,773	153.1
1924	21,392	157
1925	21,757	159
1926	21,553	156.8
1927	20,076	145.4
1928	18,720	134.8
1929	17,215	123.2
1930	27,183	177.5
1931	36,161	233.2
1932	20,790	131.2

Fuente: OPS, 1935: 445.

Hay que mencionar que estas estadísticas son reconocidamente bajas según la Oficina Sanitaria Panamericana, pues proceden de zonas en que el Departamento Federal de Salubridad tuvo cierto control, ignorándose las defunciones registradas en lugares donde no existieron médicos o los encargados del registro civil no tuvieron a la vista certificados médicos. El estudio de Bustamante, que comprendió tres quintas partes del territorio mexicano, reveló que del 1° de julio de 1932 al 30 de junio de 1933, los estados más afectados por la enfermedad fueron: Oaxaca con 3,219 defunciones; Puebla con 1,296; Chiapas con 1,266; Veracruz con 1,230 y Tabasco con 869. En el Estado de México se registraron 78.⁹²¹

En el caso de Yucatán, Hoffman se refirió que al no haber ni ríos ni pantanos, el desarrollo de los vectores se vio limitado. Sin embargo, la ciénaga, las áreas de manglar y los

⁹²¹ AHSSA, FSP, S-SJ, cc.34, exp.6, foja 30, “Campaña Antipalúdica. *Anopheles* Transmisores. Destrucción de mosquitos y larvas”, octubre de 1932; AHSSA, FSP, SSJ, c.27, exp. 8, “Enfermedades Transmisibles Dominantes” 18 de noviembre de 1931; OPS, 1935: 445.

*akalché*s representaban condiciones adecuadas para el desarrollo del mosquito y su proliferación, como sucedió en la epidemia de 1927 acaecida en Progreso.⁹²²

Blancarte Meléndez y Cabrera Palma, quienes fueron el Director de Adiestramiento de la Campaña Nacional contra la Erradicación del Paludismo (CNEP) y el médico malariólogo adscrito a la dirección, señalaron en sus informes que los estragos que el paludismo causó en México fueron de “proporciones gigantescas”.⁹²³

Hacia 1931 se realizó un reconocimiento en territorio mexicano que evidenció que gran parte de la nación tenía problemas por la enfermedad del paludismo (Figura 28). Esta información fue complementada con los datos recibidos del Departamento de Salubridad. Así pues, el Departamento hizo un llamamiento al personal médico, científico y a las autoridades sanitarias de los estados a que se prestara atención a la enfermedad del paludismo. La respuesta fue casi inmediata, pues en el medio científico se convocó a un congreso para tratar el tema.

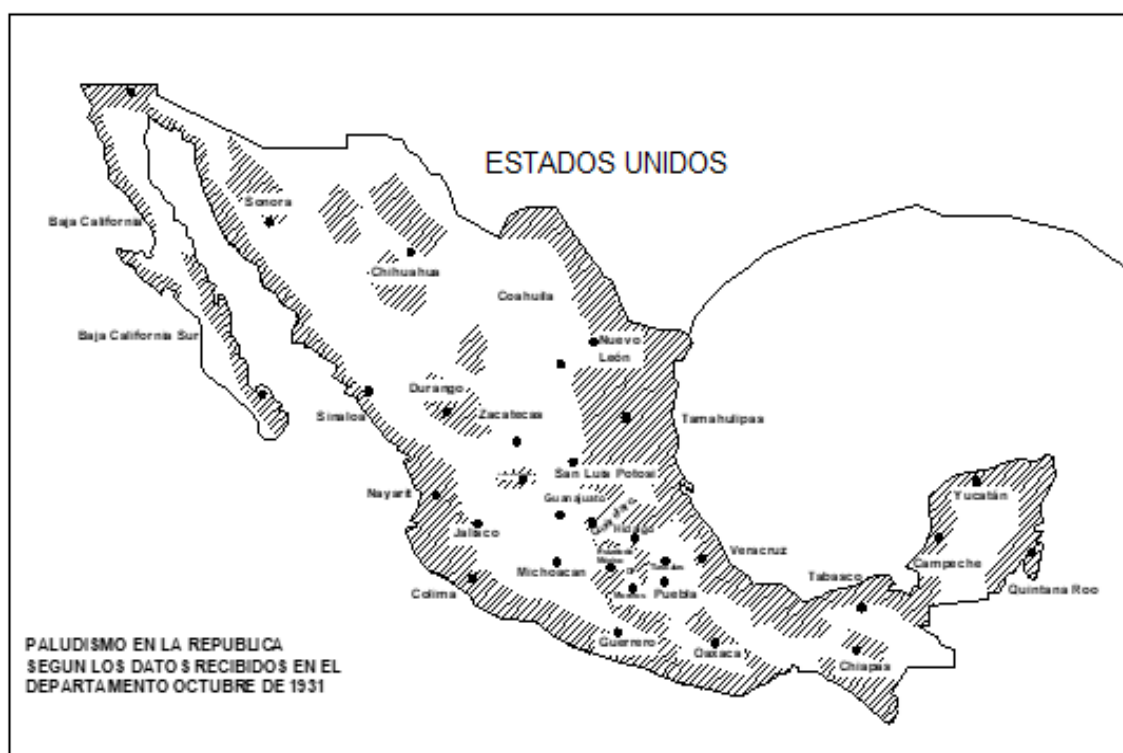


Figura 28: Mapa hecho en litografía, donde se señala la zona palúdica del país.⁹²⁴

⁹²² “Crónicas Paludismo”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 14, n. 5, mayo de 1935, pp. 445.

⁹²³ Blancarte Meléndez y Cabrera Palma, 1959: 14.

⁹²⁴ *AHSSA*, Fondo Salud Pública, Sección SJ, caja 27, exp. 8, “Paludismo en la república mexicana según los datos recibidos del departamento, octubre de 1931”. El mapa se encuentra hecho en litografía y la señalización de la zona palúdica está hecha a mano con rayas diagonales en color rojo

El primer Congreso Médico Mexicano del Paludismo fue realizado en el Puerto de Tampico, Tamaulipas, en el mes de septiembre de 1932, asistiendo entre otras personalidades, el doctor Miguel Bustamante como representante del Departamento de Salubridad Pública. Durante este evento él presentó su trabajo titulado “*Profilaxis del Paludismo*” donde describió las características de la enfermedad y el conocimiento entomológico vigente.⁹²⁵

A partir de esa fecha, se efectuaron campañas contra la enfermedad en Tierra Blanca, Veracruz, Cuernavaca, Tampico, Colima y Monterrey con resultados satisfactorios vistos en 1933. Posteriormente, se realizaron trabajos en San José del Cabo, Navolato, Colima, Morelia, Acapulco, Oaxaca, Salina Cruz, Tapachula, Matamoros, Tuxpan, Puerto México, Campeche, Mérida y Payo Obispo (Quintana Roo), extendiéndose la asistencia a toda la república. Pero como se mencionó antes en los grandes problemas de la nación mexicana, por un lado, el analfabetismo, que a pesar de que se realizaban impresos de panfletos, anuncios de periódicos y demás prensa escrita, pues la población no toda sabía leer; por otra parte, algunos lugares de México se encontraron casi en el abandono y por ende la presencia de la enfermedad prevaleció y paralizó las actividades. Hay que señalar que la Fundación Rockefeller cooperó hasta 1933, apoyando a los trabajos antilarvarios.

En 1935, ante la insistencia de médicos como Bustamante, Galo Soberón y Parra, autoridades sanitarias federales crearon la Oficina de la Campaña contra el Paludismo, Oncocercosis y otras Parasitosis, quedando en la dirección del doctor Salvador González Herrejón y con la asistencia del malariólogo doctor Soberón, de un ingeniero comisionado por el departamento agrario y personal administrativo y de campo.⁹²⁶

En 1936, durante el Primer Congreso de Médicos Militares Mexicanos, el doctor Jorge Meneses Hoyos, señaló en su intervención que entre la tercera y cuarta parte del ejército mexicano padecía de paludismo y que resultaba imperante luchar contra la enfermedad destruyendo los mosquitos que servían de vector, evitando las picaduras y tratando a los enfermos palúdicos. Igual dijo que era necesario divulgar el conocimiento sobre la transmisión y su prevención entre los soldados para lograr el convencimiento para la cooperación e insistió en el establecimiento de un laboratorio central para realizar estudios, experimentaciones e investigaciones de la enfermedad.

Entonces, para 1936 se declaró de interés público la campaña contra el paludismo por decreto presidencial, y se indicó que los artículos y medicamentos utilizados para el combate a

⁹²⁵Blancarte Meléndez y Cabrera Palma, 1959: 15.

⁹²⁶ Blancarte Meléndez y Cabrera Palma, 1959: 15.

la enfermedad quedaran exentos de impuestos.⁹²⁷ Para septiembre de ese año se presentó un proyecto legislativo al Departamento de Salubridad Pública, mismo que firmaron Miguel Bustamante, Galo Soberón y Parra, Rafael Blanc y el licenciado José Ángel Ceniceros. Ese escrito constituyó un reglamento de “lucha antipalúdica”.

En 1938 se creó la Comisión de Saneamiento Antimalárico.⁹²⁸ En el reglamento se estableció que la campaña debía descansar en una tríada conformada por medidas de ingeniería sanitaria que lograsen el saneamiento de las regiones maláricas, la educación del público en medidas profilácticas y el tratamiento que asegurase la curación del mayor número de enfermos.⁹²⁹

En el año de 1940, la Oficina de la Campaña Nacional contra el Paludismo,⁹³⁰ envió al ingeniero agrónomo Jesús Patiño Navarrete a Indonesia para estudiar varios productos tropicales que eventualmente podrían ser utilizados para tratar la enfermedad, especialmente se enfocó a la corteza denominada quina, extraída del *Chinchona officinalis*, árbol originario de América del Sur.⁹³¹ Para 1943, la Dirección de Salubridad Pública elaboró un mapa que mostró las regiones palúdicas de México de acuerdo con los datos obtenidos por Ross a partir de muestras obtenidas en niños. Hay que mencionar que en esos momentos se colaboró con los médicos y epidemiólogos encargados de los centros dependientes de la Dirección General de los Servicios Coordinados de Higiene y Asistencia en Estados y Territorios. Otras agencias que participaron fueron la Dirección General de Servicios Cooperativos de Higiene Rural y de la Oficina de Especialización Sanitaria dependiente de la Fundación Rockefeller. Todas estas dependencias enviaron gente capacitada, que, junto con pasantes de medicina, y médicos particulares, realizaron tomas de muestra sanguínea, analizaron las características habituales de los mosquitos, evidenciando su distribución geográfica, además se formaron cuadrillas para aplicar el insecticida compuesto con DDT, rociando las casas, las paredes, y todo lugar donde podía posarse el mosquito.⁹³²

⁹²⁷ *Diario Oficial de la Federación*, Órgano Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, “Decreto que declara de interés público la campaña contra el paludismo”, sábado 18 de Julio de 1936, n. 16, tomo XCVII.

⁹²⁸ Blancarte y Cabrera, 1959: 16.

⁹²⁹ Blancarte y Cabrera, 1959: 17. Se declaró exento de todo derecho o impuesto la introducción al país de los medicamentos antipalúdicos como la totaquina, la quinina, la atrebina y la plasmovina, sustancias como el verde de País y el extracto de piretro *Diario Oficial de la Federación*, Órgano Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, “Decreto que declara de interés público la campaña contra el paludismo”, sábado 18 de Julio de 1936, n. 16, tomo XCVII.

⁹³⁰ Hay que tener en consideración que la oficina no se mandó sola, pues dependió de la Dirección de Epidemiología del Departamento de Salubridad Pública.

⁹³¹ El término quechua “quina” significa corteza.

⁹³² Blancarte Meléndez y Cabrera Palma, 1959: 17.

Para el año de 1945 se realizó un estudio cooperativo entre la Fundación Rockefeller y el gobierno mexicano, determinando que la aplicación del DDT en el interior de las casas, en techos y paredes había logrado reducir el número de mosquitos adultos. Se aplicó DDT en viviendas de las regiones arroceras del estado de Morelos, y sus resultados favorables alentaron la participación de organismos nacionales e internacionales por la lucha antipalúdica en el país. En 1959 se inició la producción nacional de DDT, abriendo nuevos caminos a la industria de los insecticidas y al campo del control de las enfermedades transmitidas por vectores.⁹³³

Con el éxito de la aplicación del DDT, en 1948 se intensificó la campaña y se rociaron casas en el estado de Tabasco, enfocándose a la ciudad de Villahermosa, y la ciudad petrolera de Frontera, la campaña fue apoyada en el norte del estado por Petróleos Mexicanos, mientras que en el centro del estado, la campaña fue apoyada por los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia del Estado y en el sur por la Fundación Rockefeller.⁹³⁴ Otros estados rociados fueron Monterrey, Baja California, Michoacán y Nayarit. Para 1949 la campaña llegó a los estados de Sinaloa, en la Ciudad de Rosario, Hidalgo, Manzanillo. En 1950 se les unió el estado de Guerrero (Figura 29).⁹³⁵

Los resultados de esta lucha fueron expuestos en la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en la Ciudad de Trujillo, República Dominicana del 1 al 10 de octubre de 1950 y se indicó que la disminución en la mortalidad y morbilidad se lograría con extinguir la enfermedad contando con una organización adecuada, con recursos económicos y técnicos suficientes. Durante la siguiente conferencia celebrada en Santiago de Chile en 1954, se tomó la resolución de apoyar la idea propuesta por México durante la XIII Conferencia, postulando a México como el paladín contra la lucha antimalárica.⁹³⁶

⁹³³ Franco Agudelo, 1990: 288.

⁹³⁴ Blancarte Meléndez y Cabrera Palma, 1959: 18.

⁹³⁵ *AHSSA*, FSSA, SSUBSYA, C. 19, Exp. 3, 1 de septiembre de 1951 al 31 de agosto de 1952 “Campaña de Paludismo”.

⁹³⁶ Blancarte Meléndez y Cabrera Palma, 1959: 18.



Figura 29: Mujer aplicando DDT a niña. # catálogo 463515, SINAFO, Fototeca Nacional, INAH, 1940.

Así, el gobierno mexicano ante los estragos que causaba la enfermedad del paludismo publicó en 1955 el beneficio y la necesidad pública de la Campaña para la Erradicación del Paludismo en México.⁹³⁷ Y con cooperación internacional se elaboró un proyecto denominado “Proyecto para la Erradicación del Paludismo en México” en el que se formuló un convenio con la Oficina Sanitaria Panamericana, la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Protección a la Infancia.⁹³⁸ Algo que llama la atención es este decreto fue la noción que tuvo el gobierno mexicano que antes de la campaña de 1955, que los gobiernos emanados de la revolución mexicana, a pesar de que combatieron y trataron de controlar el paludismo en la medida de sus posibilidades económicas y de los medios que les ofrecieron los conocimientos científicos, esta campaña se realizó con el objetivo, ya no de controlar la enfermedad, sino que se iba a luchar para erradicarla, mediante el uso de insecticidas residuales, lo cual será desarrollado en el capítulo 6.

⁹³⁷ *Diario Oficial de la Federación*, Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Salubridad y Asistencia “Decreto que declara de interés público y de beneficio social la campaña para erradicar el paludismo”, tomo CCXIII, n, 41, 17 de diciembre de 1955.

⁹³⁸ *AHSSA*, FSSA, SSUBSYA, C.35, Exp. 2, 10 de septiembre de 1954 a 30 de agosto de 1955, “Campaña de Paludismo”.

Ahora bien, hasta aquí se presentó cómo desde las autoridades federales se propusieron acabar con las enfermedades tropicales, específicamente la del paludismo; de la manera en que los gobiernos federales de Calles y Cárdenas sortearon cada una de las enfermedades, junto con todos los procesos económicos y políticos a los que se enfrentó el país. Si bien, Yucatán estuvo inmerso en estos planes del gobierno federal, por lo tanto, en el siguiente apartado se expondrá la situación tanto económica y política del estado de Yucatán y su desarrollo de la salud pública

5.3.- Economía y política en Yucatán entre 1924 y 1948

El contexto económico y político que imperó durante la primera mitad del siglo XX en Yucatán estuvo fuertemente enlazado con los programas de salud que se desarrollaron para el combate de las enfermedades tropicales, como la fiebre amarilla y el paludismo. Esta vinculación del desarrollo económico, el ejercicio del poder y el cuidado de la salud fue el tema al cual los gobiernos locales, federales e incluso los internacionales pusieron atención para evitar rezagos e impulsar a sus países dentro de una economía capitalista, como se viene expresando desde el primer capítulo.

En el caso yucateco, la producción del henequén impulsó grandes avances en la implementación y el desarrollo de una salud pública ejercida desde el Estado y aceptada por la población. Sin embargo, la aceptación posiblemente fue más una imposición, pues desde el estado se ejerció una serie de preceptos vinculados con la higiene y la educación que respondieron a acuerdos internacionales pactados, dictados por el Código Sanitario Panamericano.

En este apartado se exponen y analizan los datos referentes al contexto general tanto económico como político que fue desarrollado durante el periodo de estudio en relación con el desarrollo de la salud pública que ejerció el estado.

Como se explicó en los capítulos anteriores, a finales del siglo XIX la implementación de la red ferroviaria comunicó a las haciendas con Mérida y Progreso, donde precisamente se realizaba el comercio local y a gran escala, moviendo productos como fueron las mercancías generales, y sobre todo el henequén; y más importante aún fue una de las vías principales de entrada y salida de las personas. Estos movimientos generaron una época de bonanza económica

que propició el desarrollo en la capital yucateca de comercios, bancos, industrias, caminos, tranvías vecinales, teléfonos, y empresas navieras.⁹³⁹

Recapitulando, a principios del siglo XX, Yucatán pudo posicionarse como el principal productor del henequén, con lo cual cubrió al cien por ciento la demanda mundial de la fibra. Ortiz, señaló que durante 1910 Yucatán a pesar de ser uno de los estados más atrasados de la república, produjo el 80% de la fibra consumida mundialmente, pero que dependía fuertemente del exterior, pues su economía se encontró sujeta a las oscilaciones del mercado externo.⁹⁴⁰

Con las leyes de la Reforma Agraria, se había señalado la devolución a las comunidades y a los individuos de las tierras, montes y aguas, restituyéndoles lo que se les había despojado.⁹⁴¹ Pero en el año de 1915 al decretarse la desaparición del peonaje por el gobierno de Salvador Alvarado, la industria del monocultivo comenzó a declinar al quitar de las manos de los empresarios yucatecos la fuerza de trabajo que impulsó en gran medida el desarrollo y producción de la edad de oro en Yucatán.⁹⁴²

En ese mismo año en Yucatán se presentó una revuelta propiciada por los hacendados ante el temor de perder los beneficios que tenían, a pesar de que el estado se mantuvo al margen del movimiento armado que se había gestado ya durante la revolución.⁹⁴³ Por ello, Carranza envió al general Salvador Alvarado para encargarse de la revuelta, y para estar al frente del gobierno del estado.

Sin embargo, para los subsecuentes años la fibra mostró una baja considerable en su consumo, pues a pesar de que para 1916 cubrió el ochenta y ocho por ciento, fue decayendo pues en 1922 fue solamente del setenta y cinco por ciento, para 1929 el cincuenta y tres por ciento, en 1933 el treinta por ciento y ya para el año de 1938 solamente cubría el 23 por ciento.⁹⁴⁴

Entre 1918 y 1923, la política implementada por Alvarado generó muchas expectativas entre la población y sobre todo para la clase trabajadora, pues este nuevo gobierno implementó un conjunto de medidas que implicaron la liberación de deudas de los peones, mejores condiciones salariales, la creación de escuelas y bibliotecas, y la implementación de las misiones culturales con personal médico.⁹⁴⁵ Con respecto al henequén, este personaje impuso precios y

⁹³⁹ Escoffie, 1957: 34-86; ver también Escoffie, 1960: 16.

⁹⁴⁰ Ortiz, et, Al., 1977: 3-4.

⁹⁴¹ Casares, 1988: 82. Ver también: Meza Andraca, Manuel. *La situación benequerena de Yucatán. Problemas agrícolas e industriales de México*. v. VII, n. II, abril-junio 1955, México, D.F. pp. 291-305;

⁹⁴² Baños, 1993: 426.

⁹⁴³ Casares, 1988: 84

⁹⁴⁴ Betancourt, 1953.

⁹⁴⁵ Casares, 1988: 85, Bajo el gobierno federal de Obregón, se dictó que las misiones culturales fuesen integradas con un profesor de higiene y sanidad, otro de pequeñas industrias, una de economía doméstica, uno de prácticas

términos de intercambio comercial a los compradores americanos y productores yucatecos durante la época del auge henequenero. Posteriormente, la política implementada por Felipe Carrillo no pudo sostener el plan ambicioso que Alvarado implementó años atrás, debido a que tanto los precios del henequén como su demanda se encontraron a la baja, además de la competencia comercial que la fibra yucateca mantuvo con las fibras africanas y las de manila.

Si bien Spencer señaló que la política de Carrillo Puerto buscó cambiar el pacto federal, es decir, de una política de subordinación y transferencia de riqueza, se trató de implementar una autonomía independiente que buscó el manejo de sus propios recursos para lograr el desarrollo del Estado y posteriormente contribuir de manera económica a la federación, siempre y cuando las necesidades de la población yucateca se encontraran resueltas.⁹⁴⁶

Con la coincidencia de la Primera Guerra Mundial y la intervención de Estados Unidos, bajo la gestión de Alvarado frente a la Comisión Reguladora del Henequén, y al eliminarse los intermediarios comerciales de Estados Unidos, el precio de la fibra fue al alza. Pero para el año de 1920, las áreas cultivadas del henequén comenzaron a reducirse y por ende se presentó con ello la disminución del trabajo, esto tuvo por consecuencias la migración de los trabajadores hacia otros lugares. Esta caída de la producción se debió principalmente a que la fibra yucateca tuvo que competir a nivel internacional con otras que ya se producían, lo cual tuvo como resultado que sus precios a nivel internacional fueran a la baja.⁹⁴⁷

Además, desde 1918, período de mayor producción de la fibra en el periodo entre guerras, se imposibilitó su comercio con la Unión Soviética a causa de la guerra europea.⁹⁴⁸ Este contexto internacional arrastró al gobierno yucateco a una declaración de bancarrota debido. Esta declaratoria se debió, a la venta a precios muy bajos del stock acumulado, lo cual contribuyó a precipitar el desplome del precio del henequén, por ello la Secretaría de Hacienda del gobierno del estado, ordenó se disolviera la Comisión Reguladora.⁹⁴⁹

Si bien la dependencia de la economía yucateca tuvo como único eje el cultivo del henequén, al entrar en conflicto su comercio, por los ritmos y fluctuaciones del mercado internacional y de las firmas norteamericanas que lo comercializaron, la entidad sufrió los cambios económicos que la nueva situación le presentó, y por ello buscó la diversificación de su

agrícolas y otro de educación física, pero para el año de 1938 el gobierno cardenista suspendió las misiones culturales. ver también Marta Mendoza, 1994; y Mendoza García, 2004.

⁹⁴⁶ Spencer, 1990: 324.

⁹⁴⁷ Baños, 1993: 428.

⁹⁴⁸ Benítez, 1973: 99.

⁹⁴⁹ Gilbert, 1982: 179; Spencer, 1990: 325. Para 1919 el precio de la fibra se desplomó y descendió hasta un 300% según Quezada, 2012: 198

producción.⁹⁵⁰ En palabras de Ortega “Yucatán se había atrevido a rebelarse contra los bajos precios dictados por los especuladores que controlaron el mercado mundial de las fibras duras, y en la batalla fue vencido”.⁹⁵¹

Más tarde, durante la segunda década del siglo XX, se impulsó al estado a la diversificación de la producción. Bajo el mando de Carrillo Puerto se institucionalizó la entrega de tierras, en donde los campesinos recibieron tierra mediante la figura jurídica del ejido.⁹⁵² Posteriormente se formaron equipos de agrónomos para visitar las zonas maiceras y ganaderas con el objetivo de introducir nuevas estrategias y técnicas de cultivo, y la organización de cooperativas para la comercialización de los productos. Así, Carrillo Puerto trató de impulsar grandes cooperativas que se encargarían de producir caña de azúcar en el sur-sureste del estado, y al mismo tiempo creyó en el establecimiento de cooperativas ganaderas tanto en el centro como en el oriente del estado. Sin embargo, debido a los problemas políticos a los que se enfrentó el país con la afrenta encabezada por Victoriano Huerta, y el posterior asesinato de Felipe Carrillo, el estado se sumió de nuevo a la represión de la burguesía local, comandada por el general Juan Ricárdez Broca y el coronel Hermenegildo Rodríguez.⁹⁵³

Pese a los esfuerzos realizados, en 1931, en el semanario independiente *La Lucha* se publicó un escrito para analizar el mejoramiento de la economía del estado. Así se indicó en la publicación que en Yucatán no se deberían “bordar” idealidades impracticables en el estado, pues se enfatizó que la riqueza pública se encontraba en la industria henequenera. Vemos cómo se afianzaba la idea de recuperar lo que alguna vez fue la industria del henequén. A decir de esta publicación, se expresó que cualquier otra industria agrícola en la entidad era perfectamente impracticable: que la ganadería, la caña de azúcar, el maíz, los cereales alimenticios, y que en general, lo anterior no podría responder a la supremacía que podría obtenerse de la industria henequenera. Por lo tanto, solicitaban toda garantía y total libertad constitucional a la fuente henequenera, “arrancándole de las garras” a los militantes de los partidos políticos, quienes, a consideración de la prensa, llevaron por mal camino el desarrollo de la producción henequenera, y, por ende, a su fracaso.⁹⁵⁴

⁹⁵⁰ Hay que recordar que se vivió una crisis económica mundial, comenzando desde 1929 en Estados Unidos, que a decir de Lapointe y Dufresne, fue el importador de productos primarios más importante de México. Lapointe y Dufresne, 1990: 3: 341.

⁹⁵¹ Ortega, 1987: 31.

⁹⁵² Por lo general esta acción se realizó los jueves, a los cuales se les conocieron como “jueves agrarios. Quezada, 2012: 205. Ver también Lara y Lara, 2010: 475.

⁹⁵³ Quezada, 2012: 205.

⁹⁵⁴ CAIHY, *La Lucha*, “Hagamos labor reconstructiva. Con todo respecto al Sr. Pte. de la República”, año VI, n. 297, 10 de enero 10 1931. Dirigido por Manuel Ma. Escoffé Z.

Entre los años de 1934 y 1937 la situación política del estado fue muy fluctuante, pues existieron tres gobernadores en este corto período de tiempo, César Alayola Barrera (1934-1935), Fernando López Cárdenas (1935-1936) y Florencio Palomo Valencia (1936-1938), lo cual evidenció la lucha continua, por un lado, por el poder entre el gobierno federal, las organizaciones y administraciones subordinadas, y, por otro lado, las administraciones estatales. Esta confrontación mostró las tensiones asociadas con la reforma agraria.⁹⁵⁵

El 8 de agosto de 1937, durante la visita de Cárdenas a la entidad, la situación económica del estado cambió, pues se decretó la creación de ejidos lo cual afectó a las haciendas henequeneras, pues con esta acción se entregaría tierras a los campesinos que adquirieron el derecho durante el reparto de tierras. Todo esto pasó bajo la gubernatura local de Fernando López.⁹⁵⁶ Pese a ello, Ortega señaló que este reparto fue de manera precipitada, pues no se dotó de apoyo técnico ni de la tecnología necesaria, no se realizaron estudios sobre las condiciones de los henequenerales.⁹⁵⁷

Ahora bien, pese a los problemas políticos-económicos, durante este período en Yucatán se presentaron varios programas de alfabetización y de salud, aunados a las mejoras en carreteras y comunicaciones, con lo cual se seguía tratando de mantener a la industria del henequén. Durante el gobierno de Cárdenas, en Yucatán se trató de dar solución al problema de la alimentación básica que existía entre los sectores alternativos; y sobre todo se impulsó instituciones que coadyuvasen para que la población, especialmente la campesina, se apropiasen de la tierra y de la forma y transformación del agave.⁹⁵⁸

Y siendo el tema tan basto, aquí solo me remito a dar un panorama general de la situación, política, económica y social por la que transitó el estado, es decir que entre el período de 1924 a 1937, de acuerdo con Quezada, el estado “vivió una etapa de intranquilidad, y enconados enfrentamientos entre hacendados y campesinos, obreros y dirigentes populares”.⁹⁵⁹

Hay que señalar que, durante los años finales de la segunda década del siglo XX, Yucatán estuvo inmerso en cambios en la dirigencia de su gobierno. Al respecto Torres Díaz, quien fuera gobernador del estado entre los años de 1926 a 1930, señaló que se tenía una buena comunicación con el gobierno federal, y que en cuestiones de beneficencia pública se creó en marzo de 1926 la Junta de Beneficencia Pública del Estado con el fin de vigilar los servicios de

⁹⁵⁵ Meza Andraca, 2010; Lara y Lara 2010.

⁹⁵⁶ Villanueva, 1985: 19. Ver también Meza Andraca, 2010; Sierra y Paoli, 2010.

⁹⁵⁷ Ortega, 1987: 32.

⁹⁵⁸ Menéndez, 1981: 39.

⁹⁵⁹ Quezada, 2012: 210.

los hospitales y los asilos en la ciudad de Mérida, así como también para vigilar la administración de los fondos y capitales de la Beneficencia pública.⁹⁶⁰ En cuanto a las cuestiones sanitarias del estado, estuvieron bajo la dirección de la Junta Superior de Sanidad y la Delegación Sanitaria de Progreso, y bajo el gobierno de Torre Díaz, se crearon las Juntas Auxiliares de Sanidad, mismas que estuvieron bajo la dirección de los presidentes municipales, según el gobernador Torre Díaz con el objetivo de fortalecer el mando político de las cuestiones sanitarias. Sin embargo, estas juntas auxiliares para poder tomar decisiones tuvieron que consultar a la Junta Superior de Sanidad para resolver las cuestiones sanitarias apremiantes.

Durante estos años la Junta Superior de Sanidad dependió del poder ejecutivo, y estuvo compuesta por un presidente, cuatro vocales, y un secretario; un ingeniero a cargo de obras públicas, un veterinario, cuatro médicos encargados de la sección de estadísticas, de la sección de desinfecciones, el servicio antirrábico y el de vacuna animal anti variolosa, un químico farmacéutico a cargo del Laboratorio de Higiene y Bromatología.⁹⁶¹

Durante el año de 1927, se realizó una fuerte campaña contra el paludismo, en la que, de acuerdo con el gobernante Torre Díaz, se colaboró “eficazmente” con las autoridades locales y federales. Durante esta campaña se movilizaron estudiantes de medicina de los últimos años con medicamentos para combatir diversas enfermedades, así de tal manera se combatió el paludismo en Progreso, Dzilam de Bravo, Espita, Tibolón, y Dzidzantún. Otras enfermedades combatidas con campañas fueron por ejemplo la influenza en Tekax, Tixmehuac, Akil, Cholul, Cantamaec, Tetiz, Ucu, Sanahcat, Homún, Espita y Panabá; la colerina en Cansahcab, y Tzucacab, la conjuntivitis folicular en Cenotillo y Yaxcabá; la tosferina en Hocabá, Cuzamá, Sotuta, Chapab, Muxupip y Tizimín; y otras enfermedades gastrointestinales.

Al nombrarse la brigada sanitaria en un tiempo relativamente corto se pudo contener el paludismo, sobre todo para el puerto de Progreso que mostraba una prevalencia alarmante. Este hecho es importante pues refleja el grado de cooperación que se tuvo entre los poderes locales y federales, pues en ese mismo año fue convocada por el Departamento de Salubridad Pública de la nación la Primera Reunión de Autoridades Sanitarias de la República, misma que fue llevada a cabo en la ciudad de México.⁹⁶²

⁹⁶⁰ Torre Díaz, 1930: 84.

⁹⁶¹ Torre Díaz, 1930: 98.

⁹⁶² Torre Díaz, 1930: 103.

Posterior al gobierno de Torre Díaz, el estado se sumergió en un período crítico (1933 en adelante) donde la población sufrió hambre, enfermedad y pobreza.⁹⁶³ El gobierno federal envió maíz desde Sonora y Estados Unidos para paliar la situación por la que atravesaba el pueblo yucateco, pues durante del gobierno de García Correa, “caravanas de hambre” organizadas por los hacendados, desfilaron rumbo a Mérida manifestando su descontento ante las medidas adoptadas por el gobierno, como por ejemplo, la reducción de los salarios de los peones debido a la caída del precio de la fibra.⁹⁶⁴

Entre 1934 y 1937, la situación agraria y política en Yucatán vivió un período de mayor agitación, pues revueltas sociales, crisis políticas y enfrentamientos entre organizaciones populares y hacendados se agudizaron. Medios como el Diario de Yucatán, la Revista de Yucatán, y la Revista La Lucha,⁹⁶⁵ hicieron señalamientos ante los disturbios sociales y políticos, emprendieron estrategias jurídicas, señalaron culpables de la situación; a diferencia de las organizaciones sindicales como el Partido Socialista del Sureste y la Confederación de Ligas Gremiales Obreras y Campesinas quienes optaron por otra posición, es decir, estuvieron a favor del reparto de las tierras del henequén pero se opusieron a la intervención por parte del Banco Nacional de Crédito Agrícola.⁹⁶⁶

Se señaló con la práctica y la experiencia que años anteriores habían demostrado que Yucatán solo podía vivir del henequén, pues se insistió que la naturaleza de la tierra y de los medios de comunicación existentes no podían aportar alguna riqueza diferente al estado. Acusaron de ser falsa la teoría y sobre todo perjudicial, respecto a la posibilidad de encontrar otras fuentes de riqueza pública que rindieran mayores productos que el henequén. Así podemos observar que la esperanza de los productores yucatecos recayó en la idea de repuntar la producción del henequén. Señalaron que cualquier producto agrícola o pecuario que se pudiera obtener en las zonas del sur y del oriente, tropezaría con los inconvenientes de la falta de medios, que sean económicos, para traerlos y venderlos en la capital del estado.⁹⁶⁷

Una propuesta de reestructuración de los Henequeneros de Yucatán fue enviada por Humberto Canto Echeverría al Congreso del Estado como iniciativa de Ley a principios de

⁹⁶³ CAIHY, *La Lucha*, “Hagamos labor reconstructiva. Con todo respecto al Sr. Pte. de la República”, año VI, n. 297, 10 de enero de 1931. Dirigido por Manuel Ma. Escoffié Z.

⁹⁶⁴ Quezada, 2012: 219.

⁹⁶⁵ CAIHY, *La Lucha*, “Hagamos labor reconstructiva. Con todo respecto al Sr. Pte. de la República”, año VI, n. 297, 10 de enero 10 1931. Dirigido por Manuel Ma. Escoffié Z.

⁹⁶⁶ Sobre el tema se puede consultar Betancourt (1953), Benítez (1973). El Banco Nacional de Crédito Agrícola se estableció en Mérida el día 30 de mayo de 1935 para proporcionar el capital necesario al fomento de los henequeneros que habían sido dotados, mientras estudiaban la solución para afrontar la reforma agraria en la zona henequenera (Meza Andraca, 2010: 456).

⁹⁶⁷ CAIHY, *La Lucha*, “El problema está en pie” año VI, n. 300, enero 31 de 1931.

febrero de 1938.⁹⁶⁸ En esta iniciativa se propuso que los objetivos de esta institución se vincularían con la venta directa al extranjero, ya sea la fibra manufacturada o como materia prima, y sería la encargada de “vigilar, dirigir y regular la industria” en sus aspectos técnicos, económicos y sociales.⁹⁶⁹

Esta nueva institución fue una asociación civil de interés público⁹⁷⁰ que sirvió para la integración de los antiguos hacendados, ahora pequeños propietarios, a los ejidatarios y a los parcelarios,⁹⁷¹ y estuvo dirigida por un presidente, quien fuera el gobernador del estado, un representante del gobierno federal, segundo al mando, y los vocales respectivos.

Durante el periodo de la Segunda Guerra Mundial, Quezada señala que esta institución fue la salvadora de la industria henequenera, pues al cerrarse las vías de comunicación con Asia y África, de donde procedía el mayor adversario de la fibra de Sisal yucateca, otra vez esta materia prima fue requerida en los mercados de Estados Unidos, siendo que entre los años de 1943 a 1954, obtuvieran jugosas ganancias.⁹⁷²

Pese al repunte de la fibra para esos años, la institución fue denominada un ejemplo de corrupción gubernamental, pues no solo se desviaron fondos, sino que fue utilizada para el enriquecimiento ilícito de gobernantes a través de comisiones por las ventas de la fibra, acusaciones que fueron realizadas desde años anteriores, y que por tanto se solicitó al gobierno federal su intervención.⁹⁷³

Ya para la cuarta y quinta década del siglo XX otros productos como la producción de miel, de sombreros y calzado, tuvieron más desarrollo, mientras que la producción del henequén fue recuperándose, favorecida por la Segunda Guerra Mundial y la aparición de otros productos de corte artesanal fueron reactivando en cierta medida la economía regional.⁹⁷⁴

⁹⁶⁸ Las predecesoras de esta nueva asociación fueron la Comisión Reguladora del Mercado del Henequén (quien fue la encargada de controlar el precio internacional de la fibra, al asegurarse del control de la producción y su comercialización en los Estados Unidos), la Comisión Exportadora de Henequén desaparecida en 1925; la empresa cooperativa Henequeneros de Yucatán Cooperación Limitada (encargada de coordinar los distintos sectores productivos -hacendados, comuneros y ejidatarios- y de resolver todo lo relacionado con la producción y comercialización de la fibra. Al respecto el gobierno federal aportaría recursos para apoyar la producción y la comercialización henequenera. En esta el director de la asociación sería nombrado por el gobernador del estado) Sierra y Paoli: 2010: 425.

⁹⁶⁹ Quezada, 2012: 228.

⁹⁷⁰ A la explotación comunal se le llamo “Gran ejido henequenero” y a esta unidad técnica y administrativa “Henequeneros de Yucatán asociación civil de interés público inicio sus actividades el 11 de abril de 1938 al amparo de los gobiernos del estado y de la federación sustituyendo a Henequeneros de Yucatán, Cooperación Limitada. Lara y Lara, 2010: 481.

⁹⁷¹ Parcelarios, fueron un grupo de pequeños productores cuyas extensiones de tierras no fueron mayores de 15 hectáreas.

⁹⁷² Quezada, 2012: 230.

⁹⁷³ CAIHY, *La Lucha*, “Hagamos labor reconstructiva. Con todo respecto al Sr. Pte. de la República”, año VI, n. 297, 10 de enero 10 1931. Dirigido por Manuel Ma. Escoffí Z.; Quezada, 2012: 231.

⁹⁷⁴ Menéndez, 1981: 41.

Después de la sexta década del siglo XX, se presentó una diversificación que, junto con el maíz y el henequén, y para paliar la crisis henequenera, se procuró tener una planeación de cultivos. Entre esta nueva etapa se apostó por el sector ganadero tanto bovino como porcino, el sector citrícola, se impulsó el desarrollo fabril/artesanal; cabe mencionar que esos últimos estuvieron determinados por la demanda de un mercado externo que conllevó, según Menéndez, a un “proceso de concentración en la producción y en la comercialización”.⁹⁷⁵

Precisamente a esta nueva etapa de producción entre los años de 1950 y 1970 Menéndez la señala como de “desarrollo estabilizador”, es decir resalta la existencia de un sector económico considerado moderno que se encontró vinculado con un mercado internacional, y de un sector tradicional, que se caracterizó por un autoconsumo y subsistencia, ambos sectores industrial y financiero reorientaron la política económica de la región.⁹⁷⁶

5.3.1.-Creación del programa de Asistencia Social de los Henequeneros de Yucatán

Fue en 1938, bajo la gubernatura de Ing. Humberto Canto Cheverría, que la Asociación de Henequeneros de Yucatán acordó impartir atención médica a los trabajadores del agro yucateco, así pues, el servicio médico asistencial quedó establecido para el beneficio del campesinado henequenero.⁹⁷⁷

En el artículo 3, sección IV, se estableció que la asociación de Henequeneros de Yucatán (CL) crearía un fondo especialmente inclinado a los servicios sociales que dirigiría la asociación entre los que se encontraron: a) seguros de vida y seguros sociales para los ejidatarios y pequeños productores miembros de la asociación; b) formación de un fondo destinado a la reposición de plantíos de henequén incendiados; c) servicio médico para los ejidatarios y pequeños productores componentes de esta. Este servicio comprendió la maternidad, la regulación de la alimentación infantil y el combate de las enfermedades endémicas y epidémicas, sin perjuicio de otros servicios análogos que el Consejo Directivo determinase; d) el establecimiento de una escuela en la ciudad de Mérida, para dar a los ejidatarios y pequeños productores conocimientos amplios sobre la

⁹⁷⁵ Menéndez, 1981: 42.

⁹⁷⁶ Menéndez, 1981: 42.

⁹⁷⁷ HNDM, *Diario Oficial del Estado de Yucatán*, “Decreto No. 5, Se autoriza al Ejecutivo del Estado para formar con los productores de henequén en rama y pencas de henequén, una asociación de interés público”, año XL, n. 12219, viernes 11 de febrero de 1938.

industria henequenera, en particular, y en general, sobre los distintos ramos para mejorar sus condiciones de vida.⁹⁷⁸

En un principio, las instalaciones de la Asociación fueron ubicadas en un local contiguo al Departamento de Agrícola e Industrial de la asociación, sin embargo, para el 20 de mayo de 1940, se trasladó al predio número 477 de la calle 62, donde funcionó como un sanatorio en el cual se habilitaron 20 camas.⁹⁷⁹

Para 1944, siendo Ernesto Novelo Torres Gobernador del Estado, se acordó la construcción de un edificio que fuera adecuado para cubrir las necesidades. Para ello la Asociación de Henequeneros autorizó una partida presupuestal, y se erigió el hospital “20 de noviembre” (Figura 30), el cual mantuvo 200 camas.⁹⁸⁰ Para 1946 se triplicó el número de personal, se incrementó el servicio médico foráneo, y se erigieron nuevas unidades periféricas, dispensarios y botiquines, que fueron dispuestos estratégicamente en toda el área henequenera, con ello se brindó la atención médica necesaria para los campesinos, con la intención de mantener la mano de obra en óptimas condiciones para la producción.

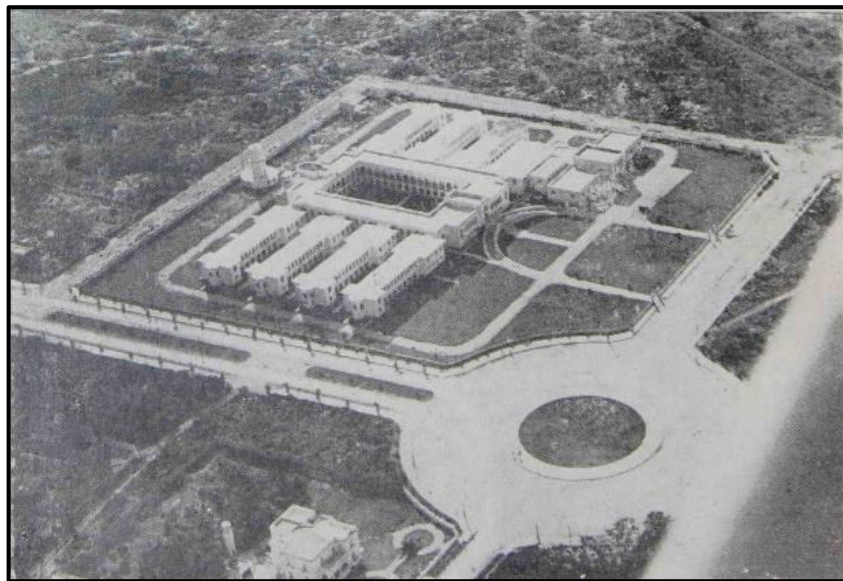


Figura 30: Vista panorámica del Hospital para Ejidatarios “20 de noviembre” en la ciudad de Mérida.⁹⁸¹

⁹⁷⁸ HNDM, *Diario Oficial del Estado de Yucatán*, “Decreto No. 5, Se autoriza al Ejecutivo del Estado para formar con los productores de henequén en rama y pencas de henequén, una asociación de interés público”, año XL, n. 12219, viernes 11 de febrero de 1938.

⁹⁷⁹ Luna, 1980: 23.

⁹⁸⁰ Luna, 1980: 23

⁹⁸¹ Fuente: CAIHY, 85453, *Asistencia Social* “Henequeneros de Yucatán, Departamento de Asistencia Social” v, II, n. 7, abril, mayo, junio 1952, pp. 46. Actualmente se encuentra el Hospital Regional del IMSS y se le conoce a la glorieta de la DONDÉ, por encontrarse frente a ella la fábrica galletera yucateca del mismo nombre.

El Servicio Médico Foráneo fue proyectado para llevar los beneficios de la asistencia facultativa de Henequeneros de Yucatán, hasta los ejidos. Si bien se procuró mantener la salud de los trabajadores del campo, prestando atención médica y promoviendo la higiene, se dejó en claro que el fin de este servicio fue cuidar y mantener en óptimas condiciones al elemento humano considerado como un componente básico de la producción.⁹⁸²

Ya desde 1931, se les hizo de su conocimiento a las autoridades que la reducción de la productividad humana por enfermedades como el paludismo o la oncocercosis fue determinante en la economía de la región. Pues, aunque en caso de que los obreros muertos y enfermos en un centro de producción o trabajo fueran substituidos por vecinos de otros lugares no palúdicos, tres meses después habrían perdido todo su valor como elementos de trabajo y no se les podría reemplazar indefinidamente, pues llegaría un momento en que nadie aceptaría, a ningún precio, ser empleado de uno de esos cementerios agrícolas y la pérdida de los propietarios resultaría definitiva y total antes de que pudiesen recuperar el capital invertido.⁹⁸³

El programa de acción que siguió el Departamento de Asistencia Social de henequeneros los proporcionó el doctor Aguilar Sarmiento y que constituyeron siete apartados a saber:

1. Registro del número de ejidatarios y sus familiares que atendía el servicio médico ejidal foráneo;
2. Control de la incapacidad temporal de carácter médico de los ejidatarios.
3. Control de inhabilitación definitiva de carácter médico para el desempeño de labores de la industria henequenera.
4. Organización del Servicio Médico y Quirúrgico Foráneo de emergencia.
5. Escalonamiento que deben de tener las unidades y dispensarios foráneos con los sanatorios ejidales.
6. Utilización máxima de los sanatorios en funcionamiento.
7. La Medicina Preventiva, la Acción Social Profiláctica.⁹⁸⁴

Este último punto el doctor señaló que fue considerado como el de mayor relevancia, pues en opinión de él, este justificó la razón de ser del Departamento. Por ello este punto de la medicina preventiva comprendió por lo menos 13 puntos a los cuales se debieron poner atención dentro del departamento de Asistencia Social, a saber:

⁹⁸² Gamboa Ricalde, 1952: 32

⁹⁸³ *AHSSA*, FSP, SSJ, C27, EXP. 8, Memorándum que presenta el departamento de salubridad general para el acuerdo presidencial colectivo de secretarías de estado y de los departamentos administrativos, 18 de noviembre de 1931.

⁹⁸⁴ CAIHY, 85453, *Asistencia Social*, “El Doctor Aguilar Sarmiento expone sus propósitos y sus planes al frente del Departamento de asistencia social”, v. II, n.7, abril, mayo, junio de 1952, pp. 38-39.

- a. Campaña Antipalúdica, coordinándola con la de Salubridad Federal y la Sanidad del Estado.
- b. Profilaxis de enfermedades transmisibles: vacunación contra la viruela, la difteria y la tos ferina.
- c. Profilaxis de padecimientos de origen hídrico: desinfección del agua; vacunación tifo-paratífica; prevención de las parasitosis intestinales; propaganda y educación higiénica dentro de las familias de los ejidatarios.
- d. Campaña antituberculosa y formación del Catastro Torácico Ejidal.
- e. Campaña anticancerosa.
- f. Profilaxis del tétanos, de la erisipela y de la rabia.
- g. Campaña antivenérea y prevención de otras enfermedades transmisibles.
- h. La eugenesia en el medio campesino; higiene del embarazo, tratamiento adecuado de los partos y la higiene postnatal.
- i. El destete y la alimentación artificial de los niños en el medio rural.
- j. La atención médica del campesino en la edad preescolar y en la escolar.
- k. La enseñanza higiénica de los adolescentes y de los jóvenes. La higiene sexual
- l. Campaña antialcohólica.
- m. Higiene de la alimentación del adulto. Campaña nutricional.⁹⁸⁵

En la lista anterior se pueden observar todos los elementos que el Departamento tuvo que contemplar en el ejercicio de su acción al cuidado de la salud de los ejidatarios. Temas que, por acuerdos internacionales firmados en el Código Sanitario Panamericano, tuvieron que atender, además de procurar como se mencionó anteriormente el cuidado de la mano de obra para la producción de la fibra. Hay que exaltar que estos puntos mencionados resultaron logros laborales para los trabajadores, pues se otorgaron beneficios con los que no se contaban antes.

En cuanto al cuidado de la salud de la población el Departamento de Salubridad Pública de México publicaba constantemente mensajes para la población a través del servicio de Propaganda y Educación Higiénicas, por ejemplo, para el caso de Yucatán notas como “la Crisis económica y la Higiene”, “El aire del Campo y el de las Ciudades”, “Las verduras y sus peligros”, estimularon a la población yucateca a tomar medidas para combatir la crisis económica por la que transitaba con la caída de los precios del henequén. Se incitó al cuidado de la juventud, a través de la educación, del ejercicio, de una buena alimentación y el descanso, de la ventilación de los espacios de descanso y en los espacios de “estar”, del adecuado tratamiento y elaboración de los alimentos, en fin, toda clase de recomendaciones para procurar mantener la salud de la población en óptimas condiciones y como medida profiláctica contra las enfermedades.⁹⁸⁶

⁹⁸⁵ CAIHY, 85453, *Asistencia Social*, “El Doctor Aguilar Sarmiento expone sus propósitos y sus planes al frente del Departamento de asistencia social”, v. II, n.7, abril, mayo, junio de 1952, pp. 39.

⁹⁸⁶ CAIHY, *La Lucha* “La Crisis económica y la Higiene”, año VI, n. 302, 14 de febrero de 1931; ver, “el aire del campo y el de las ciudades”, año VI, no. 303, 21 de febrero de 1931; “las verduras y sus peligros”, año VI, n. 307, 21 de marzo de 1931.

Para los años de 1946 a 1952, otros sanatorios fueron establecidos en las municipalidades de Acanceh, Cansahcab, Hunucmá, Maxcanú e Izamal, y como parte del programa social de la asistencia y del saneamiento de la vivienda se edificaron mil casas de mampostería destinadas a los ejidatarios en diversas comunidades del área henequenera.⁹⁸⁷

Por ejemplo, el 20 de noviembre de 1948 se inauguró el dispensario de Hochtún. Este dispensario contó para su construcción con la colaboración y cooperación del gobierno del Estado y la administración de Henequeneros de Yucatán, y estuvo bajo la dirección del doctor Manuel Vargas. Se habilitó una sala de operaciones de emergencia y salas para la hospitalización de los enfermos; sala de espera, farmacia y servicios sanitarios. El personal estuvo integrado por el jefe médico, una enfermera, un dispensarista y un mozo.⁹⁸⁸

Sin embargo, hay que señalar que, por decreto presidencial de Adolfo Ruiz Cortines, el 2 de marzo de 1955 entró en liquidación “Henequeneros de Yucatán” haciéndose cargo de la institución el Banco de Comercio Exterior.⁹⁸⁹ La institución al encargarse del sistema de salud pública de la zona henequenera de Yucatán, tras la liquidación de la Asociación, se creó los Servicios de Salud Rurales Cooperativos con la intervención de los gobiernos federales y estatales, mismos que reemplazarían las obligaciones que tuvo la Asistencia Social de Henequeneros.

5.3.2.-Atención médica en los ejidos

La necesidad por atender a la población ubicada en los ejidos estuvo firmemente fincada en que al estar Yucatán sujeto exclusivamente a la riqueza henequenera, el problema radicó que la producción de la fibra necesitó de enormes inversiones de capital, de trabajo con peones y tiempo de espera para que se puedan cortar las pencas, para poder empezar a producir resultados para su exportación. Sin embargo, la creencia general de que a pesar de todo el cúmulo de las dificultades económicas que resistió el estado, con solo un poco de energía por parte del gobierno del estado, la situación podría remediarse al dejar de lado las conspiraciones políticas que, dentro de lo que cabe, fueron las responsables directas de la situación conflictiva por la que atravesó el estado durante la tercera década del siglo XX.⁹⁹⁰

⁹⁸⁷ Luna, 1980: 23.

⁹⁸⁸ CAIHY, 85449, *Asistencia Social*, “Un moderno dispensario médico en Hochtún”, v. 2, octubre-noviembre, diciembre de 1948, pp. 46.

⁹⁸⁹ Luna, 1980: 23

⁹⁹⁰ CAIHY, *La Lucha*, “Hay que arreglar la situación del Estado”, año VI, n. 299, enero 24 de 1931.

El Departamento de Salubridad Pública creó los servicios médicos ejidales en 1936, lo que más tarde constituirían los servicios médicos rurales cooperativos. El financiamiento de los servicios fue bipartito, es decir, contó con la participación del gobierno federal y de los ejidatarios, quienes canalizaron sus aportes a través de las entidades bancarias estatales que aportaron los créditos. Según Eibenschutz y Raphael, políticamente existió una gran participación de los grupos campesinos a través de estos servicios.⁹⁹¹

Según estas investigadoras el gobierno federal otorgó entre los años de 1936 a 1937 más del 85 por ciento del presupuesto total, correspondientes al 5 por ciento y 8 por ciento del presupuesto total de salubridad para los respectivos años, por tanto, con este presupuesto se construyó una gran cantidad de centros de salud en el medio rural.⁹⁹²

Al respecto, Sauri destaca la importancia de pertenecer o no a la denominada “Zona Henequenera” a partir de 1938, pues entre los privilegios de pertenecer a la asociación desde 1938, los más de 270 ejidos pudieron acceder al crédito para la realización de las labores de cultivo y cosecha del henequén, así como al acceso a la red de salud y hospitalaria ofrecida a los socios; de tener el derecho a los programas de reparación de sus viviendas, entre otros tópicos.⁹⁹³

No hay que perder de vista que el desarrollo de las actividades económicas, en particular las relacionadas con el cultivo del henequén y su desfibración, requirieron asegurar la disponibilidad de fuerza de trabajo. Por tanto, se difundió que el cuidado de la salud de los ejidatarios y en general de la población total era una tarea que no habría que dejar de lado, y que debió ser tomada en consideración en las agendas de los gobiernos federales y estatales.

Se tenía conocimiento de los males endémicos que contribuyeron a la pobreza nacional; se mencionó, por ejemplo, que fuera de lo que costaba luchar contra una enfermedad, el valor de las vidas que se perdieron a causa de enfermedades como el paludismo, la uncinariasis, las fiebres tifoideas, la oncocercosis, la tuberculosis y la lepra, era incalculable. Cada año estas y otras enfermedades gastrointestinales cobraban la vida de un número aproximado de doscientas mil personas.⁹⁹⁴

Ya el doctor Graham Casasús en su participación durante el Primer Congreso Médico del Paludismo, reunido en Tampico en septiembre de 1932, hizo alusión sobre la situación de la enfermedad a nivel internacional:

⁹⁹¹ Eibenschutz y Raphael, 1992: 146.

⁹⁹² Eibenschutz y Raphael, 1992: 146.

⁹⁹³ Sauri, 2012.

⁹⁹⁴ *AHSSA*, FSP, SSJ, C27, EXP. 8, foja 3 “Enfermedades Transmisibles Dominantes”, 18 de noviembre de 1931.

Ha tomado el paludismo en desarrollo tan grande en los últimos años, que ha llegado a preocupar hondamente acaso todas las naciones europeas y americanas, en las que la endemia ha venido haciendo innumerables víctimas, cegando vidas y restando como es natural, energías para el trabajo, por lo que realmente se ha considerado como un delicado problema nacional, habiéndose visto obligados los gobiernos, a poner de su parte todos cuantos medios están a su alcance, sino para destruir por completo, si para aminorar en lo posible tan temido azote.⁹⁹⁵

A nivel federal, el gobierno cardenista decretó una Ley que declaró de utilidad pública la campaña contra el paludismo y creó la Comisión de Saneamiento Antimalárico.⁹⁹⁶ Así también, decretó las reformas a los siguientes artículos: artículo 143, fracción V, artículo 156, y el artículo 176 en su fracción I, mismos que se evocan a la desinfección de artículos, ropa, utensilios, habitaciones y otros objetos que estuvieran expuestos a contaminación, ya sea por ser objetos de las personas que sufrían de alguna enfermedad transmisible declarada, y que la desinfección quedaría a juicio de la autoridad sanitaria; y, donde a efecto de prevenir la propagación de las enfermedades transmisibles, los reglamentos vigentes de sanidad determinarían la forma y los términos en que periódicamente debió hacerse la desinfección y el aseo.

En el decreto de 1939 referente a la reforma del artículo 3 de la ley que declaró de utilidad pública la campaña contra el paludismo, se estableció para toda la correspondencia postal del país, la creación de un timbre adicional de un centavo, cuyo rendimiento íntegro se aplicaría exclusivamente, a obras de erradicación definitiva del paludismo (Figura 31).⁹⁹⁷ De esta manera se recolectarían fondos monetarios para mantener una campaña contra la enfermedad.

⁹⁹⁵ AHSSA, F-SP, S-SJ, C-34, EXP.-6, Foja 38. Profilaxis del paludismo por medios mecánicos. Trabajo presentado por el señor doctor Juan Graham Casasús en el primer congreso médico del paludismo reunido en Tampico, septiembre de 1932.

⁹⁹⁶ HNDM, *Diario Oficial del Estado de Yucatán*, “Ley que declara de utilidad pública la campaña contra el paludismo y crea la Comisión de Saneamiento Antimalárico”, 14 de octubre de 1938.

⁹⁹⁷ HNDM, *Diario Oficial del Estado de Yucatán*, “Decreto por el cual se reforma la ley que declara de utilidad pública la campaña contra el paludismo y crea la Comisión de Saneamiento Antimalárico”, año XLI, n. 12575, 11 de abril de 1939, foja 2.



Figura 31: Timbre postal dedicado a la campaña contra el paludismo 1939.

5.3.3.- Paludismo en Yucatán

Como se ha visto en el apartado anterior, desde el régimen de Cárdenas se crearon programas de salud que fueron ejercidos en los ejidos henequeneros, reflejando los esfuerzos de los poderes federales y estatales para mantener a su población libre de enfermedades y con ello impulsar la fuerza laboral que determinaría el desarrollo económico del estado.

De acuerdo con datos recopilados en los archivos federales, Sowell identificó el esfuerzo de funcionarios que dieron forma a los programas de salud, y que el desarrollo económico impulsado por la producción del henequén fue una pieza clave para la implementación de programas de salud pública.⁹⁹⁸

Hay que señalar que desde 1923 el gobierno de Carrillo Puerto había decretado la campaña permanente contra la fiebre amarilla y el paludismo.⁹⁹⁹ Para 1924 el Departamento de Salubridad Pública informó a la población la tarea de los agentes sanitarios para verter petróleo en todos los depósitos de agua (aljibes, tanques de agua de lluvia, depósitos de lejía) que no estuvieran en las condiciones que la ley exigía, y sobre todo exhortó a la población a evitar las

⁹⁹⁸ Sowell, 2015: XI, traducción propia.

⁹⁹⁹ HNDM, Diario Oficial del Estado de Yucatán, “Decreto No. 364, se establece de una manera permanente la campaña contra la fiebre amarilla y el paludismo” año XXVI, n. 7874, 27 de junio de 1923.

multas pues los agentes tuvieron ordenes de multar a las personas descuidadas o que por negligencia mantuvieran depósitos donde se criasen o desarrollasen larvas de mosquitos.¹⁰⁰⁰

Si bien, a pesar de que para esta época la fiebre amarilla ya había sido aplacada y controlada debido al esfuerzo conjunto de autoridades locales, estatales, federales e internacionales, una enfermedad tropical aún quedaba sin ser atendida, y se trataba de la malaria o paludismo.

Al contrario de la fiebre amarilla, esta enfermedad fue itinerante y persistente en la región yucateca debido a que el vector *Anopheles* que propagaba la enfermedad podía desplazarse grandes distancias y con ello sobrevivir en diferentes lugares, y mientras que con la fiebre amarilla una vez padecida crea inmunidad de por vida, en el caso de la malaria no fue así.¹⁰⁰¹

Esta enfermedad se presentó con mayor ahínco a mediados del siglo XX; desde 1930 se pensaba que existía más en zonas poblacionales con pobreza y con falta de sistemas de control de vectores, problemas que se sumaban a la escasez de servicios médicos, características presentes en la mayoría de las zonas rurales del país.¹⁰⁰² Cueto señala al respecto que estas características dieron como resultado la creación de “una asociación entre la medicina tropical, la bacteriología y el expansionismo imperialista” pero a su vez también se creó una oportunidad para que:

los sectores populares y trabajadores de la salud que no pertenecían a la elite encontrarán nuevas ideas para ejercer su derecho de resistencia, adaptación y negociación de la medicina tropical y la bacteriología impuestas desde el exterior de las comunidades rurales vistas como armas civilizatorias.¹⁰⁰³

Ya desde principios del siglo se venía combatiendo esta enfermedad junto con la fiebre amarilla en un esfuerzo conjunto con carácter internacional,¹⁰⁰⁴ en donde las acciones implementadas se concentraron en el mejoramiento del medioambiente, el combate contra el

¹⁰⁰⁰ HNDM, Diario Oficial del Estado de Yucatán, “Departamento de Salubridad Pública, Jefatura del Servicio Antilarvario en Mérida”, Yucatán, México, 15 de julio de 1924.

¹⁰⁰¹ Cueto, 2013: 12.

¹⁰⁰² AHSSA, F-SP, S-SJ, C-34, EXP.-6, foja 31. Disposiciones relativas a la campaña contra la fiebre amarilla emprendida en los estados de Veracruz, Tamaulipas, Tabasco, Campeche y Yucatán. México, octubre de 1932, Juan Graham Casasús, jefe de la Campaña contra enfermedades tropicales.

¹⁰⁰³ Cueto, 2013: 14

¹⁰⁰⁴ HNDM, *Diario Oficial del Estado de Baja California Norte, Secretaria de Relaciones Exteriores*, “Decreto por el cual se promulga la Convención Sanitaria Internacional firmada entre México y otras naciones, el 21 de junio de 1926”, 30 de diciembre de 1930.

insecto vector, y el desarrollo de una sanidad ambiental en las zonas rurales.¹⁰⁰⁵ En el caso de Yucatán, el combate hacia el paludismo no tuvo tanto éxito como fue el caso de la fiebre amarilla, debido a que no se contó con un presupuesto que fuera ejercido para el saneamiento de las haciendas y esto fue debido a que no existió una presión internacional para la lucha contra dicha enfermedad, como la presión ejercida para el saneamiento de los puertos en el caso de la fiebre amarilla.¹⁰⁰⁶

La Jefatura del Servicio Antilarvario exhortó a la población a la limpieza del medio ambiente, comenzando sobre todo en las casas habitación. Se especificó que, de no acatar las medidas higiénicas, la personas que incumplieren se harían acreedores a una multa o a las penas señaladas por el Reglamento Sanitario. Entre las obligaciones de los habitantes se encontraban, por ejemplo, la deshierba a “coa” de los frentes de sus predios; evitar tirar la basura en charcos; cuidar de no mantener áreas fructíferas para la proliferación de los *Anopheles*, y con ello combatir la propagación del paludismo.¹⁰⁰⁷

Al ser controlada en Estados Unidos y Europa Occidental, la malaria fue decayendo, pero durante la Segunda Guerra Mundial retomaría la atención de las organizaciones internacionales, puesto que los soldados que penetraban áreas donde aún existía la malaria fueron cayendo en sus brazos, más que por las balas propias de la guerra.¹⁰⁰⁸

Y partiendo de la idea de que la erradicación de la malaria fue una responsabilidad compartida, se estableció un programa de carácter global, que implicó el combate del vector en los principales lugares donde se le encontraban. Esta campaña de erradicación retomó los principales consejos que se dieron para el combate de la fiebre amarilla,¹⁰⁰⁹ y se insistió en el uso de la quinina, que, a través de la experiencia de años anteriores, en países como Cuba, por ejemplo, ya había demostrado otorgar una inmunidad transitoria, real y efectiva, por cuya razón debería adoptarse el empleo preservativo de la quinina, necesitándose para ello dosis superiores a 30 y 15 centigramos por día.¹⁰¹⁰

¹⁰⁰⁵ AHSSA, F-SP, S-SJ, C-34, EXP.-6, Disposiciones relativas a la campaña contra la fiebre amarilla emprendida en los estados de Veracruz, Tamaulipas, Tabasco, Campeche y Yucatán. México, octubre de 1932, Juan Graham Casasús, jefe de la Campaña contra enfermedades tropicales.

¹⁰⁰⁶ Carrillo, 2002: 77

¹⁰⁰⁷ HNDM, *Diario Oficial del Estado de Yucatán*, Consejo de la Ciudad de Mérida, “Aviso”, año XXXI, n. 9385, 27 de octubre de 1928.

¹⁰⁰⁸ Cueto, 2013: 14-16.

¹⁰⁰⁹ CAIHY, LXVII -1904 -18 (Folletería) Biblioteca Yucatanense, “Conferencia: acerca de la etiología y profilaxia del paludismo y de la fiebre amarilla, dada en Mérida, en el local del Seminario Conciliar Universitario, el 31 de julio de 1904 [folletería] / por el Dr. Alonso Ávila E., Liga de Saneamiento.

¹⁰¹⁰ CAIHY, LXVII -1904 -18 (Folletería) Biblioteca Yucatanense, “Conferencia: acerca de la etiología y profilaxia del paludismo y de la fiebre amarilla, dada en Mérida, en el local del Seminario Conciliar Universitario, el 31 de julio de 1904 [folletería] / por el Dr. Alonso Ávila E., Liga de Saneamiento.

Cabe mencionar que desde años anteriores se trató de combatir a la enfermedad y se realizó una campaña antipalúdica contra los transmisores *Anopheles*. Esta campaña fue dividida en dos clases. Por un lado, la campaña sanitaria y por otro la campaña de educación popular.¹⁰¹¹

Durante la campaña sanitaria se instó a los estados de Veracruz, Tamaulipas, Tabasco, Campeche y Yucatán a poner en práctica los procedimientos aconsejados para terminar con las larvas, como fueron la desecación y el relleno de pantanos, el revestimiento de depósitos de agua con la tela metálica, el alambrado con la misma tela en todas las habitaciones, el empleo de larvicidas y el tratamiento de los enfermos y portadores de gérmenes.¹⁰¹²

Ahora bien, durante la campaña de educación popular, se impartieron conferencias alusivas al paludismo, se exhibieron cintas cinematográficas, con el fin de que el público se diera cuenta del peligro existente por la presencia de los focos palúdicos y se concientizó a la población de la urgencia por acabar y exterminar a los mosquitos transmisores.¹⁰¹³ Sin embargo, por problemas políticos, económicos y sociales por los que transitó el país y el estado de Yucatán, la campaña no logró el éxito esperado.

Se aconsejó que para que la campaña fuera efectiva, se tenía que realizar un estudio de la topografía del terreno donde se pretendía luchar contra la enfermedad, pues según el doctor Juan Graham Casasús, jefe de la campaña contra las enfermedades tropicales, la campaña contra el paludismo podría simplificarse mucho localizando y destruyendo los criaderos de los mosquitos, y que con dicho estudio se ahorraría personal, tiempo y dinero, activos de los cuales los gobiernos carecieron.¹⁰¹⁴

Por un lado, las recomendaciones que el doctor realizó como la utilización de las telas de mallas, la desecación o relleno de pantanos, la utilización de “oil sprayers”, el uso de verde de París,¹⁰¹⁵ la petrolización, fueron procedimientos costosos y que en el caso de la petrolización

La Quinina fue un remedio tradicional contra la malaria, que era obtenido de la corteza de un árbol oriundo de los Andes. Se trataba pues de “una sustancia alcaloide vegetal de color blanco de sabor amargo” (Cueto, 2013: 18).

¹⁰¹¹ AHSSA, F-SP, S-SJ, C-34, EXP.-6, foja 31, “Campaña Antipalúdica, *Anopheles* Transmisores. Destrucción de mosquitos y Larvas”, octubre 1932.

¹⁰¹² AHSSA, F-SP, S-SJ, C-34, EXP.-6, foja 31, “Campaña Antipalúdica, *Anopheles* Transmisores. Destrucción de mosquitos y Larvas”, octubre 1932.

¹⁰¹³ AHSSA, F-SP, S-SJ, C-34, EXP.-6, foja 31, “Campaña Antipalúdica, *Anopheles* Transmisores. Destrucción de mosquitos y Larvas”, octubre 1932.

¹⁰¹⁴ AHSSA, F-SP, S-SJ, C-34, EXP.-6, foja 32, “Campaña Antipalúdica, *Anopheles* Transmisores. Destrucción de mosquitos y Larvas”, octubre 1932.

¹⁰¹⁵ El verde de París se utiliza en mezcla de una a cinco partes de esta sustancia, por 95 a 99 partes de polvo de camino, finamente pulverizado, que se arroja por medio de bombas especiales. Con esa mezcla se forma una capa impalpable que se deposita sobre la superficie del agua, que tiene la ventaja de ser enormemente toxico para las larvas *Anopheles*, sin tener ningún inconveniente para los animales que utilizan el agua para abrevarse.

debía ser constante, pues su suspensión desarrollaría de nueva forma la proliferación de los criaderos de larvas de donde se levantaría el insecto alado.¹⁰¹⁶

Otro remedio utilizado para alejar los mosquitos de las habitaciones, cuando se careció de los mosquiteros, fue la utilización de una formula preventiva ofrecida por Dover, que se utilizó para alejar a los mosquitos del cuerpo humano. La fórmula contenía 15 c.c. de Aceite de citronela, 8 c.c. de Espíritu de Alcanfor, 8 c.c. de esencia de cedro, y 60 gramos de Vaselina blanca y el procedimiento es el siguiente:

Derrítase la vaselina y agréguense los otros componentes, agitando bien la mezcla. Luego se embotella y se enfría de preferencia en agua fría o en una nevera. La crema resultante además de que aleja los mosquitos es calmante y antiséptica. Algunas personas la emplean como pomada en el cabello para estar defendidos. Una aplicación suele durar toda la noche y no hay necesidad de usar mucha.¹⁰¹⁷

Otras medidas utilizadas fueron el aislamiento de los enfermos; la utilización de 30 centigramos de quinina tres veces a la semana a las personas que rodeaban a los enfermos para con ello evitar que contrajeran la enfermedad; la utilización de un método preventivo que consistía en 3 pastillas de sulfato de quinina de 0.10 centigramos, repartidas en el día durante tres veces a la semana, durante la época de la epidemia. Por otro lado, se implementó un método curativo que consistió en el caso de las personas adultas infectadas en la ingesta de 10 pastillas diarias de 0.10 centigramos repartidas en el día, hasta que desaparecieran los síntomas del paludismo. En el caso de los niños mayores de 10 años la ingesta recomendada era de 5 pastillas diarias en la misma forma hasta que desaparecieran los síntomas, y en el caso de los niños menores de 10 años de 2 pastillas del mismo gramaje y en las mismas condiciones.¹⁰¹⁸

Hay que señalar que en las agendas internacionales la enfermedad del paludismo cobró importancia y que fue de declaración obligatoria. Sin embargo, en una revisión realizada por la Sociedad Médica Yucateca, se indicó que, aunque las prescripciones sanitarias relativas obligaban su declaración, con pena señalaron que la mayoría de los médicos que ejercían en la ciudad poco o ningún caso hicieron de aquella ordenanza legal, contribuyendo de esta manera a la inexactitud

¹⁰¹⁶ AHSSA, F-SP, S-SJ, C-34, EXP.-6, foja 33, “Campana Antipalúdica, *Anopheles* Transmisores. Destrucción de mosquitos y Larvas”, octubre 1932.

¹⁰¹⁷ AHSSA, F-SP, S-SJ, C-34, EXP.-6, foja 33, “Campana Antipalúdica, *Anopheles* Transmisores. Destrucción de mosquitos y Larvas”, octubre 1932.

¹⁰¹⁸ AHSSA, F-SP, S-SJ, C-34, EXP.-6, foja 33, “Campana Antipalúdica, *Anopheles* Transmisores. Destrucción de mosquitos y Larvas”, octubre 1932.

de las estadísticas y en la mayoría de los casos a la diseminación de las enfermedades transmisibles.¹⁰¹⁹

Tan sólo durante el año de 1938 el Hospital O´Horán reportó en su informe mensual al gobierno del estado que, durante los meses de enero, febrero, marzo, abril, la enfermedad predominante fue el paludismo.¹⁰²⁰ Por ello el secretario de la Organización y Propaganda, el doctor A. Castellanos, se dirigió en carta con fecha de 4 de febrero de 1938 al señor administrador del periódico “Diario Oficial del Estado de Yucatán” publicar en “un lugar preferencial” la noticia de la Primera Convención Regional para la Campaña Nacional Contra el Paludismo, misma que tendría lugar durante los días de marzo del 21 al 27 de ese año, en la ciudad de Oaxaca, donde se convocó la participación de gobernadores, del presidente de la república, de los ministros de estados, de las Cámaras de Diputados y Senadores, del Cuerpo Médico Militar, a los Jefes de los Servicios Sanitarios Coordinados.¹⁰²¹

Así pues, se trató de concientizar a los altos mandos para emprender con más énfasis las medidas para paliar los efectos del paludismo. Sin embargo, años más tarde, se evidenció que el paludismo aun continuaba siendo una preocupación latente en las agendas gubernamentales, y que por consiguiente seguía causando bajas poblacionales.

En 1948, el joven Milton Aguilar Osorio, presentó su informe de la exploración sanitaria del municipio de Calotmul,¹⁰²² Yucatán, en donde señaló que una de las principales enfermedades presentes era el paludismo y que la localidad con categoría de pueblo no contaba con médicos establecidos, por ello las personas enfermas tuvieron que acudir hasta Tizimín o Espita donde sí se contaba con varios médicos.

El pueblo se encontraba despoblado, a causa de vientos huracanados que se presentaron hacia el año de 1938 donde afectó tanto a la comunidad al dejar tras su paso, casas, milpas y sementeras destruidas, enfermedades, y hambre, por ende, las personas migraron hacia otros pueblos cercanos.

Con respecto al paludismo, el joven médico señaló que la mayoría de la población indicó haber sufrido la enfermedad; que los campesinos fueron presa fácil al trabajar en sus milpas las cuales casi siempre se encontraron cercanas a aguadas y depósitos de agua estancada, lugares

¹⁰¹⁹ Esquivel Fernández, 1937: 84.

¹⁰²⁰ HNDM *Diario Oficial del Estado de Yucatán*, “Informes del movimiento habido en el Hospital O´Horán”. 27 de enero de 1938, ver también los registros del 30 de marzo.

¹⁰²¹ HNDM, *Diario Oficial del Estado de Yucatán*, “Primera convención Regional Para la Campaña Nacional contra el Paludismo, Oaxaca, marzo, 1938”, 24 de febrero de 1938.

¹⁰²² La palabra Calotmul deriva de las palabras mayas *ca*-dos, *lot*-unidos y *mul*-cerro de donde su significado en lengua castellana: dos cerros unidos, Aguilar Osorio, 1948: 9. Tesis final para obtener el grado de Médico Cirujano.

idóneos para la proliferación de los mosquitos, y que al estar acostumbrados a las dificultades y penas, éstos individuos no tomaban ninguna precaución para evitar el piquete de los insectos portadores del *plasmódio*, demostrando la incredulidad de la idea de la transmisión de la enfermedad por picadura de mosquito, y más bien aferrándose a la idea de que el agua sea la que los enfermaba.¹⁰²³

Otro tema que llama la atención de su informe fue la automedicación de las personas, pues como dijimos anteriormente, la enfermedad del paludismo es una enfermedad recurrente, y que por consiguiente se puede tener presencia durante varios momentos en la vida de la persona. Al respecto, el médico señaló que las personas al haber recibido atención médica alguna vez, y al presentar de nuevo los síntomas las personas compraron los mismos medicamentos con lo cual algunas veces sucedieron intoxicaciones, prolongación de la enfermedad al no tomar la dosis necesaria; y que en otros casos acudieron a los curanderos quienes basaron sus tratamientos a base de brebajes ocasionando “la prolongación del sufrimiento de los enfermos y posteriormente dificultad para realizar un diagnóstico médico”.¹⁰²⁴

Podemos observar, que, pese a los avances científicos, las campañas emprendidas por los gobiernos, las recomendaciones realizadas a la población, en fin, todas las medidas adoptadas no rindieron frutos exitosos debido a la reticencia que mostró la población, no sólo a la idea científicamente comprobada de la infección por picadura del mosquito, sino también a la exposición al campo sin tomar las medidas profilácticas. Además, hay que recordar que las condiciones económicas, políticas y sociales del estado se encontraron en inestabilidad, y que las personas, sobre todo las de escasos recursos, fueron de las más afectadas.

Años más tarde de nuevo la enfermedad de paludismo se haría presente en las agendas gubernamentales, pues durante el año de 1955 se implementó una campaña nacional de erradicación del paludismo siendo por decreto presidencial promulgado el 15 de noviembre de 1955 y publicado en el Diario Oficial el día 17 de diciembre que era de “necesidad pública y beneficio social la campaña para erradicar el paludismo del territorio mexicano” y perduró hasta el año de 1980, pero desde el año de 1945 con apoyo de la Fundación Rockefeller y el uso del DDT se venía combatiendo a la enfermedad.¹⁰²⁵

Cabe mencionar que el DDT fue utilizado en México para atacar los brotes de tifo que impero en el país, y hasta 1944 se inició el empleo sistemático del compuesto químico, utilizado

¹⁰²³ Aguilar Osorio, 1948: 13.

¹⁰²⁴ Aguilar Osorio, 1948: 13.

¹⁰²⁵ Pesqueira, 1957: 539.

como desinfectante en ropa, muebles, habitaciones, en penitenciarías, hospitales, en hoteles, casas de huéspedes, cines, teatros, ferrocarriles, y todo lugar donde se hallara aglomeraciones de personas.¹⁰²⁶

Para 1947 el DDT se produjo a escala industrial, utilizándose para combatir al tifo y a el paludismo, sin embargo, las condiciones económicas y culturales de la población fueron un fuerte componente de oposición para la utilización de este compuesto.

Y entendiendo que la enfermedad del paludismo cobró importancia no sólo a nivel local, regional e internacional, en el siguiente capítulo abordaremos el desarrollo económico, político, social en estos tres niveles para el periodo conocido como la guerra fría, tratando de contestar ¿Que sucedió con la salud pública de Yucatán durante este periodo? ¿Qué medidas se adoptaron para contrarrestar a la enfermedad del paludismo? Pero sobre todo responder ¿cómo fue el desarrollo de la salud pública en Yucatán durante los siguientes años?

¹⁰²⁶ AHSSA, *Memoria de la Secretaria de Salubridad y Asistencia 1944-1945*, basada en el informe de labores presentado al congreso de la unión por el Dr. Gustavo Baz, p. 220.

Capítulo VI

La Organización Panamericana de la Salud 1949-1960

Como se ha venido señalando en los capítulos anteriores, el surgimiento y desarrollo de los diversos organismos internacionales para el combate de diversas enfermedades, entre ellas las tropicales, ha tenido una marcada intervención en los asuntos sanitarios y en general en la salud pública de México, y específicamente en el estado de Yucatán. A través del desarrollo de instituciones como lo fueron la Oficina Sanitaria Panamericana, la Fundación Rockefeller, y la Oficina de Coordinación de Asuntos Inter-Americanos, entre otras, se implementaron proyectos o campañas que tuvieron como objetivo el combate a las enfermedades, no sólo para el cuidado de la población, sino también tuvieron fines económicos y políticos como se evidenció en los capítulos anteriores.

A través de los años, estos organismos trabajaron en conjunto con las autoridades de diferentes países, siendo que con los compromisos y acuerdos firmados en las distintas conferencias sanitarias se fueron reforzando los ideales y las campañas sanitarias para eliminar los males epidémicos que causaban las enfermedades tropicales, entre otros asuntos tratados. Por ello en este capítulo se expone el desarrollo y actuación de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud para terminar con una de las enfermedades tropicales de gran prevalencia en las zonas tropicales de América, como fue el paludismo, batalla que fue realizada a través de diferentes programas y proyectos que se enfocaron en la erradicación de la enfermedad y no en su control como argumentaron algunos especialistas del tema. En un segundo apartado dentro de este capítulo se explica la manera en que México se fue apropiando de la campaña internacional y como caso de estudio se tiene a Yucatán para explicar cómo se implementó dicha campaña a nivel regional.¹⁰²⁷

¹⁰²⁷ HNDM, *Diario Oficial del Estado de Yucatán*, 27 de octubre de 1928 “Consejo de la Ciudad de Mérida, Capital de Yucatán, Aviso”, página 5. Ya desde la segunda década del siglo XX, la población había sido exhortada por el Consejo de la Ciudad de Mérida, para mantener la lucha contra los vectores que propagaban la enfermedad, pues se les incitaba a mantener los frentes de sus casas “deshierbados”, es decir, libre de malezas, y que el producto de esa actividad no sea tirado en charcas con el objetivo de evitar la proliferación y procreación de los mosquitos que propagan el paludismo. Por ello se señaló un plazo de ocho días para mantener los frentes de las casas limpios. En caso de no cumplirse las disposiciones señaladas por el Consejo, los habitantes serían acreedores de peñas señaladas en el Reglamento de Sanidad de la ciudad.

Hay que recordar que en las Conferencias Sanitarias Panamericanas (XVIII, XIV, XV)¹⁰²⁸ no solo se firmaron acuerdos importantes entre los países signatarios, sino que se mantuvo una cooperación internacional que se pretendió que fuera más fuerte con el paso de los años. Así, por ejemplo, durante los años de 1939 a 1940 se aplicó el principio de zonificación sanitaria, creándose la Zona Sanitaria del Caribe¹⁰²⁹ con sede en Panamá, a la cual fue asignado un representante viajero, un ingeniero sanitario y posteriormente se consideró agregar una enfermera y otro personal. La función de esta empresa fue distribuir de manera geográfica los servicios y el personal con el objetivo de aumentar la eficiencia y acelerar la comunicación entre las repúblicas. Por ello, años más tarde se habilitaron otras seis zonas de la siguiente manera: una en Washington, D. C., encargándose de Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Alaska y posesiones territoriales sin gobierno propio; en 1942 se instaló la oficina en Perú que comprendió los asuntos de Bolivia, Ecuador, Colombia y Venezuela; al siguiente año se instaló otra en la Ciudad de Guatemala, durante el mes de junio. Esta comprendió los territorios de Guatemala, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Nicaragua, y Honduras Británicas.¹⁰³⁰

Hacia el año de 1951 se instaló otra en Rio de Janeiro; en ese mismo año se estableció una en Buenos Aires, Argentina, que comprendió los países de Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay. La última fue instalada en agosto de 1952 en la Ciudad de México, para comprender los países de Cuba, Haití, y República Dominicana. Hay que señalar que Delgado y Pichardo (2002) consideraron que el establecimiento de estas zonas sanitarias, fueron un “gran paso de avance en la cooperación internacional en el continente americano”.¹⁰³¹

Cabe mencionar que otro organismo creado fue la Organización de las Naciones Unidas, cuando cincuenta y una naciones se reunieron en la Conferencia de San Francisco, California los días 25 de abril al 26 de junio de 1945, encuentro en donde se redactó la Carta de las Naciones Unidas, y hasta el 24 de octubre del mismo año fue refrendada la Carta. El tema de salud fue presentado por las delegaciones de Brasil y China para ser considerado en la agenda de esta nueva organización. Así fue ratificada el 10 de enero de 1946 en la Primera Asamblea General de las Naciones Unidas.¹⁰³²

¹⁰²⁸ Se pueden consultar las Actas de las Conferencias en la página de internet de la Organización Panamericana de la Salud, <https://www.paho.org>.

¹⁰²⁹ Hacia el año de 1984, se inició un plan para descentralizar la administración de la OPS: las oficinas de Áreas o Zonas dejaron de funcionar como tales, sustituyéndolas por oficinas de los países, en las cuales se delegaron cada vez más autoridad, Delgado y Pichardo, 2002: 33.

¹⁰³⁰ Delgado y Pichardo, 2002: 33

¹⁰³¹ Delgado y Pichardo, 2002: 29.

¹⁰³² Delgado y Pichardo, 2002: 32. Esta Asamblea fue realizada en Central Hall, Westminster, Londres, donde estuvieron representadas 51 naciones. El Congreso de Estados Unidos de Norteamérica extendió la invitación para que la sede de las Naciones Unidas se estableciera permanentemente en el país norteamericano, por ello se estableció

Durante la XII Conferencia Sanitaria celebrada en Caracas, del 11 al 24 de enero de 1947, se aprobó un plan de reorganización, estableciéndose la Organización Sanitaria Panamericana con cuatro organismos denominados: la Conferencia Sanitaria Panamericana; el Consejo Directivo; el Comité Ejecutivo y la Oficina Sanitaria Panamericana (Cuadro14).¹⁰³³ Estos organismos cumplieron diferentes funciones, a saber:

Cuadro 14: Organismos de la Organización Sanitaria Panamericana.¹⁰³⁴

Organismos	Observaciones
Conferencia Sanitaria Panamericana	Se trata de la autoridad suprema en el gobierno de la Organización (OPS). Se encuentra compuesta por los integrantes de los países miembros. Se reúnen cada cuatro años, para determinar las normas generales del organismo. Además, sirve de foro para las cuestiones de la salud pública.
Consejo Directivo	Se encuentra integrado por un representante de cada gobierno, y actúa entre los años en donde la organización no se reúne. También examina y aprueba el programa y presupuesto de la OPS además de discutir sobre cuestiones técnicas de los problemas sanitarios de importancia para las Américas.
Comité Ejecutivo	Se compone por representantes de siete gobiernos miembros elegidos por la Conferencia o el Consejo en períodos escalonados de tres años. Estos se reúnen cada dos veces al año para examinar cuestiones técnicas y administrativas.
Oficina Sanitaria Panamericana	Se trata de un órgano ejecutor de la organización. Se compone de un director que se encarga de nombrar al personal para ejecutar los problemas de la oficina y aplicar las normas que emanan de los cuerpos directos.

Durante la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York en 1946 se aprobó la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, institución que entró en vigor en mayo de 1948 al ser ratificada por 26 países signatarios.¹⁰³⁵ Un año más tarde, el 24 de mayo de 1949, el doctor Brock Chisholm, director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el Doctor Fred L. Soper, director de la Oficina Sanitaria Panamericana firmaron un acuerdo reconociendo a la Organización Sanitaria Panamericana (OSP) como una entidad independiente y como Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas.¹⁰³⁶ El 23 de marzo de 1950 se firmó un acuerdo entre la Organización de Estados Americanos (OEA) y la OMS, donde se reconoció a la OSP como Organismo Especializado Interamericano.

en la ciudad de Nueva York. “Sesenta años historia fotográfica de las Naciones Unidas” en <https://www.un.org/es/un60/gallery/1940s.htm>, consultado el día 20/11/2018.

¹⁰³³ “XII Conferencia Sanitaria Panamericana, Acta final”, año 26, n. 3, marzo de 1947, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, pp. 193-216.

¹⁰³⁴ “XII Conferencia Sanitaria Panamericana, Acta final”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 26, n. 3, marzo de 1947, pp. 193-216.

¹⁰³⁵ Bustamante 1972: 390.

¹⁰³⁶ Delgado y Pichardo, 2002: 32

Hay que recordar que la Organización Sanitaria Panamericana tuvo sus orígenes desde 1902 con la creación de la Oficina Sanitaria Internacional de las Repúblicas de América. En palabras de Bustamante, la creación de esta organización fue “un instrumento ejemplar de solidaridad regional, que es parte de la solidaridad mundial”.¹⁰³⁷ El nombre de Organización Panamericana de la Salud fue adoptado hacia el año de 1958 de acuerdo con las resoluciones adoptadas en la XV Conferencia Sanitaria Panamericana efectuada en San Juan, Puerto Rico los días del 21 de septiembre al 3 de octubre, sustituyendo el nombre de Organización Sanitaria Panamericana.

6.1.- La Oficina Sanitaria Panamericana, la OMS y las Conferencias Sanitarias Panamericanas

La importancia de estas conferencias para el desarrollo de esta tesis ha sido ya explicada desde el capítulo 1, pues como se mencionó, durante la celebración de estas reuniones se notificaba la presencia de enfermedades en los países, sus campañas para la eliminación de los males, los adelantos científicos tecnológicos para combatirlas, y en general, evidencian los acuerdos y tratados que los países se comprometían para mantener relaciones comerciales, económicas y políticas en los mejores términos. Dado que las Conferencias continuaron siendo efectuadas, en este apartado abarcaremos las celebradas a partir de 1934, debido a que en ellas se expone la importancia de la lucha contra las enfermedades tropicales, como fue el caso de la fiebre amarilla y el paludismo, y la atención que debieron de prestar los gobiernos y autoridades sanitarias para su combate.¹⁰³⁸

Así pues, del 12 al 22 de noviembre de 1934 en Buenos Aires Argentina se realizó la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, y entre los principales puntos tratados, destacaron: la aprobación de resoluciones interpretativas de ciertas cláusulas del Código Sanitario Panamericano para simplificar los procedimientos de cuarentenas internacionales; los avances

¹⁰³⁷ Bustamante, 1977: 507

¹⁰³⁸ Cabe recordar que desde la III Conferencia Sanitaria Panamericana celebrada en México en 1907 se dejó en evidencia el problema palúdico. III Conferencia Sanitaria Panamericana, donde se precisó que las cuarentenas y las campañas contra las epidemias debieron quedar bajo el control de las autoridades nacionales de salubridad, Bustamante, 1952: 474.

del combate contra la enfermedad de la fiebre amarilla en Brasil, y la preocupación latente de la persistencia de ella entre la población brasileña.¹⁰³⁹

Otros temas a los que se les dio la importancia necesaria fueron: la organización sanitaria; la unificación de los servicios de asistencia federales, estatales y municipales; la demografía; la coordinación de los servicios de higiene; el paludismo; la leche y su manejo; la higiene maternal e infantil; la higiene escolar. Se llamó a reforzar el combate contra las enfermedades como la tuberculosis, la lepra, el ofidismo, el alcoholismo, las enfermedades tifo-exantemáticas, y se recomendó que los países miembros informaran a la Oficina Sanitaria los avances, e inconvenientes acaecidos durante la lucha contra las enfermedades. El tema del abasto de agua, la inscripción de institutos científicos panamericanos y la propaganda sanitaria, también fueron expuestos durante la Conferencia.¹⁰⁴⁰

La siguiente Conferencia (X) fue realizada en Bogotá, Colombia, del 4 al 14 de septiembre de 1938 y se reiteró el compromiso de las actividades de las conferencias pasadas; se instó a que en los países en donde no existiese la carrera de higienista, se estableciera la carrera, mediante la fundación de escuelas de higiene que se dedicaran a la especialización de los médicos; igualmente se señaló lo mismo en el caso de las enfermeras visitadoras, sus labores y su educación. En cuanto a la exposición internacional de higiene se recalcó que para la siguiente conferencia se preparase todo el material que indicase avances obtenidos por los diversos países en la lucha contra las enfermedades, poniendo de manifiesto los más eficaces métodos para educación y propaganda sanitaria.¹⁰⁴¹

Con respecto al paludismo se recomendó que se autorice a la Oficina Sanitaria Panamericana para que designe una Comisión técnica que, en cooperación con las autoridades sanitarias de los países del continente, estudiase el estado de los conocimientos sobre los aspectos de la malaria en América y sobre los problemas por resolver, presentando un informe en la IV Conferencia de Directores de Sanidad, la cual sería celebrada del 1 al 8 de mayo de 1940 en Washington, D.C.¹⁰⁴²

¹⁰³⁹ “La IX Conferencia Sanitaria Panamericana” por el Dr. Bolívar J. Lloyd, director médico en el servicio de sanidad pública de los Estados Unidos; Auxiliar del director de la Oficina Sanitaria Panamericana, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, julio 1935, pp. 612-615.

¹⁰⁴⁰ “La IX Conferencia Sanitaria Panamericana”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, por el Dr. Bolívar J. Lloyd, director médico en el servicio de sanidad pública de los Estados Unidos; Auxiliar del director de la Oficina Sanitaria Panamericana, julio 1935, pp. 612-615.

¹⁰⁴¹ “X Conferencia Sanitaria Panamericana, Informe del delegado del Uruguay, doctor don Justo F. González”, *Boletín del Ministerio de Relaciones Exteriores*, 1939, Montevideo.

¹⁰⁴² “IV Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad, celebrada en Washington, D. C., del 1 al 8 de mayo de 1940” *Oficina Sanitaria Panamericana*, Publicaciones Mimeografiadas, 83. Cabe señalar que estas Conferencias fueron realizadas cada cinco años, siempre y cuando la Oficina Sanitaria Panamericana no llamara a

Durante la Décima Conferencia se recomendó que las labores de la Comisión se enfocarían en los factores que intervienen en los diversos países en la difusión de la enfermedad; las normas legales que presiden a la lucha contra la malaria en territorio americano y sus resultados adquiridos; la intensidad que la malaria ofrece en ellos; la uniformidad de la nomenclatura malariológica de acuerdo con los trabajos efectuados por otros organismos internacionales; la utilización de las medicinas que ofrecen las Cinchonas y su cultivo.¹⁰⁴³ Se externó una preocupación latente ante los inminentes estragos ocasionados por este mal.

Por último, se encomendó que se prosiguiesen las obras realizadas contra las enfermedades de tifo exantemático, tuberculosis, lepra, tripanosomiasis americana.¹⁰⁴⁴

Para la undécima Conferencia la sede fue en la Ciudad de Río de Janeiro, Brasil, y fue realizada del 7 al 18 de septiembre de 1942, ya en pleno desarrollo de la Segunda Guerra Mundial, por ello se recomendó redoblar esfuerzos ante los problemas de sanidad pública debido a la continuación y expansión de las hostilidades en el mundo. Se insistió en la cooperación entre autoridades de todos los niveles de gobierno para adoptar medidas encaminadas a la conservación y mejoramiento de los recursos médicos y a otros necesarios para la conservación de la salud pública a nivel continental.¹⁰⁴⁵

Se solicitó la realización de encuestas sobre la distribución geográfica de las enfermedades transmisibles de importancia en tiempo de guerra, siguiendo el programa formulado por la Oficina Sanitaria Panamericana; que se aportasen los datos epidemiológicos y sanitarios de cada país y que los resultados fuesen enviados a la Oficina para su inmediata distribución hacia otras repúblicas.

Un dato que llama la atención es que se les indicó que de presentarse alguna epidemia o al existir amenaza de contagio en cualquier país, que pudiese afectar la salud de las poblaciones de los países vecinos o la seguridad continental, los demás países suministrarían, en la medida de sus posibilidades y bajo los auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana, toda la asistencia y auxilio necesarios. Con ello se exhortó a los gobiernos a que, en caso de existir esta problemática,

una reunión previa. Y se fueron realizando por recomendaciones realizadas durante la Quinta Conferencia Internacional de las Repúblicas Americanas celebrada en Santiago, Chile en 1923, en Cumming *et. Al.*, 1926: 2585-2592. La primera reunión fue celebrada los días del 27 al 29 de septiembre de 1926 en Washington, D. C.

¹⁰⁴³ *Boletín del Ministerio de Relaciones Exteriores*, "X Conferencia Sanitaria Panamericana, Informe del delegado del Uruguay, doctor don Justo F. González", 1939, Montevideo.

¹⁰⁴⁴ *Boletín del Ministerio de Relaciones Exteriores*, "X Conferencia Sanitaria Panamericana, Informe del delegado del Uruguay, doctor don Justo F. González, 1939, Montevideo.

¹⁰⁴⁵ "Undécima Conferencia Sanitaria Panamericana, Acta Final", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 22, n. 3, marzo de 1943, pp. 193- 201.

se brindase una mutua cooperación para hacerle frente a las enfermedades epidémicas.¹⁰⁴⁶ Así, el tema de defensa continental y sanidad pública fue tratado durante esta conferencia dejando en evidencia las condiciones bélicas del mundo.

Otros temas fueron referentes a los servicios militares de sanidad, a la ingeniería sanitaria, y el tratamiento de las aguas potables y de cloacas; sobre la nutrición y el suministro de leche; la construcción y utilización de la Carretera Panamericana, como vehículo de creación de importantes problemas sanitarios; la demografía; sobre enfermedades como las diarreas y la enteritis, la enfermedad de Chagas, la fiebre amarilla y el esfuerzo de Brasil por sus resultados obtenidos en la erradicación del *Aedes aegypti*,¹⁰⁴⁷ la influenza, la lepra, la peste, el tifo exantemático, la tuberculosis y la malaria. De esta última se indicó que fue la dolencia que más perjuicios ocasionó a los países, y se reconoció al gobierno de Brasil, a los técnicos sanitarios y a la Fundación Rockefeller por sus esfuerzos realizados para la extinción del *Anopheles gambiae* del país, evidenciando con ello el éxito de la cooperación interamericana.¹⁰⁴⁸ Hay que señalar que esa especie de mosquito es tan sólo uno de los vectores que transmiten la enfermedad del paludismo.

La duodécima Conferencia fue celebrada los días del 12 al 24 de enero de 1947 en la ciudad de Caracas, Venezuela. El acta final de la conferencia señala que se aprobó un plan de reorganización de acuerdo con el cual la Oficina se convirtió en el Órgano ejecutivo de la OSP, a su vez se reconoció la instalación y el funcionamiento de la OMS y de sus órganos ejecutivos y técnicos. Al respecto se acordó que la Organización Sanitaria Panamericana, representada por la Conferencia Sanitaria Panamericana y la Oficina Sanitaria Panamericana, continuaría funcionando con su carácter continental en los aspectos americanos de los problemas de salud;

¹⁰⁴⁶ “Undécima Conferencia Sanitaria Panamericana, Acta Final”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 22, n. 3, marzo de 1943, pp. 193- 201.

¹⁰⁴⁷ Se reconoció las labores de las autoridades sanitarias en colaboración con autoridades de la Fundación Rockefeller para el combate a la fiebre amarilla, pero sobre todo por los trabajos realizados para eliminar una de las especies de mosquitos que contagiaba a los humanos de paludismo. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, “Undécima Conferencia Sanitaria Panamericana, Acta Final”, año 22, n. 3, marzo de 1943, pp. 193- 201. Desde 1915 hasta 1949 la Fundación Rockefeller actuó como organización sanitaria internacional, proporcionando orientación técnica y ayuda financiera para la solución de los problemas de la fiebre amarilla en el continente. En 1951 se reportaron casos de fiebre amarilla en el Ecuador por primera vez desde 1919. En Brasil se reportó en 1951 casos de fiebre amarilla selvática. “Informe Anual del director a los Gobiernos Miembros de la OSP, 1951” Fred L. Soper, *Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*, CD6/13 (Esp.), Washington D.C., 29 de agosto de 1952.

¹⁰⁴⁸ “Undécima Conferencia Sanitaria Panamericana, Acta Final”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 22, n. 3, marzo de 1943, pp. 193- 201.

para ello asumieron los subtítulos de Comité Regional de la OMS y la Oficina Regional de la OMS en el “hemisferio occidental”, conforme a la constitución de la OMS.¹⁰⁴⁹

Durante la celebración de esta conferencia se hizo el llamado para cumplir con las finalidades de la Oficina Sanitaria Panamericana, que eran el combate contra las enfermedades, la prolongación de la vida y el mejoramiento físico y mental de las personas; para ello se instó a la adopción de un nuevo programa de mayor amplitud que abarcara los aspectos médico-sanitarios de la prevención, la asistencia y la previsión social, para lo cual se consideró el aumento del personal tanto de la oficina como los trabajadores de campo. Otro punto que se trató durante la duodécima conferencia fue la reiteración de la constitución de la OSP por los 4 organismos antes descritos.¹⁰⁵⁰ Con respecto al tema de las enfermedades se recomendó darle la importancia internacional a las zoonosis transmisibles al hombre como la brucelosis, la rabia, el tifo, la peste, la salmonelosis, las tripanosomiasis. Otros temas versaron en torno al control de las enfermedades venéreas, la epidemiología de la tuberculosis y los nuevos avances para su lucha, la reglamentación de drogas y alimentos, y los problemas sanitarios de la post-guerra que se presentaron por las migraciones.¹⁰⁵¹

En cuanto a la malaria se observó una gran importancia dada al tema pues se evidenció la conformación de la Comisión Panamericana de la Malaria, en donde se autorizó al director de la Oficina Sanitaria Panamericana que nombrara por un periodo de tres años a los siete miembros activos de la Comisión. Se hizo la petición de que la Oficina dispusiera de un presupuesto suficiente para atender los gastos anuales para las reuniones de la Comisión.¹⁰⁵² Esta petición con respecto a los recursos financieros otorgados para los trabajos del combate a la enfermedad fue un tema recurrente en todas las siguientes conferencias, pues constantemente los países indicaron la falta de recursos para mantener las campañas sanitarias para el combate de la enfermedad, además fue uno de los problemas fundamentales por los que las campañas emprendidas no evidenciaron el éxito esperado.

La Comisión Panamericana de la Malaria fue autorizada para nombrar miembros activos divididos en dos grupos, a saber: miembros correspondientes, que fungieron como jefes de los servicios especiales de malaria en los departamentos nacionales de sanidad; y miembros

¹⁰⁴⁹ “XII Conferencia Sanitaria Panamericana, Acta final”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 26, n. 3, marzo de 1947, pp. 193-216.

¹⁰⁵⁰ “XII Conferencia Sanitaria Panamericana, Acta final”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 26, n. 3, marzo de 1947, pp. 193-216.

¹⁰⁵¹ “XII Conferencia Sanitaria Panamericana, Acta final”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 26, n. 3, marzo de 1947, pp. 193-216.

¹⁰⁵² “XII Conferencia Sanitaria Panamericana, Acta final”, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 26, n. 3, marzo de 1947, pp. 193-216.

asociados, que fueron individuos que pertenecieron a organizaciones educacionales o sanitarias que se dedicaron al estudio o control de la malaria en América, quienes en concepto de los miembros activos de la Comisión pudieran dar una opinión valiosa para las labores. Se indicó que estos miembros podrían ser de territorios americanos dependientes de Europa, siempre y cuando estuvieran interesados en la enseñanza, investigación o control de la malaria.¹⁰⁵³

Le fue autorizado al presidente de esta Comisión solicitar directamente a los Departamentos Nacionales de Salud de los países americanos todo lo concerniente a la malaria y su control. Así, se realizaron cuestionarios que sirvieron para la elaboración del informe que la Comisión presentaría a la Conferencia Sanitaria Panamericana, para evidenciar la lucha antimalárica realizada en el continente. Dichos datos fueron publicados en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana y otras revistas especializadas en temas de salud pública.¹⁰⁵⁴

Durante la conferencia se les solicitó a los gobiernos y los departamentos de salud de los países que cooperaran activamente con otros departamentos del gobierno para lograr el programa de control, hasta convertirlo en un programa de fomento rural. Y que los servicios antimaláricos hicieran las gestiones necesarias ante sus respectivos gobiernos para que se incluyera a la enfermedad y las medidas adoptadas para su combate como tema obligatorio en las escuelas primarias, secundarias y normales.¹⁰⁵⁵

En el caso del problema malárico de gran magnitud se indicó que los gobiernos a través de sus departamentos de salud realizarían estudios periódicos de las medidas que facilitarían el control de la enfermedad con el objetivo de asegurar que el dinero y esfuerzo invertido estuvieran en proporción real con el problema mismo. A su vez, se insistió en la importancia de que el personal fuera empleado de tiempo completo y que fueran individuos especializados en los servicios antimaláricos. Para la preparación de este personal, la Escuela de la División de Malariología en Maracay, Venezuela, dispuso de becas para facilitar la especialización del personal de otros países.¹⁰⁵⁶

Un aspecto que se destacó fue que a pesar de que en diversos países el control de la malaria ya se tenía, con el aumento de viajes ya sea por tierra, mar o aire, pudieran ser transportados no sólo los insectos sino personas que portasen el parásito de la malaria en la

¹⁰⁵³ "XII Conferencia Sanitaria Panamericana, Acta final", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 26, n. 3, marzo de 1947, pp. 193-216.

¹⁰⁵⁴ "XII Conferencia Sanitaria Panamericana, Acta final", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 26, n. 3, marzo de 1947, pp. 193-216.

¹⁰⁵⁵ "XII Conferencia Sanitaria Panamericana, Acta final", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 26, n. 3, marzo de 1947, pp. 193-216.

¹⁰⁵⁶ "XII Conferencia Sanitaria Panamericana, Acta final", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 26, n. 3, marzo de 1947, pp. 193-216.

sangre, por consiguiente, podrían ser vehículos de reinserción de la enfermedad. Por tanto, se sugirió el empleo de la cloroquina y la paludrina en mayor escala para el tratamiento de la malaria y se expuso que las drogas antimaláricas se distribuyeran de manera gratuita o bien se abaratasen los costos de su distribución para que fuera accesible a toda la población, como ya se venía haciendo con el DDT.¹⁰⁵⁷

Recapitulando, durante esta conferencia se evidenció una mayor importancia concedida al combate de la malaria, y algo que hay que destacar, que en todo momento se trató del control, y no de su erradicación. Sería hasta después de los años 50 del siglo XX cuando la campaña contra la malaria comprendería una nueva estrategia para su combate.

La XIII Conferencia Sanitaria Panamericana fue celebrada en Ciudad Trujillo, República Dominicana, los días 1 al 10 de octubre de 1950. Durante la intervención del delegado doctor Belleviere de Haití, recalcó el agradecimiento hacia la Fundación Rockefeller por haber sido la primera organización internacional en ayudar a su país para apreciar los beneficios de la medicina preventiva. Señaló el éxito de la cooperación de su gobierno con la Fundación hacia el año de 1940, durante la realización de la campaña contra el paludismo, lo cual evidenció una evolución de la salud pública del país, pues el delegado indicó la falta de elementos, recursos y educación sobre materia de sanidad del que careció su país. Esta intervención mostró cómo organismos internacionales intervinieron en el desarrollo de los países latinoamericanos para el combate de una de las enfermedades tropicales de mayor prevalencia, como era el paludismo.¹⁰⁵⁸ Pues en el discurso presentado por el doctor se señaló la intervención de organismos como el Instituto de Asuntos Interamericanos, la OMS, la UNICEF, y la Oficina Sanitaria Panamericana, que en conjunto trabajaron con las autoridades sanitarias de Haití para la erradicación de diversas enfermedades.¹⁰⁵⁹ Otro comentario igual lo realizó el delegado de Chile, el doctor Hernán Romero, al enunciar que la intervención y cooperación de dichas instancias le permitieron a su país acelerar su evolución y organización en materia sanitaria. También hizo alusión a la destacada formación de profesionistas que se fueron a estudiar a universidades de Estados Unidos y a la Escuela de Salubridad y la de Enfermeras de su país.¹⁰⁶⁰

¹⁰⁵⁷ "XII Conferencia Sanitaria Panamericana, Acta final", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 26, n. 3, marzo de 1947, pp. 193-216.

¹⁰⁵⁸ "Actas de la Decimotercera Conferencia Sanitaria Panamericana", *Organización Sanitaria Panamericana*, no. 261, septiembre, 1952. Comité Regional Organización Mundial de la Salud.

¹⁰⁵⁹ "Discurso del delegado de Haití, doctor Athémas Belleviere, Anexo 13 de las Actas de la Decimotercera Conferencia Sanitaria Panamericana", *Organización Sanitaria Panamericana*, no. 261, septiembre, 1952. Comité Regional Organización Mundial de la Salud.

¹⁰⁶⁰ "Discurso del delegado de Chile, doctor Hernán Romero, Anexo 7 de las Actas de la Decimotercera Conferencia Sanitaria Panamericana", *Organización Sanitaria Panamericana*, no. 261, septiembre, 1952. Comité Regional Organización Mundial de la Salud

Hay que señalar que en la celebración de esta conferencia la delegación mexicana no asistió por alegar asuntos que solicitaron su intervención inmediata, pero no dice qué tipo de asuntos.

Para la Conferencia XIV, la sede fue Santiago de Chile celebrándose del 7 al 22 de octubre de 1954. Para esta conferencia se preparó, de acuerdo con los requisitos del Código Sanitario Panamericano, la publicación del resumen de los informes de los estados miembros, informe que comprende los años de 1950 a 1953. Así pues, los veintiún estados miembros presentaron su informe sobre las condiciones sanitarias, con datos estadísticos obtenidos de los censos, de los servicios de estadísticas vitales y de notificación de casos, descripciones de los programas de lucha contra las enfermedades transmisibles, organización de los servicios de sanidad y sobre aspectos de los programas de saneamiento del medio. En dicho informe quedó estipulado que una de las enfermedades que originaba considerable morbilidad y mortalidad en ciertas zonas era la malaria, y que los 6 países que mostraron un alto índice de malaria elevado fueron América del Norte, Guatemala, Honduras, República Dominicana, Nicaragua, El Salvador y México.¹⁰⁶¹

Desde el año de 1954, se proyectó la decisión de hacer que la erradicación de la malaria se convirtiera en un programa a cargo de la Oficina Sanitaria Panamericana. Así pues, un año más tarde, en 1955 se creó el Programa Mundial para la Erradicación de la Malaria,¹⁰⁶² mismo que se convirtió en la entidad coordinadora de los esfuerzos contra dicha enfermedad a escala mundial. En ese mismo año se dio un cambio en la estrategia para el combate de la enfermedad que de acuerdo con la OMS se procuró el remplazo del objetivo de “control” por el de “erradicación”, entendiéndolo como la manera de acabar la transmisión de malaria y eliminar los reservorios de casos infectantes, en una campaña limitada en tiempo y llevada a cabo “a tal grado de perfección, que cuando llegue a su fin no se reanuda la transmisión”.¹⁰⁶³

Si bien uno de los temas que resaltó en los informes enviados por los países a la Oficina Sanitaria fue el estado del problema del paludismo en las Américas, los miembros de la Conferencia dieron a conocer las actividades que se fueron realizando para el combate de la enfermedad. Al final de la conferencia se evidenció que se lograron importantes avances para la

¹⁰⁶¹ Molina y Puffer, 1955: 34

¹⁰⁶² Owens y Asce, 1956: 36.

¹⁰⁶³ Pampana, 1996. A finales de los años 60 y principios de los 70 del siglo XX, se sustituyó el objetivo de erradicación, por el de control. El objetivo fue reducir los casos de la enfermedad creada por el *Anopheles falciparum*, especie que causa infecciones más severas incluso el deceso del individuo. Este objetivo fue realizado a través de estrategias flexibles basadas en la epidemiología de la malaria en diferentes zonas y la determinación de grupos de riesgos, y el uso de herramientas eficaces que estuvieran disponibles.

erradicación de la enfermedad, pues al interrumpirse la transmisión, la infección desaparecía de la población en pocos años como consecuencia de la muerte del parásito; pero sin embargo se externaron observaciones que indicaron resistencia a ciertos insecticidas en algunas especies de *Anopheles*, y en consecuencia con el tiempo se consideró que este hecho pudiese ocasionar graves dificultades e inclusive fracasos a las campañas antimaláricas futuras.¹⁰⁶⁴

Así, la malaria planteó un problema internacional, pues la importación de nuevos casos a zonas libres de la infección fue un aspecto latente, por lo que se insistió a los gobiernos que estuvieran preparados.

En la XIV Conferencia se resolvió, por tanto, que era de extrema urgencia poner en ejecución la Resolución XVIII de la XIII Conferencia Sanitaria Panamericana, en donde se recomendó a la Oficina Sanitaria Panamericana propender a la intensificación y coordinación de las labores de la lucha antimalárica con el objetivo de procurar la erradicación de la enfermedad palúdica. Se les indicó a los gobiernos miembros que a la brevedad posible convirtiesen los programas de lucha en programas de erradicación, para evitar la aparición de la resistencia de los mosquitos a los insecticidas.¹⁰⁶⁵ En la Resolución LXII de la XIV Conferencia se dispuso que la Oficina Sanitaria Panamericana procediese a dar cumplimiento de la Resolución XVIII y con ello estudiase las medidas de carácter internacional para asegurar la protección de los países o territorios que hubieran logrado la erradicación de la malaria.¹⁰⁶⁶

En la Resolución anterior, se autorizó al director de la Oficina la búsqueda de la participación financiera de organizaciones públicas o privadas, nacionales o extranjeras para lograr el éxito de los objetivos arriba señalados. Al respecto, la Resolución XLIII sobre el uso de fondos para la intensificación de actividades antimaláricas, en la Conferencia se resolvió autorizar al director a comprometer la suma de hasta \$100,000 del superávit que existía en el año de 1954 con el propósito de intensificar las actividades antimaláricas. De igual manera se aprobó la preparación de un proyecto de presupuesto para 1956, con un aumento de la misma cantidad anterior, sobre el presente nivel presupuestario.¹⁰⁶⁷

¹⁰⁶⁴ OPS, “XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, VI Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial para la Salud para las Américas, Acta Final”, Santiago, Chile. Documento CSP 14/102 y Anexo 1. Documentos Oficiales no. 9, octubre de 1954.

¹⁰⁶⁵ OPS, “XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, VI Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial para la Salud para las Américas, Acta Final”, Santiago, Chile. Documento CSP 14/102 y Anexo 1. Documentos Oficiales no. 9, octubre de 1954.

¹⁰⁶⁶ *Oficina Sanitaria Panamericana*, “Informe Final de la Reunión IX del Consejo Directivo de la OSP y a VIII reunión del Comité Regional de la OMS” 27 de septiembre de 1956, CD9/57 (Esp.).

¹⁰⁶⁷ OPS, “XIV Conferencia Sanitaria Panamericana, VI Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial para la Salud para las Américas, Acta Final”, Santiago, Chile. Documento CSP 14/102 y Anexo 1. Documentos Oficiales no. 9, octubre de 1954.

Al celebrarse la Conferencia XV en San Juan, Puerto Rico, los días 21 de septiembre al 3 de octubre de 1958, y después de considerar los informes presentados por los gobiernos miembros de la OPS con respecto a los progresos sanitarios en los períodos entre 1954 y 1957, en la Declaración de la XV Conferencia se hizo notar que a pesar de que se hubieran evidenciado progresos en la salud de los países de América con respecto a las diversas campañas de prevención de las enfermedades evitables, junto con los programas de promoción y restitución de la salud; aún persistían los problemas de salud en detrimento de pérdidas humanas y la disminución de la capacidad de trabajo de los habitantes; que aún eran notorias las deficiencias en el saneamiento ambiental y en los organismos sanitarios, así como en los medios destinados a los programas de salud pública. Se hizo la observación de que los fondos destinados por los gobiernos a la salud pública no estuvieron en relación con el volumen de la población, y, por último, que los programas de salud no recibieron la suficiente consideración dentro de los programas de desarrollo económico.¹⁰⁶⁸

Ante tales observaciones se declaró que el cuidado de la salud era una obligación primordial de los gobiernos y pueblos y, por ende, debía estar al alcance de los habitantes del Continente Americano, con el fin de conseguir el bienestar del individuo y la familia. Se insistió en que la salud es un derecho inalienable y primigenio de toda persona; y que es el resultado de la conjunción de los esfuerzos del individuo, la familia y el Estado; que debía de merecer atención preferente en todo programa de desarrollo económico y por último recalcó que la salud es un índice del estado económico, cultural y social del individuo y la comunidad.¹⁰⁶⁹

Por ello, las resoluciones de la Conferencia recomendaron la atención de las actividades destinadas a promover, proteger y restituir la salud de los habitantes, aumentando los recursos para tales fines; que se debía de tener prioridades en el planteamiento de las actividades nacionales de salud y que no se debía descuidar el saneamiento del medio; que era necesaria la capacitación y adiestramiento del personal profesional, técnico y auxiliar de acuerdo a las necesidades de los programas de salud; y se insistió en la cooperación, ayuda mutua y en el intercambio permanente de las experiencias, informaciones y resultados entre los países para resolver gradualmente los problemas de salud.¹⁰⁷⁰

¹⁰⁶⁸ OPS, “Declaración de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, San Juan, Puerto Rico, 1958” CE/4, Rev. 1 (Esp.), 8 de mayo de 1959.

¹⁰⁶⁹ OPS, “Declaración de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, San Juan, Puerto Rico, 1958” CE/4, Rev. 1 (Esp.), 8 de mayo de 1959.

¹⁰⁷⁰ OPS, “Declaración de la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, San Juan, Puerto Rico, 1958” CE/4, Rev. 1 (Esp.), 8 de mayo de 1959.

En general, se observa que en dicha Conferencia se había hecho visible la falta de compromiso de los gobiernos para con el cuidado de la salud pública de sus entidades, también se hizo evidente la falta no sólo de recursos monetarios para llevar a cabo los programas de atención y prevención de las enfermedades, sino que faltaba personal capacitado que ayudara en la difícil tarea del combate hacia las enfermedades.

Durante la X reunión del Consejo Directivo de la OSP y la IX reunión de la OMS, celebrada en Washington D.C. en septiembre de 1957 se estipuló en la Resolución XIII sobre la notificación internacional de los casos de malaria, se recomendó a los estados miembros que la enfermedad de la malaria fuera declarada como enfermedad de notificación obligatoria, y que los informes fueran enviados de manera semanal a la Oficina Sanitaria Panamericana para información de todas las autoridades sanitarias. Al igual se indicó la intensificación de los métodos de descubrimiento de casos con el fin de garantizar que las notificaciones de casos de la enfermedad sirvieran para la protección de zonas y países que ya contaban con la erradicación de la malaria.¹⁰⁷¹ Cabe destacar que un año antes en la reunión IX del Consejo Directivo de la OSP y la VIII reunión de la OMS se había resuelto (Resolución XXI) destacar el consenso de todos los países para darle a la enfermedad de la malaria la primera prioridad entre los problemas de salud pública. Para ello el gobierno de los Estados Unidos de América asignó una suma de \$1,500,000 para incrementar el fondo de la Oficina Sanitaria Panamericana destinado a la lucha contra la malaria en el Continente.¹⁰⁷² Durante esta misma reunión se recomendó a los gobiernos miembros que, dado el carácter de emergencia de los programas de erradicación de la malaria, se asignasen a los servicios nacionales la debida jerarquía y autoridad para la agilidad en el manejo no sólo de los fondos sino también a los problemas recurrentes del personal, con el fin de asegurar el éxito del programa de erradicación que se estaba implementando de manera continental.¹⁰⁷³

Se trató de estimular a los gobiernos que convirtieran sus programas de control de malaria en programas de erradicación, sin embargo, autoridades sanitarias de varios países señalaron la falta de recursos que necesitaron para el éxito de las campañas, como lo señaló en

¹⁰⁷¹ OSP “Informe Final de la X reunión del Consejo Directivo de la OSP y la IX reunión de la OMS, celebrada en Washington D.C. en septiembre de 1957, Documento CD10/73 (Esp.) 27 de septiembre de 1957.

¹⁰⁷² OSP, “Informe Final de la IX reunión del Consejo Directivo de la OSP y la VIII reunión de la OMS, celebrada en Antigua, Guatemala, en septiembre de 1957, Documento CD9/57 (Esp.) 27 de septiembre de 1956.

¹⁰⁷³ OSP, Informe Final de la IX reunión del Consejo Directivo de la OSP y la VIII reunión de la OMS, celebrada en Antigua, Guatemala, en septiembre de 1957, Documento CD9/57 (Esp.) 27 de septiembre de 1956.

su V informe final Carlos Alvarado quien fuera Consultor Regional de Malaria por parte de la OMS-OSP.¹⁰⁷⁴

En 1962 al celebrarse la XVI Conferencia en Minneapolis, Minnesota, Estados Unidos de América, del 21 de agosto al 3 de septiembre, se aprobaron las resoluciones siguientes: el ingreso de Jamaica en la OPS; se reconoció la ayuda de la UNICEF y la Administración para el Desarrollo Internacional (AID) del gobierno de los Estados Unidos de América para el desarrollo del programa continental de erradicación de la malaria; se reiteró a los gobiernos la urgente necesidad de erradicar a la malaria aportando a las campañas los recursos económicos que fueran indispensables, pues con la erradicación de la enfermedad se constituía un factor positivo para el desarrollo económico y social de áreas extensas de América Latina, sobre todo para el sector agrícola.¹⁰⁷⁵

Se reconoció al gobierno norteamericano su generosa contribución y sus aportaciones futuras al Fondo Especial para la erradicación de la Malaria en 1963, y se les indicó a los demás países que realizaran contribuciones a dicho fondo.¹⁰⁷⁶

La siguiente Conferencia (XVII) fue celebrada del 26 de septiembre al 7 de octubre de 1966 en el Edificio de la OPS en Washington D.C. Se destacó el tema de Estados de Erradicación de la Malaria en las Américas. Además, otros temas expuestos fueron: el programa de Libros de texto para estudiantes de medicina; migración de profesionales; estado de erradicación de la viruela en las Américas; estado de erradicación del *Aedes aegypti*; adiestramiento de personal auxiliar e inspección de calidad de las preparaciones farmacéuticas.¹⁰⁷⁷ La delegación mexicana presidida por el Secretario de Salubridad y Asistencia el doctor Rafael Moreno Valle, presentó su informe cuatrienal sobre el estado de salud del país, destacando las actividades relativas a la campaña de erradicación de la malaria.

El tema de la enfermedad de la malaria fue importante en cada una de las conferencias, inclusive hasta ya entrado el siglo XXI. A continuación, se expondrá un panorama general sobre la salud pública y el problema que generó la enfermedad de la malaria.

¹⁰⁷⁴ Alvarado, 1956. Ver también, “El estado de los programas de la erradicación de la malaria en las Américas” preparado la X reunión del Consejo Directivo de la OPS y la IX reunión de la OMS, celebrada en Washington D.C. en septiembre de 1957” *Oficina Sanitaria Panamericana*, Documento CD10/21, agosto 1957.

¹⁰⁷⁵ OPS, “Informe Final de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas”, Documento CSP16/68ES, 3 de septiembre 1962.

¹⁰⁷⁶ OPS, “Informe Final de la XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, XIV Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas”, Documento CSP16/68ES, 3 de septiembre 1962.

¹⁰⁷⁷ *Salud Pública de México*, “XVII Conferencia Sanitaria Panamericana y XVIII Reunión del Comité Regional de la OMS”, v. 8, n. 6, noviembre 2014 p. 995.

6.1.1.- La erradicación de la malaria y sus métodos de combate

El tema de la malaria fue parte de las agendas en las instituciones sanitarias, como se pudo observar en el apartado anterior. La malaria fue considerada como una enfermedad internacional, como lo fue el cólera, la peste y la fiebre amarilla en otros tiempos.¹⁰⁷⁸ El doctor Paz Soldán¹⁰⁷⁹ señaló que su internacionalización se debió a las reglas diplomáticas de profilaxia que guiaron a los diversos países y que se trataron de documentos públicos y oficiales dictaminados durante las diferentes convenciones y tratados entre países limítrofes. Así la internacionalización se refiere a:

- a) Declaración internacional por cada país afectado de los casos de enfermedad, comunicándolos ya a las oficinas existentes tales como la de París, Washington, etc., o bien a los países extranjeros más directamente interesados;
- b) Fijación de procedimientos profilácticos respecto a los viajeros enfermos que puedan presentarse en los diversos medios de transporte humano: navíos, ferrocarriles, aviones, etc.;
- c) Determinación de reglas generales de profilaxia, deducidas de la práctica universal y que no estén condicionadas por consideraciones de lugar, costumbres, hábitos sociales, etc.;
- d) Divulgación internacional de las medidas de defensa adoptadas para cada país respecto a la enfermedad y;
- e) Comunicación oficial a los demás países de las leyes y reglamentos relativos a la lucha contra la enfermedad.¹⁰⁸⁰

Si bien el combate a la enfermedad de la malaria se venía haciendo desde los primeros años del siglo XX,¹⁰⁸¹ no fue sino hasta la cuarta década cuando se retomó la idea para hacerle frente a la enfermedad, para tratar de controlar la infección y con ello frenar las consecuencias sociales. En el caso de Europa, durante la VI Reunión del Comité Provisional de la Sociedad de Naciones, realizada en París durante el mes de junio de 1923, el coronel de sanidad doctor S. P. James¹⁰⁸² propuso que se fijara la extensión del paludismo en Europa, y que se organizara un comité de expertos encargados de coordinar y de sugerir líneas de acción profiláctica, deducidas

¹⁰⁷⁸ “La malaria enfermedad internacional” Carlos Paz Soldán, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v.4, n. 12, diciembre, 1925, pp. 433-435.

¹⁰⁷⁹ Fue Vocal de la Oficina Sanitaria Panamericana y Profesor de la Facultad de Medicina de Lima, Perú.

¹⁰⁸⁰ “La malaria enfermedad internacional” Carlos Paz Soldán, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v.4, n. 12, diciembre, 1925, pp. 433-435.

¹⁰⁸¹ HNDM, *El Evangelista Mexicano*, 1 de septiembre de 1905, sección Editoriales. Se señala en la nota defensa de la tesis que sustentó Vicente G. Santín sobre el paludismo, donde se indica, que la enfermedad impidió a los Estados del Sur desarrollar sus elementos de riqueza por las enfermedades propias del clima, entre ellas el paludismo. Trabajo que demuestra la preocupación de los médicos sobre las consecuencias de la enfermedad en el país.

¹⁰⁸² Fue Delegado de Nueva Zelanda. *Public Health Reports*, United States Treasures Department, v.45, parte 1, n. 1-26- january-june, 1930.

del estudio de la enfermedad. A raíz de esta propuesta fue creado el Subcomité de Paludismo que estuvo a cargo de los doctores A. Lutrario, George Buchanan¹⁰⁸³ y León Bernard; más tarde se crearía la Comisión de Paludismo de la Sociedad de las Naciones, ante el desarrollo epidémico que se estaba produciendo en Rusia, los Balcanes y otros lugares de la región europea.¹⁰⁸⁴ El método utilizado fue el que ya se había aplicado durante las campañas contra la fiebre amarilla, es decir, la protección de casas y ventanas con la utilización de tela de alambre para impedir el paso de los mosquitos a las habitaciones, hasta el aislamiento de las personas que presentaron cuadros de fiebres palúdicas.

Durante la década de los treinta un método utilizado fue el verde de París (insecticida),¹⁰⁸⁵ otro fue la que procedió de la especie de *Chrysanthemum cinerariaefolium*, planta cuyas propiedades fueron reducidas en polvo, fue utilizada junto con el petróleo y algunos aromatizantes para la fumigación de los espacios habitacionales. Martínez y Martínez señalaron que en México esa sustancia fue conocida como *flit o Fly-tox*.¹⁰⁸⁶ Otros métodos fueron utilizados como un líquido a base de piretro en lugares como Egipto, África, Italia, según los Mühlens durante la Primera Guerra Mundial.

El principio de esa campaña antipalúdica fue la eliminación de los mosquitos adultos, pues se creyó que, al combatir a los mosquitos infectados, “los que ya habían picado al hombre enfermo” se podría eliminar a la enfermedad.¹⁰⁸⁷ Este fue el principio utilizado durante la Segunda Guerra Mundial, en donde Martínez y Martínez señalan que para el caso de Estados Unidos se utilizó “más de 40 millones de bombas de una libra” empleadas por el ejército estadounidense. Sin embargo, ante las atomizaciones realizadas, el médico Martínez Báez¹⁰⁸⁸ señaló que los mosquitos que no fueron tocados por la sustancia, y que se resguardaban dentro de las habitaciones, escaparon de la acción del insecticida.¹⁰⁸⁹

¹⁰⁸³ Fue Delegado de la Gran Bretaña y se encargó de los primeros trabajos realizados por Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones. El doctor Lutrario fue delegado de Italia. *Public Health Reports*, United States Treasures Department, v.45, parte 1, n. 1-26- january-june, 1930.

¹⁰⁸⁴ “La malaria enfermedad internacional” Carlos Paz Soldán, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v.4, n. 12, diciembre, 1925, pp. 433-435.

¹⁰⁸⁵ “Other Specific Diseases. Malaria Research”, *The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1930*, pp. 69-70. Consultar también “Malaria”, *The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1940*, pp. 99-106.

¹⁰⁸⁶ Martínez y Martínez, 2015: 205.

¹⁰⁸⁷ Martínez y Martínez, 2015: 205.

¹⁰⁸⁸ Manuel Martínez Báez fue Delegado de México fue un médico parasitólogo, profesor en la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional. Se especializó en los siguientes institutos: Instituto de Parasitología de la Universidad de París, en el de Enfermedades e Higiene Tropicales de Hamburgo, en el de Malariología de Navalmoral de la Mata, España, y en la Estación Experimental para la Lucha Antimalárica de Roma. Participó en la constitución de la OMS, en donde fue vicepresidente.

¹⁰⁸⁹ Martínez y Martínez, 2015: 206.

Ya desde los años 40 se evidenció la importancia de hacerle frente a la enfermedad pues la Oficina Sanitaria Panamericana conformó la Comisión de Malaria quien le indicó que la malaria fue uno de los problemas sanitarios más importantes “sino el mayor” que existieron en América. Algunas de las dificultades que se presentaron en los organismos sanitarios para la afrenta a la malaria, fueron la falta de personal en cuanto a la cantidad de miembros activos, a la preparación profesional y técnica de este personal, y los presupuestos insuficientes.¹⁰⁹⁰

Después de evidenciar los estragos ocasionados por la enfermedad durante y después de la Segunda Guerra Mundial, autoridades sanitarias internacionales exhortaron a los gobiernos de todos los niveles a unirse a la lucha antimalárica, como se evidenció en cada una de las conferencias sanitarias antes mencionadas. Sin embargo, los múltiples problemas a los que se enfrentaron las autoridades fueron motivo para que la lucha contra la enfermedad fuera avanzando a paso lento.

No fue sino hasta mediados del siglo XX, durante la quinta década, cuando se reforzó la idea de hacerle frente a la malaria. A pesar de que no la había en Chile y Uruguay, de que ya había sido erradicada de la Guayana Británica, estaba por desaparecer en los Estados Unidos de América y Argentina, y en Brasil y Venezuela se había reducido considerablemente, al presentarse en los demás países del hemisferio continental, cabía la posibilidad de que la enfermedad resurgiera en estos países. Y ante los problemas que enfrentaban los programas de control, durante la Conferencia Sanitaria Panamericana XIII se llamó la atención a la Oficina Sanitaria para que estimulara y coordinara los programas antimaláricos y que ayudará a los países a conseguir la solvencia económica para lograr la erradicación de la malaria a nivel continental.¹⁰⁹¹

Soper, por ejemplo, señaló que la malaria constituía una grave carga para la economía de los países que la padecían, afirmando que “donde no mata, esclaviza”. Por ese motivo fue considerada como una enfermedad de carácter económico, pues se dijo que ninguna zona infectada podría pretender hacer frente a la competencia económica de las regiones libres de ella. Y más bien esto tuvo que ver con la mano de obra industrial y agrícola que resultó ineficiente al presentar cuadros de la enfermedad entre sus filas, pues el rendimiento se reducía de un tercio a la mitad, con respecto a una población sana.¹⁰⁹²

¹⁰⁹⁰ “Segundo Informe de la Comisión Panamericana de Malaria” presentado por el presidente de la Comisión Dr. Arnoldo Gabaldon a la V Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad celebrada en Washington, D.C., del 22 al 29 de abril de 1944, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 23, n.6, junio 1944, pp. 491-505.

¹⁰⁹¹ Soper, 1955: 233.

¹⁰⁹² Soper, 1955: 232.

Este doctor estaba convencido de que a pesar de que otras enfermedades diezmaron a la población, consideraba que sólo la malaria llevaba a una despoblación. Pues se había reportado que la presencia de la malaria en grandes zonas había propiciado la migración de las personas impidiendo el aprovechamiento de enormes extensiones de terreno fértil.¹⁰⁹³

Los supervivientes de los graves ataques que ocasionaba el parásito *Plasmodium*, sufrían durante toda su vida los efectos debilitantes de la infección crónica.¹⁰⁹⁴ De tal manera que las poblaciones con la presencia de la malaria viven sobre una base de mera subsistencia, sin poder aportar nada para el bien común.¹⁰⁹⁵ Hay que señalar que en la forma maligna de la enfermedad, los informes de los delegados enviados a la Oficina reportaron una elevada tasa de mortalidad, especialmente entre los jóvenes y como causa importante de la defunción infantil.¹⁰⁹⁶

Así, organizaciones como la OSP, la OSM y la Unicef suministraron equipo y materiales a la zona del Caribe, a la de América Central y a cuatro países sudamericanos para iniciar campañas en donde existiera la enfermedad. Para ello las medidas utilizadas contra el paludismo se concentraron de tres maneras: actuación contra el mosquito con la utilización de compuestos químicos como el DDT a través de las fumigaciones a las casas; la actuación frente al exterminio de los parásitos hallados en la sangre aplicando métodos farmacéuticos como lo fue la quinina, la atrebina, la cloroquina y la plasmocina, entre otros; y por último la interrupción o disminución del contacto entre el hombre y el vector con la aplicación de mosquiteros como herramienta de protección, mallas en puertas y ventanas, además de indicaciones como procurar la picadura de los insectos.

En general, el desarrollo urbano de las ciudades, así como su expansión económica y comercial, fueron alicientes tanto para el saneamiento de los ambientes y lugares, como para la implementación de medidas preventivas para evitar las enfermedades epidémicas.¹⁰⁹⁷ Si bien las autoridades dejaron en claro que para el combate de los padecimientos como fiebre amarilla, anquilostomiasis, y malaria se buscó hacer lo necesario, por otra parte, reiteraron que se debía hacer con el menor gasto posible, siguiendo la idea de que “mejor que luchar contra los mosquitos es evitar que éstos existan”.¹⁰⁹⁸ Hay que señalar que aunque la fiebre amarilla urbana

¹⁰⁹³ Soper, 1955: 232.

¹⁰⁹⁴ Hay que recordar que una de las principales dolencias que produjo la enfermedad de malaria fue la fiebre intermitente, lo cual debilitó a las personas que padecieron de este mal.

¹⁰⁹⁵ Soper, 1955: 232

¹⁰⁹⁶ “Resumen de los Informes sobre las Condiciones Sanitarias en las Américas, 1950-1953” *Oficina Sanitaria Panamericana*, Publicaciones Científicas n.24, junio, 1956. Revisión del documento CSP14/17, publicado el 10 de septiembre de 1954 y distribuido originalmente durante la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana (Santiago, Chile, octubre de 1954).

¹⁰⁹⁷ Cueto, 2013: 15-18.

¹⁰⁹⁸ Martínez y Martínez, 2015: 195-196.

ya se encontraba erradicada en varios países, la enfermedad persistía en algunas localidades en su forma selvática al persistir la presencia de los *Aedes*.¹⁰⁹⁹

Por ello, se implementaron medidas sanitarias para evitar depósitos de agua que podrían ser reservorios de mosquitos, siempre con la idea de “lograr el máximo rendimiento con el gasto mínimo”.¹¹⁰⁰ Sin embargo, más allá de acabar con los *Anopheles*, mosquitos transmisores del paludismo, se dieron cuenta que no en todos los casos era posible combatir a dichos insectos alados, pues las mismas obras propias de la urbanización, crecimiento y progreso de las naciones, así como los encuentros bélicos, ofrecían a las enfermedades la oportunidad para expandirse hasta llegar a los lugares donde ni siquiera existían.¹¹⁰¹

En el caso de la guerra, como expusimos antes, las enfermedades tropicales pudieron ser factores decisivos para el triunfo de uno de los combatientes, por ejemplo, durante la Segunda Guerra Mundial (Figura 32), la ocupación de las Indias Holandesas por los japoneses cortó el abasto de quinina para los países aliados, y por ende los países del eje dispusieron de mejores recursos antipalúdicos, a pesar de la existencia de otros medicamentos sintéticos como la atrebina y la plasmuquina, sin embargo no se contó con suficientes existencias de tales productos.¹¹⁰²

¹⁰⁹⁹ En México se realizaron investigaciones serológicas de fiebre amarilla en monos, en la ciudad de Palenque, Chiapas, y en las regiones madereras situadas a unos 60 kilómetros de Cintalapa. Este estudio fue auspiciado por la OSP y el Gorgas Memorial Institute. “Informe Anual del director a los Gobiernos Miembros de la OSP, 1951” Fred L. Soper, *Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*, CD6/13 (Esp.), Washington D.C., 29 de agosto de 1952.

¹¹⁰⁰ Martínez y Martínez, 2015: 196.

¹¹⁰¹ “El estado de los programas de la erradicación de la malaria en las Américas” preparado para la X reunión del Consejo Directivo de la OSP y la IX reunión de la OMS, celebrada en Washington D.C. en septiembre de 1957, *Oficina Sanitaria Panamericana*, Documento CD10/21, agosto 1957.

¹¹⁰² Martínez y Martínez, 2015: 130.



Figura 32: Propaganda utilizada para la eliminación de los mosquitos de la malaria en tiempos de guerra.¹¹⁰³

Cueto señala al respecto que la noción de control y eliminación de las enfermedades, sin afectar a la vida social y cotidiana de las poblaciones, más bien, se refería principalmente hacia el avance y ocupación militar. Durante el avance militar, a estrategia utilizada para el combate de la malaria fue la utilización del DDT, y con ello la idea fue implementada hacia el ámbito de la salud internacional a través del supuesto “que era posible erradicar la malaria sin cambios significativos en la salud local, y sin un mejoramiento relevante en las condiciones de vida”.¹¹⁰⁴ Cueto señala que bajo la tensión propiciada por la Guerra Fría,¹¹⁰⁵ era posible el control de las principales enfermedades “sin importar que los gobiernos de la región fuesen dictaduras o no”.¹¹⁰⁶

Los métodos utilizados durante las campañas contra las enfermedades de fiebre amarilla y paludismo se enfocaron, primero, en el saneamiento del medio ambiente, es decir, en mejorar

¹¹⁰³ NAID 514207, National Archives and Records Administration.

¹¹⁰⁴ Cueto, 2013: 18.

¹¹⁰⁵ Enfrentamiento político, económico, social militar y científico iniciado al finalizarse la Segunda Guerra Mundial entre el bloque Occidental y el Bloque del Este, dirigidos por Estados Unidos y la Unión Soviética respectivamente. Fue una guerra iniciada entre los años de 1945 y 1947 y culminó con varios acontecimientos históricos. Se llama Guerra Fría debido a que ninguno de los países intervino militarmente contra sus opositores.

¹¹⁰⁶ Cueto 2013: 18.

las condiciones de los hábitats naturales eliminando charcos de agua, estancamientos de agua, ya sea en las obras de infraestructura, o bien en los depósitos naturales de agua. Posteriormente, se realizaron las obras de combate hacia el vector, eliminando larvas, destruyendo mosquitos por medio de fumigaciones, y a la vez aislando a personas enfermas, o posibles de infección, es decir, controlando el factor humano para no ofrecerle nuevos reservorios al virus, pues se trató de la protección al hombre contra las picaduras de los mosquitos.

Entre estas medidas la que más destacó fue la destrucción de los mosquitos adultos según Martínez y Martínez,¹¹⁰⁷ que para ese entonces ya habían sido reconocidos las especies de los mosquitos que fueron más eficaces como vectores palúdicos, destacando dos cualidades, las que son especies domésticas y las que prefieren picar al hombre.

En el caso particular de México, ya desde la III Conferencia Sanitaria Panamericana, durante la intervención del delegado doctor Eduardo Liceaga comunicó que, una vez extinguida la fiebre amarilla en el país, el personal empleado a esa campaña se dedicaría a combatir el paludismo, de esta manera propuso emprender una cruzada contra la malaria, como la cruzada contra la tuberculosis que se había estado realizando durante la primera década del siglo XX.¹¹⁰⁸

6.1.2.-La Sociedad de Malaria de Estados Unidos: proyectos y alcances

Desde la creación del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, órgano que fue la fuente de distribución y notificación de las enfermedades presentes en los países miembros, se evidenció la importancia de combatir la enfermedad del paludismo. Ya desde la III Conferencia Internacional Sanitaria, celebrada en México en 1907, se discutió la importancia del problema palúdico.¹¹⁰⁹ Así pues durante la celebración del II Congreso Científico Panamericano, realizado en el año de 1916, se resolvió que las Repúblicas Americanas debieran poner énfasis en la extirpación del mal conforme a lo estipulado durante la asamblea que organizó Estados Unidos donde se conformó la Comisión Nacional del Paludismo.¹¹¹⁰

¹¹⁰⁷ Martínez y Martínez, 2015: 204.

¹¹⁰⁸ “La moderna campaña contra el paludismo” *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v.9, n.7, julio 1930, pp. 859-860.

¹¹⁰⁹ Ya desde esta conferencia se impulsó al abaratamiento de los medios de protección y de combate como fueron las telas de alambre, mosquiteros, petróleo y quinina, esta última fue distribuida de manera gratuita cuando fue necesario. “La moderna campaña contra el paludismo” *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v.9, n.7, julio 1930, pp. 859-860. Consultar Cuadro 2, Capítulo 1.

¹¹¹⁰ “La moderna campaña contra el paludismo” *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v.9, n.7, julio 1930, pp. 859-860.

Sin embargo, los planes de esta comisión se vieron afectados por el estallido de la Primera Guerra Mundial, afrenta que puso término a la cruzada contra el paludismo en gran parte de las regiones con presencia de la enfermedad, lo cual trajo como consecuencia su recrudescimiento. Así, desde la Liga de las Naciones se creó una Comisión del Paludismo, señalando que se debía realizar un congreso con carácter internacional sobre la enfermedad. Fue en ese mismo tiempo cuando se creó la Escuela de Malariología en Roma y por ende la internacionalización de las reuniones de la Comisión del Paludismo de los Estados Unidos de Norteamérica.¹¹¹¹

Durante los días 10 al 18 de mayo de 1948 se celebró de manera conjunta en Washington el Cuarto Congreso Internacional de Medicina Tropical y el de Paludismo. Cabe señalar que el Congreso Internacional de Medicina Tropical tuvo su primera reunión en agosto de 1913 en Londres, la segunda en diciembre de 1928 en el Cairo, mientras que el Congreso Internacional de Paludismo tuvo su primera reunión en Roma en octubre de 1925 y después en Argel, en mayo de 1930. Ambos congresos unificados realizaron una tercera edición en Ámsterdam en septiembre de 1938 bajo el nombre de Tercer Congreso Internacional de Medicina tropical y de Paludismo. Hay que señalar que por los motivos de guerra acaecidos durante la tercera y cuarta década del siglo XX las reuniones fueron suspendidas celebrándose la cuarta hasta 1948.¹¹¹²

Durante esta reunión se invitó a 60 gobiernos para que enviasen a sus delegados oficiales, se invitó a la Comisión Interina de la OMS y a la Oficina Sanitaria Panamericana. Otras agencias gubernamentales norteamericanas invitadas fueron: la Oficina de Medicina y Cirugía de la Marina, el Departamento de Agricultura, el Instituto de Asuntos Internacionales, el Servicio de Sanidad Pública, la Academia Americana de Medicina Tropical, entre otras.¹¹¹³ Los temas tratados durante este encuentro versaron en las enfermedades humanas que debilitaban, mataban y dificultaban la producción y el comercio; los problemas de nutrición en los trópicos, en el empleo eficaz de los insecticidas que facilitaron la lucha contra los insectos y las drogas sintetizadas.¹¹¹⁴

Autores como Barona y Bernabeu señalan que durante el periodo de entre guerras la salud se convirtió en “un elemento clave para las políticas de estabilización económica, para la

¹¹¹¹ “La Malaria- enfermedad Internacional” por el doctor Carlos Paz Soldán, Vocal de la Oficina Sanitaria Panamericana, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* v. 4, n.12, diciembre, 1925, pp. 433- 435; ver también “La moderna campaña contra el paludismo” *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v.9, n.7, julio 1930, pp. 859-860.

¹¹¹² “Cuarto Congreso Internacional de Medicina Tropical y de Paludismo” en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 27, n. 1, enero, 1948, pp. 16-21.

¹¹¹³ “Cuarto Congreso Internacional de Medicina Tropical y de Paludismo” en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 27, n. 1, enero, 1948, pp. 16-21.

¹¹¹⁴ “Cuarto Congreso Internacional de Medicina Tropical y de Paludismo” en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 27, n. 1, enero, 1948, pp. 16-21

integración social y para desarrollar estrategias reformistas fundamentales en la legitimación de los informes técnicos de las comisiones de expertos”.¹¹¹⁵ Señalan que durante este periodo se marcó la transición donde la sanidad internacional estaba limitada a una serie de tratados y convenciones sobre la lucha contra las epidemias, al establecimiento de un nuevo modelo de acción internacional determinado principalmente a promover la salud pública y la estabilidad social.¹¹¹⁶ Esta nueva etapa se basó en un campo multilateral de acción a los estados y sus administraciones públicas, entidades filantrópicas y otras formas incipientes del voluntariado y el asociacionismo internacional.

Así pues, señalan que el movimiento sanitario internacional durante este periodo desempeñó un papel “modernizador e integrador de las relaciones internacionales y puso en primer plano la aparición de un colectivo de expertos internacionales cuyo trabajo gozaba del respeto a su autonomía profesional y científica”.¹¹¹⁷

Desde la XIV Conferencia Sanitaria Panamericana se concluyó que la malaria podría ser erradicada de una zona determinada en pocos años, los resultados de las campañas anteriores no fueron muy alentadores y motivaron la interrupción de los trabajos de combate por la falta de recursos. A su vez se señaló la necesidad de que el programa abarcara todas las áreas del país que presentaran indicios del padecimiento. Durante este encuentro, un dato que resaltó fue la resistencia al DDT, principal compuesto con que se realizaron las fumigaciones.

Esta noticia importante fue señalada por la Delegación de El Salvador durante la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (1958), al indicar que el mosquito de la especie *Anopheles albimanus* comenzó a presentar resistencia al compuesto químico de dieldrin y al DDT en algunas localidades del país.¹¹¹⁸ Soper señaló que en Grecia las tres especies de vectores locales desarrollaron resistencia al compuesto químico, y en Indonesia la especie *Anopheles sundaicus*. En el caso de América Central, algunas especies mostraron cambio de comportamiento ante el insecticida, por lo que se presagió el desarrollo de resistencia.¹¹¹⁹ La especie *Anopheles albimanus* mostró resistencia a los compuestos químicos en Belice, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala,

¹¹¹⁵ Barona y Bernabeu, 2008: 20.

¹¹¹⁶ Barona y Bernabeu, 2008: 25.

¹¹¹⁷ Barona y Bernabeu, 2008: 26.

¹¹¹⁸ “VII Informe sobre el estado de la Erradicación de la malaria en las Américas”, XI Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y XI reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, *Oficina sanitaria Panamericana*, Documento CD11/23 (Esp.), Washington, D. C. septiembre de 1959.

¹¹¹⁹ Soper, 1955: 234.

Honduras, Jamaica, Nicaragua, mientras que en México la especie que mostró resistencia fue la *Anopheles pseudopunctipennis*, y en Colombia la *Anopheles punctimacula*.¹¹²⁰

La aparente resistencia al insecticida, resultó una complicación grave ante las campañas que se estaban realizando, pues los métodos de control anteriores al DDT resultaban costosos para uso en las zonas rurales. Por ello se insistió durante las conferencias la importancia de la erradicación y no del control durante las campañas. Se señaló que los porcentajes de ejemplares resistentes en la población de *Anopheles* variaban en diferentes lugares, y que al aparecer unos pocos mosquitos resistentes solo era cuestión de tiempo para que el insecticida en cuestión fuera inefectivo para la campaña de erradicación.

Por ello en enero de 1959 el director de la OMS convocó a un grupo de especialistas en genética de insectos para que hiciera recomendaciones sobre las líneas básicas de investigación que deberían ser implementadas en las campañas. Así pues, se llevaron a cabo investigaciones en colaboración con la OMS, con el Departamento de Entomología de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins en Baltimore. La Universidad de Illinois ofreció facilidades para realizar estudios de genética. Las investigaciones consistieron en establecer colonias de cepas puras, es decir, elementos exclusivamente resistentes a un determinado insecticida o grupo de ellos. Otras instituciones que participaron en esta colaboración fue el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América por intermedio del Centro de Enfermedades Transmisibles de Atlanta, Georgia, donde se realizaron estudios sobre nuevos insecticidas. A estas investigaciones se les unió el gobierno de México.¹¹²¹

Hasta ahora se ha evidenciado la cooperación internacional en el programa de erradicación de la malaria ya sea a manera de asesorías técnicas, adiestramiento de personal, provisión de equipos y materiales e investigaciones de problemas especiales como lo fue el tema de la resistencia. Pero ante todo me saltan las siguientes preguntas ¿Cómo reaccionó México ante los compromisos firmados durante las conferencias? ¿Cómo fue el paso de la campaña de control a la campaña de erradicación? Lo cual se desarrolla en el siguiente apartado.

¹¹²⁰ “VII Informe sobre el estado de la Erradicación de la malaria en las Américas”, XI Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y XI reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, *Oficina Sanitaria Panamericana*, Documento CD11/23 (Esp.), Washington, D. C. septiembre de 1959.

¹¹²¹ “VII Informe sobre el estado de la Erradicación de la malaria en las Américas”, XI Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud y XI reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, CD11/23 (Esp.), Washington, D. C., septiembre de 1959.

6.2.- La malaria en México: control y erradicación

Desde la presidencia de Ávila Camacho en México (1940-1946) se hizo hincapié en la coordinación realizada entre las labores asistenciales y sanitarias llevadas a cabo por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que tuvieron el objetivo de cuidar mejor la salud de la población a través de la prevención de las enfermedades. Durante su mandato se recalcó que a través de la centralización de funciones a cargo de la secretaría se logró una reducción de los gastos de administración, pues fuera de la capital del país las labores sanitarias estuvieron a cargo de 798 oficinas, contando con un presupuesto de 20 millones 528 mil pesos. De este total, el gobierno federal aportó 13,228,000 y lo demás fue aportado por los gobiernos de los estados y las cooperativas ejidales, junto con instituciones privadas. Durante el informe de este mandatario se indicó la continuación de la colaboración del Instituto de Asuntos Interamericanos.¹¹²²

Un dato curioso es cómo se refiere este presidente ante la situación sanitaria del país, pues en palabras textuales indica “la situación sanitaria es, en general, menos mala que en años anteriores” y esto lo indicó por los trabajos de las campañas emprendidas contra enfermedades como viruela, tuberculosis, paludismo, enfermedades venéreas, difteria, tifoidea y tifo exantemático, y a la cifra inferior reportada de la mortalidad general con respecto a años anteriores.¹¹²³

Años más tarde, durante el informe presidencial de Miguel Alemán (1946-1952) se señaló que la mortalidad causada por el paludismo bajó en un veinticinco por ciento en el año de 1951.¹¹²⁴ Cabe mencionar que ya desde 1948 se llevó una campaña contra el *Aedes aegypti* dirigida por el Servicio Nacional de Paludismo,¹¹²⁵ en donde las ciudades con puertos de mar recibieron atención preferente, así pues, Tampico, Mérida, Acapulco, Mazatlán, Manzanillo, Progreso, Veracruz y Madero quedaron libres del vector, o si no libres, al menos presentaron un índice muy reducido de éstos. Así durante el año de 1951, fueron realizados trabajos de inspección en 658 localidades, los trabajos de rociado en las casas habitación fueron realizados en 358 localidades, de las cuales 342 resultaron infestadas. Hay que señalar que durante este mismo año

¹¹²² Ávila Camacho, 1945: 97.

¹¹²³ Ávila Camacho, 1945: 97.

¹¹²⁴ Alemán Valdés, “Capítulo III, política Social”, 2006: 271.

¹¹²⁵ Se produjo una alarma nacional e internacional debido a que se reportaron casos confirmados de la enfermedad de fiebre amarilla selvática en Panamá, con 5 decesos, los cuales se trataron de un cazador y cuatro trabajadores que se ocuparon de la construcción de caminos a través de la selva de Pacora. Estos casos se presentaron después de haber transcurrido 43 años sin que se diagnosticara algún caso de la enfermedad, lo que alertó a la comunidad internacional por tratarse de que Panamá fue un cruce de cientos de embarcaciones marítimas y aéreas que enlazaron al continente con el mundo. Posteriormente fueron registrados otros casos siempre de fiebre amarilla selvática en Panamá, Colombia, Costa Rica, Honduras, Belice y Guatemala, en Bustamante, 1958: 227-228.

se reportó el último caso de viruela en México, en el estado de San Luis Potosí durante el mes de febrero y en los años siguientes al no reportarse casos de la enfermedad se dio por erradicada la enfermedad del país.¹¹²⁶

En 1953 se señaló que el país mexicano había sido dividido en diez zonas para la lucha en contra del paludismo, y que esta división fue realizada de acuerdo con las vías de comunicación que permitieron a los jefes de zona tener un control sobre las actividades para realizar la campaña. Hay que señalar que los trabajos antipalúdicos fueron concentrados en aquellos lugares o comarcas que tuvieron una importancia como centros de producción o turismo, sin embargo, algunas zonas rurales quedaron relegadas por su difícil acceso.¹¹²⁷

Contando con un presupuesto de 7 millones 100 mil de pesos, aportados por el gobierno de México (5 millones 500 mil pesos) y la UNICEF (1 millón, 600 mil pesos), durante el año de 1954 se realizaron trabajos para impulsar la campaña de control de insectos y de profilaxis de la fiebre amarilla, trabajos que fueron intensificados en los estados de Veracruz, Tabasco, Campeche, Chiapas, Yucatán, Quintana Roo, y Oaxaca, sin descuidar las costas de México en donde se realizaron trabajos desde años atrás. Mientras, otros trabajos de saneamiento antimalárico fueron continuados en los puertos de Acapulco, Guerrero (Figura 33), Veracruz, y Campeche, y en las ciudades de Oaxaca, Guadalajara, Monterrey y Villahermosa. Se estimó que la aplicación de DDT fue realizada a 500,000 casas, beneficiándose a tres millones de personas con estas labores.¹¹²⁸

¹¹²⁶ García *et. Al.*, 1955: 298. La campaña de erradicación de la viruela dio inicios en el año de 1950 bajo la dirección del doctor Ignacio Morones Prieto, siguiendo el método de la extinción del foco de la epidemia, por lo que se delimitó en tres zonas el área geográfica del país, a saber: Zona endemo- epidémica; Zona de registro esporádico, y Zona de registro intermedio. Yucatán fue registrado en la zona endemo epidémica, área donde se registró bajo promedio de defunciones de viruela. Otros estados de esta zona fueron Tabasco, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Colima, Sonora y Baja California (García *et. Al.*, 1955: 303). Ver también Agostoni, 2016: 17.

¹¹²⁷ AHSSA, Fondo Secretaria de Salubridad y Asistencia, S- SUBYA, c. 35, Exp. 2, “Informe trimestral de labores de esta coordinación que comprende los meses de septiembre, octubre y noviembre de 1953. Campaña Nacional contra el Paludismo”.

¹¹²⁸ AHSSA, fondo Secretaria de Salubridad y Asistencia, S- SUBYA, c. 35, Exp. 2, “Carta del doctor Adán Ornelas Hernández dirigida al Subsecretario del Ramo. Campaña Nacional contra el Paludismo” 10 de junio de 1954.



Figura 33: Vacunación de malaria en Guerrero, México, 1950.¹¹²⁹

Si bien en acuerdos firmados con los organismos internacionales como la OMS, OSP, y la UNICEF, México inició los cambios de la campaña de control por una campaña de erradicación, realizando estudios de los límites de la zona malárica, de las características epidemiológicas del paludismo y el costo de la campaña de erradicación.¹¹³⁰ Hay que señalar que las autoridades sanitarias de México junto con autoridades de la UNICEF realizaron trabajos para la erradicación del *Aedes aegypti* en la Península de Yucatán, trabajos que consistieron en el reconocimiento de las localidades con altos índices del vector y trabajos de rociados perifocales en la ciudad de Mérida y las principales poblaciones de la costa, como fue Progreso. De igual manera, se realizaron vacunaciones “antimaláricas” a todas aquellas personas que estuvieron en contacto con las regiones selváticas y esto se debió ante el peligro de que se dieran casos de

¹¹²⁹ Rockefeller Foundation, “Malaria Control, Guerrero, Mexico” 100 Years: The Rockefeller Foundation, accessed November 14, 2019, https://rockfound.rockarch.org/digital-library-listing/-/asset_publisher/yYxpQfeI4W8N/content/malaria-control-guerrero-mexico.

¹¹³⁰ AHSSA, fondo Secretaria de Salubridad y Asistencia, S- SUBYA, c. 35, Exp. 2, “informe de labores desarrolladas por la división de epidemiología y campañas sanitarias, correspondiente al periodo comprendido entre el 10 de septiembre de 1954 al 30 de agosto de 1955”.

fiebre amarilla selvática. Cabe mencionar que dichas vacunas fueron adquiridas en los laboratorios de Colombia.¹¹³¹

Se había señalado ya que la presencia del paludismo hizo que actividades industriales ganaderas y agrícolas sufrieran por la incapacidad producida en la mano de obra. De ahí que a manera internacional la campaña de erradicación fuera definida como:

una operación dirigida a la interrupción de la transmisión de la malaria y a la eliminación del reservorio de casos infectados a través de una campaña limitada en tiempo y conducida con un grado de perfección, que cuando se llega a su fin, no se reanuda la transmisión.¹¹³²

Durante la IX Asamblea Mundial de la salud celebrada en 1956 se recomendó la política de erradicación, llamando a unir esfuerzos sanitarios entre países para minimizar la importación de fuentes de infección, creando un programa que fuera global. Hay que señalar que a partir de este momento las campañas fueron diseñadas partiendo de consideraciones epidemiológicas y de salud pública, y para 1957 la OMS estableció una cuenta especial dedicada al presupuesto para la erradicación.

Mientras tanto, hacia la quinta década del siglo XX México demostró su preocupación por los estragos que estaba causando la enfermedad de paludismo, por lo cual el 15 de noviembre de 1955 el gobierno federal declaró a la Campaña de Erradicación del Paludismo de interés público, de beneficio social y de necesidad pública,¹¹³³ por lo que se creó la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo (CNEP).¹¹³⁴ Hay que señalar que según los registros del departamento de salubridad en México la enfermedad del paludismo se registró en la mayor parte del territorio nacional (Figura 34)

¹¹³¹ AHSSA, fondo Secretaria de Salubridad y Asistencia, S- SUBYA, c. 35, Exp. 2, “informe de labores desarrolladas por la división de epidemiología y campañas sanitarias, correspondiente al periodo comprendido entre el 10 de septiembre de 1954 al 30 de agosto de 1955”

¹¹³² OMS, 1957: 55.

¹¹³³ Diario Oficial de la Federación, “Decreto que declara de interés público y de beneficio social la Campaña para erradicar el Paludismo”, 17 de diciembre de 1955.

¹¹³⁴ Vargas, et. Al., 1959: 539. Hay que recordar que para el año de 1936 ya se había declarado de “interés público la Campaña contra el Paludismo” en un decreto publicado en el Diario Oficial con fecha de 18 de julio de 1936, no. 16, tomo XCVII. Ver también Blancarte y Cabrera, 1959.

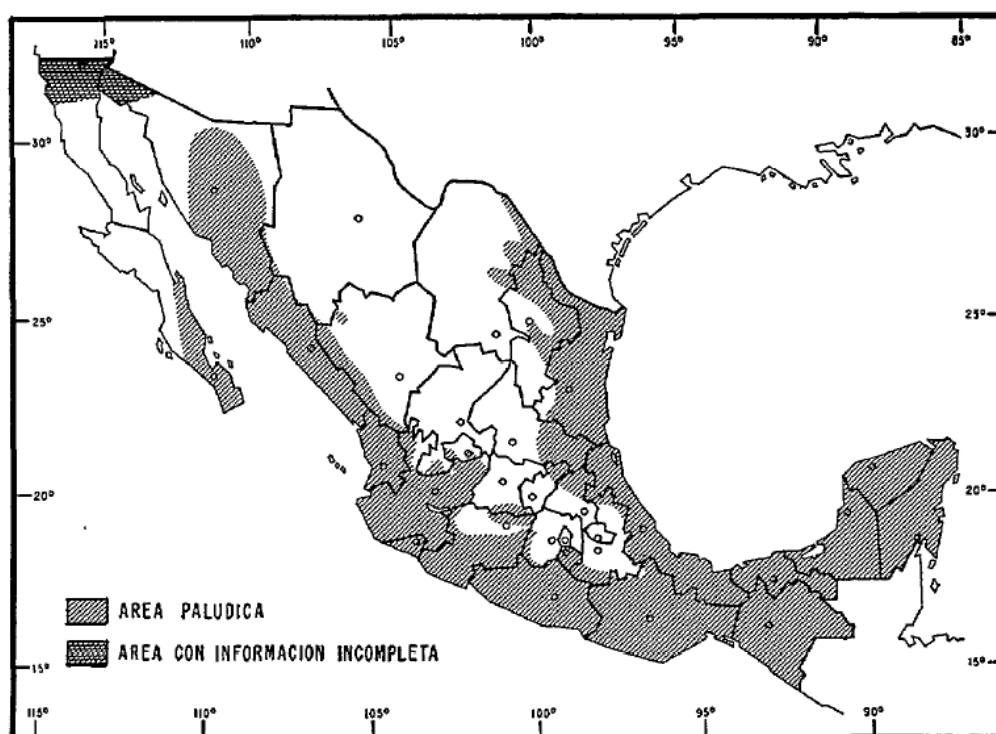


Figura 34: Mapa de la República mexicana evidenciando áreas palúdicas.¹¹³⁵

Persuadido por los grandes beneficios sociales y económicos que traería como consecuencia la erradicación de la enfermedad, el gobierno federal mexicano siguió rigurosamente las estrategias y tácticas recomendadas por la OMS. Así la campaña elevó su presupuesto de 1.2 a 55 millones de pesos para el primer año, con el apoyo de los organismos internacionales.¹¹³⁶

Seguidamente la campaña de control fue sustituida por una campaña de erradicación,¹¹³⁷ pues las autoridades sanitarias evidenciaron que sus esfuerzos fueron estériles contra la persistencia de la enfermedad, pues no sólo se enfrentaron a la insistencia de la enfermedad por no desaparecer, sino también a los problemas de escasos recursos para resolver el problema de transmisión palúdica (Cuadro 15).

¹¹³⁵ Pesqueira, 1957: 539

¹¹³⁶ Romero Álvarez, 1975: 411.

¹¹³⁷ AHSSA, fondo Secretaria de Salubridad y Asistencia, S- SUBYA, c. 35, Exp. 2, "informe de labores desarrolladas por la división de epidemiología y campañas sanitarias, correspondiente al periodo comprendido entre el 10 de septiembre de 1954 al 30 de agosto de 1955".

Cuadro 15: Diferencias entre un programa para el control del paludismo y el de su erradicación.¹¹³⁸

Conceptos	Programa para el Control	Programa para la Erradicación
Propósito final	Reducir la prevalencia de la enfermedad hasta que ésta ya no sea un problema sanitario importante	Acabar con la transmisión de la enfermedad y eliminar el repositorio de los parásitos.
Tácticas	Variables según las circunstancias de cada caso	Las mismas en todos los casos
Patrón de la Calidad	Calidad buena	Calidad perfecta
Área de las Operaciones	No se necesita abarcar toda la porción en donde se haga la transmisión	Debe cubrir toda el área en donde se haga la transmisión
Cobertura Total	Innecesaria	Indispensable para el rociado y la busca de casos
Duración de las Operaciones	Ilimitada	Termina definitivamente cuando se alcanza ciertos objetivos
Administración	No necesariamente optima	Totalmente eficaz y oportuna
Financiamiento	Gasto interminable	El gasto termina cuando se logra la erradicación
Busca de los casos	Superflua	De importancia primordial
Casos importados	No requieren atención especial	Importantes y peligrosos cuando se ha interrumpido el rociado
Investigación epidemiológica de casos registrados	Superflua	Necesaria en las fases últimas
Evaluación de los resultados	Por los métodos maliariométricos usuales	Por la desaparición de casos nuevos autóctonos
Resultado final	Nunca se llegará a eliminar la plaga	Eliminación definitiva de la plaga

Por ello, el doctor Manuel Pesqueira, quien fuera el Subsecretario de Salubridad y Asistencia en México, declaró que la enfermedad del paludismo estaba adquiriendo la proporción de enfermedad social, y que era la población rural la más afectada.¹¹³⁹ Al respecto Martínez Báez señaló que los elementos ambientales de su génesis hicieron que el paludismo fuera predominantemente rural, así los individuos infectados presentaban una incapacidad para toda actividad productiva en la fase aguda de la enfermedad, el decaimiento del estado general que le sigue y la alta incidencia del mal, hicieron que sus consecuencias dañasen no sólo al individuo sino que afectaron gravemente a las poblaciones, de tal manera que este aspecto se resintió primero en las actividades agrícolas y de ellas trascendió al resto de la población.¹¹⁴⁰

Cabe mencionar que para esas fechas la erradicación fue considerada como “la eliminación total de la enfermedad, en un área determinada, por la aplicación, durante un cierto

¹¹³⁸ Tomado de Gobierno de México, “Control vs. Erradicación en los Programas de Paludismo. Posición de México” tema 38 del programa presentado en la XXV Reunión de la Organización Panamericana de la Salud, y la XXIX Reunión de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D. C., septiembre -octubre, CD25/31. 1977, Anexo 1.

¹¹³⁹ Pesqueira, 1957: 537.

¹¹⁴⁰ Martínez Báez, 1975: 393.

período, de medidas previamente planeadas con ese fin”.¹¹⁴¹ Así las medidas para la erradicación fueron encausadas y dirigidas hacia los transmisores infectados, y a los focos de infección, pues el objetivo fue interrumpir la transmisión “cortando el eslabón más vulnerable de la cadena” considerando como tal al mosquito.¹¹⁴²

El epidemiólogo Román y Carrillo¹¹⁴³ señaló que los programas sanitarios en general no produjeron resultados tangibles sino hasta después de un largo tiempo de aplicación de las medidas, sin embargo, en el caso del paludismo aún no se había alcanzado la meta de eliminar el padecimiento, pero que estaba en “camino de su consecución”, por lo cual algunos países crearon oficinas y centros de vigilancia después de haber iniciado la campaña, con el objetivo de reportar los nuevos casos del padecimiento.¹¹⁴⁴ En el caso de México se estableció una oficina central en Veracruz, donde se dotó de todos los elementos necesarios para realizar los trabajos en el estado, otras sedes fueron establecidas de acuerdo a las zonas de alta prevalencia.¹¹⁴⁵

Para 1956 el presidente de la república solicitó al Congreso de la Unión la cantidad de 30 millones de pesos para las labores propias de la campaña del paludismo y la lucha contra el mosquito. Esta acción le valió el reconocimiento de organismos internacionales como la OMS, OSP y la UNICEF por lo cual se dio un Convenio Tripartita para financiar el programa y durante los años de 1956 a 1964 se invirtió un total de 727 millones de pesos; el gobierno federal mexicano otorgó un 75% aproximadamente de ese total el cual fue utilizado para el adiestramiento, la movilización y el aumento del personal; el 23% fue erogado por la UNICEF y se destinó para los materiales utilizados para la campaña como fueron la adquisición de insecticidas, vehículos (Figura 35), equipos de aspersion y refacciones; mientras que la OPS y la OMS proporcionaron el 17.3 % que fue invertido en el personal técnico asesor, para investigaciones científicas y para la compra de los medicamentos antipalúdicos.¹¹⁴⁶

¹¹⁴¹ Vargas, et. Al., 1959: 536.

¹¹⁴² Vargas, et. Al., 1959: 536.

¹¹⁴³ Guillermo Román y Carrillo fue epidemiólogo de la Comisión de Evaluación de la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo en México.

¹¹⁴⁴ Román y Carrillo, 1956: 499.

¹¹⁴⁵ *AHSSA*, fondo Secretaria de Salubridad y Asistencia, S- SUBYA, c. 35, Exp. 2, “Carta del doctor Adán Ornelas Hernández dirigida al Subsecretario del Ramo. Campaña Nacional contra el Paludismo” 10 de junio de 1954.

¹¹⁴⁶ Bustamante, 1968: 602-614.



Figura 35: Hombres en un transporte de la UNICEF.¹¹⁴⁷

Hay que señalar que para que el paludismo fuera declarado erradicado debió contarse con el criterio sustentado por el Comité de la Sociedad Nacional de Malariología estadounidense y aprobado por la Organización Mundial de la Salud, quienes indicaron que:

Se puede suponer que el paludismo ha dejado de ser endémico en un área dada cuando, durante tres años, no hayan ocurrido en ella casos primarios autóctonos, siempre y cuando se haya estimulado activamente la notificación con inclusión de nombre y domicilio tanto del paciente como del médico que hizo el diagnóstico, se haya promovido la busca de casos y se hayan efectuado investigaciones adecuadas.¹¹⁴⁸

Así, con el cambio de enfoque y con los descubrimientos de las propiedades imagocidas residuales del DDT, se incorporaron a las actividades antipalúdicas la aspersión intradomiciliaria. Cabe señalar que, aunque fue limitada debido a razones económicas, el método demostró una reducción considerable de la morbilidad y mortalidad por paludismo.¹¹⁴⁹

¹¹⁴⁷ INAH, mediateca, identificador: oai:mexicana.cultura.gob.mx:0010000/0384283, 2 de marzo de 1957.

¹¹⁴⁸ Román y Carrillo, 1956: 502.

¹¹⁴⁹ AHSSA, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, S- SUBYA, c. 35, Exp. 2, “informe de labores desarrolladas por la división de epidemiología y campañas sanitarias, correspondiente al periodo comprendido entre el 10 de septiembre de 1954 al 30 de agosto de 1955”.

Si bien el tema de la resistencia a los insecticidas por el uso prolongado de éstos durante las campañas de control, México no dejó de utilizar estos productos, pues se había demostrado en otros países que, si la transmisión se interrumpía durante un periodo suficientemente largo, la enfermedad desaparecería espontáneamente, aunque no fuera tratada, lo cual sucedía por la muerte natural del parásito *plasmodium*.¹¹⁵⁰

Cabe señalar que, en el informe realizado por Carlos Alvarado dirigido a la Oficina Sanitaria, indicó que México ocupaba el primer lugar dentro de la línea de magnitud de la enfermedad de malaria en el continente, seguido por Colombia que se ubicaba en el segundo lugar. Sin embargo, Alvarado indicó que gracias a la campaña de erradicación que se comenzó a implementar a partir de 1955, México estaba en condiciones de mejorar su situación, siguiendo los preceptos de la resolución 42 dictada en Santiago de Chile durante el mes de marzo de dicho año.¹¹⁵¹

En el III informe de gobierno de Adolfo Ruiz Cortines de 1955 señaló que se realizó un plan de operaciones contra la enfermedad palúdica coordinando los trabajos con uno de los organismos filiales de las Naciones Unidas, pues se manifestó que el mal afectó las tres cuartas partes del territorio mexicano. Y para 1958 en su VI Informe el presidente indicó que “la campaña nacional para la erradicación del paludismo es alta bandera de beneficio social y está siendo un ejemplo para el mundo”.¹¹⁵²

Así la campaña fue realizada primero con el adiestramiento del personal, con la realización de encuestas epidemiológicas, demográficas y económicas; y con la preparación educativa de cada una de las 14 regiones de la zona palúdica, de donde se estimó la afectación aproximada de 16 millones de habitantes. Si bien México aportó la cantidad de 150 millones de pesos para esta campaña, en total se estimó que el cálculo durante cuatro años fue de 250 millones de pesos.¹¹⁵³

Hacia fines de 1950 se firmó un acuerdo con la Oficina Sanitaria Panamericana por el cual se daba mayor impulso a las obras de erradicación. Hay que recordar que desde la XIII Conferencia Sanitaria, México fue considerado como el paladín de la lucha contra la malaria.¹¹⁵⁴ A pesar de que la enfermedad se presentó en la mayoría de los estados mexicanos, en el caso del estado de Yucatán, se tenían datos que en 90 de los 106 distritos que conforman el Estado, había

¹¹⁵⁰ Pesqueira, 1957: 538.

¹¹⁵¹ “Comunicación hecha por el doctor Carlos A. Alvarado, jefe de la Oficina de Coordinación del Programa de Erradicación de la malaria (COMEP), CD8/94 (Esp.) *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1955.

¹¹⁵² Ruiz Cortines, 2006: 307.

¹¹⁵³ Ruiz Cortines, 2006: 268.

¹¹⁵⁴ Blancarte Meléndez y Cabrera Palma, 1959: 18.

una fuerte infestación; y se comprobó la presencia de *Aedes aegypti* en 209 localidades. En el siguiente año las inspecciones encontraron 36 localidades con ausencia de mosquitos *Aedes*. En el caso de Chiapas para ese año comenzaron los trabajos de los grupos anti-malaria y anti-*aegypti*.¹¹⁵⁵

Durante el año de 1958 se calculó que la zona malárica del país tuvo una extensión de 1,477,000 km², es decir, 570,278 millas cuadradas, y que se presentó en 29 estados, teniendo una población expuesta de 16,746,136 personas.¹¹⁵⁶ Ya con anterioridad se había señalado que la presencia del paludismo en México y en otros lugares del mundo era un grave problema pues impedía el progreso de muchas regiones y por eso mismo se consideraba indispensable combatir la enfermedad a tal grado de desaparecerla.

Por ello la campaña nacional emprendida a partir de 1955 se dividió en dos etapas: por un lado se realizó la campaña sanitaria en donde se pusieron en práctica todos los procedimientos aconsejados para terminar con las larvas y los individuos con el parásito, como he venido explicando en páginas anteriores; y por otro lado, la campaña de educación popular, en donde se realizaron diferentes conferencias alusivas al paludismo, se realizaron exhibiciones de cintas cinematográficas, mensajes radiofónicos, expedición de folletos, con el fin de que la población captara el peligro de la existencia de los focos palúdicos y la urgente necesidad de terminar con la enfermedad.¹¹⁵⁷ Esto se hizo de acuerdo al artículo 23 del Capítulo IV del Código Sanitario vigente en 1955, el cual señaló que la Secretaría de Salubridad y Asistencia divulgaría en toda la república las nociones, los procedimientos y las prácticas de higiene social e individual.¹¹⁵⁸ Por ello la campaña inició con un mensaje radiofónico dictado por el presidente Adolfo Ruiz Cortines señalando a la campaña de paludismo como interés público, tal y como lo indicaba el artículo 73 del Código Sanitario vigente.¹¹⁵⁹ Hay que señalar que el paludismo no era una enfermedad cuarentenable, de acuerdo con el artículo 47 del Código Sanitario, como lo fueron las enfermedades de cólera, fiebre amarilla, peste bubónica, tifo exantemático, fiebre recurrente

¹¹⁵⁵ “Informe Anual del director a los Gobiernos Miembros de la OSP, 1951” Fred L. Soper, *Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud*, CD6/13 (Esp.), Washington D.C., 29 de agosto de 1952.

¹¹⁵⁶ Owens y Asce, 1956: 40.

¹¹⁵⁷ *AHSSA*, fondo salud pública, S-SJ, caja 34, exp. 6, foja 31, “Campaña Antipalúdica. *Anopheles* Transmisores. Destrucción de Mosquitos y larvas”, octubre de 1932.

¹¹⁵⁸ HNDM, *Periódico Oficial del estado de Sonora*, Tomo LXXV, n. 39, Hermosillo, Sonora, 14 de mayo de 1955, Secretaría de Salubridad y Asistencia, “Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos”

¹¹⁵⁹ HNDM, *Periódico Oficial del estado de Sonora*, Tomo LXXV, n. 39, Hermosillo, Sonora, 14 de mayo de 1955, Secretaría de Salubridad y Asistencia, “Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos”, Libro II, Capítulo 1 “Profilaxis de las Enfermedades, Sección Primera Enfermedades Transmisibles. Ver también Cueto, 2013: 151.

o viruela.¹¹⁶⁰ Sin embargo, en el artículo 78 de dicho Código se indicaba que entre las medidas de profilaxis del paludismo se pudiera poner en aislamiento y vigilancia a los enfermos sospechosos y portadores de gérmenes en el tiempo que las autoridades sanitarias creyesen conveniente.¹¹⁶¹

Así pues, con el anuncio radiofónico se daba a conocer a la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo, y donde se le solicitó a la población les brinden la ayuda necesaria para que pudiesen realizar las actividades con éxito.

6.2.1.-La Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo (CNEP)

Recapitulando, el combate hacia la enfermedad del paludismo ya se había realizado desde años anteriores, así por ejemplo en 1932 se emprendió una campaña antipalúdica siguiendo los preceptos científicos de Laveran y Ross; de acuerdo con Bustamante, con los descubrimientos de estos dos científicos se inició la era científica de la lucha antipalúdica.¹¹⁶² Durante esta campaña se empleó la terapéutica de la quinina y sus sales, junto con las medidas contra los mosquitos, obras de canalización, compuestos larvicidas y con elementos técnicos y económicos disponibles durante esa época.

Posteriormente con el apoyo de la Fundación Rockefeller, la Dirección de Cooperación Interamericana de Salubridad Pública y de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se emprendió otra lucha antipalúdica. Así en los años de 1944 y 1945 se realizaron actividades de rociado al interior de las casas utilizando el compuesto químico DDT para determinar si su aplicación en techos y paredes protegía a las casas de la enfermedad, aplicándose en domicilios de las poblaciones de Temixco y Santa Inés, Morelos. Posteriormente esta campaña fue extendida en los poblados de Michoacán, Nayarit, Baja California Sur, áreas petroleras de Tamaulipas y del norte de Veracruz.¹¹⁶³ Hay que señalar que fue durante el año de 1945 cuando en México se utilizó por primera vez el DDT en la fumigación al interior de las casas, siendo los doctores Graham Casasús y Payne, este último de la Fundación Rockefeller, los que dirigieron la aplicación en los poblados de Temixco y Actlipa, Morelos.¹¹⁶⁴

¹¹⁶⁰ Ver también artículos 61 y 62 del Capítulo VI, referente a Sanidad en Materia de Migración de dicho Código.

¹¹⁶¹ HNDM, *Periódico Oficial del estado de Sonora*, Tomo LXXV, n. 39, Hermosillo, Sonora, 14 de mayo de 1955, Secretaría de Salubridad y Asistencia, “Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos”, Libro II, Capítulo 1 “Profilaxis de las Enfermedades, Sección Primera Enfermedades Transmisibles.

¹¹⁶² Bustamante, 1975: 390.

¹¹⁶³ Neri Vela, 2002: 81

¹¹⁶⁴ Román y Carrillo, 1975: 407

En 1947 se reorganizó la campaña contra el paludismo bajo la dirección de Salvador González Herrejón junto con Galo Soberón y Parra, éste último fue el primer malariólogo profesional mexicano graduado en París. En esta ocasión se contó con 60 personas aproximadamente entre jefes, subjefes, malariólogos, dos ingenieros, un entomólogo, dos topógrafos, treinta y seis oficiales sanitarios y cuatro laboratoristas.¹¹⁶⁵ Para 1951 se realizó el Segundo Congreso Nacional de Paludismo, donde se presentaron los resultados de las campañas anteriores, de igual manera se expresó la importancia de combatir a la enfermedad y los beneficios económicos que traería su completa aniquilación.

Con los logros obtenidos de dicha campaña, y presentados durante la Decimocuarta Conferencia Sanitaria Panamericana en el año 1954 celebrada en Santiago de Chile, se reconoció el esfuerzo de México en su lucha contra el Paludismo y se expuso la conveniencia de apoyar a la erradicación del mal, así en palabras de Neri Vela “México se convirtió en pionero de esa lucha”.¹¹⁶⁶

Durante la Conferencia XIV de 1954, se indicó convertir todos los programas de control del padecimiento en campañas de erradicación.¹¹⁶⁷ Así México se comprometió durante la VIII Asamblea Mundial de la Salud para realizar el programa de erradicación. En dicha Asamblea, se firmaron convenios internacionales con la UNICEF, quien aportaría equipos e insecticidas con un valor de 8.400.000 dólares, los gobiernos de E.U.A. y el de México aportaron 150 millones moneda nacional para sueldos y viáticos del personal, y la OMS se comprometió a aportar la asistencia técnica.¹¹⁶⁸

Se pensó en un principio que en tres años se erradicaría el mal que afectó grandemente al territorio mexicano según los datos reportados en el filme “Cruzada Heroica” (Figura 36). El Secretario de Salubridad el doctor Ignacio Morones Prieto, señaló que la campaña tendría repercusiones a nivel mundial, pues un cambio radical fue el concepto de control por erradicación, en donde por control se trató de acabar con el mosquito *anófeles*, pero que ese método había fracasado, y que ahora se emprendería la tarea de curar a los enfermos, sin embargo, no se desecharía el combate al vector por medio de brigadas especiales quienes recorrerían las zonas palúdicas del país.¹¹⁶⁹

¹¹⁶⁵ Román y Carrillo, 1975: 407

¹¹⁶⁶ Neri Vela, 2002: 81

¹¹⁶⁷ Gobierno de México, 1977: 2. “Control vs. Erradicación en los Programas de Paludismo. Posición de México” tema 38 del programa presentado en la XXV Reunión de la Organización Panamericana de la Salud, y la XXIX Reunión de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D. C., septiembre -octubre, CD25/31.

¹¹⁶⁸ Pesqueira, 1957: 547.

¹¹⁶⁹ HNDM, *El Informador*, 22 de junio de 1955 “Cincuenta Millones de pesos para combatir el paludismo”.

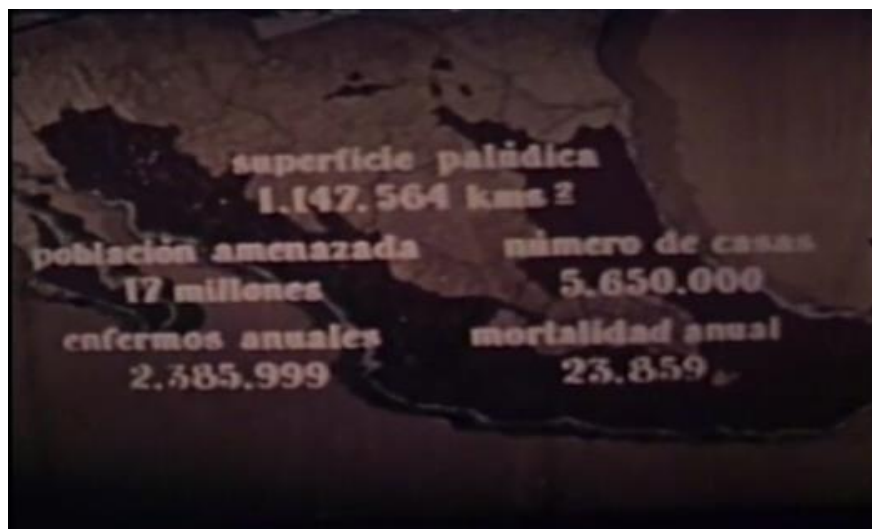


Figura 36: Datos reportados en el filme “Cruzada Heroica” sobre la situación malárica del país.¹¹⁷⁰

Se explicó que la medida utilizada fue la aplicación de insecticidas para acabar con los mosquitos utilizando DDT, aplicado cada seis meses, y Dieldrín utilizado cada año. La campaña se anunció con la movilización de diez mil técnicos con cuatro mil vehículos cubriendo un área de manera metódica de un millón quinientos mil metros cuadrados (Figura 37).¹¹⁷¹



Figura 37: Brigada de la campaña nacional antipalúdica.¹¹⁷²

¹¹⁷⁰ Imagen tomada del filme “Cruzada Heroica” AHSSA, filme de 16mm, duración 10: 24 minutos.

¹¹⁷¹ HNDM, *El Informador*, 22 de junio de 1955 “Cincuenta Millones de pesos para combatir el paludismo”.

¹¹⁷² Franco Aguilar, 1961: 40.

En cuanto a la inversión monetaria se especificó que se utilizaron doscientos cincuenta millones de pesos, de los cuales, cien millones fue en equipo para insecticidas otorgado por la UNICEF; ochenta y siete millones en efectivo fue aportado por la FOA, y el resto sesenta y dos millones y medio salió del presupuesto federal. Si bien para esta fecha se declaró a los estados de Chihuahua y Tlaxcala libres del mal palúdico, no obstante, los demás estados mexicanos se encontraron afectados por el padecimiento, siendo que, en los estados de Oaxaca, Tabasco y Chiapas, Puebla, Veracruz, Guerrero, San Luis Potosí, Quintana Roo y Morelos los que presentaron incidencia de mortalidad elevada.¹¹⁷³

Guillermo Prieto señaló que el padecimiento afectó seriamente a la economía nacional afectando a un gran número de personas que a causa de la enfermedad dejaban de producir. Según las estadísticas el paludismo llegó a ocupar el tercer lugar en las causas de mortalidad. Y que de acuerdo con las áreas productoras la inmensa mayoría se encontraba dentro de las zonas palúdicas afectando considerablemente a las industrias ganaderas y agricultoras.¹¹⁷⁴

Así, para contar con un precepto legal, se promulgó en el Diario Oficial el 17 de diciembre de 1955 el decreto del 15 de noviembre del mismo año donde se dio a conocer a la Campaña Nacional contra el Paludismo como de interés público creándose la Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo (CNEP), misma que operó bajo la Secretaría de Salud.¹¹⁷⁵ Cueto remarca lo que a través de la difusión radiofónica y la prensa se dijo de la campaña, señalando a los trabajadores como “soldados [...] ejército disciplinado, vestido con uniformes nuevos color caquí, botas negras y armados con relucientes bombas de aluminio” (Figura 38).¹¹⁷⁶

¹¹⁷³ HNDM, *El Informador*, 22 de junio de 1955 “Cincuenta Millones de pesos para combatir el paludismo”.

¹¹⁷⁴ HNDM, *El Informador*, 22 de junio de 1955 “Cincuenta Millones de pesos para combatir el paludismo”.

¹¹⁷⁵ Pesqueira, 1957: 539. Ver también Ignacio Morones Prieto, “La Comisión Nacional para la erradicación del paludismo. Su organización” HNDM, *Gaceta Médica de México*, enero de 1957, número extraordinario.

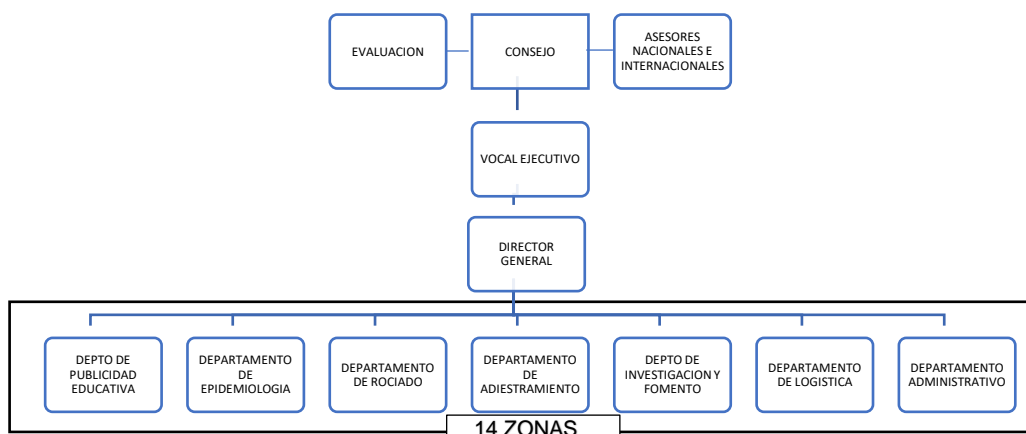
¹¹⁷⁶ Cueto, 2013: 151- 152.



Figura 38: Soldados con fumigadores y cubetas.¹¹⁷⁷

Esta comisión fue integrada por un consejo directivo que estuvo encargado de fijar las normas técnicas y administrativas, un presidente ocupando el puesto el Secretario de Salubridad y Asistencia, y un vocal ejecutivo y cuatro vocales más, fue asesorado por agentes internacionales y con los agentes de la Oficina de Evaluación (Cuadro 16).¹¹⁷⁸

Cuadro 16: -Organigrama de la CNEP en México, 1956.¹¹⁷⁹



De acuerdo con el organigrama anterior, los siete departamentos rigieron en las 14 zonas en las que fue dividido la superficie malárica del país (Cuadro 17), a su vez cada zona fue

¹¹⁷⁷ INAH, mediateca, identificador: oai:mexicana.cultura.gob.mx:0010000/0384319

¹¹⁷⁸ Pesqueira, 1957: 539.

¹¹⁷⁹ Tomado de Pesqueira, 1957; 543.

subdividida en sectores y cada sector se integró con cinco brigadas, las cuales fueron formadas por cuatro rociadores y el jefe.¹¹⁸⁰ Independientemente del Consejo, la Oficina de Evaluación se encargó de vigilar la marcha del programa, verificar los resultados y estuvo facultada para realizar advertencias para el desarrollo adecuado del programa.

Cuadro 17: División por Zonas de la superficie malárica del país.¹¹⁸¹

ZONA	ESTADOS	Sede	Número de Habitantes	Número de rociadores	Casas visitadas
I	Yucatán, 7 municipios de Campeche y Quintana Roo.	Mérida, Yucatán.	805,438	141	159,687
II	Tabasco, 24 municipios del estado de Chiapas, 2 de Campeche y 20 del sur del Estado de Veracruz.	Villahermosa, Tabasco.	881,483	172	193,717
III	La parte central del estado de Veracruz, 6 municipios del suroeste del estado de Puebla, y el municipio de Tuxtepec, Oaxaca.	Veracruz, Veracruz.	1,767,521	323	431,811
IV	Chiapas con excepción de los 24 municipios del norte señalados para la zona II	Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.	859,531	173	196,090
V	Oaxaca con excepción de Tuxtepec. Putla y Jimiltepec, que corresponden el primero a la Zona III y los dos últimos a la IX.	Oaxaca, Oaxaca.	1,139,311	211	276,437
VI	San Luis Potosí, Querétaro e Hidalgo y 30 municipios del Estado de Veracruz.	Ciudad Valles, San Luis Potosí.	1,160,613	208	269,998
VII	Tamaulipas, Nuevo León y Coahuila.	Ciudad Victoria, Tamaulipas.	1,508,674	161	254,817
VIII	Puebla con excepción de los 6 municipios del suroeste que corresponden a la Zona III; el Estado de Guerrero y el de México con excepción de los 7 municipios que corresponden a la Zona X. el Estado de Tlaxcala y el Distrito Federal.	Puebla, Puebla.	1,005,055	183	240,189
IX	Guerrero con excepción de 9 municipios que corresponden a la Zona VIII. 2 municipios del Estado de Oaxaca.	Chilpancingo, Guerrero.	1,145,309	208	252,212
X	Michoacán y Guanajuato y 22 municipios del Estado de México y dos del Estado de Jalisco.	Morelia, Michoacán.	1,707,921	214	315,828

¹¹⁸⁰ Blancarte y Cabrera, 1959: 44.

¹¹⁸¹ Tomado de Pesqueira, 1957; 545 y Blancarte y Cabrera, 1959: 39, y Cueto, 2013: 199-201.

XI	Colima, Jalisco y Nayarit con excepción de los municipios de Jalisco situados en la margen nororiental del Río Santiago.	Guadalajara, Jalisco.	2,100,849	378	412,719
XII	Aguascalientes y Zacatecas más los municipios de Jalisco que están al norte del Río Santiago.	Aguascalientes, Aguascalientes.	944,453	93	105,576
XIII	Sinaloa, Durango y los correspondientes al Territorio Sur de Baja California y 5 municipios del Estado de Chihuahua.	Culiacán, Sinaloa.	1,202,945	163	190,648
XIV	Sonora, Chihuahua menos 5 municipios que corresponden a la Zona XIII y Baja California Norte.	Hermosillo, Sonora.	487,954	61	61,700

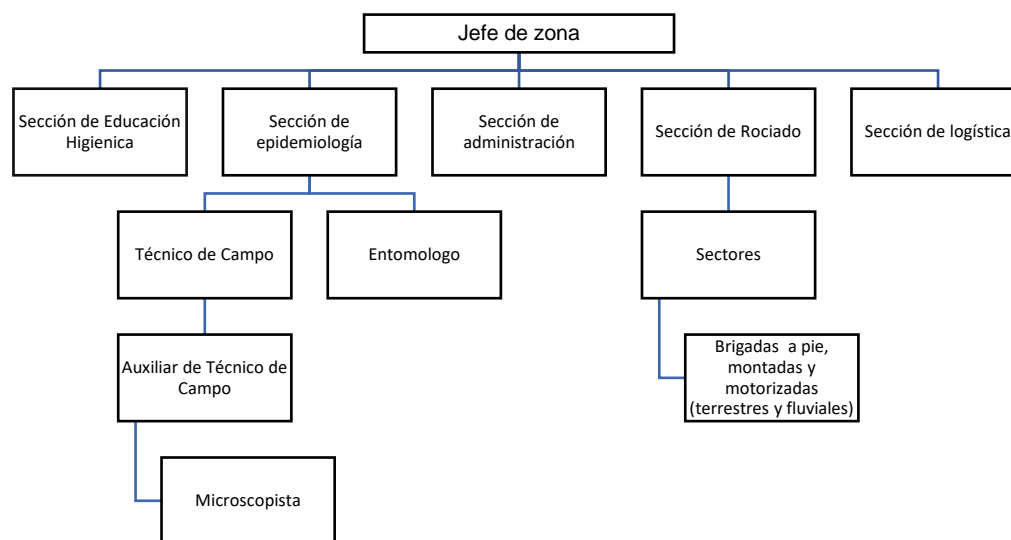
Así, cada uno de los departamentos realizó objetivos específicos, emprendiendo investigación, programas de educación, especificación de los límites de la enfermedad, actividades de rociado incluyendo censos de las casas, señalamientos de vías de acceso y sus características. Se remarcó que las operaciones de rociado fueron efectuadas por brigadas motorizadas, montadas o a pie, señalando que la superficie donde operó cada una de las brigadas fue el área de trabajo, y que cinco áreas de trabajo constituyeron un sector que estuvo a cargo de un jefe quien asumió la responsabilidad de la supervisión de las labores de la brigada y de vigilar el abastecimiento.¹¹⁸²

Se estableció una sede en cada una de las zonas, y se instituyó que fuera integrada por un médico jefe, con personal técnico y administrativo, médicos malariólogos, entomólogos, microscopistas, ingenieros salubristas (Cuadro 18). Además, se demostró que esta campaña se estableció de acuerdo con un sistema administrativo jerárquico escalonado, para obtener mejores resultados. Cueto señala que, a diferencia de otras campañas de salud, los responsables de cada zona tuvieron la obligación de reportar sus actividades primero a la central de la CNEP, a diferencia de que otros servicios primero notificaban a las autoridades regionales de salud.¹¹⁸³

¹¹⁸² Pesqueira, 1957.

¹¹⁸³ Cueto, 2013: 198-199.

Cuadro 18: Organigrama de cada una de las sedes de las zonas maláricas, 1956.¹¹⁸⁴



Para la completa erradicación de la enfermedad, se proyectó que los trabajos de la CNEP abarcasen un periodo de 8 años, en donde se planteó trabajar en tres etapas:¹¹⁸⁵ la primera fue una etapa preparatoria, la cual se realizó durante finales de 1955 hasta el 31 de diciembre de 1956, en la cual se efectuaron los trabajos simultáneamente de reconocimiento epidemiológico y geográfico para determinar el problema palúdico, esta etapa incluyó un programa piloto de rociado realizado durante 3 meses (del 7 de septiembre al 8 de diciembre de 1956).¹¹⁸⁶ Con ello se estipuló que para dichos años se adiestraría y capacitaría al personal destinado al reconocimiento de las zonas maláricas y a la delimitación de la superficie afectada por la enfermedad (Figura 39 y 40).

¹¹⁸⁴ Pesqueira, 1957: 545.

¹¹⁸⁵ Autores como Romero Álvarez (1975: 411), mencionan que la estrategia de la campaña fueron realizadas en 4 fases a saber: la preparatoria (duración de un año, reconocimiento geográfico incluyendo planos de las localidades y casas habitación existentes en el área palúdica), el de ataque (periodo de rociamiento, con dos gramos de DDT por metro cuadrado, realizado dos veces al año por un periodo de 3 a 4 años consecutivos), el de consolidación (suspensión de rociamientos, eliminación de los reservorios humanos, búsqueda de enfermos y aplicación de tratamientos con medicamentos antipalúdicos), y por último la de mantenimiento (que comenzaría cuando después de tres años consecutivos no se presentase indicios de transmisión). En esta última fase el organismo de la CNEP transferiría su responsabilidad a los servicios normales de salud, dejando un servicio eficaz de vigilancia que asegurara la erradicación.

¹¹⁸⁶ Blancarte y Cabrera, 1959: 39.



Figura 39: Capacitación del personal para conocer el equipo que sería utilizado para las actividades de rociado.¹¹⁸⁷



Figura 40: Capacitación del personal para las actividades de rociado.¹¹⁸⁸

Hay que señalar que el representante de la UNICEF, Robert L. Davée, indicó que ese año preparatorio representaba un gasto importante, y recomendó ahorrar en esta fase, alentando a otros países a que ayudasen al esfuerzo internacional haciéndose cargo de esta etapa, especialmente en los países en donde la enfermedad no era un problema nuevo.¹¹⁸⁹ En el caso

¹¹⁸⁷ Imagen tomada del filme “Cruzada Heroica” *AHSSA*, filme de 16mm, duración 10: 24 minutos.

¹¹⁸⁸ Imagen tomada del filme “Cruzada Heroica” *AHSSA*, filme de 16mm, duración 10: 24 minutos.

¹¹⁸⁹ Comunicación del Sr. Robert L. Davée, director Regional para las Américas del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ante la Undécima sesión Plenaria de la VIII reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana (16 de septiembre de 1955) expediente CD8/94 (Esp.), 21 de septiembre de 1955, Washington, D.C.

de México el resultado del programa piloto evidenció que la estimación del total de casas para visitar fue superior a lo esperado, que la enfermedad aparecía en diferentes periodos del año, y que la automedicación dificultaba la detección del parásito en la sangre de los individuos.¹¹⁹⁰

La segunda etapa fue la de erradicación con una duración de 3 años (iniciada el 2 de enero de 1957 al 31 de diciembre de 1960). En ella se realizaron las actividades de rociado (Figura 41, 42, 43) en las casas con insecticida de acción residual,¹¹⁹¹ y también se suministraron medicamentos antimaláricos con fines profilácticos, supresivos y curativos. Las labores se suspenderían total o gradualmente de acuerdo con las necesidades.¹¹⁹²



Figura 41: Hombre fumiga zona con paludismo.¹¹⁹³

¹¹⁹⁰ Cueto, 2013: 205.

¹¹⁹¹ como el DDT grado técnico y el polvo humedecible; y el Dieldrín en polvo humedecible, junto con otros.

¹¹⁹² Pesqueira, 1957: 546, ver también Blancarte y Cabrera, 1959: 39.

¹¹⁹³ INAH, mediateca, identificador: oai:mexicana.cultura.gob.mx:0010000/0384285, 2 de marzo de 1957.

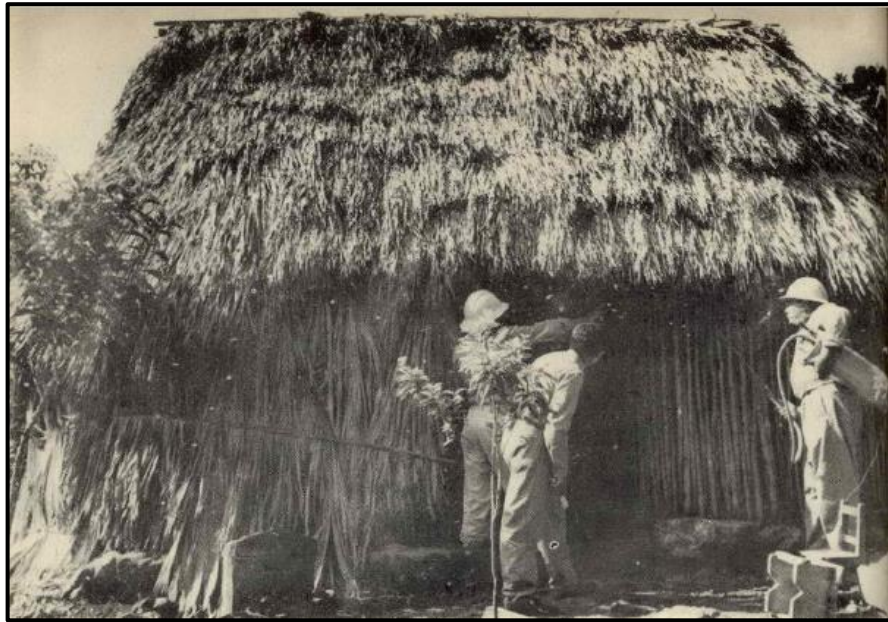


Figura 42: Rociando casa en la zona rural.¹¹⁹⁴

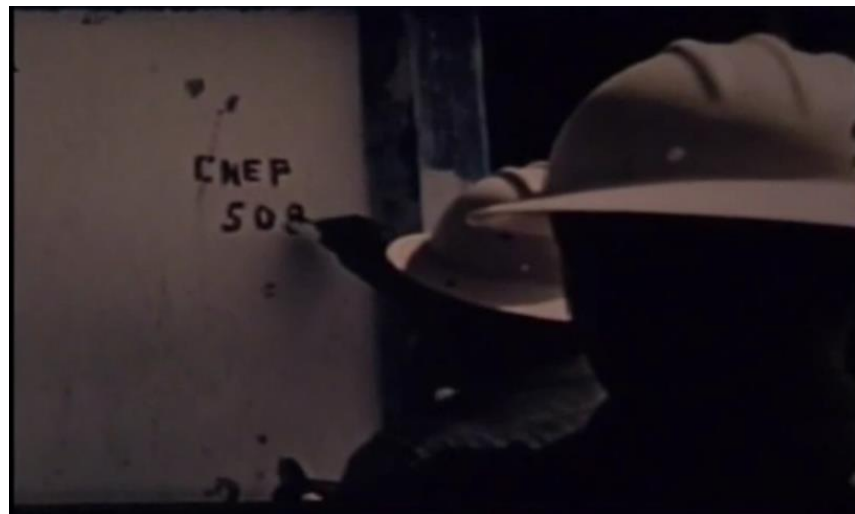


Figura 43: Las casas visitadas fueron marcadas con la leyenda CNEP, y el número de la vivienda.¹¹⁹⁵

La última etapa fue la de vigilancia epidemiológica, realizada a partir del 1 de enero de 1961 (Figura 44). Esta etapa consistió en verificar la desaparición de la enfermedad, realizándose las medidas necesarias para evitar el restablecimiento de la transmisión. Y si en los 3 años

¹¹⁹⁴ Franco Aguilar, 1961.

¹¹⁹⁵ Imagen tomada del filme "Cruzada Heroica" AHSSA, filme de 16mm, duración 10: 24 minutos.

sucesivos no se reportaban casos autóctonos de paludismo, México declararía erradicada el mal de territorio nacional.¹¹⁹⁶

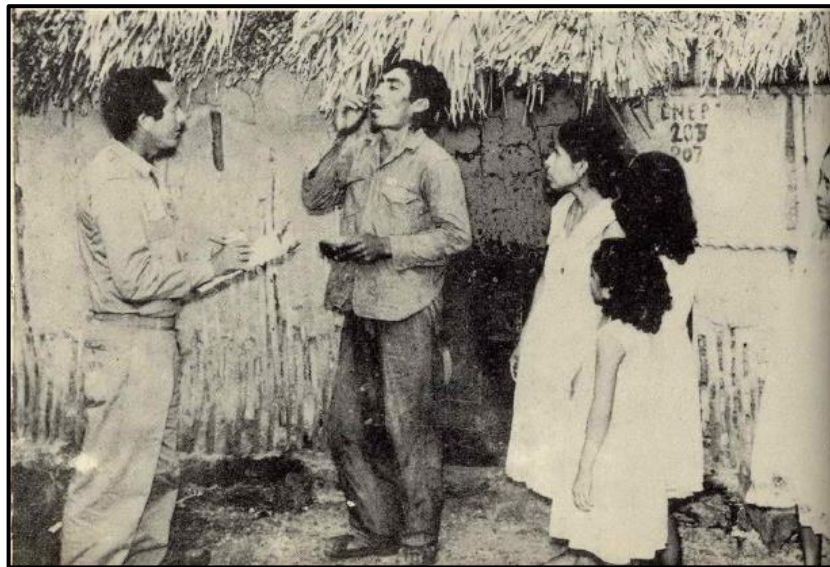


Figura 44: Higienista encuestando a una familia.¹¹⁹⁷

Ya Bustamante había indicado lo difícil de esta campaña, pues se tuvieron que poner atención a los tres seres vivos que hacían de la enfermedad un enemigo mortal, a saber: el agente patológico (*Plasmodium*), el anófeles transmisor (con gran variedad de especies), y el hombre, pues estos representaban múltiples variables que influyeron y modificaron constantemente la marcha de la enfermedad.¹¹⁹⁸

Al respecto, Martínez Báez señaló que la campaña que se emprendió contra el paludismo fue “la batalla más grande en que la sanidad se haya comprometido desde que se organizó como disciplina médica y social”.¹¹⁹⁹

Si bien la campaña no estuvo exenta de problemas tanto administrativos como técnicos, el financiamiento fue un tema de discusión en las diferentes asambleas y reuniones de carácter internacional. Así lo hizo saber Robert L. Davée, director Regional para las Américas del Fondo

¹¹⁹⁶ Pesqueira, 1957: 546, ver también Blancarte y Cabrera, 1959: 40; Romero Álvarez, 1975: 411.

¹¹⁹⁷ Franco Aguilar, 1961.

¹¹⁹⁸ Bustamante, 1975: 390, para el tema de agentes patógenos se puede consultar Vargas, 1957: 397-401. En México fueron identificados y descritos 25 especies de Anófeles, incluyendo una del género *Chagasia*. Entre los principales transmisores se encuentran los Anófeles *pseudopunctipennis* y *albimanus*, caracterizados por su amplia distribución geográfica. En caso del primero se extiende prácticamente por toda la república y se consideró el principal responsable de la transmisión palúdica de las sierras y en los valles altos. En el caso del *albimanus* habita en las partes bajas de las costas, en las del Golfo de México, en el Istmo de Tehuantepec, en la Península de Yucatán y en las costas del Océano Pacífico hasta la cuenca hidrográfica del Río Fuerte en Sinaloa, considerado el principal transmisor a lo largo de las planicies costeras, en Pesqueira, 1957: 541; y Blancarte y Cabrera, 1959: 33.

¹¹⁹⁹ Martínez Báez, 1975: 392.

de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).¹²⁰⁰ De los fondos destinados a la campaña de erradicación del paludismo a nivel mundial, la mayor erogación se destinó para México, asignándose un total de 2,400,000 dólares para los primeros 18 meses de la campaña, siendo una asignación de las más importantes que una organización internacional haya aprobado para un programa de salud pública en el mundo, destacando la significación trascendental que esta acción tuvo para el futuro de la cooperación internacional.

Este interlocutor expuso la necesidad de que la campaña dispusiera de una flexibilidad presupuestaria en su administración, es decir, que se tuviese la posibilidad de transferir de un año a otro los recursos monetarios sin que sufrieran los moldes de la anualidad presupuestaria que existieron en varios países de América Latina, como por ejemplo Brasil. Otros de los aspectos recalcados por este personaje fue que el apoyo monetario que aportó el organismo de la UNICEF, además de que fueron “cortos”, se destinó a los vehículos y los insecticidas.¹²⁰¹

En el caso de los vehículos, este delegado señaló que en México la inversión del capital en este rubro se estipuló en un millón de dólares y que consideró bastante elevado el costo dentro de la campaña de salud pública y que era necesario fijar un compromiso por parte del gobierno que dichos vehículos sirviesen para toda la campaña, y que debiera hacerse un reglamento que rigiese las maniobras de manejo, de mantenimiento, de talleres, etc. Se buscaba que México sirviera como ejemplo para emprender otras campañas en otros países, y que, en el caso de fracasar, eso impediría que la UNICEF aportase recursos para otras campañas de esta índole.¹²⁰²

Otro punto remarcado fue que los profesionales evitasen pedir grandes cantidades de insecticidas en una sola exhibición, pues las condiciones de almacenamiento en cuanto a cantidades y de duración prolongada, pudiese comprometer la calidad técnica de los materiales. A su vez, señaló lo complicado de la campaña en cuanto a la extensión geográfica, pues en el caso de México, el área palúdica comprendió más del 90% del país. Por ello, recomendó que la campaña diera inicio en la frontera de un país ya “limpio” de malaria como lo fue Estados Unidos

¹²⁰⁰ Comunicación del Sr. Robert L. Davée, director Regional para las Américas del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ante la Undécima sesión Plenaria de la VIII reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana (16 de septiembre de 1955) expediente CD8/94 (Esp.), 21 de septiembre de 1955, Washington, D.C.

¹²⁰¹ Comunicación del Sr. Robert L. Davée, director Regional para las Américas del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ante la Undécima sesión Plenaria de la VIII reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana (16 de septiembre de 1955) expediente CD8/94 (Esp.), 21 de septiembre de 1955, Washington, D.C.

¹²⁰² Comunicación del Sr. Robert L. Davée, director Regional para las Américas del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ante la Undécima sesión Plenaria de la VIII reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana (16 de septiembre de 1955) expediente CD8/94 (Esp.), 21 de septiembre de 1955, Washington, D.C.

de Norteamérica, siguiéndola hacia la zona del Istmo de Panamá. En efecto, hay que recalcar que esta intervención llamó a una cooperación total de las organizaciones internacionales para librarse del mal que representó el paludismo.

Si algo dejaron claro las autoridades al establecer el programa de la CNEP, fue lo señalado por el doctor Soper “la campaña de erradicación no es continuación de la de control, sino transformación de ésta en erradicación” de allí que se estableciera el cronograma señalando los objetivos y tareas de cada una de las áreas que lo conformaron.¹²⁰³

Hasta el año de 1961 México se encontró en la fase de consolidación, principalmente en la vertiente del Golfo de México y en la Península de Yucatán, lugares donde las operaciones antipalúdicas se efectuaron con mayor intensidad.¹²⁰⁴ Cabe mencionar que, ante los problemas administrativos, técnicos, y operacionales, las actividades de la campaña de erradicación del paludismo no consiguieron el objetivo de la erradicación, sino hasta ya entrada la octava década del siglo XX.

6.2.2.-Apropiación de una campaña internacional en México (México como ejemplo Mundial en la lucha contra el Paludismo)

Hasta ahora se ha mencionado la intervención de los organismos internacionales en el desarrollo de una campaña mundial para la erradicación del paludismo, los montos económicos que aportaron cada institución, los métodos y las medidas profilácticas empleadas para la consecución de los trabajos. Ya las fuentes primarias consultadas indicaron constantemente los trabajos realizados en la república mexicana, con lo cual me pregunto ¿Por qué México en su lucha contra el paludismo fue considerado como ejemplo para el mundo? ¿Cuáles fueron las circunstancias que orillaron al estado mexicano para emprender tan imperiosa lucha contra el mal?, ¿Existió un trasfondo político-económico tras la lucha contra el paludismo?

En la idea de que la lucha contra las enfermedades epidémicas, específicamente las enfermedades tropicales, se vio marcadamente influenciada por los organismos internacionales, para lograr y aprovechar el desarrollo económico de diversas regiones productivas, en donde a causa de la presencia de los males epidémicos no estaban siendo aprovechadas, resurge pues el

¹²⁰³ Comunicación del Sr. Robert L. Davée, director Regional para las Américas del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ante la Undécima sesión Plenaria de la VIII reunión del Consejo Directivo de la Organización Sanitaria Panamericana (16 de septiembre de 1955) expediente CD8/94 (Esp.), 21 de septiembre de 1955, Washington, D.C.

¹²⁰⁴ Román y Carrillo, 1975: 409.

tema del comercio como un aliciente para que diversas naciones unificaran lazos y entretejeran redes político-económicas para el combate de enfermedades como la fiebre amarilla y el paludismo entre otras.

Por tanto, no se pueden desligar las campañas sanitarias emprendidas de las actividades económicas de los países, sobre todo las de expansión y conquista de mercados. En el caso de México para la temporalidad mencionada en este capítulo, ya no se trató de la búsqueda de un progreso, sino que el gobierno mexicano emprendió una etapa de modernización promulgado durante los gobiernos de Manuel Ávila Camacho y Miguel Alemán. Así, durante el gobierno del presidente Adolfo Ruiz Cortines, entre 1953 y 1958, se continuó promoviendo que el crecimiento industrial vía la substitución de importaciones, la atracción de inversión extranjera, mejorar las relaciones diplomáticas con el país vecino E.U.A, entre otras políticas sociales y económicas contribuirían a la modernización que necesitaba el país. Así, durante el periodo de 1945 hasta 1968 se le conoce históricamente como el “milagro mexicano”, hecho que fue materializado a través de la creación de lazos sólidos con la inversión extranjera, el intercambio de tecnologías, la promoción de la educación y la ciencia, y la consolidación de expertos profesionales en materias administrativas y técnicas, hicieron posible el objetivo de Ruiz Cortines “mantener y acelerar la expansión del crecimiento económico del país”.¹²⁰⁵

De tal manera, se proyectó el crecimiento hacia las zonas menos desarrolladas, teniendo en claro el problema que representaban los ejidos como obstáculo para la modernización.¹²⁰⁶ Hacia 1954 el gobierno impulsó un programa conocido como “la Marcha al mar” tratando de reubicar a los campesinos en las costas oeste y este del país, el problema era que la zona era territorio malárico. En ese mismo sentido la OMS había declarado que “el futuro de México está en las rutas hacia el mar”, sin embargo, se conoció que en esas zonas imperaba el paludismo.¹²⁰⁷

Así la campaña contra el paludismo incluyó aquellos lugares que tuvieron importancia como centros de producción o turismo, por ende, se incrementó la tendencia a trabajar el mayor número de poblaciones del medio rural.¹²⁰⁸ Bustamante señaló que el paludismo como

¹²⁰⁵ Cueto, 2013: 161.

¹²⁰⁶ Sobre el tema de crecimiento poblacional se puede consultar a Alba, Francisco, “Crecimiento demográfico y transformación económica, 1930-1970”; Pellicer, Olga “México en el debate internacional sobre población” en Secretaría de Gobernación- Conapo *El Poblamiento de México, Una visión histórico demográfica*, Tomo IV, 1993.

¹²⁰⁷ AHSSA, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, serie CNEP, sección Dirección, caja 1 exp. 7, “Facts and figures concerning the economic damage by malaria in some countries” 1 de julio de 1957, World Health Organization.

¹²⁰⁸ AHSSA, fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia, serie SUBSYA, caja 35 exp. 2, “Informe trimestral de labores de esta coordinación que comprende los meses de septiembre, octubre y noviembre de 1952. Campaña Nacional contra el Paludismo”.

enfermedad rural “es factor de pobreza, es obstáculo para el progreso, es viejo padecimiento que reclama nuevas investigaciones”.¹²⁰⁹

El doctor Donald J. Pletsch, asesor en México de la Oficina Sanitaria Panamericana reconoció que entre los méritos de la campaña mexicana ofrecidos al mundo fueron, entre otros, el adiestramiento de personal, pues la experiencia de México fue exhibida en cursos internacionales de malaria; a su vez se difundió esta experiencia a través de publicaciones en revistas técnicas que explicaron la realización, los inconvenientes, los logros alcanzados y los resultados de la campaña; proporcionó consultores para el extranjero siendo un total de 18 especialistas calificados que actuaron como asesores en diferentes campañas de erradicación de 21 países; así también se difundió la experiencia mexicana a través de publicaciones en revistas técnicas.¹²¹⁰

Según Romero Álvarez, México llegó a ser el principal centro mundial para la preparación y capacitación de técnicos en erradicación del paludismo, “y su campaña fue considerada como modelo altamente loado”. Sin embargo, para 1965 la situación cambió, pues se presentó la transmisión de la enfermedad, realizándose una fase de ataque en lugares donde ya se estaba la fase de consolidación.¹²¹¹ Según los informes de la CNEP lo anterior sucedió por razones administrativas, pues no se pudo realizar una adecuada vigilancia, lo cual coincidió con los problemas financieros acaecidos por la suspensión de la cooperación de la UNICEF en 1966. Otros problemas además de los económicos fueron “las condiciones epidemiológicas especiales en ciertas áreas que hacen a su paludismo más difícil de eliminar”.¹²¹²

Hasta 1969 la OMS examinó la estrategia global de la erradicación del paludismo, y concluyó que no era recomendable continuar con una estrategia rígida y uniforme, sino que las campañas se deberían adaptar a las condiciones epidemiológicas locales. Este organismo sugirió a los países que cada uno de ellos escogiera las tácticas adecuadas a sus necesidades, y que se dejara de generalizar la estrategia.¹²¹³

Si bien la campaña comenzada a mediados de la quinta década del siglo XX rindió frutos a lo largo de 10 años, al reaparecer casos de la enfermedad, no se pudo reconocer la erradicación del paludismo hasta ya entrada la octava década del siglo, en palabras de Cueto el programa

¹²⁰⁹ Bustamante, 1975: 417.

¹²¹⁰ Román y Carrillo, 1975: 407-408.

¹²¹¹ Romero Álvarez, 1975: 412.

¹²¹² Romero Álvarez, 1975: 412.

¹²¹³ Romero Álvarez, 1975: 414.

antimalárico promovido por la OMS y realizado en México a partir de 1955 se trató más bien de “campanas de erradicación que buscaron tan sólo la contención de la malaria”.¹²¹⁴

Si bien México aceptó la ayuda internacional y desde la Secretaria de Salubridad se trabajó en conjunto para lograr el éxito de la campaña, y al crearse la CNEP y mantener la dirección de los trabajos de la campaña a nivel nacional, me surge la interrogante de ¿Cómo reaccionaron las autoridades locales ante la notificación de que todos los asuntos debieron ser notificados directamente a la oficina central? ¿Qué papel jugaron las autoridades sanitarias locales dentro de esta campaña? Para dar respuesta a estas y otras preguntas la investigación ha sido enfocada al estado de Yucatán para con ello tratar de dilucidar ¿Cómo fue la situación económica del estado mientras se llevaba a cabo la campaña de CNEP? Temas que serán tratados en el siguiente apartado.

6.3.- Yucatán y el combate de las enfermedades tropicales

Como se ha mencionado en capítulos anteriores, Yucatán tiene una larga historia en el combate de las enfermedades tropicales, y siempre fue señalado internacionalmente como foco de endemidad de estos males. Para el periodo que comprende este capítulo, la enfermedad del paludismo ya evidenciaba una preocupación gubernamental a nivel nacional, sobre todo en las áreas costeras del país.¹²¹⁵

Ya desde años anteriores, las autoridades habían puesto atención al problema palúdico, por ejemplo, en el informe administrativo presentado por Enrique Cantillo en 1933 se expresó que a solicitud de los pueblos del municipio se ordenó que se atendiesen a los enfermos de los poblados de Komchén, Cholul, Chablekal, Sitpach, Molás, San José Tzal, Dzityá, Sierra y Cosgaya, sobre todo cuando la enfermedad del paludismo hizo su aparición. El médico municipal tuvo la orden de combatir a la enfermedad con medicamentos.¹²¹⁶

Reiteradas veces se notificó la recompensa que se tendría al eliminar el mal palúdico de las áreas productivas. Ya desde 1947 se había sustituido el petróleo por el uso de DDT a nivel nacional, contando con el apoyo de la Dirección de Cooperación Internacional y de la Fundación

¹²¹⁴ Cueto, 2015: 258.

¹²¹⁵ Hoffman por ejemplo estudió la situación palúdica de Yucatán en 1927 y 1928, determinando las características locales que favorecían la propagación. En el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Hoffman publicó que el único anofeles causante de epidemias en Yucatán fue el *albimanus*, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, “Crónicas. Paludismo”, v. 11, n. 11, noviembre de 1932, pp.1175.

¹²¹⁶ CAIHY, Memoria administrativa del H. Ayuntamiento de Mérida 1933, CXIX -1933 -2/2 -01, (Folletería) Enrique Cantillo, Víctor Mena Palomo.

Rockefeller. Así la campaña nacional de dedetización emprendida a partir de 1955 reflejó la utilización de materiales con efectos residuales en la fumigación de las casas.

Durante el año de 1948 el gobernador del estado indicó los trabajos que se realizaron para el combate del paludismo sobre todo en la zona maicera que comprendió los municipios de Muna, Santa Elena, Sotuta, Sucilá, Tunkás y Pibtouch, estableciendo unidades médicas con servicios de carácter sanitario- asistencial para combatir no sólo al paludismo sino también se pusieron en marcha campañas antituberculosas, antivariolosa y por supuesto la antimalárica.¹²¹⁷ El gobernador señaló que se asistieron con servicios de estudiantes del último año de la carrera de medicina, a las poblaciones de Panabá, Nabalám y Celestún por presentarse casos de paludismo. Se señaló que en materia de asistencia pública no se tuvo el apoyo de la iniciativa privada y que todos los gastos de sostenimiento fueron absorbidos por el erario.¹²¹⁸

Cabe señalar que a partir de 1947 fueron reimplantados los Servicios Rurales Cooperativos con el fin de prestar servicios de asistencia y sanitarios de manera gratuita a la zona maicera, y que estos servicios complementarían los servicios sanitarios ofrecidos por Henequeneros de Yucatán.¹²¹⁹ Estos servicios trabajaron en cooperación con la Secretaría de Salubridad y Asistencia para realizar campañas contra las enfermedades del paludismo, de la viruela, y contra las enfermedades venéreas. Para 1950 se encaminó una campaña de higiene escolar destinada a la preservación de la salud de la niñez campesina, el personal médico impartió pláticas y visitas domiciliarias a la población sobre temas sanitarios y la manera de mejorar sus condiciones higiénicas.¹²²⁰

Para combatir el paludismo, se aportaron medicamentos específicos como el aralen, la metoquina, el paludrine, la resoquina (Figura 45), y otros, que complementaron los trabajos de desecación y dedetización de charcas y aguadas consideradas como criaderos de los mosquitos *Anopheles* para acabar con el mal. Si bien se reportó que tan sólo en la zona maicera fueron tratados 1,525 individuos afectados por el mal palúdico, y que en la mayoría de esos casos hubo resistencia a los tratamientos de consolidación.¹²²¹

¹²¹⁷ González Beytia, 1948: 80-81.

¹²¹⁸ González Beytia, 1948: 126.

¹²¹⁹ González Beytia, 1949: 113.

¹²²⁰ González Beytia, 1950: 106.

¹²²¹ González Beytia, 1949: 113.



Figura 45: Anuncio de resoquina en Gaceta Médica de México.¹²²²

A partir de 1950, el estado se sumergió en un declive económico no sólo por la pérdida del 45% de las cosechas de maíz, sino también por la baja de los precios del henequén manufacturado. Y es que hay que señalar que también fue porque el periodo bélico internacional había terminado y por ende la baja del precio del henequén y su demanda en el exterior, sobre todo en Estados Unidos, había estado siendo mermado desde años anteriores.¹²²³

Para el año de 1954, la falta de grano recrudesció por la falta de lluvias, lo cual redujo considerablemente la producción del cereal en la entidad, forzando a las autoridades gubernamentales la necesidad de importar el grano, base de la alimentación de la población. Sin embargo, las dificultades del transporte, la inundación de las vías férreas y los constantes vientos huracanados en las rutas marítimas hacia Progreso, dificultaron las actividades exaltando la falta de alimento.¹²²⁴

Para 1955 la temporada de huracanes que se presentó en el estado agravó la situación de los campos de cultivo del sur, presentando niveles de producción inferiores al año anterior. La presencia de dos huracanes el primero acaecido el 16 de septiembre, de categoría 3 y nombrado Hilda, tocó tierra en Tampico, Tamaulipas, las lluvias generadas por este ciclón ocasionaron

¹²²² HNDM, *Gaceta Médica de México*, anuncio de medicamento, tomo LXXXVI, no. 6, noviembre diciembre, 01 noviembre de 1956.

¹²²³ Mena Palomo, 1955: 75

¹²²⁴ Mena Palomo, 1956: 9-10.

algunas inundaciones en los campos de cultivo, y en general tuvo repercusiones en el sur del estado yucateco desde el municipio de Muna hasta el límite de la entidad, destruyendo sementeras y gran cantidad de daños a casas y edificios.¹²²⁵

El segundo huracán fue catalogado de categoría 5 y nombrado Janet, tocó tierra el 28 de septiembre en Othón P. Blanco, Quintana Roo, generando la destrucción de Xkalac, Vigía Chico y la ciudad de Chetumal.¹²²⁶

Es importante señalar estos fenómenos naturales pues esto agravó la situación de la enfermedad del paludismo, pues con las lluvias se crearon reservorios naturales para la proliferación de larvas de mosquitos transmisores del mal.¹²²⁷ Me atrevo a pensar que este temporal de lluvias generó las condiciones idóneas para que el paludismo afianzara sus garras entre la población mexicana, pues al siguiente mes, por acuerdos internacionales y por decreto presidencia se arrancó con la Campaña Nacional para la Erradicación del Paludismo.

Ante una población mal nutrida, enferma, sumergida en los constantes cambios de precios en los productos básicos, las enfermedades en general no se hicieron esperar. Para apaliar los altos costos de los productos alimenticios, se determinó que CEIMSA se encargara de la distribución de alimentos a bajo costo. Esta Compañía Exportadora e Importadora, Sociedad Anónima (CEIMSA), fue fundada en 1937, y para el año de 1956 por orden del presidente en turno fue la encargada del programa de abasto popular que tuvo la finalidad de hacer llegar productos de calidad a la población más vulnerable, es decir, proporcionaron los productos alimenticios a precios reducidos en comparación del mercado, donde los precios fueron elevados por la presencia de los intermediarios. Así, productos como leche, huevo, frijol, arroz entre otros se encontraron entre 30 a 40 por ciento más bajos que en los establecimientos comerciales.¹²²⁸ En 1961 la compañía fue liquidada y se designó a otra agencia. Se menciona que existió una reestructuración y en su momento la extinción de este organismo se debió al aparecer personas coludidas con los repartidores, quienes acapararon los productos para revenderlos a precios elevados, así con esta medida nació la Compañía Nacional de Subsistencias Populares, S.A. de C.V.¹²²⁹

¹²²⁵ Mena Palomo, 1956: 9-10. Este huracán ocasionó una de las más grandes inundaciones en el siglo XX (Concheiro, 2010: 272).

¹²²⁶ Concheiro, 2010: 272.

¹²²⁷ *AHSSA*, FSSA, SSUBSYA, C.35, Exp. 2, 10 de septiembre de 1954 a 30 de agosto de 1955, “Campaña de Paludismo”.

¹²²⁸ Lustig y Martín, 1985: 216. Ver también Mena Palomo 1956: 9-10.

¹²²⁹ Lustig y Martín, 1985: 216. CONSUPO, compañía paraestatal relacionada con el sistema de abasto y la seguridad alimentaria. En 1965 se creó la Compañía Hidratadora de Leche que cambiaría su nombre en 1972 por LICONSA.

De igual manera hay que señalar que la presencia del paludismo en el individuo causaba anemia y ésta a su vez hacia susceptible de contraer tuberculosis, otras consecuencias que representó la enfermedad fueron abortos y mortalidad materna por anemia,¹²³⁰ así en palabras de un diputado, la enfermedad de la malaria fue:

Enfermedad eminentemente rural, con sus características anemizantes, constituye un verdadero freno a la plena capacidad productiva del campesino mexicano y, por ende, un obstáculo serio para el progreso del país.¹²³¹

Asimismo, la importancia económica que tuvo la enfermedad no sólo fue por que restó mano de obra a las industrias, sino que también generó importantes gastos del erario para tratar de paliar los efectos producidos por la presencia del padecimiento.¹²³²

Un hecho histórico que no hay que dejar de lado, fue la liquidación de Henequeneros de Yucatán, realizada por decreto presidencial el 16 de febrero de 1955. Esta acción fue realizada con miras a lograr una mayor eficacia el resurgimiento de la economía yucateca, y al mejoramiento social y económico de los campesinos de la entidad. Para ello el Banco Nacional de Comercio Exterior fue el encargado de darle la liquidación a la Asociación Henequeneros de Yucatán.

Por decreto presidencial, entonces, se procedió a organizar sociedades de crédito ejidal y agrícola en la zona henequenera del estado con el objetivo de crear créditos que sirvieran para la siembra, cultivo y explotación de la fibra. En materia sanitaria, se ordenó a la Secretaria de Salubridad y Asistencia organizar los servicios médicos ejidales en la zona.¹²³³

Al comenzar la campaña nacional contra el paludismo, las comunidades fueron avisadas solicitando su cooperación para brindar las facilidades a los “soldados”.¹²³⁴ Así, por ejemplo, los habitantes en Colonia Yucatán y La Sierra, localidades ubicadas al oriente del estado, tuvieron la obligación de estar preparados para recibir a los técnicos encargados de la aplicación del DDT,

¹²³⁰ Martínez Báez, 1957: 12.

¹²³¹ Barbosa, Cano, 1965: 201.

¹²³² Martínez Báez, 1957: 12.

¹²³³ Mena Palomo, 1956: 80-81.

¹²³⁴ Cabe mencionar que siendo Colonia Yucatán un lugar de industria maderera, los servicios de salud primero fueron cubiertos por compañías de seguros, sin embargo, no pudieron cumplir con el propósito de cuidar a los trabajadores pues la mayoría de las actividades eran realizadas en el corazón de la selva maya. Ante esta problemática se creó un dispensario médico que estuvo a cargo primero de un enfermero y posteriormente de un doctor con el enfermero. Ante la difícil situación para la atención a la salud de la población la directiva maderera creo el Departamento de Previsión Social el cual se encargaría de prestar los servicios médicos eficientes, incluyendo el suministro de medicamentos y la hospitalización en caso de ser necesario, en Ruiz Silva, 2009: 96-98.

mismos que fueron identificados por transportarse en Jeeps de doble tracción facilitados por los apoyos de la UNICEF.¹²³⁵

Ruiz Silva señala que la población fue notificada de las fechas en que estos soldados llegarían a la población, quienes ya habían sido avisados para que tuviesen preparados recipientes llenos con agua para ser mezclados con el polvo de DDT. Otra medida realizada fue habilitar los espacios de las casas que serían rociadas, librándolas de los muebles y otros enceres domésticos, con el objetivo de que los trabajos de rociado llegaran a todos los rincones de las casas.¹²³⁶

Para llevar el control de la etapa de fumigación, además de que físicamente las casas evidenciaban los trabajos de rociado, al quedar manchas blanquecinas en las paredes por algunos meses, los trabajadores dejaban sellos con la leyenda de la CNEP en los frentes de las casas, mientras que, por dentro, colocaban una ficha donde se señalaba la fecha de la aplicación del producto.

Hay que tener en cuenta que la enfermedad no era temida por su letalidad, sino porque producía un estado debilitante en las personas que las hacía susceptibles a contraer otras enfermedades, aunado al impedimento físico para realizar actividades productivas. Además, el estado yucateco se encontraba transitando en una exaltada lucha política,¹²³⁷ una falta de presupuesto que resultó en precaria situación económica, no sólo por la falta de alimentos, los altos precios a los productos básicos, el acaparamiento de estos, la baja producción y exportación de la fibra, y aunado a todo esto la presencia de enfermedades transmisibles que mermaron la acción laboral en los individuos.

De acuerdo con un estudio económico solicitado por el gobernador Franco Aguilar, se señaló que la mitad del pueblo yucateco producía, comerciaba y consumía alrededor del 80 por ciento de todas las mercancías de la entidad.¹²³⁸

En dicho estudio se dividió la entidad en cinco grandes zonas de concentración. La primera comprendió municipios de Mérida, Progreso, Umán, Kanasín, Mococho y Chicxulub, área predominantemente henequenera y donde se concentró cerca del 33% de los ciudadanos de la entidad y, por ende, donde se presentaron mayores retos y problemas demográficos, de servicios municipales y otros similares.

¹²³⁵ Ruiz Silva, 2009: 101.

¹²³⁶ Ruiz Silva, 2009: 111.

¹²³⁷ Sucesos que trascendieron tras el derrumbe del precio del henequén, donde la turbación de la gente en la plaza motivo al uso de gas lacrimógeno, huyendo las multitudes para su protección, en Mena Palomo, 1958, 102.

¹²³⁸ CAIHY, LMEP-187, "Estudio de las condiciones de producción, distribución y consumo en Yucatán, Proyecto de Investigación durante el gobierno del sr. Agustín Franco Aguilar", Mérida, Yucatán, 1959.

Otra región fue la comprendida por los municipios de Ticul, Oxkutzcab, Tekax, y Tzucacab, donde principalmente se produjo azúcar, calzado, sombreros de palma, piña, y otros productos aprovechados por la existencia de la tierra fértil que abundó en esa región, y que el principal problema al que se enfrentó fue la dificultad para la obtención del agua por hallarse de manera profunda en comparación con otras áreas de la entidad. En particular esta área contribuyó con casi el 6% de las producciones de la entidad.¹²³⁹

Abarcando el municipio de Tizimín se encontró la otra zona de concentración, región maicero-ganadera, que tuvo una extensión de 6% de la entidad y donde se produjo cerca del 3% de la producción de la entidad, generando productos para el vestido, fabricación de muebles y diferentes artículos derivados de la ganadería donde prosperó una industria talabartera. Otra región fue delimitada por Valladolid, Tekom y Tixcacalcupul, que produjo para consumo maíz, plátanos, camotes y diversos productos agrícolas. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los sistemas de producción, distribución y consumo estuvieron imbuidos dentro de un gran dinamismo, rápida transformación y velocidades propias.

De acuerdo con el estudio de las condiciones de producción, distribución y consumo en Yucatán, mismo que fue realizado a petición del gobernador Franco Aguilar, el 32% aproximadamente de la población integró la fuerza de trabajo, sobre la cual gravita el sostenimiento de los que se encontraron clasificados como inactivos económicamente, de éstos, el 61% se dedicaba a las actividades agrícolas, el 15% a las industriales, el 9% al comercio, cerca del 3% a los transportes y 8% a la de servicios y un 13% a otras actividades no específicas.

En dicho informe se señaló que las enfermedades de mayor prevalencia, que no sólo perjudicaban la vida productiva del estado de Yucatán, sino que también incrementaban la mortalidad, eran las gastrointestinales como colitis y disentería, las respiratorias como neumonía y bronquitis, y otras como el sarampión, y el paludismo. Se le indicó al gobernador que “la labor conjunta del trabajador, del gobierno y el capital privado, dará lugar indiscutible e indudablemente a un desarrollo más adecuado de sus habitantes”.¹²⁴⁰

Ya para los últimos años de la década de los cincuenta, bajo el gobierno de Agustín Franco Aguilar (1958-1964), se buscó la diversificación de la producción para aumentar la riqueza económica de la entidad.¹²⁴¹

¹²³⁹ CAIHY, LMEP-187, “Estudio de las condiciones de producción, distribución y consumo en Yucatán, Proyecto de Investigación durante el gobierno del sr. Agustín Franco Aguilar”, Mérida, Yucatán, 1959

¹²⁴⁰CAIHY, LMEP-187, “Estudio de las condiciones de producción, distribución y consumo en Yucatán, Proyecto de Investigación durante el gobierno del sr. Agustín Franco Aguilar”, Mérida, Yucatán, 1959.

¹²⁴¹ Franco Aguilar, 1958, 1959, 1960.

Con respecto a los problemas que se suscitaron durante la campaña, además de los problemas administrativos, se enfrentó también la resistencia tanto de los individuos a los medicamentos para la eliminación de los parásitos en la sangre, como de los mosquitos a la acción residual de los compuestos utilizados en las fumigaciones.

Se señaló que la especie del *Anopheles pseudopunctipennis* adquirió resistencia a los insecticidas. Esta noticia fue confirmada por los estudios de entomólogos quienes indicaron que la acción del insecticida conocido como Dieldrín se perdía antes de los 12 meses.¹²⁴²

En 1959 la CNEP indicó que se movilizó a 28 auxiliares de técnicos de campo que, junto con 3 enfermeras, recorrieron varias localidades de la península. El trabajo emprendido por este personal fue la evaluación de la población, realizando un registro de personas que sufrieron de calenturas y tomándoles muestras de sangre para su posterior evaluación por microscopio. El jefe de la Zona 1, doctor Miguel Castillo Haedo, agradeció mediante una publicación en *El Espíritu Público* las facilidades que tanto la población como el equipo técnico proporcionaron para que la campaña realizada durante ese año tuviera un éxito cuantificable.¹²⁴³

En diciembre de dicho año se reportó que se habían rociado un total de 32, 138 casas de 1,102 localidades de la península, utilizando 20,944 kilogramos de DDT al 75 % y 578 kilogramos de DDT al 100%.¹²⁴⁴

Para el año de 1960, el 36 de marzo fue firmado un convenio entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública con las autoridades locales de Yucatán para crear los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia en el estado, iniciando sus actividades el 1 de mayo del mismo año. En estos trabajos se incluyó un programa de saneamiento, sobre todo ambiental, favoreciendo a los pueblos de Ticum, Pustunich, Cuzel y Abalá con obras de servicios sanitarios, mejoras para las condiciones de habitación y espacios para las actividades deportivas.¹²⁴⁵

En materia de mantenimiento de la salud pública el gobernador Franco Aguilar señaló que el estado fue dividido en tres distritos sanitarios: el número uno comprendió la región henequenera que quedó bajo el control de los Servicios Médicos Rurales Cooperativos, y que tuvo su sede en Mérida, en el hospital “20 de noviembre”.

¹²⁴² Romero Álvarez, 1964.

¹²⁴³ HNDM, *El Espíritu Público*, jueves, 18 de junio de 1959, “Realizaciones de la campaña antipalúdica” pag. 2.

¹²⁴⁴ HNDM, *El Espíritu Público*, lunes 7 de septiembre de 1959, “Inició la CNEP Zona I, el sexto rociado de insecticida del área malárica” pag. 2.

¹²⁴⁵ Franco Aguilar, 1961: 37-38.

Otros sanatorios se encontraron en las poblaciones de Maxcanú, Hunucmá, Acanceh, Tixkokob, Cansahcab, Izamal y Motul. Ahora bien, el distrito sanitario dos comprendió el Centro de Higiene con Sanatorio en Valladolid, en Tizimín y otros centros de Bienestar Social Rural en Buctzotz y Xcán. El tercer distrito se encontró en el sur del Estado.¹²⁴⁶

A partir del 1º de agosto de 1960, por disposición de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y a través de la Vocalía Ejecutiva de la CNEP, se decretó la etapa de Vigilancia Epidemiológica contra las infecciones en el área palúdica. Así, se dispuso de 122 auxiliares de Evaluación epidemiológica, y 26 auxiliares de Evaluación Supervisores para realizar una intensa búsqueda de personas febriles de la Zona I.¹²⁴⁷

Las enfermedades que reportaron a través de las Secciones de epidemiología y enfermería Sanitaria de los Servicios Coordinados fueron diarreas y enteritis, avitaminosis y estados carenciales, bronconeumonías, bronquitis, cáncer, tuberculosis pulmonar, sarampión, fiebres tifoideas y difteria. El paludismo redujo severamente los casos por lo que el gobernador en turno indicó que el mal había sido extinguido durante la fase de ataque.¹²⁴⁸

Las autoridades percibieron ya para la sexta década del siglo XX que la salud pública, en general, comprendió a la seguridad social, habitaciones adecuadas, educación higiénica (Figura 46), alimentación suficiente, prevención oportuna y sobre todo atención rápida de las enfermedades y accidentes, incluyendo un estado de salud favorable para el desarrollo de las comunidades yucatecas, con miras al progreso local y nacional.

¹²⁴⁶ Franco Aguilar, 1961: 38-39.

¹²⁴⁷ HNDM, *El Espíritu Público*, viernes, 23 de septiembre de 1960, “Intensa vigilancia epidemiológica en el área de la CNEP Zona I” pag. 7.

¹²⁴⁸ Franco Aguilar, 1961: 73. Durante el año de 1960 se reportaron 28 casos, para 1961, 12 y para el año siguiente tan sólo dos.



Figura 46: Programa de Educación higiénica enseñando a los niños a lavarse las manos.¹²⁴⁹

Si bien, la campaña palúdica emprendida desde 1955 mostró resultados positivos, pues en el primer trimestre de 1960 no se habían presentado casos de la enfermedad o bien habían sido reducidos considerablemente en Nuevo León, Tamaulipas, Yucatán, Campeche y Quintana Roo,¹²⁵⁰ sin embargo, en otras entidades del país aún se sufrió del grave mal.¹²⁵¹ Avanzado los años sesenta se pasó a la etapa de consolidación y se estimó que los casos presentados en Querétaro, México, Zacatecas, Michoacán, Puebla, Veracruz, Tamaulipas, Guanajuato, Durango y Yucatán, entre otras, fueron atribuidos a contagios adquiridos fuera de las entidades. En 1964, durante el informe presidencial, Adolfo López Mateos declaró ante el Congreso de la Unión que ningún mexicano moría por paludismo, añadiendo que la enfermedad aun persistió en lugares lejanos y aislados, auguró que “sería erradicado cuando termine la incorporación de esas comunidades a la vida nacional.”¹²⁵²

Si bien con todo lo anteriormente expuesto, se puede observar cómo desde principios del siglo XX, fueron creándose y desarrollando diversos organismos internacionales para el control y la erradicación de las enfermedades tropicales que perturbaron las actividades comerciales en diversas partes de América Latina. Así la mira puesta a Yucatán no pudo ser la excepción, primero por la proyección que tuvo el auge henequenero a nivel mundial, y segundo por la presencia de las enfermedades tropicales de fiebre amarilla y paludismo.

¹²⁴⁹ Franco Aguilar, 1961.

¹²⁵⁰ González Navarro, 1974: 345.

¹²⁵¹ AHSSA, F-SP, S-SJ, C-34, Exp. 6, Foja 30 “Campana antipalúdica, *Anopheles* transmisores, destrucción de mosquitos y larvas”. Una fuerte campana nacional fue realizada entre los años de 1956 a 1960.

¹²⁵² González Navarro, 1974: 347.

CONSIDERACIONES FINALES

Análisis de la intervención de los organismos internacionales en la salud pública en Yucatán y el combate de las enfermedades tropicales

Para realizar el análisis de la intervención de organismos internacionales en la salud pública en Yucatán y el combate de las enfermedades tropicales, se organizó la información a partir de tres niveles, es decir desde lo internacional, lo nacional y lo local. La salud pública no se desarrolló por sí sola, por ende, se tuvo que analizar los acontecimientos que permitieron el impulso hacia la atención que pusieron diversos organismos internacionales hacia la procuración y el cuidado de la salud, así nos adentramos en temas económicos y políticos como fue el intervencionismo de Estados Unidos hacia países de América Latina, la actividad comercial internacional y el aprovechamiento de las materias primas, la apertura de nuevas vías de comunicación marítima como lo fue el Canal de Panamá, la creación de los mismos organismos internacionales que vigilaron el control y erradicación de diversas enfermedades, entre ellas las tropicales; pero también ahondamos en temas sanitarios como lo fueron los cambios de paradigmas sobre la percepción etiológica y profiláctica de las enfermedades, los descubrimientos médico-científicos, la implementación de una educación sanitaria tanto de personal como de la población para realizar acciones sanitarias que ayudaran a procurar la salud de la población mundial.

De tal forma que en esta investigación fueron considerados los principales factores económicos, políticos y sociales comprendidos a lo largo de los años de 1902 a 1960, periodización que abarca esta tesis. Si bien analizar estos factores, nos condujeron hacia el entendimiento de cómo se fue implementando una salud pública en el desarrollo del Estado Nación, primero desde una perspectiva de lo internacional, desde donde se estipularon los preceptos y recomendaciones para hacerle frente a las enfermedades infectocontagiosas. Así, en el siguiente cuadro (Cuadro 19) podemos mencionar diversos hechos que influyeron para el desarrollo de la salud pública, desde el plano internacional donde fueron celebradas las Conferencias Sanitarias Internacionales, donde se originó la creación de la Oficina Sanitaria Internacional, que sería un organismo importante desde donde se notificaba a los países la presencia, y las acciones seguidas por los países para hacerles frente a padecimientos como lo

fueron las enfermedades de fiebre amarilla y paludismo. Entre los datos que se encuentran estrechamente relacionados con el desarrollo de la salud pública y la lucha contra las enfermedades tropicales, se destacan las principales aportaciones de carácter biomédico, como el descubrimiento de la etiología y profilaxia de las enfermedades, de los descubrimientos de ciertos componentes químicos como el DDT para el combate del tifus y su posterior aplicación para el combate del paludismo, de los métodos y técnicas para el combate de los transmisores de fiebre amarilla y malaria: Pero también mencionamos los obstáculos que se presentaron durante los acontecimientos bélicos como lo fueron la Primera (1914-1918) y Segunda Guerra Mundial (1939-1945), y la posterior Guerra Fría (1945).

Cuadro 19.- Cronología de eventos históricos de 1890 A 1960 a nivel internacional

Año	Acontecimiento
1877	México se incorporó a los mercados norteamericanos
1881	Presenta Carlos Finlay sus postulados en la 5a Conferencia Sanitaria Internacional
1900	Walter Reed combate a la fiebre amarilla en La Habana, Cuba
1901	Se reconoció la idea de que el vector que transmitía la fiebre amarilla fue el <i>Aedes aegypti</i>
1901	Fundación del <i>Rockefeller Institute for Medical Research</i>
1902	Creación de la Oficina Sanitaria Internacional
1902	Primera Convención Sanitaria Internacional celebrada en Washington D.C.
1903	Se estableció el <i>General Education Board</i>
1904	Creación de la Comisión Istmica para construir el Canal de Panamá
1907	Depresión de los mercados de EUA y Europa
1909	Creación de la <i>Rockefeller sanitary Commission Eradication of Hookworm Disease</i>
1909	Se creó la <i>Rockefeller Health Board</i>
1913	Creación de la Fundación Rockefeller
1913	Se estableció la <i>International Health Commission</i>
1914	Apertura del Canal de Panamá el 15 de agosto, dejó de existir la Comisión Istmica del Canal
1914	Inicia la Primera Guerra Mundial (1914-1918)
1915	Se determina el combate al paludismo. Se identifica la situación geográfica de la distribución de la enfermedad y la importancia de la enfermedad como un impedimento para el trabajo
1918	Pandemia de Influenza

1919	Mérida, Yucatán, Guayaquil, Ecuador, y zonas de Venezuela reconocidas internacionalmente como focos de infección de la fiebre amarilla
1920	EUA inicia campaña contra el paludismo
1922	Aparece el Primer Boletín Panamericano de Sanidad con su primer artículo titulado "La importancia de la cooperación de las Repúblicas de América"
1928	Estudio de Hoffman señala la existencia de paludismo en Tamaulipas, Veracruz, Campeche, Colima, Sinaloa, Oaxaca y Yucatán.
1936	Aceptación del Código Sanitario Panamericano por todas la Repúblicas de América
1939	Inicia la Segunda Guerra Mundial (1939-1945)
1939	Fundación Rockefeller comienza campaña con el <i>Anopheles gambiae</i> en Brasil bajo la dirección de Soper
1939	Se descubre el DDT por el Suizo Paul Miller
1941	Se establece la OCAIA, desaparece en 1946
1944	Se utiliza el DDT para combatir el tifus exantemático en Europa
1945	Creación de la Organización de las Naciones Unidas
1945	Inicio de la Guerra Fría
1946	Creación de la UNICEF
1948	Creación de la Organización Mundial de la Salud
1950	Se firma un acuerdo entre la OEA, y la OMS donde se reconoció a la OSP como organismo Especializado Interamericano
1955	Se crea el Programa Mundial para la Erradicación de la Malaria a cargo de la Oficina Sanitaria Panamericana.
1958	Se cambia el nombre de Organización Sanitaria Panamericana por Organización Panamericana de la Salud

Así, con la exposición de los capítulos se pudo observar tres fases importantes en el desarrollo de la salud pública internacional, las cuales se vinculan estrechamente con la intervención de los organismos internacionales en la salud pública de Yucatán y el combate a las enfermedades tropicales, a saber: el origen de las Conferencias Sanitarias Internacionales vinculadas con el desarrollo y cuidado de la actividad comercial; el intervencionismo de la Fundación Rockefeller en las cuestiones sanitarias de otros países; y por último la apropiación de recursos y tecnologías médico sanitarias de origen norteamericano implementados a partir de un discurso nacionalista.

Si bien se expuso que la intervención de organismos internacionales en la salud pública parte de una preocupación ambivalente entre las cuestiones comerciales y el cuidado de la población, sin embargo, fue evidente que las naciones, tanto europeas como americanas, pusieron énfasis en aplicar medidas sanitarias que no retrasaran ni perjudicaran a la actividad

comercial que se tejió desde finales del siglo XIX hasta el siglo XX. Se trataba de disminuir los estragos que ocasionaba la presencia de enfermedades como peste, cólera, tuberculosis, fiebre amarilla y paludismo, entre otras.

Durante la primera fase, se infiere que la salud pública internacional nació de una preocupación a nivel mundial, a raíz de la afectación que sufrió el comercio durante la primera mitad del siglo XIX con la presencia de la pandemia de *cólera morbus* y las epidemias de peste, tuberculosis, y fiebre amarilla. Si bien estos episodios de enfermedades mostraron las debilidades sanitarias de los países europeos, también dieron origen al desarrollo de reuniones periódicas conocidas como las Conferencias Sanitarias Internacionales, en donde se trataron temas referentes a la manera en cómo se podían evitar las enfermedades para que el comercio no se viera afectado por las medidas sanitarias de cuarentenas, aislamientos, restricciones, etc.

Así, temas como el estudio y el conocimiento de la profilaxis de las enfermedades y el establecimiento de las medidas sanitarias, fueron expuestos durante las Conferencias, en igual importancia que los temas de aduanas, control de patentes marítimas, distinción entre las naves marítimas, supresión del comercio y transportes por causas de las enfermedades.

A principios del siglo XX, se comenzaron a realizar las Conferencias Sanitarias Internacionales de las Repúblicas Americanas, que posteriormente cambiarían su nombre a Conferencias Sanitarias Panamericanas. Estas conferencias también versaron sobre la preocupación de los países americanos por la presencia de enfermedades infectocontagiosas, entre ellas las enfermedades tropicales, y su vinculación con los problemas que ocasionaban al comercio en general. Resulta evidente, que la celebración de dichas conferencias fue un medio para internacionalizar los problemas de salud pública.

Como se explicó a lo largo de los capítulos, el combate a las enfermedades tropicales fue asociado al desarrollo de economías, políticas y sobre todo al crecimiento de la actividad comercial entre países tanto europeos como latinoamericanos. Así pues, el desarrollo comercial y la expansión de capitales de países como Inglaterra, Alemania, Francia, y Estados Unidos, se interesaron en países Latinoamericanos, que no sólo ofrecían materias primas, sino también brazos para la mano de obra. Vemos pues que los avances en los medios de transporte y el desarrollo mercantil intensificaron los flujos migratorios, fenómeno que evidenció la incapacidad de las autoridades para atender las cuestiones de salud, pues constantemente los reportes sanitarios demostraron que los migrantes fueron los más propensos a contraer enfermedades consideradas propias de las regiones, como eran la fiebre amarilla y el paludismo.

Se expuso que existió una preocupación de dichos países por tratar de controlar y exterminar las enfermedades tropicales prevalentes en los principales puertos y fronteras, y que por ende afectaban las actividades vinculadas al comercio. A través de las diversas Conferencias Sanitarias Internacionales presentadas a lo largo de los capítulos, se justificó la necesidad de unificar criterios y normas para hacer frente a las enfermedades, pues perturbaban la expansión del capitalismo al afectar la mano de obra y la movilización de mercancías.

La celebración de las Conferencias Sanitarias Internacionales (en el Continente Europeo) y las Conferencias Sanitarias Panamericanas (en el Continente Americano), brindaron los acuerdos y tratados que sirvieron como ejes centrales para el desarrollo de medidas sanitarias y acuerdos multilaterales que unificaron las normas de salud pública entre países. Sin embargo, no todos pudieron seguir las normas pactadas en los tiempos fijados, pues fueron múltiples los problemas que tuvieron que enfrentar las naciones en sus territorios, entre ellos los problemas políticos internos que no les permitían realizar las actividades sanitarias estipuladas. Además, tuvieron que enfrentarse a la falta de recursos monetarios para realizar y mantener las campañas de control o erradicación, la carencia de personal capacitado, la falta de infraestructura, entre otros problemas.

Un dato que es importante recalcar es que durante dichas Conferencias se expuso un cambio de paradigma que impactó profundamente los métodos con los cuales se buscaba combatir las enfermedades tropicales, pues hay que recordar que a principios del siglo XX aún se creía que fiebre amarilla o paludismo eran causadas por miasmas o efluvios. Durante la Quinta Conferencia Sanitaria Internacional realizada en el año de 1881 ya se había expuesto la Teoría de Carlos Finlay, idea de corte médico científicista que buscó explicar la forma de contagio de la fiebre amarilla y la posibilidad de su dispersión por medio de la picadura de los mosquitos. Esta hipótesis fue puesta a prueba y comprobada por médicos norteamericanos posteriormente en La Habana, Cuba, veinte años después de que Finlay la planteara, y hasta entonces fue impulsada como el principal precepto para la realización de las campañas contra las enfermedades tropicales a nivel internacional durante los primeros años del siglo XX. El postulado de la dispersión de la enfermedad a través de la picadura del mosquito, siguió estando vigente durante casi todo el siglo, cuando se comprobó la existencia del mosquito *Anopheles* y su relación con la dispersión de la enfermedad del paludismo.

En el caso de México, durante la epidemia de fiebre amarilla acaecida en 1903, el médico Eduardo Liceaga asistió a la V Conferencia Sanitaria Internacional, donde el médico cubano Carlos Finlay postuló sus ideas de los vectores como medio de propagación de la enfermedad.

Al regresar a México, el galeno mexicano no dudó en aplicar las recomendaciones que el médico cubano había dictado. Así, en México se realizó la utilización de las medidas preventivas, incluyendo la aplicación de cuarentenas contra la enfermedad de fiebre amarilla, aislamiento de los enfermos, protección de puertas y ventanas con tela de malla, eliminación de criaderos, etc.

La participación que tuvo el médico Eduardo Liceaga como representante o delegado de México ante las Conferencias y Convenciones Sanitarias fue importante para el desarrollo de la salud pública del país, pues hay que señalar que este médico trató siempre de mantener a su nación actualizada ante los nuevos descubrimientos de la bacteriología y el desarrollo de las ciencias médicas. Su acción como dirigente del Consejo Superior de Salubridad es evidente en acciones como, por ejemplo, las fuertes campañas que impulsó para el combate de la fiebre amarilla en los principales puertos y fronteras, mientras que, por otro lado, la lucha antirrábica que emprendió en diferentes ciudades.

Sin embargo, pese a los esfuerzos realizados para el combate de la fiebre amarilla, ésta siguió presentando brotes durante las dos primeras décadas del siglo XX, y esto se debió no sólo a la falta de recursos monetarios para las campañas contra la enfermedad, sino también a otros problemas que acontecieron en el país como la revolución de 1910, las hambrunas y huracanes de 1915, y las continuas migraciones de población en búsqueda de mejores oportunidades, temas ya descritos en los capítulos 2 y 4.

Se observa, de manera general, que los problemas en el plano de la salud y la presencia de las enfermedades tropicales, materializaron la interacción entre países, como Estados Unidos, México, Cuba, Brasil, Ecuador, entre otros, quienes ensayaron con nuevos paradigmas que ayudaron a la conservación y expansión de sus intereses económicos, políticos y sociales, pero sobre todo procuraron mantener activas las prácticas comerciales.

Otro punto que es necesario retomar es que durante la celebración de las Conferencias Sanitarias se crearon la Oficina Sanitaria Panamericana y el Código Sanitario Panamericano. Este último, fue utilizado como un instrumento político científico para establecer el cuidado de la salud pública con miras a lo internacional, pues el objetivo que persiguió este nuevo código fue la estimulación y protección para mejorar la salud pública con medidas cooperativas internacionales que fueran eficaces para impedir la propagación de las enfermedades transmisibles.

En dicho código se trató de manejar la información sanitaria desde tres ámbitos, es decir, desde lo internacional, lo federal y lo local. Se estipuló mediante el código que todos los países tenían la obligación y el compromiso de alertar a sus países vecinos, y a otros países con quienes

se tuvieran nexos comerciales, la presencia de enfermedades en sus territorios, para lo cual se notificaba a la Oficina Sanitaria Panamericana, quien se encargaría a su vez de alertar a los otros países. De igual manera, se establecieron las obligaciones de los países con responsabilidades individuales, es decir, las de activar medidas preventivas que sirvieran para frenar la propagación de la enfermedad entre los individuos de las poblaciones para con ello detener el posible cruce de la enfermedad a lugares donde no existiera; otra responsabilidad estipulada fue colectiva, a saber, la unión de los países para apoyar al combate de las enfermedades y evitar con ello su diseminación a través de las actividades comerciales hacia otros países. Esta unión se vería reflejada en aportaciones monetarias, envío de personal capacitado, o bien dotación de materiales o insumos que ayudasen a los países en su lucha contra las enfermedades.

Hay que destacar que el Código fue importante por la tecnificación utilizada en su redacción, pues en su elaboración participaron en su mayoría médicos. Al ser redactado por médicos, el Código en sí careció de postulaciones políticas o económicas, y se centró en un discurso científico que detallaba las acciones sanitarias que se deberían de implementar para combatir a las enfermedades.

La Oficina Sanitaria Panamericana fue una agencia sanitaria central que coordinó la comunicación entre las 11 repúblicas de la Unión Panamericana. Todas las naciones adscritas a ellas tuvieron la obligación de notificarle la presencia de padecimientos como peste y tuberculosis, pero en especial fiebre amarilla, y enfermedades que pudieran afectar a otros países.

Durante las dos primeras décadas del siglo XX, la enfermedad tropical que atrajo más la atención de los países para su lucha y combate, fue la fiebre amarilla, mientras que el paludismo solo fue mencionado en algunas ocasiones. Sin embargo, el interés que se le daría al combate y erradicación de la enfermedad transmitida por la picadura del mosquito *Anopheles* cobraría importancia a partir de 1950, cuando fue evidente la preocupación que externaron los países al señalar que esta enfermedad debilitaba a la población, y esto fue debido a que por un lado el paludismo no causaba inmunidad, como fue el caso de la fiebre amarilla que dotaba al individuo recuperado inmunidad contra nuevos ataques. Por el contrario, la enfermedad palúdica podría presentarse a lo largo de toda la vida del individuo infectado, perjudicando la vida productiva de la persona. Es por ello que los países expresaron a los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud su preocupación por la presencia de esta enfermedad y los problemas que causaba a la producción y al comercio.

A mediados de la quinta década del siglo XX se pondría en marcha una campaña internacional de erradicación del paludismo, siendo México uno de los primeros países en

implementar las medidas sanitarias y de combate para la erradicación, lo cual fue expuesto en las Conferencias Sanitarias Panamericanas, enalteciendo la labor mexicana y poniendo al país como ejemplo para otros países de Latinoamérica.

La segunda fase expuesta al principio de estas consideraciones tiene que ver con la creación y el desarrollo de agrupaciones filantrópicas que comenzaron sus actividades de apoyo y colaboración para combatir conjuntamente a la fiebre amarilla, el paludismo y la oncocercosis. Se trata de la intervención de la Fundación Rockefeller que extendió sus actividades a países como Cuba, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, Brasil y México, entre otros.

La creación de un organismo panamericano para la defensa de la salud fue un proceso de integración regional complejo, que tuvo varias interrupciones por cuestiones bélicas. Cuando se inició en 1902 la Oficina Sanitaria Internacional, se llevaron a cabo acuerdos entre los países para tratar de detener enfermedades tropicales como la fiebre amarilla y el paludismo. Para ello la Fundación Rockefeller consolidó un sistema de salud que estuviera integrado en una estructura educativa, científica y tecnológica, implementada en los Estados Unidos de Norteamérica, y extendida a través de una red de organismos y profesionales de la salud hacia América Latina. Esta expansión de la Fundación, fue realizada a través de programas de subvención, becas, y ejecución de campañas sanitarias, que evidenciaron un nuevo tipo de relaciones diplomáticas internacionales.

El intervencionismo que logró tener la Fundación Rockefeller, durante las dos primeras décadas del siglo XX, a través de la ayuda ofrecida a otros países para resolver los problemas sanitarios, fue importante para Estados Unidos, pues con ello se abrieron las puertas para el aprovechamiento de materia prima de otros países, y establecieron cierta hegemonía en ellos. La superioridad del país norteamericano fue impuesta como regla general desde la Fundación, pues para poder intervenir en las cuestiones de salud de los países, se indicó que la institución solo participaría en el combate de las enfermedades, si primero se le extendía la invitación de manera formal por las autoridades gubernamentales de los países; y segundo que personal de la misma Fundación estuviera al frente y dirigiera toda actividad que requiriese la labor sanitaria para el combate de las enfermedades tropicales. Prerrogativas que, al ser aceptadas por los gobiernos, le dieron autoridad suprema en la toma de decisiones para hacerle frente a los padecimientos que afectaron principalmente a los puertos y fronteras y que por ende afectaban al movimiento comercial.

Por ello, en cada país se estableció una comisión especial del gobierno para hacerse cargo de las medidas de control, compuesta por médicos locales y personal sanitario, pero estuvo

encabezada por un representante de la Junta Internacional de Salud de la Fundación Rockefeller, lo cual fue evidente en el estado de Yucatán al realizarse la campaña nacional contra la fiebre amarilla durante la segunda década del siglo XX, como se expuso en los capítulos 3 y 4.

La Fundación, a través de las campañas emprendidas contra las enfermedades tropicales, no sólo buscó eliminar los males que afectaban a la población, sino que también procuró que el intervencionismo en la salud pública de los países, sentara bases firmes para que por sí mismos pudieran continuar con las labores del combate a las enfermedades. Por ello, instó a los gobiernos a asumir la responsabilidad de combatir a las enfermedades existentes en sus tierras, creó la noción de la necesidad de mantener el costo del trabajo de las campañas contra las enfermedades en un nivel bajo de manera que las actividades pudieran ser solventadas con los recursos públicos y privados disponibles.

Se pudo observar que, a través de las labores ejercidas por los médicos encargados de las campañas, pero enviados por la Fundación, se introdujeron los preceptos médicos científicistas en países en donde no se había desarrollado la noción de salud pública, es decir, se dio un tránsito definitivo desde la higiene a la implementación de una nueva salud pública.

Otras agencias que intervinieron en el desarrollo de la salud pública, fueron la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, organismos internacionales que dictaron y ejercieron normas establecidas en las Conferencias Sanitarias Internacionales, para promover la importancia del cuidado de la salud del individuo para el desarrollo de los países; a su vez, estos organismos funcionaron de manera central para mantener comunicados a los países de la presencia de enfermedades en otros lugares.

Hay que señalar que la importancia de estos organismos se puede observar aun en el presente, es decir, durante el año de 2020 y principios de 2021, en que se terminó de escribir esta tesis al presentarse la pandemia de Coronavirus o Covid-19, la OMS, fue el organismo internacional encargado de alertar a los países del nuevo virus que tuvo sus inicios en la población de Wuhan, China, y que rápidamente se extendió por otros países. Desde la OMS se emitieron recomendaciones sanitarias que debieron seguir las naciones ante el avance acelerado que tuvo este nuevo virus en las poblaciones de todo el mundo. De acuerdo a los compromisos internacionales firmados por México, este siguió las recomendaciones que la OMS aconsejaba para tratar de impedir la propagación del virus. A mediados del mes de marzo del 2020, la OMS

reconoce que México ya se encontraba en la fase 2, conocida como la fase de contagio comunitario, así el país mexicano se declararía el 24 de marzo en dicha fase.¹²⁵³

Mientras a nivel internacional, se desarrollaron diversas estrategias para el combate de las enfermedades tropicales, en México se trató siempre de estar empleando los últimos descubrimientos de las ciencias biomédicas para hacerles frente a las enfermedades que diezmaban a la población. Así durante este análisis se puede determinar una tercera fase, es decir, que se observó para el caso de México, y en específico de Yucatán, la apropiación de recursos y tecnologías médico-sanitarias de origen norteamericano, que fueron implementadas a partir de un discurso nacionalista, y que tuvo que ver con la búsqueda del progreso y desarrollo de la nación mexicana. Durante esta fase, los distintos tipos de gobiernos que se sucedieron a nivel federal, durante el largo período que comprende esta investigación, emprendieron la aplicación de los métodos y técnicas desarrolladas para la eliminación de las enfermedades tropicales, en específico la fiebre amarilla y el paludismo.

Si bien de manera federal, el país mexicano tuvo que afrontar diversas dificultades tanto económicas como políticas, como se observa en el Cuadro siguiente (Cuadro 20), en el cual se remarcan los principales acontecimientos que se presentaron, los cuales no sólo evidencian la situación política inestable del país a raíz de los enfrentamientos acaecidos durante la Revolución Mexicana, sino también se pone de manifiesto las medidas emprendidas por el gobierno para combatir a las enfermedades como el tifus exantemático, la sífilis, la viruela, la fiebre amarilla, el paludismo . Así las campañas sanitarias tuvieron que superar varios obstáculos para poder lograr el control o la erradicación de las enfermedades.

Cuadro 20.- Cronología de eventos de 1890 a 1960 a nivel federal.

Año	Acontecimiento
1891	Bajo la Dirección de Eduardo Liceaga, se inició la investigación científica del tifo y enfermedades infecciosas, se creó el Instituto Antirrábico y se promulgó el primer Código Sanitario (1891).
1901	Liceaga realiza saneamiento del Puerto de Veracruz, tomando como ejemplo la acción emprendida en La Habana realizada por médicos militares de EUA.
1902	Expedición del primer Código Sanitario del siglo XX.
1903	Inicio de campañas contra la fiebre amarilla y el paludismo en el País.

¹²⁵³ “anuncia el gobierno federal inicio de la fase 2 de la epidemia de covid-19” en: <https://presidente.gob.mx/anuncia-gobierno-federal-inicio-de-fase-2-de-la-epidemia-de-covid-19/> consultado el día 15 de febrero de 2021.

1903	Se fortalecieron las actividades de salud pública, control de alimentos, saneamiento de puertos y ciudades. Introducción de agua potable y alcantarillado y la campaña contra el mosquito de la fiebre amarilla y el de paludismo.
1907	Inicio de la primera campaña contra la sífilis.
1910	Inicia la Revolución Mexicana.
1913	Ocurre la Decena Trágica.
1914	Hambruna en el país.
1915	Presencia de Tifo, Escarlatina y Viruela en el país.
1917	Se promulga la Constitución Mexicana.
1917	En la Constitución Política (Querétaro), Artículo 73, se confía a los poderes nacionales la salubridad general de la República; en el Artículo 123 se expresan las bases generales de seguridad social para los trabajadores.
1917	Creación del Departamento de Salubridad Pública.
1918	Pandemia de Influenza.
1921	Se establece una alianza cooperativa con la Fundación Rockefeller para el combate de la fiebre amarilla.
1921	Creación de la Comisión Especial para la Campaña contra la Fiebre Amarilla, con la presencia de la Fundación Rockefeller.
1922	Fundación de la Escuela de Salubridad.
1923	Se registra la última víctima de fiebre amarilla en México.
1923	Creación de las Misiones Culturales.
1925	México se suscribe al Código Sanitario Panamericano.
1925	Se crea la Escuela de Salubridad, más tarde sería la Escuela Nacional de Salud Pública.
1928	Se crean las unidades sanitarias de cooperación portuaria.
1930	Se crean los Servicios de Higiene Rural con características descentralizadas.
1932	Celebración de los primeros convenios de coordinación entre servicios sanitarios federales y locales.
1932	Primer Congreso Médico Mexicano de Paludismo.
1934	Expedición de un nuevo Código Sanitario.
1934	Expedición de la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad.
1935	Se creó la Oficina de la Campaña contra el Paludismo, Oncocercosis y otras Parasitosis.
1936	Se declara de interés público la Campaña contra el Paludismo.
1937	En diciembre se crea la Secretaría de Asistencia Pública, la cual marcó el paso de la beneficencia a la asistencia.
1938	Cancelación de las Misiones Culturales.
1939	Creación del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales. Se inauguró el 18 de marzo.
1943	Surge el 15 de octubre la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

1944	Por decreto presidencial, se fusionan el Departamento de Salud Pública y la Secretaría de Asistencia Pública.
1944	Se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social.
1945	Inicio del uso del DDT en México. Se realizó un estudio cooperativo entre la Fundación Rockefeller y el gobierno mexicano.
1945-1958	Crecimiento económico llamado "Milagro mexicano" basado en la transferencia de capital del campo a la ciudad, alcanza hasta fines de la década de los setenta.
1949	Expedición de un Nuevo Código Sanitario.
1951	Erradicación de la Viruela.
1954	México emprende programa conocido como la "Marcha al Mar".
1955	Se implementa la Campaña Nacional de Erradicación del Paludismo.
1955	Se elabora un convenio entre la OSP, la OMS, la UNICEF y el gobierno mexicano para el combate al paludismo.
1955	Expedición de un Nuevo Código Sanitario.
1957	Transformación de la Escuela de Salubridad en Escuela de Salud Pública.
1959	Ortiz Mena emprende Plan de Desarrollo Estabilizador.
1959	Creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
1961	México entra a la fase de consolidación del programa de la CNEP en la vertiente del Golfo de México y en la Península de Yucatán.
1961	Inicia la etapa de vigilancia epidemiológica a cargo de la CNEP.

México tuvo sus propios problemas económicos, políticos y sociales ante los cuales las instancias sanitarias para el desarrollo de la salud pública se tuvieron que enfrentar, de tal forma, que se cumplieran con los compromisos internacionales que fueron aceptados durante la celebración de las diversas Conferencias Sanitarias Panamericanas. Así el proyecto sanitario estipulado internacionalmente, basado en el saneamiento, dotación de infraestructura hidráulica, y educación sanitaria, fue aplicado en el país de acuerdo con la implementación de ciertos métodos y técnicas comprobadas como efectivas en otros países de Latinoamérica. De esta manera, se pudo observar que en México el desarrollo de la salud pública adoptó los diversos avances médicos científicos, la utilización de los preceptos legales para normar la implementación de la salud pública, se procuró la educación sanitaria desde muy temprana edad para crear conciencia en los individuos de la importancia de mantener una buena higiene para el cuidado de la salud, y a su vez, del cuidado del medio ambiente para evitar la proliferación de las enfermedades.

Así se pudo observar el cumplimiento de la hipótesis planteada al inicio de este escrito, la cual versó en que los organismos internacionales intervinieron de manera activa en el

desarrollo de la salud pública de México, para hacerle frente a las enfermedades tropicales; que en la relación comercio interoceánico y la presencia de las enfermedades tropicales, existió una situación de relaciones continuas entre los organismos internacionales, los organismos federales y estatales de salud, que sirvieron para observar, analizar y estudiar los procesos que afectaron el desarrollo de la salud pública del país.

Si bien, la interacción entre los niveles internacional y federal se hicieron efectivos mediante el compromiso firmado por el país mexicano durante la celebración de las Conferencias Sanitarias Panamericanas, en el caso de la interacción de los organismos sanitarios del nivel federal y estatal, es decir entre México y Yucatán, fue complicado debido a la falta de centralidad que existió durante los primeros años del siglo XX, pues hay que recordar cómo se desarrolló en los capítulos 2 y 4 que la acción sanitaria para hacerles frente a las enfermedades infectocontagiosas, fueron emprendidas por los estados a través de las Juntas Superiores de Salubridad, quienes constantemente mencionaron los casos sin éxitos de las campañas sanitarias, porque carecieron de los elementos financieros para el sostenimiento de las campañas, así como también de la falta de personal para realizar las acciones sanitarias correspondientes, a pesar de que éstas fueron apoyadas por la instancia federal. Si bien, no existió una centralidad, si hubo una constante comunicación entre estos dos niveles de autoridades, para hacerles frente a las enfermedades, sin embargo, sus recursos resultaron insuficientes.

Así faltas de pago del personal, falta de insumos para la fumigación, dificultades para el diagnóstico de las enfermedades, carencias en el personal, fueron llenando los reportes que la Junta Superior envió a México para justificar la falta de éxito de las campañas emprendidas contra las enfermedades de fiebre amarilla y paludismo. Además, con el traslado de personas a través del uso del ferrocarril, la migración de personal para laboral en los plantíos de henequén, su falta de inmunidad, fueron algunas de las variables que acrecentaron la posibilidad de la proliferación de episodios epidémicos en el estado de Yucatán, aunado a la falta de atención que se les dio a las poblaciones rurales para la eliminación del díptero que era portador de los virus. Si bien, las haciendas henequeneras, emprendieron labores sanitarias para tratar de aminorar la afectación de su planta laboral, desde el gobierno del estado se prestó poca atención para los municipios del interior del estado, pues constantemente tanto la ciudad de Mérida y el puerto de Progreso fueron los lugares a los que más se procuró con las acciones sanitarias para liberarlos de la terrible enfermedad de fiebre amarilla.

Un dato que resulta necesario traer a este análisis, es la poca atención que autoridades gubernamentales del estado dieron a la fiebre amarilla selvática que existía en los montes que se

encontraban cercanos a muchas de las poblaciones, pues si bien combatieron a la fiebre amarilla urbana, poco hicieron al interior del estado para poder controlar a la fiebre amarilla selvática, que representó brotes al realizarse talas de los montes para extender por ejemplo las plantaciones para la producción del henequén. El ciclo de transmisión de la fiebre amarilla selvática recibiría la atención de las autoridades sanitarias en 1920.

Posterior a la segunda década del siglo XX, en México, las campañas de salud y el saneamiento de los espacios, tanto públicos como privados, para combatir y erradicar los males que ocasionaron las enfermedades tropicales, permitieron la articulación de los poderes federal, estatal y municipal, siendo a través del gobierno federal que se admitió la intromisión de los organismos internacionales en materia de salud, permitiéndole a Yucatán ser vinculado con una política nacional e internacional en cuestiones de salud pública, pues mediante las campañas de vacunación y las de erradicación emprendidas junto con los programas de cooperación y el financiamiento internacional, se pudo hacerle frente a enfermedades como la fiebre amarilla y el paludismo.

Hay que señalar que el caso específico de Yucatán fue central en la política federal debido a la prevalencia de las enfermedades tropicales y por la vulnerabilidad de la población hacia los brotes de los padecimientos, pero también la centralidad se la dio su posición geográfica, ya que la conexión a través del comercio del henequén desde la segunda mitad del siglo XIX, aseguró la intervención de los organismos internacionales, no tanto por la industrialización, sino por las actividades económicas vinculadas a dicho comercio y a la ubicación estratégica del estado dentro del Golfo de México.

La preocupación por el cuidado de la salud y sus vínculos con la actividad comercial que mostraron los organismos internacionales, fue la vía de entrada hacia otros ámbitos de participación dentro de las políticas públicas de México y con ello pudieron estar inmersos en otras actividades, como la educación y abrirse paso hacia otras actividades económicas, como la agricultura, por ejemplo.

La política sanitaria implementada por los gobiernos sirvió para disciplinar y educar a la población en materia de salud e higiene personal. Ante la noción de un país en vías de modernización, la población también tenía que adecuarse ante ese giro moderno. El modelo ideal, porfirista en el caso de México, buscó enseñar a los mexicanos, desde corta edad en las escuelas, a mantenerse limpios y sanos, y lo que fue más importante, a mantener su medio de desarrollo limpio para evitar enfermedades. Era el ideal de progreso reflejado en la sociedad.

Una sociedad limpia representaba una sociedad sana, y una sociedad sana representaba una sociedad moderna.

Así se pudo observar que el desarrollo de la salud pública internacional, fue un elemento importante en el proceso de construcción y consolidación del modelo médico biomédico, que se comenzó a gestar desde el siglo XIX, con el cientificismo, descubrimiento de los microbios, avances de la química (fármaco-químicos) procesos de consolidación del capitalismo y expansión, sin embargo, aún se observó un pluralismo médico hasta el nivel oficial y las juntas de sanidad.

Si bien se debe de señalar que el camino recorrido durante el desarrollo de la salud pública no fue fácil, pues de principio se tuvo que luchar por los cambios de paradigmas en cuanto a la etiología y profilaxis de las enfermedades, es decir, el cambio de pensamiento de que las enfermedades no eran producidas por miasmas o efluvios, sino en efecto, con el descubrimiento científico de bacterias y virus como causantes de enfermedades, no sólo impactó de manera negativa entre los médicos y galenos de la época, sino también entre la población que resultaba incrédula que enfermedades como fiebre amarilla y paludismo fueran esparcidas a través de la picadura de mosquitos infectados.

Así podemos observar que para la historia de la medicina es importante desarrollar este tipo de investigaciones porque tienen que ver con el proceso de construcción y consolidación del modelo médico que se volvió hegemónico no solo para la atención a la salud individual, sino también colectiva, es decir, para la salud pública. La asistencia para el desarrollo en sus primeras etapas es que las instituciones y formas de operación que habían sido capaces de satisfacer las necesidades del mundo avanzado constituyeron los moldes para el mundo en vías de desarrollo, específicamente en el caso de la salud, las estrategias de salud que habían servido en Occidente fueron consideradas como universales y por tanto los programas de salud en este sentido fueron vistos como ejercicios de transferencias de tecnologías e implementación de medidas educativas, preventivas y curativas basadas en el modelo biomédico.

Con el desarrollo de la medicalización y la búsqueda de la construcción de un Estado nacional, la modernización promulgada durante el Porfiriato junto con el acelerado avance del capitalismo y la revolución tecnológica que lo acompañó, se vinculó el cuidado de la salud y el bienestar de la población con las políticas públicas, prestando mayor atención hacia un higienismo, no sólo corporal, sino también ambiental que procurara el cuidado de la salud.

Durante el último cuarto del siglo XIX y ante el acelerado avance del capitalismo y la revolución tecnológica que lo acompañó, la búsqueda hacia la modernización promulgada

durante el Porfiriato realizó cambios en concepciones, valores y comportamientos, es decir, transformaciones vinculadas a las ideas y prácticas relativas al cuerpo humano y sus cuidados, modificándose nociones y comportamientos sobre la salud, las enfermedades, su prevención, transmisión y tratamiento, así como a los espacios de función, organización y equipamiento de los establecimientos dedicados a la atención de los enfermos. Hay que señalar que, durante esta etapa, cada estado contaba con su propia Junta Superior de Sanidad, por lo cual, cada estado destinaba recursos para hacerle frente a las enfermedades que imperaban en sus territorios, no existía pues una centralidad en cuestiones de salud pública.

La problemática evidente en las cuestiones sanitarias del país, durante los primeros años del siglo XX, fue que la prestación de los servicios no fue igualitaria, pues cada estado mantuvo autonomía e independencia con respecto a la jurisdicción del gobierno central. El Consejo Superior de Salubridad incidió principalmente en la capital, mientras que, en cada estado, las decisiones las tomaba la respectiva Junta Sanitaria, con lo cual se evidenciaba un desequilibrio entre los servicios prestados en la ciudad de México con el del resto del país.

El Consejo Superior de Salubridad se limitó a externar recomendaciones ante la presencia de las enfermedades endémicas y cada estado fue el responsable para destinar los recursos monetarios, la materia prima, y el personal técnico-científico para hacer frente a las enfermedades como la fiebre amarilla y el paludismo. El Consejo Superior de Salubridad, no tuvo jurisdicción en los estados, pero sí en los puertos y fronteras, donde ejerció acciones de control epidémico, sin embargo, en lo que resta del país, su acción fue limitada, y como se expuso en los capítulos 2 y 4, la incidencia del gobierno federal en los estados en materia de salud pública fue de modo indirecto, en otras palabras, hasta antes de la Constitución no existía un sistema que fuera federal de prestaciones de servicios de salud.

Se puede discernir que en los primeros años del siglo XX en materia de salud pública y el combate a las enfermedades tropicales, en México se trató de esfuerzos dispersos, que existió la carencia de un marco jurídico adecuado a todo el territorio, y que la falta de recursos económicos y planeación caracterizaron la situación de la salud en el país. No existía una universalidad, el Estado no tenía la responsabilidad de prestar atención médica, sino que esta provenía de algunos grupos de la sociedad que mostraron preocupación por ciertos núcleos de la población desprotegidos y que en su mayoría formaban la parte motriz para el desarrollo económico de un grupo en particular. Para el caso de Yucatán, fue evidente como los hacendados procuraron cuidar a la población para mantener la productividad del henequén y con ello la actividad comercial. Sin embargo, la presencia de las enfermedades como la fiebre amarilla y el

paludismo constantemente causaron estragos entre los individuos, sobre todo ante los recién llegados.

Después de la Constitución de 1917, es posible advertir una dictadura sanitaria de la federación (autoritarismo central) como respuesta a la amenaza de las enfermedades epidémicas dejando a los estados privados de las principales facultades de soberanía en materia de salubridad, lo cual pudo ser posible con el establecimiento del Departamento de Salubridad, reactivando el Consejo Superior, y con ello se establecieron las bases de ambas autoridades en el Artículo 73 constitucional en su fracción XVI, pese a las recomendaciones de Pani, para crear una Secretaría de Salubridad que ejerciera el ejemplo seguido de la medicina cubana, quien fuera considerada para ese entonces, como la más avanzada de América Latina, recordemos por ejemplo los postulados del médico cubano Finlay.

La recomendación de la federalización de los servicios de salud pública realizada por Pani, no fue tomada en consideración sino ya hasta la segunda década del siglo XX, al asumir el gobierno federal la responsabilidad de la salubridad nacional. De igual manera la educación higiénica se integró a los programas de estudio. En esta década se trató de solucionar tres problemas a saber, la necesidad de establecer una educación en salud pública y que se implementaría con la creación de la escuela; la gravedad de muchas enfermedades contagiosas con la implementación de campañas; y el impulso del sanitarismo con la adecuación de los servicios públicos.

Para la siguiente década, 1930 a 1940, se continuaron los programas de salud implementados desde el gobierno federal; se iniciaron los servicios de salud institucional y sobre todo se llevó la atención médica al medio rural, hecho que fue evidente con la creación del Servicio de Sanidad de los Estados, sin embargo, para estos tiempos aún seguía presente el problema de jurisdicción entre las instituciones de salubridad sobre la actuación de forma estatal o federal, por lo cual se creó la Coordinación de Servicios Sanitarios (1932). Para finales de esta década al inaugurarse el ISET, se creó el primer centro formal para la investigación en problemas de salud.

Al ser la fiebre amarilla y el paludismo enfermedades transmisibles urbanas que afectaban seriamente a la población, pero sobre todo al interés económico de un estado nacional en vías de desarrollo, es decir con la industrialización y el incremento al comercio internacional tocando a su puerta, rápidamente atrajo la atención de organismos internacionales y puso en la mira a México, pero sobre todo a Yucatán en los problemas que estaban estrechamente relacionados con la política pública de salud a nivel internacional.

Si bien he de aclarar que a inicios del siglo XX la concepción del combate a las enfermedades, tuvo un largo proceso de entendimiento y aplicación para realizar las medidas sanitarias, es decir, desde el cambio de paradigma de miasmas a cuestiones bacterianas, implementación de normas higiénicas, hasta cambios en los conceptos de prevención y control. Para finales de 1940, la idea del control de enfermedades había perdido su atractivo y el concepto de erradicación recibió el apoyo de diversas autoridades.

Ahora bien, en nuestro caso de estudio, el incremento de brotes endémicos se correlaciona con el aumento de la actividad henequenera y portuaria, así como de los procesos de migración interna en Yucatán. Por la importancia económica que tuvo la península durante los años de 1902 a 1960 y el aprovechamiento y la explotación de sus recursos económicos, los organismos internacionales llevaron a cabo intervenciones en materia de salud con acciones de saneamiento, campañas de erradicación y la implementación de las políticas públicas de salud, desde un ámbito internacional, para la protección del área con el fin de procurar sus intereses personales, pero sobre todo económicos. De acuerdo con la obra de Menéndez, el abatimiento de las enfermedades y su control estaban en relación directa con factores económicos-productivos, siendo en Yucatán esta determinación económica el eje determinante para las acciones llevadas a cabo ante todo tipo de enfermedad tropical.¹²⁵⁴

En el siguiente cuadro podemos observar cuales fueron los acontecimientos significativos para el estado yucateco durante el lapso de 1902 a 1960, temporalidad que abarcó esta investigación. De esta manera podemos visualizar no sólo los acontecimientos económicos por los que transitó el estado con respecto a la cuestión henequenera, sino las problemáticas políticas, sociales y sanitarias que se presentaron como por ejemplo la presencia de epidemias y otros brotes de fiebre amarilla (Cuadro 21).

Cuadro 21.- Acontecimientos en Yucatán entre 1901 y 1960.

Año	Acontecimiento
1901	Se produce el 90% de Henequén a nivel mundial.
1903	Se presenta una epidemia de fiebre amarilla, en donde la Junta de Sanidad Local aplica las recomendaciones del médico Liceaga para hacerle frente a la enfermedad.
1906	Porfirio Díaz visita la ciudad de Mérida.
1909	Liceaga declara suprimida la fiebre amarilla en el país.
1910	Aún persisten los casos de fiebre amarilla en Yucatán.
1912	Constitución de la Reguladora del Mercado de Henequén.
1915	Arribo del ejército Constitucionalista a Yucatán.

¹²⁵⁴ Menéndez, 1981.

1915	Se decreta la desaparición del peonaje; Incautación de los Ferrocarriles Unidos de Yucatán.
1918	Promulgación de la Constitución Política del Estado de Yucatán.
1919	Se presenta un brote de fiebre amarilla.
1921	Conformación de la Comisión Especial contra la Fiebre Amarilla. Obregón firma acuerdo legal con la Fundación Rockefeller.
1922	La Reguladora del Mercado de Henequén cambia su nombre a la Comisión Exportadora de Yucatán.
1923	Se decreta la Campaña Permanente contra la Fiebre Amarilla.
1926	Se crea la Junta de Beneficencia Pública del Estado.
1927	Se realiza fuerte campaña contra el paludismo.
1937	Se decreta la creación de Ejidos.
1937	Lázaro Cárdenas visita el Estado de Yucatán.
1938	Asociación de Henequeneros de Yucatán acordó impartir atención médica a los trabajadores del agro yucateco. Con esto se establece el servicio médico asistencial para el beneficio del campesinado henequenero.
1944	Se construyó el Hospital "20 de Noviembre".
1947	Se reimplantaron los Servicios Rurales Cooperativos, que se sumaron a los servicios sanitarios prestados por Henequeneros de Yucatán.
1950	Se presentó declive económico por pérdida de cosecha de maíz y baja de los precios del henequén manufacturado.
1954	Falta de lluvias en el Estado.
1955	Entró en Liquidación Henequeneros de Yucatán.
1955	Presencia de 2 huracanes en territorio mexicano que afectaron la producción del Estado.
1955	Inicia Campaña de la CNEP en la Zona 1.
1960	Se firma convenio entre la SSAD y las autoridades locales para crear los Servicios Coordinados de Salubridad y Asistencia en el Estado.

La actividad económica arraigada en la producción del henequén puso al estado yucateco en las agendas internacionales y su preocupación por la presencia de las enfermedades tropicales. Cabe señalar que ya desde el plano federal, Liceaga comandó importantes campañas sanitarias para liberar a México de la fiebre amarilla y el paludismo. Este reconocido médico supo aprovechar los conocimientos adquiridos en sus múltiples viajes hacia el extranjero, trayendo consigo el conocimiento de cómo combatir a ciertas enfermedades que imperaron en el territorio mexicano. Así aplicó la teoría del médico cubano Finlay para combatir a la fiebre amarilla en los puertos de Veracruz, Tampico y Progreso, sin embargo, uno de los principales problemas a los que se enfrentaron las campañas fue la falta de recursos monetarios que pudieran solventar los gastos que se generaron.

Este problema fue uno de los trascendentales inconvenientes que se presentaron en casi todas las campañas sanitarias ejercidas por las autoridades sanitarias, aunado a la falta de personal capacitado, al poco entendimiento sobre las cuestiones de etiología y profilaxis de las enfermedades, a la falta de diagnósticos que fueran precisos para determinar la enfermedad del paciente, a la confusión entre síntomas que hizo difícil aplicar el tratamiento adecuado para el mejoramiento del paciente. Si bien este último punto pudo generar controversia en el plano médico, debido a la confusión de los médicos a la hora de medicar a los pacientes, pues continuamente se señaló la falta de conocimiento del personal médico, ante que los síntomas tanto de la fiebre amarilla como del paludismo se confundían al presentarse en ambos casos, fiebres elevadas y agotamiento físico del individuo enfermo.

Este hecho claramente fue reiterado en las Conferencias Panamericanas invitando a las autoridades gubernamentales a que capacitaran a su personal médico para que estuvieran al tanto de los descubrimientos científicos para poder combatir a las enfermedades tropicales. Cabe señalar que por medio de los acuerdos firmados durante estas reuniones científicas y diplomáticas solicitaron la pronta información sobre el estado de salud de las naciones con el fin de estar preparados ante los brotes de enfermedades como la fiebre amarilla y el paludismo.

Este hecho fue primordial, pues con el desarrollo de las comunicaciones ya sea por mar, por tierra, o por aire, las enfermedades podían ser trasladadas de un lugar a otro con facilidad, así como los hombres migraban de un lugar a otro. Así con el movimiento de los individuos no sólo se facilitó la expansión de actividades comerciales al tener mano de obra disponible, sino también brindó elementos nuevos para la proliferación de las enfermedades.

Otro de los problemas que se presentaron para el combate de las enfermedades tropicales fueron los abruptos cambios dados en la política, comenzando por el Porfiriato, pasando por el Maximato, y el Cardenismo, períodos marcados por revueltas armadas, cambios en el poder y en la ideología de los gobernantes, aunados a la presencia de calamidades naturales, como huracanes que generaron pérdidas de cosechas y con ello, episodios de hambrunas, acaparamiento, aumentos de precios, y escasez de productos.

Si bien, en cada uno de estos periodos siempre se enaltecía el desarrollo que debía de seguir el país, en materia de salubridad, cada uno aportó su propio grano para que la población gozará de los beneficios de la salud pública, lamentablemente cada acción se vio vinculada con intereses privados y/o personales de cada gobierno en turno; sin embargo, el común denominador fue que en todos los gobiernos se trató de cumplir con los acuerdos o tratados firmados en las conferencias internacionales. Así la salud pública de México se convirtió en una

condición necesaria para el bienestar de la sociedad y su desarrollo económico. De esta manera, la salud, fue un elemento fundamental para el desarrollo y progreso de la sociedad.

Hay que tener en cuenta que en un principio esa salud solo benefició a un sector de la población, no así a los sectores considerados “pobres”, pues con el aumento de los habitantes en las capitales se reflejó un anárquico nacimiento y crecimiento de numerosas colonias, que en su mayoría no contaban con los servicios sanitarios indispensables. Los gobiernos aludían que este hecho se debió a que la ignorancia y la pobreza imposibilitaban la existencia de condiciones sanitarias.

En el caso de Yucatán, con el auge henequenero, se impulsó al estado al comercio internacional mediante el cual organismos como la Fundación Rockefeller, la OMS, la OPS, y la UNICEF, intervinieron en la salud pública del estado para combatir a las enfermedades tropicales de la fiebre amarilla y al paludismo. Sin embargo, México luchó contra el paludismo durante 23 años, así esta lucha, vería más campañas para su combate hasta ya entrada la octava década del siglo XX. Si bien, actualmente la enfermedad sigue causando estragos en diversos países, en el año de 2008 se estableció durante la Asamblea Mundial de Salud que se celebrará cada 25 de abril como el Día Mundial del Paludismo, como recordatorio de la agenda inconclusa alrededor de esta enfermedad.

Fuentes:

Archivos, Bibliotecas y otros Acervos

Siglas	Institución
CAIHY	Centro de Apoyo a la Investigación Historia de Yucatán.
HNDM	Hemeroteca Nacional Digital de México.
AHSRE	Archivo Histórico de la Secretaría de Relaciones Exteriores.
AHSSA	Archivo Histórico de la Secretaría de Salud.
AGEY	Archivo General del Estado de Yucatán.
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
AHGE	Archivo Histórico Genaro Estrada.
SEP	Secretaría de Educación Pública
AHSEP	Archivo Histórico de la Secretaría de Educación Pública
BY	Biblioteca Yucatanense
FN-INAH	Fototeca Nacional del Instituto Nacional de Antropología e Historia

HEMEROGRAFÍA

1.- Periódicos

Boletín Policial, 1918

Diario de México La Patria, 1914.

Diario el Popular, 1923.

Diario El Pueblo 1914.

Diario Oficial de la Federación, 1936, 1955.

Diario Oficial de Mérida, 1904

Diario Oficial del Estado de Baja California Norte, 1930.

Diario Oficial del Estado de Yucatán, 1917, 1918, 1923, 1924, 1928, 1938, 1939.

Diario Oficial del Gobierno del Estado de Yucatán, 1903, 1915, 1920.

Diario Oficial del Estado Libre y Soberano de Yucatán, 1920, 1921.

El Espíritu Público, 1959.

El Evangelista Mexicano, 1905

El Informador 1955.

El país, 2020

Excelsior, 1931, 2020.

La República, 1910.

La Voz de la Revolución, Diario editado en la ciudad de Mérida, 1919.

Periódico Oficial del Estado de Yucatán, 1920, 1921.

Periódico Oficial del Estado de Michoacán, 1893

Periódico Oficial del Estado de Sonora, 1955

2.- Revistas

Asistencia Social, 1948, 1952.

El Agricultor, 1909.

El Henequén, 1917.

El Tiempo, 1903

Gaceta Médica de México, 1956.

La Lucha, 1931

México Industrial, 1906.

Modern México, 1906.

Revista Médica de Yucatán, 1908, 1914, 1920, 1937.

Tierra, 1923.

REFERENCIAS

Libros:

Agostoni, Claudia

2003 *Monuments of Progress: Modernization and Public Health in Mexico City, 1876-1910*, university of Calgary Press, University Press of Colorado, Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM.

2016 *Médicos, campañas y vacunas la viruela y la cultura de su prevención en México 1870-1952*, Universidad Nacional Autónoma de México Instituto de Investigaciones Históricas.

Agostoni, Claudia y Andrés Ríos Molina

2010 *Las estadísticas de salud en México. Ideas, actores e instituciones 1810-2010*. Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaría de Salud, México.

Aguilar Monteverde, Alonso

1965 *El panamericanismo de la Doctrina Monroe a la Doctrina Johnson*. Cuadernos Americanos, México.

Amiel, Phillippe

2014 *Del Hombre como conejillo de indias. El derecho a experimentar en seres humanos*. Fondo de Cultura Económica, México, traducción de Yenni Enríquez.

Anaya Merchant, Luis.

2015 *La gran depresión y México, 1926-1933. Economía, institucionalización, impacto social*. Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México.

Askinasky, Siegfried.

1936 *El problema agrario de Yucatán*. Ediciones Botas, México, D.F.

Baños Ramírez, Othón.

1990 *Sociedad, estructura agraria y estado en Yucatán*. Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán, México.

Barona Vilar, Josep Lluís y Josep Bernabeu-Mestre

2008 *La salud y el Estado, El movimiento sanitario internacional y la administración española (1851-1945)* Universitat de Valencia, Valencia, España.

Bates, Lindon W.

1905 *The Panama canal: system and projects of Lindon W. Bates*. New York.

Benítez, Fernando.

1973 *Ki, el drama de un pueblo y una planta*. Fondo de Cultura Económica, México.

1985 *Ki: el drama de un pueblo y una planta*, Fondo de Cultura Económica, Secretaria de Educación Pública, México.

- Birn, Anne-Emanuelle
 2006 *Marriage of convenience Rockefeller International health and Revolutionary Mexico*, University of Rochester Press.
- Bracamonte y Sosa, Pedro.
 1993 *Amos y sirvientes. Las haciendas de Yucatán, 1789-1869*, UADY, Yucatán, México.
- Bustamante, Miguel
 1958a *La fiebre amarilla en México y su origen en América*. Secretaría de Salubridad y Asistencia, Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, Monografía n. 2, México.
 1982c *La salud pública en México, 1959-1982*, México, Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Cámara Zavala, Gonzalo.
 1936 *Reseña histórica de la industria benequera*. Imprenta Oriente, Mérida.
- Cervantes-González Domingo
 1979 *Breve reseña histórica de la lucha antipalúdica en México*. México: Comisión Nacional para la Erradicación del Paludismo, México, Secretaria de Salubridad y Asistencia.
- Concheiro, Antonio Alonso.
 2010 *Cronología médica mexicana. Cinco siglos*, México, Siglo XXI editores, Academia Nacional de Medicina, Academia Mexicana de Cirugía.
- Connel-Smith, Gordon.
 1971 *El sistema Interamericano*. México, Fondo de Cultura Económica, México.
- Cramer, Gisela y Prutsch, Ursula (eds.).
 2012 *¡Américas unidas! Nelson A. Rockefeller's Office of Inter-American Affairs (1940-46)*. Madrid/Frankfurt, Iberoamericana, Vervuert.
- Cueto, Marcos.
 1994 *Missionaries of Science. The Rockefeller Foundation and Latin America*, Indiana University Press. Bloomington and Indianapolis.
 2004 *El valor de la Salud. Historia de la Organización Panamericana*. Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C.
 2013 *La salud internacional y la Guerra Fría. Erradicación de la Malaria en México, 1956-1971* Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cueva, Mario de la.
 1981 *El nuevo derecho mexicano del trabajo*, México, Porrúa, t.1.
- Delaporte, Francois.
 1991 *The history of yellow fever. An essay on the birth of tropical medicine*, MIT University Press, Cambridge.

- Delgado García, Gregorio y Mario Pichardo Díaz
2002 *La representación OPS/OMS en Cuba. Conmemorando 100 años de Salud.* PALCOGRAF.
- Donovan, Frank
1966 *Historia de la Doctrina Monroe*, México, editorial Diana S.A.
- Escoffie Zetina, Manuel Ma.
1957 *Yucatán en la Cruz*, Manlio, Editorial Manlio.

1960 *Hacia nuestra República. Lectura para hombres no para caballeros porque están muy escasos.* Mérida, Manlio.
- Eslava, Juan Carlos.
2004 *Buscando el Reconocimiento Profesional, La Salud Pública en Colombia en la Primera mitad del Siglo XX*, Universidad Nacional de Colombia.
- Fajardo Ortiz, Guillermo, Ana María Carrillo y Rolando Neri Vela.
2002 *Perspectiva histórica de atención a la salud en México 1902-2002.* Organización Panamericana de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.
- Farley, John.
2003 *To cast of disease: a history of the international health division of the Rockefeller Foundation (1913-1951).* Oxford, Oxford University Press.
- Félix Rosas, Hiram
2010 *Cuando la muerte tuvo alas. La epidemia de fiebre amarilla en Hermosillo (1883-1885), Hermosillo*, El Colegio de Sonora/Universidad de Sonora.
- Flagg Bemis, Samuel
1944 *La diplomacia de Estados Unidos en la América Latina*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Franco Agudelo, Saúl
1990 *El Paludismo en América Latina.* 1a. edición. México, Dirección de Publicaciones de la Universidad de Guadalajara.
- Freeman Smith, Robert.
1972 *The United States and Revolutionary Nationalism in Mexico. 1916- 1932.* The University of Chicago Press.
- Galzacoa, Ramón.
1947 *Curiosa historia de dos cooperativas benequeneras.* Imprenta Oriente, Mérida de Yucatán.
- Gamboa Ricalde, Álvaro.
1955 *Yucatán desde Mil Novecientos Diez*, Tomos II y III, S/E, México.

- García González, Armando y Raquel Álvarez Peláez
 2007 *Las Trampas del Poder. Sanidad, eugenesia y migración: Cuba y Estados Unidos (1900-1940)*, editores Consejo Superior de Investigaciones Científicas, CSIC, España.
- Gilbert M., Joseph
 1982 *Revolution from without. Yucatán, México, and the United States, 1880-1924*, Cambridge University Press.
- Gonzalbo, Pilar
 1987 *Las mujeres en la Nueva España: educación y vida cotidiana*, El Colegio de México, México.
- González Navarro, Moisés.
 1974 *Población y sociedad en México (1900-1970)*, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, México, UNAM.
 1983 *Cinco crisis mexicanas*, El Colegio de México, Jornadas 99, México.
- Gorgas, William Crawford
 1913 *Annual report of the Isthmian Canal Comission*, GPO.
 1915 *Sanitation in Panama*. New York and London, Appleton and Company.
- Hall, Alfred B. y Clarence L. Chester
 1913 *Panamá y el Canal*, Newson and Company, Nueva York, E.U. de A.
- Hernández Solís, Luis
 1944 *El panamericanismo una moderna interpretación* México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales.
- Hindelammert, Frank
 1979 *Dialéctica del desarrollo desigual*, Amorrortu, Argentina.
- Humphreys, Margaret
 2001 *Malaria: poverty, race, and public health in the United States* Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- Kenwood, A.G. y A. L. Lougheed
 1995 *Historia del desarrollo económico internacional*, 4ª edición, traducido por Emilio de la Fuente, Editorial Istmo, Madrid.
- Kruif, Paul de
 2016 *Cazadores de microbios*, Editores Mexicanos Unidos, S.A.
- Liceaga, Eduardo
 1911b *Algunas consideraciones acerca de la Higiene social en México*, México, Tip Vda. De F. Díaz de Leon, Sucs.
 1949 *Mis recuerdos de otros tiempos*, México, D.F.

- Magaña Valladares, Laura y María Rosa Gudiño Cejudo.
 2012 *Reseña histórica de la Escuela de Salud Pública de México. Noventa años formando salubristas e investigadores para mejorar la salud de la población.* Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- Marichal, Carlos
 1995 *Las inversiones extranjeras en América Latina. 1850-1930. Nuevos debates y problemas en historia económica comparada.* México, Fideicomiso Historia de las Américas, Serie Estudios. El Colegio de México y Fondo de Cultura Económica.
 2002 *México y las Conferencias Panamericanas 1889-1938, antecedentes de la globalización.* México, Secretaría de Relaciones Exteriores.
- Martínez Báez, Manuel y Adolfo Martínez Palomo
 2015 *Paludismo, Ciencia y Sociedad,* El Colegio Nacional, México.
- Martínez Cortés, Fernando y Xóchilt Martínez Barbosa.
 1996 *El Consejo Superior de Salubridad, Rector de la Salud Pública de México,* Talleres Graffiti, México.
 2000 *Del Consejo Superior de Salubridad al Consejo de Salubridad General,* México, Casa de Vacunas, S. B.
- Mata, Santiago
 2017 *Cómo el Ejército Americano Contagió Al Mundo la Gripe Española.* Editorial Amanecer.
- McCullough, David.
 1977 *The path between the seas: the creation of the Panama canal, 1870-1914,* Simon and Schuster, New York.
- Menéndez, Miguel Ángel.
 1947 *La industria de la esclavitud, en Episodios Nacionales,* año 1, n.1, Ediciones Zamná, México.
- Menéndez, Eduardo L.
 1980 Clases subalternas y el problema de la medicina denominada “tradicional”, CIESAS, México, Cuadernos de la Casa Chata, 32.
 1981 Poder, estratificación y Salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán. CIESAS, Ediciones de la Casa Chata.
- Mendoza, Martha
 2014 *Las Misiones Culturales y la Escuela Rural en Quintana Roo, 1927-1943,* CIESAS.
- Meyer, Lorenzo
 1978 *Historia de la Revolución Mexicana Periodo 1928-1934. El conflicto social y los gobiernos del Maximato.* México, El Colegio de México.

- Molina Del Villar, América.
2016 *Guerra, tifo y cerco sanitario en la ciudad de México 1911-1917*, CIESAS, México D.F.
- Morales E., Salvador
1994 *Primera Conferencia Panamericana, raíces del modelo hegemónico de integración*. México, Centro de investigación Científica A.C., Jorge L. Tamayo, A. C.
- Organización Mundial de la Salud
1957 Comité de Expertos en Malaria. Sexto Informe. Serie de Informes Técnicos. N° 123. Ginebra.
1958 *Les Dix Premières Annes de l'Organisation Mondiale de la Santé*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud
1999 *El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental*, Washington, D.C. OPS.
2002a *La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos de análisis del desempeño y bases para la Acción*. Washington, D. C., OPS.
2002b *Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano, cien años de historia 1902-2002*, Bogotá, OPS.
- Orosa Díaz, Jaime.
1960 *Legislación Henequenera en Yucatán (1833-1955)* 5 Vols. Universidad de Yucatán, Mérida.
- Ortega Canto Judith.
1987 *Henequén y salud*, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán, México.
- Ortega Ruiz, Francisco.
1943 *El henequén de Yucatán*, Facultad de Derecho-UNAM, México.
- Pampana Emilio.
1996 *Erradicación de la malaria*. México, D. F.: Edit. Limusa-Wiley, S.A.
- Pani, Alberto J.
1916 *La higiene en México*. J. Ballester, México.
- Pani, Erika
2016 *Historia mínima de Estados Unidos de América*. El Colegio de México.
- Paoli Bolio, Francisco José.
1984 *Yucatán y los orígenes del nuevo Estado Mexicano. Gobierno de Salvador Alvarado 1915-1918*. Ediciones Era, México.
- Parsons, Wayne.
2007 *Política Pública: una introducción al análisis de la teoría y la práctica de políticas públicas*. Flacso, México.

- Quevedo, Emilio y Carlos Agudelo.
2004 *Café y gusanos, mosquitos y petróleo: el tránsito desde la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia, 1873-1953*. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Instituto de Salud Pública.
- Quezada, Sergio.
2012 *Yucatán. Historia Breve*. El Colegio de México, Fondo de Cultura Económica, México.
- Reed, Nelson.
1976 *La Guerra de Castas de Yucatán*. Ediciones Era, México, D.F.
- Reynolds, Clark
1970 *La economía mexicana, su estructura y crecimiento en el siglo XX*. Fondo de Cultura Económica, México.
- Ronzón, José.
2004 *Sanidad y modernización en los puertos del Alto Caribe 1870-1915*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco.
- Rowland, Donald W.,
1947 *Office for Inter-American Affairs, History of the Office of the Coordinator of Inter-American Affairs*, Washington, DC: U.S. Department of State.
- Ruiz, Luis E.
1904 *Tratado elemental de higiene*, Oficina tipográfica de la Secretaría de Fomento, Ciudad de México.
- Ruiz Silva, José A.
2010 *Colonia Yucatán. La historia reciente de un pueblo maderero*. Compañía Editorial de la Península, S. A. de C.V. Mérida, Yucatán, México.
- Savarino Roggero, Franco
1997 *Pueblos y Nacionalismo, del Régimen Oligárquico a la Sociedad de Masas en Yucatán, 1894-1925*, INEHRM, México.
- Secretaría de Educación Pública
1928a *El esfuerzo educativo en México, 1924-1928*, Tomo I, Secretaría de Educación Pública, México.
1928b *Las Misiones Culturales de 1927. Las Escuelas Normales Rurales*, Secretaría de Educación Pública, México.
1933 *Las Misiones Culturales, 1932-1933*, Secretaría de Educación Pública, México.
- Secretaría de Relaciones Exteriores
1990 *Conferencias Internacionales Americanas 1889-1936. Recopilación de tratados y otros documentos*. Dirección General del Acervo Histórico Diplomático de la Secretaría de Relaciones Exteriores.

- Secretaría de Salud
2008 *Programa de acción específico 2007-2012. Otras enfermedades transmitidas por vector.* Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, México.
- Solórzano, Armando
1997 *Fiebre dorada o fiebre amarilla?: la Fundación Rockefeller en México (1911-1924),* Universidad de Guadalajara.
- Sowell, David
2015 *Medicine on the periphery, Public Health in Yucatan, Mexico, 1870-1960.* Lexington Books, Lanham, Boulder, New York, London.
- Stallings, Bárbara
1990 *Banqueros para el tercer mundo. Inversiones de cartera de Estados Unidos a América Latina. 1890-1986.* Consejo Nacional Para la Cultura y las Artes, Alianza Editorial Mexicana.
- Torre Díaz, Álvaro
1930 *Cuatro años en el Gobierno de Yucatán, 1926-1930.* Mérida, Compañía Tipográfica Yucateca.
- Trujillo Bolio, Mario
2005 *El Golfo de México en la centuria decimonónica. Entornos geográficos, formación portuaria y configuración marítima,* Cámara de Diputados, CIESAS, Porrúa, México.
- UNESCO
2007 *Sistemas Acuíferos Transfronterizos en la Américas – Evaluación Preliminar, Serie ISARM Américas N°1.*
- Villanueva, Erick.
1984 *Así tomamos las tierras. Henequén y haciendas en Yucatán durante el porfiriato,* Yucatán, Colección Raíces.

1985 *Crisis henequenera y movimientos campesinos en Yucatán, 1966-1983,* Colección Divulgación.
- Yepes, J. M.
1955 *Del Congreso de Panamá a la Conferencia de Caracas 1826-1954. El genio de Bolívar a través de la historia de las relaciones interamericanas,* TOMO II, Caracas, Talleres de CROMOTIP.
- Zúbok, Lev
1982 “Primeras Conferencias Panamericanas” en Moscú, Academia de Ciencias de la URSS, *El panamericanismo su evolución histórica y esencia.*

Capítulos de libros:

Agostoni, Claudia

- 2001 “El arte de curar: deberes y practicas medicas porfirianas” en: Claudia Agostoni y Elisa Speckman, *Modernidad, Tradición y Alteridad*, La ciudad de México en el cambio del Siglo (XIX-XX), UNAM, México, pp. 97-111.
- 2005 “Que no traigan al médico. Los profesionales de la salud entre la crítica y la sátira (ciudad de México, siglos XIX-XX)”, en: Cristina Sacristán y Pablo Piccato (coord.) *Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la ciudad de México*, México, Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, UNAM, Instituto de Investigaciones Históricas, pp. 97-120.
- 2013a “Material Culture, Public Health, and the Technologies of Hygiene in Modern Mexico, 1890s-1940s”, en: Aracely Tinajero y J. Brian Freeman, *Technology and Culture in Twentieth-Century Mexico*, The University of Alabama Press, Tuscaloosa, pp. 25-42.

Alba, Francisco

- 1994 “La población de México: evolución y dilemas”, en: *Estadísticas Históricas de México* (Vol. Tomo I). Aguascalientes: INEGI.

Alcubierre Moya, Beatriz

- 2002a “V Conferencia Panamericana (Santiago de Chile, 1923)” en: Carlos Marichal (Coord.) *México y las conferencias panamericanas 1889- 1938*, Secretaría de Relaciones Exteriores, México, pp. 110-113.
- 2002b “La infancia en las conferencias panamericanas en los años 20: una historia común”, en: Carlos Marichal (Coord.) *México y las conferencias panamericanas 1889- 1938*, Secretaría de Relaciones Exteriores, México, pp.115-124.

Benamou, Catherine L.

- 2012 “Dual-engined diplomacy: Walt Disney, Orson Welles, and Pan American Film Policy during World War II”, en: Cramer, Gisela y Prutsch, Ursula (eds.), *¡Américas unidas! Nelson A. Rockefeller's Office of Inter-American Affairs (1940-46)*. Madrid/Frankfurt, Iberoamericana, Vervuert, pp: 107-142.

Bender, Pennee

- 2012 “There´s only one America now: The OIAA Film programs in the United States”, en: Cramer, Gisela y Prutsch, Ursula (eds.), *¡Américas unidas! Nelson A. Rockefeller's Office of Inter-American Affairs (1940-46)*. Madrid/Frankfurt, Iberoamericana, Vervuert, pp: 77-106.

Bonfil Batalla, Guillermo

- 2000 “Los pueblos Indígenas: viejos problemas, nuevas demandas”, en: Pablo González Casanova y Enrique Florescano (coordinadores), *México, Hoy*, Siglo Veintiuno editores, pp.97-107.

Bustamante, Miguel

- 1982a “La situación epidemiológica de México en el siglo XIX”, en: Enrique Florescano y Elsa Malvido, *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, t. II, editado por, Instituto Mexicano del Seguro Social, pp. 425-476.
- 1982b “La fiebre amarilla en México y su origen en América”, en: Enrique Florescano y Elsa Malvido, *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, t. 1, editado por Instituto Mexicano del Seguro Social, pp. 19-35.

Carrillo, Ana María.

- 2002b “Surgimiento y Desarrollo de la participación federal en los servicios de salud”, en: Guillermo Fajardo Ortiz, Ana María Carrillo y Rolando Neri Vela, *Perspectiva histórica de atención a la salud en México 1902-2002*. Organización Panamericana de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.
- 2008 “Guerra de exterminio al “Fantasma de las Costas” La primera campaña contra la fiebre amarilla en México, 1903-1911”, en: Claudia Agostoni (coord.), *Curar, Sanar y Educar, Enfermedad y Sociedad en México, Siglos XIX y XX*, Universidad Nacional de México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, pp. 221-256.

Cerutti, Mario

- 1990 “Contribuciones recientes y relevancia de la investigación regional sobre la segunda mitad del siglo XIX” en Carlos Martínez Assad (coord.), *Balance y perspectivas de los estudios regionales en México*, México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias de Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México y Porrúa.

Comín, Francisco.

- 2010 “La Segunda industrialización en el marco de la primera globalización (1870-1913)” en: Francisco Comín, Mauro Hernández y Enrique Llopis, *Historia Económica Mundial Siglos X-XX*, Crítica/Historia del Mundo Moderno, Barcelona, pp. 239-286.

Corrigan, Philip y Derek Sayer

- 2007 “El gran arco, la formación del Estado Inglés como revolución cultural”, en: María Lagos y Pamela Callas (coords.), *Antropología del Estado, dominación y prácticas contestatarias*, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Bolivia, pp. 39-116.

Cossio Silva, Luis.

- 1965 “La agricultura” en: Daniel Cosío Villegas, *Historia Moderna de México. El Porfiriato. Vida económica*, v. VII, primera parte, México, Editorial Hermes.

Cueto, Marcos.

- 1996 “Los ciclos de la erradicación: La fundación Rockefeller y la salud pública latinoamericana 1918-1940”, en: Marcos Cueto, editor, *Salud, Cultura y Sociedad en América Latina. Nuevas perspectivas históricas*, Instituto de Estudios Peruanos/ Oficina Panamericana de la Salud. Lima, pp. 179-201.

- Finlay, Carlos
1967 “Factores climatológicos concernientes a la producción y la propagación de la fiebre amarilla en La Habana, marzo de 1893”, en” Carlos Finlay, *Obras Completas*, La Habana, Academia de Ciencias de Cuba, Museo Histórico de las Ciencias Médicas Carlos J. Finlay.
- García Quintanilla, Alejandra
1990 “Hacia una nueva agricultura: Yucatán a mediados del siglo XIX”, en: Othón Baños Ramírez, *Sociedad, estructura agraria y estado en Yucatán*, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán, México, pp. 133-166.
- Joseph, Gilbert M. y Allen WELLS.
1990 “Verano de descontento, estaciones de sublevación: hacia un análisis de la política de las élites y la rebelión rural en Yucatán, 1890-1915”, en: Othón Baños Ramírez, *Sociedad, estructura agraria y Estado de Yucatán*, Universidad Autónoma de Yucatán, pp. 233-256.
- Kumate, Jesús.
1990 “Las enfermedades transmisibles”, en: Ignacio Almada Bay (coord.), *Salud y crisis en México. Textos para un debate*, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades, UNAM, Siglo XXI, pp. 17-28.
- Lapointe Marie y Lucie Dufresne
1990 “El Cardenismo en Yucatán”, en: Othón Baños Ramírez, *Sociedad, estructura agraria y estado en Yucatán*, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán, México, pp. 341-377.
- Lara y Lara, Humberto
2010 “La trayectoria de la reforma agraria en Yucatán”, en: Erick Villanueva Mukul, (coord.), *Yucatán, Historia y Cultura Henequenera. Surgimiento, auge, revolución y reforma 1980-1930*, Instituto de Cultura de Yucatán, Gobierno Federal, tomo I, v. 2, Mérida Yucatán, México, pp. 475-486.
- Mantilla, Jorge.
2007 “Un necesario antecedente histórico: la Compañía Peninsular Explotadora de Petróleo, S.A. y la expansión del Partido Socialista de Yucatán, 1920-1923”, en: Luis Alfonso Ramírez Carrillo (coord.) *En la ruta del petróleo. Impactos de una eventual explotación petrolera en Yucatán*, Mérida, Yucatán, México, tomo 1, pp. 85-193.
- Menéndez, Eduardo L.
1992 “Salud Pública: Sector estatal, Ciencia Aplicada o ideología de lo posible”, en: Organización Panamericana de la Salud, *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*, Washington Publicación Científica No. 540, pp.103-122.
- Menéndez Navarro, Alfredo
2007 “La Colaboración Sanitaria Internacional: Reflexiones y Propuestas desde La Historia” En: R. Campos, L. Montiel, R. Huertas (coords.), *Medicina, ideología e historia en España (siglos XVI-XXI)*, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, pp. 51-75.

- Meza Andraca, Manuel
2010 “La reforma agraria cardenista en Yucatán”, en: Erick Villanueva Mukul (coord.) *Yucatán, Historia y Cultura Henequenera. Surgimiento, auge, revolución y reforma 1980-1930*, Instituto de Cultura de Yucatán, Gobierno Federal, tomo I, v. 2, Mérida Yucatán, México, pp. 455-474.
- Miño Grijalva, Manuel
1981 “Tendencias generales de las relaciones económicas entre México y España”, en: Clara Lida (coord.) *Tres aspectos de la presencia española en México durante el Porfiriato*, El Colegio de México, México, pp. 21-100.
- Neri Vera, Rolando
2002 “La salud en México durante los años 1941-1981”, en: Guillermo Fajardo Ortiz, Ana María Carrillo y Rolando Neri Vera, *Perspectiva Histórica de Atención a la Salud en México 1902-2002*, Organización Panamericana de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, México, D.F., pp. 67-100.
- Osorio Y Carvajal, Ramón.
1977 “Historia de la medicina alopática en la época independiente” en *Enciclopedia Yucatanense* T. IV, Edición Oficial del gobierno del Estado de Yucatán, Ciudad de México, D.F.
- Paquette, Catha
2012 “Soft Power: The Art of Diplomacy in US-Mexican Relations, 1940-1946”, en: Cramer, Gisela y Prutsch, Ursula (eds.) *¡Américas unidas! Nelson A. Rockefeller's Office of Inter-American Affairs (1940-46)*. Madrid/Frankfurt, Iberoamericana, Vervuert, pp. 143-180.
- Rodríguez, José María
2014 “Federalización de la salubridad”, en: Instituto Nacional de Estudios Históricos de la Revolución Mexicana, *50 discursos doctrinales en el Congreso Constituyente de la Revolución Mexicana, 1916-1917*, México, pp. 309-322.
- Sánchez Uriarte, María del Carmen.
2013 “Entre la salud pública y la salvaguarda del reino. Las fiebres misteriosas de 1813 y la guerra de independencia en la Intendencia de México”, en: América Molina, Lourdes Márquez Morfín, Claudia Patricia Pardo Hernández (coord.), *El miedo a morir. Epidemias, endemias y pandemias en México: análisis de larga duración*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Instituto Dr. José María Luis Mora, Universidad Autónoma de Puebla, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, pp. 51-74.
- Sierra Villareal, José Luis y Jose Antonio Paoli Bolio
2010 “Cárdenas y el reparto de los henequenales”, en: Erick Villanueva Mukul, (coord.) *Yucatán, Historia y Cultura Henequenera. Surgimiento, auge, revolución y reforma 1980-1930*, Instituto de Cultura de Yucatán, Gobierno Federal, tomo I, v. 2, Mérida Yucatán, México, pp. 421-454.

Solórzano, Armando.

- 1994 “The Rockefeller Foundation in Revolutionary México. Yellow Fever in Yucatán and Veracruz”, en: Marcos Cueto, *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America*, Indiana University Press, pp. 52-71.

Spencer, Daniela

- 1990 “La política económica del socialismo en la frontera sur, 1918-1923”, en: Othón Baños Ramírez, *Sociedad, estructura agraria y Estado en Yucatán*, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán, México, pp. 323-340.

Staples, Anne

- 2003 “Una educación para el hogar: México en el Siglo XIX”, en: María Arredondo (coord.), *Obedecer, servir y resistir: la educación de las mujeres en la historia de México*, Miguel Ángel Porrúa- Universidad Pedagógica Nacional, México, pp. 63-97.

Tafunell, Xavier.

- 2010 “La economía internacional en los años de entreguerras (1914-1945)”, en: Francisco Comín, Mauro Hernández y Enrique Llopis, *Historia Económica Mundial Siglos X-XX*, Crítica/Historia del Mundo Moderno, Barcelona, pp. 287-337.

Villanueva, Erick.

- 1990 “La Formación de las regiones en Yucatán”, en: Othón Baños Ramírez, *Sociedad, estructura agraria y estado en Yucatán*, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán, México, pp. 167-203.

Artículos y ensayos en revistas:

Abascal Vera, Horacio, Feliz Hurtado Gallés y César Rodríguez Expósito.

- 1955 “Finlay en la historia de la medicina. Informe Oficial al XIV Congreso Internacional de la Historia de la Medicina, Roma- Salerno, Italia”, en: *Cuadernos de Historia Sanitaria*, n. 7 pp. 11-69.

Agostoni, Claudia

- 2010 “Médicos rurales y brigadas de vacunación en la lucha contra la viruela en el México posrevolucionario, 1920-1940”, en: *Canadian Journal of Latin American and Caribbean Studies*, v. 35, n. 69, pp. 67-91.
- 2013b “Médicos rurales y medicina social en el México posrevolucionario (1920-1940)”, en: *Historia Mexicana*, v. 63, n. 2(250), octubre-diciembre, pp. 745-801.

Alcalá Ferraéz, Carlos

- 2012 “De miasmas a mosquitos: el pensamiento médico sobre la fiebre amarilla en Yucatán, 1890-1920”, en *História, Ciências, Saúde –Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan-mar., pp. 71-87.

Aréchiga Córdoba, Ernesto.

- 2007 “Educación, propaganda o "dictadura sanitaria". Estrategias discursivas de higiene y salubridad públicas en el México posrevolucionario, 1917-1945”, en: *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, n. 33, enero-junio, pp. 57-88.

- Armus, Diego
2002 “La Enfermedad en la Historiografía de América Latina Moderna”, en: *Asclepio*, v. LIV-2, pp. 41-60.
- Ávila Camacho, Manuel.
1945 “La Sanidad en México”, en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 24, n. 2, febrero, pp. 97-99.
- Baños Ramírez, Othón.
1993 “Reconfiguración rural-urbana en la zona henequenera de Yucatán”, en: *Estudios Sociológicos*, XI: 32, pp. 419-443.
- Barbosa Cano, Manlio
1965 “En torno a los factores que detienen el desarrollo en Chiapas, Guerrero y Tabasco”, en: *Anales del Instituto Nacional de Antropología e Historia*, n.47, tomo XVIII, sexta época (1939-1966), pp. 195-216.
- Betancourt Pérez, Antonio.
1953 “Necesita Yucatán una nueva revolución Técnica en la industria henequenera”, en: *Revista Sisal*, septiembre, 1953.
- Birn, Anne-Emanuelle
1996 “Public health or public menace? The Rockefeller Foundation and public health in Mexico, 1920-1950”, en: *Voluntas, International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, v. 7, n. 1, marzo, pp. 35-56.

2005 “Healers, Healing, and Child well-being: ideologies, institutions, and health in Latin America and Caribbean”, en: *Latin American Research Review*, v.40, n.2, junio, pp. 176-192.
- Blancarte Meléndez Juan Ramón y Noe de Jesús Cabrera Palma.
1959 “El programa de erradicación del paludismo en México”, en: *Salud Pública de México*. v.1, n.1, pp. 9-50.
- Bracamonte y Sosa, Pedro.
2007 “Yucatán: una región socioeconómica en la historia”, en: *Península*, v.2 n. 2, Mérida, septiembre-diciembre, pp. 13-32.
- British Medical Journal
1948 “Rockefeller Foundation: Yellow Fever Investigation”, en: *The British Medical Journal*, v. 1, n. 4547, February 28th, pp. 402.
- Bustamante, Miguel
1952 “Los primeros cincuenta años de la Oficina Sanitaria Panamericana”, en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 31, v. 33, no. 6, diciembre, pp. 471-531.

1957 “La fiebre amarilla en México y origen en América. Estudio epidemiológico e histórico”, en: *Gaceta Médica de México* Tomo LXXXVII, n. 5, mayo, pp. 357-361.

- 1958b “Epidemiología de la fiebre amarilla en América Central”, en: *Gaceta Médica de México* Tomo LXXXVIII, n. 4,1 de abril, pp. 225-241.
- 1968 “Estado actual de la Campaña para la Erradicación del Paludismo”, en: *Gaceta Médica de México*, v. 98, n.5, pp. 502-614.
- 1972 “Cincuentenario del Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana, 1922”, en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v.72, n. 5, mayo pp. 375-396.
- 1975 “La lucha antipalúdica en el mundo y en México” y “Conclusiones”, en: *Gaceta Médica de México*, v.110, n.6, diciembre, pp. 389-391 y 417-420.
- 1977 “Los sanitaristas y el ideal de salud en la Historia de la OPS”, en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 83, n. 6, pp. 507-522.
- 1983 “Hechos sobresalientes en la historia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia”, en: *Salud Pública de México*, v. 25, n. 5, septiembre-octubre, pp. 465-482.
- 1988 “La Coordinación de los Servicios Sanitarios Federales y Locales como Factor de Progreso Higiénico en México. Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina de México”, en: *Gaceta Médica de México*, v.30, n.5. septiembre- octubre, pp. 739-754.
- Brown, T., Cueto, M. y Fee, E.
 2006 “The World Health Organization and the transition from International to Global Health. Public Health Then and Now”, en: *American Journal of Public Health*, v. 96, n.1, enero, pp. 62-72.
- Caloca, Lauro
 1922a “Departamento de Cultura Indígena, Informe del jefe del Departamento”, en: *Boletín de la Secretaría de Educación Pública*, tomo 1, n. 1, mayo, pp. 573-574.
- 1922b “Informe del Departamento de Educación y Cultura Indígena”, en: *Boletín de la Secretaría de Educación Pública*, tomo I, n. 2, septiembre, México, pp. 261-273.
- Cardoso Brum, Myriam.
 1989 “Análisis de políticas de salud, ¿un área nueva?, en: *Salud Pública de México*, v. 31, n. 5, pp. 705-709.
- Carrillo, Ana María.
 1998 “Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX”, en: *Asclepio*, v. L-2, pp.149-168.
- 2000 “La reglamentación sanitaria de la muerte”, en: *Cuadernos para la Historia de la Salud*, México, Secretaría de Salud, pp. 43-66
- 2002a “Economía, política y salud pública en el México porfiriano”, en: *História, Ciências, Saúde*, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.9, pp. 67-87.

- 2005 “Salud pública y poder en México durante el Cardenismo, 1934-1940”, en: *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, v.25, pp. 145-178, consultado el día 12 de agosto de 2019 en <https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/114016>.
- Carrillo Gil, Alvar.
1937 “Política y Salubridad”, en: *La Revista Médica de Yucatán*, tomo XIX, n. 5, junio 30, pp. 97-89.
- Casares Vidal, Dolores.
1988 “El sector henequenero en Yucatán”, en: *Revista CIDOB D’Afers Internacionals*, n.12, pp. 77-93.
- Castillo Nájera, Francisco.
1922 “The Campaign Against Yellow Fever in Mexico”, en: *American Journal of Public Health*, v.XII, n.3, march, pp. 181-187.
- Cerda, Jaime y Gonzalo Valdivia C.
2007 “John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna”, en: *Revista Chilena de Infectología*, v.24, n.4, agosto, pp. 331-334.
- Cervera Andrade, Alejandro
2001 “Apuntes para la historia del Hospital O’Horán de la ciudad de Mérida, Yucatán, México”, en: *Revista Bio-Medic*, enero- marzo, v.12, n.1, pp. 63-74.
- Cueto, Marcos.
1990 “The Rockefeller Foundation's Medical Policy and Scientific Research in Latin America: The Case of Physiology”, en: *Social Studies of Science*, v. 20, n. 2, may, pp. 229-254

1992 “Sanitation from above: Yellow fever and foreign intervention in Peru, 1919-1922”, en: *The Hispanic American Historical Review*, v. 72, n.1, febrero, pp. 1-22.

2005 “Instituciones sanitarias y poder en América Latina”, en: *DYNAMIS. Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, n. 25, pp. 49-57.

2015 “La “cultura de la sobrevivencia” y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo XX”, en: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.1, jan.-mar., pp. 255-273.
- Cumming, Huhg, Sebastián Lorente, Lucas Sierra, Pablo A. Suárez y S. B. Grubbs.
1926 “Pan American Conference of Directors of Health”, en: *Public Health Reports (1986-1970)*, v.41, n.46, noviembre, pp. 2585-2592.
- Doval, Hernán E.

2003 “John Show y la epidemia de cólera en Londres en 1854”, en: *Revista Argentina de Cardiología* 2003, n. 71, pp. 463-467.

- Duffy, Thomas P.
 2011 “The Flexner Report — 100 Years Later”, en: *Yale Journal of Biology and Medicine*, v.84, n. 3, september, pp. 269-276. Revisado el día 20 de marzo de 2019 en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3178858/>.
- Eibenschutz, Catalina y Thelma Raphael
 1992 “Historia de la política sanitaria en México”, en: *Estudios Políticos* época 3, n.10, mayo-agosto, pp. 135-166.
- Escotto Velázquez, Jorge
 1999 “Semblanza del Doctor Eduardo Liceaga”, en: *Revista Médica del Hospital General de México, S.S.*, v. 62, n. 4, octubre-diciembre, pp. 237-239.
- Espinoza, Mariola
 2013 “Globalizing the History of Disease, Medicine, and Public Health in Latin America”, en: *Isis*, v. 104, n. 4, diciembre, pp. 798-806.
- Esquivel Fernández, J. M.
 1937 “Esbozo de acción sanitaria en la ciudad de Mérida”, en: *La Revista Médica de Yucatán*, tomo XIX, n. 5, junio 30, pp. 79-87.
- Fabela, Alfonso
 1941 “Exploración económico-social del estado de Yucatán”, en: *El Trimestre Económico*, v.8, n.31 (3), oct-dic., pp. 398-465.
- Fargey, Kathleen M.
 2019 “The deadliest enemy”, en: *Army History*, n. 111, pp. 24-39.
- Fajardo Ortiz, Guillermo
 2003 “Las primeras atenciones “tipo hospital” y los primeros hospitales de Tampico, Tamaulipas”, en: *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, v.46, n. 5, septiembre-octubre, pp. 208-210.
- Fierros Hernández, Arturo
 2014 “Concepto e historia de la salud pública en México (Siglos XVII a XX)”, en: *Gaceta Médica de México*, n.150, pp. 195-199.
- Finlay, Carlos
 1992 “El mosquito hipotéticamente considerado como agente de transmisión de la fiebre amarilla”, en: *Salud Pública de México*, México, v.34, n.4, pp. 474- 483.
- Foucault, Michael
 1977 “Historia de la medicalización”, en: *Educación médica y salud*, v.11, n. 1, pp. 1-25.
- Franco Agudelo, Saúl.
 1983 “The Rockefeller Foundation's Antimalarial Program in Latin America: ¿Donating or Dominating?”, en: *International Journal of Health Services*, v. 1, pp. 51-57.

- Franco –Giraldo, Álvaro y Carlos Álvarez-Dardet
 2009 “Salud Pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A”, en: *Revista Panamericana Salud Publica / Pan Am/ Public Health* v.25, n.6, pp. 540-547.
- Frenk, Julio
 1988 “La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción”, en: *Salud Pública de México*, n. 30, pp. 246-254.
- Gálvez, José
 1924 “Proyecto para la organización de las misiones federales de educación”, *Boletín de la Secretaría de Educación Pública*, tomo II, n. 5, pp. 599-606.
- Gamboa Ricalde, Rubén
 1952 “El Servicio Médico Foráneo”, en: *Asistencia Social*, Órgano del Departamento de Asistencia Social de Henequeneros de Yucatán, Mérida, Yucatán, México, v. II, n. 7, abril mayo, junio, pp. 32-33.
- García Sáncuez, J., Enrique García. y Lucila Merino, M.
 2010 “Cien años de la bala mágica del Dr. Ehrlich (1909--2009)”, en: *Enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica*, v. 28, v.8, pp. 521-533.
- García Sánchez, Felipe, Heliodoro Celis Salazar, y Carlos Carboney Mora.
 1955 “Viruela en la República Mexicana”, en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. XVIII, n. 3, pp. 296-306.
- Gilbert, Joseph y Allen Wells
 1982 “Corporate Control of a Monocrop Economy: International Harvester and Yucatan’s Henquen Industry during the Porfiriato”, en: *Latin American Research Review*, v. 17, n. 1, pp: 69-99.
- Gobierno de México
 1977 “Control vs. Erradicación en los Programas de Paludismo. Posición de México” tema 38 del programa presentado en la XXV Reunión de la Organización Panamericana de la Salud, y la XXIX Reunión de la Organización Mundial de la Salud, Washington, D. C”, en: Organización Panamericana de la Salud, septiembre -octubre, CD25/31, pp.1-9.
- Gómez Dantés, Octavio, y Babak Khnoshood
 1991 “La evolución de la salud internacional en el Siglo XX” en *Salud Pública de México*, v. 33, n. 4. Consultado el día 12-08-2019 en:
<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5409/5683>
- Gómez-Galvarriato, Aurora
 s/f “Porfiriato Vida Económica ¿Qué sabemos de nuevo?” Centro de Investigación y Docencia Económicas A.C. consultado en web el día 8 de febrero de 2019
<http://lasa.international.pitt.edu/Lasa2000/GomezGalvarriato.PDF>.

- Góngora Bianchi, Renán,
 1997 "Apuntaciones históricas en referencia a la medicina tropical", en: *Revista Biomedicina*, v. 8, pp. 49-52.
- 2004 "La erradicación de la fiebre amarilla en Mérida, Yucatán: una historia de tenacidad y éxito", en: *Revista Biomedicina* v. 15, n. 4, octubre-diciembre, pp: 251- 258.
- Góngora -Biachi, Renán A. (coordinador)
 2002 "Enfermedades emergentes y reemergentes en Yucatán a finales del Siglo XX", en: *Revista Biomedicina*; v. 8, n. 4, octubre-diciembre, pp. 247-265.
- González Fernández, Antonio.
 2011 "Reflexiones sobre salud pública internacional"; en: *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(4), 372-379. Recuperado en 01 de marzo de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400003&lng=es&tlng=es.
- González Rivera, Manuel
 1949 "Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales de México: Diez años de trabajo", en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, OPS*, v.28, n. 7, julio, pp. 702-713.
- González y González, Luis
 1966 "Los presidentes de México ante la Nación, 1821-1966", en: *Informes, manifiestos y documentos*, México, Cámara de Diputados, v. 4, pp. 16-38.
- Groot, Hernando
 1999 "Sesenta años de vacuna antimarílica", en: *Biomédica*, v.19, n.4, pp. 269-271.
- Gudiño Cejudo, María Rosa y Laura Magaña Valladares
 2013 "La escuela de salud pública de México y su interacción continental, 1945-1982", en: *Salud Pública de México*, v. 55, n.41, julio-agosto, pp. 433-441.
- Gudiño-Cejudo, María Rosa, Laura Magaña Valladares, y Mauricio Hernández Ávila
 2013 "La Escuela de Salud Pública de México: su fundación y primera época, 1922-1945", en: *Salud Pública de México*, v. 55, n. 1, enero- febrero, pp. 81-91.
- Hernández Fajardo, D.
 1914 "Un caso de fiebre amarilla en un nativo de Yucatán", en: *Revista Médica de Yucatán*, v. IX, n. 3, pp. 53-58.
- Hoffman, C. C.
 1929 "Paludismo", en: *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, Oficina Sanitaria Panamericana, n. 2, pp. 11-13.
- Kostka Fernández, Estanislao
 2009 Políticas públicas, Madrid, Universidad Complutense de Madrid: En Román Reyes (Dir): *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico-*

Social, Tomo 1/2/3/4, Ed. Plaza y Valdés, Madrid-México 2009. Consultado el día 18 de febrero de 2021, en:
http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/P/politicas_publicas_b.htm

Laris Pardo, Jorge A.

2018 “Propaganda y reforma escolar en el gobierno de Felipe Carrillo Puerto (1921-1923)”, en: *Temas Antropológicos*, v. 40, n. 2, pp. 87- 117.

Larrea Killinger, Cristina; Barreto, Mauricio L.

2006 “Salud ambiental urbana: aproximaciones antropológicas y epidemiológicas sobre la evaluación de un programa de alcantarillado en un contexto de grandes desigualdades sociales” en: *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, n. 22, pp. 71-99.

Lee, K. R.

1942 “Disease in wartime, Research Reports 1942” (Vol. I), en: *CQ Researcher*, febrero, consultado el día 5 mayo de 1919 en <http://library.cqpress.com/cqresearcher/cqresrre1942021000>

Leonard, Jonathan

1992 “William Gorgas, Soldado de la Salud Pública”, en: *Bulletin of Sanit Panam*” v.112, n.3, pp. 223-243.

Le Roy y Cassa, Jorge

1931 “Finlay y su obra fundamental”, en: *Gaceta Médica de México*, n. 9, pp. 165-177.

Liceaga, Eduardo

1905 “Segunda memoria acerca del plan de campaña que se ha adoptado para la extinción de la fiebre amarilla”, en: *Gaceta Médica de México*, v. 5, n. 12, 15 de junio, pp. 139-143.

1911a “Yellow Fever has Disappeared from fhe Mexican Republic”, en: *American Journal of Public Health*, Urbana III, American Public Health Association, v. I., n. 10, January, pp. 735.

Lustig, Nora y Antonio Martín del Campo

1985 “Descripción del funcionamiento del sistema CONSADUPO”, en: *Investigación Económica* v.44, n.73, julio-septiembre, pp. 215-243.

Machuca Gallegos, Laura

2011 “Hacienda y movilidad social en Yucatán en el siglo XIX”, en: *Letras Históricas*, Año 4, n.5, U de G., México, UNAM. Recuperado a partir de <http://www.letrahistoricas.cucsh.udg.mx/index.php/LH/article/view/2104>

Malavassi Aguilar, Ana Paulina

2006 “El encuentro de la Fundación Rockefeller con América Central, 1914-1921”, en: *Diálogos Revista Electrónica de Historia*, v. 7, n. 1, febrero-agosto, pp. 115-149 consultado el día 3 de febrero de 2020 en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2003372>

- Marichal, Carlos
 2016 Reseña de ¡Américas Unidas! Nelson A. Rockefeller's Office of Inter-American Affairs (1940-46), Gisela Cramer y Ursula Prutsch (eds.), en: *Historia Mexicana*, v.65, n. 3, Ciudad de México, enero/marzo, pp. 1496-1501.
- Martínez Báez, Manuel.
 1957 "Consecuencias sociales y económicas del paludismo en México", en: *Gaceta Médica de México*, numero extraordinario, enero, pp. 11-17.
 1975 "El paludismo en el Mundo. Aspectos técnicos, sociales y económicos" en: *Gaceta Médica de México* v.110, n.6, diciembre, pp. 391-397.
- Martínez Marañón, Ricardo
 1963 "Doctor Galo Soberón y Parra" en: *Salud Pública de México*, v. 5, n. 6, pp. 1141-1142.
- Mateos Jiménez, Juan B.
 2005 Actas de las conferencias sanitarias internacionales (1851-1938), en: *Revista especializada Salud Pública*, v. 79, n. 3, mayo-junio, pp. 339-349.
- Menéndez, Eduardo L.
 1984 "Centralización o autonomía. La "nueva" política del sector salud en México", en: *Boletín de Antropología Americana*, n. 10, diciembre, Publicado por Pan American Institute of Geography and History, pp. 85-95.
 1992 "Salud Pública: Sector estatal, Ciencia Aplicada o ideología de lo posible", en: *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*, editado por la Organización Panamericana de la Salud, Washington Publicación Científica No. 540, pp. 103-122.
 2005 "El modelo médico y la salud de ellos trabajadores", en: *Salud Colectiva, La Plata*, v. 1, no. 1, enero-abril, pp. 9-32.
- Mendoza García, Edgar.
 2004 "Las primeras misiones culturales ambulantes en Oaxaca, 1926-1932. ¿Éxito o fracaso?", en: *Revista Cuadernos del Sur*, año 10, n. 20, marzo. México, pp. 71-86.
- Molina Del Villar, América.
 2015 "El tifo en la ciudad de México en tiempos de la Revolución Mexicana, 1913-1916", en: *Historia Mexicana*, LXIV: 3, pp. 1163-1247.
- Molina, Gustavo y Ruth Puffer
 1955 "Informe sobre las condiciones sanitarias en las Américas 1950-1953", en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 34, v. XXXIX, n. 4, octubre, pp. 329- 338.
- Montoya Cárdenas, John Jairo
 2009 "La Propaganda estadounidense en la radio barranquillera durante la Segunda Guerra Mundial 1942-1945", en: *Memorias*, Revista Digital de Historia y Arqueología desde el Caribe, n.11, 2009 consultado el 11 de enero de 2021 en:

- Morgan, Lynn M.
1993 "Política Internacional y Atención Primaria De Salud En Costa Rica", en: *Anuario de Estudios Centroamericanos*, v. 19, n. 1, Universidad de Costa Rica, pp. 91-105
- Novelo-Oppenheim, Victoria.
2012 "De revoluciones y cambios culturales. Yucatán 1915-1929", en: *Liminar, Estudios Sociales y Humanísticos*, año 10, v. X, n. 2, julio-diciembre, pp. 178-194.
- Núñez Mata, Efrén.
1961 "Salvador Alvarado y la Educación", en: *Historia Mexicana*, v. X, n. 3, enero-marzo, pp. 422-436.
- Oficina Sanitaria Panamericana
1930 "Paludismo", en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v.9, n.1, enero, pp. 19-69.
1935 "Crónicas Paludismo", en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 14, n. 5, mayo, pp. 443-469.
1937 "Crónicas Paludismo", en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 16, n. 3, marzo, pp. 237-260.
- Ortiz Peralta, Rina, Enrique Arriola, y Pedro Siller.
1977 "Los gobiernos de Salvador Alvarado y Carrillo Puerto", en: *Historia Obrera*, CESHMO, México, 2a. época, v. 2, n. 8, abril.
- Owens, Patrick N., y A.M. Asce.
1956 "Función de la ingeniería sanitaria en los programas de erradicación de la malaria", en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 41, n. 1, julio, pp. 36-44.
- Palmer, Steven
2010 "A Cuban Scientist Between Empires: Peripheral Vision on Race and Tropical medicine", en: *Canadian Journal of Latin American and Caribbean Studies / Revue canadienne des études latino-américaines et caraïbes*, v. 35, n. 69, pp. 93-118.
- Parran, Thomas
1938 "Control de enfermedades venéreas", en: *E. R. R.*, v. II, pp. 281-297.
- Patch, B. W
1942 "Latin America and the war". *Research reports*, v.1, Washington, D.C. Revisado el 5 de mayo de 1919 en:
<http://library.cqpress.com/cqresearcher/cqresrre1942010200>

- Patterson, Robert U.
 1934 “La Labor de Walter Reed y sus compañeros”, en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 13, n. 10, octubre, pp. 917-922.
- Paz Soldán, Carlos
 1925 “La malaria enfermedad internacional”, en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v.4, n. 12, diciembre, pp. 433-435.
- Pesqueira, Manuel.
 1957 “Programa de erradicación del Paludismo en México”, en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 36, v. 42, n. 6, junio, pp. 537-547.
- Pruneda, Alfonso
 1921 “Los estudios de salubridad en las facultades de medicina”, en: *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, n.2, pp. 517-518
- 1922 “Informe del Dr. Alfonso Pruneda, Secretario General del Departamento de Salubridad Pública de México, en la Inauguración de la Escuela Anexa al Departamento de Salubridad”, en: *Organización Panamericana de la Salud*, México, 23 de marzo de 1922, pp. 305- 309.
- Ramírez, Rafael
 1924 “La Misión Cultural de Zacualtipán, Hidalgo.”, en: *Boletín de la Secretaría de Educación Pública*, tomo II, n. 5, pp. 119-123.
- Rankin, Mónica
 2018 “¿Buenos vecinos? La diplomacia de la OIAA durante la Segunda Guerra Mundial”, en: *Huellas de Estados Unidos, Estudios y debates desde América Latina*, n. 15, octubre, pp. 55- 75.
- Richmond, Douglas W.
 1976 “El nacionalismo de Carranza y los cambios socioeconómicos: 1915-1920”, en: *Historia Mexicana*, v. 26, n. 1, julio- septiembre, pp. 107-131
- Ríos de la Torre, Guadalupe.
 2006 “Limpieza, orden y progreso en la sociedad porfiriana” en Revista electrónica *Tiempo y Espacio*, Área de Historia y Cultura en México del Departamento de Humanidades de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco, n. 9, enero de 2006.
- Rodríguez de Romo, Ana Cecilia
 2002 “Los médicos como gremios de poder durante el Porfiriato”, en: *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina*, v. 5, n. 2, pp. 4-9.
- Rodríguez de Romo, Ana Cecilia, y Rodríguez Pérez, Martha Eugenia.
 1998 “Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX”, en: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v.5, n. 2, pp. 293-310.

- Rodríguez Morales, Alfonso J.
2005 “La Importancia del Legado de John Snow para la Epidemiología”, en: *Revista de la Sociedad Médico Quirúrgica Hospital de Emergencia Pérez de León*, v. 36, n.3, pp. 3-4.
- Román y Carrillo, Guillermo
1956 “Evaluación de la campaña de erradicación del Paludismo en México”, en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v.40, n.6, junio, pp. 499-503.

1975 “El paludismo en México”, en: *Gaceta Médica de México*, v.110, n.6, diciembre, pp. 401-409.
- Romero Álvarez, Humberto
1964 “Comisión nacional para la erradicación del paludismo”, en: *Salud Pública de México*” n. 6, noviembre-diciembre, pp. 1122- 1152.

1975 “Estrategias y Tácticas de la erradicación”, en: *Gaceta Médica de México*, v.110, n.6, diciembre, pp. 410- 415.
- Roth Deubel, André Noël.
2008 “Perspectivas teóricas para el análisis de las políticas públicas: ¿de la razón científica al arte retórico?”, en: *Estudios Políticos*, n. 33, Universidad de Antioquia, pp. 61-97.
- Sanfilippo-Borrás, José
2010 “Algunas enfermedades y epidemias en torno a la Revolución Mexicana”, en: *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, v. 48, n.2, marzo-abril, pp. 163-166
- Sagasti, Francisco R. y Alejandra Pavez
1989 “Ciencia y tecnología en América Latina a principios del siglo XX: Primer Congreso Científico Panamericano”, en: *Quiju*, v. 6, n. 2, mayo-agosto, pp. 189-216.
- Savarino Roggero, Franco
2017 “El legado ancestral en un régimen político revolucionario: Yucatán, 1922-1924”, en: *Academia XXII*, v.8, n.16, pp. 21-50.
- Serviddio, Fabiana
2012 “Entre la buena voluntad y la convicción: exhibiciones, propaganda y relaciones interamericanas durante la Segunda Guerra”, en: *A Contra Corriente*, v.9, n.3, pp. 121-149.
- Siddiqi, Javed.
1995 World health and world politics: the World Health Organization and the UN system. London: C. Hurst. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41635>, consultado el día 3 de febrero de 2021.

- Siurob, José
1936 “La Sanidad en México”, en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 15, n.12, diciembre, pp. 1137-1154.
- Solórzano, Armando
1992 “Sowing the seeds of neo-imperialism: the Rockefeller Foundation's yellow fever campaign in Mexico”, en: *International Journal Health Services*, v. 22, n. 3, pp. 529-54.

1996 “La influencia de la fundación Rockefeller en la conformación de la profesión médica mexicana, 1921-1949” en: *Revista mexicana de sociología*, enero- marzo, v. 58 n. 1, pp. 173-203.
- Soper, Fred L.
1955 “La erradicación de la malaria en el hemisferio occidental”, en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 34, v. XXXVIII, n.3, marzo, pp. 231-236.

1965 “El *Aedes Aegypti* y la Fiebre Amarilla”, en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 64, n. 3, marzo, (1968), pp. 188-196.
- Strauss Neuman, Martha
1986 “Relaciones entre México y los Estados Unidos: 1921”, en: *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, v. 10, pp. 177-196.
- Sutter, p.
2000 “Arrancarle los dientes al trópico: ambiente, enfermedad y el programa sanitario de Estados Unidos en Panamá, 1904-1914” en: *Papeles de Población*, v.6 n.24, abril-junio, pp. 61-93.
- Szymanski, Albert
1973 “Las Fundaciones Internacionales y América Latina”, en: *Revista Mexicana de Sociología*, v. 35, n. 4, octubre-diciembre, pp. 801-817.
- Toledo Curbelo, Gabriel José
2000 “Iatrohistoria de la Fiebre Amarilla en Cuba.1492-1909”, en: *Revista Cubana Higiene- Epidemiología* v. 38, n. 3, pp. 220-227
- Torres Muñoz, Adrián.
1995 “La fiebre amarilla en México. Erradicación del *Aedes aegypti*”, en: *Salud Pública de México*, [S.l.], v. 37, enero, disponible en: <<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4570/5023>>. Consultado el día 14 feb. 2019.
- Tuellsa, José y Paloma Massóc
2006 “Colonialismos, trasiegos y dualidades: la fiebre amarilla”, en: *Vacunas*, v.7, n. 4, pp. 186-196.

- Valencia, Germán y Álvarez Yohán.
2008 “La ciencia política y las políticas públicas: notas para una reconstrucción histórica de su relación”. *Estudios Políticos*, 33, Instituto de Estudios Políticos Universidad de Antioquia, pp. 93-121.
- Varg, Paul A.
1975 “The Economic Side of the Good Neighbor Policy: The Reciprocal Trade Program and South America”, en: *Pacific Historical Review*, v. 74, n. 3, pp. 47-71.
- Vargas G., Daniel L.
1957 “Agentes patógenos y vectores. Medicamentos e Insecticidas”, en: *Gaceta Médica de México*, v.110, n.6, diciembre, pp. 397-401.
- Vargas, Luis, Guillermo Román y Carrillo, y Arturo Almaraz Ugalde.
1959 “Organización y evaluación de la campaña de erradicación del paludismo en México durante el primer año de cobertura integral”, en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v.46, n.6, junio, pp. 536-546.
- Veyro, Francisco
1922 “Profesores Conferencistas”, en: *Boletín de la Secretaría de Educación Pública*, Tomo I, n. 2, septiembre, pp. 269-270.
- Weinding, Paul.
1997 “Philanthropy and World Health: The Rockefeller Foundation and The League of Nations Health Organisation.”, en: *Minerva*, vol. 35, no. 3, pp. 269–281. Disponible en www.jstor.org/stable/41821072 consultado el 3 de febrero de 2021.

2000 “La Fundación Rockefeller y el organismo de salud de la sociedad de Naciones: algunas conexiones españolas”, en: *Revista Española Salud Pública*, n. 74, pp. 15-26.
- Wolman, Abel
1946 “Algunos desenvolvimientos en ingeniería sanitaria durante la guerra”, en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v.25, n.4, abril, pp. 305-313.
- Zipernian, Haskell
1971 “The Panamá canal: a medical history”, in *Américas*, v. 23, n. 6, pp.8-18.
- Zúbok, Lev
1982 “Primeras Conferencias Panamericanas” en Moscú, Academia de Ciencias de la URSS, *El panamericanismo su evolución histórica y esencia*.

Folletos:

- Ávila E, Alonso.
1904 “Conferencia: acerca de la etiología y profilaxia del paludismo y de la fiebre amarilla, dada en Mérida, en el local del Seminario Conciliar Universitario, el 31 de julio de 1904 [folletería], *CAIHY*, LXVII -1904 -18, Liga de Saneamiento.

Faidutti, Juan Carlos.

- 2005 *Derecho Internacional Americano y la Carta Democrática Interamericana*. Centro de Investigaciones Universidad Espíritu Santo, Folleto de Investigación No. 6.

Informes de Presidentes y Gobernadores:

Alemán Valdés, Miguel.

- 2006 “VI informe de gobierno del presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos” 1 de septiembre de 1952. *Informes Presidenciales Miguel Alemán Valdés*, Centro de Documentación, Información y Análisis, Servicio de Investigación y Análisis. RE-ISS-09-06-10.

Franco Aguilar, Agustín

- 1959 *I Informe del Gobernador Agustín Franco Aguilar*, Editorial Zamná Mérida, Yucatán, México.
- 1960 *II Informe del Gobernador Agustín Franco Aguilar*, Editorial Zamná, Mérida, Yucatán, México.
- 1961 *III Informe del Gobernador Agustín Franco Aguilar*, Mérida, Yucatán, México.
- 1962 *IV Informe del Gobernador Agustín Franco Aguilar*, Editorial Zamná, Mérida, Yucatán, México.
- 1963 *V Informe del Gobernador Agustín Franco Aguilar*, Talleres Gráficos del Sudeste, S.A. de C.V., Mérida, Yucatán, México.
- 1964 *VI Informe del Gobernador Agustín Franco Aguilar*, Mérida, Yucatán, México.

González Beytia, José

- 1948 *Informe del Ciudadano Profesor José González Beytia, Gobernador Constitucional del Estado*, Talleres Gráficos y Editorial Zamná, Mérida, Yucatán, México.
- 1949 *Informe del Ciudadano Profesor José González Beytia, Gobernador Constitucional del Estado*, Talleres Gráficos y Editorial Zamná, Mérida, Yucatán, México.
- 1950 *Informe del Ciudadano Profesor José González Beytia, Gobernador Constitucional del Estado*, Talleres Gráficos y Editorial Zamná, Mérida, Yucatán, México.

Mena Palomo, Víctor.

- 1955 *Segundo Informe del Profesor Víctor Mena Palomo, gobernador Constitucional Interino del Estado*, leído ante la XXXIX Legislatura de Yucatán el 31 de enero de 1955, Talleres Gráficos del Sudeste, S. A., Mérida, Yucatán, México.
- 1956 *Tercer Informe del Profesor Víctor Mena Palomo, Gobernador Constitucional Interino del Estado*, leído ante la XXXIX Legislatura de Yucatán el 5 de febrero de 1956, Talleres Gráficos del Sudeste, S. A., Mérida, Yucatán, México.

1957 *Quinto Informe del Profesor Víctor Mena Palomo*, Gobernador Constitucional Interino del Estado, leído ante la XXXIX Legislatura de Yucatán, Talleres Gráficos del Sudeste, S. A., Mérida, Yucatán, México.

1958 *Sexto Informe del Profesor Víctor Mena Palomo*, Gobernador Constitucional Interino del Estado, leído ante la XXXIX Legislatura de Yucatán el 5 de febrero de 1956, Talleres Gráficos del Sudeste, S. A., Mérida, Yucatán, México.

Ruíz Cortines, Adolfo.

2006 “VI informe de gobierno del presidente constitucional de los Estados Unidos Mexicanos” 1 de septiembre de 1958. *Informes Presidenciales Adolfo Ruíz Cortines*, Centro de Documentación, Información y Análisis, Servicio de Investigación y Análisis. RE-ISS-09-06-11.

Tesis:

Aguilar Osorio, Milton

1948 *Informe de la Exploración Sanitaria del Municipio de Calotmul, Yucatán*. Tesis para optar al grado de Médico Cirujano, Universidad Autónoma de México, Escuela Nacional de Medicina.

Canto Valdés, Luis Roberto

2015 *La fiebre amarilla en Yucatán, 1903-1920. Entre el deseo de la erradicación y la realidad del control. Las razones de una lucha sanitaria inconclusa*. Tesis de doctorado, CIESAS-Peninsular, Mérida Yucatán, México.

Carrillo, Ana María

2010 *Epidemias, saberes médicos y salud pública en el porfiriato*, Tesis de Doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México.

Franco Moo, José Crisanto.

2017 *La Experiencia socialista en la Península de Yucatán. Genesis y eclosión de un proyecto político (1915-1930)*, Tesis de doctorado, CIESAS- Peninsular, Mérida Yucatán, México.

Mazzaferri, Anthony J.

1968 *Public health and social revolution in Mexico, 1877-1930*. Kent State University, Ph. D., University Microfilms, Inc, Ann Arbor, Michigan.

Ríos de la Torre, Guadalupe

2004 *Sexualidad y prostitución en la ciudad de México durante el Porfiriato y la Revolución Mexicana 1910-1920*, Tesis de Doctorado, UNAM, México.

Sauri Riancho, Dulce María

2012 *El Proceso de Industrialización de Yucatán, 1880-1970. Henequén, Estado y Empresarios*. Tesis de Maestría, CIESAS- Peninsular, Mérida Yucatán, México.

Solórzano Ramos, Armando.

1990 *The Rockefeller Foundation in Mexico: Nationalism, public health and yellow fever (1911-1924)*, Ph. Doctor of Philosophy, The University of Wisconsin – Madison.