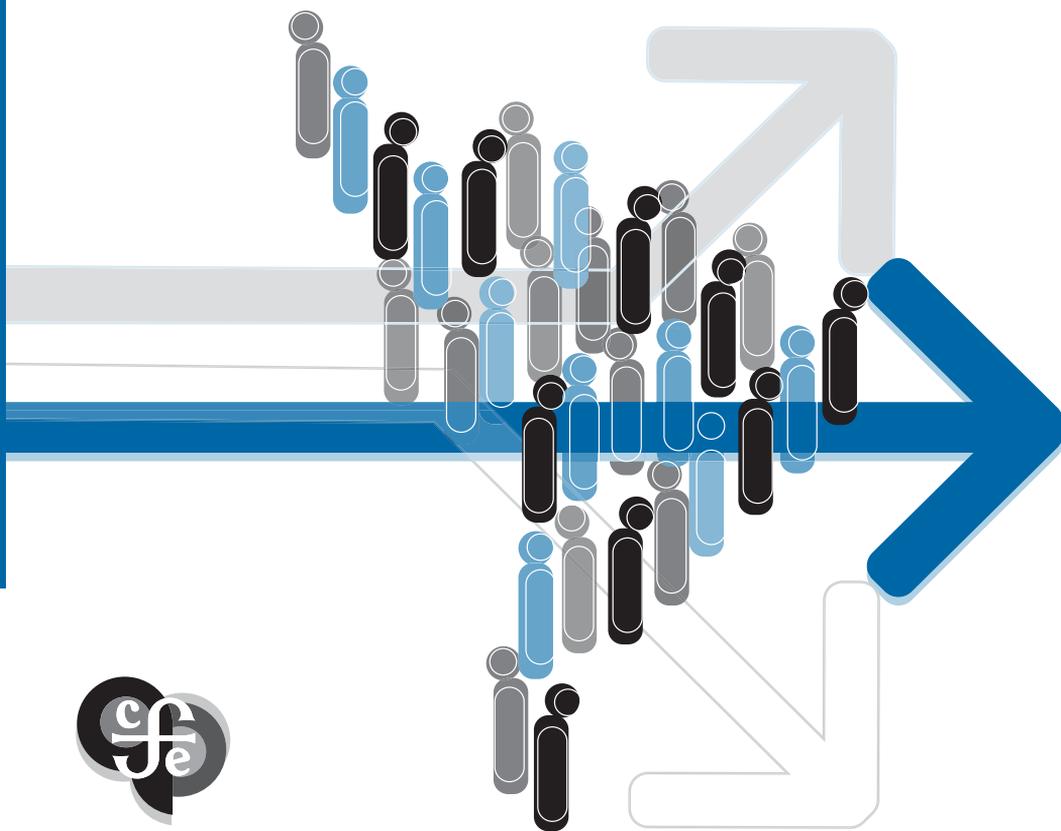


Medicina y salud pública en América Latina

Una historia

Marcos Cueto y Steven Palmer

Traducción de Adriana Soldi



BIBLIOTECA DE LA SALUD

MEDICINA Y SALUD PÚBLICA EN AMÉRICA LATINA

MARCOS CUETO • STEVEN PALMER

Medicina y salud pública en América Latina

Una historia

Traducción de
ADRIANA SOLDI



FONDO DE CULTURA ECONÓMICA

Primera edición en inglés, Cambridge University Press, 2014
Primera edición, 2024

[Primera edición en libro electrónico, 2025]

Cueto, Marcos y Steven Palmer

Medicina y salud pública en América Latina. Una historia / Marcos Cueto, Steven Palmer ; trad. de Adriana Soldi. — México : FCE, 2024

390 p. ; 23 × 17 cm — (Colec. Biblioteca de la Salud)

Título original: *Medicine and Public Health in Latin America: A History*

ISBN 978-607-16-8393-9 (FCE)

ISBN 978-607-8273-42-3 (Conahcyt)

1. Medicina – América Latina – Historia 2. Salud pública – América Latina – Historia
3. Atención médica – América Latina – Historia 4. Políticas sanitarias – América Latina – Historia
5. Salud pública – Cooperación internacional – Historia I. Palmer, Steven, coaut. II. Soldi, Adriana, tr. III. Ser. IV. t.

LC RA450.5 C485

Dewey 362.1098 C273m

Distribución mundial

Esta publicación forma parte del proyecto “Plataformas de difusión científica: narrativas transmedia para México” del Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, apoyado por el Conahcyt en el año 2024



CONAHCYT
CONSEJO NACIONAL DE HUMANIDADES
CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS

Título original: *Medicine and Public Health in Latin America: A History*

D. R. © 2024, Fondo de Cultura Económica

Carretera Picacho-Ajusco, 227; 14110 Ciudad de México

www.fondodeculturaeconomica.com

Comentarios: editorial@fondodeculturaeconomica.com

Tel.: 55-5227-4672

Diseño de portada: Neri Ugalde Guzmán

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra, sea cual fuere el medio, sin la anuencia por escrito del titular de los derechos.

ISBN 978-607-16-8393-9 (FCE)

ISBN [pendiente] (electrónico-pdf, FCE)

ISBN 978-607-8273-42-3 (Conahcyt)

ISBN [pendiente] (electrónico-pdf, Conahcyt)

Impreso en México • *Printed in Mexico*

SUMARIO

<i>Agradecimientos</i>	9
<i>Introducción</i>	11
I. Medicina indígena, salud oficial, pluralismo médico	21
II. Medicinas nacionales y Estados sanitarios	78
III. Creando la salud nacional e internacional	138
IV. Innovación médica en el siglo xx	200
V. Atención primaria de salud, respuesta neoliberal y salud global en América Latina	256
<i>Conclusiones</i>	313
<i>Lecturas sugeridas</i>	323
<i>Bibliografía</i>	355
<i>Índice analítico</i>	367
<i>Índice general</i>	389

AGRADECIMIENTOS

Este libro ha sido posible gracias a la ayuda de archivistas y bibliotecarios que se han dedicado a cuidar los materiales utilizados en este trabajo, así como a los colegas que han realizado investigaciones acerca de la historia de la medicina y la salud pública en América Latina.

Marcos Cueto está agradecido con tres instituciones que le brindaron apoyo para su investigación: el Instituto de Estudios Peruanos (IEP), de Lima; la Casa de Oswaldo Cruz de Fiocruz, en Rio de Janeiro, y el Departamento de Historia Internacional del Instituto de Estudios Internacionales y de Desarrollo en Ginebra, donde fue profesor visitante durante el semestre de la primavera del año 2014. Su estadía en Suiza fue posible gracias a la Fundación Pierre du Bois, a la cual le guarda un profundo agradecimiento.

Steven Palmer agradece al Programa de Cátedras de Investigación de Canadá (Canada Research Chairs) y a la Universidad de Windsor por su generoso apoyo durante la investigación y redacción de este libro, al igual que a sus colegas del Departamento de Historia por procurarles un inigualable ambiente intelectual.

Ambos autores están muy agradecidos con Eric Crahan y Stuart Schwartz, cuyo entusiasmo editorial consiguió que este proyecto saliera adelante, y con Deborah Gershonowitz en la editorial de Cambridge, quien se aseguró de que este proyecto llegara a buen término. A su vez, reconocen la importancia en la publicación de la presente edición de la profesora Ana Rosa Barahona, de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), quien los contactó con el Fondo de Cultura Económica (FCE), y de Paco Ignacio Taibo II, director del FCE. También agradecen al personal del Fondo, especialmente a Karla López, a Alberto Ramírez Torres y a Carlos Roberto Ramírez Fuentes, quien estuvo a cargo del cuidado editorial de la obra. La traducción de este libro, originalmente publicado en inglés por Cambridge University Press en 2014, fue posible gracias a Adriana Soldi. Odín del Pozo realizó una impecable labor de corrección gramatical y de estilo, y Julio Núñez revisó con cuidado las referencias bibliográficas.

INTRODUCCIÓN

Los investigadores de la historia de América Latina y el Caribe pronto se dan cuenta de que la enfermedad y el sufrimiento, la salud y la medicina, se entrelazan por los caminos del pasado. Ello se evidencia en temas que van desde el colapso demográfico que diezmó a las poblaciones indígenas durante la Conquista hasta los más recientes y chocantes indicadores de salud y pauperización rural, que motivaron tanto a revolucionarios como a neoliberales durante el periodo posterior a la segunda Guerra Mundial. Las consecuencias sociales y políticas de la enfermedad y la salud han ocupado un lugar central en la historia hemisférica. Sin embargo, hasta hace poco, las preguntas sobre medicina y sanación estuvieron relegadas a los márgenes de las prioridades sanitarias y del debate entre historiadores. Cuando la salud y la enfermedad fueron el foco de atención, éstas se enmarcaron dentro de otras especialidades. La mortandad que afectó a poblaciones mesoamericanas e incas, por ejemplo, fue un tema que identificaron y debatieron geógrafos y demógrafos; al mismo tiempo, la especializada discusión histórica de las ideas y tratamientos en medicina fue del dominio de un grupo pequeño, principalmente médicos jubilados interesados en curiosidades de la curación precolombina, retratos hagiográficos de los hombres renombrados de su profesión o las rutas de llegada de los avances tecnológicos realizados en Europa y los Estados Unidos.

Ello ha cambiado drásticamente a lo largo de los últimos treinta años. Hoy en día es posible leer una historia de la intervención estadounidense en Cuba, contada como la historia de la fiebre amarilla en la isla; o examinar la historia intelectual de la presencia africana en América Latina y el Caribe a través de la historia de cirujanos y curanderos que fueron esclavos o exesclavos; o aprender cómo los científicos médicos latinoamericanos ganaron una posición de relieve en los circuitos internacionales del conocimiento. Estas investigaciones son posibles porque la historia de la medicina y la salud en esta región se ha convertido en un campo importante de estudio, practicado por historiadores entrenados profesionalmente, que son parte de un florecimiento global de la historia cultural y social de la medicina y de los estudios sociales de ciencia y tecnología. Gracias a ellos, se han llevado a cabo valiosas investigaciones sobre problemas nuevos utilizando fuentes inéditas, logrando que se forje una historiografía

reflejada en, por ejemplo, numerosos libros y en las páginas de la revista brasileña *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, que apareció en 1994.

Con tanta investigación histórica generada en las últimas décadas existe la necesidad de hacer un resumen y un balance del campo para promover un diálogo fluido entre historiadores de la salud, investigadores en salud, administradores y activistas de la salud pública. Asimismo, es importante promover un mayor debate entre historiadores de la medicina y quienes están enfocados en la historia social, económica y política de América Latina. Estos últimos campos, aunque han ampliado su ámbito para incluir estudios culturales, las representaciones del cuerpo humano y las de la vida cotidiana, frecuentemente consideran la historia de la salud como una subespecialidad que carece de problemas de investigación propios. Este libro quiere resumir esta nueva historiografía que, esperamos, sirva para promover dichos diálogos. Sin pretender ofrecer un resumen completo de la nueva historiografía de la salud, la medicina y la enfermedad en América Latina, nuestro libro propone una perspectiva histórica sobre la salud pública que esté entrelazada con la medicina y con la investigación sociomédica, así como con temas sociomédicos. Para ello nos hemos guiado de las nuevas preguntas sugeridas por algunos de los más destacados trabajos históricos recientes, y hemos elegido concentrarnos en las prácticas de salud innovadoras que con frecuencia se han generado en Latinoamérica. Al mismo tiempo, hemos prestado atención a la intersección de la investigación médica y las iniciativas de salud pública. También hemos tratado de ir más allá del marco de investigación que considera la medicina como un instrumento de control social para oprimir a grupos subordinados, y hemos incorporado el enfoque contemporáneo que enfatiza el rol de negociación entre los diferentes actores sociales y la circularidad transnacional de enfermedades, ideas, personas, programas y productos biológicos. Aunque el libro está enfocado en América Latina, no hemos dudado en incluir estudios de casos del Caribe, particularmente del siglo xx, cuando nos pareció relevante.

Nuestro primer capítulo empieza con el importante legado de la medicina indígena anterior al contacto con Europa. Un legado al que se sumó tanto la influencia africana como la medicina occidental y popular europeas, que a partir de la conquista establecieron un complejo ciclo de coexistencias contradictorias de tolerancia, retroalimentación, desaprobación y persecución durante las primeras décadas de la época colonial para la mayoría de países, es decir, principios del siglo xvi. Esta interacción dejó como huellas un sistema de curación híbrido, que ha continuado y que sigue siendo importante para

comprender los principios de la salud pública contemporánea que recién desde hace unas décadas reconoce la importancia de un enfoque intercultural. Esta discusión se complementa con una exploración de la llamada medicina de la Ilustración, que se practicó a lo largo de la última mitad del siglo XVIII; entonces se promovieron sistemas de vigilancias sanitarias, registros civiles y medidas urbanas de saneamiento que frecuentemente no tuvieron el alcance esperado, pero que marcaron un derrotero por donde irían a seguir caminando los futuros sanitaristas.

A continuación, tratamos sobre la manera como, a principios del siglo XIX y durante los procesos de independencia, en la mayoría de los países latinoamericanos existió una cierta regresión en cuanto al orden institucional sanitario en los ámbitos de la medicina occidental y de la educación médica. Ello empezó a cambiar a mediados de dicho siglo con la creación de organismos municipales, y algunas veces estatales y nacionales. Tenían en común que eran instancias oficiales y que estaban especializadas en salud. En el último cuarto del siglo XIX, estos organismos se consolidaron en sus países cuando establecieron relaciones transnacionales entre ellos, sobre todo en relación con cuestiones sanitarias de orden marítimo o fronterizo. Ésta fue una época en la que se desarrollaron nociones clave de control de las enfermedades, como “desinfección”, “fumigación” y “aislamiento”, las cuales estuvieron estrechamente vinculadas con la protección de las emergentes economías de exportación. Posteriormente, también se enfatizó la reglamentación de la vida comercial en la ciudad y hasta la conducta higiénica de sus moradores, un asunto que hasta entonces parecía irrelevante. A partir de entonces, la interacción entre los ámbitos sanitarios nacional e internacional, así como entre la medicina y la salud pública urbana, adquirió mayor intensidad.

Luego sigue un capítulo donde se trata con mayor detalle el proceso que ocurrió en las principales ciudades latinoamericanas durante la segunda mitad del siglo XIX, cuando se consolidaron las comunidades médicas formales junto a consejos o direcciones de higiene inspirados en el modelo francés. Una de las principales tendencias en los recientes estudios sobre medicina y salud en América Latina es el cuestionamiento de la noción, largamente sostenida, de que el tratamiento médico, la investigación médica y la organización de salud pública en la región eran meros ecos de los procesos vigentes en Europa y los Estados Unidos. Nuestro segundo capítulo presta especial atención a las características únicas de las comunidades de investigadores médicos y a las innovaciones en salud, las cuales fueron parte importante de los circuitos emergentes de la ciencia médica mundial. Generalmente, los latinoameri-

canos cultivaron una identidad y función propia dentro de dichas redes. Aunque trabajaban en economías y sistemas políticos precarios que habían desplegado varios rasgos de dependencia neocolonial, algunos miembros de las comunidades médicas fueron actores sociales privilegiados, asociados con proyectos de Estados-nación cada vez más coherentes y con la legitimación de especialidades médicas mundiales. Es decir, las élites médicas de América Latina no se constituyeron como actores subalternos que trabajaban en los márgenes de los sistemas políticos y médicos coloniales y poscoloniales diseñados para proteger a los inmigrantes, soldados, colonos y administradores venidos del exterior: ellas organizaron asociaciones nacionales que tuvieron como característica su maleabilidad para promover sus propios intereses científicos y profesionales. De esta manera, postularon que ciertas enfermedades eran “nacionales”, vale decir que sólo ocurrían en su territorio o podían ser plenamente comprendidas por los profesionales nativos, como por ejemplo, la *bartonellosis* (verruga peruana) en el Perú, o la *trypanosomiasis* americana (o enfermedad de Chagas) en Brasil. Así, ellos pudieron ser parte del impulso nacionalista que atravesó a varios de sus países y convertirse en líderes de la investigación mundial en disciplinas médicas nuevas tales como la bacteriología médica, la parasitología y la clínica.

Como lo demuestra nuestro tercer capítulo, las élites médicas estimularon el desarrollo de organismos estatales de alcance nacional en los que sus miembros desempeñaron papeles políticos y profesionales de importancia. Algunos de estos organismos aspiraban a centralizar las acciones del Estado vinculadas con la salud, imponiéndose a las prerrogativas de los Estados o de otras unidades políticas subnacionales. Frecuentemente, estos organismos sanitarios oficiales se iniciaron como secciones de los ministerios de Educación Pública o del Interior, o a veces hasta de Agricultura o Comercio. La manera como se anexaron a estas entidades mayores sugiere sus nuevos mandatos o, más precisamente, las ambiciones de la salud estatal: una capacidad pedagógica persuasiva y a veces coercitiva, unida a la protección e incremento de la productividad en las áreas económicas prioritarias. Las nuevas instituciones fueron una plataforma para profesionales egresados de universidades modernizadas que buscaron reconocimiento político y aspiraban a diferenciarse de otros practicantes de la salud. Ellos formaron parte de un conjunto de servicios segmentados, socialmente diferenciados, como la medicina estatal, la medicina privada, los servicios médicos para las fuerzas armadas o el Seguro Social médico que se encargaba de los distintos grupos sociales. Naturalmente estos procesos experimentaron avances y retrocesos, porque la salud pública en la

región era parte de un anhelo por crear un Estado del Bienestar al estilo europeo, una meta que nunca fue cumplida plenamente. De hecho, la segmentación en el ámbito de la medicina y de la salud pública fue parte consustancial de problemas mayores de las sociedades latinoamericanas. Hubo así intentos disfuncionales de integración social, la existencia de privilegios para unos pocos, junto con la hipermarginalización de los más pobres, de las mujeres o de grupos étnicos minoritarios castigados por prejuicios de la élite.

A fines de los siglos xix y comienzos del xx, los países de América Latina en su mayoría eran, en diversos grados, provincias neocoloniales de los Estados Unidos sometidas a un imperialismo económico. Sus políticas e instituciones de salud estaban lejos de parecerse a las que desarrollaban las potencias europeas en sus posesiones coloniales de Asia y África. Ello ocurrió con intensidad en los casos donde los organismos sanitarios y médicos latinoamericanos estuvieron respaldados por el Estado nacional, logrando un estatus ministerial conforme avanzaba el siglo xx. También ocurrió gracias a las nuevas iniciativas de salud de orden bilateral o filantrópico —especialmente las patrocinadas por la Fundación Rockefeller— que aparecieron con regularidad desde los Estados Unidos, el nuevo interlocutor del Norte. Una vez más, debido a que los “socios” latinoamericanos eran Estados-naciones, el campo de la salud creado dentro de la esfera imperial informal de los Estados Unidos era, por definición, internacional, intergubernamental y transnacional, aun antes de la instauración del orden sanitario internacional que caracterizaría al siglo xx. Fue en 1919 cuando se funda la Liga de las Naciones con una importante sección de higiene. Empero, la historia fue diferente en el Caribe no hispano, donde, con la notable excepción de la temprana independencia revolucionaria de Haití, la mayoría de las islas estuvieron bajo el dominio colonial europeo o estadounidense hasta fines del siglo xix.

Así, aun cuando los organismos latinoamericanos de salud eran nacionales, formaban parte de un sistema internacional de regulaciones sanitarias, siendo un área de ejercicio y prueba de las primeras iniciativas en salud transnacional. Al mismo tiempo, esto contribuyó a delinear los principales modelos para el sistema de sanidad realmente global que surgiría después de la segunda Guerra Mundial. Personajes latinoamericanos de la salud adquirieron una rica experiencia internacional que les dio prestigio en sus países y fuera de ellos. Asimismo, esto les permitió encontrarse entre los arquitectos de la Organización Mundial de la Salud (oms) creada en 1948 y su “contraparte” regional, conocida como la Organización Panamericana de la Salud (ops), que conservó su autonomía dentro de la oms.

Durante la primera mitad del siglo xx, la medicina latinoamericana estuvo influida por propuestas sobre salud rural europeas, mientras que la educación médica se fue gradualmente reestructurando según los modelos estadounidenses —progresivamente abandonó su inicial influencia de modelos franceses y alemanes— en un proceso promovido por distintas becas y donaciones estadounidenses. En dicha transición, como se verá en nuestro cuarto capítulo, en áreas como la fisiología, investigación sobre el cáncer, eugenesia y control demográfico, Latinoamérica generó ideas, programas y líderes con rasgos distintivos que adaptaron creativamente influencias externas. De esta manera forjaron alianzas con redes de investigación médica estadounidense y europea donde llegaron a tener un rol protagónico.

En el cambiante escenario posterior a la segunda Guerra Mundial, en el contexto de la Guerra Fría, los programas sanitarios se llevaron a cabo con la esperanza de controlar y eventualmente eliminar las principales enfermedades infecciosas. Éstos tendían a ser de naturaleza “vertical”, es decir, planeados y ejecutados de arriba hacia abajo por expertos que sentían que eran los dueños de la verdad. Asimismo, estos programas sanitarios fueron tecnocráticos y se concentraron en enfermedades específicas. En ellos se perdió muchas veces la perspectiva integral de una salud pública, por lo que después de algún tiempo se revelaron sus limitaciones y fueron cuestionados.

Nuestro capítulo final trata de los avances médicos y sanitarios durante la época posterior a la segunda Guerra Mundial, que fueron casi directamente opuestos a esos enfoques verticales de los programas oficiales previos. Los nuevos programas hacían hincapié en el involucramiento de la comunidad, así como en la participación de varios sectores estatales en la prevención de enfermedades, en el reclutamiento de líderes comunitarios no profesionales dentro de las actividades de salud, en la búsqueda de articulación con saberes médicos indígenas y en la promoción de la atención primaria integral de salud. Por esta época, las relaciones entre las comunidades médicas y el Estado se volvieron sólidas. Fue notable el encumbramiento político alcanzado por algunos profesionales; se extendió el sistema de hospitales urbanos, acompañado, en algunos casos, por complejos sistemas de seguridad social. Hacia finales de la Guerra Fría, durante la década de 1980, las propuestas neoliberales empezaron a dar forma a una versión restrictiva y tecnocrática de la atención primaria de salud: se concibió la salud en términos pragmáticos de costo-efectividad y eficacia, y se desestimó el objetivo de sistemas universales de atención, prevención y rehabilitación. Finalmente, comentamos los tremendos desafíos sanitarios que enfrentan las comunidades latinoamericanas en el si-

glo XXI, como son los nuevos brotes epidémicos, los desafíos de la salud intercultural, las paradojas del turismo médico y la migración de profesionales de salud a otros países.

Uno de los principales argumentos de este libro, enhebrado en los capítulos arriba descritos, es que el pluralismo médico característico en América Latina a lo largo de su historia se fue consolidando junto con una hegemonía biomédica moderna. El pluralismo médico no fue simplemente un vestigio atávico y primitivo confinado a las zonas rurales, sino que empezó a operar de nuevas maneras también en las ciudades modernas, y con mayor intensidad en un siglo en el que la región se estaba volviendo esencialmente urbana. Esta heterogeneidad a menudo se presenta como un síntoma del fracaso de las formas modernas de la medicina occidental para establecer raíces en toda América Latina. En cambio, nosotros proponemos que un rasgo característico de las prácticas de sanación modernas y contemporáneas latinoamericanas es cómo la medicina popular y la etnomedicina influyeron en las instituciones y prácticas biomédicas dominantes pese a los discursos a veces excluyentes de los líderes profesionales de la salud. Entre los diversos practicantes de la salud —así como en las comunidades— existía un patrón consistente en estar al tanto y adoptar las ideas, tratamientos y prácticas más novedosas. Frecuentemente no importaba su origen. La relación entre las medicinas “oficiales” y “no oficiales” fue difícil, pero se produjo un sistema complejo interconectado e híbrido entre varios sistemas y prácticas médicas que se articularon de manera muy distinta según el país y la región.

Un segundo argumento es que la salud pública latinoamericana, durante el siglo XX, se desarrolló como una solución pactada entre intervenciones oficiales parciales, por un lado, y, por el otro, esfuerzos por parte de los sectores medios y populares para hacer frente a la adversidad. Las ideas de la cultura de la sobrevivencia y la salud en la adversidad están vinculadas a estos temas. Con *cultura de la sobrevivencia* queremos referirnos a que la mayoría de las intervenciones oficiales no buscaron resolver problemas fundamentales y recurrentes que finalmente tenían que ver con las condiciones de vida. Por lo general, las autoridades promovieron una salud pública paliativa y de asistencia limitada, buscando “balas mágicas” a los problemas de salud. Como resultado, la norma en las respuestas temporales para controlar emergencias sanitarias marcó intervenciones de corto plazo, efímeras y aisladas, que han tenido el efecto negativo de reforzar el estigma y de culpar a las víctimas de brotes epidémicos. Este patrón se ha expresado en los sistemas de salud limitados por insuficientes recursos, en una fragmentación en subsistemas y una dis-

continuidad tanto en sus autoridades como en sus intervenciones. En resumen, en un patrón hegemónico que constituye la cultura de la sobrevivencia con respecto a la salud. Todo ello promovió una forma limitada de salud para los pobres, que vivían en condiciones de vida difíciles donde se reproducía la enfermedad. Muchas veces éstos tuvieron que suplir sus necesidades de salud con la autoayuda. Como resultado de ello, la salud oficial parecía dar algún alivio temporal o un medio para contener a los menesterosos en las crisis de salud. Las respuestas oficiales a los brotes de enfermedades infecciosas se volvieron parches que rutinariamente eludían cambios significativos en las precarias condiciones sociales. Estos parches fueron funcionales para legitimar burocracias estatales débiles y validaron como realidad el que los pobres no tuviesen el pleno acceso para sobreponerse a los riesgos comunes de las enfermedades, es decir, que no fuesen considerados ciudadanos con plenos derechos sociales, entre los que se encuentra el cuidado de la salud.

El segundo concepto, la *salud en la adversidad*, busca registrar los esfuerzos y avatares en innovaciones y resistencias nacidas de un proceso de cuestionar y buscar caminos alternativos a los discursos y las prácticas del poder hegemónico. Ello fue parte del proceso encaminado a negociar, rechazar o adaptar proyectos sanitarios diseñados e impuestos desde arriba; a establecer alianzas y fijar prioridades alternativas a las oficiales con redes internacionales de conocimiento; a glorificar la prevención; y a desconfiar de la importancia exagerada asignada a la tecnología médica. Asimismo, se integró un esfuerzo por enfatizar la participación comunitaria, muchas veces de líderes que estaban fuera de las élites profesionales médicas. En algunos casos, la salud fue el eje articulador de proyectos más amplios, como el nacionalismo regional o el desarrollo rural. Esta articulación marcó el trabajo de algunos profesionales de la salud, activistas y líderes populares, que desarrollaron proyectos socio-sanitarios integrales y trataron de modificar el círculo vicioso de pobreza-autoritarismo-enfermedad en favor de una sociedad y una salud pública más inclusivas. Esta resiliencia por trascender contextos adversos fue evidente entre algunos investigadores de las ciencias médicas que escudriñaron las posibilidades de continuidad institucional y de producción de una investigación de calidad que fuese relevante tanto internacional como nacionalmente. Algunos de ellos obtuvieron éxitos en su empeño y consiguieron apoyo local y respeto en el extranjero, aunque fuese por un tiempo. Regularmente tales intentos holísticos se han materializado en cátedras, revistas y actividades que buscaron construir lo que llamamos una salud en la adversidad. Por lo general, estos investigadores no han recibido del Estado los recursos necesarios

para crear un sistema sanitario alternativo. A veces a este tipo de sanidad se la llamó internacionalmente medicina social, otras veces se la denominó atención primaria de salud, y actualmente es más conocida como los determinantes sociales de la salud. Muchas de estas corrientes se alimentaron y manifestaron en la región.

Además de los argumentos centrales antes mencionados, a lo largo de estas páginas reflexionamos sobre si la medicina y la salud pública en América Latina tienen algún carácter único. La pregunta va dirigida a indagar si fue tan sólo una extensión o variante de la medicina occidental creada en Europa, o si en su desarrollo llegó a adquirir una especificidad cultural dentro de la historia global de la salud y la medicina. Una vía para elucidar este problema es analizar el proceso transnacional de recepción, recreación y circulación de saberes clínicos y sanitarios, productos biológicos y personajes médicos. Es decir, no solamente concentrarse en identificar el origen de los modelos ideales y agentes externos detrás de la creación de estas variaciones de la “medicina occidental”, como pueden ser los centros metropolitanos de Occidente —España y Portugal poco después de la conquista; a partir del siglo XVIII París, Berlín y Londres; y en la centuria siguiente Nueva York, Washington, D. C., y Ginebra—. Por ejemplo, sabemos que ciertas prácticas situadas en el corazón de la tradición médica occidental —como el uso de la quinina para aliviar las fiebres palúdicas— tienen su origen en América Latina. Pero ¿quiénes fueron los actores decisivos en el desarrollo de este tratamiento?: ¿los grupos indígenas que habían incorporado las propiedades de la corteza de la quina en sus prácticas curativas rituales y que fueron los primeros en administrarla a los colonos?, ¿los grupos religiosos que implantaron el uso de la corteza en las prácticas curativas occidentales?, ¿o los comerciantes y los naturalistas que concibieron su introducción en la farmacopea europea?

Responder preguntas como las arriba señaladas implica examinar las contribuciones al acervo médico mundial de los actores latinoamericanos realizadas en lo que era considerado como las márgenes del mundo atlántico europeo. Este libro busca cuestionar el supuesto de que la región fue simplemente derivativa respecto de las medicinas de Europa y los Estados Unidos. Más bien, creemos que representó un papel dinámico en la creación de esta amalgama moderna, única y, en cierta medida, extrañamente común a una ciencia crecientemente especializada y a una cultura popular medicalizada. Estos asuntos son complejos y, en los últimos años, las respuestas que proponen los historiadores de la medicina en América Latina enfatizan que el pasado no se hizo solamente a través de estímulos provenientes de fuera. En cambio, el tra-

bajo en salud pública se entiende como un ámbito en el cual convergen una variedad de actores (incluyendo los enfermos) en complejos procesos locales de recepción, adaptación e hibridación. Por ello, la medicina latinoamericana es un excelente caso para demostrar a la historia de la medicina, y a la historia en general, que el transcurrir de las sociedades y las ideas no siguió un progreso lineal, sino que se entiende mejor como la coexistencia de procesos circulares, disonantes, que deben ser interpretados diacrónicamente. Ello implica, por ejemplo, que un fenómeno del siglo XXI pueda parecer ser el eco de desarrollos coloniales o precolombinos.

Desde esta perspectiva, la ciencia y la medicina occidental son entendidas como producto de redes policéntricas y de una interacción creativa entre actores metropolitanos y periféricos. América Latina ha tenido sus centros, así como sus periferias, en estas redes siempre cambiantes, y en este libro haremos un esfuerzo por identificar los momentos más importantes de un proceso que en última instancia es transnacional, global. De esta manera queremos resumir y contribuir con la develación de los principales aportes de la nueva historia de la salud y de la medicina realizados en la región al campo más amplio de la historia global de la medicina. Ello enfatiza la importancia de examinar la forma como los programas de salud se articularon con los intereses económicos y políticos de las clases dominantes; la necesidad de deconstruir los procesos de recepción de las ideas, políticas y programas importados; al igual que la exigencia de analizar cómo se construye, articula y legitima la autoridad científica y sanitaria a escala internacional, nacional y subnacional. Las siguientes páginas reflejan estos valiosos aportes y muestran, en lo posible, cómo algunos actores históricos locales tuvieron un papel más autónomo de lo que se había imaginado anteriormente; cómo se acoplaron acuerdos y disonancias con ortodoxias científicas extranjeras, y de qué manera surgieron discursos y prácticas sanitarias alternativos.

I. MEDICINA INDÍGENA, SALUD OFICIAL, PLURALISMO MÉDICO

LAS BASES de la medicina y de la salud en América Latina y el Caribe se establecieron durante aproximadamente tres siglos y medio en la mayoría de los países de la región, aproximadamente desde mediados del siglo XVI hasta comienzos del siglo XIX. En ese periodo se produjeron complejas interacciones entre las que inicialmente fueron tres civilizaciones muy distintas. La primera de ellas estuvo constituida por una variedad de sistemas médicos indígenas americanos, muchos de los cuales fueron desmembrados a raíz del contacto y la conquista. La segunda estaba compuesta de elementos africanos traídos por los esclavos —algunos de ellos curanderos especializados— y reinventados por una variedad de practicantes afrodescendientes que estuvieron en contacto tanto con la medicina indígena como con la europea. La tercera correspondió a la medicina de los países transatlánticos de los colonizadores, tanto la popular como la oficial, que arribó a las Américas como un pilar importante para el funcionamiento de la empresa colonial y para la consolidación del prestigio cultural, la dominación y la legitimación de los europeos.

La historia de esta interacción nos brinda pistas para entender la forma como el pluralismo médico interactuó con la salud y la curación oficial en la América Latina y el Caribe contemporáneos. Así, una nueva historia de la medicina se ha ocupado del legado de las medicinas indígenas y lo que fue para la mayoría de los países la etapa colonial, que cubre el periodo antes del contacto indígena con los españoles, portugueses y otros europeos desde fines del siglo XV hasta mediados del siglo XIX, cuando la mayoría de las repúblicas revolucionarias de América Latina y el Imperio de Brasil forjaron sus independencias. Esta nueva línea de estudios se ha ocupado de las interacciones entre distintos sistemas médicos y ha ampliado nuestros conocimientos sobre la historia social, local y cultural de las artes de curación de ese periodo. Tal vez lo más sorprendente es que se ha incrementado nuestro conocimiento de la historia política, en la que los curanderos populares a menudo fueron líderes de movimientos sociales de protesta frente al orden establecido. La nueva historia de la medicina y la salud, aplicada a estos tres siglos y medio, también permite comprender mejor la extensión de los saberes europeos entre los mé-

dicos indígenas y afrodescendientes, así como la participación de éstos en la circulación global de las ideas y prácticas médicas. Ello va en paralelo a una nueva historia de la ciencia que encuentra que la unidireccionalidad, la jerarquía y la dicotomía —supuestos fundamentales en modelos anteriores sobre la historia de la ciencia en los países coloniales que enfatizaban las nociones de difusión cultural, centro-periferia, o imperialismo científico— son insuficientes. Esta nueva historia concibe la circulación de plantas, personas e ideas como un proceso creativo asimétrico, uno donde los expertos y practicantes de diferentes naciones negociaron y reconfiguraron el conocimiento.¹

Como parte de la cultura de una sociedad sometida, varias ideas y prácticas de la medicina indígena y africana estuvieron subordinadas y parcialmente suprimidas por la colonización europea. Formalmente, las potencias coloniales no estaban dispuestas a preservar o cultivar los sistemas de curación indígena, sino, a lo sumo, a tolerar su existencia tratando de despojarlos de toda connotación religiosa. Por supuesto que la medicina indígena y la de origen africano sobrevivieron, y fueron utilizadas por miembros de las sociedades colonizadas y colonizadoras por igual. Actualmente algunas formas de cada una continúan muy activas, aunque se practican de maneras híbridas marcadas por siglos de mixturas, y reposicionadas en el término genérico de “medicina tradicional” o “medicinas alternativas”. Durante el siglo xx, éstas fueron descalificadas —cuando no perseguidas— por exponentes de la medicina occidental ortodoxa que las consideraban supersticiones primitivas que desaparecerían con el tiempo. Sin embargo, fueron por lo general más toleradas de lo que usualmente se piensa, especialmente como un repositorio de las virtudes de las plantas medicinales. Al mismo tiempo, se entrelazaron con los conocimientos de una medicina doméstica emanada de la experiencia de mujeres en las familias pobres que se ocupaban, por ejemplo, de los partos, las fiebres de los niños y hasta las indigestiones. Sólo recientemente varias de las instituciones oficiales de salud de la región han reconocido la importancia de las medicinas indígenas y de origen afrodescendiente, así como de la practicada por las amas de casa y por los herbolarios asiáticos que llegaron a algunos países durante el siglo xix. A pesar de ello, todavía se está lejos de establecer una relación de igualdad, en la práctica, con la medicina oficial.

¹ Jorge Cañizares Esguerra, “Iberian Colonial Science”; y Kapil Raj, “Beyond Postcolonialism... and Post-positivism: Circulation and the Global History of Science”.

MEDICINA INDÍGENA

En América Latina y el Caribe, la medicina existió durante miles de años antes de la llegada de los europeos en el siglo XVI. Las sociedades indígenas tenían creencias y prácticas sobre los seres humanos y la naturaleza, así como sobre su evolución, deterioro y sanación, que fueron la base para el tratamiento de lesiones, el alivio del dolor y las formas de lidiar con él en el parto, las dolencias comunes, las enfermedades severas y la agonía. El surgimiento de individuos especializados, con algún sistema de entrenamiento y una posición reconocida en sus comunidades, fue característico de las civilizaciones indígenas antes del dominio español y portugués en las Américas. Las sociedades nativas precolombinas tuvieron nociones complejas sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad, al igual que remedios efectivos que fueron parte de una compleja cosmovisión donde se entretaban en dimensiones naturalistas y divinas los sentimientos, los órganos y el universo. Después del contacto y la colonización, la medicina indígena se devaluó y desmembró, por lo que fue especialmente difícil para los historiadores estudiar y reconstituir el carácter que tuvo antes de la llegada de los europeos. Otro problema fue que estaba basada en una transmisión oral de conocimientos. A diferencia de China o la India, las sociedades indígenas americanas no dejaron textos escritos sobre la medicina que practicaron y tampoco tuvieron un sistema uniforme para registrar los datos. Esta afirmación incluye los casos de los nahuas y mayas, quienes, aunque tuvieron un sistema de escritura por medio de pictogramas, no legaron ningún texto médico original, o por lo menos ninguno que sobreviviera al violento fervor misionero de los conquistadores. La mayoría de los practicantes de las civilizaciones indígenas —miembros de la nobleza indígena— murieron con la conquista. La Iglesia católica trató de borrar las huellas de cualquier actividad vinculada con la religión o la “magia” indígena, una meta nunca alcanzada porque los ritos sobrenaturales y religiosos eran fundamentales para una medicina indígena que entendió la salud como una armonía con el universo y consustancial a la espiritualidad.

Las sociedades indígenas contaron con una variedad de tratamientos y prácticas de prevención de enfermedades que fueron parte de las tradiciones arraigadas. Su cosmovisión no consideraba la muerte como el punto final del deterioro físico o la interrupción de la vida, sino como parte de un ciclo natural en el que el progreso se alimentaba de la degeneración. Para los nativos, la salud era generalmente un sinónimo de la capacidad de trabajo: si alguien

con fiebre podía realizar su faena agrícola, a esa persona no se la consideraba enferma. Todo indica que en las sociedades anteriores a la conquista —y aun en las mismas sociedades europeas— el énfasis estaba en curar más que en prevenir o en rehabilitar. Sin embargo, existen ejemplos de medicina preventiva, como en la ceremonia andina del festival anual de la *Citua*, que consistía en un ritual diseñado para limpiar los pueblos y expulsar potenciales enfermedades y calamidades. Según un cronista, los mexicas de Tenochtitlan (actual Ciudad de México) tenían individuos específicos dedicados a limpiar el polvo de su isla-ciudad, plantando árboles aromáticos y manteniendo limpios los canales.² Se lograron curas de gran éxito mediante el uso de una amplia variedad de métodos y materiales —no sólo plantas, sino animales y piedras también— que, se pensaba, eran efectivos si se administraban con rezos y conjuros. Así, los motivos y las intervenciones médicas entretejieron lo naturalista, lo mágico y lo religioso en lugar de enfocarse simplemente en lo terapéutico. Se cultivaron plantas medicinales para las fiebres, heridas, úlceras y algunos tipos de tumores; los purgantes, las infusiones y los bálsamos eran usados en una serie de dolencias; y para los músculos doloridos y huesos rotos se utilizaron emplastos, ungüentos, masajes y cataplasmas. En los Andes hay evidencia de que se utilizó la sangría, un hecho que los europeos consideraron como una prueba de que existía una práctica médica de alto nivel.

Los cirujanos europeos quedaron impresionados, durante siglos, por la trepanación craneana (el tallado con piedras filudas de un orificio en el cráneo) que fue común entre las culturas andinas, porque indicaba un profundo conocimiento de la anatomía humana y un dominio de sofisticadas técnicas quirúrgicas como el raspado, aserrado, corte y perforación.³ Algunos cirujanos y neurólogos europeos estaban convencidos de que ésta era la forma de cirugía más temprana en sociedades humanas y el comienzo de su tradición médica, así que recolectaron cráneos humanos andinos precolombinos para colecciones de museos europeos. El procedimiento fue principalmente utilizado para heridas en la cabeza producidas en batallas; el fin era retirar fragmentos de huesos y/o para aliviar la presión sanguínea debajo de la superficie del cráneo, así como para “liberar” a los malos espíritus (probablemente en casos de epilepsia e incluso depresión) que supuestamente habitaban en individuos atacados por brujería o en aquellos considerados enfermos mentales. De cualquier modo, la técnica fue esencial en sociedades que recurrían a la guerra como un mecanismo para la expansión, por lo que tenían curanderos

² H. R. Harvey, *Public Health in Aztec Society*.

³ Juan B. Lastres y Fernando Cabieses, *La trepanación del cráneo en el Antiguo Perú*.

especializados en el tratamiento de heridas, fracturas y dislocaciones. Para la trepanación craneal y otras intervenciones médicas, los curanderos utilizaron algunas formas de anestesia tales como maíz fermentado y tabaco. Ciertas sustancias usadas para esos fines, como las extraídas del cactus San Pedro, fueron temas polémicos para los españoles porque tenían efectos alucinógenos y podían inducir al trance con el propósito —según los curanderos— de entrar en contacto con los dioses indígenas o revelar las causas o consecuencias de la enfermedad. Existen indicios de que se practicaron otras formas de cirugía. Restos cerámicos y óseos de una cultura andina de la costa norte del Perú, llamada Mochica, representan individuos con brazos o piernas amputadas y provistas de una prótesis. Según algunas interpretaciones comunes, no solamente registraban la realidad de sociedades violentas envueltas en guerras, sino que también eran ceramios usados para la enseñanza por los médicos indígenas.

Los abscesos dentales podían ser drenados, las piernas y los brazos heridos eran amputados, las heridas se succionaban para extraer veneno o malos espíritus; además, los ayunos, purgas y dietas parecían servir para purificar el cuerpo y el alma. Las enfermedades podían ser adivinadas y ahuyentadas a través del uso de amuletos y rezos. En los Andes (como en México, donde se les conocía como *temazcal*) eran comunes los baños de vapor medicinal, que iban acompañados de masajes, hidroterapia y ejercicios de meditación y continuaron más allá del periodo colonial (hoteles y empresas turísticas los siguen ofreciendo hoy en día). Todas estas prácticas tenían en común una búsqueda de armonía del cuerpo con la comunidad, con la naturaleza y con las fuerzas sobrenaturales. Frecuentemente aliviaban el dolor, posponían la muerte y consolaban a los enfermos y a sus familias. Como sugieren investigaciones recientes, ello era clave en sociedades donde existían epidemias feroces, deficiencias nutricionales severas, frecuentes guerras y sacrificios rituales de prisioneros y niños (en toda la región y no sólo en Mesoamérica, como se pensaba anteriormente), así como devastadores desastres naturales. Éstas también eran sociedades donde la expectativa de vida era reducida y la violencia entre pueblos persistía —aunque nunca en la escala de lo que la población indígena sufriría durante la conquista—.

Las propiedades medicinales de la flora americana fueron uno de los temas del “Nuevo Mundo” que exploraron los europeos a principios del siglo xvi. Diego de Álvarez, un doctor sevillano que acompañó a Cristóbal Colón en su segundo viaje, se dedicó a catalogar las plantas medicinales. Las cartas de Hernán Cortés, líder de la conquista de los mexicas, dirigidas al monarca

español mencionan el respeto que el conquistador tenía por los curanderos herbolarios que vendían sus productos en la plaza de Tlatelolco. Un comentario repetido en varias crónicas es que Cortés le pidió al rey de España, en una de esas misivas, que no enviara más doctores españoles porque los curanderos indígenas locales los estaban cuidando muy bien. Esta impresión no desaparecería durante las siguientes décadas, como lo sugiere una polémica en la Universidad de San Marcos de Lima durante el siglo xvii, donde la mayoría de los profesores opinaron que una nueva cátedra en medicina no era necesaria debido a la eficiencia de los curanderos indígenas. Estos practicantes de la salud eran diversos y conocidos con diferentes nombres —*tíctil* en México, *hampicamayoc* en los Andes y *pajé* en tupí (la lengua de un grupo étnico que vivía en lo que hoy es Brasil)—. Se pensaba que tenían poderes místicos y eran los guías de los enfermos y sus familias en las ceremonias de curación; asimismo, que podían pronosticar el futuro, asistidos por ciertas plantas (como la ayahuasca, *Banisteria caapi*, en el Perú).

Es importante mencionar que los anteriores son sólo algunos de los distintos tipos de curanderos en actividad (por ejemplo, existían nombres para cirujanos, hueseros, herbolarios, adivinos y parteras, entre otros practicantes). Se les consideraba individuos especiales que podían dominar las fuerzas de la naturaleza que afectaban a la comunidad. Entre los más notables estaban los kallawayas, un grupo étnico que vivía cerca de La Paz. Curanderos andinos itinerantes que transportaban plantas, hierbas, amuletos, talismanes y animales del Altiplano hacia el resto del continente, eran respetados por su conocimiento de la farmacopea vegetal, mineral y animal, así como por su pericia en el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades. Joseph Bastien, antropólogo y exmisionero, observó las prácticas de los kallawayas contemporáneos y realizó una importante investigación de documentos históricos.⁴ Él plantea que los kallawayas o callabuayas revelan la existencia de un sistema andino de saber médico basado en las esencias humorales del cuerpo y de la naturaleza que le da una gran relevancia a la circulación del agua. Según Bastien, éste es un sistema médico cuya integridad y flexibilidad se compara con los sistemas humorales de la India, China o Europa durante el siglo xv.

Contrario a las ideas de Bastien, otro antropólogo estadounidense, George M. Foster, quien hizo trabajo de campo en la zona rural de México, sostiene que en todas las sociedades existe una noción binaria sobre salud y enfermedad (en el caso de la América indígena, basada en la oposición entre frío y

⁴ Joseph W. Bastien, *Healers of the Andes: Kallaway Herbalists and Their Medicinal Plants*.

caliente).⁵ Foster afirma que el sistema que existió en la América precolombiana fue algo primitivo y que más bien se derivó del sistema hipocrático europeo que las órdenes religiosas adoptaron y difundieron en la época colonial temprana. Es decir, él propone que en las Américas no existió un sistema médico original cohesionado y comparable al de otras partes del mundo anterior a la llegada de los europeos. El debate es más que algo simplemente teórico. Foster destacó la relativa facilidad con la que las culturas y medicinas nativas se occidentalizaron, así como la esperanza de que puedan modernizarse en esa dirección en el futuro; en cambio, el propósito de Bastien era insistir en que el conocimiento biomédico debe respetar las antiguas creencias sobre la curación y que una política de salud intercultural es una obligación de los gobiernos. El debate continúa, porque la persistencia de las medicinas y curaciones nativas sigue siendo uno de los rasgos centrales de la salud en la región.

No sabemos lo suficiente acerca de la transición entre las antiguas prácticas precolombinas y la variedad de curanderos indígenas populares que había, como los adivinos, los curanderos, los herbolarios, los hueseros y las parteras. Con ellos sobrevivió un conocimiento que, por lo general, fue criticado y tolerado —y ocasionalmente perseguido— por los defensores de la medicina occidental, por lo común profesionales entrenados en las universidades de las principales ciudades europeas.

Sólo en el siglo xx —cuando las poblaciones indígenas crecían sostenidamente después de la caída demográfica del siglo xvi, en Guatemala, Ecuador, México, Perú y Bolivia— empezó a ser reevaluada su cultura y medicina en círculos oficiales. Más recientemente, instituciones estatales y organismos internacionales han reconocido la importancia de la “salud intercultural” y de la “medicina tradicional” de las poblaciones indígenas. Sin embargo, coexisten en las perspectivas gubernamentales, científicas y comerciales tanto esfuerzos sinceros por revalorizar y respetar la sanación no-oficial como perspectivas reduccionistas que buscan solamente encontrar los principios activos de las plantas medicinales o explotar las potencialidades comerciales de biodiversidades inexploradas. Como se describe en nuestro capítulo final, algunos Estados han protegido constitucionalmente la medicina indígena, lo que garantiza los derechos de propiedad intelectual sobre productos naturales y saberes médicos nativos, impidiendo que las compañías farmacéuticas se aprovechen de ellos. Asimismo, desde hace algunas décadas se han organizado redes y asociaciones de practicantes de la medicina tradicional, quienes participan en

⁵ Joseph W. Bastien, “Qollahuaya-Andean Body Concepts: A Topographical Hydraulic Model of Physiology”; y George M. Foster, *Hippocrates' Latin American Legacy: Humoral Medicine in the New World*.

programas de colaboración (ciertamente aún insuficientes) con la medicina enseñada en las universidades y la salud pública oficial.

MIXTURAS COLONIALES

Se puede argumentar que la medicina indígena no fue formalmente cultivada por las políticas coloniales españolas, por lo cual perdió parte de su autoridad incluso entre los conquistados, pues era ineficaz para sofocar la viruela, el sarampión, el tifus, la peste bubónica, además de la gripe, que causaban altas tasas de mortalidad antes, durante y después de la conquista. El arribo de los europeos creó las condiciones ideales para que los microorganismos de estas dolencias se multiplicaran debido a cambios ecológicos radicales como la violenta deforestación, la destrucción de cultivos agrícolas y la introducción de nuevos animales y plantas (los cuales conllevaban sus propios patógenos), que incitaban la virulencia de transmisores y microorganismos. Lo anterior se agravó con la concentración de seres humanos y animales domésticos en nuevas ciudades sin recursos higiénicos, así como por la violencia ejercida contra los indígenas y sus miserables condiciones de vida. Los cuerpos diezmados, mal alimentados y deprimidos de los nativos que habían sobrevivido a las guerras, junto con los maltratos cotidianos, tuvieron que enfrentar esta nueva agresión sociobiológica, analizada por autores como J. R. McNeill.⁶

Las epidemias tuvieron dos símbolos emblemáticos. Uno fue la muerte del Inca Huayna Cápac, cuya causa fue atribuida —por cronistas españoles y por historiadores— a la viruela, una enfermedad desconocida y catastrófica para la población indígena. Por esa misma época, el segundo símbolo del poder de las epidemias se dio alrededor de 1521, cuando los conquistadores españoles estaban listos para tomar Tenochtitlan, la capital mexicana; entonces una epidemia, también de viruela, ya había diezmado a sus habitantes, teniendo entre sus víctimas a Cuitláhuac, el líder de la resistencia indígena. Los historiadores tradicionales y modernos han sugerido que la mortandad causada por la viruela y otras epidemias tuvo un impacto en la cultura nativa americana y complicó la defensa indígena contra los ataques españoles. Los conquistadores eran inmunes a la viruela porque la mayoría de ellos ya habían enfermado de niños. El brote y desarrollo de esta enfermedad entre la población indígena fue impresionante. Con una forma de transmisión y síntomas simi-

⁶ J. R. McNeill, *Mosquito Empires: Ecology and War in the Greater Caribbean*.

lares a la gripe, en cuestión de días el virus produjo, en sus manifestaciones más típicas, episodios de náuseas y vómitos, así como laceraciones generales en todo el cuerpo por la ruptura de pústulas que dejaban cicatrices. La epidemia mató a cerca del 60% de los infectados y dejó marcada para siempre la piel de los sobrevivientes. Además de la fuga de los lugares afectados y del aislamiento de los enfermos, no era mucho lo que los médicos indígenas o europeos podían ofrecer a los enfermos de viruela: apenas aliviar un poco su dolor y encargarse de brindarles alimento y agua para evitar la deshidratación, mantas y cobijas para calmar los escalofríos y compañía para darles consuelo en su agonía.

Se ha estimado que, a la llegada de los españoles en 1518, la población de México era de 25 millones de indígenas. Apenas cien años después, ésta sólo llegaba a 1 600 000. Algo parecido ocurrió en el Perú. En el Caribe, que fue la primera zona de contacto con los europeos, las poblaciones indígenas prácticamente desaparecieron. Este hecho histórico dramático —conocido entre los historiadores como el “colapso demográfico”— aún es un tema de discusión en cuanto a las estadísticas de mortalidad. Los expertos que defienden los estimados más desastrosos argumentan que las epidemias que se originaron en Europa fueron llevadas a territorios donde la población vulnerable no tenía inmunidad por exposición previa (la teoría del “suelo virgen”) y mataron al 90% de la población aborígen americana durante el primer siglo después de la conquista.⁷

Hasta hace poco hubo un debate sobre el origen americano de la sífilis. Algunos historiadores creían que esta enfermedad infecciosa era nativa de las Américas, como lo eran otras menos mortales, y que se exportó con los primeros exploradores europeos que volvieron a España con Colón en la década de 1490. Otros pensaban que la sífilis ya estaba presente en Europa desde antes del descubrimiento, pero casi no se notaba por una baja incidencia. Sin embargo, estudios recientes sugieren que en las Américas no sólo existió la sífilis (junto con otras infecciones treponémicas), sino también la leishmaniasis, la disentería, el mal de Chagas y la tuberculosis antes de la llegada de los europeos (el argumento comúnmente aducido es que algunas enfermedades infecciosas, como la tuberculosis y la sífilis, dejaron rastros en los restos óseos de algunas momias). Una importante causa de muerte en México fue una dolencia mal definida conocida como *matlazáhuatl*, considerada como un mal originario de las Américas (aunque es probable que se tratara del tifus). Una

⁷ Noble D. Cook, *Born to Die: Disease and New World Conquest*.

idea no menos importante —como lo ha sostenido Alchon para el Ecuador— fue la resiliencia biológica de la población indígena, que sobrevivió a pesar de los embates de virus desconocidos y de la violencia, y cuya recuperación demográfica comenzó para el siglo xvii.⁸

En parte de América Latina, varios practicantes de medicina tradicional y de curaciones indígenas sobrevivieron durante la época colonial, aunque fragmentados y sin sus líderes, que se encontraban entre la nobleza que había sido aniquilada en la conquista. Las prácticas locales a menudo se comenzaron a mezclar con la medicina africana y asiática —gracias a la llegada de trabajadores de estas regiones del mundo—, así como con las prácticas médicas oficiales de los europeos. El resultado fue el desarrollo de un conjunto médico híbrido, cuya hechura no fue el resultado de un proceso unilateral de arriba hacia abajo, sino más bien de progresiva y contradictoria incorporación de elementos de todas las medicinas y religiones a las que recurrían la mayoría de los habitantes de las colonias. Esta hechura se facilitó por un supuesto común entre algunos de los practicantes de los distintos sistemas médicos; según éste, las causas de la enfermedad tenían que ver con el pecado, la inmoralidad, la brujería, la ruptura de las reglas de la comunidad o la desarmonía con la naturaleza, por lo que el tratamiento pasaba por reestablecer la regulación natural del organismo. Estas ideas no fueron ajenas a las de la Iglesia católica. Contradictoriamente, los remanentes de la práctica médica indígena asociados a la nueva religión occidental anclaron la cultura popular y la explicación espiritual sobre la salud en muchas partes del continente.

La contradicción, la disonancia y la discrepancia entre las ideas y las prácticas médicas fueron la norma, más que la coherencia entre las mismas. Los vocabularios de la brujería y de la ciencia no estaban tan alejados como aparecen hoy en día, y con el tiempo las tradiciones médicas se fueron reelaborando. Como resultado, los intercambios entre los diferentes sistemas médicos coexistieron con la construcción de una jerarquía que colocaba en la cúspide a la medicina occidental. Martha Few, al estudiar el embarazo en la Guatemala colonial, ha propuesto un concepto complementario a lo anterior. Según esta historiadora, la noción de “mestizaje médico” explica el a veces confuso panorama de los saberes y de las prácticas médicas coloniales. El concepto es entendido como un proceso continuo de fronteras flexibles y cambiantes entre paradigmas médicos diversos.⁹ Un concepto similar de “medicina mestiza”

⁸ Suzanne Austin Alchon, *Native Society and Disease in Colonial Ecuador*.

⁹ Martha Few, *Medical Mestizaje and the Politics of Pregnancy in Colonial Guatemala, 1660-1730*.

para los recetarios médicos, donde los intercambios de conocimiento eran usuales, ha sido propuesto para la región de Minas Gerais en el Brasil del siglo XVIII por Carla Berenice Starling Almeida.¹⁰ Según ambas nociones, “mestizaje médico” y “medicina mestiza”, los practicantes indígenas, africanos y europeos estaban dispuestos a intercambiar ideas y tratamientos para incorporar los de diferentes maneras a sus propios formatos. Ello no negaba que a veces compitieran en sus diagnósticos por explicar las causas de las enfermedades y por conseguir reconocimiento político y legitimidad pública.

La mayor parte de las descripciones de la medicina indígena antes de la conquista provienen de algunos textos, casi todos mexicanos, elaborados en el periodo colonial temprano. Para los Andes precolombinos, donde los incas habían establecido un imperio pocas décadas antes de la conquista, las únicas fuentes de información escrita disponibles son los relatos de los españoles. Éstos fueron escritos algunos años después del primer contacto con las poblaciones indígenas por soldados, curas o administradores que no se concentraron en la curación. Otras fuentes han sido los ceramios con representaciones relacionadas con la medicina y las investigaciones arqueológicas de restos óseos y coprolitos (heces fosilizadas). Estos últimos estudios proporcionan información sobre enfermedades, tratamientos quirúrgicos, patógenos en los restos humanos y hábitos alimenticios. Algunos análisis también han utilizado información lingüística sobre la salud y la enfermedad —recolectada, por ejemplo, de los primeros diccionarios quechua y aimara, las lenguas que más se hablaban en los Andes— para reconstruir el vocabulario de los curanderos e indirectamente las nociones precolombinas del cuerpo humano, la salud y la enfermedad. Estas investigaciones también han revelado los ideales de belleza y las motivaciones religiosas en las deformaciones craneales en los adultos (como consecuencia del uso de pequeñas tablas de madera y vendas puestas alrededor de las cabezas de los recién nacidos), han estimado la esperanza de vida, han examinado la prevalencia de la anemia y han demostrado la recuperación extraordinaria de los individuos cuyos cráneos fueron sometidos a una trepanación.¹¹ Recientemente, las técnicas anatómicas y paleogenéticas aplicadas para descubrir las secuencias del ADN en restos biológicos han abierto una nueva gama de posibilidades que podrían explicar las dietas indígenas mediante los residuos orgánicos en vasijas, así como demostrar la sofisticación en el cultivo de plantas y la domesticación de animales.

¹⁰ Carla Berenice Starling Almeida, *Medicina Mestiça: saberes e práticas curativas nas Minas setecentistas*.

¹¹ John W. Verano y Douglas H. Ubelaker (coords.), *Disease and Demography in the Americas*.

Los textos médicos mexicanos de la época colonial temprana circularon de manera limitada y tuvieron el propósito de adoctrinar a las poblaciones indígenas o de presentarlas al público europeo como civilizaciones equivalentes o comparables a las europeas. Entre éstos destaca el *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis* (1552), que ilustra y explica las propiedades de decenas de plantas medicinales. Es conocido como el *Códice De la Cruz-Badiano*, por el curandero indígena que proporcionó la información (Martín de la Cruz) y el maestro indígena que lo tradujo al latín (Juan Badiano). Ambos trabajaron en el Colegio de Santa Cruz en Tlatelolco, México, una institución singular establecida por los franciscanos para enseñar el pensamiento religioso católico clásico a los indígenas. Este valioso texto fue enviado al rey de España a mediados del siglo xvi, pero tuvo una existencia precaria y terminó en la Biblioteca Vaticana, de donde fue rescatado a principios del siglo xx (en 1991, el papa Juan Pablo II lo devolvió a México).

Otro texto notable fue producido entre 1570 y 1577, cuando Felipe II envió una expedición botánica a los virreinos de Nueva España (México) y del Perú liderada por su médico personal, Francisco Hernández (quien finalmente sólo se quedó en México).¹² Es importante destacar la naturaleza renacentista del proyecto (el propio Hernández había traducido al español la *Historia Natural* del romano Plinio, quien vivió en el primer siglo de la era cristiana). Esta cercanía con el Renacimiento existía en la España de mediados y fines del siglo xvi, a pesar de que entonces se fue haciendo más intensa la Contrarreforma católica, dirigida a reivindicar la ortodoxia cristiana frente a líderes que como Lutero estaban soliviantando el norte de Europa Occidental, y que desechaba a los clásicos escritores griegos y romanos como modelos. Hernández, como otros pensadores del Renacimiento, creía en la necesidad de aprender no sólo de los clásicos sino también de la naturaleza misma. Además, los médicos y eruditos europeos tenían una tradición de compilar e ilustrar las plantas medicinales en textos por entonces llamados herbarios, y que estaban destinados a convertirse en los manuales médicos. Ello estaba en contra del espíritu de la Contrarreforma, que insistía en que la única fuente de la verdad provenía de la memorización y el seguimiento del dogma de la Iglesia. El médico español obtuvo parte de su información de entrevistas orales directas con los curanderos indígenas mexicanos, posiblemente con la ayuda de un traductor. La valiosa y extensa obra principal, que dio lugar a una *Historia*

¹² Simon Varey y Rafael Chabrán, "Medical Natural History in the Renaissance: The Strange Case of Francisco Hernandez".

natural de Nueva España escrita en latín, identificó aproximadamente tres mil plantas, mencionando las palabras usadas en los idiomas indígenas.

El texto documentaba la forma en que varias culturas mesoamericanas comprendían el mundo natural y el cuerpo humano. Los varios volúmenes del libro fueron enviados a Madrid junto con una colección de plantas secas que daban fe de la abundancia de plantas medicinales mexicanas. Infortunadamente, el texto original de lo que bien puede considerarse un testimonio de la taxonomía botánica nahua permaneció inédito (en el contexto de un cambio en la cultura en la corte, que abrazó la Contrarreforma), y después los once volúmenes de manuscritos se perdieron en un trágico incendio en 1671. Sin embargo, antes del incendio habían comenzado a circular ediciones parciales del trabajo que sirvieron de base para una serie de publicaciones que fueron puntos de referencia en las ciencias naturales. Inclusive, el rey español Felipe II le pidió a Nardo Antonio Recchi, un médico napolitano, que hiciera un resumen del trabajo de Hernández, y, a pesar de que éste muriera sin completar el trabajo, los primeros textos fueron la base para publicaciones en Roma y la Ciudad de México durante el siglo xvii (más ediciones parciales en diferentes idiomas aparecerían después). A comienzos del siglo xvii, Francisco Ximénez, sacerdote y enfermero español del convento del hospital mexicano de Huaxtepec, tradujo del latín al castellano parte de la obra de Hernández y la publicó, añadiéndole comentarios, como: *Quatro libros de la naturaleza y virtudes de las plantas y animales* sin desconocer la autoría de Hernández. Los expertos coinciden en que los descubrimientos de Hernández fueron incorporados en publicaciones posteriores, pero usualmente sin dar crédito al autor (una práctica común en esa época), por lo que hoy en día es difícil determinar exactamente cuál fue su repercusión en la medicina europea. También es éste un ejemplo temprano del establecimiento de influencias recíprocas y flujos multidireccionales entre los sistemas médicos de Europa y las Américas.

Otro texto fundamental fue el enciclopédico *Códice Florentino*, reunido durante la segunda mitad del siglo xvi gracias al sacerdote franciscano Bernardino de Sahagún (1499-1590). Sahagún había llegado a México después de la conquista, y su obra se basó en cuestionarios dirigidos a los indígenas ancianos de la zona central de México. Uno de los volúmenes de los doce libros está dedicado a las plantas medicinales. El título oficial fue *Historia general de las cosas de Nueva España* pero con el tiempo se volvió conocido por el nombre de la biblioteca italiana en Florencia donde se conservó la mejor copia. Es importante mencionar la motivación y el tono del código. Sahagún creía que para hacer de los nativos buenos cristianos era necesario comprender sus “fal-

sas” divinidades y a la cultura indígena en su totalidad (a la que finalmente llegó a admirar en algunos aspectos). Escrita en lengua española y náhuatl, además de contener más de 2400 ilustraciones, la obra describe el uso frecuente de las plantas medicinales, los baños termales, las funciones del calendario y de la mitología nahuas, la construcción de acueductos y la conservación de los alimentos, prácticas que fueron conservadas parcialmente por los conquistadores españoles. La misma existencia de este texto complica la imagen tradicional del oscurantismo español en el mundo europeo moderno, y nos fuerza a considerar que inclusive en España no todo estaba dominado por la Contrarreforma. Algunas de las resistencias más dinámicas al rechazo del naturalismo tuvieron también motivaciones comerciales. El médico Nicolás Monardes, por ejemplo, nunca viajó a las Américas, pero se hizo rico comercializando plantas medicinales a mediados del siglo xvi en Sevilla. Este puerto era la entrada principal para los productos y las ideas de las Américas, al igual que una ciudad descrita como un gran mercado farmacéutico. Monardes —quien trató de cultivar algunas de las plantas indígenas en su jardín— también publicó lo que para su época fue un éxito editorial: la *Historia medicinal de las cosas que traen de nuestras Indias occidentales y sirven al uso de la medicina* (la traducción al inglés de 1577, por John Frampton, llevó por título *Joyful News out of the New Found World*). Este trabajo, a diferencia de la suerte que corrieron los otros ya mencionados, fue traducido al latín y al italiano, además del inglés, siendo acogido favorablemente en Europa y América.

Investigaciones recientes sugieren que los tres textos mencionados —en particular el libro de Monardes— circularon entre la élite médica europea de la época, pero su repercusión dependía del lector ilustrado. Es decir, quedaba supeditada a si el lector consideraba o no que existía alguna planta similar en el arsenal europeo, o si se podía o no adaptar a las nociones humorales de Galeno. Es decir, los europeos incorporaron el conocimiento y las plantas medicinales americanas en la medida que pudieron ser reasignados en las ideas y el consumo del Viejo Mundo. Las plantas americanas eran frecuentemente comparadas con las plantas y los tratamientos médicos de Europa. Sin embargo, esta correspondencia no siempre se pudo conseguir, no obstante los esfuerzos que hicieron los intermediarios españoles para adecuar la información indígena a los códigos europeos. Un requisito para la traducción de estos saberes a Europa fue que debían estar despojados de la connotación mágica que empleaban los indígenas al usar sus productos medicinales, además de eliminarse cualquier reminiscencia de su contexto religioso. De esta manera, las plantas medicinales de las culturas indígenas llegaban a Europa con un

nuevo significado y eran exportadas a las Américas, en donde se transformaron en instrumentos de occidentalización.

En países con una fuerte presencia indígena —como en el caso del Perú, Guatemala o México—, se promovió el uso de las plantas medicinales. Algunas veces estas plantas fueron explotadas por las órdenes religiosas, como los jesuitas, quienes exportaban quinina desde Lima a partir de que se descubrió que era efectiva en el tratamiento contra las “fiebres intermitentes”, como se conocía entonces a la malaria o paludismo (de ahora en adelante malaria). Igualmente, los hospitales y conventos tenían sus propias huertas donde cultivaban plantas curativas, así como sus farmacias, que recogían el conocimiento de informantes médicos nativos. Algunos de los más destacados profesores de las primeras cátedras de medicina en la universidad fueron sacerdotes. A pesar de que algunos religiosos mantuvieron parte de la medicina indígena, desde la segunda mitad del siglo xvi el Estado colonial rechazó la medicina nativa recurriendo a las autoridades eclesiásticas y de la Inquisición. De esta manera, en el contexto del surgimiento de la Contrarreforma católica, las actividades médicas relacionadas con la religión indígena fueron perseguidas. Las campañas de “extirpación de idolatrías”, como se las llamó en varias colonias españolas, se llevaron a cabo mediante la supresión de las prácticas médicas, entre otras creencias. No obstante, según la legislación colonial, los indígenas no podían ser esclavizados ni llevados a juicio por la Inquisición; sin embargo, se utilizaron los recursos de esta institución para perseguir los ritos religiosos de los curanderos indígenas. Como resultado, disminuyeron la visibilidad y el poder de los hombres y mujeres que eran curanderos y se les asoció a términos peyorativos como “brujos”.

Además de su creencia en un solo Dios —y en una sola verdad médica—, las autoridades europeas tendían a creer, junto con Descartes, que el cuerpo era diferente a la mente, a las percepciones y al resto de la naturaleza. Ellas concebían el cuerpo humano como una máquina autónoma, y a la enfermedad como una disfunción del cuerpo que ocurría independientemente de la subjetividad de la víctima. Por el contrario, para los grupos indígenas politeístas las causas de la enfermedad eran siempre diversas; los sentimientos y las ideas no estaban separados de los órganos, la carne y los huesos de los seres humanos, y la salud era un equilibrio dinámico e inestable que reflejaba una frágil armonía del cuerpo con el alma y la naturaleza. Investigaciones recientes han argumentado que, durante la época colonial, las creencias y las prácticas curativas fueron vehículos para forjar una identidad indígena, ya sea en la audaz iteración latina de una cosmología médica nahua según el *Códice De*

la Cruz-Badiano o en los levantamientos coloniales de los indígenas ecuatorianos estudiados por Frank Salomon, quien encontró que estaban a menudo liderados por curanderos y chamanes.¹³

La Inquisición tuvo otra intervención en la medicina colonial. Esta organización se involucró en asuntos médicos cuando las víctimas sufrieron lo que hoy llamaríamos negligencia médica. Los documentos de varios países registran acusaciones y procesos en contra de europeos, generalmente quienes no eran de origen español ni portugués, o en contra de parteras y curanderos, por lo general mulatos. Se les acusó de brujería, idolatría, adivinación, blasfemia (como hacer declaraciones herejes en contra de los santos católicos), posesión de libros prohibidos e incluso de la observación secreta de ritos protestantes o judíos. Además, los archivos de la Inquisición registran acusaciones en contra de algunos españoles y mestizos que habían aprendido algo del curanderismo indígena y usaban hierbas, serpientes y piedras para la sanación. Ello les había permitido crear una clientela leal, mezclando elementos de la medicina tradicional y de la occidental con el cristianismo (profesionales médicos tenían la esperanza de descalificarlos como empíricos sin base científica y de sacarlos de la competencia, pues el mercado de trabajo era reducido). La Inquisición recurrió a sacerdotes con conocimientos médicos para que ayudaran a decidir sobre estas acusaciones. Ellos no condenaron a los sanadores indígenas ni a las prácticas de los médicos extranjeros *per se*. Por ejemplo, los inquisidores aceptaban el uso de las plantas medicinales, y de hecho se interesaban por aprender más de ellas (siempre despojándolas de cualquier ritual). Sin embargo, la Inquisición se preocupaba cuando estas prácticas se confundían con creencias religiosas vedadas. En algunos casos, los sanadores indígenas y heterodoxos fueron sentenciados a servir en hospitales con estricta supervisión. En última instancia, ello reforzaba la mezcla híbrida de practicantes y usuarios de la medicina. Esta noción es complementaria a las conclusiones de Adam Warren según las cuales, durante la época colonial, las actividades de la Iglesia católica y las prácticas curativas indígenas estaban interrelacionadas, porque los sacerdotes y los curanderos trabajaban sobre asuntos del cuerpo humano percibidos como intrínsecamente vinculados al alma.¹⁴

Otra fuente colonial valiosa sobre las prácticas curativas de la época colonial temprana (c. 1577) fueron las relaciones geográficas o cuestionarios que eran enviados desde Madrid para los funcionarios locales. Las descripciones

¹³ Frank Salomon, "Shamanism and Politics in Late-Colonial Ecuador".

¹⁴ Adam Warren, *Medicine and Politics in Colonial Peru: Population Growth and the Bourbon Reforms*.

de las plantas medicinales y la medicina aparecen junto con los datos geográficos, económicos, lingüísticos y demográficos, algunas veces acompañados de mapas y cuadros.

Un episodio misterioso relacionado con la construcción social de la enfermedad se registró durante la época colonial. Hacia mediados del siglo XVI, los indígenas de Huamanga, en los Andes peruanos, fueron atacados por el *Taki Onqoy*, traducido como la “enfermedad del baile” (*onqoy* es un término quechua para las enfermedades graves).¹⁵ Se caracterizaba porque los afectados tocaban música y bailaban de manera desenfrenada. Algunos decían que sus *huacas* (lugares sagrados) los estaban obligando a hacerlo porque estaban irritadas por la llegada de la religión cristiana. Los españoles se pusieron nerviosos al observar a los indígenas en un trance demoníaco similar a los que habían ocurrido en Europa a fines de la época medieval, cuando los campesinos hambrientos convulsionaban histéricamente al compás de cantos y bailes. Aunque ninguna de estas extrañas rebeliones tuvo grandes consecuencias políticas, y su interpretación continúa, reflejaron la desesperación por la supervivencia de los más pobres en tiempos de crisis social.

La circulación del conocimiento médico en la América portuguesa, pese a no contar con instituciones formales (como la universidad) en la misma medida que las colonias españolas, fue fluida y abarcó más regiones del planeta. El Imperio portugués se extendió por los cuatro continentes, y sus representantes se mantuvieron en contacto regular. El interés por el conocimiento y los materiales médicos indígenas fue promovido por los misioneros y los oficiales militares preocupados por proteger la salud en climas y territorios nuevos y hostiles. Las órdenes religiosas, y a veces los comerciantes, se volvieron intermediarios del conocimiento curativo y de las medicinas de Asia, Sudamérica y África. Una vez más, éstos fueron instrumentalizados y traducidos a términos inteligibles para los europeos, quienes eran su principal mercado. Otros intermediarios fueron los manuales sobre los que hablaremos también más adelante. Uno de los primeros ejemplos en ese trabajo fue el texto médico del cirujano portugués Luís Gomes Ferreira (1686-1764), que en dos volúmenes describió las principales enfermedades y sus tratamientos en Minas Gerais, en donde el autor vivió por más de veinte años. La obra fue titulada *Era-rio Mineral* y se publicó en Lisboa en 1735.

La precariedad y supervivencia de los sistemas culturales indígenas en un orden colonial europeo, a la par que su coexistencia con saberes médicos euro-

¹⁵ Luis Millones (coord.), *El retorno de las huacas: Estudios y documentos sobre el Taki Onqoy, siglo XVI*.

peos, fue el contexto en el que ingresó una segunda tradición en las actividades médicas de las Américas. Traída por los esclavos desde distintas regiones del África, esta tradición floreció rápidamente, sobre todo en las ciudades portuarias de Brasil, los territorios del Caribe, el Atlántico ibérico y la mayoría de las ciudades del continente. Fue una tradición que se sumó a la creencia popular de que la salud y la enfermedad tenían dimensiones espirituales y sobrenaturales. También se sumó a la expectativa popular acerca de que la asistencia médica implicaba que la persona enferma debía ser capaz de comprender el origen de la enfermedad y el tratamiento médico. Los historiadores están apenas empezando la ardua tarea de reconstruir un sistema médico derivado de prácticas de distintas zonas de África que adquirieron nuevas y diversas formas en un ambiente americano. Esta mixtura se produjo en parte porque los practicantes de la salud africanos tuvieron que interactuar con las creencias europeas e indígenas sobre la curación y el cuerpo. Pablo Gómez analizó cómo los inquisidores de la Cartagena colonial (ubicada en el Virreinato de Nueva Granada, más o menos coincidente con la Colombia actual) juzgaron a curanderos africanos esclavos acusados de practicar brujería. Estos sanadores venían principalmente del África Central y Occidental, habían aprendido su oficio en propias familias antes de ser esclavizados, y “su voz” puede ser escuchada indirectamente en los documentos de archivo gracias a que se necesitaron traductores para entender sus explicaciones en relación con los cargos que les imputaban en lengua española. Cartagena fue una importante puerta de ingreso de la influencia médica africana para la Sudamérica española y fue crucial para el comercio con Europa y el tráfico de esclavos. Estuvo habitada por casi 30 000 personas alrededor de 1630 —una de las décadas estudiadas por Gómez—, de las cuales casi la mitad eran africanos o afrodescendientes. Estos curanderos servían tanto a las autoridades coloniales como a los dueños de las plantaciones, porque se creía que eran los que mejor conocían los tratamientos específicos para la curación de los esclavos africanos. En las Américas, los sanadores africanos se volvieron negociadores en el intercambio cultural de rituales, tratamientos, plantas medicinales y animales curativos, pues algunas veces incorporaban la veneración de santos católicos y divinidades africanas. En el proceso, ellos fueron cambiando la medicina que solían practicar en su continente original. Más aún, según Gómez, europeos y personas blancas de la élite recurrieron a estos curanderos y estuvieron convencidos de su poder de curar o provocar la muerte y la enfermedad.¹⁶ El co-

¹⁶ Pablo F. Gómez, *The Experiential Caribbean: Creating Knowledge and Healing in the Early Modern Atlantic*.

nocimiento médico sobre los esclavos fue un área de interés en las Américas. El texto *Observações sobre as enfermidades dos negros*, elaborado por el francés Jean-Barthélemy Dazille en 1776 a partir de sus experiencias en Santo Domingo, fue traducido al portugués en 1801. Según André Nogueira, el trabajo estaba marcado por una combinación de ideas hipocráticas y temores de los peligros para la salud de las áreas tórridas.¹⁷ El libro de Dazille se inscribía en la idealización de los hacendados brasileños del sistema agrícola del Caribe y en un subgénero médico que consideraba algunas dolencias típicas de los esclavos africanos; este enfoque tuvo en las Américas una de sus primeras expresiones en la obra del doctor inglés que trabajó en el Caribe, Thomas Traphan, autor del libro *A discourse of the state of health in the Island of Jamaica*, publicado en 1679 en Londres.

Este universo médico afroamericano del Caribe y del Atlántico se generó en las condiciones de explotación de las sociedades esclavistas, caracterizadas por un sistema de jerarquías raciales que generaba un considerable estrés —aun cuando los esclavos pudieron conseguir cierta libertad de movimiento y oportunidades de obtención de su libertad por la manumisión—. Dichas condiciones intervinieron para que adquiriesen sus propias características populares y americanas a través de múltiples encuentros con otros practicantes, con los que intercambiaban ideas y materiales médicos. Los sanadores de origen africano podían ser brujos y *babalawos*, especialistas en rituales mágicos que apelaban a las divinidades *orishas* y que dominaban un conocimiento formidable sobre las propiedades curativas o dañinas de las plantas. Estos curanderos también podían ser barberos-cirujanos, pues habían sido aprendices de especialistas con formación europea, contactándose con los curanderos indígenas en el camino. Sus tratamientos sobre la base de elementos nativos se volvieron cada vez más importantes debido a que durante todo el periodo colonial era difícil recibir medicinas en cantidades suficientes y en buen estado desde Lisboa o Madrid.

Un curandero del siglo XVIII que tuvo partidarios y detractores entre los colonizadores fue Domingo Álvares, esclavo oriundo de la confederación Mahi, una región cercana a Dahomey (lo que hoy es Benín, en África Occidental). Su fascinante historia es el tema de un libro de James Sweet, quien describe cómo Álvares fue vendido en cautiverio en 1730, probablemente porque su prestigio en adivinación y curación representaba una amenaza política para el rey de Dahomey. Llevado a Brasil, construyó una reputación como curandero

¹⁷ André Nogueira, “Universos coloniais e ‘enfermidades dos negros’ pelos cirurgiões régios Dazille e Vieira de Carvalho”.

en Recife y Rio de Janeiro, curando a esclavos y a sus amos de enfermedades físicas y espirituales. Gracias a ello, finalmente pudo comprar su libertad. A través de rituales en los que participaban esclavos y exesclavos, reelaboró en Rio de Janeiro el tipo de prácticas comunitarias de sanación que tenían un eco con su experiencia en África. Estas prácticas curativas en Brasil se convirtieron en una resistencia “médica” a la esclavitud. Los colonos portugueses y autoridades de la Iglesia trataron de aminorar la dimensión política de este sistema curativo y utilizarlo para su beneficio. Ello implicaba suprimir las connotaciones políticas que alentaban la autonomía de los esclavos y que estaban expresadas en las redes espirituales construidas y lideradas por Álvares.¹⁸

Entre finales del siglo XVIII y principios del XIX, el cirujano mulato José Pastor de Larrinaga practicó con éxito sus artes curativas en Lima, por lo que gozó de prestigio y alcanzó las más altas posiciones en su profesión. En 1793 publicó en España un folleto titulado *Apología de los Cirujanos del Perú*, donde defendía la igualdad de condiciones para los cirujanos mulatos. También abogó por la creación de una escuela especializada para los cirujanos que fuese diferenciada de la de los médicos, una propuesta a la que se opusieron tanto los médicos escolásticos como los partidarios de la Ilustración. En 1801 se convirtió en protocirujano, una posición autónoma pero de menor prestigio que la del protomédico, que solamente existía en algunas ciudades. El caso de este y otros cirujanos y doctores negros, mulatos y “pardos” de la Lima colonial ha sido analizado por Jouve Martín, quien registra cómo algunos de ellos, con una suerte de “eclecticismo pragmático”, llegaron a tener prestigio y dejaron valiosas contribuciones escritas; esto desafía el supuesto de que la medicina popular solamente estaba basada en la transmisión oral del conocimiento.¹⁹

Al mismo tiempo que surgían estas figuras médicas afroamericanas, los esclavos africanos enviados a las Américas estuvieron expuestos a la medicina occidental desde que hicieron el vía crucis de su travesía por el Atlántico. Por lo general, los barcos y mercados de esclavos contaban con cirujanos al pendiente de la “carga” humana. Los retos se referían a, por ejemplo, qué hacer para que la mayoría sobreviviera durante la dura travesía plagada de disentería y escorbuto; impedir la posibilidad de que cualquier enfermedad contagiara a los marineros; proteger y verificar la salud de los africanos en venta (el

¹⁸ James Sweet, *Domingos Álvares, African Healing, and the Intellectual History of the Atlantic World*.

¹⁹ José R. Jouve Martín, *The Black Doctors of Colonial Lima: Science, Race and Writing in Colonial and Early Republican Peru*.

valor de un esclavo enfermo podía ser tres veces menos que el de uno sano); y descartar a cualquiera que tuviera una discapacidad.

Evidentemente, la cultura médica afroamericana y popular no gozó de las mismas condiciones de continuidad y seguridad que la de las élites por el simple hecho de que provenía de un grupo subyugado. Asimismo, sufrió de persecuciones. Existía, además, inestabilidad en las redes curativas de los practicantes —como la establecida por Álvares—. Un trabajo reciente ha propuesto que los curanderos esclavizados en Haití participaron de la comunidad intelectual y política que forjó la rebelión de esclavos y la independencia de Francia en la década de 1790.²⁰ Las prácticas curativas africanas se reponían con la llegada de más esclavos —flujo que continuó hasta inicios del siglo XIX en gran parte de la América española y hasta fines de ese siglo en Brasil y Cuba—. Sin embargo, debido a que el lugar de origen de los esclavos cambiaba regularmente, la continuidad y coherencia de sus sistemas de salud tuvo que reconstruirse permanentemente tomando prestadas prácticas, ideas y materiales derivados de las culturas indígenas e ibéricas. Un resultado fue la gradual conformación de culturas curativas afrodescendientes híbridas, correspondientes a territorios coloniales particulares que compartían ciertas semejanzas con las del continente africano pero que eran una novedosa variedad heterodoxa. Con el tiempo, las creencias y prácticas médicas africanas, indígenas y europeas cambiaron, de manera que para un historiador de la medicina es difícil distinguir un paradigma médico puro e ideal.

Los curanderos, tanto de ascendencia indígena como africana, tuvieron una presencia importante en los hospitales creados por los españoles después de su llegada a las Américas. De hecho, los que estuvieron ligados a un hospital o a una institución oficial estaban autorizados por los protomedicatos para practicar como sangradores o cirujanos. Los protomedicatos, originarios de la España del siglo XV, fueron organizaciones establecidas en los principales virreinos hispanoamericanos, aunque les tomó algunas décadas llegar a funcionar en varios países. Su tarea era regular el universo sanitario mediante la supervisión del entrenamiento médico, de las farmacias y de las prácticas médicas y quirúrgicas, así como establecer el valor de los títulos profesionales de quienes ejercerían el “arte de curar”; a la vez, les correspondía examinar las denuncias que se hicieran contra estos practicantes. Asimismo, debían inspeccionar la sanidad de los alimentos en los mercados, otorgar licencias por enfermedad a los funcionarios y aconsejar a las autoridades en casos de epi-

²⁰ Karol Weaver, *Medical Revolutionaries: The Enslaved Healers of Eighteenth-Century Saint Domingue*.

demias.²¹ También hacían los arbitrajes en los casos legales que requerían de la pericia médica; otorgaban licencias para la práctica de la medicina, la cirugía y la flebotomía (sangría); y además podían aplicar multas a los médicos, boticarios, cirujanos y otros practicantes de la salud. Los protomedicatos incluso formalmente podían intervenir en el uso de las plantas medicinales. Sin embargo, estas autoridades tuvieron dificultades para imponer un sistema único de concesión de licencias, sobre todo porque no contaban con recursos suficientes y tenían que enfrentarse a una serie de competidores que provenían de diversas culturas étnicas.

Los protomedicatos estuvieron encabezados por un médico jefe y, en algunos casos, estaban asociados a centros de enseñanza. Uno de los más notables fue la Escuela de Medicina del Protomedicato argentino, creada en 1801, que se justificó porque, a pesar de que para entonces ya existían universidades en Córdoba y Charcas, en ninguna se enseñaba medicina. Este mundo de los protomedicatos, hospitales equipados con farmacias y universidades con cátedras de medicina en las capitales de los virreinos, era copia adaptada de los que se habían creado en España (en Madrid, por ejemplo, el protomédico no tenía una cátedra en la universidad, como sí la tenía en las Américas). El estatus y el poder del protomédico variaron según cada posesión española-americana. Por ejemplo, México tuvo un protomédico desde 1534 (y puso fin a la institución a principios de la década de 1830), mientras que Guatemala no tuvo un protomedicato hasta 1793 (sin embargo, a principios del siglo xvii había un médico que se hacía llamar protomédico, principalmente porque enseñó en la universidad). En el Río de la Plata hubo un protomédico sustituto desde 1777 hasta que en 1798 se recibió de España la aprobación para que existiese formalmente el cargo, siendo ocupado por el inmigrante irlandés Michael O’Gorman (1749-1819). Aunque el protomedicato se suprimió en Buenos Aires en 1822, el puesto siguió existiendo en varias ciudades de las provincias argentinas hasta mediados del siglo xix, cuando fue remplazado en todo el país por un Tribunal de Medicina. En Cuba, el primer protomédico llegó en 1711, antes de la creación de la universidad. En algunos países como México y la Cuba colonial, el protomedicato llegó a su fin en la década de 1830; en otros, la institución fue flexible y siguió funcionando por décadas después de independizarse de España, y, en el caso de Bolivia, hasta finales del siglo xix. En ciudades donde no existió el protomedicato, fueron los cabildos los que tuvieron a su cargo las licencias médicas. Sin embargo, en las Américas más que en Es-

²¹ El trabajo clásico publicado sobre esta institución es el de John T. Lanning, *The Royal Protomedicato: The Regulation of the Medical Professions in the Spanish Empire*.

paña, la cantidad significativa de curanderos —especialmente indígenas— impidió que los protomédicos controlaran todas las prácticas médicas, incluso en las ciudades, mientras que las actividades curativas en el campo se desarrollaron prácticamente sin regulación.

Los hospitales, usualmente regentados por religiosas, eran santuarios de la caridad cristiana donde los enfermos, los pobres, los peregrinos, los huérfanos, las personas sin hogar y los mendigos podían refugiarse y rezar por la mitigación del dolor y la convalecencia. No eran, de ninguna manera, instituciones homogéneas. Algunos incluían cementerios cerca de alguna iglesia o capilla, donde los enfermos agonizantes podían asegurarse de que sus cuerpos fuesen a tener un lugar sagrado donde descansar eternamente. El tratamiento médico era secundario a proporcionar refugio y paz espiritual a través de oraciones. Durante la época colonial surgió un conjunto de hospitales diferentes que se distinguían según la clase, la profesión, el género y la etnicidad de sus usuarios. También existían algunos pocos especializados en ciertas dolencias consideradas estigmatizantes como la lepra —también conocida como elefantiasis y mal de San Lázaro—, entre ellos el Hospital de San Lázaro creado en la Ciudad de México en 1572.²² Inclusive hubo hospitales de “indios” que fueron concebidos por las autoridades como un medio para asimilar a personas consideradas “menores de edad”, necesitadas de la orientación de los conquistadores para convertirse en católicos devotos y obedientes. En las postrimerías de la conquista, el colapso demográfico y las urgencias administrativas hicieron que los españoles adoptaran una política de concentración de las poblaciones, y los hospitales a menudo se establecieron en el lugar de reasentamiento, como una atracción y como una herramienta de control político. Especialmente en este tipo de hospital era común encontrar a los “empíricos” o curanderos indígenas trabajando codo a codo con doctores o sacerdotes. Sin embargo, no fueron en todas partes las instituciones educativas o profesionales de las ciudades quienes desarrollaron el conocimiento práctico sobre el mundo natural. En el Río de la Plata, las misiones de los jesuitas aprendieron de los guaraníes sobre plantas medicinales y tratamientos durante el periodo colonial. Ellos eran parte de una red internacional del conocimiento —que incluía no solamente botánica, sino además astronomía y otras ciencias—, distribuida por todo el mundo, que tenía su centro en Roma.

Las órdenes religiosas comprometidas con el trabajo en los hospitales de caridad no sólo vinieron de Europa, sino que también surgieron en las Amé-

²² María del Carmen Sánchez Uriarte, *Entre la misericordia y el desprecio. Los leprosos y el Hospital de San Lázaro de la ciudad de México, 1784-1862*.

ricas. La Orden de los Hermanos de Nuestra Señora de Betlehem, por ejemplo, fue fundada en un hospital de Guatemala en 1656 por Pedro de San José Betancourt, y sus miembros creían que la evangelización era más persuasiva en el trabajo asistencial en el hospital. La orden betlemita llegó a manejar una vasta red de hospitales por toda la América hispana, que comúnmente incluían escuelas para niños pobres. Los betlemitas se propagaron rápidamente durante el siglo XVIII, pero en 1820 fueron suprimidos por las cortes españolas liberales como parte de un proyecto de crear una monarquía constitucional que fracasó —durante la también fallida invasión francesa a la península ibérica (parcialmente restaurada a mediados del siglo XIX)—. La orden betlemita dejó un legado de decenas de hospitales en los virreinos de Perú y México. Otra congregación religiosa vinculada con la administración de hospitales fue la de San Juan de Dios. Fue creada a principios del siglo XVI por un sacerdote portugués conocido como San Juan —canonizado en 1690— que trabajó en el sur de España. El primero de los hospitales de esta orden funcionó en la Ciudad de México en 1604, y durante los años siguientes aparecieron instituciones similares en la América hispana y las Filipinas (entonces bajo dominio español). Un número menor de hospitales estuvo administrado por los Hermanos de la Caridad de San Hipólito, importante feligresía en México, Guatemala y Cuba desde fines del siglo XVI. Fue creada por un exsoldado español que hizo una pequeña fortuna en el Perú para finalmente establecerse en México durante el siglo XVI, donde se dedicó a la caridad y al cuidado de los enfermos. Igual como pasó con los betlemitas, la orden dejó de existir después de 1820.

Las órdenes religiosas no estuvieron tan comprometidas con el racionalismo cartesiano que separaba la mente del cuerpo; de esta forma sus ideas coincidían con las de la mayoría de los colonos, que pensaban que la enfermedad era algo provocado por el pecado y que la salud podía restablecerse con la ayuda de la religión. En el Estado ideal absolutista, el monarca actuaba como una suerte de padre de la población, y la Iglesia como la madre de los súbditos. De una manera similar, los religiosos realizaban muchas actividades curativas, así como en el ámbito familiar la madre era la responsable de la salud de los hijos. En Europa, según el Concilio de Trento (1545-1563), los obispos tenían autoridad sobre los hospitales. Pero, en las Américas, la responsabilidad de supervisar estas instituciones la compartían autoridades eclesiásticas y de la Corona, una práctica que generó problemas de jurisdicción.

En parte por esta indefinición acerca de a qué ámbito pertenecían los hospitales coloniales, éstos nunca tuvieron suficientes recursos financieros. Como

consecuencia —y también porque durante la mayor parte de la colonia no se consideraba a la higiene como un factor que contribuyese a la salud—, los alojamientos para enfermos eran a menudo cuartuchos conocidos en algunos lugares como “covachas”. Su subsistencia con frecuencia dependía de cofradías o hermandades que cobraron vida propia. Éstas realizaban sus ritos y ceremonias para recolectar fondos y poder apoyar a los enfermos y sus familias, tanto moral como económicamente. Los hospitales también se sostenían con la benevolencia de los ricos, con préstamos e impuestos (como el “medio real del hospital” en México, que fuera utilizado para los hospitales de indios), así como con limosnas efímeras y donaciones esporádicas. Estas fuentes de ingresos eran inciertas, lo que explica por qué tantas aparecieron y desaparecieron durante el periodo colonial. Las colonias españolas y portuguesas otorgaron poder a las órdenes religiosas y a las hermandades sobre los hospitales, y, consecuentemente, sobre las muy importantes procesiones y plegarias colectivas que eran consideradas imprescindibles para aplacar las epidemias.

En Brasil, los hospitales siguieron el modelo portugués de las Santas Casas de Misericordia; éstas eran instituciones caritativas que cuidaban a los colonos con el fin de evangelizarlos, y surgieron utilizando este mismo nombre en las ciudades brasileñas. El modelo se remonta al Portugal de mediados del siglo XVI, pero ya en 1562 existía una Santa Casa de Misericordia en Rio de Janeiro, y el mismo término se sigue usando hoy en día para denominar algunos hospitales públicos. Algo tenían en común con las casas españolas de curación: eran parte de un esfuerzo no sólo de catequizar, sino también de demostrar que la caridad era una virtud intrínseca de los conquistadores católicos. Es importante notar que el trabajo en el hospital era considerado como un ámbito separado de la educación médica.

En las facultades de medicina de la universidad colonial aparecieron algunas disciplinas, pero la formación en medicina demoró en darse por separado. La educación médica universitaria giraba alrededor de la cátedra de Prima (o métodos) y fue considerada la principal respecto de una secundaria de Vísperas (anatomía). Las lecciones consistían en la lectura repetitiva y memorización del corpus clásico de Hipócrates y Galeno, así como de los trabajos de Avicena, que tenían casi cuatrocientos fragmentos de sabiduría que los médicos debían conocer (entre ellos el famoso juramento). Las escuelas aconsejaban honestidad, discreción, apego a la ética y obediencia a los profesores. El avance en el conocimiento de estas disciplinas no iba encaminado a la obtención de un diploma especial en la profesión médica, pues los estudios médicos se subsumían en un diploma en artes (los abogados y teólogos tenían un

estatus profesional superior). Las cátedras de Prima estaban asociadas con la oficina del protomédico, pero casi siempre sufrían de una escasez de profesores y estudiantes, y, peor aún, de ingresos y legitimidad (la primera cátedra fue fundada en México en 1580). Como resultado, la diferencia —que tradicionalmente se menciona— entre la educación formal, supuestamente disponible en las colonias españolas, y el entrenamiento informal que predominó en el Brasil colonial es relativa, ya que en la práctica ambos daban importancia al entrenamiento.

Desde su creación y hasta el siglo XVIII, las universidades españolas en las Américas, por decreto real, estaban prohibidas para los “mestizos, zambos y mulatos” debido a la obsesión de los colonizadores con la pureza de sangre (que idealmente buscaba que se pudiese rastrear a todos los ancestros; así, el exponente “perfecto” era si en ambos lados de una familia se descendía directamente de españoles). Parcialmente, como resultado de ello, los médicos en la mayoría de las ciudades eran europeos o hijos de europeos y daban prioridad a las cuestiones teóricas de la medicina, mientras que los cirujanos eran hombres de raza mestiza, de ascendencia africana y muchas de las parteras eran mulatas que tenían más interés en el trabajo práctico.

Al igual que con casi todas las leyes españolas, los ayuntamientos hacían excepciones y podían conceder permisos especiales a los curanderos y charlatanes, quienes, oficialmente, debían estar prohibidos de tener las mismas prerrogativas que los médicos. Por otro lado, el interés de los municipios en asuntos sanitarios fue esporádico, despertado en tiempos de epidemias, compartido con los religiosos y confinado a la salubridad de los principales mercados y vías públicas. Del mismo modo, la diversidad en las prácticas médicas urbanas era tolerada por autoridades municipales. A pesar de las críticas, los pocos esfuerzos oficiales por mejorar la medicina oficial no pudieron eliminar la percepción del bajo estatus de los doctores durante casi toda la etapa colonial. Ello fue captado en el título de un poema de Juan del Valle y Caviedes, un escritor limeño del siglo XVIII: “Muerte, emperatriz de los médicos”.

El imperialismo español fue distinto al enfoque imperial inglés en un aspecto importante: los ingleses en esa época se inclinaban por gobernar sus colonias de una manera descentralizada, controlando indirectamente a las autoridades locales y siendo más laxos con las formas de conocimiento heterodoxo. La monarquía española era, al menos formalmente, más rígida con sus colonias. Los portugueses en cambio, al igual que algunos colonizadores europeos, tuvieron políticas que estaban entre estos dos extremos. En Brasil, por ejemplo, no existió una facultad de medicina durante la época colonial, aun-

que sí hubo hospitales que atendían a los indígenas. Igualmente existieron estudiantes de medicina que viajaron a Europa para realizar sus estudios (principalmente a Coímbra en Portugal en el siglo XVIII y a Montpellier, Edimburgo y París durante la centuria siguiente). El desarrollo de la medicina brasileña en los siglos XVI y XVII refleja lo que estaba ocurriendo en otras zonas periféricas de la colonización europea, porque, para Portugal, las Américas al principio no fueron una zona atractiva o rentable. Así, la principal característica de la medicina fue la mayor variedad, tolerancia y ausencia de jerarquías entre los practicantes: boticarios, flebotomistas, cirujanos, farmacéuticos, parteras, médicos y los así llamados “curiosos”. Además de las mencionadas, estaban las actividades curativas practicadas por los sacerdotes, monjas y misioneros. Los médicos tenían mayor importancia social y a los farmacéuticos se los consideraba de menor rango, pues a veces tenían menos prestigio si estos últimos se asociaban con los mercaderes. Sin embargo, Brasil se convirtió en un destino más atractivo para los médicos y cirujanos metropolitanos después de 1670, cuando los intereses imperiales portugueses se reorientaron hacia esa zona del Atlántico. Un ejemplo de la forma como entonces Brasil se cernía como una tierra donde los doctores podían hacer fortunas se ve en el caso de José Rodrigues Abreu (1682-1755); éste fue un médico de Évora que en 1705 fue designado para proteger la salud de un alto comisionado colonial portugués enviado a resolver una guerra civil en los campos de oro de Minas Gerais. Los nueve años de Rodrigues Abreu en Brasil constituyeron una importante base empírica para los cuatro volúmenes de su obra *Historiologia Médica*, publicada entre 1733 y 1752, que dio a conocer nuevos medicamentos brasileños. Su servicio en la colonia dio pie a su estratosférico ascenso: fue nombrado *físico-mor do armada*, médico a cargo de la concesión de licencias y regulación de todos los médicos militares. Además, recibió títulos de nobleza y pasó a ser miembro del séquito del rey João V de Portugal.²³ Sólo en 1782 se creó en Portugal —con representantes en Brasil— el Consejo del Protomedicato, que sirvió para articular los anteriores cargos creados por la monarquía: un médico principal (*físico-mor*) y un cirujano principal (*cirurgão-mor*) que existían desde el siglo XVI. El consejo supervisaría la práctica en cada uno de estos campos. Así, los representantes brasileños del *físico-mor* portugués recibían quejas del público y podían solicitar la intervención del rey.

No obstante la creación de instituciones médicas occidentales y la aspiración a que predominaran en las colonias, las curaciones indígenas y populares

²³ Júnia Ferreira Furtado, “The Indies of Knowledge, or the Imaginary Geography of the Discoveries of Gold in Brazil”.

subsistieron hasta entrado el siglo xx. En varios países, las culturas de sanación de orígenes africano y asiático contribuyeron a formar complejos sistemas plurales de prácticas y creencias médicas. Como consecuencia, se creó una medicina híbrida cuya hechura no fue el resultado de una tendencia hacia la degradación de la medicina universitaria, sino más bien el producto de la incorporación de elementos de diversas medicinas y religiones. La mayoría de la población —incluyendo las élites— apeló a dicha curación híbrida y heterodoxa. En todo el espectro social y étnico se siguió pensando que las causas de la enfermedad tenían que ver con el pecado, la pérdida del alma, la brujería, la infracción de las normas o la falta de armonía con la naturaleza.

ADAPTACIÓN (Y RECONSTRUCCIÓN) DE LA ILUSTRACIÓN

Desde mediados del siglo xviii, las monarquías de España y Portugal trataron de renovar su control sobre las colonias americanas. Estas reformas eran apoyadas por los intelectuales criollos, que percibieron una oportunidad para introducir cambios en el sistema y que, a la par, buscaban legitimar su posición social. El marco de este proceso fueron las reformas en el Estado absolutista inspiradas por la influencia de la Ilustración en Europa. En el caso español, este proceso tomó fuerza con el rey de la dinastía borbónica Carlos III, mientras que en Portugal se dio con la figura simbólica de Sebastião José de Carvalho e Melo, marqués de Pombal, secretario del rey José I (por eso, las reformas se conocen con el calificativo de “borbónicas” o “pombalinas”, respectivamente). Ambas reformas buscaron reforzar el poder imperial en los dominios coloniales, incrementar la productividad económica para favorecer a la monarquía y socavar la autonomía local (además, España creó organismos políticos de control de las regiones de los virreinos y liberalizó los monopolios comerciales en aras de elevar más los impuestos). Y aunque tuvieron resultados contradictorios que siguen siendo discutidos, aquí nos limitaremos a tratar sus efectos en el ámbito de la salud y la medicina.

Las nuevas políticas reformistas estuvieron acompañadas por transformaciones en el ámbito sanitario inspiradas en las ciudades europeas. Una de las principales justificaciones de estas reformas fue el argumento mercantilista que sostenía que para fortalecer al Estado era necesario aumentar la población; lo que permitiría no sólo tener mayor densidad demográfica, sino además trabajadores sanos y productivos, más soldados y más consumidores. La medicina, refrescada con la enseñanza de anatomía y las medidas de higiene,

ayudaría a conseguir dicho aumento porque disminuiría la tasa de mortalidad (sobre todo la infantil) y paliaría los estragos de las epidemias. El énfasis en el estudio práctico de la anatomía y la estructura ósea, en la asociación de enfermedades con el deterioro y el mal funcionamiento de tejidos y órganos específicos y en el examen de cómo funcionaba el cuerpo humano (o los inicios de la fisiología) implicó varios cambios: comenzó a alejar a los médicos de la indiferencia escolástica al estudio de cadáveres, reivindicó que el conocimiento derivaba de la experiencia y no de textos clásicos, y brindó a la nueva medicina un aura científica basada en la interpretación de hechos. Además, la medicina sería una herramienta para distinguir entre los “buenos” y los “malos” practicantes del cuidado de la salud; estos últimos, entre los cuales se incluía a los curanderos considerados empíricos, eran considerados como en parte responsables de la mortalidad. Las aspiraciones eran que la medicina fuera entonces un conocimiento racional y “útil”, tal como la Ilustración lo exigía de todas las actividades intelectuales y profesionales. Las principales medidas sanitarias promovidas por estas reformas ibéricas —y decretadas en algunas ciudades por órganos de gobierno locales y protomedicatos— fueron la construcción de cementerios afuera de los muros de la ciudad, el establecimiento de sistemas regulares para la recolección y disposición de la basura y la ventilación y limpieza de calles y casas (que justificaba la construcción de parques y paseos), además del uso de perfume. Los defensores de los cementerios ubicados lejos de las áreas pobladas publicaron una serie de folletos en los que proporcionaban los argumentos para enfrentarse a la oposición católica a esta medida; por siglos, los monasterios o las iglesias fueron el lugar preferido de entierro de los muertos, un derecho por el que se pagaba en proporción de la cercanía del cadáver al altar mayor o al santo preferido. Las reformas también condujeron al control más riguroso de la calidad de los alimentos y bebidas expendidos en los mercados, al igual que a la mayor supervisión de la venta de tónicos y medicinas. Gran parte de las medidas de higiene estaban inspiradas por el paradigma miasmático, según el cual las enfermedades infecciosas se generaban por la descomposición de materias orgánicas que envenenaba la atmósfera y se impregnaba en objetos o atacaba los olfatos. Las fuentes de contagio serían la basura, los cadáveres, las frutas podridas, las aguas estancadas y los pantanos.

De acuerdo con la vagamente definida teoría del miasma, que se remonta a la Edad Media, las enfermedades infecciosas se originaban en los vapores envenenados suspendidos en partículas invisibles que se podían notar por su fétido olor. La teoría del miasma era percibida como complementaria al hu-

moralismo hipocrático; es decir, explicaba una falta de equilibrio en el ambiente o en el individuo. Durante fines del siglo XVIII y en el siglo XIX, cuando se intensificó el comercio marítimo y el crecimiento de las ciudades produjo más basura y mayor contacto entre las diferentes personas, la teoría del miasma representó un papel decisivo en la explicación de los orígenes de las epidemias y la vulnerabilidad de algunos individuos frente a la enfermedad. Finalmente, confirmó la regla del aislamiento de las víctimas de las epidemias. Paradójicamente, al promover el saneamiento ambiental y la limpieza, quienes se adherían a la teoría del miasma contribuían a la salud de las personas pero con argumentos que algunos años después se mostraron equivocados. De hecho, mediante la eliminación de los residuos humanos, vegetales y animales, así como de los pantanos, los funcionarios de la sanidad —a menudo sin saberlo— eliminaban las bacterias que eran la causa de muchas enfermedades infecciosas, o los mosquitos transmisores de las mismas que vivían en esos lares. Estas ideas predominaron entre los médicos hasta fines del siglo XIX, pues continuaba la creencia popular de que la suciedad en sí misma producía epidemias. Un ejemplo notable de este pensamiento lo dio un brasileño, José Pinto de Azeredo, quien en 1790 publicó en Lisboa un trabajo que relacionaba la composición química del aire en Rio de Janeiro con las condiciones de salubridad en los diferentes sectores de la ciudad como una forma de advertencia de los peligros de la contaminación ambiental.²⁴ Estas ideas se preservaron entre la población y los curanderos hasta entrado el siglo XX, ya que estaban convencidos de que efluvios malignos que deambulaban por la atmósfera, sobre todo al atardecer —es decir, cuando los mosquitos son más virulentos—, eran el origen de muchas enfermedades.

Los defensores de este nuevo saneamiento en América vinculaban estos objetivos con sus profesiones u oficios —trayectorias que a menudo estuvieron marcadas por el ascenso social de quienes, habiendo nacido en circunstancias humildes, esperaban utilizar su talento para destacar en sociedades jerárquicas—. Algunos se hicieron conocidos mediante una nueva dinámica en la vida cultural con revistas y libros. Una de las primeras revistas de este tipo fue el *Mercurio Volante*, revista mexicana que apareció durante un tiempo en 1772-1773 con noticias “importantes e intrigantes” sobre física y medicina, editada por el médico José Ignacio Bartolache (1739-1790). Otro notable editor mexicano de diversas publicaciones periódicas, como el *Diario*

²⁴ Manuel Serrano Pinto, Marco Antonio G. Cecchini, Isabel Maria Malaquias, Lycia Maria Moreira-Nordemann y João Rui Pita, “O médico brasileiro José Pinto de Azeredo (1766?-1810) e o exame químico da atmosfera do Rio de Janeiro”.

Literario de México, que también adaptó las ideas de la Ilustración europea, fue José Antonio Alzate y Ramírez (1738-1799),²⁵ quien como muchos de sus contemporáneos cultivó varias disciplinas. Fue bachiller en teología por la Universidad de México, investigó las matemáticas, la física, la historia natural y la medicina. Ya entonces se comenzaba a generalizar el término “historia natural” para denominar —como lo habían hecho los europeos— el estudio de animales, plantas, planetas y geología con métodos que iban desde la observación hasta la química y la astronomía; ello también la diferenciaba de la historia civil que estudiaba a los seres humanos o la historia sagrada que se refería a los santos y la religión.

Papel Periódico de La Habana, que duró desde 1790 hasta 1805, también dedicó atención a los asuntos médicos. En 1797 publicó un importante estudio sobre la fiebre amarilla por Tomás Romay y Chacón (1764-1849), joven profesor de patología y uno de los editores de la gaceta. La publicación contribuyó a consolidar su prestigio como el sabio médico criollo de la isla durante la Ilustración. La difusión de nuevos estudios en estas publicaciones llegó con un cuestionamiento de las ideas europeas sobre la inferioridad de las naturalezas americanas, y con la construcción de lo que Jorge Cañizares Esguerra llamó una “ciencia criolla patriótica”.²⁶ Esta nueva ciencia era, sin duda, ambivalente y contradictoria en una medida similar a la élite criolla que la propagó: por un lado, trató de diferenciarse de los esfuerzos científicos europeos, mientras que por el otro mantuvo una clara distancia del conocimiento indígena y popular. Asimismo, los médicos ilustrados americanos se resistían, en general, a darle mayor reconocimiento profesional al cirujano, a pesar de que ello ya estaba ocurriendo en varias ciudades europeas. Esta incongruencia se debió seguramente a que los cirujanos provenían de un grupo étnico distinto: los afroamericanos.

Médicos criollos criticaron a naturalistas como el francés Georges-Louis Leclerc, Conde de Buffon (1707-1788), quien desde mediados del siglo XVIII argumentaba que, en primer lugar, las especies animales y vegetales de las Américas eran una derivación inferior del ideal europeo; y, en segundo término, que el clima tórrido de los trópicos era insalubre para los seres humanos. Para desmentir a Buffon, los eruditos científicos americanos buscaron revivir el pensamiento ambientalista hipocrático y del Renacimiento, que, consideraban, se había debilitado durante la mayor parte de la época colonial. Ello sig-

²⁵ Véase Patricia Aceves Pastrana, *Periodismo científico en el siglo XVIII: José Antonio de Alzate y Ramírez*.

²⁶ Jorge Cañizares Esguerra, “New Worlds, New Stars: Patriotic Astrology and the Invention of Indian and Creole Bodies in Colonial Spanish America 1600-1650”.

nificó responder al prejuicio habitual de que un exceso de aire húmedo y cálido, característico de climas tropicales y subtropicales, tenía efectos negativos en la salud. Si bien los americanos aceptaban que los efectos de estos climas eran nocivos, no los veían como determinantes. Los profesionales nativos eran los que mejor podían advertir sobre sus peligros y aconsejar un estilo de vida que pudiera sobrellevarlos adecuadamente. De esta manera, los doctores criollos legitimaron su papel como los mejores asesores de los individuos habitantes de ambientes hostiles, y sentaron las bases para una serie de estudios sobre la topografía médica de las Américas. Los más radicales rechazaban la supuesta inferioridad de la naturaleza y de los individuos americanos con el argumento de que en realidad eran únicos y diferentes a los europeos.²⁷

De esta manera, existieron conflictos entre algunos criollos ilustrados y la Corona. Uno de los casos más notables de enfrentamiento entre un médico reformista y la corte de Madrid fue el de Eugenio Espejo (1747-1795), de Quito, quien defendió el libre comercio de la quina como parte de una reforma radical de la administración pública colonial. Fue exiliado a Colombia por sus ideas consideradas revolucionarias, pues criticaba al mismísimo Carlos III. Espejo volvió a Quito en 1791 como miembro de la Sociedad Patriótica de Amigos del País para promover una campaña nacionalista de modernización, de higiene pública y de mayor autonomía de las autoridades locales con respecto al poder español. Ello condujo a su consiguiente arresto; años después pasó a ser parte de la historia oficial como precursor de la independencia.

Sin embargo, la mayoría de estos médicos ilustrados tuvieron posiciones políticas moderadas. Uno de los más notables entre ellos fue el peruano Hipólito Unanue (1755-1833), autor de *Observaciones sobre el clima de Lima y sus influencias en los seres organizados, en especial el hombre*, que se publicó por primera vez en la Ciudad de los Reyes en 1806, siendo luego reeditado en Madrid en 1815. Unanue aceptaba ideas comunes en Europa como la de que el calor sofocante, la humedad intensa, la flora abundante, las tormentas frecuentes e incluso los terremotos eran el caldo de cultivo en el que se incubaban las enfermedades. Sin embargo, Unanue creía que los médicos criollos, más que los europeos que no conocían bien el terreno local, o los curanderos indígenas, a quienes consideraban poco más que empíricos ignorantes, eran los más preparados para entender las fuerzas de la naturaleza local y orientar correctamente la dieta, el abrigo y el estilo de vida de los individuos. En sus argumentos, Unanue apeló a antiguas ideas hipocráticas

²⁷ Adam Warren, *Medicine and Politics in Colonial Peru*.

sobre el equilibrio necesario entre los seres humanos, el medio ambiente y la naturaleza.

Anteriormente, en 1789, con el respaldo del virrey e incluso hasta del mismo rey de España, a Unanue se le encargó organizar un anfiteatro anatómico que era considerado esencial para el estudio de la anatomía. En 1811 Unanue estuvo a la cabeza de la organización de un efímero Colegio de Medicina. Éste fue creado con los supuestos ilustrados de que era esencial para los médicos estudiar anatomía y fisiología, y de que la medicina y la cirugía debieran ser una sola profesión (un anfiteatro similar existió en el Hospital de Indios de México desde 1770). Los profesores de la Universidad de San Marcos, donde imperaban la tradicional escolástica aristotélica y los principios de Galeno, se resistieron a estos cambios y se enorgullecieron de no mezclarse con la nueva ciencia. En la inauguración del anfiteatro, ubicado en un hospital para indios fuera de la universidad, Unanue dio un elegante discurso donde atribuyó la decadencia histórica del Perú a las epidemias y a la ausencia de médicos preparados, por lo que anunció una “restauración” peruana gracias a la graduación de doctores guiados por los principios de la anatomía.

Alguien similar a Unanue fue el mexicano Luis José Montaña (1755-1820), quien obtuvo su grado en artes en la Real y Pontificia Universidad de México, y en 1777 recibió del protomedicato una licencia para ejercer como médico. En vez de reproducir en su práctica lo que había aprendido en su educación escolástica colonial, adoptó las ideas de Vesalius, Harvey, Sydenham, Newton y Boerhaave (todos autores renacentistas o ilustrados europeos que eran anatemas para los escolásticos). Impartió las ideas de los anteriores en sus cursos en la Escuela de Minería, y dio clases en la universidad sobre los conceptos modernos de botánica y biología con la intención de que el arte de curar tuviese un estatus científico. Como a Unanue, a él también, por un tiempo, le negaron los puestos más prestigiosos en la universidad, particularmente la cátedra de Prima, y solamente después de una serie de intentos se le permitió ocupar otros puestos universitarios de menor importancia.

La importancia de Unanue en las postrimerías del periodo colonial se puede explicar no sólo por su talento, sino también por su habilidad para codearse con el poder y ser útil a las necesidades del Estado; una destreza que conservó durante los primeros años de la república peruana que se proclamó en 1821. En el virreinato llegó a ser protomédico y cosmógrafo oficial, además de editor de la *Guía Política, Eclesiástica y Militar*, una publicación anual que resumía los datos sobre geografía, política y enfermedades. Fue el fundador y principal promotor de la Sociedad de Amantes del País (similar a las que exis-

tieron en alrededor de doce ciudades de la América hispana), que a partir de 1795 publicó una de las primeras revistas científicas y culturales denominada el *Mercurio Peruano*. Esta sociedad era una de las redes de intelectuales, comerciantes y funcionarios que gustaban de las novedades literarias y científicas, y buscaban llevar al límite el reformismo ibérico. Muchos de ellos eran críticos de las deficiencias del Imperio español, pero no estaban dispuestos a romper los lazos coloniales ni a que se acabara con la esclavitud y la subordinación de la población indígena. En realidad, se oponían a la discriminación de los españoles en contra de los naturalistas, estudiosos y funcionarios nacidos en América (que en general eran blancos y miembros de la élite local). Unanue se cambió a las fuerzas independentistas casi a último momento, y cuando se creó la república se ganó la confianza de Simón Bolívar y José de San Martín, llegando a ocupar cargos importantes como ministro de Finanzas y la presidencia de la primera convención constitucional. Él fue uno de los primeros “doctores políticos” en la historia de América: profesionales que no sólo alcanzaron un elevado estatus social y económico, sino que también participaron en la construcción de los Estados-nación en la región.

Por supuesto que no todo el pensamiento original en las Américas fue obra de los médicos criollos. Las *Reflexiones histórico físico naturales médico quirúrgicas* de Francisco Barrera y Domingo (escritas en 1797 pero publicadas en el siglo xx) muestran la erudición de un humilde cirujano de la Marina entrenado originalmente en un hospital provincial español. Como residente de La Habana, desde la década de 1780 fue testigo del despegue de lo que se convertiría en una de las principales sociedades esclavistas del siglo xix. Adrián López ha descrito cómo utilizó Barrera su experiencia en plantaciones y su conocimiento clínico de las patologías típicas de los esclavos para presentar la esclavitud como una enfermedad en sí misma. Su extenso manuscrito contenía una crítica radical a los discursos científicos sobre raza y un cuestionamiento de la noción de que las dolencias de los esclavos, como la melancolía, indicasen que éstos fueran inherentemente bárbaros.²⁸ Un sanador extranjero algo excéntrico y aventurero que causó bastante revuelo público fue Esteban Courtí, autodidacto oriundo de Milán, que en la década de 1780 se hizo pasar por un médico catalán y consiguió ser parte de la élite colonial trabajando sobre todo en Costa Rica. Allí alcanzó notoriedad adoptando ideas “volterianas” (es decir ilustradas) sobre la medicina y la botánica médica, por lo que terminó arrestado por la Inquisición. Courtí fue buscado por

²⁸ Adrián López Denis, *Melancholia, Slavery and Racial Pathology in Eighteenth-Century Cuba*.

el prestigio que le confería la eficacia de sus curaciones, y por su habilidad para tratar y finalmente incorporarse a las élites de las ciudades centroamericanas por donde pasó. Camino a México sería enjuiciado y condenado. Llegó a adquirir reputación como curandero desde la prisión mexicana y finalmente escapó para establecerse en Filadelfia, el centro de la medicina ilustrada en los Estados Unidos.

Igualmente existieron tensiones y alianzas entre los monarcas ibéricos y la Iglesia sobre, por ejemplo, la difusión de la vacuna contra la viruela y la prohibición de los entierros en las iglesias. Ello ocurrió a pesar de que, antes de la Ilustración, autoridades del Vaticano habían tratado con poco éxito de regular y restringir el entierro en los templos. Este último caso encontró resistencia, no sólo de parte de la Iglesia sino también de la mayoría de la población urbana, que abrigaba nociones barrocas sobre la enfermedad, la muerte, el velorio y el duelo que se expresaban a través de rituales complicados organizados por cofradías y hermandades religiosas. La forma de morir y el destino del alma después de la muerte fueron una preocupación fundamental para muchas personas. No eran pocos los que anhelaban un entierro en la iglesia para que sus almas pudieran elevarse rápidamente desde el inevitable purgatorio al anhelado cielo. A pesar de la resistencia, algunos cementerios se establecieron con éxito en las afueras de las principales ciudades. Sin embargo, debido a la oposición de la población y de la Iglesia —y también a la debilidad de los Estados después de la independencia—, los sacerdotes y los funcionarios perdieron capacidad de determinar la ubicación de los cementerios. En muchas ciudades, la primera mitad del siglo XIX fue testigo de un regreso al uso de los terrenos de la Iglesia y los monasterios como cementerios civiles.

El caso de Chile es especialmente ilustrativo porque, a lo largo de la primera mitad del siglo XX, el Estado pugnó con la Iglesia para reducir sus prerrogativas en relación con los cementerios; un tema que llegó a ser discutido en el Parlamento en 1864. Así, solamente en la década de 1870 y comienzos de la siguiente se aprobaron la primera ley de cementerios y la norma más decisiva denominada ley de cementerios civiles. Esta última medida fue contestada por las autoridades religiosas con la prohibición de celebrar misas a quienes pretendían enterrar a familiares muertos en los cementerios no religiosos.

Los médicos ilustrados también intentaron cambiar el tono de las relaciones entre la cultura médica oficial y la indígena, donde se dieron ciclos de tolerancia y abierta desaprobación pero que muchas veces acabaron con una coexistencia pacífica. Generalmente acentuaron la persecución de los curan-

deros y curanderas, mas remplazaron el énfasis inicial de la relación de las prácticas populares con la disidencia religiosa con una explicación más ligada a asuntos profesionales y científicos, según la cual los curanderos eran empíricos y responsables de parte de la población. Ello encajaba con una actitud paternalista de presentar a las poblaciones nativas como ignorantes, sometidas al yugo de supersticiones que hacían daño a la salud, y por lo tanto necesitadas de la ayuda de profesionales que tuviesen un aprendizaje científico especial, que solamente los médicos poseían. La crítica a los curanderos no fue solamente parte de un intento de modernización y secularización de la sociedad, sino que se inscribió en un enfrentamiento cultural y político más complejo en que se reelaboraron las razones que legitimaban la subordinación y marginación de las poblaciones nativas. El esfuerzo de hegemonizar la práctica médica también pasó por la constitución de las primeras farmacopeas nacionales, que eran una forma de establecer un código oficial farmacéutico del uso de plantas medicinales nativas y de remedios de origen europeo. A pesar de todo, las fronteras entre la medicina occidental y la medicina tradicional, en la práctica, siguieron siendo porosas y permeables. Desde el punto de vista de la población, no era incoherente alternar diferentes sistemas médicos y confiar en tratamientos e ideas religiosas y científicas distintas sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad. Lo mismo pensaron otros practicantes que con naturalidad adoptaron uno u otro tratamiento de diferentes culturas médicas en su arsenal de tratamientos.

La construcción de un nacionalismo médico en las tempranas repúblicas del antiguo Imperio español fue de la mano con la celebración del pasado, incluido el pasado precolombino de las políticas indígenas presentadas como no contaminadas, aunque esta supuesta pureza solamente ensalzase a las élites. Una idea complementaria a la anterior era que las poblaciones indígenas habían degenerado después de la conquista por la eliminación de las élites nativas, entre quienes estaban sus sabios y doctores. Esta interpretación era funcional a la demanda de los nuevos profesionales criollos hispanoamericanos por recuperar y darles un cariz protocientífico a los diagnósticos y los tratamientos sanitarios indígenas de antes de la conquista. Es decir, para los médicos de las repúblicas tempranas ellos eran los herederos de los médicos nobles mexicas e incas y, por lo tanto, parte de un linaje. De manera similar, las élites médicas trataron de limitar la práctica de la medicina doméstica y de los doctores extranjeros. Por ello, la supuesta resistencia latinoamericana a ciertas innovaciones europeas, o el “retraso” en la reforma de la educación médica en la región, no deben ser tomados como un signo definitivo de es-

tancamiento o herencia escolástica. También fueron resultado de la competencia entre los practicantes por un reducido mercado urbano, así como de la defensa de sus propios fueros. Al mismo tiempo, la medicina profesional siguió dialogando con la misma medicina popular que censuraba. La difusión e hibridación de la medicina occidental se intensificó en los manuales médicos domésticos que popularizaron hierbas y tratamientos (a menudo las publicaciones se llamaban *Florilegios*). Estos manuales, que muchas veces estaban destinados a servir a los misioneros y terratenientes en lugares remotos, también fueron utilizados en los centros urbanos. Tales publicaciones disfrutaron de éxito y aún no han recibido la suficiente atención de parte de los historiadores latinoamericanos de la medicina. Uno de los pocos textos estudiados y reproducidos ha sido el *Florilegio Medicinal de todas las enfermedades sacado de varios y clásicos autores para bien de los pobres*, en tres volúmenes, escrito por Juan de Esteyneffer (1664-1716), un sacerdote jesuita de Moravia, Bohemia, entrenado en farmacia y enviado al norte de México a comienzos del siglo XVIII. El texto, que estaba dirigido a sus hermanos misioneros y a los pobres que no podían recurrir a un doctor, fue impreso y reimpresso en la Ciudad de México, Madrid y Ámsterdam.²⁹

Otro hecho importante que tuvo un impacto en la salud pública hispanoamericana de fines del siglo XVIII y comienzos del XIX fue la llegada de ambiciosas expediciones científicas. Muchas de ellas fueron promovidas por el Real Jardín Botánico de Madrid, especialmente a partir de 1771, cuando éste fue conducido por el médico Casimiro Gómez Ortega (1741-1818). Así, en el transcurso del siglo XVIII se organizaron más de cincuenta de estas expediciones en los dominios españoles, pero la mayoría de las mismas fueron posteriores a 1777. Dichas exploraciones tenían como objetivo la identificación y el aprovechamiento de plantas americanas para fines medicinales y comerciales. Investigaciones recientes han demostrado que las motivaciones políticas, a menudo no evidentes, fueron también importantes. Entre estas últimas, la más importante fue la de consolidar la autoridad colonial en el interior de las colonias. El intento por entender científicamente, domesticar la flora y hacerla comercialmente útil se propagó junto con el trabajo del naturalista sueco Carlos Linneo (1707-1778), quien en el primer tercio del siglo XVIII desarrolló una nomenclatura binaria para la clasificación del reino vegetal, que fue un sistema más fácil y universal para identificar, jerarquizar y nombrar las plantas. Gracias a Linneo la botánica adquirió un estatus científico más elevado y fue

²⁹ Juan de Esteyneffer, *Florilegio Medicinal*; Margarita Artschwager Kay, "The *Florilegio Medicinal*: Source of Southwest Ethnomedicine".

una disciplina con cultores especializados cuyos trabajos eran apreciados también por los médicos.

En Brasil tuvieron lugar expediciones que fueron conocidas como “filosóficas” (se utilizaba este término porque sus jefes eran naturalistas entrenados en filosofía en la Universidad de Coímbra). Éstas se llevaron a cabo entre fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX en los dominios coloniales de Mozambique, Angola, Cabo Verde y Brasil, creando un verdadero circuito de intercambios científicos y culturales transcontinental. En estas expediciones se combinaban fines científicos, mineros, geográficos y médicos, pues se suponía que ello abriría nuevas oportunidades económicas para la Corona portuguesa. Las expediciones recibieron el apoyo de una serie de instituciones metropolitanas, incluida la Real Academia de las Ciencias, el Jardim Botânico da Ajuda, creado en 1768, y la cátedra en botánica de Coímbra, a cargo de Domingos Vandelli (1735-1816). Éste fue un naturalista de origen italiano cuyos discípulos fueron nombrados en estas expediciones. Entre ellos destacó Alexandre Rodrigues Ferreira (1756-1815), quien dirigió la excursión más importante para explorar Brasil en 1783, permaneciendo en el país durante los siguientes nueve años.

Una de las más importantes expediciones españolas fue la de los farmacéuticos y botánicos Hipólito Ruiz y José Pavón al Perú y Chile en 1777-1788; es decir, durante más de once años. A pesar de un naufragio que se llevó parte de los especímenes chilenos enviados a España hacia el fin de la expedición, se recolectaron miles de nuevas especies, se identificaron cientos de nuevas variedades de quina y llegaron miles de semillas, plantas y diseños al Real Jardín Botánico de Madrid. Entre las publicaciones más interesantes estuvo la de Ruiz, que vio la luz en 1792, su célebre *Quinología o tratado del árbol de quina o cascarilla*, traducido a varios idiomas. Otro esfuerzo notable fue el organizado por el botánico y médico militar español Martín Sessé (1751-1808) junto con el médico y naturalista mexicano José Mariano Mociño (1757-1820) para explorar las plantas y otros productos naturales de la Nueva España. Ellos también viajaron a las provincias, llegando a California, en ese entonces parte del Virreinato, y trataron de construir una *materia médica* —o un cuerpo de conocimiento específico de la región— relativa a las plantas y animales utilizados con fines terapéuticos. Mociño prestó especial atención a las propiedades médicas de las plantas y observó su uso en los hospitales locales. Desafortunadamente, cuando Sessé volvió a Madrid con la intención de trabajar en el valioso herbario, falleció antes de que apareciera cualquier publicación. Mociño, quien fue a España con Sessé y llegó a trabajar como médico, tampoco tuvo mucha

suerte. Luego del efímero dominio de Francia sobre España, fue encarcelado y expulsado al país galo acusado de simpatizar con José Bonaparte.

La Corona española envió al italiano Alejandro Malaspina, junto con el naturalista Antonio Pineda y los botánicos Luis Neé y Tadeo Haenke, a dar la vuelta al mundo en una travesía que duró desde 1789 hasta 1794. Con menos recursos salió adelante la expedición botánica a Cuba en 1796, dirigida por el conde de Mopox, un aristócrata nacido en La Habana pero que radicaba en España. Importante por su impacto local fue la expedición del clérigo Celestino Mutis, de Cádiz, quien estaba en Colombia (entonces el virreinato de Nueva Granada), en donde vivió por casi veinte años. En 1783 dirigió la Real Expedición Botánica al Virreinato de Nueva Granada, un encargo que había solicitado unos años antes. Su trabajo, especialmente el *Arcano de la Quina* (1828), discrepó del de Hipólito Ruiz sobre los efectos y características de esa planta. Gracias a los esfuerzos de su sobrino y de algunos discípulos, se siguió trabajando en esta expedición después de la muerte de Mutis en 1808. Es interesante advertir la versatilidad de Mutis —que no fue extraña entre los naturalistas latinoamericanos—, quien trabajó como médico, astrónomo, mineralogista y botánico. La mayor parte de su trabajo fue sobre la flora de Colombia y solamente apareció publicado en el siglo xx. El ejemplo del médico brasileño Bento Bandeira de Mello muestra que en la América portuguesa ocurrieron procesos similares. Una Cédula Real expedida en 1788 por las capitanías de Pernambuco y Paraíba solicitó a De Mello que informara sobre las medicinas indígenas, lo que produjo una extensa descripción en la que aparecen plantas, raíces y frutas medicinales nativas.³⁰

Sin embargo, los resultados de la mayoría de estas expediciones nunca produjeron todos los cambios esperados. Por un lado, gran parte de los proyectos de publicación nunca se realizaron y la comercialización e incorporación al arsenal médico de plantas y productos naturales avanzó más lentamente de lo deseado. Frecuentemente, los manuscritos terminaron dispersos por diferentes partes del mundo y sólo después de décadas llegaron a ser conocidos. No obstante, sí hubo un aspecto positivo en el hecho de que se entrenaron botánicos y se crearon cátedras y jardines botánicos en las colonias, a través de los cuales las novedades de la ciencia europea fueron posteriormente incorporadas por las facultades de medicina republicanas. Asimismo, dichas expediciones contribuyeron a alimentar el imaginario cultural latinoamericano y europeo respecto a que existía una riqueza natural inexplorada en las Américas.

³⁰ Timothy Walker, "Acquisition and Circulation of Medical Knowledge within the Early Modern Portuguese Empire", p. 247.

Un supuesto sobre el que años después se legitimarían las economías de exportación de materias primas.

El estudio de Eduardo Estrella sobre las notas de campo y las cartas de los expedicionarios Ruiz y Pavón analiza la forma como el conocimiento de los curanderos indígenas y mestizos fue pasado a los europeos que invisibilizaron la “autoría” de los sanadores en la transmisión del saber. Es decir, según Estrella, los curanderos aparecían en los documentos de archivo, pero desaparecían en los libros oficiales.³¹ Ello indica la importancia de las asimetrías en la “circulación” de diferentes conocimientos y prácticas locales; un proceso en el que sin duda las contribuciones de los curanderos nativos a la medicina occidental tuvieron un papel importante, a pesar de que éstos no recibieran el crédito que merecían y el proceso resultase en la consolidación de la autoridad de los europeos.

La expedición conjunta franco-hispana, dirigida por el militar y geógrafo Charles-Marie de La Condamine (1701-1774) al Perú en el siglo XVIII, tuvo como objetivo medir la circunferencia de la Tierra en el ecuador para comparar esta medida con la de otra expedición enviada a Laponia, y así determinar si la Tierra estaba aplanada por los polos o por el ecuador. Se llevó a cabo durante un periodo de nueve años, desde 1735 hasta 1744, y se extendió en áreas más allá de las astronómicas y geográficas, ahondando en el conocimiento de la quina y descubriendo la importancia del caucho (que años después sería la base de una economía de enclave en la Amazonía). Un complejo proceso de intercambios y discusiones se extendió desde las academias metropolitanas de París y Madrid hasta el pueblo andino de Tarqui. Neil Safier hace hincapié en las complejas relaciones transcoloniales que se tejieron en expediciones de este tipo y sugiere una circulación de conocimientos multidireccional y contingente a cada escenario en que se desarrollaba.³²

Muchas de las características y, asimismo, los problemas de las expediciones fueron claros en la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna enviada en 1803 por el rey Carlos IV a las colonias españolas. La expedición tuvo como misión enseñar a los médicos locales la práctica de la vacuna y los medios de distribuir la misma gratuitamente. Este objetivo debe ser entendido en el contexto de los nuevos discursos oficiales sobre la moral y la responsabilidad caritativa del Estado para con las condiciones de vida y salubridad de sus súbditos en ultramar. Al ordenar la misión de llevar a los dominios de España la primera medida efectiva de inmunización de los tiempos modernos —una

³¹ Eduardo Estrella, “Ciencia ilustrada y saber popular en el conocimiento de la quina en el siglo XVIII”.

³² Neil Safier, *Measuring the New World: Enlightenment Science and South America*.

que pocos años antes había sido descubierta por el médico inglés Edward Jenner (1749-1823)—, la Corona dio inicio a la primera campaña de salud global.³³ La vacunación era diferente a la peligrosa práctica de la variolización o inoculación, que tenía una historia más antigua y métodos no estandarizados. La forma más común de variolización era tomar costras de las pústulas de los enfermos de viruela y convertirlas en polvo —secarlas al sol para atenuar el virus—, y a continuación se aplicaba la materia seca en pequeñas incisiones que se hacían a personas sanas. La intención era producir inmunidad, y se podía lograr, pero a menudo no sin antes producir un brote de la misma enfermedad que infelizmente muchas veces acababa de forma trágica. Documentos de archivo indican que desde fines de la década de 1770 la variolización se utilizó en México, Perú y Guatemala para contener las epidemias de viruela. En cambio, la vacuna de Jenner utilizaba el fluido vivo de las pústulas producidas por una enfermedad análoga, la viruela de la vaca (*Variolae vaccinae*), que era inocua para los seres humanos y al mismo tiempo les otorgaba inmunidad contra la viruela.

El director de la Expedición Filantrópica (Real Expedición Filantrópica de la Vacuna) fue Francisco Xavier de Balmis (1753-1819), entrenado como cirujano militar en una época en la que los ingenieros y soldados eran parte del proyecto de modernización de la monarquía borbónica, y quien había estado antes en América. En España, Balmis había forjado su reputación como experto en vacunación, tenía vínculos con la nobleza, era parte de la élite médica (llegó a ser médico del rey Carlos IV) y había traducido al español el manual *Traité historique et pratique de la vaccine* escrito por el médico francés Jacques Louis Moreau de la Sarthe. Uno de los asistentes de Balmis fue el cirujano militar catalán José Salvany (1776-1810), quien llegó a ser subdirector de la expedición y se encargaría de la parte sudamericana una vez que la expedición se dividiera luego de su arribo a las Américas; Salvany moriría en Cochabamba luego de trabajar denodadamente en los Andes. El líquido usado para la vacuna se propagó durante la travesía de una manera curiosa e imperecedera: se mantuvo con vida mediante inoculaciones secuenciales de pústulas en los brazos de veintidós huérfanos españoles. Los expedicionarios empezaron con éxito vacunando a la población de Tenerife en las Islas Canarias, pero conforme se aproximaban a las Américas se fueron dando cuenta de que no sería tan fácil cumplir las órdenes de Madrid como ganar la colaboración de los médicos ni conseguir el financiamiento local como se esperaba

³³ Susana Ramírez Martín, *La salud del Imperio. La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna*.

que ocurriese en la metrópoli. Para su sorpresa, no siempre fueron bien recibidos por las autoridades y los profesionales de la salud, algunos de los cuales ya conocían y practicaban el método diseñado en Inglaterra, porque habían obtenido la vacuna procedente de las colonias inglesas del Caribe.

La expedición se sintió decepcionada cuando llegó a Puerto Rico, donde Balmis encontró que la vacuna lo había precedido; en este caso Francisco Oller, un médico español residente, la había traído desde la isla caribeña de Santo Tomás y la propagó entre familiares y esclavos. El hecho suscitó resentimiento en el perfeccionista Balmis, quien reveló rasgos de su personalidad que le causarían problemas en las Américas: denigró la calidad de la vacuna anterior a su llegada, así como la técnica de los médicos locales. Incapaz de desacreditar por completo a los médicos de Puerto Rico, Balmis se marchó irritado rumbo a la costa norte de Sudamérica y, finalmente, encontró apoyo en Caracas. El gobernador difundió las ventajas de la vacunación realizada por los españoles, le ofreció ayuda financiera a Balmis y creó una junta conformada por médicos, profesores y autoridades religiosas y municipales para continuar con la tarea después de que los expedicionarios partieran. La junta, cuya organización fue un modelo para otras ciudades, utilizó copias de la versión en español del *Traité* y durante el siglo XIX se siguió conservando el líquido de vacunación entre niños huérfanos, convirtiéndose en una de las primeras prácticas sanitarias de los Estados independientes (después de la independencia fueron principalmente las parroquias y los curas los que mantuvieron viva la vacunación). Ello también ocurrió porque desde un principio se pensó que el trabajo en juntas de vacuna debía ser voluntario y humanitario; así, ninguno de sus miembros recibía un salario ni un nombramiento oficial. En el mediano plazo, ello llevó a un desinterés en el trabajo contra la viruela. En Cuba, otra de sus escalas, Balmis encontró una situación mixta. Sintió que se le habían adelantado: una mujer con sus hijos y esclavos vacunados había llegado desde Puerto Rico, y un médico local, Tomás Romay, había vacunado con anterioridad a cuatro mil individuos. Al mismo tiempo, fue bien recibido por las autoridades y se le permitió demostrar la técnica de vacunación “apropiada”. Inclusive contó con la colaboración de Romay en la creación de las juntas para distribuir y supervisar la vacunación en la isla.

Ansioso por continuar su travesía hacia México, y al habersele terminado su provisión de huérfanos, Balmis compró y vacunó a cuatro esclavos para conservar viva la vacuna. El español tuvo relaciones difíciles con las autoridades coloniales en la capital mexicana, así como una recepción desigual en regiones más distantes de la ciudad, como Celaya, Oaxaca y Puebla. El virrey

José de Iturrigaray no gustó para nada de las demandas de Balmis para que financiase su trabajo y tampoco de sus intentos por imponer su autoridad sobre los médicos locales. A pedido del virrey uno de ellos, José Ignacio Bartolache (1738-1790), ya había organizado inoculaciones durante la epidemia de 1779, y publicó un folleto sobre el tratamiento para las víctimas de la viruela, que se utilizó de nuevo en 1797. Bartolache, quien tenía un prestigio local entre sus pares y dominaba otras disciplinas como las matemáticas, promovió además el valor del hierro en la alimentación y mostró predilección por los estudios de los médicos italianos. Además, era respetado porque gracias a su talento, educación y habilidad había logrado ascender —algo admirado desde la Ilustración— pese a sus orígenes en una familia de pocos recursos.

Sin embargo, muchos médicos criollos como Bartolache fueron dejados de lado porque Balmis consideraba que sus conocimientos y sus vacunas eran inferiores. Por otro lado, los galenos locales se ofendieron por el estilo autoritario del vacunador español. El trabajo de la expedición filantrópica se extendió hacia las fronteras del Virreinato de la Nueva España —por el norte hasta Texas y por el sur hasta Guatemala—, donde fueron vacunadas aproximadamente unas doscientas mil personas, la mayoría indígenas. Tenemos poca información sobre el conflicto entre los médicos españoles y los curanderos indígenas, mas debió de haber existido ya que estos últimos venían utilizando la variolización; no obstante, sabemos que en México por lo menos hubo un episodio de vacunación forzosa de indígenas que terminó en una protesta. En Lima, después de una ostentosa recepción en la Universidad de San Marcos, Salvany descubrió que los médicos locales estaban utilizando una vacuna enviada desde Buenos Aires y consideraban que su trabajo era innecesario. Una oposición menos radical pero más estructurada provino del doctor ecuatoriano Eugenio Espejo, quien publicó sus *Reflexiones sobre la viruela* en 1798, advirtiendo que la aparición de las epidemias se había acelerado al mismo ritmo que la intensificación del comercio con España. Sus reflexiones estaban dirigidas a relacionar los problemas sociales que causaba el crecimiento económico y lamentablemente no fueron tomadas en cuenta. Espejo también argumentó que la falta de higiene, la pobreza y la desnutrición eran otros factores que desencadenaban la viruela. Asimismo, arguyó a favor del aislamiento de los enfermos ante los primeros brotes, especulando sobre la existencia de patógenos microscópicos como el origen de la enfermedad.

Inclusive en los casos en que no fueran precedidos por un esfuerzo autómato de vacunación, los expedicionarios encontraron que los médicos locales o los curanderos tenían otras ideas sobre la enfermedad, y que existía un de-

bate previo ya sea sobre la vacunación o la inoculación de la viruela. Martha Few encontró un caso fascinante de resistencia y colaboración dirigido por José Flores (1751-1824), protomédico y profesor de medicina de la Universidad de San Carlos, en la Guatemala colonial.³⁴ Con el apoyo de las autoridades de la Iglesia local, Flores promovió su “método” de inoculación que utilizaba materia de la viruela humana. Según Flores, recurría a este método desde la década de 1780, pero fue descrito y publicado sólo en 1793; su autor afirmaba que estaba adaptado a las comunidades mayas y no era sólo una tecnología, pues incluía la persuasión de las autoridades indígenas a fin de lograr su consentimiento. Asimismo, utilizó cataplasmas para tratar las ampollas, en lugar de usar el sistema tradicional de las lancetas para cortar y abrir las pústulas de viruela, en parte porque asustaba a las familias indígenas. Flores citaba como evidencia de su eficacia el haberlo utilizado con éxito en miles de personas durante las epidemias de viruela que sufrió Guatemala en la década de 1780. En otra publicación, este médico también trató sobre el uso de medicinas indígenas para el cáncer, un trabajo que llamó la atención de los galenos europeos y que fue traducido y publicado en varias ciudades del viejo continente. En 1796, Flores viajó a Europa para seguir con sus investigaciones en Italia, Francia, Inglaterra y España. En Madrid cumplió la importante labor de aconsejar a los españoles sobre la forma de organizar la expedición de vacunación en 1804, lo que indica que ésta no fue producto solamente de un esfuerzo de quienes estaban próximos a la monarquía.

Aunque en Brasil no existía ninguna política oficial portuguesa equivalente a la española, el método de Jenner fue conocido poco después de su aparición. Durante las primeras décadas del siglo XIX, los dueños de plantaciones en Rio de Janeiro y São Paulo enviaban a sus esclavos a Lisboa para que fuesen inmunizados como aconsejaba Jenner, es decir, de brazo en brazo, y más tarde volvían a las plantaciones brasileñas para vacunar a más personas. Más significativa fue la transferencia de la corte portuguesa a Bahía y luego a Rio de Janeiro, después de la invasión francesa a Portugal en 1808, una decisión política que tuvo como uno de sus efectos colaterales la difusión de la vacunación. Tres años después de su llegada, el rey João VI creó una Junta Vacínica da Corte que utilizó el sistema de brazo en brazo en los principales centros urbanos, haciendo responsables por las vacunaciones a las municipalidades, a la policía y a la Fiscatura-Mor (una institución que dejó de existir en 1828). Este sistema subsistió por años y trató de hacer obligatoria la vacu-

³⁴ Martha Few, “Circulating Smallpox Knowledge: Guatemalan Doctors, Maya Indians and Designing Spain’s Smallpox Vaccination Expedition, 1780-1803”.

nación para los niños mediante leyes y normas para ello, similares a las que existieron en otros países de la región. Un problema recurrente fue la manufactura de la vacuna. Ésta solamente se empezó a producir localmente de una manera sostenida y sin recurrir a seres humanos (como en el famoso caso de los niños huérfanos) hacia fines del siglo XIX. Ello fue posible cuando hubo la tecnología y el conocimiento para obtener el líquido de la vacuna de animales (vacas o caballos), un sistema establecido en ciudades europeas a mediados de ese siglo que permitió obtener mejores vacunas.

El caso de Cuba, donde en 1803 se estableció un régimen de vacunación, es también importante. Éste fue diseñado y supervisado por Tomás Romay, el típico doctor criollo de la Ilustración a quien ya nos referimos. Hijo de un oficial de la armada española y de una madre cubana, Romay nació en La Habana y al año de haberse graduado de médico comenzó a enseñar patología en la universidad. Además, llegó ser miembro de la Sociedad Económica de Amigos del País y editor del primer periódico de la colonia. En 1803 la Sociedad Económica le encargó introducir y propagar la vacuna contra la viruela, lo que coincidió con la llegada de la Expedición Balmis. Entre 1804 y 1820, el total de vacunaciones anuales se incrementó. Es probable que prácticamente todos los niños nacidos en la ciudad, y todos los esclavos importados por el puerto de La Habana durante estos años, hayan sido vacunados (un total de cerca de 150 000 personas).³⁵ Balmis señala una experiencia en la que poco antes de la llegada de la expedición de la metrópoli ya se habían conseguido logros importantes a partir de estímulos locales.

Finalmente, la Expedición Balmis consiguió en varias ciudades superar los obstáculos, encontró apoyo de la Iglesia, formó juntas de vacunación y hasta llegó a algunas zonas rurales donde vivía la mayoría de la población. Aunque no existen cifras exactas del número de personas que se beneficiaron de la expedición en las Américas y las Filipinas, se estima que se vacunó a casi medio millón de personas. Más importante aún, la expedición sentó las bases para un método de control de las enfermedades: las inmunizaciones. Éstas, como veremos, llegaron a ser intensivas durante el siglo XX entre la población de América Latina en general.³⁶ La historiadora Heather McCrea revela que, a pesar de la eficacia del nuevo procedimiento médico, la enfermedad persistió. Ella identificó en el Yucatán del siglo XIX alrededor de media docena de palabras para designar la viruela en el idioma maya. La mayoría de estos términos eran derivaciones de la palabra *fuego*, y algunos términos están vinculados a

³⁵ Adrián López Denis, "Inmunidades imaginadas en la Era de las Revoluciones".

³⁶ María Silvia Di Liscia, "Viruela, vacunación e indígenas en la pampa argentina del siglo XIX".

otros síntomas de la enfermedad como fiebres y pústulas eruptivas.³⁷ Lo más probable es que esta diversidad lingüística estuviera relacionada con la supervivencia de una diversidad de explicaciones sobre el origen y la cura de la viruela.

La expedición de la viruela encabezada por Balmis constituyó sin duda el primer esfuerzo de salud transnacional en la región. No estuvo libre de motivaciones políticas porque fue legitimada como un “regalo” paternalista de la Corona que acercaba la civilización a territorios coloniales considerados en la periferia de la metrópoli. Así, la expedición sirvió para legitimar a la medicina occidental proveniente de Europa y proteger a la economía, a los esclavos y a los tributarios de las colonias subordinadas al Imperio. Aunque la personalidad de Balmis no siempre fue bien recibida en el ámbito local, el procedimiento que trajo sí fue bien acogido, adaptado o confirmado cuando ya venía siendo utilizado por los médicos locales. El que la expedición imperial estuviera precedida por iniciativas locales en varios lugares significó que el “éxito” de la misión fuera, en cierto sentido, dependiente de la interacción entre los esfuerzos ibéricos y las iniciativas locales. Fue el caso de una circulación de conocimientos y programas donde la innovación se creó en diálogo entre centros metropolitanos y coloniales.

PLURALISMO POSCOLONIAL

Los historiadores alguna vez resumieron los años que siguieron al periodo 1810-1820, cuando la mayoría de los países latinoamericanos obtuvieron su independencia, como una época de regresión médica. Es cierto que la precariedad de los Estados y universidades, la crisis económica y la atracción que líderes médicos sintieron por la política, junto con la muerte de ellos durante las guerras de independencia, obstaculizaron el desarrollo institucional y profesional. A pesar de ello, ocurrieron importantes actividades y se publicaron valiosos trabajos que anunciaron los cambios, las continuidades y el devenir de una nueva medicina republicana que resaltaba los temas nacionales. Un ejemplo fueron los estudios epidemiológicos del médico francés José Francisco Xavier Sigaud, quien vivió en Brasil desde 1825 hasta 1856. Su *Du climat et des maladies du Brésil*, de 1844, renovó el interés por mostrar la compleja rela-

³⁷ Heather McCrea, *Diseased Relations: Epidemics, Public Health, and State-building in Yucatán, Mexico, 1847-1924*.

ción entre el clima y la medicina hipocrática. En una perspectiva similar a la de los médicos ilustrados de las postrimerías del periodo colonial, argumentó que el clima no era determinante y que los galenos eran esenciales para indicar y promover hábitos de vida saludables y consejos para enfrentar un medio ambiente difícil. Sigaud también creó un mito que perduró durante la primera mitad del siglo xx: la fiebre amarilla no había llegado al puerto de Rio de Janeiro porque la línea del ecuador limitaba la propagación de la enfermedad. Para diversos expertos de esa época, Rio era un lugar saludable... una percepción que cambiaría poco después.

Cuando la impresión en papel se generalizó, se dieron pasos más seguros para el progreso de una cultura local, nacional o protonacional. Empezaron a producirse manuales médicos y guías de autoayuda locales y a publicarse con mayor libertad los textos europeos traducidos. Por ejemplo, el libro del escocés William Buchan sobre medicina doméstica de fines del siglo xviii, que aconsejaba baños regulares para conservar la salud, fue traducido al español y al portugués —en Madrid y Lisboa— y hasta comienzos del siglo xix circulaba por las Américas. Frecuentemente, los manuales estaban dirigidos a los dueños de plantaciones, con un número considerable de trabajadores, o a autoridades civiles y religiosas, que vivían en lugares remotos sin acceso a médicos profesionales. A veces estos manuales apelaban a madres de familia que, como se ha mencionado, estaban encargadas de la salud infantil; como el texto del francés Jean-Baptiste Imbert, *Guia medica das mães de familia, ou A Infancia considerada na sua hygiene, suas molestias e tratamentos*, publicado en Rio de Janeiro en 1843. Estos manuales formaban parte de la promoción de prácticas sanitarias pedagógicas, que desafiaban cualquier división clara entre el personal médico instruido y los empíricos populares, porque eran usados por profesionales y legos. Estos textos eran claves en una época en que el uso de las farmacopeas no era generalizado y los boticarios no tenían referencias precisas de las dosis y combinaciones de los medicamentos que preparaban. Los manuales de autoayuda escritos por curanderos avalados por las autoridades médicas locales proliferaron durante la época colonial. Otro ejemplo parecido al de Imbert fue el del dinamarqués Theodoro Langgaard, quien trabajó en Rio de Janeiro y São Paulo, y fue autor de un voluminoso y popular diccionario de medicina doméstica publicado en Rio en 1873. Un periodista y escritor mexicano resaltó la relación de estos manuales con el quehacer de las amas de casa para cuidar de la salud de sus familias en su texto publicado en México en 1883, *El médico en casa*; el autor, Mariano Villanueva y Francesconi.

Según Marianne B. Samayoa, hubo otro género heterodoxo para comunicar novedades médicas y recomendar tratamientos en lugares distantes; ello fue la consulta médica por correspondencia, que se practicó con regularidad en Guatemala desde fines del siglo XVIII y que existió alrededor del mismo tiempo en Europa.³⁸ Un género en el cual la prioridad, el reconocimiento o registro escrito o la autoría de un tratamiento no eran tan importantes como su eficacia y la confianza. De hecho, continuaron existiendo múltiples sistemas de educación médica formal e informal durante las tempranas repúblicas latinoamericanas; especialmente en cirugía, farmacia y obstetricia, en los que a veces sus practicantes recibieron certificados oficiales que autorizaban sus actividades. Gracias a estos diplomas, algunos sanadores podían trabajar en áreas rurales remotas de las capitales, a las que difícilmente llegaban los médicos y cirujanos entrenados en las universidades y que preferían vivir en las ciudades donde tenían asegurada una clientela que podía pagar por sus servicios. Según Maria Guimarães, los manuales de Pedro Luiz Chernoviz —que incluyeron más de cinco diccionarios o *Formularios*, publicados en distintas ediciones en París y Rio de Janeiro, siempre en portugués, entre 1841 y 1890— tuvieron un rol fundamental en la difusión y recreación del saber médico en el Imperio de Brasil; éstos alimentaron la curiosidad y necesidad de curanderos, sacerdotes, hacendados, boticarios y otros practicantes legos de la medicina. Asimismo, hicieron accesible el conocimiento y los productos naturales para personas que no podían pagar los servicios médicos o los medicamentos de las farmacias.³⁹

Los profesionales certificados en medicina o cirugía, entrenados en la tradición europea hipocrática o galénica, eran un bien escaso hasta la primera mitad del siglo XIX. En 1821, había menos de veinte médicos titulados que atendían formalmente al millón de personas que vivían en Centroamérica. Cuba, donde el número era mayor, fue la excepción porque atrajo a un gran número de médicos extranjeros y locales para practicar la medicina. Ello ocurrió porque la isla no pasó por la época de las luchas por la independencia y permaneció bajo el dominio colonial español, al mismo tiempo que experimentó un auge en la producción del azúcar basado en la esclavitud (posible por el colapso de las plantaciones haitianas después de la revolución que ocurrió en ese país). Cuba les ofrecía a los graduados en medicina oportunidades de conseguir lucrativos contratos con los hacendados para administrar la salud de la fuerza laboral esclava y para atender a las ricas familias aristocráticas

³⁸ Marianne B. Samayoa, "More than Quacks: Seeking Medical Care in Late Colonial New Spain".

³⁹ Maria Regina Cotrim Guimarães, *Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império*.

de las haciendas. Esto condujo a otro fenómeno excepcional: en la Cuba de mediados del siglo XIX, a diferencia de casi cualquier otro lugar de América Latina, se podían encontrar profesionales titulados por todo el territorio, incluidas las zonas rurales.

Hasta mediados del siglo XIX, las antiguas ideas, cátedras e instituciones médicas del periodo colonial coexistieron con las primeras asociaciones sanitarias públicas y privadas que se hicieron cargo de los servicios de salud después de la independencia. Los funcionarios municipales tenían el control de los puertos y de las grandes ciudades, mas no de las zonas rurales. En la mayoría de los países, durante las primeras décadas del siglo XIX se fundaron nuevas asociaciones como las academias de medicina, agremiaciones de médicos de acuerdo con la nacionalidad de los inmigrantes, así como sociedades de beneficencia que financiaron el control de los hospitales, hospicios y asilos. Nuevas autoridades, generalmente integrantes de las facultades de medicina, establecían los exámenes y la cantidad a pagar por los médicos entrenados en el extranjero que querían ejercer su labor. Al mismo tiempo, se modernizaron los estudios con la fusión de la medicina y la cirugía en facultades de medicina nuevas o renovadas; en el caso de México y Lima, estas facultades se refundaron a mediados del siglo XIX. Sería difícil seguir la genealogía de estas instituciones porque muchas se fusionaron, cambiaron de nombre o coexistieron con otras similares hasta alrededor de 1850, cuando se impuso un cierto orden al centralizarse sus funciones en agencias autorizadas por el Estado.

En la Argentina, una renovada Academia de Medicina que se había fundado en 1822 congregó a otros estudiosos de la historia natural y las matemáticas de la ciudad de Buenos Aires en un proceso que se repetiría en varios países: la transición de los primeros centros de estudios de las ciencias, creadas en las postrimerías del periodo colonial, hacia asociaciones profesionales. En Brasil, médicos locales y europeos, asentados como José Francisco Xavier Sigaud, crearon la Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro en 1829, semejante a la academia francesa creada pocos años antes (la sociedad brasileña pasó a llamarse Academia Imperial de Medicina en 1835 y Academia Nacional de Medicina en 1889). Fue la primera de su tipo en el continente que organizó reuniones regulares para debatir asuntos clínicos e institucionales; a partir de 1830, publicó un *Semanário de Saúde Pública* y cumplió una función similar a la de otras organizaciones de este tipo en la región: establecer o reelaborar una jerarquía médica.⁴⁰ Como ha sugerido Ana María Carrillo al anali-

⁴⁰ Flavio Coelho Edler, *A medicina no Brasil Imperial: clima, parasitas e patologia tropical*.

zar el caso de México, se podría argumentar para toda la región que estas organizaciones eran parte de un proceso de empoderamiento político de las comunidades médicas profesionales que ocurrió durante el siglo XIX.⁴¹

Un grupo de investigadores que trascendió las fronteras nacionales decimonónicas estaba integrado por miembros de la Escuela Tropicalista de Bahía, el tema central de un libro de Julyan Peard.⁴² Hacia mediados de 1860, éste era un destacado grupo de alrededor de treinta médicos brasileños e inmigrantes extranjeros bajo el liderazgo de Otto Wucherer (1820-1873), un médico de origen alemán-portugués. Ellos forjaron su identidad en la *Gazeta Médica da Bahia*, donde publicaban trabajos críticos en disonancia con la tradicional Facultad de Medicina de Rio de Janeiro. Los tropicalistas crearon su propia combinación de investigación y práctica médica en los linderos de la teoría miasmática y las ideas contagionistas (estas últimas aseguraban que algunas enfermedades infecciosas se transmitían de los enfermos a los sanos a través de ciertas “semillas” o gases deletéreos difíciles de identificar), así como entre estas dos ideas médicas —la miasmática y la contagionista— y las fases iniciales de la teoría del germen de la enfermedad (esta última cuestionaba abiertamente dichas ideas argumentando que cada enfermedad infecciosa era causada por un microorganismo específico, que podía ser aislado en el laboratorio). Asimismo, los médicos de Bahía retomaron el tema de domesticar los hábitos de vida y las dietas para que los individuos puedan sobrellevar el medio ambiente adverso. Ello les permitió forjar su propia versión de la especialidad en medicina tropical que estaba naciendo en el mundo, la cual se consolidaría a fines del siglo XIX, como veremos más adelante. Estudiaron las enfermedades que consideraban específicas de los medioambientes húmedos, como la anquilostomiasis y la filariasis, urdiendo sus propias conexiones con los científicos europeos y argumentando que Brasil tenía el potencial para tener su lugar entre las naciones civilizadas, a pesar de su tórrido clima y su población mestiza. El historiador Flavio Edler discrepa de la “singularidad” del retrato de Peard, señalando que en la misma época existieron ideas similares entre los médicos de Rio de Janeiro, que el enfrentamiento entre los médicos de Bahía y los brasileños no fue muy intenso y que en la nueva capital imperial también había interés por reformar la instrucción médica.⁴³ Edler también mostró que, lejos de ser considerados renegados, algunos de los doctores de Bahía fueron cooptados por el círculo médico de Rio de Janeiro.

⁴¹ Ana María Carrillo, “Médicos del México decimonónico: entre el control estatal y la autonomía profesional”.

⁴² Julyan Peard, *Race, Place, and Medicine: The Idea of the Tropics in Nineteenth-Century Brazilian Medicine*.

⁴³ Flavio Coelho Edler, “A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil”.

Ejemplos de “prioridad periférica” pueden verse en otras experiencias que cuestionaron la teoría miasmática en distintas partes de Latinoamérica. Luis Daniel Beuperthuy (1807-1871), un inmigrante francés, médico y naturalista que trabajó en Venezuela, propuso que un mosquito era el transmisor de la fiebre amarilla, en momentos en que pensar de esta manera era disonante con respecto al consenso médico sobre las fiebres de todo tipo.⁴⁴ A lo largo de su carrera en las Américas, Beuperthuy estuvo en Guadalupe y Guyana, y exploró el río Orinoco recolectando especímenes para el Museo de Historia Natural de París. Se estableció en Cumaná, Venezuela, donde se casó y fue nombrado profesor de anatomía en el Colegio Nacional. Durante una epidemia de fiebre amarilla en 1853 utilizó redes contra los mosquitos como medida preventiva y desarrolló el concepto de que la enfermedad debía producirse por un virus animal o vegetal que emanaba de las materias pútridas y que las picaduras de mosquitos introducían en el cuerpo; ello revela una mezcla de ideas contagionistas y miasmáticas con posiciones innovadoras como el rol de los vectores como transmisores de dolencias infecciosas. Sus observaciones se publicaron en Venezuela y París, pero no llamaron la atención porque en esa época no existía un paradigma científico que pudiera acomodar su propuesta.

A mediados del siglo XIX, el contexto económico, político y social les dio mayor estabilidad a los proyectos médicos y sanitarios profesionales. La enseñanza y la práctica médicas estaban influenciadas por los ideales de los hospitales franceses, donde el enfoque imperante era el método anatomoclínico. Éste daba prioridad al estudio de la taxonomía del cuerpo humano para comprender el origen de la enfermedad en el deterioro de los tejidos y ponía énfasis en la práctica clínica como fuente del conocimiento de la curación. Entre los nuevos instrumentos médicos destacaba el estetoscopio, creado por el francés René Laennec a comienzos del siglo XIX para auscultar los sonidos respiratorios y cardíacos y que se convirtió en un símbolo de la clínica. La anatomía patológica coexistió pero acabó erosionando las ideas de los humores hipocráticos, que anteriormente había sido el principal paradigma médico en las escuelas de medicina de Europa Occidental y de América Latina. Las observaciones clínicas de cabecera, las autopsias regulares de los cadáveres, el examen cuidadoso de la estructura y deterioro de los órganos y, más tarde, el trabajo experimental con animales en los laboratorios fueron temas obligatorios en la educación médica. Los nuevos graduados en medicina elevaron de categoría a la cirugía y confirmaron el derrumbe de la tradicional separa-

⁴⁴ Walewska Lemoine y María Matilde Suárez, *Beuperthuy: de Cumaná a la Academia de Ciencias de París*.

ción entre cirugía y medicina; dos campos que estuvieron alejados durante el periodo colonial. Pablo Souza y Diego Hurtado han estudiado la influencia de Ignacio Pirovano (1844-1895), un destacado médico y cirujano argentino de la segunda mitad del siglo XIX formado en Buenos Aires, en París y en Londres (en estas dos últimas ciudades había refinado sus conocimientos de cirugía y aprendido la técnica de la asepsia).⁴⁵ Pirovano llegó a ser catedrático de Anatomía de la Universidad de Buenos Aires, en donde promovió la asepsia y la anestesia en los hospitales, así como estandarizó las prácticas de disección conforme a los parámetros europeos. Según sus discípulos, demostraba en su práctica que tenía una “pasión por el cadáver”; sus clases se apoyaban menos en textos y más en enseñar la destreza con el bisturí, y practicar en el anfiteatro. En el caso de Brasil, el surgimiento de una Sociedade de Medicina e Cirurgia de Rio de Janeiro en la década de 1880 indicaba no sólo un grado de diversificación entre los practicantes formales, sino además que la especialidad estaba alcanzando un mayor reconocimiento social.

Una consecuencia de este proceso fue que los médicos formados en universidades crearon un nuevo conocimiento especializado, con el que algunos profesionales pretendieron distanciarse de las nociones populares sobre la salud y la enfermedad; recrearon así una relación de subordinación de los curanderos legos. Nuevas instituciones de enseñanza médica, asociaciones y revistas se adscribieron a la anatomía patológica, lo que indica además la presencia de un grupo social que estaba usando los nuevos conocimientos para dejar atrás una identidad artesanal en favor de una imagen profesional. Los cambios ocurrieron porque los profesionales médicos pertenecían o estaban cerca de las élites, y por ello trataron de introducir —generalmente con poco éxito— cambios en la educación médica, lo que implicaba controlar a otros practicantes como los curanderos, disminuir la influencia de la Iglesia católica en la educación médica y extender su legitimidad a escala nacional. Una de las primeras y más duraderas instituciones de este tipo fue el Consejo Central de la Higiene Pública del Imperio Brasileño, creado en 1851, que sentó las bases para una organización nacional.

Los ensayos y tribulaciones del médico colombiano Antonio Vargas Reyes (1816-1873) revelan que las relaciones entre los médicos y el Estado no estuvieron libres de dificultades, tal como lo ha demostrado Mónica García. Vargas estudió primero en la Universidad Central de Bogotá y luego en París, donde llevó cursos de anatomía, patología y cirugía. Volvió a su país en 1846,

⁴⁵ Pablo Souza y Diego Hurtado, “La lectura del libro natural: apuntes para una historia de los estudios anatómicos y quirúrgicos en Buenos Aires (1870-1895)”.

donde tuvo una clientela que lo apreciaba y difundió métodos clínicos y experimentales europeos que lo llevaron a la fundación de la Universidad Nacional de Colombia en 1864.⁴⁶ También promovió publicaciones periódicas como *La Lanceta* y la *Gaceta Médica* (creadas en 1852 y 1864, respectivamente); además publicó sobre diversos temas, desde la quina hasta los tumores y la malaria. Al mismo tiempo luchó denodadamente por el reconocimiento de la profesión. Una herramienta esencial para esta última labor fue la sociedad médica que formó. Las “fiebres” —que en ese tiempo eran un síntoma que cubría una serie de enfermedades que hoy en día reconocemos como distintas— eran especialmente agudas en el río Magdalena, donde pasaban las exportaciones de tabaco del sur de Colombia hacia el Atlántico. Vargas argumentaba que las fiebres epidémicas —muy posiblemente malaria y fiebre amarilla— eran causadas principalmente por la putrefacción miasmática de la materia animal y vegetal de la producción del tabaco. Además, él y sus discípulos creían, al igual que muchos doctores latinoamericanos coetáneos, que estaban fundando una medicina nacional que era la base de instituciones y de una “doctrina” con ideas propias sobre las patologías locales y las condiciones climáticas específicas en que se presentaban. Vargas se enfrentó a la legislación liberal que permitía la libre práctica de las profesiones y su enseñanza sin el control del Estado. Para el médico colombiano, este tipo de liberalismo daba luz verde a los curanderos, herbolarios y charlatanes que llegaron de diferentes partes del país y del mundo. Sin embargo, sus esfuerzos no tuvieron el suficiente apoyo político, porque la medicina profesional era, entonces, una ocupación con un prestigio no consolidado y seguida por pocos practicantes. Se estima que durante la primera mitad del siglo XIX se graduaban, en promedio, menos de quince médicos por año en la Escuela de Medicina de Bogotá.

Un curandero informal que trabajó en la Colombia decimonónica, y que ha sido estudiado en detalle, es el sangrador “empírico”, dentista y experto en medicina herbolaria —además de curador milagroso— Miguel Perdomo Neira (1833-1873). El historiador David Sowell sostiene que lo que le permitió a Perdomo sobrevivir a las acusaciones de la profesión médica no fue tan sólo la permisiva legislación existente, sino más bien su popularidad entre una extendida clientela en diversas localidades. Tuvo además en su favor una especial capacidad para relacionar su trabajo con la religiosidad y con misteriosas curas indígenas, al igual que con tratamientos domésticos que eran venerados

⁴⁶ Mónica García, “Producing Knowledge about Tropical Fevers in the Andes: Preventive Inoculations and Yellow Fever in Colombia, 1880-1890”.

por la población.⁴⁷ Los profesionales médicos colombianos, como los de otros países de la región, tuvieron que esperar hasta fines del siglo XIX para que otra generación forjase una alianza con el Estado y declarase ilegal cualquier práctica de la medicina no autorizada por los colegios profesionales de élite. Y ni siquiera entonces dejaron de existir la medicina popular ni sus complejas mixturas con la medicina oficial.⁴⁸

Desde la perspectiva del practicante profesional, que se sentía parte de una tradición que se remontaba a la Ilustración, la competencia en el mercado médico a mediados del siglo XIX podría haber parecido desalentadora. En especial porque los Estados de América Latina no estaban consolidados, y sus líderes no tenían la plena convicción de que había que perseguir a los así llamados “empíricos”. Igualmente, porque las organizaciones médicas eran irregulares, debido a las familias de las clases medias y altas, que estaban dispuestas a pagar por cualquier servicio médico que fuese efectivo. El universo curativo local le ofrecía a la mayoría de los enfermos una amplia gama de alternativas, como el curandero o curandera-partera del barrio, el sacerdote, el boticario, el sacramuelas, el sangrador, el empírico, que sostenía haber adquirido cierto aprendizaje en un hospital o farmacia, y hasta el hombre o mujer indígena que aparecía los días de mercado con hierbas medicinales y talismanes. Al atractivo folclórico de dichas curaciones ahora se le sumaban ofertas más exóticas. Nuevas medicinas llegaban de Europa o Norteamérica, mientras que un flujo incesante de doctores extranjeros, algunos de los cuales fueron despectivamente llamados charlatanes, abrazaron nuevas doctrinas médicas como la homeopatía, sobre la cual volveremos con detalle. Al mismo tiempo otros practicantes poseían un arsenal codiciado por el público y desaprobado por los clínicos. Una serie de expertos empíricos, que trabajaban en zonas urbanas y sin títulos profesionales, anunciaban con gran alarde que estaban en posesión de remedios secretos, específicos, milagrosos o de composición que no podían revelar para los diferentes males. Aunque las autoridades médicas los trataron de prohibir durante el siglo XIX, estos remedios y sus detentadores encontraron poderosos aliados entre políticos y congresistas que siguieron permitiendo su existencia hasta entrado el siglo XX.

La bacteriología y la medicina tropical no fueron las únicas influencias europeas en la práctica y la enseñanza de la medicina de comienzos del si-

⁴⁷ David Sowell, *The Tale of Healer Miguel Perdomo Neira: Medicine, Ideologies, and Power in the Nineteenth-Century Andes*.

⁴⁸ Jorge Márquez Valderrama, Víctor M. García y Piedad del Valle Montoya, “La profesión médica y el charlatanismo en Colombia en el cambio del siglo XIX al XX”.

glo xx. Otra práctica médica alternativa a la medicina oficial, que ha mantenido su vigencia en muchos países, fue la homeopatía. La familiaridad latinoamericana con el movimiento puede rastrearse a principios del siglo xix, pocos años después de que fuese formulada por Samuel Hahnemann (1755-1843) en Alemania. Según Hahnemann, el tratamiento de una enfermedad debía basarse en el principio que sustentaba la inclusión de componentes mínimos de sustancias semejantes a las dolencias en los remedios que las trataban —obtenidas de vegetales, animales o de minerales—, ya que así se provocaría un equilibrio natural en una reacción de autocuración del organismo (la medicina profesional fue denominada alopática o basada en la creencia de que los medicamentos eran contrarios a las enfermedades y combatían las dolencias). Los partidarios de Hahnemann criticaban a la medicina ortodoxa como perjudicial e invasiva (desaprobaban las cirugías), y coincidían con ideas populares, como que una enfermedad y su medicina tenían algo de semejante, o las concernientes al poder de la herbolaria. Una de las primeras referencias históricas importantes del uso de la homeopatía es que un botiquín homeopático, comprado en Europa, acompañó al general San Martín cuando desde su natal Argentina cruzó los Andes para librar en Chile y en Perú las batallas por la independencia. Un indicador de que no era un evento casual fue que el general argentino Bartolomé Mitre, que llegó a ser presidente de su país entre 1865 y 1868, también cargó consigo un botiquín homeopático cuando fue a luchar en la guerra contra Paraguay y defendió la especialidad en diarios del país.

En Montevideo, Buenos Aires, Bogotá, Asunción, Rio de Janeiro, Lima, México y otras ciudades, los dispensarios y las sociedades homeopáticas brotaron inicialmente gracias a inmigrantes europeos que actuaron como misioneros y predicadores de esta práctica alternativa. Entre éstos estuvo el médico francés Guillermo Darrouzain (1802-1869), que en la década de 1830 predicó la homeopatía en la Argentina y en el Uruguay. También procedente de Francia llegó a Brasil, en 1840, Benoît Jules Mure (1809-1858), quien publicó un manual de homeopatía que tuvo amplia circulación, a la par que creó un laboratorio, un instituto y una escuela homeopática donde enfatizaba el carácter profundamente cristiano de sus ideas médicas. En 1869 se había formado en Buenos Aires la Sociedad Hahnemanniana Argentina, que fue la primera de su tipo en ese país y que publicó hasta 1871 un *Boletín*. En ese año, después de la epidemia de fiebre amarilla, triste recuerdo, algunos de sus miembros recrearon su red como la Sociedad Homeopática Argentina; ésta la dirigió el doctor Juan Petit de Murat, quien había adquirido prestigio por sus curacio-

nes durante la epidemia y hasta recibió una medalla de oro de la Municipalidad de Buenos Aires por esta labor. Al mismo tiempo, se abrían farmacias homeopáticas en la capital argentina y otras ciudades del interior. Para fines de la década de 1930 existían una revista, un instituto homeopático y una legalmente constituida Asociación Médica Homeopática Argentina. Una década después funcionaba un centro de investigaciones de terapéutica homeopática y una clínica de reposo homeopática.

Según un estudio de Tarcitano Filho y Waisse, existió una activa circulación con fines proselitistas de homeópatas médicos y no médicos entre Rio de Janeiro y Buenos Aires, y desde Brasil la homeopatía se difundió a países africanos y asiáticos.⁴⁹ Hacia finales del siglo XIX, incluso funcionó una fugaz cátedra de homeopatía en la Escuela de Medicina de Montevideo (algo que no llegó a durar mucho tiempo) y sus practicantes latinoamericanos asistían a encuentros internacionales de la especialidad. Sin embargo, no fue hasta principios del siglo XX cuando la práctica homeopática —incluyendo escuelas, revistas, asociaciones y hospitales especiales— fue oficialmente permitida, reconocida y regulada por los gobiernos de algunos países como México, Colombia y Brasil. La disciplina ganó terreno y encontró un grado de aceptación oficial y popularidad entre periodistas, políticos, militares e intelectuales, como el escritor brasileño Machado de Assis, 1839-1908. Ello a pesar de que los médicos alópatas ortodoxos que controlaban las facultades de medicina estaban preocupados por la competencia de rivales que, a diferencia de los curanderos indígenas o afroamericanos, tenían el prestigio de practicar una medicina reconocida en Europa.

En México, los promotores de la homeopatía existían desde la década de 1850, gracias a médicos españoles inmigrantes como Ramón Comellas (quien en 1853 publicó su *Reseña sobre la homeopatía, dedicada a los mexicanos*). La mayoría de los médicos entrenados en las universidades de élite consideraban la homeopatía como charlatanería y sus remedios un engaño. Sus seguidores mexicanos crearon una sociedad, una revista y un hospital en las décadas de 1860 y 1870. A pesar de las críticas y las acusaciones de charlatanismo, la homeopatía se convirtió en un recurso médico común para ciertas élites letradas y clases populares. Ellas consumieron manuales homeopáticos domésticos como el texto de Julián González, *Tratado práctico de homeopatía y guía de las familias*, publicado en México en 1871. Es importante resaltar que el gobernante autoritario Porfirio Díaz convirtió al México de fines del siglo XIX en el

⁴⁹ Conrado Mariano Tarcitano Filho y Silvia Waisse, “Novas evidências documentais para a história da homeopatia na América Latina: um estudo de caso sobre os vínculos entre Rio de Janeiro e Buenos Aires”.

primer país de la región en reconocer la homeopatía. Los homeópatas mexicanos más tarde incluyeron entre sus partidarios al intelectual y político mexicano Francisco I. Madero, miembro de una familia acaudalada y que llegó a ser presidente de su país en 1911, tras el derrocamiento de Díaz.

El auge de la homeopatía era un indicador de que la reglamentación del universo médico comenzó a ser más difícil, porque sus prácticas y discursos eran cada más diversos y complejos, y los poderosos colegios profesionales estaban aún por llegar. Este universo, esencialmente colonial y poscolonial, estaba a punto de experimentar un profundo cambio.

II. MEDICINAS NACIONALES Y ESTADOS SANITARIOS

DURANTE la segunda mitad del siglo XIX, la medicina y la salud pública en América Latina estuvieron entrelazadas con los procesos de consolidación de los Estados-nación. Al proceso de desarrollo de instituciones estatales sanitarias, de una pujanza y ambición sin precedentes, se sumó el hecho de que los practicantes de la medicina adquirieron coherencia como una colectividad y se convirtieron, tanto individual como colectivamente, en personajes políticos. Durante la misma época, y debido al impacto de la ideología positivista, las metáforas médicas y biológicas organizaron la forma como se imaginaron los Estados y naciones. Si hoy en día la mayoría de países latinoamericanos no son considerados los principales protagonistas de la medicina y la ciencia, la situación era muy distinta a inicios del siglo XX, cuando varias universidades e institutos de investigación latinoamericanos fueron reconocidos como centros médicos capaces y prometedores, con investigadores jóvenes y talentosos, colegas de los europeos por derecho propio, pisándoles los talones o a veces por delante de sus contrapartes europeas, y deseosos de participar, cuanto antes, en el intercambio fértil de ideas.

A escala continental o regional, la medicina latinoamericana tuvo un rol especial en el emergente poder global de la medicina occidental en la era del capital y del imperialismo. Esta singularidad derivó del carácter híbrido de los Estados-nación en la región. La mayoría eran jóvenes repúblicas independientes que hicieron notar su presencia en el concierto mundial y, al mismo tiempo, y algo contradictoriamente, eran susceptibles al poder e intervención neocoloniales. La autoridad del Estado se consolidó en las ciudades y puertos, pero tuvo una presencia más precaria e intermitente en las áreas rurales. La riqueza de estos países la generaron las materias primas ubicadas en zonas rurales o fronterizas, que eran extraídas gracias al trabajo de individuos de origen étnico africano, indígena, asiático o mestizo. En la cumbre de la pirámide social estaban las élites urbanas, que se autodefinían en relación con modelos blancos y europeos y replicaban o adaptaban la cultura metropolitana de Occidente. Ello significó que la región sería una frontera dinámica entre la medicina occidental y la medicina no-occidental, y mediaría en el pensamiento médico respecto de la enfermedad en los climas húmedos y tropicales.

Asimismo, debido a su antiguo vínculo con el viejo continente, la región se convertiría en el laboratorio en gran escala para exploraciones y descubrimientos que estremecerían al emergente mundo de la investigación médica. En todos estos niveles, la medicina y la salud pública latinoamericanas fueron actividades no sólo intelectuales y prácticas sino también políticas, e incluso muchas de sus expresiones más nacionalistas tuvieron un sesgo internacional y cosmopolita en su origen y orientación.

La cambiante vida de los trabajadores durante este intenso periodo de desarrollo implicó la dramática transformación de los ambientes urbanos y rurales, así como la creación de sociedades marcadas por agudas desigualdades económicas, étnicas y de género. Esto ayudó a hacer visibles diversas enfermedades epidémicas y endémicas que parecían acompañar la modernización, junto con nuevos y distintos métodos de tratamiento. Algunas dolencias, como la fiebre amarilla, eran aceptadas como parte de la vida cotidiana; otras, como la peste bubónica, eran nuevas y provenían de lugares remotos. El creciente poder de la medicina oficial incrementó la supervisión de las prácticas populares de la salud y condujo a una mayor medicalización de la vida cotidiana. En ciertos casos, ello significó un intento renovado de eliminar a los curanderos, a la par de dar respuestas oficiales autoritarias a brotes epidémicos que encontraron resistencia popular. Durante esta época —fines del siglo XIX—, el alcance de la medicina estatal y profesional no logró el ansiado monopolio absoluto. Una dinámica central de este periodo fue la creciente complejidad del acuerdo consensuado entre formas ortodoxas y heterodoxas, estas últimas propias de la medicina popular y religiosa, de lo que resultó un eclecticismo de la práctica médica y del mercado de trabajo sanitario. No obstante, las manifestaciones nuevas y reforzadas de las prácticas médicas no oficiales también reflejaron y respondieron a procesos de construcción de los Estados-nación liberales, tendiendo más hacia la particularidad y la alteridad, mientras que rara vez desafiaron abiertamente la ortodoxia médica de una manera organizada.

COHESIÓN DE LAS ÉLITES MÉDICAS

Las comunidades nacionales y regionales de los practicantes de medicina con formación universitaria enfatizaron su rostro profesional y un orden de prioridades políticas más ambicioso después de 1850, especialmente entre los médicos y cirujanos (vale recordar que hacia 1900 el término “cirujano” designaba a un experto técnico, y no era utilizado para demarcar la frontera entre los

tipos fundamentales de practicantes médicos). Las revistas médicas proliferaron, se fundaron nuevas cátedras universitarias en novedosas especialidades y se establecieron institutos de investigación que se ubicaron en incipientes redes internacionales de experimentación médica que crecían con rapidez. Apareció una nueva generación de líderes médicos, acompañada por nuevas asociaciones que, en sus inicios, tuvieron una existencia precaria y no se preocuparon porque algunas de ellas duplicaran funciones. Por ejemplo, en 1852 se creó la Facultad y Academia Argentina de Medicina y el Consejo de Higiene Pública; y, en 1860, la Asociación Médica de Buenos Aires, instauradas por jóvenes profesionales entre los que se encontraban profesores de la Facultad de Medicina de la universidad. En 1861 se fundó la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana, dominada por médicos criollos, que se transformó en un animado foro de discusión sanitaria dentro de uno de los últimos reductos coloniales españoles.

Las sesiones académicas sobre las nuevas investigaciones médicas —cuyo punto de referencia estaba vinculado generalmente a un orden prioritario de investigaciones europeas— contribuyeron a consolidar el prestigio sociocientífico de estas corporaciones. La Sociedad de Estudios Clínicos de La Habana, fundada en 1879, reunió a un grupo de veinticuatro galenos de la capital, que sirvió de crisol para proyectos políticos, editoriales, científicos y profesionales. En San José de Costa Rica, que contaba con una pequeña comunidad de médicos y carecía de una escuela de medicina, se formó una Asociación Médica en 1880 que, aunque tuvo una corta y precaria existencia, logró discutir con entusiasmo casos clínicos complejos y nuevas terapias. Posteriormente, en 1895, surgió una sociedad profesional permanente, un proceso paralelo al incremento del número de médicos en la capital y sus alrededores. Desde el principio, la educación médica estuvo vinculada con la licencia para practicar. Durante la segunda mitad del siglo XIX, cuando la mayoría de los países habían abolido la institución del protomedicato, el control de la autorización de trabajar quedó en manos de la facultad universitaria; es decir, el acto de graduación en una escuela de medicina otorgaba al graduado el derecho de ejercer la profesión. A su vez, las reglas para los médicos extranjeros se volvieron más severas, en el supuesto de que ello controlara a los charlatanes y reforzara el monopolio de los practicantes locales. Por lo general, los médicos extranjeros tenían que postular a un examen, pasar por trámites engorrosos y demostrar que su entrenamiento era equivalente a los que se impartían en la facultad de medicina local.

El origen social de los médicos en su conjunto no ha sido bien estudiado, pero varios de los líderes latinoamericanos tenían algo en común en cuanto a

clase, prestigio regional o peregrinación educativa. Podríamos llamarlos el “grupo de exportación”. A menudo eran hijos de las provincias o de la periferia urbana, cuyas familias habían gozado recientemente de un relativo éxito con el *boom* de la exportación agrícola o de otras materias primas durante la segunda mitad del siglo XIX, y consideraban que la medicina era una ocupación profesional digna y segura para la siguiente generación. Para algunos, una educación médica era —algo después que los estudios universitarios en leyes— un boleto para la movilidad social individual. Unos cuantos llegaron a ser los primeros profesionales de su familia, motivo de orgullo para sus padres si eran trabajadores inmigrantes. El pediatra uruguayo Luis Morquío (1867-1935) fue el mayor de diez hermanos, hijo de un zapatero italiano que se volvió agricultor y pudo enviar a su hijo a estudiar medicina en la Universidad de la República de Montevideo y a especializarse en París. Morquío se convirtió en una autoridad en medicina infantil y creó en 1915 la Sociedad de Pediatría de Montevideo (la primera de su tipo en la región) y pocos años después una Oficina Internacional de Protección a la Infancia que tuvo el apoyo de la Liga de las Naciones. Juan Santos Fernández (1847-1922), figura central de la vida médica cubana entre 1875 y 1920, creció en una de las plantaciones esclavistas en la frontera azucarera de Matanzas.¹ El padre de Carlos Finlay (1838-1915), el médico renombrado de Cuba, fue un inmigrante escocés que estableció una plantación de café trabajada por esclavos en el sur de Cuba (su madre era francesa). Y el padre de Carlos Durán (1852-1920), constructor del primer complejo de instituciones médicas modernas de Costa Rica, era un colono salvadoreño que se mudó a Costa Rica durante el auge de la economía cafetalera. En Colombia, el experto en lepra Juan de Dios Carrasquilla (1833-1908) tuvo un origen algo similar, es decir, era hijo de una familia de propietarios que hacía una generación había adquirido fortuna y quería que sus hijos fuesen profesionales (además, su abuelo había sido médico). Cuando murió uno de los profesionales más destacados de esta época, Adolfo de Francisco Zea, varios se lamentaron por haber perdido a un sabio bueno y generoso, lo que indica respeto y aprecio de sus colegas y del público.² Seguramente, las mismas virtudes se adscribían a otros profesionales, ganadas por individuos destacados que superaron sus orígenes y se convirtieron en iconos para los médicos que los sucedieron.

¹ Steven Palmer, “Beginnings of Cuban Bacteriology: Juan Santos Fernández, Medical Research, and the Search for Scientific Sovereignty, 1880-1920”.

² Adolfo de Francisco Zea, *Juan de Dios Carrasquilla, hombre de ciencia*.

Mientras algunos pueden ser comprendidos como miembros de la élite, o incluso de la “clase gobernante”, sus familias a menudo tenían sus raíces en un pueblo de provincia, no en una capital nacional, y tanto su estatus social como su éxito económico habían sido adquiridos recientemente. Lo importante era que sus éxitos fueran vistos como producto de sus habilidades más que del privilegio heredado. Por ejemplo, el brasileño Carlos Chagas (1879-1933) creció en Bom Retiro, una hacienda cafetalera en un pequeño pueblo de Minas Gerais, antes de estudiar en la Facultad de Medicina en Rio de Janeiro. Aunque esta generación a menudo se mantenía vinculada al negocio familiar, sus miembros veían la medicina como una profesión de dedicación exclusiva y una oportunidad en la que podían desarrollar una carrera con prestigio y beneficios económicos. Patrones diferentes, menos frecuentes, son ilustrados por otros que siguieron una tradición familiar, como el salubrista colombiano Pablo García-Medina (1858-1935), quien fue sobrino del médico farmacéutico Bernardino Medina, con el cual después compartió consultorio y una farmacia. Hubo algunos miembros de respetadas familias inmigrantes de clase media como el médico y político Eduardo Wilde (1844-1913), nacido en un pequeño pueblo de Bolivia, de madre argentina y padre inmigrante inglés que había vivido en Buenos Aires. Su lugar de nacimiento se explica por el hecho de que su padre (un pariente del escritor británico Oscar Wilde) fue un coronel que se exilió durante el régimen autoritario de Juan Manuel de Rosas, y solamente regresó a Buenos Aires tras la caída de Rosas en 1852. Eduardo se destacó en las luchas contra las epidemias de cólera de 1867 y de fiebre amarilla de 1871 que asolaron Buenos Aires y llegó a ser parlamentario y ministro de Instrucción Pública y del Interior. También complicada es la historia personal de Ignacio Pirovano (1844-1895), considerado el “padre” de la cirugía argentina. Pirovano fue hijo de un inmigrante italiano que se ganaba la vida como platero en Buenos Aires, pero tenía un abuelo médico que había ejercido su profesión en Europa. Él tuvo que repetir el ascenso social como hizo su abuelo, pues comenzó con pocos recursos, se graduó de farmacéutico (posteriormente, en 1872, se tituló como médico) y siguió cursos de especialización en Francia. Un caso interesante fue el del versátil Adolfo Lutz (1855-1940), quien tuvo en Brasil contribuciones fundamentales en medicina tropical, leprología, helmintología, parasitología, veterinaria y bacteriología.³ Proveniente de una familia inmigrante suiza que se dedicaba a la exportación de productos agrícolas y nieto de un distinguido médico helvético, fue enviado

³ Jaime L. Benchimol, “Adolpho Lutz: um esboço biográfico”.

por sus padres a estudiar medicina en Berna, y después de graduarse (1879) estudió con Joseph Lister en Londres y con Louis Pasteur en París. Regresó temporalmente a Brasil en 1881, sólo para volver a viajar al extranjero con el fin de profundizar su aprendizaje (estuvo en Hamburgo, y luego temporalmente en el leprosorio Molokai en Hawái); retornó definitivamente a Brasil en 1892, donde desarrollaría una exitosa carrera primero como director del Instituto Bacteriológico de São Paulo, en donde estuvo entre 1893 y 1908, y posteriormente trabajando en el Instituto Oswaldo Cruz de Rio de Janeiro.

Los diversos recorridos educativos tendían a convergir en estudios médicos en la ciudad capital, complementados y coronados por investigaciones más especializadas en universidades o en laboratorios europeos. Los mexicanos, centroamericanos y cubanos preferían estudiar en Filadelfia o Nueva York, pero en toda Latinoamérica el prestigio de una formación en París era equiparable sólo al de las universidades de Alemania, donde llegaron muy pocos estudiantes de la región. Todo ello ciertamente condujo a una dependencia de la medicina europea. Sin embargo, de esta subordinación a la medicina francesa y alemana padecieron, en mayor o menor medida, la mayoría de las comunidades médicas de la época (en los Estados Unidos, Canadá y en otras partes de Europa), y éste fue un proceso en el que no solamente brillaron franceses. Por ejemplo, los hospitales y cursos de la “medicina de París” —considerada la génesis y fulgor de los estudios anatómicos, patológicos y fisiológicos modernos— contaban con especialistas latinoamericanos entre sus principales exponentes; así, en la Ciudad Luz, ellos le daban legitimidad, autoridad y dinámica a una red transnacional, que consideraba a la capital francesa como el centro del universo médico.⁴ En la década de 1850, estudiantes de medicina y médicos cubanos residentes en Francia publicaron *El Eco de París*, una revista médica que se leía en La Habana. Hacia 1880, Joaquín Albarrán, hijo del dueño de una plantación azucarera en Sagua la Grande, en Cuba, quien había ido a España a estudiar medicina, se convirtió en un prominente urólogo en París y en un cercano colaborador de Pasteur. Asimismo, es importante resaltar que el modelo profesional de la universidad francesa —que aseguraba un mínimo de ingresos a sus graduados y control por parte del Estado— era el más cercano a la precaria realidad económica de América Latina; así, el modelo alternativo de universidad que existía en partes de Alemania, el cual enfatizaba la investigación con dedicación exclusiva para unos pocos profesores, era una lejana realidad en esta región.

⁴ Miguel de Asúa, “Influencia de la Facultad de Medicina de París sobre la de Buenos Aires”.

Hacia las últimas décadas del siglo XIX, especialmente en los centros urbanos más importantes de Latinoamérica, se intensificó la especialización en las comunidades médicas. Además de la antigua distinción que separaba a los cirujanos de quienes eran principalmente médicos, entre las nuevas especialidades más concurridas estaban la oftalmología, la farmacia, la urología, la pediatría, la traumatología, la bacteriología y la ginecología. Dichos especialistas estuvieron entre los primeros en combinar un consultorio privado —generalmente ubicado en su casa— para recibir a sus pacientes, sin dejar la tradición de atender a los pobres en sus hogares y en hospitales. Muchos de ellos se hicieron fama por su experiencia clínica, que, según los relatos exagerados, les permitía diagnosticar cualquier mal después de una rápida revisión del paciente. Por ello, el término “ojo clínico” se volvió sinónimo de prestigio y pericia. Una minoría con formación médica abandonó cualquier tipo de práctica y dedicó su carrera a la investigación en laboratorios. Un cambio significativo fue que muchos renunciaron a la práctica de visitar a sus pacientes en sus casas y, a cambio, exigieron que ellos fueran a sus consultorios. Al mismo tiempo surgieron otros tipos de especialistas: el *médico político* y el *higienista*. Todo ello estuvo alimentado por los desarrollos en ultramar, pero también por la necesidad de que el médico se distinguiera —o, por primera vez, de que la mujer médico se diferenciara— con alguna habilidad profesional en un mercado laboral urbano que se estaba superpoblando de profesionales. Así, en la década de 1880 las mujeres finalmente irrumpieron en las filas profesionales que hasta entonces estaban dominadas por los hombres; ellas establecieron una pequeña pero significativa presencia, al igual que una tradición de liderazgo, especialmente en la medicina relacionada con la “cuestión social” y la salud materno-infantil. Luego de repetidos esfuerzos, las mujeres galenas pudieron cambiar uno de los principales criterios de exclusión de la práctica médica universitaria, es decir, el género.

Desde el periodo colonial, ya las flebotomistas, parteras capacitadas o curanderas, a quienes también llamaban médicas —generalmente sin formación universitaria o certificación del protomedicato—, se ganaron el respeto de sus pares, pero hasta el último tercio del siglo XIX no existían mujeres médicos tituladas por las universidades. Una de las excepciones fue la francesa Benita Paulina Fessel, de la que hablaremos más adelante por su condición de partera. Según Quiroz, ella inauguró la formación en obstetricia en Lima durante la primera parte del siglo XIX; ello lo hizo con mujeres jóvenes, quienes, contrariamente a las matronas tradicionales (a quienes muchas veces criticaban), no venían de clases sociales bajas sino de familias de la pequeña burguesía

criolla o mestiza, y que pudieron mantener sus fueros ante los intentos de los médicos de controlar los partos. Entre sus discípulas estuvieron especialistas que formaron escuelas de obstetricia en La Paz y en Quito.⁵ Posteriormente, Chile tuvo un destacado y tenso desarrollo entre las profesionales y las “empíricas”, que demostró que las influencias de género podían ser múltiples.⁶

Los logros de las mujeres en la obstetricia se extendieron a otras profesiones de la salud, compitiendo con los clínicos y los médicos varones. Entre las primeras mujeres médicos del siglo XIX estuvo Cecilia Grierson, quien provenía de una familia de inmigrantes escoceses y se graduó de la Facultad de Medicina de Buenos Aires en 1883.⁷ Una colombiana, Ana Galvis Hotz, se graduó en Berna, Suiza, en 1877, y luego practicó la ginecología en Bogotá. Eloísa Díaz recibió su título de la Universidad de Chile en 1886 gracias, en parte, a una ley promulgada unos cuantos años antes que autorizaba a las mujeres para que se matricularan en la universidad. En Cuba, Laura Martínez y Carvajal, hija de una próspera familia de comerciantes criollos, se convirtió en 1888 en la primera mujer que se graduó de la Facultad de Medicina de La Habana. Algunos años después, en 1921, la ecuatoriana Matilde Hidalgo se graduó de doctora en medicina de la Universidad Central del Ecuador y en 1924 fue la primera mujer en América Latina que ejerció el derecho constitucional a votar en una elección; hechos que, según Kim Clark, se deben a la revolución liberal que se experimentó en ese país a partir de fines del siglo XIX. Todas ellas contribuyeron a reivindicar los derechos de las mujeres a estudiar y desarrollar carreras profesionales universitarias en América Latina, publicaron trabajos fundamentales en sus especialidades y consiguieron remontar la resistencia masculina de profesores de la universidad, que inicialmente no querían darles cargos docentes en las casas de estudio; logros excepcionales dado el prejuicio imperante. Como dice Clark para el caso de la ecuatoriana Hidalgo, las mujeres profesionales fueron agentes de cambio y la reforma de los roles de la mujer en la sociedad y la política fue parte de un esfuerzo por modernizar al Estado.⁸

Las mujeres convertidas en médicas de América Latina, en su mayoría, concentraron sus prácticas en especialidades consideradas “apropiadas para su género”, es decir, pediatría, obstetricia, medicina, y se asociaron a progra-

⁵ Lissell Quiroz, “De la comadrona a la obstetriz. Nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú del siglo XIX”.

⁶ María Soledad Zárate, *Dar a luz en Chile, siglo XIX: de la “ciencia de la hembra” a la ciencia obstétrica*.

⁷ Alfredo Guillermo Kohn Loncarica, *Cecilia Grierson: vida y obra de la primera médica argentina*.

⁸ A. Kim Clark, *Gender, State, and Medicine in Highland Ecuador; Modernizing Women, Modernizing the State, 1895-1950*.

mas que tuvieron un matiz caritativo o materno-infantil (como los programas de la “Gota de Leche” inspirados en un movimiento francés a fines del siglo XIX para promover la nutrición infantil entre los hijos de las madres pobres de las zonas urbanas). Sin embargo, ellas tuvieron la capacidad de defender con pasión su estatus y su trabajo, demostrar que hacían contribuciones para toda la profesión y abrirse camino en campos dominados por profesionales varones. El caso de Laura Martínez y Carvajal fue inusual porque se especializó en oftalmología, convirtiéndose en miembro de un dinámico grupo donde su esposo, el oftalmólogo Enrique López, fue compañero y colega. Ella también colaboró con López en la obra en tres volúmenes llamada *Oftalmología clínica* publicada en La Habana a fines del siglo XIX. Aunque Martínez y Carvajal gozó del sorprendente apoyo de muchos colegas hombres (evidentemente por ser de la élite y por su matrimonio), su historia revela que en la ciencia médica latinoamericana de esa época no existían categorías definitivas para mujeres dedicadas al arte de curar, y la tendencia era a oscurecer sus aportes. Por ejemplo, ella no obtuvo ningún crédito como coautora de la obra en tres volúmenes, a pesar de haber terminado prácticamente sola el último tomo mientras su esposo estaba enfermo. Más revelador es el hecho de que, tras la muerte de López por tuberculosis en 1901, Martínez y Carvajal se retirara de la práctica y la investigación médica, recluyéndose en una propiedad en las afueras de La Habana en donde dirigió una escuela para niñas desfavorecidas.

Una de las biografías más completas —gracias a Ana María Carrillo— es la de Matilde Montoya, considerada la primera doctora en medicina de México.⁹ Ella estudió primero obstetricia en la Facultad Nacional de Medicina de México y luego se fue a trabajar a Puebla, donde creó una fiel clientela. Su prestigio causó celos entre sus colegas hombres y se vio forzada a mudarse a Veracruz, pero pronto regresó a Puebla —el lugar de nacimiento de su madre— a pedido de sus pacientes. En 1880 decidió estudiar medicina en los Estados Unidos, pensando que allí enfrentaría menos resistencia que en su país, pero el proyecto era demasiado costoso y se quedó en Puebla, al mismo tiempo que se matriculó en la Facultad de Medicina de la Ciudad de México. A pesar de sus sobresalientes calificaciones, le costó trabajo y tiempo llevar adelante sus estudios por causa del prejuicio reinante. Finalmente, terminó en Puebla su formación en medicina, graduándose en 1887 con una brillante tesis sobre bacteriología. A su sustentación acudieron periodistas, médicos emi-

⁹ Ana María Carrillo, *Matilde Montoya: primera médica mexicana*.

nentes e incluso el presidente Porfirio Díaz, en una notable demostración de apoyo y desafío a sus detractores. Ella se distinguió en la práctica profesional en las áreas de ginecología, obstetricia y pediatría, aunque nunca fue aceptada en las asociaciones profesionales (con el pretexto de que simpatizaba con los tratamientos homeopáticos). Más tarde en su vida, Montoya fue una respetada líder de la Asociación de Mujeres Médicas Mexicanas, creada en 1925.

LOS MÉDICOS Y EL ESTADO

Los líderes de las comunidades médicas nacionales más ambiciosas propusieron la necesidad de formar profesionales que interviniesen en las cuestiones sanitarias con mayor urgencia del país. El “médico político” y el higienista con injerencia en los asuntos municipales que, consiguientemente, surgieron fueron incipientes especialidades del salubrista durante la segunda mitad del siglo XIX. Asimismo, aparecieron los médicos que enfatizaban la necesidad de la epidemiología y buenas estadísticas demográficas no sólo para conocer la salud y la enfermedad de la población, sino también para orientar las políticas sociales; de esta forma ellos resaltaron la investigación como un requisito del desarrollo. Una característica común a todos los galenos anteriores era que reclamaban una mayor interacción con colegas de países vecinos y con expertos europeos.

Los nuevos profesionales lucharon por establecer alianzas estables con el Estado y formar agencias sanitarias permanentes. Su ideal era que estos recién creados organismos remplazasen los efímeros consejos formados por personajes notables que surgían cada vez que ocurría una epidemia. Ellos también disputaban el control de los hospitales urbanos que se encontraban bajo la administración de las órdenes religiosas. Esta generación de médicos, más numerosa, más organizada y políticamente comprometida en relación con la que existía a fines del siglo XVIII, amplió el orden de prioridades médicas de la Ilustración siguiendo el mismo supuesto de que el incremento de la población sería beneficioso para sus países. Parte de esa lista de prioridades fueron los censos de población y los registros civiles como herramientas de orientación de las políticas sociales de los gobiernos y para la secularización de las sociedades, un proceso que hizo eco de lo que había ocurrido en Europa durante la primera mitad del siglo XIX. La esperanza era que los datos de los censos permitieran no sólo obtener una noción precisa del crecimiento poblacional y de las características de los habitantes (como edad, sexo, nivel de

alfabetización, lengua oficial y raza), sino asimismo conseguir información de las actividades económicas, el empleo, las condiciones de sus viviendas y la proporción de inmigrantes. Ello se puede correlacionar con cálculos de la mortalidad infantil y adulta, así como con la expectativa de vida al nacer (y en algunos casos permitiría mapear la distribución de enfermedades y las tasas de mortalidad y morbilidad). En otras palabras, todas estas variables podían mejorar la inquietantemente baja densidad poblacional, proporcionando cifras sólidas para comparar y legitimar las reformas sociales y urbanas que contribuyesen al crecimiento poblacional.

La recopilación de información censal fue más allá de los tempranos y esporádicos registros coloniales y republicanos, enfocados en indígenas o inmigrantes, que habían sido motivados con fines eclesiásticos y fiscales. Desde mediados del siglo XIX, los sanitarios cumplieron un rol fundamental en convencer a los políticos de que necesitaban organizar los registros civiles y exigir certificados médicos a los individuos como parte de la práctica estatal ordinaria. Hasta entonces, y con pocas excepciones, el registro de los acontecimientos básicos de la vida (nacimiento, matrimonio, muerte) se hacía de manera irregular como una función tradicional de la Iglesia católica (bautizo, matrimonio religioso, sepultura). El Estado no tenía un sistema estandarizado de identificación civil. Esta secularización de los registros de la vida cotidiana se encontró con poderosas resistencias, porque la Iglesia cobraba por los certificados que otorgaba.

En 1856, antes incluso de convertirse en presidente de México, Benito Juárez se enfrentó a la Iglesia incautando sus bienes, y creó hospitales y orfanatos bajo el control del gobierno. Al año siguiente, una ley estableció el registro civil para los certificados de nacimiento, adopción, matrimonio y defunción, los que eran documentos emitidos por un funcionario destinado a tal fin. Sin embargo, debido a una guerra civil y a la debilidad del Estado, la implementación plena de estas medidas fue postergada hasta unos años después, cuando entró en vigencia una ley que también fue liberal. Casos similares de enfrentamiento entre el Estado y la Iglesia ocurrieron en otros países, aunque las pugnas no tuvieron la dimensión que presentaron en México. Por ejemplo, el registro civil argentino data de 1871, el de Brasil se implementó el año siguiente y el de Uruguay es de 1879.

Poco antes de la generalización de los registros civiles, a fines del siglo XIX, se realizaron los primeros censos republicanos, frecuentemente fomentados por los médicos. El primer censo argentino lo organizó en 1869 el presidente Domingo Faustino Sarmiento, quien se hizo famoso al adoptar la frase

de su compatriota Juan Alberdi: “Gobernar es poblar”. Ello reforzó la noción según la cual el país necesitaba una inmigración europea masiva, que fuese posteriormente parte de un proceso de mestizaje con las razas locales, lo que resultaría en que estas últimas fuesen civilizadas y más industriosas (en Argentina, la eliminación de grupos indígenas que vivían en la pampa, la Patagonia y el Gran Chaco fue eufemísticamente llamada “La Conquista del Desierto”). Durante el siglo XIX la población ideal para muchos intelectuales y políticos de la Argentina y de otros países era la europea. Es decir, se concebía el progreso en función de la lucha entre “civilización y barbarie”. Según la dialéctica implícita en estos dos términos (que fue el famoso subtítulo del clásico *Facundo*, un ensayo sociológico de Sarmiento), la barbarie derivaba de la naturaleza no domesticada y de los nativos salvajes americanos, mientras que la civilización provenía de Europa y encontraba su crisol en las áreas urbanas y sus élites. En esta dialéctica se ocultaba también el supuesto de que los sistemas médicos y de salud pública occidentales de la civilización iban a imponerse al primitivismo de los curanderos. Ello era de particular importancia para los profesionales, pues según el censo de 1869 existían en la Argentina 1 047 curanderos, es decir, muchísimos más que los 458 médicos diplomados (cifras que en realidad encubría un subregistro de sanadores).¹⁰

El primer censo moderno de Brasil fue realizado en 1872 y arrojó el resultado de casi diez millones de personas, lo que se constituyó en uno de los conglomerados nacionales más altos de la región. Aunque la intención en toda América Latina fue realizar censos periódicamente (cada diez años), la continuidad dejó mucho que desear. Por ejemplo, después del primer censo realizado en el Perú en 1876, pasarían sesenta y cuatro años hasta el siguiente, en 1940. El primer censo republicano de México tuvo que esperar casi hasta el siglo XX, siendo finalmente realizado en 1895. Una excepción a este registro tardío y esporádico fue Chile: en 1835 fue el primer país de América Latina en organizar un censo relativamente moderno (que indicó que su población había llegado a poco más de un millón de habitantes). Otro caso fue el de Venezuela, donde el primer censo de 1873, que encontró una población de 1 700 000, fue seguido de mediciones poblacionales que se realizaron con cierta regularidad durante el siglo XX (hacia 1926 había casi tres millones de venezolanos).

El interés médico por los censos se conjugó con su adhesión a una corriente de pensamiento francesa que fue casi una religión: el positivismo. Los

¹⁰ Ana María Barreto Constantín, *Salud, enfermedad y muerte en tiempos de Urquiza (Entre Ríos, siglo XIX)*.

médicos tuvieron un rol central en la recepción del positivismo francés en América Latina, que en muchos países fue una verdadera ideología estatal. Entre las filas de los positivistas latinoamericanos estaban figuras de la clase dirigente liberal y de nuevos grupos profesionales como los médicos, los ingenieros y oficiales de las fuerzas armadas modernizadas. La conexión entre la medicina y el positivismo era sólida y metafórica. El creador e ideólogo del positivismo, el filósofo francés con estudios de medicina Auguste Comte (1798-1857), creía que la ciencia era la forma superior del saber para sociedades que previamente habían ascendido de etapas religiosas y metafísicas, que el médico era una especie de sacerdote y la sociedad un organismo que podía y debía ser tratado y curado por especialistas. Un caso de adhesión fervorosa al positivismo fue el de Gabino Barreda (1818-1881), un estudiante de medicina mexicano que introdujo los textos de Comte por primera vez a su país luego de asistir a la serie de conferencias que dio el maestro en París en 1850. La Asociación Metodófila Gabino Barreda (sociedad de acólitos de Barreda) fue una de las primeras y más ardientes defensoras del positivismo mexicano. La popularidad del positivismo entre 1870 y 1900 se vio reforzada por los logros espectaculares de la bacteriología médica y la inmunología. De igual modo, la nueva generación de galenos que respaldó tal modernismo médico aspiró a que este flamante saber científico fuera capaz de regular la condición del cuerpo político, mediante la identificación de sus patógenos ocultos, el establecimiento de medidas profilácticas y el dictado de los tratamientos e intervenciones que fuesen necesarias. Además, en lugar de revoluciones, la noción positivista del “orden y progreso” —que fue el lema de la bandera republicana de Brasil de fines del siglo XIX— estaba de acuerdo con el objetivo de la élite dominante; ésta sostenía que la modernización de la sociedad debía estar dirigida por las élites profesionales, tecnocráticas y empresariales que orientasen al resto de la comunidad. Distinguidos médicos higienistas mexicanos como Eduardo Liceaga, Porfirio Parra y Domingo Orvañanos fueron miembros del círculo de “científicos” de Porfirio Díaz, es decir, expertos positivistas que sirvieron en el gabinete durante sus 25 años de gobierno dictatorial.¹¹ En Chile, y en la mayoría de los países de la región, una generación dinámica de médicos positivistas tuvo un papel crucial en los parlamentos y gabinetes ministeriales de fines del siglo XIX y comienzos del XX.

Para Brasil existen innovadores estudios de casos regionales, como el de Beatriz Weber sobre la recepción y desarrollo del positivismo entre los médi-

¹¹ Paul Ross, “Mexico’s Superior Health Council and the American Public Health Association: The Transnational Archive of Porfirian Public Health, 1887-1910”.

cos de zonas que no vivían en las capitales.¹² Según Weber, un proceso diferente del de Rio de Janeiro ocurrió en Rio Grande do Sul, donde llegó a haber muchos positivistas gracias al regreso de brasileños que habían estudiado con el mismísimo Comte y a las influencias de este filósofo entre los militares e ingenieros brasileños, que dieron fin al Imperio e inauguraron la república en 1889. Weber desmiente la percepción lineal y triunfalista de la llegada del positivismo y lo muestra como un proceso con tensiones, incertezas, conflictos e intentos de hegemonía médica contestados por saberes “científicos” locales. Es decir, los positivistas aprendieron en algunas ciudades a encontrar mayor resistencia y coexistieron con otro tipo de conocimientos populares, formando explicaciones y prácticas de sanación ambiguos y contradictorios. Con ello se acomodaron a una correlación de fuerzas entre diferentes practicantes y a las expectativas de los pacientes que no tenían interés en la coherencia de los tratamientos.

En casi toda América Latina, la influencia del positivismo y del liberalismo en la segunda mitad del siglo XIX contribuyó a la elaboración de códigos de salud y al desarrollo de nuevas corporaciones médicas y de medicina estatal, consideradas parte de los mecanismos para fomentar “el orden y el progreso”. Una representación de médicos en los gobiernos nacionales de la época es uno de los aspectos de la medicina latinoamericana que la diferencia de la estadounidense. El pionero de la salud pública argentina, Guillermo Rawson (1821-1890), fue uno de esos “doctores políticos”. Él fue miembro del Parlamento y ministro del Interior en la presidencia de Bartolomé Mitre, quien le dio prioridad a los censos de población. Rawson promovió las estadísticas vitales y fue una figura central en el censo de 1869, que tuvo en cuenta a toda la población del país y registró aproximadamente 1 800 000 habitantes, con poco menos de 200 000 habitantes en Buenos Aires. Es interesante señalar que cuando Rawson se retiró de la política volvió a la enseñanza universitaria, siendo el primer catedrático de higiene pública en Argentina (y probablemente en América Latina) entre los años 1873-1883.

Los médicos contribuyeron así a crear una cultura urbana en torno a la noción de higiene, y establecieron cátedras e instituciones relacionadas con ello en las facultades de medicina. Aunque no existe una sola definición de higiene, el término esencialmente se refería a las ideas y prácticas de limpieza individual y urbana que ayudaban a mantener la salud y a proteger el bienes-

¹² Beatriz Teixeira Weber, *As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense*; y de la misma autora: “Positivismo e ciência médica no Rio Grande do Sul: a Faculdade de Medicina de Porto Alegre”.

tar social y económico del país. El nombre proviene de la diosa griega Higía, quien, según René Dubos, había enfatizado la prevención por encima del tratamiento (a diferencia de Esculapio, el dios de los médicos, para el cual la curación era lo más importante).¹³ Sin embargo, la invocación a la higiene en Latinoamérica era compleja, pues se mezclaba con influencias del darwinismo social, el evolucionismo y el positivismo; para muchos de sus partidarios era complementaria —y de ninguna manera una alternativa— al cuidado médico individual. La sociedad, especialmente la urbana, era vista por los doctores como un cuerpo social que los expertos tenían que proteger, controlar y curar. Ello estaba vinculado a la propagación de arquetipos ideales y moralizadores de un cuerpo saludable, patriótico y en camino a construir una ciudadanía moderna y con claras delimitaciones entre sus miembros de los roles de género y de respeto al estatus social establecido. Dichas funciones implicaban que las mujeres, junto con las autoridades y los profesionales, promoviesen la medicalización de la vida cotidiana y que los pobres diesen por sentado que sus estilos de vida eran los principales causantes de sus dolencias.

Frecuentemente, el higienismo explicaba varios problemas sociales con argumentos científicos en que sólo se señalaba la responsabilidad de los estilos de vida de los pobres. Algunos consideraban la pobreza como la causa social de la enfermedad; entonces culpaban de su suerte a los sucios y perezosos, exaltando la responsabilidad individual y la limpieza del hogar. Es decir, las enfermedades de la clase trabajadora se explicaban en función de sus hábitos perversos y antihigiénicos, así como por la veleidad de sus vidas privadas, visibles en la suciedad de sus viviendas, el alcoholismo, las enfermedades venéreas e incluso en la salud mental.

El hacinamiento, las viviendas insalubres y la precarización de las condiciones de trabajo que llegaron con la expansión urbana y la incipiente industrialización alimentaron los ideales de intervención sanitaria en los barrios pobres y en las ciudades en general. Los alcaldes, prefectos y planificadores encontraron motivos para imitar lo hecho en las ciudades europeas. El modelo fue implementado por el prefecto de la capital francesa Georges-Eugène Haussmann, quien, con el apoyo de Napoleón III, rehízo París a mediados del siglo XIX. El historiador Jaime L. Benchimol estudió una de las adaptaciones latinoamericanas de dicho modelo; ésta la llevó adelante a comienzos del siglo XX el ingeniero y prefecto de Río de Janeiro, Francisco Pereira Passos.¹⁴

¹³ René J. Dubos, *El espejismo de la salud: utopías, progreso y cambio biológico*.

¹⁴ Jaime L. Benchimol, *Pereira Passos: um Haussmann tropical: a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX*.

Según Benchimol, Pereira Passos puede ser bien considerado como un “Hausmann tropical”, pues impuso reformas drásticas que contaron con el apoyo del presidente de la república Rodrigues Alves (quien también apoyó las reformas de Oswaldo Cruz en salud pública, como veremos más adelante). Pereira Passos reglamentó el tránsito peatonal y vehicular, y destruyó la mayoría de los callejones y las calles estrechas o *cortiços* del centro — en una iniciativa que popularmente se llamó “*bota abaixo*” — para construir amplias avenidas que imitaban los bulevares parisinos.

Estos cambios urbanos, que se repitieron en varias ciudades, crearon las condiciones culturales y políticas para el surgimiento de servicios sanitarios estatales de alcance nacional, que estuvieron bajo la jurisdicción de diferentes ministerios o secretarías que formaban parte de los gabinetes de gobierno. Tales cambios ocurrieron en países con un sistema político federal, como Brasil y México, pero también en repúblicas como el Perú, que tenían un tipo de gobierno “unitario”. En ambos casos, la ciudad capital —donde residían dichos servicios sanitarios— tenía una presencia hegemónica a pesar de que en los países de sistema federal era más frecuente encontrar otra ciudad que rivalizase en desarrollo económico con la capital. Los servicios sanitarios contribuyeron a la consolidación del poder y la legitimidad de las élites profesionales, que querían extender la autoridad del gobierno a todo el territorio nacional que formalmente —pero no efectivamente— estaba bajo la jurisdicción estatal. Ésta era una antigua aspiración que se remontaba al siglo XVIII, que a fines de la centuria decimonónica parecía cobrar vida: la intervención estatal coercitiva en la vida cotidiana de las familias, la cuidadosa protección médica de las actividades vinculadas a las economías de exportación y el derecho de la autoridad pública de aislar a las personas enfermas en nombre de la protección de los sanos.

Otros asuntos aparentemente menos públicos, como el control de la prostitución, también fueron medicalizados con visitas regulares a los burdeles para registrar y examinar a las trabajadoras sexuales. Ellas eran fotografiadas, registradas y recibían carnés sanitarios, además de algo de educación sexual (esto último también se hacía con los jóvenes varones y los soldados en los cuarteles). Esta educación presentaba a las mujeres como responsables de incitar la libido masculina, y a los hombres como las víctimas de enfermedades que eran conocidas con el estigmatizante nombre de “venéreas”. Por otro lado, en relación con las prácticas familiares, hubo una mayor intervención médica en la salud materno-infantil con el objetivo de reducir la alta mortalidad entre los niños. Ello se manifestó, por ejemplo, en el establecimiento de las ya

mencionadas clínicas de la Gota de Leche, en el desarrollo de la pediatría y en la formación de expertos clínicos en maternidad neonatal, así como en la creación de hospitales especializados para niños. Dichos programas se combinaban con la modernización y construcción de sistemas de agua y alcantarillado en las ciudades, en el entendido de que eran infraestructuras necesarias para mejorar la esperanza de vida y disminuir la mortalidad infantil en la población urbana. Todo eso era presentado como parte de la obligación del Estado de brindar servicios de salud pública y de mejorar los sistemas urbanos de desagüe y agua potable, implementando nuevas técnicas. Como veremos más adelante, los tecnócratas sanitarios aprovecharon las oportunidades presentadas por la sensación de emergencia derivada de las epidemias y consiguieron ampliar su intervención en la sociedad. Este marco ofreció una justificación tanto para centralizar aún más las actividades sanitarias como para crear instituciones estables de investigación médica.

La implementación de instituciones sanitarias nacionales se remonta en algunos países a mediados del siglo XIX. El Consejo Superior de Salubridad de México, por ejemplo, se estableció en el Distrito Federal de la capital en 1840 y fue, formalmente, la máxima autoridad sanitaria del país durante los siguientes 75 años.¹⁵ Cabe destacar que su autoridad y recursos se fortalecieron en las décadas finales del siglo XIX, cuando contó con el decidido apoyo del dictador Porfirio Díaz, quien le concedió autoridad sobre las autoridades sanitarias provinciales y portuarias. El Consejo tuvo, además, un líder médico batallador y respetado por sus colegas, el doctor Eduardo Liceaga, quien lo dirigió por más de 30 años, desde 1884 hasta 1910.¹⁶ Es importante mencionar que Liceaga fue sobrino de Casimiro Liceaga, el primer director de la renovada Escuela de Medicina creada en la década de 1830 en la Ciudad de México, que ambiciosamente decidió adoptar el programa de estudios de la Escuela de Medicina de París. Uno de los logros del joven Eduardo Liceaga fue haber escrito y difundido el Código de la Salud de 1891, una de las primeras leyes de su tipo en la región, que posteriormente fue replicado por otros estados mexicanos. El Código autorizaba al Consejo a hacerse cargo de la política sanitaria a escala nacional; supervisar la higiene de los mercados y los mataderos públicos; nombrar a los delegados sanitarios en los estados, las capitales de los estados, los puertos y las ciudades fronterizas; e imponer multas a quienes no cumplieren con las resoluciones del Consejo.

¹⁵ Fernando Martínez Cortés y Xóchitl Martínez Barbosa, *El Consejo Superior de Salubridad, rector de la salud pública en México*.

¹⁶ Fernando Martínez Cortés, *La medicina científica y el siglo XIX mexicano*.

Uno de los aspectos más destacados de Liceaga fue que, después de visitar algunas ciudades europeas para estudiar la construcción de un sistema de agua potable y alcantarillado, trató de eliminar completamente del suelo y del subsuelo de la capital de México los pantanos y canales que existían desde el periodo precolombino y se habían perpetuado en la etapa colonial. Para ello lanzó un importante programa con el fin de transformar el alcantarillado, aprovisionar de agua, pavimentar calles e implementar un sistema adecuado para eliminar los desechos humanos y la basura. Logró su objetivo justificándolo con argumentos miasmáticos acerca de la necesidad de suprimir las materias fétidas causantes de enfermedades. Se ha culpado a sus esfuerzos por los problemas ecológicos que enfrenta la Ciudad de México desde entonces, mas es importante entender su decisión como parte de los argumentos médicos y políticos de la época. Entonces, además de los pantanos, las principales calles de la ciudad tenían tanques de agua descubiertos y atarjeas que eran percibidos como fuente de epidemias; carretas precarias que recogían con irregularidad los desechos durante la noche; cadáveres de animales abandonados en las calles y acueductos notorios e inseguros, que llevaban agua hacia donde los cargadores la distribuían a las casas privadas. Otra característica importante de Liceaga fue que mantuvo relaciones cercanas con sus pares estadounidenses, convirtiéndose en miembro corresponsal y posteriormente en presidente de la Asociación Americana de Salud Pública. Más aún, organizó dos reuniones de esta asociación en la Ciudad de México (en 1892 y 1906). Su estrella política cayó en el contexto del derrocamiento de Díaz y las vicisitudes por las que pasaron varios funcionarios del Estado durante los inicios de la Revolución mexicana de 1910 (aunque mantuvo su puesto hasta 1914). Además, buena parte de los trabajadores sanitarios estatales por él contratados, mal que bien, mantuvieron su influencia política y se adaptaron al nuevo contexto nacional. A partir de la Constitución revolucionaria de 1917, el Consejo se transformó en el Departamento de Salud Pública que dependía de la presidencia de la República y mantuvo cierta continuidad con el trabajo realizado hasta entonces.

Un discurso contrahegemónico surgió en México con el libro de Alberto Pani, *La higiene en México* (1916). El autor, quien inicialmente estudió medicina pero se graduó en la Escuela de Ingeniería y ocupó altos cargos políticos en el Estado mexicano posrevolucionario, en la subsecretaría de Instrucción Pública, se burló de los logros de los higienistas porfiristas. Según Pani, estos doctores habían creado una imagen ideal de la higiene urbana con el propósito de realzar el prestigio internacional de México e indirectamente celebrar al

dictador Díaz. Sin embargo, para Pani la ciudad capital todavía exhibía muchas necesidades y era una de las áreas urbanas más insalubres del mundo. Asimismo, el autor subrayaba el abandono de la salud pública en las provincias, y demandaba reformas radicales para crear un servicio sanitario realmente nacional, así como hacer de la educación pública un mecanismo eficaz para que los ciudadanos adopten un estilo de vida moral e higiénico.

En Argentina se creó un Departamento Nacional de Higiene en 1880. Aunque se reestructuró muchas veces durante los años siguientes, recibió el respaldo de la autoridad estatal y reemplazó a un desvencijado Consejo de la Provincia de Buenos Aires que databa de mediados del siglo XIX. Estaba formado principalmente por médicos, discípulos de Rawson, que le dieron una proyección nacional a su trabajo y alcanzaron un prestigio continental. Entre ellos se encontraban José María Ramos Mejía, Eduardo Wilde, José Penna y Emilio R. Coni. Algunos formaban parte de un prominente cuadro liberal de intelectuales y médicos conocidos en Argentina como la “generación de la década de 1880”. Varios destacaron en sus especialidades y en las cátedras universitarias. Ramos Mejía (1849-1914) creó el Departamento de Neurología en el Hospital San Roque de Buenos Aires en 1885, y poco después dio inicio a la nueva disciplina de neurología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Penna (1855-1919) fue desde 1884 profesor de patología en esa facultad y unos nueve años después se hizo cargo de la entonces novísima cátedra de Clínica de Enfermedades Infecciosas. Coni (1855-1928) provenía de una familia francesa y era uno de los más conocidos nacional e internacionalmente gracias a que fue autor de numerosos trabajos y artículos publicados en revistas académicas y periódicos. Fue un pionero en el uso de la estadística médica, que sería uno de los pilares de la epidemiología en salud pública. En 1897, Coni fue nombrado miembro corresponsal extranjero de la Academia de Medicina de París y luego publicó una autobiografía rica en informaciones para la historia de la salud titulada *Memorias de un médico higienista*; allí revelaba el surgimiento de una nueva identidad profesional en la salud pública al confesar que hacia el final de su carrera podía concluir que, más que un “médico de enfermos”, había sido un “médico de ciudades y de pueblos”.¹⁷ No fue menos importante para su reputación que su esposa haya sido la periodista y feminista francesa Gabriela Laperrière de Coni (1866-1907). Ambos cumplieron un papel crucial al demostrar los lazos estrechos entre el crecimiento de la población y la sanidad; igualmente hicieron del tér-

¹⁷ Emilio R. Coni, *Memorias de un médico higienista, contribución a la historia de la higiene pública y social argentina (1867-1917)*, p. xix.

mino “profilaxis” un componente esencial de la higiene urbana y crearon instituciones como la Liga contra la Tuberculosis fundada en 1901, las cuales tuvieron como modelo instituciones similares en Europa y los Estados Unidos. Durante una época, cuando la normativa de la seguridad laboral estaba en pañales en una de las ciudades más industrializadas de América Latina, ambos advertían que los productos químicos nocivos que se utilizaban en la mayoría de industrias de Buenos Aires perjudicarían la salud de sus trabajadores. Gran parte del trabajo de Emilio Coni se conoció por las revistas que editaba: *Revista Médico-Quirúrgica*, *Semana Médica* y *Revista Médica-Quirúrgica*. En 1883 ayudó a establecer la Asistencia Pública en la ciudad de Buenos Aires, un organismo que regulaba la salud urbana y la vida hospitalaria. Sin embargo, sus planes para crear un sistema nacional sanitario no fueron apoyados por los líderes políticos argentinos, quienes los consideraban muy ambiciosos. Eduardo Wilde (1844-1913) estudió medicina en Buenos Aires y como profesor universitario modernizó la enseñanza de la medicina forense y la toxicología, convirtiéndose en director de Salud Pública bajo la presidencia de Domingo F. Sarmiento, y más tarde ministro de Justicia y Educación, responsable de la aprobación de leyes para la educación pública obligatoria y laica gratuita. Un ejemplo dramático de cómo las epidemias crearon auras profesionales fue que Wilde trató a pacientes de cólera como estudiante de medicina durante el brote epidémico de 1867, siendo testigo en el proceso de la muerte de su padre, víctima de la enfermedad.

EL ESTÍMULO DE LAS EPIDEMIAS

Las epidemias pueden ser episodios trágicos de muerte, enfermedad y destrucción comercial, pero también han sido oportunidades históricas para la creación y extensión de los servicios médicos, al igual que para reforzar la autoridad de las organizaciones sanitarias oficiales. Algo de ello ocurrió en la región desde mediados del siglo XIX; entonces, las epidemias de cólera y fiebre amarilla empezaron a llegar regularmente a América Latina desde Europa o el Caribe y, para fines de ese siglo, ya eran endémicas, constituyéndose en desencadenantes de decisiones políticas para el saneamiento urbano y para la construcción de la autoridad médica en la región. Inicialmente, estas enfermedades tomaron desprevenidos a los profesionales médicos, quienes durante la segunda mitad de la centuria decimonónica fueron mucho más hábiles para articular una respuesta eficiente, lo que elevó su prestigio. Dichas epi-

demias estallaron en varias partes del mundo por una mezcla del progreso y del deterioro de las condiciones de vida. Entre los factores del progreso estaban los efectos de la Revolución Industrial en Europa, que intensificó el comercio marítimo, el crecimiento urbano (siempre sobrevenido más rápidamente que la creación de la infraestructura sanitaria), y los medios de comunicación más veloces y masivos como los trenes y los barcos a vapor. Estos últimos llevaban a miles de viajeros (entre ellos enfermos asintomáticos) de una parte del mundo a otra. Las repúblicas hispanoamericanas y el Imperio brasileño eran parte del proceso, impulsando la exportación de materias primas a los mercados europeos como el principal motor de su desarrollo económico. Al mismo tiempo, en parte por este comercio, los distintos países de la región atrajeron inmigrantes y sus ciudades y puertos crecieron cobijando elegantes mansiones que coexistían al lado de tugurios y callejones carentes de recursos sanitarios.

Primero llegó el cólera, una enfermedad de síntomas dramáticos: diarrea y vómitos incontrolados que deshidrataban a los enfermos y podían matarlos en horas. Es fácil imaginar el temor que generó este nuevo padecimiento en la región, fácilmente transmisible y para el cual no existía una terapia efectiva. El cólera había sido endémico en la India desde el siglo XVI, y sólo después de 1817, cuando la colonización británica se intensificó y se enlazó con el tráfico comercial, militar y de pasajeros, es que la enfermedad empezó a aterrorizar Europa con una serie de pandemias (o epidemias globales). Éstas afectaron también a Canadá, los Estados Unidos, México y América Central y del Sur. Brotes epidémicos recurrentes se produjeron en las Américas en 1848-1850, 1854-1857, 1865-1867 y 1873-1874. Casi en todas partes, la primera respuesta fue la huida de los lugares afectados. Al mismo tiempo, abundaron las procesiones religiosas, los rezos y las curas milagrosas, al igual que la quema con fuego de las pertenencias de los enfermos o de los casos sospechosos, junto con las prohibiciones de bailes y reuniones públicas. El cólera llegó a la Argentina con brotes intensos en 1886 y 1894, en un contexto donde había varios conflictos políticos y militares que implicaban la movilización de tropas y su asentamiento en precarias condiciones de salud. Estos factores, sumados al crecimiento de las ciudades sin infraestructura sanitaria y al incremento de comercio marítimo sin medidas sanitarias efectivas, creaban las condiciones ideales para las epidemias de cólera. Muchas medidas de entonces fueron insuficientes para detener la enfermedad, que se volvió un fenómeno regular en las zonas más pobres de las ciudades.

La segunda pandemia de cólera (la primera no había alcanzado al hemisferio occidental) apareció en la década de 1830 y llegó al continente americano, que, fuera de los brotes epidémicos de la conquista, no tenía mayor experiencia con epidemias devastadoras. En 1833 y otra vez en 1848, la enfermedad afectó a diversas ciudades mexicanas, donde sembró el pánico, la segregación y abandono de los enfermos, así como una gran mortandad (afectó a casi un tercio de la población de la capital del país).¹⁸ En los veranos de 1849 y 1850, epidemias feroces desgarraron las ciudades de Rio de Janeiro y Salvador, llegando hasta Belén en la Amazonía brasileña, que hasta entonces se pensaba que estaba libre del cólera. Una tesis de medicina elaborada por João José da Silva se preguntaba si la enfermedad era contagiosa y denunciaba que la epidemia prefería a las “clases menos favorecidas”. Como Da Silva, los médicos de entonces explicaron la mayor mortalidad entre los pobres y los esclavos como producto, además del clima húmedo y de las dietas de mala calidad, de las costumbres antihigiénicas, el abuso del alcohol y las viviendas insalubres. Según un estudio elaborado por Kodama, Salgado Pimenta, Bastos y Bellido, los profesionales médicos brasileños se quejaban de que los enfermos solamente recurrieran a ellos cuando estaban desahuciados y de que en general preferían la automedicación o la ayuda de curanderos, o los consejos de amas de casa y vecinos.¹⁹

La enfermedad aterrorizó a la población y arruinó el comercio y la agricultura brasileños. En ese tiempo, además de la Junta Central de Higiene Pública creada por el gobierno imperial, existían dos escuelas de medicina: la de Rio de Janeiro y la de Bahía (juntas graduaban a menos de un centenar de médicos al año en un país de aproximadamente ocho millones de habitantes). Ambos centros de estudio trataron de responder de una manera ordenada a las crisis sanitarias, pero no siempre pudieron conseguir que el Estado, la Iglesia y las autoridades se pusieran de acuerdo en apoyar a los médicos. En Guatemala, una Junta Central de Sanidad, formada por médicos y auspiciada por el gobierno, publicó una serie de folletos desde la década de 1830 entre los que estaba *Instrucción para precaver, conocer y combatir el cólera mórbus* de 1850. Publicaciones parecidas se sucederían en el resto del siglo en diferentes países, tratando de prevenir y controlar la enfermedad así como de educar al público sobre la misma.

¹⁸ Lilia V. Oliver, *Un verano mortal: análisis demográfico y social de una epidemia de cólera: Guadalajara, 1833*.

¹⁹ Kaori Kodama, Tânia Salgado Pimenta, Francisco Inácio Bastos y Jaime Gregorio Bellido, “Mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1855-1856): uma análise preliminar”.

En 1867 el cólera llegó con furia a Buenos Aires, en donde se creó un patrón en que la enfermedad volvía casi cada diez años. Durante el brote epidémico de 1867-1868 en Córdoba, Argentina, las autoridades municipales exhortaron a la población a que cuidara de su propia salud en los términos inspirados por la noción hipocrática de mantener un equilibrio en el estilo de vida. En una amalgama de recomendaciones para la templanza individual y las preocupaciones miasmáticas, la municipalidad de una ciudad provincial argentina elaboró el siguiente texto acerca de la epidemia del cólera:

Consejos al pueblo: medidas higiénicas:

El mayor aseo en las personas, vestidos y habitaciones.

El abrigo especialmente en el vientre y pies.

Ejercicio moderado al aire libre, a pie, a caballo, o en carruaje evitando la insolación excesiva, frío, la humedad y la fatiga.

La habitación en piezas espaciosas, bien ventiladas y secas...

La alimentación frugal a horas regulares, prefiriéndose las carnes frescas, los huevos pasados por agua y blandos, el pan, el vino, el caldo, el café...

La abstención absoluta de las frutas y de todos los remedios que no sean prescritos por un médico...

Sueño a la hora de costumbre, suficiente para reparar fuerzas pero no muy prolongado.

Tranquilidad de espíritu, en cuanto que las pasiones deprimentes y el miedo a enfermarse predisponen a la epidemia...

Las personas que observen regularidad y templanza en todos los actos de su vida serán respetadas por la enfermedad.²⁰

A pesar de que tales ideas podían rastrearse desde la época colonial, es interesante señalar que las nuevas teorías europeas sobre estas dolencias fueron conocidas en la región. Entre éstas se incluían el trabajo del médico inglés John Snow: *On the Mode of Communication of Cholera* ["Sobre el modo de comunicación del cólera"] de 1855, que argumentaba que el agua contaminada por los residuos fecales de los enfermos infectaba a las personas sanas que la bebían; asimismo, el trabajo del investigador médico alemán, Robert Koch, quien en 1884 descubrió en la India la bacteria causante del cólera, hallazgo que fue comentado —como el de Snow— en las revistas médicas latinoamericanas. A fines del siglo XIX, los médicos latinoamericanos estaban al tanto de

²⁰ En Adrián Carbonetti, *Historias de enfermedad en Córdoba desde la colonia hasta el siglo xx*, pp. 29-30.

la medicina europea y muchos de ellos creían —como sus colegas del viejo continente— en el carácter contagioso del cólera y en la importancia del descubrimiento bacteriológico. Por ejemplo, en relación con la epidemia que atacó Chile, el médico Eleodoro Bourgeois publicó, durante 1888 en Santiago, el trabajo *Estudio sobre profilaxis del cólera basada en las condiciones biológicas del bacilo*. Algo similar ocurrió en Montevideo, donde se publicaron en 1886, traducidas del alemán, las *Instrucciones sobre el cólera, redactadas por el Consejo Superior de Sanidad Austriaco*. Muchos profesionales comprendieron que la pureza del agua potable ayudaba a prevenir la enfermedad, y que las cuarentenas y el aislamiento en los hospitales eran necesarios. Ellos también propusieron la urgencia de promover la higiene, los baños y el uso del jabón; además, se enfrentaron a algunas medidas sanitarias que fueron un anatema para los intereses comerciales, como las cuarentenas y la supervisión de los productos que eran comercializados. Sin embargo, esto no fue óbice para que se transgredieran los derechos de los enfermos en nombre de los sanos —por ejemplo, en los aislamientos forzados o la incineración de sus pertenencias— y se tolerase el renacimiento de las procesiones religiosas.

Las epidemias también fueron una ocasión para reconfigurar una dolencia como una “enfermedad nueva”. En la primera mitad del siglo XIX, los términos “cólera morbus” o “cólera nostrus”, denominaciones imprecisas que se aplicaban a diversas enfermedades cuyo principal síntoma era la diarrea, empezaron a ser utilizados con las primeras epidemias de cólera. En cambio, muchos de los médicos latinoamericanos que suscribieron el nuevo paradigma bacteriológico consolidado por el descubrimiento de Koch a fines del siglo XIX estaban convencidos de que este hallazgo había identificado una enfermedad diferente llamada “cólera asiática”. Empero, esto no llegó a ser un obstáculo para combinar ideas médicas antiguas y modernas, y así llegar al término “cólera morbus asiático” que fue usado a fines del siglo XIX.

Muchos médicos pensaban que el cólera diezmaría la “escasa” población de sus países (donde la tasa de mortalidad superaba a la de nacimiento). Más aún, era percibido como un golpe a las estructuras económica y social. Según una historiadora, en Santiago de Chile a fines de la década de 1880, el cólera fue sentido como una catástrofe social, un “terremoto de la conciencia”, que forzó a la élite a tratar de resolver algunos de los problemas más agudos de las condiciones de vida miserables en las que vivía la mayoría de la población.²¹ El cólera dio lugar a conferencias, códigos marítimos sanitarios, cuarentenas,

²¹ María Angélica Illanes, “En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia”: historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973.

la clausura de puertos y la construcción de lugares de aislamiento para los enfermos —o sospechosos de serlo—, que fueron a veces más rígidas que las acciones tomadas en Europa. Estas medidas eran realizadas por galenos y consolidaban la autoridad médica en el ámbito político. Las medidas relacionadas con el comercio marítimo iban desde cerrar temporalmente y por completo los puertos —ello sobre la base del supuesto de que el contagio lo propagaban personas infectadas— hasta un énfasis en el saneamiento interno de las ciudades, anclado en la creencia de que las condiciones de vida y un medio ambiente deteriorado local habían dado lugar a la infección. Ambas perspectivas cristalizaban las dos visiones que se irían perfilando en la región: es decir, la *cultura de la sobrevivencia* y la *salud en la adversidad*; la primera enfatizaba medidas autoritarias de control, mientras que la segunda resaltaba la importancia de modificar las condiciones locales de pobreza, porque eran la causa última de la enfermedad.

Además del sufrimiento causado por el cólera en casi todos los países de la América continental, aparecieron con intensidad durante el siglo antepasado las epidemias de fiebre amarilla (desde el siglo xvii ésta era considerada una dolencia típica del Caribe). Los primeros centros urbanos afectados fueron ciudades tropicales y subtropicales como Nueva Orleans y La Habana, y aún en el siglo xviii lo fueron otras ciudades ubicadas al norte del continente como Veracruz y Filadelfia. Lo cierto es que, hasta mediados del siglo xix, la fiebre amarilla era considerada endémica, típica y hasta originaria de las costas del Caribe (esto último era una diferencia respecto del cólera que llegó desde Europa). Las islas del Caribe sufrieron epidemias frecuentes que crearon una precaria inmunidad entre los residentes, debido a que muchos de ellos habían sobrevivido a la enfermedad durante su infancia. Los médicos de los Estados Unidos culpaban a esta región de las epidemias que se producían al sur de este país, como la de 1878 que mató a más de 13 000 personas en el valle del Misisipi. Contrariamente a una creencia difundida entre los historiadores, en esa época existían algunos médicos que criticaban la presunta inmunidad innata a la fiebre amarilla de los esclavos negros; un supuesto en el que se daba por sentado que el Caribe era seguro para ellos (esta conjetura era parte de un discurso oficial para legitimar la tenencia de esclavos).

Por otro lado, la fiebre amarilla no siempre parecía una entidad clínica fácilmente reconocible. Mónica García ha estudiado cómo, hasta fines del siglo xix, la fiebre amarilla no era considerada una enfermedad diferente en Colombia, y probablemente haya sido confundida con la malaria aguda, porque ambas tenían en común el síntoma clínico de la fiebre. Inclusive algunos

galenos creían —como sus pares europeos de la época— que la malaria y la fiebre amarilla eran variantes de una sola enfermedad. Según la investigación de García, luego de una serie de brotes epidémicos de las “fiebres”, que parecían ser de fiebre amarilla y que ocurrían en lugares de climas “templados”, usualmente libres de esta enfermedad, los médicos colombianos recurrieron a los nuevos avances en la bacteriología europea; así, establecieron que la fiebre amarilla debía ser una prioridad en la agenda política del país, y propusieron que era causada por un microorganismo y transmitida por un vector.²² Aunque los médicos colombianos no pudieron identificar el microorganismo ni el vector, sus intereses en estas fiebres reflejaban la importancia que iba cobrando la bacteriología europea para explicar las enfermedades infecciosas en la región.

Hacia finales del siglo XIX, el cólera y la fiebre amarilla se convirtieron en prioridades políticas, porque atacaron los puertos e interrumpieron el comercio internacional. La fiebre amarilla, además, creó una atmósfera de pánico y angustia debido a sus violentos síntomas, como escalofríos, fiebres altas, pupilas dilatadas, lengua roja, aliento fétido, hemorragia nasal, coloración amarillenta de la piel y, en los casos más graves, vómito de un líquido negro (sangre coagulada; lo que le dio su temido nombre de “vómito negro”). Se estima que las grandes epidemias en áreas de América Latina —sin incluir el Caribe— tuvieron tasas de mortalidad de alrededor de 20% de la población. Quizá lo peor para muchas de las víctimas fue que, en esa época, nadie tenía ninguna idea clara de qué era lo que producía la enfermedad o cómo podía ser controlada. Los médicos recurrían a la promoción de la higiene y el saneamiento ambiental —que sí podía tener un efecto beneficioso—, al igual que a remedios, purgantes y sangrías que generalmente eran irrelevantes en el curso de la enfermedad, sobre todo si era producida por una infección.

En Brasil, las epidemias de fiebre amarilla se presentaron antes que el cólera. En 1849-1850 llegó la fiebre amarilla a Rio de Janeiro y solamente en 1855 —como se ha mencionado antes— se manifestó el cólera con furia, causando miles de muertes en Belén, Salvador, Rio de Janeiro y otras ciudades del Imperio. Las pésimas condiciones en que se conservaba y consumía agua para uso doméstico creaban el ambiente ideal para que se criaran los mosquitos que transmitían la enfermedad. La epidemia de fiebre de 1849-1850 afectó a casi un tercio de los residentes de Rio de Janeiro, dando la impresión de que los inmigrantes extranjeros eran más susceptibles que los nativos, especial-

²² Claudia Mónica García, *Las “fiebres del Magdalena”: medicina y sociedad en la construcción de una noción médica colombiana, 1859-1886*.

mente brasileños de origen africano, quienes experimentaban síntomas menos intensos y se presumía —equivocadamente— que podían transmitir la enfermedad al resto de la población. Esta sospecha fue resultado del prejuicio, ya que muchos esclavos venían de zonas de África infectadas por la fiebre amarilla y tenían síntomas más leves en las Américas, pues habían adquirido la inmunidad cuando eran niños. Médicos brasileños y de Europa continental se unieron al clamor del intento de Gran Bretaña de presionar al gobierno de Brasil para que la trata de esclavos llegase a un final legal (lo que ocurrió en 1850), temiendo que se estuvieran importando individuos de una “raza” portadora del germen de la fiebre amarilla. Ésta fue una tarea difícil, ya que la agricultura en plantaciones trabajadas por esclavos era la base económica del Imperio brasileño (la esclavitud recién se abolió efectivamente en 1888). Asimismo, las autoridades comenzaron a pensar que la única manera de fortalecer a la población nativa era a través de una masiva inmigración europea que también constituiría una fuerza laboral ideal, pues remplazaría a los esclavos en caso de que ocurriera la emancipación. José Pereira Rego, quien no estaba en desacuerdo con estas ideas, fue el autor de un folleto publicado en 1850 y distribuido por el gobierno imperial de Brasil: *Consejos para las familias sobre el comportamiento que deben seguir durante una epidemia*. Esta publicación ayudó a que su autor construyera una reputación como un profesional enterado y dedicado, que asistió a los necesitados durante las epidemias, y en 1863 asumió la dirección de la principal agencia sanitaria del país, puesto que conservó por casi veinte años.

En Argentina, cuando el modo de contagio era aún desconocido, la fiebre amarilla atacó la ciudad de Buenos Aires los años 1852, 1858, 1870 y 1871. La última epidemia fue trágica, produciendo pánico, el abandono de la ciudad, la paralización de los negocios, la proliferación de medicinas “mágicas”, así como la masiva mortandad entre los pobres durante la primera mitad del año; así, en total murieron más de 10 000 personas, alrededor del 8% de la población de la ciudad. El Hospital Italiano, creado en 1854, llegó a constituirse como un nosocomio casi totalmente dedicado a los enfermos. También reforzó estigmas, como la noción de que los orígenes de la enfermedad estaban en la sangrienta guerra contra Paraguay, en la que estaban enfrascados Argentina, Brasil y Uruguay (1865-1870), o que los vectores eran inmigrantes extranjeros provenientes de Brasil y Paraguay que habían peleado en esta guerra. También se especulaba acerca de que la enfermedad había eliminado a una buena parte de la ya escasa población afroargentina. La epidemia pasó a la historia gracias a un dramático lienzo pintado por el artista uruguayo Juan

Manuel Blanes; éste retrató a una madre muerta sobre el piso de su modesta casa, un bebé de pocos meses buscando en vano mamar del pecho de su progenitora, y a unos doctores que irrumpen en la escena, al mismo tiempo que se dan cuenta de que llegan demasiado tarde. Empero, no todo fue tragedia en este evento epidémico. La epidemia argentina de 1871 influyó en una serie de decisiones sanitarias y políticas, que se tomaron en todo el continente para modernizar la sanidad marítima.²³ De igual manera, desde las epidemias de mediados del siglo XIX se comenzó a implementar con mayor rigor un anhelo de las postrimerías del periodo colonial: los entierros en el exterior de las iglesias y en las afueras de las ciudades.

Dos terribles epidemias golpearon la ciudad de Lima, una a principios de la década de 1850 y otra en 1868, que también afectó a otras ciudades de la costa peruana. La enfermedad llegó primero al puerto del Callao, y, según rumores de la época, el origen estaba en inmigrantes de Brasil que arribaron por mar, mientras que otros culpaban a los trabajadores chinos contratados (el Perú promovió la inmigración asiática en condiciones de semiesclavitud después de abolir la esclavitud de los afrodescendientes en 1854). Además del estigma, común en otros países afectados, el brote epidémico de 1868 atacó aproximadamente a 10 000 limeños —casi el 10% de la población urbana— y ocasionó la muerte de 4 000 personas. Ello provocó una enérgica respuesta de Manuel Pardo, entonces presidente de la Beneficencia de Lima, una organización público-privada de caridad. Más adelante, Pardo fue elegido alcalde de la ciudad y desplegó una activa labor para paliar los daños de la epidemia: visitó a los enfermos, inspeccionó las ambulancias, modernizó las postas médicas, creó lugares de aislamiento y estableció sistemas para la inmediata sepultura de las personas fallecidas. La muerte de su hijo durante la epidemia y sus enérgicas intervenciones sanitarias (incluyendo algunas controversiales, como ordenar disparar pólvora con un cañón para purificar la atmósfera) acrecentaron su prestigio. Su popularidad se fortaleció hasta el punto de convertirse en el primer presidente civil electo de la República peruana, que hasta entonces había sido gobernada por militares. Entre sus planes, relacionados con la mejora de las respuestas a las epidemias, estuvieron acelerar un proyecto pendiente para extender la red de canales de agua y desagüe subterráneos con cañerías de plomo en Lima y la construcción del Hospital Nacional Dos de Mayo en las afueras de la ciudad, inspirado en el modelo de hospitales franceses (se inauguró en 1875).

²³ Laura Sacchetti y Mario Rovere, *La salud pública en las relaciones internacionales: Cañones, mercancías y mosquitos*.

Una característica que impregnó los esfuerzos por profesionalizar la medicina en el contexto de las enfermedades endémicas y epidémicas fue que los médicos buscaron glorificar a un personaje como símbolo del servicio desinteresado a la comunidad. Ello estuvo asociado a un proceso de creación de patologías, geografías médicas y héroes médicos nacionales que legitimaran estas actividades profesionales en términos locales y globales. No sólo se trataba de mostrar que ellos poseían un conocimiento especializado sobre la salud y la enfermedad, sino también de convencer al público de que los practicantes médicos con formación universitaria eran moralmente superiores. Nada era mejor para esto que asociarse con valores derivados del progreso y la modernidad —anhelos sanitarios y del país— y con las élites a las que los médicos querían pertenecer. Como consecuencia, a lo largo de los siglos XIX y XX una serie de personalidades, de enfermedades y de instituciones se pusieron de moda en un imaginario heroico y de identidades nacionales en construcción.

Ello se hizo evidente en el Perú, donde los estudiantes de medicina, junto con algunos profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos, crearon una tradición alrededor de la memoria del “mártir” Daniel A. Carrión: un estudiante de origen humilde que a fines de 1885 se inoculó con la sangre de un paciente enfermo de la verruga peruana —un tipo especial de verruga considerada por años exclusiva de los Andes— para describir los síntomas clínicos que precedían a la erupción, los cuales casi no habían sido estudiados hasta ese momento. Desgraciadamente, Carrión murió antes de que le brotaran las verrugas, a consecuencia de fiebres extremadamente altas, sin llegar a tener la atención médica adecuada, que él mismo rechazó para poder describir sus síntomas. Sus defensores pasaron inmediatamente a argumentar que la verruga y las fiebres de las que había muerto Carrión eran una única enfermedad, que tenía primero una fase febril y luego podía tener una culminación fatal, o una posterior fase de erupción, es decir, cuando aparecían las verrugas. La autoexperiencia fatal de Carrión llegó a ser considerada por los galenos peruanos como el descubrimiento de una nueva realidad clínica, aunque no se sabía nada de su etiología o modo de transmisión. Ello ocurrió a pesar de que inicialmente algunos médicos cuestionaron el método de autoinoculación, porque las condiciones en las que llevó a cabo su “experimento” estaban algo alejadas de las convenciones de la época (en Europa era común la experimentación con seres humanos, pero se seguían métodos de supervisión y registro algo más rigurosos).

Poco después de su muerte, el 5 de octubre de 1885, se empezó a venerar su memoria en un “Día nacional de la medicina” (que aún hoy se celebra). También comenzaron a develar bustos de Carrión en hospitales y plazas, y, algunos años después, una importante asociación médica tomó su nombre. A fines del siglo XIX, Ernesto Odriozola, una de las autoridades clínicas del Perú, publicó el primer libro peruano en francés: *La Maladie de Carrion*, donde destacaba la figura del héroe nacional de la medicina y explicaba la coincidencia de los factores clínicos y geográficos de su padecimiento (creía que la enfermedad estaba confinada a los Andes, en altitudes entre los 800 y 2500 metros sobre el nivel del mar), además de sistematizar la autoinoculación y proponer que la enfermedad llevara el nombre del joven médico héroe. El asunto no quedó allí, y tanto peruanos como extranjeros siguieron discutiendo el origen de la enfermedad, hasta que en la década de 1930 se llegó a un acuerdo definitivo sobre la etiología, el vector y el nombre de la misma, que continuó llamándose “la enfermedad de Carrión”.

Como veremos en el capítulo IV, algo parecido ocurrió en Brasil a principios del siglo XX con el mal de Chagas, y con otras personalidades y enfermedades que acrecentaron el panteón médico latinoamericano. Parte de este proceso fue también la elaboración de las primeras geografías médicas regionales y nacionales, que incluyeron mapas en colores y gráficos de la distribución de la mortalidad y morbilidad, sugiriendo que las fronteras de la civilización se podían encontrar combinando los datos étnicos, epidemiológicos, geográficos y sociales. Trabajos ejemplares de este tipo incluyen el texto sobre la malaria en Argentina de Eliseo Cantón, titulado *El paludismo y su geografía médica en la República Argentina* (1891), y el *Ensayo de geografía médica y climatología de la República Mexicana* (1899) de Domingo de Orvañanos. El género se extendió hasta el siglo XX y tuvo como sus exponentes centrales el libro *Geografía médica y patológica de Colombia: contribución al estudio de las enfermedades intertropicales* de Luis Cuervo (1915), así como el texto oficial de Sebastián Lorente y Raúl Flores Córdova: *Estudios sobre geografía médica y patología del Perú* (1925). Es interesante destacar que, en el sur de Colombia, Luis Patiño Camargo (1871-1978), profesor de medicina clínica de enfermedades tropicales en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, en 1939 identificó la enfermedad de Carrión o verruga peruana en su país (ya en ese entonces conocida como la bartonelosis, por la bacteria que la producía, que había sido descubierta por el microbiólogo peruano Alberto Barton a comienzos del siglo XX). Aparentemente, la enfermedad pasó desapercibida en Colombia durante muchos años hasta que Patiño Camargo llamó la aten-

ción sobre su importancia; casi al mismo tiempo, el médico Juan Montalván registró un brote de la enfermedad en un destacamento militar de Loja, en el Ecuador.

Según Diana Obregón, el caso de la lepra en Colombia fue relevante para crear vínculos entre los procesos de construcción del Estado, el nacionalismo y el reconocimiento científico internacional.²⁴ Los profesionales estaban familiarizados con los progresos médicos realizados desde el descubrimiento por Gerhard Hansen del bacilo *Mycobacterium leprae* en 1873. A fines del siglo xx, los galenos colombianos sobredimensionaron la presencia y amenaza de la lepra en su país, por lo que exageraron con frecuencia el número de víctimas y promovieron la segregación obligatoria en áreas cerradas y custodiadas (como se hacía en otras partes del mundo). Su objetivo era minimizar la percepción de que la enfermedad era un asunto de caridad cristiana y construir la imagen de la lepra como un obstáculo para la civilización con la finalidad de formar parte de los líderes del progreso de su país. Finalmente, el gobierno aprobó medidas compulsorias de segregación a pesar de que los dolientes y sus familiares se resistían a ellas. Sus objetivos fueron empoderar a la autoridad médica y reforzar el papel de los médicos en el Estado colombiano, así como su prestigio internacional en una época en la que las instituciones tradicionales de asistencia no podían hacerse cargo de los leprosos. Recién en 1961 terminó el aislamiento obligatorio en los leprosorios colombianos y en épocas cercanas ocurrió lo mismo en buena parte de los países de la región.

SURGIMIENTO DE LOS LABORATORIOS

Durante el salto al siglo xx, en las ambiciosas élites médicas de América Latina fueron característicos dos procesos entrelazados: por un lado, la búsqueda de enfermedades patrióticas y de iconografía médica con el fin de legitimarse social y políticamente, y, por el otro, el deseo de obtener la aprobación de las élites médicas de los países industrializados, orbitando alrededor de famosos centros de investigación clínica y de laboratorios de Europa. Ningún proceso se excluía mutuamente. Ello fue evidente con el surgimiento de la bacteriología médica, especialmente como era practicada durante las últimas décadas del siglo xix en los laboratorios del francés Louis Pasteur y del alemán Robert Koch. Varios latinoamericanos abrazaron la disciplina con entusiasmo y con

²⁴ Diana Obregón, *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia*.

la certeza, ya probada en Europa, de poder demostrar un dominio en las nuevas metodologías y hacer descubrimientos originales. Los investigadores europeos estaban entonces deslumbrando al mundo científico con descubrimientos sobre los microorganismos responsables de enfermedades como el ántrax, la tuberculosis y el cólera, al igual que por la creación de vacunas y antitoxinas que pudieran curar enfermedades tan temidas y mortales como la rabia y la difteria. Los médicos latinoamericanos estuvieron entre los “cazadores de microbios” de esta heroica época de la medicina, compitiendo en algunos casos por alcanzar la gloria del descubrimiento del “germen” responsable de enfermedades infecciosas. Sus esfuerzos fueron favorecidos por autoridades políticas ilustradas como Pedro II, emperador de Brasil, un naturalista amateur que se escribía con científicos y otros intelectuales extranjeros como Louis Agassiz y Louis Pasteur. Al mismo tiempo, la bacteriología se convirtió en una de las disciplinas centrales de la educación médica y rápidamente se adaptaron nuevos procedimientos clínicos como la asepsia y la transfusión de sangre.

Como en Francia y Alemania (a diferencia de los Estados Unidos y Gran Bretaña), en América Latina la bacteriología se asoció bastante rápido con organizaciones estatales y fue parte del orden de prioridades nacionales de modernización. Las experiencias bacteriológicas, especialmente en el área de patologías tropicales, ayudaron a formar comunidades médicas latinoamericanas versadas en el nuevo vocabulario científico y mantuvieron contacto regular con la ciencia europea; especialmente la que se hacía en París. Ello, combinado con la inversión en este tipo de investigación médica hecha por los gobiernos locales y la recepción en comunidades médicas de los investigadores europeos que se animasen a venir. Hicieron de varios países latinoamericanos destinos codiciados para investigadores franceses, españoles, estadounidenses, alemanes y británicos. A ellos les ofrecían infraestructura, una mínima capacidad técnica, aliados locales e influencia política, además de abundante material clínico y patológico para estudiar y tratar de controlar las enfermedades infecciosas. Algunos de estos investigadores extranjeros dirigieron expediciones que duraron un tiempo relativamente breve, pero otros se quedaron trabajando en América Latina por algunos años. La experiencia “tropical” foránea servía para acrecentar su prestigio, más aún si sus resultados de investigación eran útiles. Los franceses, y en menor medida los británicos, adoptaron medidas para institucionalizar una bacteriología transcolonial; así, los galos crearon la famosa red de los Institutos Pasteur de ultramar, que trataron de emular el modelo parisino. De esta manera, durante las décadas de 1880 y 1890 se establecieron una serie de laboratorios bacteriológicos, técnicamente análogos y

culturalmente receptivos, a través de los cuales circularon personajes de diversas nacionalidades, tejiendo lazos, debates o enemistades entre ellos.

Entre los que lograron mayor notoriedad están João Batista de Lacerda, un antropólogo y fisiólogo de Rio de Janeiro, quien en 1883 declaró que un “hongo polimórfico” secretaba la toxina causante de la fiebre amarilla. Los bacteriólogos Domingos José Freire, en Rio de Janeiro, y Manuel Carmona y Valle, en la Ciudad de México, descubrieron, cada uno de manera independiente, microorganismos a los que atribuyeron el origen patógeno de la fiebre amarilla. Muy probablemente detrás de estos esfuerzos estuvo el deseo oculto de conquistar la prioridad de un descubrimiento científico importante y pasar a ser parte del selecto grupo de las celebridades médicas mundiales. A principios de la década de 1880, cada uno produjo una vacuna alegando que habían utilizado métodos pasteurianos; éstas llegaron a ser aceptadas por las autoridades de sus países y, en el caso de Freire, por algunos expertos franceses. Sus vacunaciones aparentemente mostraron resultados positivos —o al menos así los registraron sus autores—, por lo que llamaron la atención del público, así como de las élites políticas y médicas de Europa y los Estados Unidos. Freire produjo una vacuna que fue administrada a miles de personas, recibiendo inicialmente algunas reseñas favorables. La vacuna de Carmona y Valle fue ávidamente buscada por las personas afectadas por la fiebre amarilla, y fue distribuida comercialmente por toda la cuenca del Caribe hasta Colombia. Su reputación internacional provocó que el presidente de los Estados Unidos nombrara una comisión especial dirigida por George Sternberg, para que visitara sus laboratorios y probara las afirmaciones de estos científicos. Sin embargo, el prestigio de ambos decayó a fines de la década de 1880, cuando una bacteriología más estricta demostró que no había base científica en sus afirmaciones. Benchimol ha demostrado, en un estudio sobre Freire, que a pesar de su fracaso científico llegó a ser muy popular en Rio de Janeiro y contribuyó a construir una reputación internacional y una infraestructura médica local que sostendría las investigaciones más ambiciosas que estaban por llegar.²⁵

Muchos laboratorios de bacteriología surgieron y se mantuvieron por un buen tiempo, no sólo debido al apoyo del gobierno y la legitimidad médica, sino también por la autoridad de algún pionero o su carisma, que formaba un grupo de discípulos; como Freire en Rio de Janeiro. Uno de los primeros centros de investigación bacteriológica, cuyo nombre compartía con la revista que

²⁵ Jaime L. Benchimol, *Domingos José Freire e os primórdios da bacteriologia no Brasil*.

publicaba y trascendió el patrón de la hegemonía de un individuo carismático al promover un trabajo más colectivo, fue el Laboratorio Histo-bacteriológico e Instituto Anti-rábico de la *Crónica Médico-Quirúrgica de La Habana*. Fundado entre 1885 y 1887 por un equipo de investigadores médicos de la capital cubana, fue financiado con recursos económicos provenientes del comercio del azúcar de la propiedad de la familia del oftalmólogo Juan Santos Fernández. El laboratorio cultivó vínculos con el círculo íntimo de Louis Pasteur, envió a sus miembros a los laboratorios del Instituto Pasteur en París y a fines de la década de 1880 se había convertido en un destacado centro mundial de investigación de la fiebre amarilla. Es importante anotar que, aun cuando cundía el interés en las enfermedades que afectaban a los seres humanos, formalmente se tenía como prioridad estudiar las enfermedades que afectaban al ganado y los cultivos agrícolas. Combinando un impecable pedigrí pasteuriano e instalaciones de última generación con un acceso privilegiado a material patológico relevante (debido a la naturaleza endémica de la fiebre amarilla en La Habana), el laboratorio fue escenario de intensas y productivas discusiones sobre las afirmaciones de los cazadores de microbios, quienes competían sosteniendo que habían encontrado el germen que daba origen a la fiebre amarilla.

Entre 1887 y 1889, Sternberg y el microbiólogo francés Paul Gibier pasaron una temporada en los laboratorios de La Habana junto con Carlos Finlay y Diego Tamayo, del Instituto. Utilizando métodos bacteriológicos avanzados, estos investigadores pusieron a prueba los gérmenes de Freire y de Carmona y Valle, así como otras ideas propuestas por Finlay, Sternberg y Gibier. El resultado no produjo ninguna certeza definitiva, porque se descartaron todas las afirmaciones que estaban en competencia y aparecieron nuevas pistas para futuras investigaciones. Este trabajo realizado en Cuba permitió que en los círculos médicos internacionales se reconociese el liderazgo de los especialistas de la fiebre amarilla en La Habana. Sus experiencias, sus instalaciones, sus conocimientos clínicos y las condiciones epidemiológicas en las que trabajaban les ayudaron a consolidar este liderazgo a comienzos del siglo xx. De esta manera, muchos expertos pensaban que La Habana sería el lugar donde se encontraría la solución al rompecabezas de la fiebre amarilla; es decir, en donde se establecería su origen y su modo de transmisión. Inspirado en su experiencia cubana en un centro de investigación pasteuriano, Gibier, quien había investigado en el instituto de La Habana por casi un año, fundaría en 1890 el Instituto Pasteur de Nueva York, uno de los primeros laboratorios de investigación médica privados de Estados Unidos. Mientras tanto, Sternberg se con-

vertiría en cirujano general del Ejército de los Estados Unidos, responsable de la creación de los Laboratorios Médicos del Ejército en 1893 y del envío de dos equipos de bacteriólogos a La Habana —ocupada por los Estados Unidos en 1899-1900 durante la secuela de la Guerra hispano-americana— para buscar la causa de la fiebre amarilla.

La precocidad de Cuba se generalizó en el resto de América Latina, donde médicos y científicos de las principales ciudades estuvieron prestos a reconocer a la bacteriología como una disciplina capaz de ayudar a controlar epidemias, producir sueros y vacunas y profesionalizar los sistemas sanitarios. Uno de los desencadenantes locales para la creación, difusión y continuidad de las instituciones bacteriológicas fue, además de la fiebre amarilla, la llegada de la peste bubónica a las ciudades de las Américas. El origen de esa pandemia empezó en Hong Kong, en 1894, y la enfermedad llegó a esta región con las pulgas de las ratas que se escondían en los productos transportados por los navíos comerciales. La picadura de los insectos transmitía un patógeno denominado *Yersinia pestis*, y, después de una epizootia entre los roedores (es decir, una mortandad de ratas infectadas), las pulgas sobrevivientes buscaban el calor de otros mamíferos, como los seres humanos. La enfermedad era desconocida en las Américas y muy temida por su rápida diseminación, así como por sus síntomas dramáticos: entre ellos la boca seca, los ojos hinchados, abundante fiebre y la aparición e inflamación de los nódulos linfáticos, que adquirirían el tamaño de huevos de paloma y aparecían en el cuello, la ingle y las axilas. De una manera similar al pánico provocado por el cólera en el siglo XIX, el terror con respecto a la peste bubónica se alimentó no sólo por ser una enfermedad nueva, sino también por su difusión rápida; así, llegó a ser estigmatizada por el hecho de ser “asiática” y evocar la memoria de sus estragos en Europa durante la Edad Media.

La peste, que se propagó con el comercio internacional y la navegación a vapor, atacó con especial ensañamiento al barrio chino de San Francisco en 1900 y 1907. Casi al mismo tiempo pasó por Nueva Orleans (Estados Unidos), Asunción (Paraguay), Rosario (Argentina) y Santos (Brasil) en 1899. También se ensañó con Montevideo (Uruguay) en 1901, Iquique (Chile) en 1903, Lima (Perú) en 1904 y La Habana (Cuba) en 1912, entre otras ciudades. Con excepción de Ecuador y Perú, no tuvo un impacto significativo sobre la mortalidad general en dichos países, pero sirvió —a pesar de sus trágicos estragos— para acelerar en la mayoría de las ciudades la implementación de las propuestas de los higienistas. Sus esfuerzos dieron frutos después de 1930, cuando la peste pudo ser controlada en las Américas, en parte gracias a deci-

siones gubernamentales más efectivas, como el control sanitario de los desechos y la construcción de edificios con bases de concreto, que impedían a los roedores construir sus guaridas, aunque no se eliminó por completo la infección, pues la peste se extendió y encontró un reservorio en las ardillas, marmotas y ratas silvestres.

Los años de la peste bubónica en América Latina hicieron más visibles las deficiencias sanitarias de sus ciudades. Los centros urbanos y los puertos en la costa, con sus basurales, viviendas mal construidas y depósitos de mercancías no supervisados adecuadamente, eran ideales para albergar ratas. Los roedores podían procrearse fácilmente en medio de sistemas precarios de alcantarillado, tugurios construidos con materiales donde podían encontrar abrigo y donde sus ocupantes vivían hacinados en pavorosas condiciones de insalubridad. Ello sumado a la persistencia de prácticas antihigiénicas, como defecar en áreas públicas y acumular la basura en las calles, confiando en el apetito de los perros, los burros y otros animales callejeros para limpiar la suciedad, hacía de la ciudad promedio un paraíso para las ratas. Algo empezó a cambiar durante la década de 1920 con el uso del concreto y el asfalto en construcciones y calles, así como las mejoras en la disposición de la basura. En 1930, una efectiva campaña que provino de la Oficina Sanitaria Panamericana envió expertos estadounidenses a varios países de la región donde crearon agencias nacionales contra la peste; estos profesionales capacitaron a personal especializado y organizaron la producción de trampas con veneno (a base de arsénico y harina), que mataron a las ratas (una medida con efectos perjudiciales reiterados fue la oferta realizada por muchas autoridades municipales de pagar algunos centavos por las ratas capturadas, ya que llevó a muchos pobres a criar clandestinamente los roedores para después venderlos). Durante la década de 1940 reapareció esporádicamente la peste, pero ya entonces se empezó a utilizar el más efectivo insecticida DDT (dicloro difenil tricloroetano) como el método de control preferido.

La bacteriología experimentó un desarrollo considerable no solamente por su habilidad para revolucionar la educación y la investigación médica, sino también por la promesa de que liberaría a los países de las principales enfermedades contagiosas, creando expertos y métodos para su diagnóstico y control. Jóvenes latinoamericanos, generalmente entrenados en el Instituto Pasteur de París y familiarizados con las redes internacionales de investigadores, establecieron laboratorios para la producción de sueros y vacunas (especialmente contra la peste bubónica y la viruela) en muchas de las principales ciudades del continente. En México existía desde 1905 un Instituto

Bacteriológico Nacional para producir sueros y vacunas con la finalidad de combatir y prevenir enfermedades.²⁶ Varias ciudades empezaron a exigir certificados de vacunación de la viruela para el trabajo y la escuela; además, se aprobaron leyes que obligaban a todos los funcionarios del Estado a denunciar casos de enfermedades transmisibles. Asimismo, las principales ciudades crearon laboratorios municipales, donde se preparaban las vacunas y contrataron a bacteriólogos extranjeros. Todo ello generalizó la producción de la vacuna para la viruela en terneras, lo que resolvió el problema enfrentado durante el siglo XIX, que consistía en mantener el fluido fresco transmitiéndolo de brazo en brazo (como lo hicieron en la expedición española ya reseñada). El nuevo método de producción permitía una menor contaminación del fluido con otras enfermedades transportadas en la sangre, como la sífilis y la malaria. Sin embargo, como ha demostrado Karina Ramacciotti, para el servicio sanitario argentino de la primera mitad del siglo XIX la creación de una norma legal no garantizaba su aplicación efectiva, aunque su reiteración fue útil para sostener el crecimiento del personal y los presupuestos sanitarios.²⁷

Los defensores de la bacteriología hicieron su propia lectura de la historia de la medicina. Para ellos, antes de Pasteur y Koch, habían predominado ideas equivocadas y oscuras sobre el origen de las enfermedades infecciosas. Es decir, muchos de los nuevos partidarios de estos científicos querían establecer una frontera entre ellos y las generaciones anteriores. No obstante, estudios recientes sugieren que esta frontera fue muy difusa y porosa. Un estudio reciente de Malaquias sobre la *Gazeta Médica da Bahia* (publicada desde mediados del siglo XIX hasta comienzos de la década de 1930) sugiere que existió una recepción favorable desde el primer momento en que la bacteriología europea asomó en América, a pesar de que no existiese un consenso uniforme entre los médicos.²⁸ Asimismo, las dudas y las mezclas de la bacteriología con ideas aparentemente contradictorias fueron comunes. Existían profesionales que defendían ideas ambivalentes acerca del nuevo paradigma científico venido de Europa y algunos que hasta llegaron a criticarlo. La crítica más generalizada —que tuvo correlatos europeos— fue que la bacteriología simplificaba la etiología de las enfermedades transmisibles, adjudicaba un carácter contagioso a muchas enfermedades que, se suponía,

²⁶ Consuelo Cuevas Cardona, “Ciencia de punta en el Instituto Bacteriológico Nacional (1905-1921)”.

²⁷ Karina Ramacciotti, *La política sanitaria del peronismo*.

²⁸ Anderson Gonçalves Malaquias, “O micróbio protagonista: notas sobre a divulgação da bacteriologia na *Gazeta Médica da Bahia*, século XIX”.

eran hereditarias, minimizaba la importancia de los factores ligados al medio ambiente y favorecía que los galenos exagerasen en la prescripción de sueros, vacunas y nuevos remedios cuya eficacia no había sido plenamente probada.

No obstante estas dudas, los defensores de la bacteriología convencieron a la mayoría de sus practicantes y establecieron una hegemonía entre la élite médica de las capitales de los países de la región. Ello también ocurrió gracias al apoyo gubernamental a la creación de laboratorios y cátedras en bacteriología en las principales facultades de medicina, así como por la contratación de expertos extranjeros. Todo esto fue parte de un proceso más general de institucionalización de la salud pública, que hizo suyos los estudios y las herramientas de la bacteriología. Desde 1879 existía una Junta Nacional de Sanidad en la Argentina, que poco después pasó a formar parte de un Departamento Nacional de Higiene, el cual tuvo una partida regular en el presupuesto nacional. En Colombia hubo una Junta Central de Higiene desde 1886, que con el paso del tiempo editó una *Revista*. Sociedades y publicaciones médicas e higiénicas vinculadas a la bacteriología surgieron también en ciudades como Medellín, Cali y Bucaramanga. En la ciudad de São Paulo, el clínico y científico Adolfo Lutz, que fue nombrado director del Instituto Bacteriológico en 1893 (puesto en que se mantuvo hasta 1908), organizó la producción de vacunas y sueros contra la viruela y la peste. Él también desarrolló un ambicioso, versátil y original programa de investigaciones sobre entomología médica, helmintología, parasitología y estudios de veterinaria. Continuó con este trabajo después de 1908 cuando se reubicó en el Instituto Oswaldo Cruz.

En 1904 el médico argentino Carlos Malbrán (1862-1940), quien se había graduado con una celebrada tesis sobre el cólera en 1887 y había pasado una temporada en los centros de investigación bacteriológica de Alemania, llegó a ser profesor de bacteriología en la Facultad de Medicina de Buenos Aires y presidente del Departamento Nacional de Higiene en 1909. Es interesante anotar que éste fue otro caso de un médico político. Entre 1910 y 1919, Malbrán fue electo senador y como tal pudo promover leyes en favor de la salud pública. Entre sus principales decisiones estuvo la creación, en 1916, de un Instituto Bacteriológico, formado sobre la base de la sección de bacteriología del Departamento Nacional de Higiene, que estuvo bajo la dirección del microbiólogo austriaco Rodolfo Kraus, formado en la Universidad de Praga y de renombre internacional. El Instituto se dedicó a la investigación microbiológica y a la producción de sueros y vacunas (en 1941 tomó el nombre de Malbrán). El modelo inicial para este y otros laboratorios tendía a provenir de

instituciones europeas, y su consolidación fue un dedicado proceso más que un determinado acontecimiento.

Kraus había sentado las bases de la investigación bacteriológica en Argentina y el uso de los métodos europeos para preparar sueros y vacunas.²⁹ Él fue uno de los “científicos contratados” europeos, que fueron empleados en varios países latinoamericanos a principios del siglo xx, y que ayudaron con la creación y consolidación de los laboratorios bacteriológicos, recibiendo a cambio un buen sueldo y los recursos necesarios para su trabajo. Las autoridades políticas no sólo esperaban que el trabajo de los científicos extranjeros tuviera impacto en el saneamiento urbano, sino que fuese un medio de prestigio y legitimación de la élite profesional local. En 1923 Kraus trabajaría en el Instituto Butantan en São Paulo y posteriormente en Santiago de Chile antes de retirarse a su país de origen.

Otro caso de un centro bacteriológico en las Américas que reclutó a un distinguido investigador de Europa ocurrió en el Uruguay, donde el italiano Giuseppe Sanarelli, quien también se formó en el Instituto Pasteur, viajó a Montevideo en 1895 para encargarse del Instituto de Higiene Experimental. Sanarelli dirigió investigaciones sobre una variedad de temas, incluida la fiebre amarilla, creyendo —erróneamente— que había aislado su causa en el *Bacillus icteroides* (los estudios de Walter Reed en La Habana tuvieron como uno de sus objetivos verificar los descubrimientos de Sanarelli). Independientemente de su error, cuando llegó Sanarelli a Uruguay el Consejo Nacional de Higiene adquirió mayor solidez, lo cual serviría como base para la creación del Ministerio de Salud del país en 1934.

Otra enfermedad epidémica de principios del siglo xx, que generó un intento —infructuoso— de tener una respuesta efectiva de los bacteriólogos, fue la “gripe española”. Los primeros casos de la gripe en las Américas fueron probablemente registrados en Brasil en septiembre de 1918, con el regreso de un grupo de soldados brasileños destacado en Dakar, Senegal, enviados a pelear en la primera Guerra Mundial. Otro origen posible parecen ser los pasajeros asintomáticos pero infectados que arribaban a los principales puertos del noreste brasileño. La pandemia difundida rápidamente a escala global fue un episodio traumático en Brasil, cuando contó entre sus miles de víctimas al respetado político Rodrigues Alves.

Las élites latinoamericanas, especialmente los médicos, tuvieron que enfrentar y contrarrestar, entre fines del siglo xix y comienzos del siglo xx, el reno-

²⁹ Juliana Manzoni Cavalcanti, “Rudolf Kraus em busca do ‘ouro da ciência’: a diversidade tropical e a elaboração de novas terapêuticas, 1913-1923”.

vado prejuicio generalizado en el mundo en el sentido de que los climas húmedos y cálidos eran el ambiente donde se creaban o intensificaban las enfermedades infecciosas. Ello afectaba a las ciudades y los puertos ubicados en ambientes tropicales y semitropicales de las Américas, considerados intrínsecamente insalubres. El recrudescimiento de este estigma se debió en parte a la bacteriología, pero sobre todo a nuevas escuelas e instituciones especializadas en medicina tropical instaladas en los países europeos; una medicina pensada muchas veces para las colonias generalmente ubicadas entre los trópicos de Cáncer y Capricornio. Las escuelas de medicina tropical más conocidas fueron la de Liverpool y la de Londres (creadas en 1898 y 1899, respectivamente). El término “medicina tropical” adquirió mayor fortaleza para denominar a una especialidad médica auspiciada por los gobiernos imperiales europeos y —en menor medida— el estadounidense. El hecho de ser imperios y de que se pudiesen solucionar algunos enigmas científicos típicos de los trópicos fueron razones médicas y políticas que explican por qué las autoridades coloniales de Inglaterra, Francia y Bélgica apoyaban la medicina tropical. Se esperaba que estas investigaciones asegurasen y elevasen la productividad de las colonias transatlánticas, al igual que protegiesen tanto el comercio marítimo como a los colonizadores, junto con la fuerza de trabajo local, y que ello se asociase a una imagen altruista de los europeos.

La medicina tropical fue algo diferente en Alemania, un país que sólo tuvo unas pocas colonias en África a principios del siglo xx. Los científicos alemanes del Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo crearon en 1920, con un título en español, la *Revista Médica de Hamburgo*, una publicación dedicada a la difusión de la ciencia médica y de los productos farmacéuticos alemanes entre los doctores latinoamericanos y españoles. Los especialistas en medicina tropical alemanes cultivaron un sentido de horizontalidad en sus contactos con las élites científicas médicas de Latinoamérica, algo consonante con el objetivo de extender la influencia de la medicina de su país, que empezaba a despuntar por sus investigaciones, tratamientos y producción de medicamentos (hasta la segunda Guerra Mundial fue el principal competidor de los Estados Unidos en medicina). Los objetivos del sutil imperialismo médico alemán entraron en competencia con fines imperialistas, o de influencia global, de médicos franceses y estadounidenses. Una indicación del relativo éxito de los alemanes, de su capacidad de cooptar al talento de la región y de la circulación del conocimiento fue la carrera del patólogo brasileño Henrique da Rocha Lima (1879-1956). Entrenado en Alemania, Rocha Lima estuvo entre los creadores y el primer grupo de investigadores del Instituto Cruz en Rio de

Janeiro.³⁰ Más tarde emigró a Hamburgo, donde trabajó entre 1909 y 1927 en el Instituto de Enfermedades Marítimas y Tropicales; se volvió una figura muy destacada en la medicina tropical alemana. Esto ocurrió cuando Bayer y otras compañías farmacéuticas germanas tenían una fuerte presencia en Latinoamérica, publicando anuncios en revistas de medicina y química de la región e incluso en periódicos de Brasil. Rocha Lima mantuvo estrechos vínculos con su país de origen (él también fue codescubridor de la *Rickettsia prowazekii*, la causa etiológica de la fiebre tifoidea, y apoyó la germanización —en lugar del afrancesamiento o la norteamericanización— como el ideal que debía alcanzarse en la investigación médica latinoamericana). A pesar de su controversial aceptación de un premio del gobierno de Adolf Hitler en los años treinta, adquirió notoriedad en São Paulo cuando regresó a su país de origen y participó en la fundación de la Escuela Paulista de Medicina.

Los científicos latinoamericanos colaboraron cercanamente con investigaciones de la medicina tropical y llegaron a establecer cátedras de la especialidad en sus escuelas de medicina, aun cuando muchos de ellos se resistieran a ser identificados como meros médicos tropicales, algo que, consideraban, tenía una connotación colonial o imperialista. Entre las colaboraciones estuvieron, por ejemplo, diferentes trabajos conjuntos para elucidar la etiología de la fiebre amarilla y publicaciones en revistas como el *Bulletin de la Société de pathologie exotique*, que empezó a aparecer en París desde 1907 gracias al auspicio del Instituto Pasteur. La bacteriología y la medicina tropical revolucionaron la investigación, pero también revivieron antiguos prejuicios, que se articularon por primera vez en el siglo XVIII, acerca del insalubre estado de los climas húmedos y cálidos (un estereotipo recurrente que frecuentemente implicaba que no se podía producir ciencia de calidad en países en desarrollo). Los galenos latinoamericanos tuvieron que enfrentarse a renovados estereotipos europeos, los cuales suponían que las ciudades con atmósferas tropicales eran intrínsecamente insalubres en las Américas, y que los brotes epidémicos se debían, esencialmente, al clima y no a la falta de saneamiento y las malas condiciones de vida. Para demostrar que se podían controlar las enfermedades y los vectores, así como hacer saludables las ciudades ubicadas entre los trópicos, los latinoamericanos organizaron sistemas de limpieza y de control de las infecciones. Así, se estandarizaron la sanidad marítima, la recolección de la basura, la ventilación de las viviendas, la creación de espacios públicos abiertos y la educación higiénica. De igual manera, se ejerció el con-

³⁰ André Felipe Cândido da Silva, “Um brasileiro no Reich de Guilherme II: Henrique da Rocha Lima, as relações Brasil-Alemanha e o Instituto Oswaldo Cruz, 1901-1909”.

trol de los mendigos por motivos médicos y los servicios municipales de inspección de alimentos fueron medicalizados.

POPULARIZACIÓN DE LA MEDICINA

Los antropólogos han tendido a fetichizar los fenómenos y sistemas médicos populares como formas de “otredad”. Les han adjudicado muchas veces una especie de identidad premoderna. Al mismo tiempo, les han reconocido un potencial radical para desestabilizar la ortodoxia médica y las formas culturales “normales”, es decir, dominantes. Los movimientos de curación vinculados con culturas africanas, como el candomblé de Brasil y la santería de Cuba, son ejemplos de la persistencia de creencias y prácticas de curaciones alternativas que se ajustan a estas características desestabilizantes. Así lo demuestran las manifestaciones de Rio de Janeiro en 1904 contra las vacunas para la viruela que el gobierno quiso implementar; la oposición a la sanidad oficial y las curaciones populares podían fácilmente convertirse en el pararrayos para la sublevación, sobre todo si el origen étnico y la clase subordinada coincidían con creencias médicas populares o con líderes sanadores religiosos. Ello era particularmente cierto en una época en que el Estado moderno practicaba la intervención médica en el contexto del desplazamiento de personas en nombre de la modernización. Sólo tres años antes de los disturbios en Rio de Janeiro, el carismático rebelde Antonio Conselheiro —cuyo liderazgo místico estuvo asociado a poderes milagrosos de curación— había humillado al ejército del Estado brasileño a pesar de la derrota de los rebeldes. En México, Teresita la sanadora religiosa, la Santa de Cáborá, había sido guía espiritual de muchas personas en Tomochí, en el estado de Chihuahua, en su resistencia a la modernización de Porfirio Díaz. La curación popular de tipo carismático-místico fue siempre un canal potencialmente volátil para la insatisfacción popular, pero también un instrumento de oposición a los cambios radicales impuestos por la modernidad liberal. En tal sentido, las autoridades eran muchas veces ambivalentes en relación con su desaprobación de las prácticas de sanar alternativas, y se cuidaban de crear la impresión de una sistemática represión de las prácticas y creencias médicas populares.

Las corrientes más dinámicas en la medicina popular, durante la segunda mitad del siglo XIX, no se dieron solamente gracias a las prácticas populares de curación “tradicionales” de los nativos americanos o de origen africano. Fenómenos como el espiritismo mexicano, el espiritismo brasileño y la

santería cubana fueron, de diversas maneras, también estimulados por algunas creencias alternativas de Occidente, que cuestionaban el materialismo radical de las formas dominantes del pensamiento científico. Estas ideas trataron de acoger otras maneras de pensar en un esfuerzo por canalizar y hacer confluir la ciencia con las fuerzas del espíritu y de la fe. Muchos se inspiraron directa o indirectamente por Hippolyte Rivail (1804-1869), un ingeniero francés que adquirió fama como sanador espiritista bajo el nombre de Allan Kardec. Sus trabajos y los de sus seguidores combinaban una creencia en la ciencia y el progreso con el misticismo y la seguridad en la influencia decisiva del magnetismo y los fenómenos paranormales, así como un esfuerzo por controlar racionalmente las fuerzas curativas espirituales y las sobrenaturales. Ellos tuvieron una especial influencia en Latinoamérica a partir de la década de 1850, con una notable presencia en Brasil, Cuba, Puerto Rico y otros países. En México, por ejemplo, uno de los principales libros de Kardec, *El evangelio según el espiritismo: explicación de las máximas morales de Jesucristo, su concordancia con el espiritismo y su aplicación a las diversas posiciones de la vida*, fue publicado en 1872. Esta tradición se extendería hasta el siglo xx, llegándose a realizar en 1953 el Tercer Congreso Espiritista Panamericano en La Habana, y posteriormente inspiraría a una serie de médiums que intervenirían sobre las ideas espirituales y de salud de la población.

El espiritismo tuvo una clara influencia en el surgimiento de la santería en Cuba, a pesar de que la naturaleza precisa de esta interacción con la cultura de curación yoruba haya demostrado ser difícil de reconstruir históricamente. La santería incorporó prácticas de curación africanas tradicionales como un movimiento semiclandestino que fue tomando forma durante los conflictivos años de las guerras cubanas por la independencia (1868-1878, 1879 y 1895-1898). En esos años la santería se desarrolló a veces en los cabildos que organizaban la vida afrocubana a fines del siglo xix, actuando en alguna asociación con miembros de la Iglesia católica y con sociedades de ayuda mutua, clubes sociales y centros de vida espiritual. Sus partidarios a veces tenían que recurrir a la clandestinidad, debido a la persecución de las autoridades políticas y religiosas, temerosas de cualquier organización cívica, especialmente si era de los trabajadores “de color”, y de cualquier heterodoxia como las que se encontraban en este caso de catolicismo popular.

La santería se consolidaría después de la independencia cubana, que fue alcanzada finalmente en 1902. La nueva élite política criolla, temerosa de que los cubanos afrodescendientes utilizaran sus nuevos derechos ciudadanos para organizarse políticamente según sus ascendencias etnoraciales, aprobó

una serie de leyes y promovió campañas educativas para hacer que las prácticas culturales y sanitarias afrocubanas fueran ilegales. Una vez más, la santería fue obligada a pasar a la clandestinidad. Entonces, desde su cristalización a fines del siglo XIX, la santería fue forzada a actuar como un vehículo de las prácticas curativas disidentes, en estrecha relación con expresiones de la cultura y la política afrocubana. Los orígenes del candomblé comparten ciertas similitudes, incluyendo la influencia del espiritismo en Brasil después de 1850, y una combinación de las tradiciones curativas yoruba y del catolicismo popular que los antiguos esclavos transformaron en un sistema de creencias que incluían la salud. Este sistema exploraba las posibilidades de sus seguidores de volver a África, en la época de la independencia de Brasil a fines del siglo XIX. Contrariamente a las versiones más ortodoxas de la ciencia médica occidental, que buscaban secularizar la naturaleza y la sociedad, el candomblé sacralizaba las plantas, las hierbas medicinales, la danza y la música. Sin embargo, lejos de ser prácticas tradicionales desconectadas de las corrientes modernistas, tanto el candomblé como la santería se forjaron como cosmologías alternativas, híbridas, donde se reflejaban indirectamente el racionalismo científico popular, el republicanismo urbano y el fin de la esclavitud que abría la posibilidad a todos de ser ciudadanos y actores en la construcción de la nación.³¹

Lo mismo se podría decir del espiritualismo mexicano, otra práctica religiosa popular con un componente curativo que tuvo su origen en la turbulenta década de 1860, cuando el país estuvo sacudido por la guerra civil y la ocupación de las fuerzas imperiales francesas. A diferencia de la santería y el candomblé, el espiritualismo mexicano fue un movimiento sectario más cercano al anticatolicismo, que fundó templos y estuvo organizado con una jerarquía no fija. La tradición popular identifica al fundador como el padre Elías, un sacerdote católico renegado, nacido de madre otomí y padre mestizo, que desarrolló los postulados originales del espiritualismo en la década de 1860, en el contexto de la reforma más marcada y radical del Estado liberal latinoamericano, cuya campaña agresiva en contra de la Iglesia católica acogió el desarrollo de religiones “modernistas” (*verbi gratia*, el protestantismo). Como fenómeno urbano, el espiritualismo floreció en la década de 1920 después de la Revolución mexicana, un periodo de desplazamientos dramáticos y de novedosa experimentación modernista. Entre sus características más nota-

³¹ Véase la biografía escrita por João José Reis, *Domingos Sodré, um sacerdote africano: escravidão e candomblé na Bahia do século XIX*.

bles encontramos que los templos estaban encabezados por mujeres, y las curanderas eran las que presidían las prácticas curativas.

Los curanderos “tradicionales”, que restablecían la salud a través de la herbolaria, las purgas y los remedios secretos, no escaseaban en la mayoría de la región. Hasta bien entrado el siglo xx, los nacimientos en su mayoría eran atendidos por parteras, muchas veces llamadas despectivamente “empíricas”, que podían invocar rituales antiguos y utilizar métodos científicos modernos. Ellas eran por lo general mujeres de mediana edad, casadas o viudas y que tenían dos virtudes esenciales: eran respetadas en su comunidad y, por haber sido madres, tenían un conocimiento sensorial de lo que estaban tratando. Al mismo tiempo, las parteras mitigaban los malestares y los dolores de la gravedad, el parto y el puerperio con hierbas y masajes, daban consejos anticonceptivos, podían realizar intervenciones abortivas, eventualmente realizaban peritajes legales para confirmar si una mujer era o no virgen, y, progresivamente, fueron adquiriendo conocimiento y entrenamiento formal en sus interacciones con la medicina occidental. En el caso de las parteras, este conocimiento podía provenir de libros de texto sobre obstetricia o clases ocasionales impartidas por médicos o parteras tituladas, muchas de ellas extranjeras. Este último fue el caso de Benita Paulina Fessel, la esposa de un médico inmigrante francés, quien a fines de la década de 1820 trabajó en el primer hospital de maternidad de Lima, que ella misma ayudó a crear, y publicó algunos libros como un *Curso elemental de partostática* en 1827. Era frecuente que las parteras participaran, junto a los médicos, en los partos difíciles. Ya sea en centros regionales distantes o en los barrios populares de las ciudades capitales, las menos discretas entre ellas fueron desafiadas por médicos de su jurisdicción, quienes argüían que eran no calificadas, sucias, ignorantes e indiferentes a la asepsia, causantes de la mortalidad materna e infantil y que practicaban ilegalmente la medicina. Sin embargo, a pesar de los prejuicios y las acusaciones, encontraron espacio para trabajar. Además, la mayoría de practicantes médicos titulados toleraron e, incluso, confiaron en parteras y curanderos que ellos consideraban competentes, mientras que los farmacéuticos establecían acuerdos informales con curanderos populares y respetaban sus recetas médicas. A principios del siglo xx, muchos Estados se asociaron con hospitales y con los profesionales médicos para promover la capacitación y certificación de mujeres jóvenes en obstetricia; ello con la finalidad de proveer de personal al sistema, pequeño pero en expansión, de clínicas públicas de maternidad en las grandes ciudades o, en algunos casos, para llevar el trabajo de las parteras a pueblos rurales donde no había médicos. La profesionalización de la farma-

cia también fue funcional a la institucionalización de la medicina, así como lo fue la colaboración con curanderos especializados en huesos rotos. Según Vega y Ortega existía una cooperación entre los profesionales y los farmacéuticos, que se produjo en el hilo conductor que empezara con la fundación de la Academia Farmacéutica de México en 1838, su reorganización en 1871 como la Sociedad Farmacéutica Mexicana y el establecimiento del Instituto Médico Nacional en 1888. Estas organizaciones recibieron apoyo del Estado y contribuyeron a que se formara un catálogo de medicamentos usados en el territorio nacional.³²

Durante el siglo XIX, las experiencias de curación religiosa híbrida no se limitaron a la medicina popular indígena o de raigambre africana. Los médicos y herbolarios chinos aparecieron en muchos países latinoamericanos hacia mediados de ese siglo trayendo consigo las ideas y tratamientos de la medicina asiática. Ellos llegaron a establecer boticas para atender al público e hicieron propaganda de sus curaciones en los periódicos, trascendiendo su propia comunidad étnica por su eficacia, por los bajos costos que implicaban sus tratamientos y por su número, que era significativo en las ciudades. Muchos habían llegado junto con la inmigración de trabajadores asiáticos contratados en condiciones de semiesclavitud, en un esfuerzo por superar la escasez de trabajadores producida por la abolición de la esclavitud de origen africano en algunos países (por ejemplo, al Perú arribaron cerca de cien mil trabajadores chinos contratados, despectivamente llamados “culíes”, después de la abolición de la esclavitud en 1854). Los médicos chinos, que como muchos de sus coterráneos llegaron primero a las haciendas para después trasladarse a las ciudades, se convirtieron en rivales y competidores de los médicos profesionales, quienes, furiosos, los acusaban de no tener un título universitario válido. Sin embargo, por mucho tiempo los nuevos practicantes fueron populares hasta entre miembros de las élites, y solamente en 1930 la medicina china fue declarada ilegal en el Perú.

Gracias a los médicos chinos y otros practicantes de la medicina popular y doméstica, ejercida principalmente por las amas de casa, podía sentirse la presencia de esta medicina híbrida hasta fines del siglo XX. Una de las razones de su popularidad era que los ungüentos elaborados con sustancias naturales y las plantas medicinales eran menos invasivos (la excepción sería la acupuntura de la medicina china) que los métodos clínicos occidentales, los cuales recurrían a intervenciones agresivas, como altas dosis de medicamentos que

³² Rodrigo Vega y Ortega, “Los estudios farmacéuticos en el Segundo Imperio a través de la *Gaceta Médica de México*”.

producían efectos colaterales (malestares físicos, inyecciones, sangrías, incursiones en el interior del cuerpo y amputaciones de miembros). Asimismo, los médicos populares asociaban con mayor naturalidad el bienestar físico con la tranquilidad espiritual y religiosa. En varios países, sacerdotes y curanderos legos crearon un culto alrededor de su trabajo, que era percibido como una mezcla de la medicina occidental y la tradicional; de esta forma se crearon lugares de peregrinación donde se amontonaban réplicas de brazos, piernas, manos, pies, cabezas y tórax en madera, plástico, cera, así como cartas depositadas por los que estaban convencidos de que la recuperación de dolores y accidentes fatales sería posible gracias a la intervención de santos populares.

En Brasil, este tipo de curación religiosa puede rastrearse hasta mediados del siglo XIX y demuestra cómo la curación puede ser una fuente de resistencia popular a los cambios políticos y económicos impuestos desde arriba. Un caso importante fue el del monje o “santo” João María de Santo Agostinho (?-1912), el exsoldado Miguel Lucena de Boaventura, que se estableció en el pueblo sueño de Taquaruçu, Santa Catarina. Su temprana reputación derivó de poderes curativos que incluían la resurrección de una joven mujer, la recuperación de la esposa de un poderoso coronel de una enfermedad declarada incurable por los médicos y sus famosas recetas escritas en cuadernos. Su conocimiento práctico fue una habilidad inusual en esta zona rural, y lo ayudó a establecer una “farmacia del pueblo” para las hierbas, semillas y raíces que administraba, junto con una oración especial en sus consultas diarias. Es interesante señalar que él utilizó el mismo nombre, João María, que dos anteriores curanderos religiosos de la región. El primero nació en el Piamonte, Italia, en fecha desconocida; fue un predicador asceta, itinerante, que organizó procesiones, construyó capillas, bautizó niños, bendijo ganado y atendió a los enfermos preparando sus famosas infusiones en varios estados e, incluso, en otro país, Uruguay, aunque trabajó principalmente en Santa Catarina, donde murió en 1870. El segundo, un médico lego reconocido como monje, también llamado João María (?-1908), probablemente de origen francés o sirio, trabajó en el estado de Santa Catarina y decía ser una reencarnación del primer João María. Vivía de la limosna, se enfrentó a la oposición del catolicismo formal, creía que la enfermedad podía ser un medio de penitencia para los dolientes y una oportunidad de santidad para quienes los atendían. Se le adjudica la siguiente máxima: “Aquel que no sabe leer el libro de la naturaleza es un ignorante ante los ojos de Dios”. Esta afirmación sugiere un respeto por la naturaleza y el medio ambiente combinados con una espiritualidad que fue crucial para captar la atención de los campesinos. Él también vinculó sus curaciones con la política,

expresando el resentimiento de muchos campesinos y explicando que las epidemias, hambrunas y guerras eran castigos divinos por la proclamación de la República brasileña en 1889 (que sustituyó al Imperio), lo que denominó como algo “diabólico”. El tercer João María, mencionado al principio, que aducía ser la reencarnación del primero, también fue el líder religioso de las guerrillas que lucharon en la “Guerra do Contestado” (1912-1916); ésta fue una rebelión infructuosa que enfrentó a pequeños agricultores y colonos (*caboclos*) expulsados de sus tierras contra grandes terratenientes y compañías privadas en los estados sureños de Paraná y Santa Catarina. Su temprana muerte en la guerra inspiró una esperanza mesiánica entre sus seguidores, que esperaban que su líder volviera con un ejército invencible. Ello también tuvo eco en la resistencia popular rural derivada de un sentimiento de creciente marginalización como consecuencia de los cambios políticos, ambientales y de propiedad impuestos por el gobierno federal y por poderosos intereses privados. El episodio fue otra oportunidad para que las fuerzas urbanas —entre las cuales estaba la medicina occidental practicada por las élites profesionales— se modernizaran y se ubicaran como una fuerza de progreso en un conflicto entre civilización y barbarie.

En México, José de Jesús Fidencio Constantino Sintora, conocido como Niño Fidencio (1898-1938), fue el centro de curaciones milagrosas y estuvo indirectamente vinculado con la política.³³ Su apodo de “Niño” hacía referencia a su voz aguda, su túnica blanca o su personalidad infantil, o quizá a todo lo anterior. Aunque la Iglesia católica no lo haya reconocido como santo, se sabe que fue discípulo informal de un sacerdote-agricultor alemán, quien sabía algo de medicina y le enseñó cómo trabajar con plantas medicinales y tratar las dolencias más comunes. Su labor de sanación comenzó allá por 1921 en el pueblo de Espinazo, Nuevo León, al noreste de México. Logró afinar su capacidad de persuasión y demostrar sus poderes en público (por ejemplo, dejaba que los periodistas fotografiaran su trabajo). Se hizo famoso por extraer tumores sin anestesia y sin dolor, desarrolló sus propias infusiones y pomadas especiales y bañaba a sus seguidores en pozas de barro. Hacia fines de la década de 1920, las autoridades médicas y católicas trataron de limitar sus funciones, alegando que, como no estaba ordenado de sacerdote, era ilegal que administrara los sacramentos de la Iglesia. Sin embargo, las autoridades locales y nacionales decidieron tolerar su práctica. Miles de visitantes de todo México y del sur de los Estados Unidos fueron en peregrinación a ver a Fidencio. Entre

³³ Dore Gardner, *Niño Fidencio: A Heart Thrown Open*.

ellos se encontraba el presidente mexicano Plutarco Elías Calles, a quien el Niño se encargó de mostrarlo vistiendo una túnica blanca, igual que otros dolientes, como una manera en la que indirectamente se le rebajaba su investidura. Es interesante mencionar que ese mismo presidente fue el líder de la guerra contra los cristeros —un conflicto armado que ocurrió en la segunda mitad de la década de 1920— que enfrentó a los católicos resilientes con las leyes dictadas por Elías Calles, las cuales restringían la participación de la Iglesia. Fidencio organizó a sus devotos y discípulos de ambos sexos (las mujeres eran llamadas esclavas) como asistentes en su trabajo de curación. Después de su muerte a una temprana edad (cuarenta años), se consolidó su fama y surgió un culto que perdura hasta hoy, con miles de personas rezándole al Niño Fidencio para que cure sus males.

RECONFIGURACIÓN DE LA MEDICINA TROPICAL

La medicina basada en la religión antes descrita coexistió en las Américas con una especialidad médica novedosa y reluciente diseñada en Europa, la medicina tropical que, como se ha explicado antes, empezaba a tomar una nueva forma. En Inglaterra, su lugar de origen, y en otros imperios europeos continentales, la medicina tropical fue considerada una estrategia para proteger a los colonizadores y realizar investigaciones científicas en enfermedades infecciosas consideradas extrañas a los países industrializados. En esta región sería un medio para entrelazar los devenires de la ciencia médica, la salud pública y la reforma política. El control de la fiebre amarilla en La Habana a principios del siglo xx fue uno de los episodios más importantes en la historia moderna de la medicina tropical por una serie de razones. Produjo una unión entre la ciencia y la higiene con dramáticos efectos, librando a una ciudad importante de una enfermedad que había sido mortal y endémica durante más de un siglo; al hacerlo, legitimó la transición del paradigma miasmático al modelo bacteriológico que debían seguir los médicos, además de confirmar la importancia de los insectos como transmisores de ciertas enfermedades. El control de los mosquitos estuvo acompañado de la creación de infraestructura sanitaria, así como de un modelo militar para imponer la autoridad sanitaria y de una cultura de la higiene. Inclusive se planteó la posibilidad de erradicar la enfermedad, un ideal que iría a revivir en diferentes momentos del siglo xx. El triunfo de La Habana ocurrió cuando Estados Unidos, el nuevo poder imperial, estaba ocupando la isla y recurría a la nueva medicina tropical como

una herramienta de su imperio informal que, sobre todo, estaba basado en su influencia económica más que en la administración directa de territorios coloniales. El triunfo sobre la fiebre amarilla fue apropiado como un logro de la ciencia de los Estados Unidos, algo que no fue aceptado por los cubanos. Casi de inmediato se produjo una reacción nacionalista de los isleños y de otros latinoamericanos, quienes afirmaban que las ideas detrás del descubrimiento habían sido principalmente las de Carlos Finlay (1833-1915), un médico cubano.

Educado en el Jefferson Medical College de Filadelfia, Finlay practicó la medicina general y la oftalmología en La Habana desde la década de 1860, con estancias cortas en París y en los Estados Unidos. Fue miembro de la Comisión mixta hispano-estadunidense en 1879 para el estudio de la fiebre amarilla. Allí trabajó al lado del joven médico del ejército estadounidense, George Sternberg. El interés de los Estados Unidos en la enfermedad se hizo urgente tras la devastadora epidemia en Nueva Orleans del año anterior. Durante los dos años siguientes, Finlay estudió la epidemiología de la enfermedad, especialmente sus fronteras y características climatológicas, su concentración en las ciudades y su habilidad para saltar distancias desde un epicentro endémico a otro; así determinó que una especie de mosquito en particular, el *Culex* (también conocido como *Stegomyia fasciata*, luego como *Aedes aegypti*), era el responsable de la transmisión de la enfermedad. Ésta no fue una idea popular debido al consenso médico del siglo XIX, que sostenía que la fiebre era producida por miasmas —aguas fétidas como las del puerto de La Habana, donde se vertían las aguas negras de la ciudad—. La principal contribución de Finlay fue identificar la especie específica asociada con la fiebre: un mosquito que habitaba cerca de las viviendas de las personas y que se reproducía especialmente en recipientes artificiales de agua (a diferencia de los mosquitos que causan la malaria, que prefieren los lagos y riachuelos). El médico cubano presentó su hipótesis en la Conferencia Sanitaria Internacional de 1881 en Washington, D. C., y un año después en la Academia de Ciencias Médicas de La Habana. En el mismo año publicó: “El mosquito considerado hipotéticamente como agente transmisor de la fiebre amarilla” en la revista de la Academia de la Lengua Española de La Habana, y cinco años después publicó una versión modificada en inglés, en el *American Journal of the Medical Sciences*.

Las ideas de Finlay fueron recibidas con escepticismo por una comunidad médica internacional que cuestionó la falta de rigor en sus experimentos realizados con voluntarios, afectados sólo por una forma leve de la enfermedad, y que, sin decirlo explícitamente, dudaba que un descubrimiento original pu-

diera provenir de un médico del Caribe. En Cuba, en la década de 1880, entre los enemigos de Finlay se encontraban los directores del Instituto Histo-Bacteriológico, quienes trataban de reivindicar sus descubrimientos en el campo de la fiebre amarilla y estaban convencidos de que su causa era una bacteria. Nancy Stepan ha argumentado que la enfermedad sólo se convirtió en una prioridad científica y política para los Estados Unidos cuando amenazó al ejército estadounidense, cuyos soldados morían más de fiebre amarilla que de las balas enemigas durante la Guerra hispano-estadunidense (1898-1902).³⁴ Esto es verdad hasta cierto punto. Antes de la guerra sí existió interés científico y sanitario en los Estados Unidos respecto al desarrollo de la fiebre amarilla en el Caribe. A fines de la década de 1880, el presidente estadounidense encargó a Sternberg organizar una segunda expedición a La Habana, cuando parecía que se habían encontrado la causa bacteriana y la vacuna contra la fiebre amarilla; es decir, cuando las vacunas de Freire y Carmona, quienes afirmaban haber aislado el germen, estaban ganando aceptación internacional. En ese momento, el mismo Finlay había saltado a la palestra bacteriológica, alegando haber encontrado un organismo microscópico en la sangre de los pacientes de fiebre amarilla que también estaba presente en los mosquitos. Durante los azarosos ocho meses que pasó en La Habana entre 1888 y 1889, Sternberg utilizó métodos bacteriológicos especializados y un riguroso razonamiento científico, llegando a demostrar que ninguno de los descubrimientos en competencia era válido (y, para su decepción, tampoco pudo probar que su propio germen era la causa de la dolencia).

Cuando los Estados Unidos ocuparon Cuba en 1898, Sternberg había ascendido al puesto de cirujano general del ejército, y otro médico de su país, Leonard Wood, llegó a ser gobernador militar de toda la isla durante la ocupación estadounidense (1900-1902). Para estudiar un brote epidémico en Santiago, Wood estableció un Consejo de Fiebre Amarilla que incluyó a distinguidos médicos locales expertos en la enfermedad, como Finlay y Diego Tamayo, quienes estaban colaborando con las fuerzas de ocupación de los Estados Unidos (suponiendo que Cuba pronto ganaría su independencia). Entonces Sternberg, por su lado, decidió enviar una comisión de investigadores médicos militares bajo la dirección del mayor Walter Reed (1851-1902), un joven bacteriólogo de la Escuela Médica Militar. En la misma época, el gobierno de ocupación estadounidense, a cargo de Wood, había llevado a cabo un año de trabajo de desinfección de gran envergadura; éste, además de cos-

³⁴ Nancy Stepan, "The Interplay between Socio-Economic Factors and Medical Science: Yellow Fever Research, Cuba and the United States".

toso, fue ineficaz porque estaba basado en las hipótesis miasmáticas acerca del origen de la fiebre amarilla. Así, las calles y los patios de La Habana se limpiaron, y se utilizó maquinaria industrial para bombear millones de galones de un desinfectante en el desagüe del puerto de La Habana. Todas estas medidas fueron en vano: las epidemias de fiebre amarilla de 1899 y 1900 estuvieron entre las peores registradas en la isla.³⁵

Según la versión estadounidense de lo ocurrido, Reed tuvo un papel decisivo en la resolución del enigma etiológico de la fiebre amarilla. Las implicaciones de su trabajo fueron seguidas por el mayor William Gorgas, oficial en jefe de Salud Pública de La Habana. Ambos, y sobre todo Reed, demostraron que los argumentos sobre los mosquitos se sostenían empíricamente gracias a experimentos acerca de la transmisión de la enfermedad. Además, Reed publicó sus resultados en inglés (un idioma que estaba remplazando rápidamente al francés como el nuevo latín de la medicina), y los presentó en reuniones académicas en los Estados Unidos, en un contexto favorable para la investigación bacteriológica y la nueva medicina tropical. Reed identificó al mosquito *Aedes aegypti* como el transmisor de la fiebre amarilla, demostrando que la ropa, los vómitos y las deyecciones de las víctimas de esta fiebre no contagiaban la enfermedad; él había conducido experimentos con voluntarios para demostrarlo, por lo que también se evidenció que la teoría dominante hasta ese momento, que sostenía la propagación por “fómites”, material contaminado o fluidos corporales de pacientes con fiebre amarilla, estaba errada.

El ingenioso experimento implicó la separación de los voluntarios en dos grupos. Un grupo pasaría la noche en una habitación sin mosquitos, pero con sábanas, trajes y excretas de víctimas de la fiebre amarilla, mientras que el otro grupo de personas sanas dormiría en una habitación solamente con mosquitos que ya habían picado a pacientes de fiebre amarilla. La mayoría de los voluntarios del primer grupo se conservaron sanos (aunque asqueados), mientras que en el segundo grupo ocurrió un significativo número de casos de fiebre amarilla. En el transcurso de estos experimentos, uno de los asistentes de Reed, Jesse Lazear, murió después de que lo picara un mosquito infectado. Con ello, el equipo de Reed fue proyectado como heroico e irrefutable. El episodio fue inmortalizado en una serie de retratos clásicos de la conquista de la fiebre amarilla, donde Lazear aparece como el protagonista sugiriendo su condición de mártir de la ciencia.

³⁵ Mariola Espinosa, *Epidemic Invasions: Yellow Fever and the Limits of Cuban Independence, 1878-1930*.

Siguiendo estos postulados —y para sorpresa de todos, incluido él mismo—, Gorgas libró a La Habana de la enfermedad en un verano; ello fue posible porque se concentró en la destrucción de la larva del *Aedes* en los recipientes de agua para uso doméstico, donde los mosquitos ponían sus huevos. Es importante destacar que, por las dudas, el mismo Gorgas utilizó paralelamente un sistema de fumigación y lavado de calles. El trabajo contra las larvas bajó los costos y simplificó la obra sanitaria. Su éxito produjo como efecto el que empezara a ser replicado en otras regiones y ciudades de las Américas. Respaldados por el prestigio y la experiencia de La Habana, el general Gorgas y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos completaron la construcción del Canal de Panamá en 1914; esto gracias a que llegaron a controlar la fiebre amarilla y la malaria en una vasta zona que amenazaba la salud de la mayoría de los trabajadores antillanos, que hicieron posible el proyecto.³⁶ Se confirmó, de esta manera, el poder del imperialismo de los Estados Unidos, porque el canal nunca se habría construido sin el respaldo estadounidense para que Panamá se separase de Colombia en 1903. El impacto económico del canal fue inmediato, pero también lo fue el ejemplo del trabajo sanitario allí realizado que, junto con un modelo militar para imponer la autoridad sanitaria y la experiencia cubana, inspiraron a la salud internacional.

La versión alternativa de cómo sucedieron los acontecimientos es que los especialistas de los Estados Unidos ignoraron el trabajo de Finlay por años, hasta que, al no tener más opciones, éste convenció al equipo de Reed para que pusiera a prueba su teoría del mosquito. Recientemente, algunos investigadores han llamado la atención sobre una carta en la que se indica que otro experto estadounidense en fiebre amarilla, Henry Carter, convenció al equipo de Reed para que le diera una segunda mirada a la hipótesis del mosquito de Finlay. Como consecuencia de sus observaciones durante una epidemia en Florida, Carter sugirió que tenía que transcurrir un tiempo específico medido en días entre el primer caso de fiebre y el segundo. Carter estaba haciendo una analogía con otras enfermedades transmitidas por mosquitos, en las que otros investigadores, como el británico Ross, mostraron que el parásito de la malaria debía completar su ciclo de vida en el mosquito antes de ser transmitido a una nueva víctima. Es decir, según Carter —que a la postre tuvo razón— era posible y necesario que el microorganismo de la fiebre amarilla tuviese que permanecer en el mosquito antes de volver a ser infeccioso en otro ser humano a través de la picadura del vector. De cualquier modo, gran parte

³⁶ Alexandra M. Stern, “The Public Health Service in the Panama Canal: A Forgotten Chapter of U.S. Public Health”.

de la comunidad intelectual de América Latina defendió inmediatamente a Finlay, incluyendo sus antiguos rivales de La Habana, quienes afirmaban que Reed había tratado de minimizar la contribución de aquél en el descubrimiento. Aunque en siete ocasiones, entre 1905 y 1915, el cubano fue nominado para el Premio Nobel, su candidatura no tuvo éxito.

Lo que queda en claro es que, para septiembre de 1901, La Habana se había librado de la fiebre amarilla luego de sufrir epidemias de la enfermedad durante cada verano desde mediados del siglo XIX. De esta manera, La Habana dejó de ser considerada un foco de infección para el Caribe y la costa sur de los Estados Unidos. Finlay fue nombrado director de una Comisión de Higiene y miembro del Consejo Nacional de Salud después de que los Estados Unidos retirasen, temporalmente, sus fuerzas de ocupación de la isla. El primer gobierno cubano independiente nombró a Finlay en el cargo de salud cubano más importante, donde trabajó hasta 1909 al lado de Juan Guiteras en campañas contra la tuberculosis, el tétano, la malaria y la viruela.

Juan —o a veces John— Guiteras (1852-1925) se convirtió en una pieza clave para los Estados Unidos en la región. Había estudiado medicina en la Universidad de Pensilvania, trabajó en un hospital de Filadelfia, enseñó en las universidades de Charleston y Pensilvania, y luego fue reclutado por el Servicio de Hospitales de la Marina (que precedió al Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos). Como muchos profesionales cubanos, hablaba español e inglés con fluidez y conocía con detalle los síntomas clínicos de la fiebre. Gracias a estos atributos y a sus talentos, publicó un trabajo en el *Therapeutic Gazette*, en *Medical News of Philadelphia* y en la revista oficial de la Academia de las Ciencias de La Habana. Hacia el año 1900 volvió a su patria, donde enseñó patología y un nuevo curso llamado “Patología Intertropical” en la Universidad de La Habana. Al año siguiente fue nombrado director del Hospital de Las Ánimas, donde los militares estadounidenses habían realizado sus estudios sobre la fiebre amarilla. Ocupó el cargo por veinte años hasta que el gobierno lo nombró, brevemente, ministro de Higiene y Salud.

Los programas de control del mosquito inspirados en el ejemplo cubano se llevaron a cabo posteriormente en México, Panamá, Rio de Janeiro, São Paulo y Nueva Orleans, entre otras ciudades de la región. Los médicos locales —al menos las élites de la profesión— se convencieron de que la fiebre era transmitida de una persona enferma a una sana a través del mosquito *Aedes aegypti*, y organizaron exitosas campañas de control. Uno de los primeros fue Emilio Ribas (1862-1925) en el estado productor de café de São Paulo, quien a fines del siglo XIX ya estaba al tanto de las ideas de Finlay, porque habían sido

expuestas en una revista brasileña. Es decir, Ribas llegó a implementar este programa antes del trabajo de la comisión médica militar estadounidense en La Habana, aunque nunca tuvo la difusión del de Reed. Ribas había sido director del servicio de salud del estado desde 1898, defendiendo las atribuciones de su oficina en contra de las intromisiones del poder federal. Su labor para identificar y controlar una serie de enfermedades infecciosas estuvo asociada a la creación de un instituto especializado en la producción de vacunas y sueros, y posteriormente del famoso Instituto Butantan, fundado en 1901, donde se desarrollaron, además de sueros contra la peste bubónica, antídotos para los venenos de la mordedura de serpiente. En este centro destacaría otro científico brasileño: Vital Brazil (1865-1950), formado en la Facultad de Medicina de Rio de Janeiro, quien hizo de sus estudios sobre los ofidios —un tema relativamente nuevo en la medicina mundial— una referencia científica internacional, y respondió al popular temor a las serpientes en un país con una extraordinaria población de estos animales. El trabajo de Ribas sobre la fiebre amarilla reprodujo la experiencia de La Habana, pero curiosamente fue realizado en una ciudad donde la enfermedad no era endémica. Reclutó voluntarios —en su mayoría inmigrantes italianos pobres—, quienes se sometieron a la picadura de mosquitos infectados, mientras otros fueron aislados en una habitación cerrada con la ropa y excretas de víctimas de la fiebre amarilla. Un informe escrito por una comisión médica independiente certificó los resultados como una confirmación de los obtenidos en Cuba.

Los éxitos regionales en la lucha contra la fiebre amarilla llevaron a los expertos a pensar que se podía erradicar la enfermedad. Este optimismo fue el origen de la “teoría de los centros clave”, que suponía que la enfermedad atacaba sólo a los seres humanos, produciendo inmunidad en quienes sobrevivían, y que la infección era transmitida únicamente por el mosquito *Aedes aegypti*. De acuerdo con este planteamiento, la enfermedad era endémica exclusivamente en los puertos y en las grandes ciudades costeras (los “centros clave”), que siempre habían tenido un importante número de residentes no inmunes debido a la afluencia de inmigrantes y visitantes, así como a un crecimiento demográfico natural. Según esta teoría, los pequeños asentamientos no podían mantener un nivel de endemismo y siempre eran infectados desde afuera. Las implicancias prácticas de ello eran que la fiebre desaparecería si se llevaban a cabo rigurosas campañas contra los mosquitos en los centros clave.

Los primeros métodos para combatir los mosquitos incluyeron la fumigación, la cubierta de los recipientes de agua con mallas metálicas, el aislamiento de los enfermos, la creación de cuarentenas y cordones sanitarios que aisla-

ban a las ciudades infectadas y, a veces, la destrucción y reconstrucción de ciertos lugares. Algunos de estos métodos eran costosos, complejos e inciertos (la fumigación, por ejemplo, consistía en la incineración de sulfuro en una caja que era colocada durante horas en un inmueble sellado con telas). Es decir, sólo los países más poderosos podían aplicar estos métodos. Algo complementario fue la idea de que los logros de La Habana y Panamá habían sido producto de la disciplina y de los significativos recursos financieros y humanos del ejército estadounidense, y de que los mismos serían difíciles de conseguir en las Américas. A pesar de ello, hacia 1910 la teoría se generalizó entre los especialistas, el énfasis en la fumigación se fue dejando de lado y las campañas se concentraron en la destrucción de las larvas en los recipientes de agua domésticos. Se pensaba que si la presencia de las larvas caía a 2% en los recipientes analizados, la fiebre desaparecería.

OSWALDO CRUZ

Gracias a los avances convergentes de la ciencia médica y de la sanidad urbana, la autoridad y la práctica sanitaria oficial se institucionalizaron en la América Latina de comienzos del siglo xx. Este fenómeno ocurrió frecuentemente asociado a campañas específicas contra una enfermedad, las cuales legitimaron el apoyo político y justificaron la inversión económica en nuevas organizaciones formadas para la investigación básica y aplicada. Ello era importante porque las élites latinoamericanas, desde el periodo de la Ilustración colonial, consideraban que la ciencia y la tecnología merecían tener el apoyo del poder si podían tener fines utilitarios. Además de la campaña de Ribas en São Paulo inspirada en Cuba, estuvo la de Oswaldo Cruz (1872-1917) en Rio de Janeiro. Cruz era hijo de un médico y siguió estudios de medicina en Rio de Janeiro. Su investigación de posgrado en el Instituto Pasteur lo había convertido en un experto en microbiología y en el trabajo de laboratorio. Cuando volvió a Brasil en 1899, formó parte de una comisión federal —junto con Adolfo Lutz, Vital Brazil y Emilio Ribas, destacadas figuras de la ciencia nacional— para investigar la epidemia que había asediado al puerto de Santos y que llegó a ser identificada como peste bubónica. Su conclusión contradecía las opiniones entre los comerciantes y los médicos locales que, en el fondo, temían que el reconocimiento de la peste perjudicara el tráfico marítimo. Pocos años después, el episodio convenció al gobierno de la necesidad de crear un instituto para la producción de suero contra la peste, y Cruz fue invitado a participar convir-

tiéndose en director del proyecto (originalmente llamado Instituto Soroterápico Federal). El centro se construyó en la hacienda Manguinhos en las afueras de Rio de Janeiro, y fue inaugurado el año 1900 (sólo en 1920 asumió las funciones del Instituto Municipal que producía la vacuna contra la viruela).³⁷

Es importante notar que en los esfuerzos de Cruz participaron investigadores europeos y los estadounidenses estaban atentos a ellos. Por ejemplo, desde 1901 estuvo en Rio de Janeiro una misión de expertos franceses del Instituto Pasteur que incluía a respetados investigadores como el microbiólogo Paul-Louis Simon, quien a fines del siglo XIX había establecido el rol de las pulgas de las ratas en la transmisión de la peste bubónica a seres humanos. Simon trabajó por algunos años en un hospital brasileño, confirmando el descubrimiento del mosquito transmisor de la fiebre identificado en La Habana y justificando las medidas que debían tomarse contra éste. De igual manera, en 1904 investigadores del Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo trabajaron por unos meses en Rio de Janeiro con el mismo objetivo de reconfirmar los descubrimientos sobre el mosquito de la fiebre amarilla.

El trabajo de Cruz fue el principio de un ambicioso programa de capacitación, investigación y elaboración de productos biológicos. Desde 1903, Cruz fue director general de Salud Pública, una unidad dentro del Ministerio de Justicia, y, con el apoyo del presidente republicano liberal, Francisco de Paula Rodrigues Alves (quien también apoyaba la modernización urbana con el alcalde Pereira Passos), empezó a encargarse de la fiebre amarilla, la viruela y la peste bubónica. Cruz formó un servicio especial de profilaxis de la fiebre amarilla basado en las ideas y métodos aplicados contra el *Aedes aegypti* en La Habana, pero, a diferencia del esfuerzo anterior, atacó no sólo a las larvas, sino también a los mosquitos adultos (para las autoridades y la población brasileña, la fumigación era un símbolo de intervención eficaz en la salud pública). El resultado fue una notable disminución de la morbilidad y mortalidad en los casos de fiebre amarilla, el fortalecimiento de la autoridad sanitaria y la recuperación del prestigio de la capital como un lugar saludable. La otra campaña que forjaría el mito de Cruz fue la batalla de 1904 contra la viruela.

Cruz decidió que la vacunación contra la viruela fuese obligatoria, y ello produjo violentas protestas del público en contra de las milicias de Rio de Janeiro; este episodio duró sólo una semana, pero se grabó en el recuerdo como la Revolta da Vaccina, en 1904. Para algunos estudiosos, ésta fue más que una reacción contra la intervención médica compulsiva, fue también el estallido

³⁷ Jaime L. Benchimol, "Origens e evolução do Instituto Oswaldo Cruz no período 1899-1937".

de protestas sociales reprimidas en contra de la nueva república y de las figuras modernizadoras que la encarnaban, como el presidente Rodrigues Alves, Passos y Cruz.³⁸ Los historiadores de la salud han encontrado un enfrentamiento entre diferentes conceptos de enfermedad (incluyendo el creer que la viruela era la divinidad africana Omolu, una creencia profundamente arraigada en la población afrobrasileña), y un ejemplo clásico de la confrontación entre el nascente derecho estatal a intervenir en los cuerpos de los individuos y en sus viviendas para proteger a los sanos, versus la resistencia de los individuos y las comunidades por mantener su privacidad y sus prácticas domésticas informales sobre el cuidado de los enfermos. El gobierno federal decretó un estado de sitio y suspendió temporalmente la vacunación, pero pocos años después la volvió a hacer obligatoria, después de una campaña educativa que ayudó a crear un público más receptivo. Como resultado, la modernización sanitaria y la vacunación que buscaba Cruz terminaron triunfando en el mediano plazo.

En 1909, debido a una ley que prohibía ejercer simultáneamente más de un cargo público, Oswaldo Cruz decidió renunciar al puesto de director de Salud Pública y sólo se quedó como director del instituto de investigación, donde trabajó hasta poco antes de su muerte. En Manguinhos, Cruz adaptó el sistema del Instituto Pasteur a Brasil, creando un organismo que llevara a cabo investigación, publicara trabajos académicos en su revista *Memorias* (editada desde 1909), entrenara investigadores y desarrollara productos biológicos para la venta (que pudieran ayudar al instituto a conseguir una cierta independencia de los fondos federales). En un breve periodo de tiempo, un grupo de jóvenes y entusiastas discípulos de Cruz tuvieron la capacidad de emular e inclusive aventajar al maestro, volviéndose expertos en una serie de enfermedades como la malaria, filariosis, beriberi, anquilostomiasis, esquistosomiasis y leishmaniasis, combinando la salud pública con la medicina tropical, la bacteriología, la entomología, la parasitología y la histología.

El mayor reconocimiento a Cruz llegó de Berlín, donde en 1907 participó en el Congreso Internacional de Higiene y Demografía con muestras anatómicas, colecciones entomológicas, ejemplos de sueros y vacunas preparadas por su instituto, así como fotografías que lograron que Brasil ganara la Medalla de Oro del simposio. Éste era el honor más importante del Congreso y un logro inusual para un investigador de América Latina. Al regresar a su país fue recibido como un héroe nacional, surgiendo un mito según el cual “Brasil

³⁸ Nicolau Sevcenko, *A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*.

tenía su Pasteur” y era posible hacer ciencia del primer mundo en un país pobre en vías de desarrollo. Un indicador de su popularidad fue que en 1913 fue elegido como miembro de la prestigiosa Academia Brasileña de Letras, rompiendo con la costumbre de que sólo los intelectuales con méritos literarios debían pertenecer a esta institución. En 1908 se le cambió de nombre al instituto que él dirigía, y en su honor se le empezó a llamar Instituto Oswaldo Cruz. Después de la revolución de 1930, encabezada por Getúlio Vargas, el instituto pasó a formar parte del nuevo Ministerio de Educación y Salud, perdiendo autonomía en el proceso. Pero esto es parte de una historia que será examinada más adelante en este libro.

En resumen, hacia 1900 cada país latinoamericano había desarrollado y registrado un rico complejo de personas e instituciones en medicina, investigación médica y salud, cuyos principales puntos de apoyo eran las municipalidades y el Estado. El ámbito de la medicina oficial se volvió más complejo y surgieron ambiciosos centros de investigación científica con conexiones internacionales, higienistas especializados en epidemiología, educación o en políticas de salud, legisladores médicos, diarios y revistas de publicación regular y asociaciones médicas nacionales. Al mismo tiempo, la red de trabajadores profesionales de la salud llegaba a regiones rurales remotas y pueblos fronterizos. También se realizaron los primeros congresos médicos, como el que se llevó a cabo en 1890, en Cuba, con el nombre de “Congreso Médico de la Isla”, sin poder invocar el término “nacional” en su título, ya que la isla se encontraba entonces bajo el dominio español (en 1914 se realizaría el Primer Congreso Médico Nacional en La Habana). La medicina popular y los tratamientos alternativos también fueron cada vez más reconocidos como recursos esenciales de los pacientes y una expresión de la diversidad de culturas nacionales (en la mayoría de países latinoamericanos, médicos populares aparecieron durante la segunda mitad del siglo XIX en la literatura costumbrista). Sus practicantes desarrollaron con éxito estrategias de supervivencia en un contexto en el que sus ideas y prácticas parecían la antítesis de la tendencia ortodoxa, difundida desde las escuelas de medicina y los organismos sanitarios del Estado.

No cabe duda de que a menudo los Estados liberales de la época percibieron las corrientes de curación popular como una amenaza, especialmente cuando coincidían con una etnicidad, clase y religión subordinada, y más aún cuando eran promovidas por líderes carismáticos que reivindicaban un conocimiento especializado no ortodoxo. Sin embargo, las nuevas formas culturales como el curanderismo, el espiritualismo, el espiritismo, la santería y el

candomblé eran culturas de curación cuyo surgimiento, coherencia y desarrollo habrían sido imposibles al margen de las mismas fuerzas homogeneizadoras del nacionalismo; ello unido al crecimiento de las ciudades, el contacto más frecuente con la ciencia y la cultura europeas y la sistematización formal del conocimiento, que impulsó la medicina oficial y la investigación médica. Si estas formas culturales heterodoxas de sanación asumieron una presencia mayor y, aparentemente, más radical en las sociedades latinoamericanas que lo acostumbrado por las medicinas alternativas en Europa o Norteamérica, sin duda ello tuvo algo que ver con la pluralidad étnica de muchas sociedades latinoamericanas, así como con el contradictorio y ambiguo impacto de los débiles sistemas médicos y sanitarios oficiales. Aunque el poder de dichos sistemas oficiales no fuera nada despreciable y su visibilidad fuese mayor que la de cualquier otro, lo que constituyó su aspiración (y generalmente consiguieron) fue alcanzar una hegemonía en las ideas y prácticas del cuerpo y la salud en los centros urbanos; es decir, no formar un monopolio. De esta forma tuvieron que seguir tolerando, y algunos hasta encontraron funcional —como se había hecho en el periodo colonial—, la presencia de la medicina popular entre las clases subalternas. Cuanto más observan los historiadores de la salud, tanto en el ámbito oficial como popular, descubren que no había fronteras claras entre estos sistemas y que lo popular no puede ser desdeñado como algo mimético o derivativo. En cambio, la medicina latinoamericana de inicios del siglo xx en todas sus formas aparece más auténtica y original, con capacidad de mezclar diferentes elementos y apoyarse en los Estados nacionales, las clases sociales o los grupos étnicos. De esta manera se dio un proceso en que se llegó a cobijar con naturalidad tanto la hegemonía biomédica como formas alternativas y complementarias de las medicinas populares.

III. CREANDO LA SALUD NACIONAL E INTERNACIONAL

DURANTE el siglo xx, América Latina adquirió una justificada reputación como un lugar donde existían doctores y servicios sanitarios en las ciudades, pero en cambio éstos eran escasos o pobres en zonas rurales. Al mismo tiempo, investigaciones recientes destacan la importancia de Iberoamérica en la organización de un primer sistema internacional de salud para el mundo. Estas dos historias se entrelazaron y el vínculo entre ellas tuvo lugar bajo los auspicios de una importante organización filantrópica estadounidense: la Fundación Rockefeller. Esta institución llegó a ser parte de un lineamiento sanitario informal de la política exterior de los Estados Unidos. Por ejemplo, la Fundación sólo intervenía cuando era invitada por los gobiernos y siempre junto con las agencias nacionales de salud. La Rockefeller eligió la lucha contra una dolencia rural difundida, la anquilostomiasis, como puerta de entrada a los sistemas sanitarios de muchos países. Centrales a estos sistemas fueron los intentos de abordar asuntos específicos del saneamiento y extender los servicios más allá de las zonas urbanas, como parte de la modernización de los Estados, así como debido a un interés en la prosperidad y seguridad sanitaria del hemisferio occidental. Estos sistemas nacionales de salud, en diversos grados, procuraron incorporar nuevos sectores a la vida política, como aquellos que vivían en zonas periurbanas o fuera de las ciudades, y al mismo tiempo establecer contactos internacionales que pudieran solventar los crecientes gastos sanitarios. Si bien en esta época la mayor parte del mundo no occidental se encontraba bajo el dominio colonial de las potencias europeas —o inclusive bajo la informal égida imperial de los Estados Unidos—, los Estados nacionales de América Latina tuvieron un rol protagónico y no imitaron los ejemplos estadounidenses (como antes no habían simplemente imitado los franceses) y generaron algo único y diferente. Sus interacciones con otros países occidentales, y en especial con los Estados Unidos, proporcionarían el primer modelo para el surgimiento de un aparato de salud plenamente “internacional” —o multilateral—, que se estableció en la era posterior a la segunda Guerra Mundial. A pesar de la creciente influencia de los Estados Unidos en la región, los profesionales médicos entrenados en universidades, junto con los líderes de la

clase trabajadora, los políticos y las élites, se esforzaron por forjar sus propios recursos de poder en la sociedad latinoamericana poscolonial.

Este precoz sistema de salud internacional creado en América Latina entre 1910 y 1950 fue, sin lugar a dudas, una pieza del rompecabezas de la creciente hegemonía de los Estados Unidos, no sólo en la región, sino también en el escenario mundial más amplio. Esta característica fue cuajando entre las dos guerras mundiales y se consolidó más claramente durante la segunda Guerra Mundial, cuando la salud hemisférica se organizó para participar protegiendo a la población de posibles sabotajes de las potencias del eje o de la amenaza de que sus simpatizantes locales recurriesen a usar armas biológicas. El esquema se reprodujo una vez más durante la Guerra Fría, cuando la salud del hemisferio occidental fue considerada una herramienta para contener al enemigo comunista, tanto a una escala global como dentro de cada Estadonación. A pesar de las motivaciones sanitarias y políticas estadounidenses, los actores y las organizaciones médicas y de salud pública de América Latina adaptaron la ayuda exterior, para desarrollar sus organismos estatales y no oficiales de salud. Estas colectividades empezaron a diversificar sus intereses y ampliar su ámbito de acción con nuevas intervenciones, como programas de salud rural sostenidos y no efímeros, así como de protección a los trabajadores, las mujeres y los niños que habitaban en los centros urbanos. Las instituciones médicas de la región también recibieron apoyo de la Fundación Rockefeller, al igual que de algunas organizaciones europeas, no sólo a través de Francia y Alemania, sino también de las primeras agencias internacionales de salud que establecieron sus cuarteles generales en Europa, durante las décadas de 1920 y 1930.¹ Asimismo, las instituciones latinoamericanas utilizaron los recursos, el prestigio y la legitimidad de la Fundación Rockefeller, y de las agencias multilaterales, para impulsar planes de acción considerados demasiado progresistas o muy costosos por las oligarquías locales; de esa forma pudieron construir programas de salud pública más activos y estructurados, así como establecer un diálogo horizontal con sus pares europeos y de estadounidenses. Los programas de la Fundación en América Latina y el Caribe fueron un espacio de encuentro para un complejo elenco de personalidades de proyección local, nacional y mundial; éstas eran producto de instituciones y estilos médicos nacionales, y de una adaptación creativa de las influencias europeas y estadounidenses.

¹ Paul Weindling, "As origens da participação da América Latina na Organização de Saúde da Liga das Nações, 1920 a 1940".

Paralelamente, se comenzaron a realizar los encuentros de profesionales de la región. En 1901 se reunió, en Santiago de Chile, el Primer Congreso Médico Latinoamericano, el cual fue presidido por un doctor argentino. En el mismo año se celebró en Montevideo el Segundo Congreso Científico Latinoamericano, en el que participaron muchos galenos. Estos foros, a los que muchas veces asistían las esposas, daban la misma importancia a las comunicaciones científicas y a las actividades sociales, como banquetes y visitas a institutos de investigación, que fueron funcionales para crear lazos de amistad y complicidad entre los doctores del continente. A continuación, sucedió el Segundo Congreso Médico Latinoamericano en Buenos Aires, en 1904; el Tercer Congreso Científico Latinoamericano fue en Río de Janeiro, en 1905; y en esa misma ciudad fue el Tercer Encuentro Médico Latinoamericano en 1909. El Quinto Congreso Médico Latinoamericano se produjo en Lima, en 1913, el cual se propuso organizar cátedras de medicina tropical en todos los países. Ya para entonces, por influencia de los Estados Unidos, tanto los congresos científicos como médicos del continente cambiaron su nombre de “latinoamericanos” a “panamericanos”. Con ello se incentivó la participación de estadounidenses y caribeños en estos foros profesionales.

No es coincidencia que los Estados latinoamericanos, liderados por Brasil, contribuyeran a hacer realidad la Organización Mundial de la Salud al final de la segunda Guerra Mundial, o que un brasileño, Marcolino Candau, se convirtiera en su segundo director general en 1953. Los derechos sociales y de salud se definieron como esenciales y universales dentro de este sistema internacional de reciente formación. Así, también tenían entre sus principales defensores a latinoamericanos y europeos, en sintonía con las nuevas leyes de seguridad social y de protección médica para los trabajadores enfermos, que muchos Estados de América Latina y Europa habían puesto en marcha entre las décadas de 1920 y 1940. La influencia del sistema internacional de salud alentado por los Estados Unidos en América Latina fue evidente, por las campañas llevadas a cabo en la región después de 1910 y que estaban dirigidas a la erradicación de enfermedades —como la anquilostomiasis, la fiebre amarilla y la malaria—. Como consecuencia del acuerdo consensuado que alcanzaron en el renglón científico e institucional Estados Unidos y América Latina, y que a menudo estuvo cargado de tensiones, se produjeron problemas en la continuidad de los programas sanitarios. Las energías parecían decrecer cuando los objetivos inicialmente propuestos, después de unos años, daban la impresión de ser excesivamente ambiciosos, y los programas fueron víctimas de presupuestos insuficientes, además de cambios de liderazgo político, que variaban las prioridades.

Algunas de las carreras más importantes de la historia de la salud internacional se forjaron en esta red; por ejemplo, desde la del brasileño Carlos Chagas, descubridor de una enfermedad con su nombre, hasta la de Marcolino Candau. Asimismo está Roberto Franco, uno de los primeros defensores de la medicina tropical en Colombia, y Arnoldo Gabaldón, que hizo estudios de posgrado en Alemania y los Estados Unidos, y erradicó la malaria en buena parte de Venezuela. Por el lado de los Estados Unidos, destacó la carrera de Fred L. Soper, director de la Organización Panamericana de la Salud, desde 1947 hasta 1959. Su labor en la Oficina Sanitaria Panamericana (rebautizada como Organización Panamericana de la Salud en 1958, en adelante conocida como la OPS) fue antecedida por más de veinte años de trabajo en el ámbito de la salud pública para la Fundación Rockefeller en Paraguay y Brasil; ello lo ayudó a convertirse en el líder mundial de las campañas de erradicación de enfermedades infecciosas, como la malaria. Sus convicciones se vieron reforzadas durante la segunda Guerra Mundial, cuando trabajó como integrante de la Comisión del Ejército de los Estados Unidos contra el Tifus, en operaciones de desparasitación en África del Norte y el sur de Italia; así, se convirtió en uno de los pocos expertos que conocían un nuevo prodigio médico: el insecticida DDT.

En síntesis, ya no se puede argumentar, tal como lo hicieron los historiadores alguna vez, que los Estados Unidos impusieron un modelo biomédico en América Latina como parte de un proyecto imperial, o sostener que los latinoamericanos fueron capaces simplemente de resistir algunos elementos del modelo. En cambio, la historia de la salud pública nacional e internacional en América Latina y el Caribe, durante la primera parte del siglo xx, debe ser entendida como una solución negociada de carácter recíprocamente creativo entre diversos actores locales, nacionales e imperiales, tanto estatales como no estatales. Además, a principios del siglo pasado, la medicina latinoamericana fue una participante activa en la circulación internacional de personas, ideas y productos biológicos, que fue esencial para la validación de la medicina occidental moderna. Y, a pesar de las asimetrías internas y globales, varios médicos líderes de la región fueron protagonistas de este proceso.

LA FUNDACIÓN ROCKEFELLER Y SUS ACTORES

La “norteamericanización” de la medicina en la región fue un proceso en el que intervino una organización filantrópica privada, que creía tener la misión

de difundir la medicina occidental en todo el mundo. La Fundación Rockefeller, fundada en 1914, tuvo sus orígenes en una familia de Nueva York, la cual poseía una de las fortunas más grandes del mundo, amasada mediante el control, casi total, de la industria petrolera de los Estados Unidos y de buena parte del mundo. Los objetivos de la Fundación reflejaron las expectativas de muchos gobernantes de la época, quienes confiaban en que la ciencia y la medicina occidental podían ser armas civilizadoras en todo el planeta. Durante la primera mitad del siglo xx, un postulado de la organización fue que la pobreza y el atraso se debían principalmente a las dolencias infecciosas, que no sólo causaban la muerte y enfermedades, sino que además minaban la productividad y la expectativa de vida.² Tal como lo hizo en muchos ámbitos de la actividad en salud pública, la Fundación Rockefeller tuvo un papel especial en la implementación de programas experimentales en América Latina, los cuales estuvieron enfocados en objetivos específicos que, se esperaba, tuvieran un efecto de demostración, para más adelante proyectarlos a otras partes del mundo. Pese a su claro impulso misionero, los directores de la Fundación creían que, enseñando cómo controlar la enfermedad con la tecnología moderna, lograban hacer algo permanente —es decir, filantrópico— en lugar de simplemente aliviar un problema, como era típico en una noción de caridad más antigua. Ellos esperaban que el liderazgo local, el cual ayudarían a formar, tuviera continuidad, y que los acuerdos con los países anfitriones siempre incluyeran disposiciones para que el Estado local asumiera, progresivamente, la carga financiera y las operaciones administrativas, aunque con frecuencia esto no ocurrió en la práctica. La motivación misionera era más clara entre los funcionarios de campo de la Rockefeller, quienes muchas veces no dudaron en trabajar codo a codo con los médicos locales y creyeron que, independientemente de las prioridades de las oficinas centrales de la Fundación, estaban creando sistemas médicos nacionales modernos.

El ideal de la Rockefeller fue construir élites profesionales que tomaran decisiones racionales (“científicas”) que, en el largo plazo, encajaran con el interés del capitalismo global. No se puede interpretar que la Fundación haya sido una mera promotora o propagandista de los intereses económicos de la familia Rockefeller, o de los intereses corporativos de los Estados Unidos, ya que esta filantropía actuaba en muchos países distintos, donde había poca inversión de esta familia, o de los Estados Unidos. Más bien, su planteamiento reflejó el surgimiento de una concepción global de cambio y modernización.

² Marcos Cueto (coord.), *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America*.

Esta concepción conllevaba una lectura de la historia de la medicina estadounidense, la cual sostenía que el progreso era lineal desde el primitivismo a la modernidad, como sucedió con la evolución de los practicantes empíricos e informales, convertidos en doctores ligados a sólidas instituciones (como se suponía que lo sería en los sistemas médicos del mundo). Es decir, la medicina occidental era el ápice de este progreso, y el cambio era introducido por las élites imbuidas por los valores culturales y científicos de naciones modernas. Igualmente, se esperaba que los funcionarios de la Rockefeller estimularan el progreso, realizando cambios desde afuera de las sociedades menos desarrolladas. Según esta interpretación, Estados Unidos, a principios del siglo xx, estaba haciendo por América Latina lo que la medicina y las universidades alemanas habían hecho, a mediados del siglo xix, por los estudiantes de medicina de los Estados Unidos, que se fueron a Europa en busca de modelos más modernos. Algunos de los primeros informes escritos por miembros de la Fundación Rockefeller registran su mala impresión sobre la enseñanza y la práctica médicas en América Latina y cómo éstas se parecían a las que habían existido en los Estados Unidos durante la primera mitad del siglo xix. De hecho, el personal de la Fundación, que estableció programas en América Latina, era un subproducto de una época reformista en la formación médica que intentó ser difundida en la región. El nuevo modelo de formación médica que surgió en los Estados Unidos estaba inspirado en las escuelas de élite (celebradas en un informe de 1910 por el educador Abraham Flexner). Este modelo se caracterizó por una enseñanza que enfatizaba las disciplinas biomédicas (el saneamiento ambiental, por ejemplo), y contaba con profesores contratados a tiempo completo y con dedicación exclusiva, quienes lograban familiaridad con los estudiantes y seguían sus investigaciones realizadas en laboratorios, así como el control de los hospitales donde predominase la clínica. Los funcionarios de campo de la Rockefeller, incluyendo a personas como Soper y Lewis W. Hackett, a menudo eran reclutados en las universidades de élite, especialmente Harvard y Johns Hopkins. A pesar de la retórica sobre el relativo rezago de América Latina, y el hecho de que no hubiera una reforma comparable en la región —como la reforma estadounidense inspirada por Flexner—, políticos y profesores médicos latinoamericanos intentaron tomar medidas similares. Ello incluía que los estudiantes de medicina más prometedores tuvieran becas en el exterior (a menudo en Estados Unidos), y que se modernizaran los laboratorios de enseñanza en bacteriología, fisiología y parasitología. En algunos casos, gracias al apoyo estadounidense, se crearon bases institucionales donde los jóvenes más brillantes pudieran adquirir equipos y

materiales de laboratorio, y dedicarse a la investigación. Estas experiencias crearon una sinergia entre la Fundación, los expertos estadounidenses y los médicos y sanitarios latinoamericanos.

En el estilo de la Fundación Rockefeller también había algo de paternalismo y un sutil prejuicio social, racial y de género, aunque estas aprensiones no fueron introducidas por la Fundación en América Latina y el Caribe. Por ejemplo, se daba por supuesto que cualquiera que hiciera una donación o diseñara un programa de salud sabía lo que era mejor para quien recibía la ayuda. De igual manera, los hombres de las clases altas, o medias altas, eran los mejores candidatos para las becas de la Fundación. Por lo general, hubo poca consideración por la participación de la comunidad en la toma de decisiones, aunque, en la práctica, los actores locales hicieron que se cambiaran elementos en el programa original diseñado en la sede de las oficinas de Nueva York de la Rockefeller. Los destinatarios de los programas eran concebidos no sólo como personas pasivas que aceptaban la superioridad de las técnicas importadas, sino también como víctimas de enfermedades que explicaban su atraso. De igual manera, se daba por sentado que las mujeres no eran buenos candidatos para liderar cambios médicos y sanitarios (con excepción de la enfermería, que la Rockefeller sí llegó a apoyar).

Así fue como la anquilostomiasis tuvo un papel tan importante en los primeros programas de la Fundación Rockefeller. Ésta era una enfermedad endémica de las zonas rurales del trópico y subtropical; tenía como uno de los síntomas clínicos más visibles la anemia (conocida con una variedad de nombres populares como cansancio y *opilação*), y por ello la dolencia estaba asociada a la “fatiga” o “pereza”. Por ello se podía hacer una fácil conexión entre esta enfermedad, el desgano y el atraso. La expectativa era que si podía curarse a los campesinos de esta enfermedad entonces se convertirían en trabajadores productivos y sus sociedades progresarían. La Fundación inicialmente buscó difundir en América Latina los logros y los métodos aplicados por Cuba y Panamá descritos en el capítulo anterior, combinándolos con programas en las campañas de prevención y curación de la anquilostomiasis, que antes había llevado adelante en el sur de los Estados Unidos. Los programas sanitarios, especialmente en el ámbito rural, fueron a veces temidos erróneamente como un prelude al servicio militar obligatorio; asimismo, los católicos se preocuparon de que los proyectos de la Fundación tuvieran como fin último la evangelización, o la población rural podía creer, equivocadamente también, que las campañas contra la anquilostomiasis estuvieran dirigidas a promover el uso regular de un aceite medicinal vinculado a la Standard Oil. Por otro lado,

es importante señalar que estas campañas constituyeron los primeros contactos de la medicina oficial con las comunidades rurales, más habituadas a los cuidados domésticos y de los curanderos. En tal sentido, los gobiernos nacionales, que en la primera mitad del siglo xx no llegaban con la intensidad suficiente a las zonas rurales, se apoyaron en la Fundación para ampliar su labor.

Antes de que la Fundación se embarcase en una operación global, la filantropía de la familia Rockefeller había tenido una primera experiencia en programas contra la anquilostomiasis en el sur de los Estados Unidos desde 1909. La motivación para hacerlo estuvo vinculada a los prometedores descubrimientos realizados en Puerto Rico por médicos militares estadounidenses, dirigidos por Bailey Ashford (1873-1934), cuando los Estados Unidos asumieron el control de aquella isla en 1898 (al mismo tiempo que intervenían en Cuba). La Rockefeller también sabía que, desde fines del siglo xix, algunos médicos de América Latina y el Caribe estaban realizando investigaciones sobre la anquilostomiasis. Brasil era el país líder, sus tropicalistas ya en 1866 habían hecho algunos de los primeros descubrimientos mundiales sobre la enfermedad, y, a mediados de la década de 1880, fue el centro líder en estudios innovadores en anquilostomiasis, gracias al parasitólogo Adolfo Lutz, de quien ya hablamos en la parte final del capítulo anterior. En algunos países, la enfermedad había sido analizada y tratada sistemáticamente. Costa Rica empezó una campaña a escala nacional respaldada por el Estado en 1907. Casi desde la misma época, la unidad médica de la Oficina Colonial Británica había estudiado y tratado, aunque desordenadamente, la anquilostomiasis entre los trabajadores que provenían del sudeste asiático y laboraban en las plantaciones del Caribe británico. De una manera parecida, médicos en Guatemala, El Salvador, Brasil y Colombia también habían organizado operaciones de tratamiento generalizado. Estos casos de precedencia periférica tienen parecido con la disputa entre Reed y Finlay por el descubrimiento de la forma de transmisión de la fiebre amarilla, y son parte de un patrón en la historia de la medicina de las Américas en que las disputas por la prioridad científica están teñidas de nacionalismo y antiimperialismo.

La Junta Internacional de la Salud de la Fundación (posteriormente División y de allí en adelante conocida con las siglas IHD por International Health Division) empezó a trabajar en Centroamérica y el Caribe desde 1914; entonces comenzó a probar y mejorar métodos que más adelante serían característicos de su influencia en el resto del mundo. La Junta se convirtió en la unidad más poderosa de la Rockefeller y, en la práctica, gozaba de una relativa autonomía en cuanto a presupuesto y personal dentro de la organización. Así, la

Fundación empezaba su trabajo con el gobierno de un país latinoamericano que estuviera dispuesto a tener un programa para tratar la anquilostomiasis. De igual manera, se buscaba establecer buenas relaciones con las élites locales, con la expectativa de que sería más fácil lograr la adopción del enfoque de la Fundación. Además, era importante asegurar el convencimiento de las poblaciones rurales, porque se trataba de una enfermedad que atacaba a las personas que caminaban sin zapatos (la larva entraba al cuerpo a través de la piel, por entre los dedos de los pies). A los habitantes del campo, que generalmente tenían anquilostomiasis en algún grado de infección, se esperaba convencerlos de la importancia de eliminar la enfermedad. Para ello se recurría a charlas y demostraciones prácticas, que magnificaban muestras de heces donde se encontraban los anquilostomas. Un gran número de personas del campo experimentaron el resultado de una investigación científica y participaron en el ritual de un examen médico moderno, en el que el tratamiento consistía en la administración de un fármaco relativamente eficaz. La introducción a una vida moderna y la esperanza de hacerlos plenamente ciudadanos también llegaron con lecciones básicas de higiene, desde el uso de letrinas para evitar la propagación de los huevos del anquilostoma en la tierra hasta la importancia de lavar regularmente el cuerpo. Sin embargo, las campañas no implicaban necesariamente una presencia significativa de personal estadounidense. Si bien la mayor parte de los recursos provenía de Nueva York, generalmente los programas tenían un solo funcionario estadounidense, que se esforzaba en mantener cierta distancia de las delegaciones diplomáticas de los Estados Unidos. Así, era el responsable de reclutar a otros médicos nacionales, junto con los trabajadores locales de salud. La manera más fácil de hacerlo fue incorporando científicos, médicos profesionales y técnicos con experiencia en la anquilostomiasis antes de la llegada de la Fundación. Esta infraestructura y pericia previas ayudan a explicar por qué la Rockefeller concentró sus primeras operaciones mundiales en la región. También ayudó que sus programas de medicamentos para tratar la anquilostomiasis fueran menos invasivos y sus presentaciones educativas más persuasivas; ello contribuyó a una mejor recepción de las campañas por parte de la población y de las autoridades.³

Las agudas características clínicas de la anquilostomiasis facilitaron las demostraciones públicas sobre la naturaleza de la enfermedad y su prevención. El parásito se podía ver sin necesidad de microscopios, y el tratamiento a menudo producía resultados espectaculares en los pacientes seriamente afec-

³ Steven Palmer, *Launching Global Health: The Caribbean Odyssey of the Rockefeller Foundation*.

tados. Recientemente, los historiadores han puesto énfasis en cómo las élites políticas y médicas locales negociaron y reorientaron las prioridades de la Fundación, y cómo los médicos-directores estadounidenses que trabajaban en el campo se “latinoamericanizaban”, especialmente si vivían prolongadas estancias lejos de su patria. En Costa Rica, los doctores estadounidenses, especialmente Louis Schapiro, se adaptaron con éxito al orden de prioridades locales de salud pública, transformando el programa de anquilostomiasis en una oficina multifacética, concentrada en entrenar a maestros para que apoyasen los programas sanitarios. Inclusive se llegó a formar un grupo de sanitaristas y educadores, que sería el núcleo del primer Ministerio de Salud fundado en 1927, bajo la dirección de Solón Núñez (quien fue el director asociado al programa de la Rockefeller desde 1916, además de becario de ésta con estudios en la Universidad Johns Hopkins). Los líderes médicos locales que participaron en las campañas de la Fundación no sólo trabajaban para su gobierno o para una institución estadounidense, sino que en última instancia también buscaban promover el bien común a través de la salud pública global. En cierto sentido, su participación fue un presagio de las carreras latinoamericanas en instituciones internacionales de salud de las Naciones Unidas y en organizaciones no gubernamentales (ONG) internacionales, durante la época posterior a la segunda Guerra Mundial. Así, los funcionarios de campo de la Fundación tuvieron un paradójico papel de agentes triples; es decir, su lealtad estuvo comprometida con tres tipos de objetivos e instituciones: trataron de conseguir las metas diseñadas en las oficinas de la Fundación Rockefeller en Nueva York, promovieron el orden de prioridades políticas locales de sanidad y educación, y buscaron construir una red internacional de ciencia y salud, en la que la nacionalidad no era importante.

Los programas en el Caribe de habla inglesa ofrecen un ejemplo de cómo la Fundación fue mucho más allá de la simple propaganda de un mensaje higiénico y tratamientos biomédicos homogéneos para la anquilostomiasis. La diversidad etnomédica en esta zona parecía un desafío a los programas sanitarios (Inglaterra y otras potencias europeas gustaban de tener en sus colonias a habitantes de diferentes nacionalidades). Estos grupos étnicos iban desde los trabajadores del sudeste asiático que practicaban la medicina ayurvédica hasta los descendientes de exesclavos que habían mezclado las prácticas médicas afroantillanas, como la obeah, con la medicina occidental ortodoxa colonial. Los expertos de la Fundación Rockefeller tuvieron que traducir permanentemente los términos médicos occidentales a otros contextos socioculturales. En Trinidad y la Guayana Británica, los funcionarios de la Rockefeller hicie-

ron inteligible la etiología y la prevención de la anquilostomiasis, utilizando una variedad de idiomas, metáforas y géneros de comunicación. Ello llegó hasta el punto de recurrir a parábolas, cuentos folclóricos y canciones que representaban las causas del mal como demonios, lo que era incongruente con las nociones biomédicas clásicas acerca de la etiología de la enfermedad.

Los programas de la Fundación Rockefeller contra la anquilostomiasis a menudo eran reformulados —según los modelos y las prioridades de cada lugar— de acuerdo con las idiosincrasias de los líderes y las organizaciones de salud pública. Sin embargo, no se puede decir lo mismo de todas las misiones que llevó a cabo la Fundación. En efecto, es importante analizar a la Fundación y evitar tratarla como una entidad única que actuó de la misma manera en todas partes. Con otras enfermedades, y en otros países y circunstancias políticas, pudo ser rígida, monocromática y coercitiva en sus métodos. Algunos funcionarios tenían menos flexibilidad y estaban poco dispuestos a aprender e interactuar con los actores locales. Por ejemplo, el caso de la fiebre amarilla revela una cultura y una metodología muy distinta de la Rockefeller. Después de 1916 —en parte debido a la influencia de William Gorgas, contratado como consultor de la Fundación—, un objetivo de la agencia filantrópica fue la erradicación de la fiebre amarilla en las ciudades de las Américas donde era endémica. Esta decisión se debió a tres factores. Primero, el temor a que los puertos de Sudamérica, donde la fiebre amarilla persistía, pudieran volver a infectar el sur de los Estados Unidos. En segundo lugar, el peligro de que la inauguración del Canal de Panamá, en 1914, permitiera la propagación de la fiebre amarilla desde el Caribe hasta el Asia tropical, que por entonces se encontraba libre de la enfermedad. Finalmente, la búsqueda de un triunfo científico de los Estados Unidos. La identificación del organismo que produce la fiebre, que podría haber ayudado en el desarrollo de los sueros y las vacunas, fue una prioridad en el plan de acción de muchos científicos; entre ellos, los del Instituto de Investigación Médica Rockefeller, un centro de investigación de Nueva York asociado a la Fundación.

Una misión enviada por el Instituto y la Fundación Rockefeller en 1916 a Sudamérica, con la participación de Gorgas y del cubano Juan Guiteras, trató de establecer la etiología de la fiebre e identificar los lugares más problemáticos de la enfermedad. Ellos visitaron Panamá, Ecuador, Perú, Venezuela, Brasil, Curazao, Puerto Rico, Trinidad y Barbados para identificar los mejores métodos, con la finalidad de terminar con la amenaza de la fiebre amarilla. Sus descubrimientos consolidaron la noción de que la fiebre amarilla se había propagado desde los llamados “centros clave”: áreas urbanas y especialmente

puertos. Ello estaba asociado con el supuesto de que el mosquito *Aedes aegypti* era el único vector de transmisión, y los humanos eran su huésped exclusivo. La misión confirmó la noción, vigente entonces, de que la transmisión requería de un gran número de seres humanos no inmunes y de que, si la cadena infecciosa se rompía en los centros más grandes mediante el control del mosquito y el aislamiento de pacientes, la fiebre amarilla no podría propagarse en asentamientos más pequeños. En 1918 la Fundación llevó a cabo su primera campaña contra la fiebre en Guayaquil, un puerto considerado como la fuente de infección en la región sudamericana del Pacífico. Posteriormente, Hideyo Noguchi, un bacteriólogo americano-japonés del Instituto Rockefeller, anunció que había aislado el microorganismo que producía la fiebre: *Leptospira icteroides*. A su regreso a los Estados Unidos, Noguchi produjo un suero y una vacuna. Aunque nunca se utilizaron como el principal vehículo de prevención y cura, ambos se distribuyeron a miles de personas en América Latina. La “Teoría de los Centros Clave” y los “descubrimientos” de Noguchi dieron la sensación de que ya se había definido la ciencia necesaria para controlar la fiebre amarilla.

En 1919, y siguiendo los postulados de la Fundación Rockefeller, se libró una campaña contra un nuevo brote de fiebre amarilla en la costa norte del Perú (una extensión de la epidemia de Guayaquil). Éste fue un ejemplo clásico de “sanidad desde arriba”. Respaldado por un régimen autoritario, Henry Hanson, el médico enviado por la Rockefeller (en un marcado contraste con el tipo de director de campo asignado a lugares como Costa Rica), casi no hablaba castellano; además, despreciaba lo que percibía como la ignorancia y resistencia de la población, y rara vez consultaba a los médicos locales, porque estaba convencido de que poseía todas las respuestas. La intervención de Hanson se caracterizó por ofrecer soluciones técnicamente contenidas, que prestaban poca atención a los factores ambientales, culturales y comunitarios de la enfermedad. Por ello no generaba ningún entusiasmo popular, sino, por el contrario, creaba antagonismo por sus decisiones impuestas y coercitivas, que terminaban alimentando un autoritarismo estatal y sanitario. Por un periodo de casi dos años, el gobierno peruano delegó en Hanson todo el poder sobre el incipiente sistema de salud, y le permitió dar prioridad a la campaña para eliminar la fiebre amarilla. Paradójicamente, pudo controlar la epidemia utilizando sus métodos, por lo menos en las zonas costeras del país.

En Brasil, la Fundación Rockefeller siguió una ruta intermedia en relación con la fiebre amarilla. Empezando sus operaciones casi al mismo tiempo que en Centroamérica, encontró una comunidad médica más fuerte, así como

autoridades federales, estatales y municipales que demandaban la realización de una serie de negociaciones locales. En 1923 se firmó un acuerdo entre la Fundación y el gobierno brasileño que estableció que la Rockefeller contribuiría con fondos para la creación de un servicio para erradicar el mosquito *Aedes aegypti* de las ciudades costeras del norte de Brasil. La adaptación de la Fundación a contextos, instituciones y líderes locales implicó confiar más en la persuasión que en la coerción (como ocurrió en el Perú). Gracias a esta habilidad, la agencia organizó y manejó un servicio de fiebre amarilla para todo el país (con excepción de Rio de Janeiro, la capital), y progresivamente se vinculó con las principales instituciones médicas nacionales, como el Instituto Oswaldo Cruz. En 1930, las actividades de la Fundación en Brasil adoptaron un enfoque más vertical con el apoyo al régimen autoritario de Getúlio Vargas, y cobraron auge con el impulso de un apasionado de los programas verticales, Fred L. Soper, que le dio al Servicio de la Fiebre Amarilla poderes únicos, incluyendo una prohibición de sindicalización entre sus empleados. Dicho servicio impuso disciplina entre sus funcionarios, estableció el registro detallado y llevó a cabo la supervisión constante de las viviendas, en búsqueda de las larvas y los mosquitos adultos. Es importante recalcar que Vargas, quien ha sido considerado un político astuto que les hizo el juego a los poderes europeo y estadounidense durante el periodo entreguerras, fue, según la mayoría de los historiadores de la medicina, un seguidor de la medicina y la salud pública estadounidense.⁴

Durante la década de 1920, la Fundación estaba convencida de que era posible lograr la erradicación de la fiebre amarilla, y de que todo lo que se necesitaba era aplicar firmemente ciertas técnicas. Sin embargo, desde fines de esa década, brotes de fiebre en el interior de Brasil, Colombia y Venezuela sugerían que la teoría de los centros clave y Noguchi estaban equivocados. Nuevos trabajos médicos indicaban que la fiebre amarilla era transmitida por varias especies de mosquitos, que existía una reserva de virus en monos infectados que vivían en la selva y que las comunidades pequeñas sí mantenían endemidad por sí mismas y podían volver a infectar a los centros urbanos densamente poblados. El regreso de la fiebre a Rio de Janeiro en 1928, después de dos décadas de ausencia, aunque por fortuna se pudo controlar rápidamente, de igual forma conmocionó a las autoridades médicas y políticas. Sólo un año antes, un funcionario de la Fundación anunciaba que la meta de la erradicación en el hemisferio occidental se encontraba a pocos meses de ser alcanzada.

⁴ Gilberto Hochman, "Cambio político y reformas de la salud pública en Brasil. El primer gobierno Vargas (1930-1945)".

Ello sucedía paralelamente a los avances de los estudios científicos. En 1927, un laboratorio de la Fundación en África encontró que la fiebre no era causada por la *Leptospira i.*, como decía Noguchi, sino por un virus filtrable, y fue sólo en 1937 cuando apareció una vacuna efectiva. En un giro dramático, Noguchi falleció de fiebre amarilla en África, mientras realizaba vanos intentos por probar que su descubrimiento tenía cierta validez.

Por algún tiempo se mantuvo el término “fiebre amarilla selvática”, para diferenciarla de la fiebre amarilla de las ciudades, aunque ambas eran producidas por el mismo virus que aparecía en las zonas costeras. Como sucede a menudo en la historia de la medicina, las ideas nuevas sobre la fiebre amarilla viajaron por el mundo y volvieron a las Américas. Entre fines de los años veinte y la década de 1940, la Fundación Rockefeller apoyó la creación de laboratorios en Bahía, Rio de Janeiro, Bogotá y Barranquilla para investigar la fiebre amarilla “selvática”, así como diseñó campañas con el fin de controlar la fiebre. Estos laboratorios tuvieron un diálogo fluido con connotados virólogos internacionales. Hasta se llegó a fabricar en ellos una vacuna efectiva contra el virus, que fue distribuida gratuitamente a varios países de las Américas. Sin embargo, expertos médicos concluyeron que la eliminación de la enfermedad era imposible en ese momento. Dichos centros funcionaban paralelamente con la organización de los servicios de análisis de las vísceras, que extraían muestras del hígado de los cadáveres de personas fallecidas como consecuencia de la fiebre amarilla, para que patólogos especializados pudieran confirmar la presencia del virus responsable de la fiebre y ésta no fuese confundida con otras dolencias. La enfermedad reapareció de una manera virulenta en Panamá y Centroamérica en 1948. Los brotes epidémicos en la región continuaron hasta mediados de la década de 1950, cuando la fiebre llegó a Honduras y Guatemala. Durante una época, la Fundación Rockefeller dio prioridad al cambio impulsado por la tecnología en la agricultura, por lo que dejó de lado su interés en la salud internacional; así, llegó a pensar que la vacunación masiva en América Latina era impensable porque la región no contaba con las condiciones que hacían que estuviera “lista” para una campaña de este tipo. Hacia 1950, la Rockefeller consideraba que la intervención con respecto a la fiebre había llegado a su fin y dejó de promover activamente investigaciones o programas en esta enfermedad.

En Brasil, el apoyo de la Fundación permitió que el trabajo en anquilostomiasis y la fiebre amarilla fuese parte de las demostraciones de cómo debían llevarse adelante las campañas sanitarias. El Servicio de la Fiebre Amarilla se convirtió en una agencia operativa que en la práctica hacía parte de las fun-

ciones del gobierno federal. Su líder, el estadounidense Soper, no sólo trabajó contra la fiebre amarilla: también combatió la malaria, para lo que realizó con éxito una campaña de estilo militar mediante la que se alcanzó la eliminación del mosquito africano, *Anopheles gambiae*, que había invadido el estado brasileño de Ceará.⁵ Este logro inspiró otros esfuerzos del mismo estilo en América Latina y en el resto del mundo durante las décadas de 1940 y 1950. Soper se aseguró poderes especiales que le permitieron imponer su autoridad por encima de la de los funcionarios provinciales, y recurrió a potentes larvicidas que se colocaban sobre aguas estancadas en pozas y pantanos. Utilizando una disciplina estricta, Soper controló con éxito la epidemia y destruyó con eficacia esta especie de mosquito, aunque no hizo que la malaria desapareciera de Brasil. En 1939 Soper se convirtió en jefe de un Servicio de Malaria del Nordeste, establecido por el gobierno de Brasil con fondos de la Fundación Rockefeller.

Además de los programas sanitarios, la Fundación realizó donaciones importantes a algunas de las principales facultades de medicina y salud pública de Brasil. Un supuesto de este tipo de actividades era que si, por un lado, los programas de salud contribuyen a crear trabajadores saludables, la modernización de la enseñanza médica y científica permitiría la consolidación de una élite tecnocrática, que seguiría apoyando programas sanitarios y los tratamientos modernos. Las becas y donaciones de la Fundación a los médicos y a las universidades promovieron el modelo estadounidense de educación superior y de instrucción médica. Éste puso énfasis en la capacitación de una élite técnica y profesional, así como en el apoyo a los laboratorios e investigadores universitarios, sobre todo en las ciencias básicas, para que trabajasen exclusivamente en ello. Ello partía de la convicción de que un buen médico tenía que haber sido formado como un buen investigador y conocer las ciencias biomédicas. También la Rockefeller presionó para que el control de los hospitales pasara a manos de la escuela médica, porque hasta entonces eran administrados por las órdenes religiosas. Es importante notar que la preponderancia de la agencia filantrópica estadounidense tuvo lugar junto con el debilitamiento de la influencia cultural, política y económica de los poderes europeos en la región, aunado a un progresivo declive, al menos entre muchas élites profesionales con excepción de los clínicos, del modelo francés en la enseñanza y la práctica de la medicina. La Rockefeller consideraba que la dispersión de los médicos latinoamericanos, ocupados en una amplia gama de funciones, desde la medicina clínica hasta la práctica privada, era un defecto de raigambre

⁵ Randall Packard y Paulo Gadelha, "A Land Filled with Mosquitoes: Fred L. Soper, the Rockefeller Foundation, and the *Anopheles gambiae* Invasion of Brazil".

francesa. Así, ofreció becas a estudiantes de medicina y doctores latinoamericanos para que fueran a estudiar o visitar los Estados Unidos, y promovía también la visita de estadounidenses a universidades latinoamericanas. Entre 1917 y 1951, la División de Salud Internacional de la Fundación Rockefeller otorgó becas en ciencias médicas a 473 latinoamericanos. Otra organización privada estadounidense que tuvo un papel importante en la formación de profesionales de la salud en la región, después de la segunda Guerra Mundial, fue la Fundación W. K. Kellogg, que apoyó programas de nutrición, enfermería, salud oral, planificación de la salud y educación médica, dando becas para estudiar en universidades estadounidenses. Entre 1947 y 1957 fueron más de 450 los hombres y mujeres latinoamericanos beneficiados con becas de la Kellogg.

Un supuesto que venía con las becas era que los beneficiarios, una vez que regresaran a su país, reproducirían el modelo estadounidense de educación médica, salud pública e investigación científica (a menudo teniendo como prototipo la Universidad Johns Hopkins, que era el paradigma de muchas escuelas estadounidenses). Un resultado de estas becas fue que la influencia de los Estados Unidos aumentó en la medicina de la región. Ello también ocurrió, algo más lentamente, con los clínicos y los cirujanos afectos a considerar que Francia o Alemania seguían siendo la meca de los estudios de sus disciplinas.

La Fundación Rockefeller realizó donaciones a las facultades de medicina y a los investigadores médicos más distinguidos de la región. A fines de la década de 1920, por ejemplo, entregó un millón de dólares a la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo —un monto sin precedentes en la región, y de hecho la única de esta envergadura que se hizo en América Latina durante la primera mitad del siglo xx—. Sin duda, en esta donación se tuvo en cuenta que São Paulo era una de las urbes más industrializadas y modernas de la región. Una ciudad que, según algunos funcionarios de la Rockefeller, les hacía recordar el empuje y dinamismo de las ciudades de California.

La Fundación Rockefeller hizo otras importantes donaciones en Brasil. Su trabajo en salud pública tomó ventaja de experiencias previas, tales como los cursos de higiene. Así, en la Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo se estableció una cátedra, y más tarde un departamento de higiene, que unos años después se convertiría en el Instituto de Higiene de São Paulo, órgano separado de la Facultad de Medicina. El primer profesor en ocupar la cátedra fue el estadounidense Samuel Taylor Darling —auxiliar de Gorgas en la campaña sanitaria de Panamá—, quien después de unos años fue remplazado por el también estadounidense Wilson G. Smillie. La Rockefeller quería

que la enseñanza en salud pública fuese independiente de la educación médica universitaria; es decir, que la primera no se redujese a algunos cursos de las facultades de medicina (como era frecuente) y que tuviera un estatus y prestigio parecido al de la carrera de medicina. El objetivo era crear una carrera y posibilidades de trabajo, tanto de investigación como de práctica, alrededor de la disciplina de salud pública. Un destacado médico brasileño, que desde la década de 1920 dirigió y fue profesor en el Instituto de Higiene paulista, fue Geraldo de Paula Souza (1889-1951). Souza, que provenía de una familia de grandes recursos económicos (lo que era un indicador de que la sanidad comenzaba a ya no ser menospreciada por las élites), se había formado en la Facultad de Medicina de Rio de Janeiro y en las de Berna y Múnich, y era integrante del primer grupo de graduados de la Escuela de Salud Pública de Johns Hopkins (donde estudio con Soper). Después de 1925, el instituto de Souza había desarrollado una serie de actividades, incluyendo un curso para profesores de escuela primaria y secundaria, entrenamiento para visitadoras sociales, formación de personal auxiliar al trabajo sanitario y un curso para nutricionistas. En los siguientes años el instituto experimentó varios cambios, que elevaron su estatus en la universidad y en el estado de São Paulo. En 1931 se transformó en una Escuela y fue incorporado a la Universidad de São Paulo. En 1945 elevó su categoría cuando se transformó en una Facultad de Higiene y Salud Pública de la universidad. Entonces contaba con una excelente biblioteca, una publicación periódica regular llamada *Archivos* (que reemplazó su irregular *Boletín* publicado desde 1919), programas de investigación en bioestadística, epidemiología y saneamiento, así como un centro de salud rural en Araraquara ubicado a 350 kilómetros de la ciudad y con 15 profesores. Ofrecía un diploma, una maestría y un doctorado en salud pública, algo que fue esencial, porque la nueva legislación brasileña pedía un título en salud pública para quienes ocupasen cargos directivos en salud. Algo parecido había ocurrido algunos años antes en México. En ese país, en 1922, y con el apoyo de la Fundación, se creó una Escuela de Salud Pública, aparte de la Facultad de Medicina. Merece la pena destacar que estas escuelas fueron más o menos contemporáneas a la creación de las escuelas de salud pública en los Estados Unidos, un proceso en el cual también estuvo involucrada la Rockefeller. En otros países la profesionalización de la salud pública esperó hasta mediados de siglo xx. Recién en 1945 se creó en la Argentina la primera Escuela de Sanidad en Santa Fe, que era dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad del Litoral y que dos años después se constituyó en una Facultad de Higiene y Medicina Preventiva. Entre fines de los años cin-

cuenta y comienzos de los sesenta, se formarían en la mayoría de los países escuelas de salubristas asociadas a los ministerios de salud y/o a las facultades de medicina.

Las escuelas también aparecieron junto con los primeros esfuerzos por formar enfermeras profesionales. Primero decenas y después cientos de enfermeras fueron remplazando a los enfermeros varones en los hospitales (aunque éstos siguieron siendo comunes en los hospitales, donde su fuerza física, supuestamente superior, era considerada una ventaja para lidiar con los pacientes desobedientes). Al mismo tiempo, en muchos hospitales urbanos siguió dándose la presencia de una o más monjas como supervisoras de los pabellones de enfermos hasta entrado el siglo xx. Uno de los primeros ejemplos de la profesionalización, feminización y apoyo externo de la enfermería ocurrió en Montevideo, donde desde 1912 enseñaron enfermeras británicas. La escuela de esta ciudad operaba bajo la protección de la Junta Nacional de Asistencia Pública y era dirigida por un médico. Por otro lado, estaba la Escuela Ana Néri de Rio de Janeiro —nombrada así por la enfermera pionera brasileña que vivió entre 1814 y 1880 y que construyó su reputación en la Guerra del Paraguay—, apoyada por la Rockefeller. Esta escuela se creó en 1923 con el auspicio de Carlos Chagas, un investigador y una autoridad en el tema de salud (unos años después la escuela formaría parte de la Universidad de Rio de Janeiro). La escuela se desarrolló a partir de una misión de enfermeras estadounidenses enviada por la Fundación Rockefeller y encabezada por Ethel Parsons. Otro importante subproducto de esta misión fue la creación, en 1926, de una asociación brasileña de enfermeras graduadas, que en pocos años se afilió al Consejo Internacional de Enfermeras y empezó a publicar la *Revista Brasileira de Enfermagem*. Muchas escuelas de enfermería se desarrollarían en la región durante las décadas de 1930 y 1940. Por ejemplo, en 1936 se fundó en Venezuela una escuela de enfermería moderna y autónoma, bajo los auspicios de los ministerios de Salud y Educación. Su objetivo era elevar los estándares profesionales y dejar atrás el origen humilde y cierta imagen de bajo estatus social que anteriormente caracterizaba a estas profesionales.

Los programas de becas de la Fundación Rockefeller, y posteriormente de la Kellogg y de otras organizaciones, se fueron ampliando y diversificando a medida que se creaban más escuelas de salud pública en los Estados Unidos y América Latina. Algunos ejemplos revelan la presencia de latinoamericanos en las escuelas de medicina y de salud pública estadounidenses. En 1945, más de la tercera parte de los estudiantes en las escuelas de salud pública de las prestigiosas universidades de Harvard, Johns Hopkins, Michigan y Carolina

del Norte eran provenientes de algún país latinoamericano.⁶ Años después, en 1968, una considerable donación de la Fundación Kellogg apoyó las facultades de medicina de la Universidad del Valle en Cali, Colombia, y la Universidad de Nuevo León en Monterrey, México, para establecer estándares de excelencia académica similares a los de la medicina estadounidense. Algunas de estas universidades ya habían sido favorecidas con donaciones de la Rockefeller. En las décadas de 1940 y 1950, una parte de las becas de la Rockefeller se concentró en las áreas de ingeniería sanitaria, epidemiología basada en estadísticas y enfermería en salud pública. La Facultad de Enfermería de la Universidad de Toronto, que en 1943 fue la primera escuela canadiense en ofrecer un grado en enfermería, había recibido fondos importantes de la Rockefeller desde sus inicios, cuando funcionaba como un departamento pequeño dentro de la Escuela de Salud Pública. El programa de Toronto se convirtió en el destino favorito para las becarias latinoamericanas, que querían seguir estudios de posgrado en enfermería especializada en salud pública. Entre las más distinguidas estuvo Glete de Alcântara, a quien se le encargó la creación de la Escuela de Enfermería en el campus Ribeirao Preto de la Universidad de São Paulo en 1953, a su regreso de Toronto.

La historia de la enfermería en América Latina es un campo relativamente nuevo, y tomará algún tiempo identificar sus patrones en la región. Lo que sí sabemos es que las escuelas de enfermería, establecidas para formar a mujeres jóvenes, aparecieron por primera vez a principios del siglo xx, algunas al amparo de hospitales y de las facultades de medicina, otras bajo el auspicio de Sociedades de beneficencia católicas y de la orden francesa de las Hermanas de la Caridad. Aunque inicialmente no era un requisito para todas las escuelas el haber culminado los estudios escolares secundarios, progresivamente este pedido se fue generalizando. Asimismo, la enfermería y la salud pública —a pesar de los esfuerzos de muchos de sus organizadores— eran percibidas como hermanos menores de la medicina. Por ejemplo, fue mirado como un progreso que la Escuela de Enfermería de la Ciudad de México, creada en 1907, pasara dos años más tarde a ser parte de la Facultad de Medicina. De diferentes maneras, la enfermería se fue formando principalmente en los hospitales, que en su mayoría eran administrados por religiosas con alguna educación especial en tratamiento y rehabilitación. A mediados del siglo xx, este modelo se había consolidado y la mayoría de las mujeres certificadas como enfermeras trabajaban en los nosocomios y clínicas públicas y privadas.

⁶ *Aristides Moll a Geraldo de Paula Souza*, 25 de octubre de 1945.

Después de la segunda Guerra Mundial, en varios países se iniciaron programas más consistentes y extensos de enfermería, generalmente independizándose de las facultades de medicina pero manteniendo su afiliación universitaria y desarrollando mayores vínculos con los hospitales y con el Comité Internacional de la Cruz Roja con sede en Ginebra; ello permitió legitimar a una élite en enfermería (aunque, precozmente, desde 1880 algunos países como la Argentina ya se habían adherido a la asociación internacional de la Cruz Roja). Estos programas reforzaron una tendencia al incremento de la autonomía profesional y un aumento en los estándares y el prestigio de sus practicantes. Es importante anotar que, desde fines de la década de 1920, las enfermeras fueron vitales en la organización del trabajo en los nuevos edificios de hospitales; éstos se denominaron monobloques y tuvieron grandes estructuras de acero y hormigón armado, donde se racionalizaba el uso del personal, así como de las diferentes salas, de la energía eléctrica y de la ingeniería sanitaria.

Otro ejemplo de la secularización de la enfermería a mediados del siglo xx ocurrió en Argentina, donde la Fundación Eva Perón, un organismo filantrópico local vinculado a la esposa del presidente del gobierno, Juan Domingo Perón, unió fuerzas con algunos médicos para asegurar la formación y el trabajo en hospitales de las estudiantes de enfermería. Estos programas estuvieron a la vanguardia del proceso de profesionalización de la enfermería sobre la base de una educación más exigente y un estatus social reconocido, acorde con el género femenino. Nuevamente, la enfermería en salud pública, que a menudo tenía un entrenamiento más especializado, tuvo un rol clave en la definición de los estándares para la educación y la práctica, así como en la apertura de nuevos caminos profesionales para las mujeres de clase media. Como dice Jonathan Hagood cuando trata sobre las transformaciones en la enfermería durante la Argentina peronista, la nueva enfermera profesional era percibida como un “agente de enlace” en dos niveles. Por un lado, servía como un tipo de extensión práctica y espiritual del médico con sus pacientes, mientras que, por el otro, era una colectividad de profesionales polivalentes; es decir, tenía los conocimientos necesarios para tratar una serie de dolencias.⁷

⁷ Jonathan Hagood, “*Agentes de Enlace: Nursing Professionalization and Public Health in 1940s and 1950s, Argentina*”.

CONSOLIDACIÓN DE LA SALUD NACIONAL

Desde la década de 1920, los gobiernos de América Latina, en el proceso de acrecentar su autoridad, empezaron a formar ministerios a nivel del gabinete y secretarías de salud, y a crear organismos para administrar los planes de seguridad social. Uno de los primeros países que además de un ministerio fundó un sistema de seguridad social fue Chile, donde en 1924 se creó un Ministerio de Salud, Bienestar, Política Social y Trabajo, además del Fondo de Seguro Obligatorio para los Trabajadores con el objetivo de cubrir situaciones de enfermedad, invalidez, vejez y muerte. Esta entidad se formó sobre la base de las secciones de salud y bienestar del Ministerio del Interior, y su destino rápidamente metamorfoseado fue típico de los primeros esfuerzos por formalizar una entidad estatal de alto nivel en salud pública. En 1927, sus múltiples mandatos “sociales” habían sido asumidos por el nuevo Ministerio de Bienestar Social de Chile. Aunque se reconstituyó en 1932 en lo que se llamó simplemente Ministerio de Salud (que también tenía jurisdicción sobre la seguridad social), cuatro años después nuevamente se amplió para convertirse en el Ministerio de Salud Pública, Bienestar y Asistencia Social (amplias atribuciones que retuvo hasta 1959). El médico Eduardo Cruz-Coke Lassabe (1899-1974), profesor de fisiología y patología que se formó en Santiago y posteriormente en Berlín, dirigió el nuevo ministerio entre 1937 y 1938. El chileno publicó un texto fundamental en salud pública titulado *Medicina preventiva y medicina dirigida* (1938), y, a pesar de ser un católico conservador, puso en marcha un programa de salud que minó el poder de las órdenes religiosas en los hospitales e incrementó los criterios profesionales y técnicos sobre los políticos en los nombramientos en los servicios de salud. Sin embargo, uno de los problemas con las autoridades de salud fue su corto tiempo de permanencia en el cargo, lo que hacía difícil la continuidad de las políticas nacionales. Por ejemplo, en 1938 un salubrista paulista se quejaba con un colega brasileño de que desde 1930 había habido 14 secretarios encargados de la salud del Estado de São Paulo.⁸ Asimismo, por razones supuestamente técnicas, las unidades de salud eran cada cierto tiempo amenazadas con ser fusionadas con otras entidades gubernamentales, que poco o nada tenían que ver con la higiene.

Desde la década de 1930, los procesos de institucionalización en la salud pública estuvieron ligados al surgimiento de movimientos políticos y sociales

⁸ *Geraldo de Paula Souza a Afranio Peixoto*, 1 de febrero de 1938, AGHPS.

populistas. Después de la Depresión de 1929 los movimientos populistas, generalmente dirigidos por líderes carismáticos con ascendencia entre los trabajadores urbanos, pusieron fin a los regímenes oligárquicos y aristocráticos, donde existía una ciudadanía limitada que caracterizaba a la mayoría de los países de la región desde fines del siglo XIX. Casos clásicos fueron los de la presidencia de Lázaro Cárdenas en México y el gobierno de Getúlio Vargas en Brasil. Estas nuevas corrientes políticas buscaban acelerar el proceso de modernización mediante la industrialización a través de la sustitución de importaciones, la protección del mercado interno, la puesta en marcha de políticas sociales estatales en educación y salud pública y la extensión de derechos y regímenes de protección para los trabajadores urbanos. En muchos países, como sugiere Cristina Fonseca para el caso de Brasil, éstos fueron sistemas públicos segmentados; un rasgo común al resto de países de la región.⁹ Ello generalmente significó, por ejemplo, que los ministerios de Trabajo se ocuparan de las condiciones sanitarias en el trabajo y de la seguridad social de las clases medias; que la medicina privada atendiese a los ricos, la medicina militar a los miembros de las fuerzas armadas y los ministerios de Salud intentaran poner en marcha sistemas nacionales de salud que fuesen universales, aunque en realidad se ocuparon de los más pobres. Las nuevas políticas oficiales pudieron mejorar el acceso a la atención médica de la población urbana pobre, establecer un presupuesto para los gastos estatales en salud, aumentar el número de hospitales, crear oficinas descentralizadas y fortalecer los programas de salud rural, pero no resolvieron el problema de rivalidad de los diferentes organismos y entidades de salud. A pesar de este último problema, los nuevos ministerios asumieron con éxito muchas de las funciones sanitarias y consolidaron en la cultura nacional el principio de que, para el Estado, la medicina era una herramienta fundamental para la protección de la población y el ansiado incremento de la misma. Uno de sus primeros logros fue la producción o renovación de los códigos sanitarios nacionales que resumían las leyes y los reglamentos sanitarios que hasta entonces existían (México y Argentina tenían estos códigos desde fines del siglo XIX). Además, estos códigos obligaban a los médicos a notificar de las enfermedades “contagiosas” como la viruela, la fiebre amarilla y el sarampión; asimismo, establecían penas a quienes no cumplieren con el aislamiento que se les imponía durante las cuarentenas, estandarizaban los derechos y deberes del Estado y la sociedad con respecto a la salud y eran una referencia para los abogados y las autoridades

⁹ Cristina Fonseca, *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem*.

políticas. En la mayoría de los países de la región, los códigos surgieron en el periodo próximo a la segunda Guerra Mundial.

La institucionalización de la salud pública en Brasil se modernizó en la década de 1930 con la dirección del abogado Gustavo Capanema, el dinámico ministro de Educación y Salud. Capanema estuvo al frente de un ministerio creado en 1930 por el gobierno populista y centralista de Vargas.¹⁰ Durante su gestión, desde 1934 hasta 1945, la mano derecha de Capanema fue el higienista João de Barros Barreto (1890-1956), formado en el Instituto Oswaldo Cruz y en la Facultad de Salud Pública de Johns Hopkins, así como profesor de higiene en la Universidad Federal de Rio de Janeiro. La destacada trayectoria de Barros Barreto incluyó periodos como director del Departamento Nacional de Salud Pública en diferentes años de las décadas de 1930 y 1940. Barros Barreto representó, además, a Brasil en una serie de foros internacionales en Europa, los Estados Unidos y otros países de las Américas. Capanema se mantuvo en su puesto en el gabinete por largo tiempo, algo infrecuente en América Latina. En 1937 reorganizó las unidades sanitarias gubernamentales en Brasil, mediante su extensión y refuerzo en lo que se empezaron a llamar Delegaciones Federales de Salud. Éstas debían actuar como un enlace entre el gobierno central y las autoridades locales. A partir de 1941, el ministerio auspició las Conferencias Nacionales de Salud, reuniones periódicas patrocinadas por el gobierno federal en las que los técnicos, científicos y funcionarios de la salud podían debatir y llegar a acuerdos, que todos los niveles del Estado debían tener en cuenta. Las conferencias se interrumpieron durante la dictadura militar entre 1964 y 1985, pero fueron relanzadas una vez que retornó la democracia. Capanema extendió las intervenciones sanitarias contra las enfermedades endémicas rurales, que se habían iniciado a principios del siglo xx. Con su dirección y la financiación de la Fundación Rockefeller, se organizaron una serie de servicios nacionales en el Consejo Nacional de Salud. En el contexto de la segunda Guerra Mundial, el Consejo combinó preocupaciones nacionales con un orden de prioridades inspirado y apoyado por la cooperación bilateral estadounidense.

Un producto importante del proceso de modernización de la salud pública de mediados del siglo xx fue la creación de la normativa para la promoción de una burocracia especializada. El trabajo en salud comenzó, con dificultades, a ser una carrera del sector público sobre la base del mérito. Idealmente, tenía requisitos de ingreso, jerarquías y oportunidades justas para la promo-

¹⁰ Gilberto Hochman, "Cambio político y reformas de la salud pública en Brasil. El primer gobierno Vargas (1930-1945)".

ción y permanencia en el empleo, en las que las conexiones políticas no eran determinantes. Además, los funcionarios de salud compartirían una ideología del servicio público y suscribirían estatutos que intentaban ser apolíticos y conducentes a una profesionalización. En Brasil, este ímpetu provino de una generación de profesionales vinculados a la construcción de un aparato sanitario institucional que se extendería hasta después de 1953, cuando en el contexto de la redemocratización que siguió a la dictadura de Vargas Brasil creó un Ministerio de Salud separado de la cartera de Educación. Paradójicamente, el mismo Vargas tuvo una función clave en el proceso, ya que volvió a la presidencia a través de elecciones democráticas en 1951 (antes de, trágicamente, quitarse la vida en 1954). La creación del Ministerio provino de un esfuerzo de los médicos por ganar un mayor reconocimiento por su especialidad técnica y de una convicción de que los avances médicos serían capaces de resolver muchos de los problemas sociales. A partir de este momento, se fortaleció la salud estatal rural brasileña gracias a un Departamento Nacional de Enfermedades Endémicas Rurales (DNERU), creado en 1956 para articular programas contra la malaria, la peste y la fiebre amarilla.

En México, las políticas oficiales de salud pública se potenciaron con la creación, en 1943, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, materializando una iniciativa propuesta por el gobierno nacionalista de Lázaro Cárdenas (1934-1940).¹¹ La nueva secretaría tenía como objetivo regular todos los asuntos federales relacionados con el cuidado de la salud, los hospitales y las clínicas. La nueva entidad ministerial —creada durante el gobierno del presidente Ávila Camacho— fusionó el Departamento de Salubridad, fundado en 1917, con la Secretaría de Asistencia, que databa de 1938. El Departamento había estado encargado de controlar brotes epidémicos, de la organización de campañas de vacunación (especialmente contra la viruela), del control de la malaria en las zonas rurales y de la supervisión de la construcción de sistemas de agua potable en las zonas urbanas. La Secretaría de Asistencia coordinaba con las organizaciones benéficas de la Iglesia, que tenían a su cargo los hospitales donde se atendía a la población más pobre. La fusión fue parte de un esfuerzo de las autoridades nacionales por construir sistemas estatales centralizados, racionales y funcionales. La creación de una organización federal de la salud más poderosa también fue resultado de las demandas de los sindicatos de trabajadores y de las comunidades indígenas organizadas, que en la década de 1940 eran sectores con representación formal en el partido del gobierno (el

¹¹ Ana María Carrillo, "Surgimiento y desarrollo de la participación federal en los servicios de salud".

Partido Revolucionario Institucional: PRI). El primer secretario de salud fue Gustavo Baz, un respetado profesor de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Su mano derecha fue Manuel Martínez Báez (1894-1987), un especialista en patología, clínica y parasitología, graduado en Morelia, Michoacán, que había estudiado en la Escuela de Medicina de París y en el Instituto de Medicina Tropical en Hamburgo. Se especializó en malaria en Roma y en España con becas de la Rockefeller. En 1939, Martínez Báez fue el primer director del novísimo Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales, que asimismo fue el primer centro gubernamental de investigación en problemas de salud. Martínez Báez no sólo fue un líder mexicano en salud internacional, sino que conocía las complejidades de la malaria, la enfermedad que se pondría de moda durante la Guerra Fría, que estaba por llegar, y fue uno de los fundadores de la Organización Mundial de la Salud. Paralelamente, se fue consolidando una Sociedad Mexicana de Higiene (una similar existió en Brasil), que desde mediados de la década de 1940 organizó cuatro reuniones con representantes de distintos países latinoamericanos y de otras regiones del mundo. Esta sociedad brilló con el médico, parasitólogo y salubrista Manuel B. Márquez Escobedo, quien era graduado de la Universidad Médico Militar de la Ciudad de México (un caso que sugiere que los galenos militares estaban interesados en la sanidad, entre otras razones, porque trataban problemas de salud de un conjunto de personas). Tenía, además, una maestría en salud pública de la Universidad Johns Hopkins y fue tanto catedrático de medicina preventiva en la Universidad Nacional Autónoma de México como director de una Escuela de Medicina Rural en el Instituto Politécnico Nacional.¹²

LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y LOS NUEVOS ORGANISMOS INTERNACIONALES

En 1920 se celebró en Montevideo la Sexta Conferencia de la Oficina Sanitaria Internacional —organización creada en 1902—, generando un renovado impulso sanitario en las Américas.¹³ El nuevo director de la oficina fue Hugh S. Cumming (1869-1948), un médico militar que era cirujano general de los Estados Unidos. Después de la primera Guerra Mundial, Cumming había adquirido mayor reputación internacional en una reunión celebrada en Cannes en 1919 —donde se creó la Liga de Sociedades de la Cruz Roja— y como di-

¹² Alfonso González Galván, *Aspectos históricos de la Sociedad Mexicana de Salud Pública*.

¹³ Marcos Cueto, *El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud*.

rector de la Comisión de los Aliados enviada a Polonia para controlar el tifus exantemático. Cumming sería director de la agencia de las Américas durante los siguientes veintisiete años, desde 1920 hasta 1947, siendo reelegido en las subsiguientes conferencias de la Oficina. Poco después de la reunión de Uruguay, desde 1923 en adelante, la Oficina Sanitaria Internacional sería conocida como Oficina Sanitaria Panamericana, e iniciaría la publicación periódica de un influyente boletín. La agencia estaba esencialmente conformada por un grupo de funcionarios que trabajaban en Washington, D. C. Ellos dirigían algunas operaciones de campo, relacionadas, sobre todo, con el control de epidemias y vacunaciones contra la viruela, y mantenían el contacto con las autoridades de salud de cada país (con las significativas excepciones iniciales de Canadá y las colonias europeas en el Caribe). El presupuesto que se empleaba para ello era mucho más limitado que el de la Fundación Rockefeller. No obstante, la Oficina hizo una extraordinaria contribución: en el Código Sanitario Americano, adoptado en la Séptima Conferencia celebrada en La Habana en 1924, la salud fue reconocida como un derecho de los países y de las personas. Este nuevo instrumento legal y político fue un medio de presión política para que los Estados establecieran organismos de salud pública, así como programas permanentes de prevención y control de enfermedades infecciosas.

Sin embargo, no todo fue color de rosa en la carrera de Cumming. Uno de sus “logros” más cuestionados fue que aprobó —como lo hicieron sus sucesores en la oficina del Cirujano General— los famosos experimentos en Tuskegee, Alabama; allí, a los hombres negros que sufrían de sífilis se les ocultaba su condición y —en contra de la ética médica— no se les daba tratamiento como una manera de contrastar resultados con grupos de control que sí recibían cuidados. El caso se convirtió en un escándalo en la década de 1970, cuando los experimentos se hicieron públicos, lo que finalmente condujo a que en 1997 Bill Clinton, entonces presidente de los Estados Unidos, pidiera disculpas y ofreciera una compensación. La revelación de una retorcida extensión de estos experimentos, que involucraba a América Latina, surgiría en el año 2010, cuando la historiadora Susan Reverby descubrió que de 1946 a 1948 el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (USPHS o PHS por sus siglas en inglés, correspondientes a United States Public Health Service) también condujo pruebas sobre las enfermedades venéreas en Guatemala, utilizando prisioneros, prostitutas, enfermos mentales, indígenas, reclutas militares y niños hospitalizados.¹⁴ Así, con la dirección del médico John Cutler, quien tam-

¹⁴ Susan M. Reverby, “‘Normal Exposure’ and Inoculation Syphilis: A PHS ‘Tuskegee’ Doctor in Guatemala, 1946-1948”.

bién trabajó en Tuskegee, Alabama, el programa guatemalteco implicó realizar infecciones con sífilis en individuos sanos que formaban parte del experimento, seguidas de “tratamientos” con penicilina mal supervisados. Es interesante mencionar que Tuskegee ha sido recordado incorrectamente por la cultura popular estadounidense como un experimento en el que se infectó intencionalmente a hombres negros con la sífilis (lo que no ocurrió). Con Reverby se supo con horror que la inoculación intencional de la enfermedad en seres humanos sí había sido llevada a cabo por la misma agencia, sólo que más al sur y en países y grupos sociales menos significativos para el sistema imperial de los Estados Unidos. Entre los aspectos sorprendentes y aún inexplicados de los ensayos de Guatemala encontramos que se tuvo el apoyo de los líderes del gobierno durante el recién inaugurado régimen democrático de Juan José Arévalo (1944-1950), que dio inicio a un periodo de reformas después de décadas de dictadura militar. Juan Funes fue el contacto clave en Guatemala; él era médico formado en los Estados Unidos con una beca de la United States Public Health Service y el experto en enfermedades venéreas de su país. Funes y el ministro de Salud ayudaron a Cutler para organizar los experimentos. Una vez más ocurrió que el personal de un incipiente organismo de salud nacional colaboró estrechamente con una agencia internacional con base en los Estados Unidos, aunque en este caso la dinámica de refuerzo mutuo estaba lejos de ser saludable. Los hallazgos de Reverby fueron lo suficientemente dramáticos como para provocar una inmediata disculpa oficial del Departamento de Estado estadounidense a Guatemala en 2010. Sin embargo, el asunto desde el lado guatemalteco aún no ha sido explorado en detalle.

El cambio de nombre de Oficina Sanitaria Internacional a Oficina Sanitaria “Panamericana” fue una señal de la hegemonía de la noción de panamericanismo y, en última instancia, de los Estados Unidos en asuntos médicos y científicos de la región. Significó el ocaso oficial del término “latinoamericanismo” (que excluía a los Estados Unidos y que se utilizó para organizar algunas reuniones médicas y científicas a principios del siglo xx). También significó que se organizaran menos reuniones sanitarias bilaterales sudamericanas, y menos acuerdos de cuarentenas, como los que se sostuvieron entre la década de 1870 y fines del siglo xix (especialmente entre Brasil, Argentina y Uruguay, pero también entre Perú y sus vecinos) para limitar el impacto de las epidemias en los puertos y regular la llegada de los inmigrantes. El panamericanismo fue promovido por algunos gobiernos, especialmente Estados Unidos, y por las élites médicas latinoamericanas que se habían formado en ese país. La denominación perduró hasta después de 1959, cuando la oficina

se cambió de nombre a Organización Panamericana de la Salud. Aunque inicialmente dependía del financiamiento de los Estados Unidos, después de la segunda Guerra Mundial esto cambió y empezó a recibir contribuciones “voluntarias” de los gobiernos de la región, para finalmente establecer un sistema de aportes según el tamaño de la población del país, siendo la principal contribución financiera la proveniente de Estados Unidos. Después de la primera Guerra Mundial, la política exterior estadounidense empezó a tener un papel global, de acuerdo con su economía y a pesar de las voces aislacionistas en el Congreso. Paradójicamente, esta visión más amplia fracasó cuando quiso ser proyectada a Europa. El ideal del presidente Woodrow Wilson era que los Estados Unidos tuvieran un liderazgo en la Liga de las Naciones, una organización creada a su insistencia al final de la guerra, pero que se frustró por un Congreso aislacionista estadounidense que votó en contra de la participación de su país. Este proceso tuvo un impacto en la salud internacional.

Para la tercera década del siglo xx existían dos agencias internacionales de salud y sus reuniones contaban con representantes tanto de los Estados Unidos como de algunos países latinoamericanos. La Oficina Internacional de Higiene Pública (Office International d'Hygiène Publique, OIHP), fundada en 1907, fue resultado de once conferencias que se iniciaron en París en 1851, en las que se trataron de estandarizar las cuarentenas, la información epidemiológica, las normas sanitarias marítimas y el aislamiento de enfermos en el Mediterráneo, Europa continental y el resto del mundo. La OIHP se concentró en la inteligencia epidemiológica internacional de tres enfermedades (el cólera, la peste y la fiebre amarilla), y tuvo menor injerencia en la elaboración de propuestas de mejoras en los sistemas de salud pública. La Organización para la Salud de la Liga de las Naciones (LNHO por sus siglas en inglés, correspondientes a League of Nations Health Organisation) nació apenas terminada la primera Guerra Mundial como un subproducto del Tratado de Versalles. La Liga, la primera agencia en tener por mandato promover y garantizar la paz mundial, auspició, en 1920, la formación de una comisión con el fin de tratar un brote de tifus que asoló Rusia y Europa Oriental. Además, rastreó la entonces misteriosa y mal llamada pandemia de la gripe española, que afectó a cerca de 15 millones de personas entre 1918 y 1920. La LNHO cumplió funciones más amplias que la OIHP, lo cual, sobre todo, incluyó intervenir en la mejora de los sistemas de salud pública, promover la investigación médica y estandarizar las dosis y el uso de productos farmacéuticos. Empezó a operar desde su sede en Ginebra, Suiza, donde estaba la sede de la misma Liga de las Naciones. La LNHO trató de absorber a la OIHP; sin embargo, los intentos de unificación de

las dos agencias nunca prosperaron, por lo que quiso promover el principio de que la relación con los países se realizara directamente y sin la intermediación de organismos regionales, como la Oficina Sanitaria de las Américas. Debido a la prevalencia de la tradición aislacionista de la política exterior de ese país, el Congreso de los Estados Unidos se negó a unirse a la Liga de las Naciones, aunque varios estadounidenses apoyaron su trabajo en salud (no obstante, los Estados Unidos estaban representados en la LNHO). Esta decisión ambivalente fue importante en el apoyo que el gobierno francés le dio a la OIHP, para que se resistiera a ser absorbida por la agencia de salud de la Liga. La decisión se vio reforzada cuando la OIHP percibió que la LNHO estaba duplicando algunos de sus trabajos en mejoramiento de la inteligencia epidemiológica mundial y tenía aliados como Cumming, que preferían que no hubiese una sola agencia internacional de salud. Los países latinoamericanos, si bien en muchos casos eran miembros de la Liga, eran ambivalentes en cuanto a dos organizaciones internacionales de salud europeas y apoyaron el trabajo de ambas. Aunque el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos prefirió la más burocrática y menos intrusiva OIHP que la LNHO (Cumming llegó a ser presidente del Comité Permanente de una agónica OIHP en abril de 1945), varios latinoamericanos —y el mismo Cumming— actuaron en las dos agencias y algunos le dieron cierta preferencia a la LNHO. Carlos Chagas, el líder de la salud pública de Brasil, fue miembro del Comité de Salud de la LNHO entre 1922 y 1934. Médicos argentinos, como el pediatra Gregorio Aráoz Alfaro, el bacteriólogo Alberto Sordelli y el higienista Alberto Zwanck, eran miembros del cuerpo directivo de la LNHO. Algunos de los funcionarios o beneficiarios de esta agencia eran latinoamericanos, como el brasileño De Paula Souza, quien trabajó en Ginebra entre 1927 y 1929. Esta agencia desarrolló investigaciones sobre la salud y nutrición infantil, organizó visitas de especialistas europeos a países de las Américas, promovió una reforma del sistema de salud boliviano y planificó la organización de una conferencia sobre salud rural en México que desgraciadamente no llegó a realizarse.

Gracias a una combinación de la presión de Chagas, la generosidad del filántropo brasileño Guilherme Guinle, el convencimiento del gobierno brasileño, la visita del destacado médico tropical alemán Bernhard Nocht a Brasil, quien era miembro de la LNHO, y el auspicio de esta agencia, se creó, a comienzos de los años treinta, el Centro Internacional de Leprología. El Centro empezó a publicar la *Revista Brasileira de Leprologia*, que se convirtió en un lugar de entrenamiento nacional e internacional y contribuyó a reducir el estigma de esta dolencia, además de propiciar la investigación sobre nuevas for-

mas de cuidado. Por ejemplo, el investigador médico Howard Irving Cole, quien había trabajado antes en las Filipinas, fue enviado al Centro y encontró una manera de producir, con semillas brasileñas, el ansiado aceite chaulmoogra, crucial en las inyecciones de tratamiento; hasta entonces se creía que sólo se conseguía en la India. Aunque el Centro dejó de existir en 1939, los especialistas en lepra en Brasil (más adelante la enfermedad fue llamada enfermedad de Hansen para eludir la marginación) continuaron siendo protagonistas nacionales e internacionales fundamentales en la discusión y las actividades contra esta enfermedad.

Durante y poco después de la segunda Guerra Mundial, la influencia cultural y médica europea empezó a declinar en América Latina mientras que la hegemonía de los Estados Unidos se consolidaba (un proceso en el cual la Fundación Rockefeller y la Oficina Sanitaria Panamericana fueron pioneros). No sólo funcionarios del Departamento de Estado y soldados estadounidenses llegaron en mayor número a la región, sino también comerciantes, banqueros, empresarios, misioneros, maestros, funcionarios de agencias de cooperación, científicos y médicos. Esto también incluyó el fortalecimiento de la Unión Panamericana, creada en la Primera Conferencia Internacional de los Estados Americanos reunida en Washington, D. C., en 1890. A fines de la década de 1920, Herbert Hoover, presidente de los Estados Unidos, dio inicio a la “Política del Buen Vecino” en la región. Sin embargo, las intervenciones militares previas (como la ocupación de Haití por los Marines en 1915, algo que se extendió hasta 1934) hizo de esta política algo poco creíble en sus inicios. Sólo desde mediados de la década de 1930, con el presidente Franklin D. Roosevelt, quien estuvo en el poder durante cuatro periodos, desde 1933 hasta casi el final de la segunda Guerra Mundial, ganó credibilidad el panamericanismo; en parte porque estuvo acompañado por programas de cooperación técnica de los Estados Unidos y por la exaltación de los vínculos culturales en las Américas, que glorificaron el término “interamericano”. En la práctica, el panamericanismo sirvió para justificar la influencia de los Estados Unidos en la región y para limitar el poder económico y político de las potencias europeas en el Caribe. En ese periodo, la supremacía estadounidense se consolidó, aunque por lo general tuvo algunos cuestionamientos y no siempre contó con los recursos suficientes para tener programas bilaterales eficaces en áreas sociales como salud. Ello se debió a que los Estados Unidos estaban concentrados en salir de la Gran Depresión, lanzando programas domésticos para los desempleados, los minusválidos, los huérfanos y otros sectores vulnerables de la población. En 1936, Roosevelt escogió al médico Thomas Parran (1892-1968) para

el cargo de Cirujano General. Entonces, Cumming quedó como solamente encargado de la política sanitaria panamericana. Parran era conocido por su defensa de la seguridad social y sus actividades contra las enfermedades venéreas, y llegaría a forjar un nombre en el ámbito de la salud internacional. Dirigió el Servicio de Salud Pública estadounidense hasta 1948, cuando el presidente Harry S. Truman lo reemplazó con el médico Leonard A. Scheele, quien tenía menos experiencia e interés en la salud internacional.

Para los países latinoamericanos, los años entre las dos guerras mundiales estuvieron marcados por dificultades políticas y económicas, acompañadas de crisis sociales, pero también fue un periodo de crecientes demandas de políticas sociales. Asimismo fue una época de marcados cambios demográficos. En 1930, América Latina y el Caribe tenían una población total de más de ciento cuatro millones de habitantes, con poblaciones de más de once millones en Brasil, México y Argentina. Durante el siglo xx, la tasa de crecimiento de la población en las Américas fue una de las más altas del mundo. Aunque los países citados tenían a la mayoría de su población en zonas rurales, sus capitales albergaban, cada una, más de un millón de habitantes, y progresivamente fueron atrayendo más migración del campo a la ciudad; entonces, ello impulsó el crecimiento sostenido de las tasas de alfabetización, el aumento del número de años que los niños permanecían en la escuela y el reconocimiento de los derechos políticos de las mujeres (como el derecho al voto). La resistencia a la “Política del Buen Vecino” de parte de algunos líderes de las élites latinoamericanas tuvo razones ideológicas (muchos entendían que el panamericanismo era una forma disfrazada de imperialismo) y razones culturales (muchos también creían que el ideal a alcanzar seguía siendo el europeo). La segunda Guerra Mundial disminuiría esta resistencia y crearía una nueva dinámica.

La influencia de los Estados Unidos en la región se vio reforzada durante la segunda Guerra Mundial con la intervención de una agencia federal estadounidense, la Oficina de Coordinación de Asuntos Interamericanos (conocida como OCIAA por sus siglas en inglés, correspondientes a Office of the Coordinator of Inter-American Affairs). Creada en 1941 como parte del Departamento de Estado, fue dirigida por Nelson A. Rockefeller, nieto del magnate petrolero que creó la Fundación que lleva su apellido. El propósito de la agencia oficial de cooperación bilateral —una de las primeras de su tipo en los Estados Unidos— era contrarrestar la influencia nazi en la región a la par de fortalecer el comercio y los vínculos culturales entre los Estados Unidos y América Latina. Esta oficina condujo programas educativos, económicos y de sa-

lud pública que incluyeron la construcción de hospitales y sistemas de agua y alcantarillado, así como el otorgamiento de becas para estudiantes de medicina. Estas actividades fueron desarrolladas en cada país por organizaciones llamadas “servicios de cooperación en salud pública”, que estuvieron formalmente bajo la supervisión de los ministerios de Salud, pero gozaron de una autonomía de facto. Típico de la ayuda bilateral, estos programas usualmente se encontraban en países donde también existían bases militares y los estadounidenses buscaban asegurar la exportación de materias primas y la lealtad de los gobiernos durante el conflicto armado mundial.

La mayoría de estos servicios se mantuvieron activos hasta después del final de la segunda Guerra Mundial. Una dimensión de las actividades de los Servicios Especiales de Salud Pública (SESP), que existieron en prácticamente todos los países latinoamericanos, se revela en las siguientes cifras: en 1948 había 130 estadounidenses expertos en salud trabajando en la OCIAA, y alrededor de 8000 doctores y enfermeras. Sólo en ese año, aproximadamente 600 latinoamericanos recibieron becas, generalmente para estudiar en los Estados Unidos. Entre 1941 y 1951 se invirtieron más de 30 millones de dólares en proyectos de salud.¹⁵ Aunque se suponía que los costos de los programas se debían compartir con los gobiernos locales (tal como se esperaba con los programas de la Fundación Rockefeller), esto nunca se logró completamente, y Estados Unidos tuvo que hacerse cargo de la mayor parte financiera. El supuesto detrás de estas iniciativas, como con las becas de la Rockefeller que las precedieron y las de la Fundación Kellogg que llegaron después, fue que las élites profesionales replicarían en Latinoamérica el modelo de salud y educación médica estadounidense, considerado entonces el más moderno.

Centrándose en Brasil, André Campos, uno de los investigadores que ha analizado en detalle el programa SESP, argumenta que el esfuerzo bilateral convergió con las políticas centralizadoras del gobierno autoritario de Vargas, que buscó consolidar la autoridad federal en las provincias.¹⁶ Según Campos, el servicio de salud fue creado en 1942, para proteger a los estadounidenses en las bases militares construidas en el noreste brasileño y en las regiones consideradas estratégicas por sus materias primas —como el caucho—, que eran vitales para el esfuerzo de la guerra; sin embargo, posteriormente se extendió a otros programas sanitarios en todo el país. Durante la segunda Guerra Mun-

¹⁵ United States Public Health Service, Bureau of State Service, *Ten Years of Cooperative Health Programs in Latin America, an Evaluation* [mimeo].

¹⁶ André Luiz Vieira de Campos, *Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*.

dial, la Oficina Sanitaria Panamericana y su *Boletín* a menudo utilizaban la expresión clave “defensa continental”, para referirse al esfuerzo que debía hacer todo el hemisferio occidental en la lucha contra el nazismo y el fascismo. A ello lo acompañaban las primeras preocupaciones por sabotajes y ataques biológicos por parte de los enemigos de los Aliados, así como metáforas acerca de que una guerra paralela estaba siendo llevada a cabo por los trabajadores de salud: la lucha contra las enfermedades prevenibles y las condiciones de vida antihigiénicas.

La defensa de las Américas fue el tema central de la Onceava Conferencia Sanitaria Panamericana presidida por João de Barros Barreto y llevada a cabo en Rio de Janeiro en septiembre de 1942. En la inauguración, Cumming argumentó que la defensa de la democracia y la salud pública en Europa y el Pacífico eran tareas entrelazadas tanto en esas regiones como en las Américas. La Conferencia de Rio fue importante, porque asistieron delegados de las 21 repúblicas y de Canadá (un país que empezó a enviar observadores a los foros sanitarios en 1936). Asimismo, los representantes caribeños de colonias europeas, especialmente las británicas que estaban con los Aliados, intercambiaron información epidemiológica con la oficina de Washington, D. C., durante la guerra y comenzaron a participar en las reuniones sanitarias panamericanas. Una preocupación de los delegados en este cónclave fue la salud y el tráfico aéreo, tan temprano como en 1933, cuando se aprobó una convención sanitaria internacional de navegación aérea (la que fue reformulada en 1944). El volumen de la aviación comercial, en función de pasajeros, carga y correo, estaba experimentando un crecimiento extraordinario. Uno de los principales protagonistas del crecimiento de la aviación comercial fue Panagra (*Pan-American Grace Airways*), que operaba aviones que volaban regularmente a través del continente. Un viaje entre Buenos Aires y Nueva York, que tomaba dos semanas por mar, ahora se podía hacer en veinticuatro horas por vía aérea, y para 1955 las aerolíneas llevaban cinco veces más pasajeros de los Estados Unidos a América Latina que los barcos a vapor. Estos cambios también redujeron el costo del transporte y aumentaron el peligro de la propagación de enfermedades transmisibles por mosquitos transportados en las aeronaves. Para responder a estos desafíos, las autoridades sanitarias introdujeron un reglamento con respecto al transporte de animales, la selección de los pilotos y la tripulación, y el examen médico de los viajeros, a quienes se les pedía que se vacunasen para inmunizarlos contra algunas enfermedades.

Durante la segunda Guerra Mundial, a partir de 1942, la Oficina Sanitaria Panamericana creó sus primeras sucursales de campo en El Paso, Texas, fron-

tera entre México y Estados Unidos. Al principio su misión era controlar la sífilis y la gonorrea en ambos márgenes del Río Bravo, y su trabajo era complementado por la Asociación de Salud Fronteriza México-Estados Unidos. La segunda oficina se creó en la Ciudad de Guatemala, para controlar el tifus entre la población indígena; así, se utilizó una vacuna que se había desarrollado y el DDT —que entonces no estaba envuelto en un debate sobre sus efectos tóxicos— para eliminar los piojos. También en Guatemala se formó, en 1949, el órgano especializado de la OPS denominado Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), dedicado a las investigaciones en nutrición desde un punto de vista clínico y la falta de proteínas en la alimentación. Otra oficina operó en Lima y estaba abocada a la eliminación de la peste bubónica de la costa oeste de Sudamérica. Finalmente, una oficina en Jamaica supervisaba el trabajo de salud en el Caribe. Estos establecimientos anticiparon el desarrollo de agencias nacionales de la Oficina Sanitaria Panamericana en toda la región. En las décadas siguientes se seguirían creando centros especializados.

AMÉRICA LATINA EN LA FUNDACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

La noción de salud pública, que maduró hacia el final de la segunda Guerra Mundial, era que se trataba de una herramienta esencial, no sólo para proteger la salud de los individuos y las poblaciones, sino también para asegurar los lazos de solidaridad y paz entre los países. El Departamento de Estado de los Estados Unidos, con el apoyo del Reino Unido y de la antigua Unión Soviética, promovió una agencia de salud única, que remplazara a las agencias existentes (como la Organización para la Salud de la Liga de las Naciones-LNHO, debilitada desde el principio de la guerra). Cumming se opuso a una organización internacional única, con el argumento de que los Estados Unidos habían tenido una política exterior aislacionista y había que mantener los fueros de la oficina sanitaria panamericana. Además, Cumming era más cercano a la Oficina Internacional de Higiene Pública (Office International d'Hygiène Publique) de Francia, a pesar de que esta organización, después de la guerra, se hallaba desprestigiada por haber trabajado en la Francia ocupada por los nazis. En parte por estas razones, Cumming quedó fuera de los nuevos proyectos de salud internacional de fines de la década de 1940.

Algunos países, especialmente Brasil, tuvieron un papel importante en la formación de una nueva organización multilateral de salud, como una agencia

especializada de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). Aunque la creación de una agencia de salud no estaba en la lista de prioridades de la reunión fundacional de la ONU de 1945, una propuesta para considerar la cuestión provino de una declaración conjunta del profesor de higiene paulista Geraldo de Paula Souza y Sze Szeming de China. Ambos habían trabajado durante la guerra en la Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas (UNRRA por sus siglas en inglés —correspondientes a United Nations Relief and Rehabilitation Administration—, creada por los Aliados en 1943 para cuidar a los civiles que estaban sufriendo luego de la derrota de los poderes del Eje que habían ocupado sus países). Sin embargo, ninguno de los dos participó en la reunión como representante de UNRRA, sino como parte de las delegaciones de sus países. El ministro de Relaciones Exteriores de Brasil apoyó la propuesta de ambos y argumentó que la salud era una piedra angular para reconstruir las relaciones cordiales entre los países. Para apoyar la propuesta, Souza estableció un paralelismo con la manera como los desafíos de la salud, al final de la primera Guerra Mundial, condujeron a la creación de una unidad sanitaria nueva y distinta, que se ubicó como parte de la Liga de las Naciones. Argumentó que existían condiciones similares: la necesidad de reconstruir sistemas de salud en países afectados por el conflicto, y la persistencia de enfermedades epidémicas que podían combatirse efectivamente sólo a escala internacional. Medio siglo de desarrollo de organizaciones de salud nacionales, bilaterales, internacionales y filantrópicas en las Américas estaba a punto de confluir en la creación de un nuevo marco institucional para la salud internacional.

La declaración de Brasil y China en San Francisco proponía convocar a una conferencia especial para la creación de una nueva agencia de salud internacional. En respuesta, se formó un Comité Técnico Preparatorio, conformado por dieciséis miembros. Entre ellos se encontraban distinguidos especialistas en la salud como René Sand de Bélgica, Gregory Berman de Argentina, Manuel Martínez Báez de México, Andrija Stampar de Yugoslavia, Brock Chisholm de Canadá y Thomas Parran de los Estados Unidos. En 1946, este grupo discutió propuestas para presentarlas en la conferencia plenaria. La Conferencia Internacional de la Salud, la primera que se organizó bajo los auspicios de las Naciones Unidas, se inauguró en la ciudad de Nueva York el 19 de junio de 1946 y concluyó sus deliberaciones el 22 de julio de ese año. Los protagonistas fueron Estados Unidos, Gran Bretaña, Francia, los Estados latinoamericanos y representantes de los Aliados que habían derrotado a Alemania y Japón. Un tema de la reunión fue la adopción de una constitución para la Organización

Mundial de la Salud (OMS, un título determinado por el Comité Técnico Preparatorio) y la creación de un Comité Interino (CI), que organizara la primera Asamblea Mundial de la Salud (donde se constituiría formalmente la OMS y que se llevó a cabo en Ginebra, en 1948). El CI fue el encargado de recomendar el lugar para la sede de la nueva agencia (que terminó siendo Ginebra) y establecer las características del sistema descentralizado. La conferencia de Nueva York aprobó dar por concluidas las actividades de la Oficina Internacional de Higiene Pública e instruyó al CI para que asumiera las funciones de la LNHO. Curiosamente, la OMS entonces registró, en el preámbulo de su constitución, un ambicioso enfoque de la salud, que aún resuena como un ideal para algunos sanitaristas: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”.

Durante su periodo formativo, la OMS absorbió a casi todas las anteriores agencias internacionales de salud. Sin embargo, no subsumió a la Organización Panamericana de la Salud, para disgusto de algunos expertos europeos y asiáticos, que utilizaban los términos “absorción” o “liquidación” para referirse a organizaciones preexistentes, argumentando que la OMS debería ser realmente única. Mientras tanto, los latinoamericanos discutían su posición respecto de la OMS y sentían que los europeos no respetaban suficientemente las tradiciones panamericanas. El problema se resolvió en enero de 1947, durante la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Caracas; allí Parran convenció a los delegados de que era posible que los países de las Américas mantuvieran su membresía en dos organismos, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, porque en el primero se esperaba la creación de otras oficinas regionales. En los años anteriores, los ministros de Relaciones Exteriores de los países latinoamericanos habían hecho un esfuerzo en convencer al Departamento de Estado estadounidense de la vital importancia de mantener la oficina. A comienzos de 1945, la Conferencia Interamericana sobre Problemas de la Guerra y de la Paz, que se celebró en la Ciudad de México, concluyó que la Oficina Sanitaria Panamericana debería continuar, como la agencia general de coordinación en materias de salud para todos los países del hemisferio occidental; así, cualquier nueva agencia debería reconocer el carácter y la legitimidad continental de la Oficina. Como resultado, se pasó una resolución en la que se declaraba que la Oficina funcionaría como un brazo regional de la OMS para las Américas (un estatuto consagrado en el artículo 54 de la Constitución de la OMS). Otra razón por la que la OMS no podía imponer una toma de posesión fue su limitado presupuesto. Además, los Estados Unidos eran el principal contribuyente de

la OMS y su política exterior apoyaba a las Naciones Unidas al igual que a las organizaciones interamericanas. La retención de la autonomía de salud multilateral regional también se debió al lento proceso de ratificación en la OMS: para 1949 habían firmado sólo catorce países.

La noción de la salud como un derecho ciudadano, como fue proclamado en el preámbulo de la Constitución de la OMS, recibió un impulso durante y después de la guerra con la reconstrucción de Europa. Ello fue especialmente verdad en Gran Bretaña, donde el Partido Laborista hizo del Servicio Nacional de Salud la clave en su noción de un Estado de bienestar, que garantizase el pleno empleo y los derechos de todos los ciudadanos al acceso a la educación y la salud pública. Esta noción también apareció en oposición a la noción nazi del Estado de Guerra Total y al monopolio estatal de los medicamentos defendido por la entonces Unión Soviética. Los sistemas de seguridad social de los países capitalistas industrializados fueron concebidos como una manera de enfatizar la medicina preventiva sobre la medicina curativa. Uno de los objetivos de estos sistemas también fue extender la cobertura de la licencia por maternidad, la jubilación y la discapacidad por enfermedad o accidentes de los trabajadores. Un país latinoamericano que adoptó tempranamente este sistema extendido de seguridad social fue Chile; allí, como continuación de las protecciones que se habían ofrecido desde la década de 1920, a principios de la década de 1940 existía una “caja” —es decir, un banco o fondo— de indemnización para costear el tratamiento y la rehabilitación de los trabajadores lesionados en el trabajo. En el Perú, donde desde 1936 se contaba con un programa de seguridad social para los obreros, se creó en 1940 un Fondo Nacional de Seguridad Social que contribuyó a la construcción del Hospital Obrero de Lima, y, en 1948, la seguridad social se amplió a todos los empleados urbanos del país. Para entonces, la mayoría de las naciones de la región tenían organismos que atendían la seguridad social y contaban con organismos financieros, a los que contribuían los empleadores, los trabajadores y el Estado, que idealmente debían cubrir los gastos de enfermedad, licencia de maternidad, desempleo, accidentes de trabajo y pensiones por jubilación.

Estos avances fortalecieron otra agencia multilateral que existía desde antes de la segunda Guerra Mundial, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), formada en 1919 con el sueño de crear consejos nacionales tripartitos integrados por representantes de los trabajadores, empleadores y gobierno. Algunos países de América Latina se unieron a la OIT antes de la segunda Guerra (después de 1945 todos ya eran miembros). En la región se dio la lucha por la aceptación, especialmente por los grupos empresariales, de la creciente inter-

vención y regulación estatal en las condiciones de salud, trabajo y jubilación de los trabajadores, así como de las normas que debían aplicarse al trabajo de las mujeres. En 1936, Chile fue anfitrión de la Conferencia del Trabajo de los Estados americanos miembros de la OIT. La segunda conferencia regional de este organismo fue realizada en La Habana, Cuba, en 1939, y, en 1942, la capital chilena se convirtió en escenario de la Conferencia Interamericana sobre Seguridad Social. El programa de seguridad social de México, que se erigió en modelo para muchos Estados latinoamericanos, data de 1943. A comienzos de la década de 1950 trabajó en Perú, Bolivia y Ecuador una Misión de Asistencia Técnica de la OIT; en ella participaron médicos y antropólogos de esos países, y estuvo orientada hacia la promoción de los derechos de los pueblos indígenas. Este tipo de trabajo era ciertamente innovador, porque hasta entonces los trabajadores urbanos eran los que generalmente estaban favorecidos por los sistemas de seguridad social y el factor étnico no era tomado en consideración. Uno de los últimos países en modernizar su sistema de seguridad social fue Brasil, cuyo Instituto Nacional de Seguridad Social, creado por un gobierno militar en 1966, vino a implementar con mayor rigor y extender una serie de derechos laborales establecidos durante la década de 1930 por el gobierno de Vargas.

En varios países, la consolidación de la seguridad social en el ámbito urbano estuvo acompañada de la legitimación de ministerios o departamentos, que contaron con una mayor autonomía política y financiera. Uno de los más notables fue el Departamento de Salud de Argentina, creado en 1946 con rango de ministerio y conducido hasta 1954 por Ramón Carrillo (1906-1956). Carrillo estudió medicina en Buenos Aires y en un principio se interesó por la investigación en neurología, pero en sus últimos años de estudiante se dedicó a los temas médico-sociales y publicó artículos en la *Revista del Círculo Médico Argentino* y *Centro de Estudiantes de Medicina*. En 1930 ganó una beca para estudiar en Europa, tiempo que pasó sobre todo en el Laboratorio de Anatomía del Cerebro y el Laboratorio de Histología de la Universidad de Ámsterdam, lo que sugiere que seguía interesado en la práctica clínica. Tres años después, de regreso en Buenos Aires, fue nombrado jefe del laboratorio de neuropatología del Instituto de Cirugía Clínica del Hospital de Clínicas, y profesor de neurocirugía en la Escuela de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Poco tiempo después recibió una propuesta del ministro de Guerra para organizar un servicio de neurocirugía en el Hospital Militar Central. Allí, observando las pobres condiciones sanitarias de los jóvenes reclutas, Carrillo se comprometió más con la salud pública y entró en contacto con los oficiales

que apoyarían el peronismo. Su trayectoria es importante de resaltar, porque sugiere que los líderes médicos debían tener entonces no sólo un interés en la sanidad, prestigio como clínicos o investigadores médicos, sino, además, contactos políticos.

A principios de 1946, el general Juan Domingo Perón, quien había logrado su popularidad como secretario de Trabajo y Previsión, fue elegido presidente de Argentina, un cargo para el que sería reelegido y que ostentaría hasta 1955, cuando fue derrocado por un golpe militar. Perón designó a Carrillo para que dirigiera, primero, una nueva Secretaría de Salud formada en 1946 y posteriormente, en 1949, lo puso al frente de un nuevo Ministerio de Salud Pública, creado sobre la base de la Dirección Nacional de Salud Pública y Asistencia Social, establecida en 1943 por un gobierno militar en el que participaba Perón como secretario de Trabajo y Previsión (Carrillo dirigiría el Ministerio hasta 1956, contando con un considerable personal, recursos y autonomía). La creación de un nuevo ministerio fue una decisión clave, porque significó que los problemas de salud ya no se encontraban bajo la tutela del Ministerio del Interior, donde habían estado por casi sesenta años. El nombramiento de Carrillo se hizo en el contexto de un antagonismo entre Perón y muchos de los más renombrados profesionales de la medicina y científicos médicos (incluyendo al fisiólogo Bernardo Houssay). El nombramiento tuvo efectos encontrados: por un lado, la mayoría de la élite de la comunidad médica no apoyaba las iniciativas de Carrillo porque formaba parte de un gobierno que ellos despreciaban, aunque sólo podían oponerse a las reiteradas intervenciones, mas no tenían la posibilidad de articular una oposición; y, por otra parte, Carrillo gozaba de una relativa autonomía y estaba por encima de las disputas profesionales porque tenía el respaldo de un régimen poderoso, que se encontraba cómodamente instalado. Carrillo demostró tener talento, habilidad y una visión de largo plazo, como lo sugiere el documento que preparó sobre políticas de salud para su país. Entre los ideales en que estaba basado el documento, brillaba la idea de que no podía haber política sanitaria sin una política social del gobierno para mejorar las condiciones de vida de los pobres. Su obra en dos volúmenes, *Plan analítico de Salud Pública*, se presentó en 1947 como el programa de salud de Perón, y contenía la propuesta de un código de salud, además de normas para la construcción de hospitales y el fortalecimiento de la prevención en las escuelas de medicina. El prefacio del plan explicaba que:

La salud del pueblo depende de factores económico-sociales y de la educación sanitaria —he dicho—, pero depende también de la eficiencia de los servicios

médicos. Es necesario dotar al país del mínimo indispensable de establecimientos de asistencia, de prevención y de investigación científica, para que la acción de la Secretaría de Salud Pública sea realmente efectiva, para que la ciencia médica no esté sólo al servicio de los pudientes y pueda aplicarse extensivamente en todo el territorio de la Nación. Necesitamos un sistema de servicios que beneficie a todos, sanos y enfermos, ricos y pobres. No hay ninguna razón para que no podamos organizarlos nosotros como los demás países civilizados del mundo.¹⁷

El nuevo organismo tuvo a su cargo el fortalecimiento de los registros civiles, la recolección sistemática de las estadísticas epidemiológicas y el monitoreo de los hospitales. Según Carrillo, los establecimientos de salud no sólo debían proporcionar atención médica, sino también educar a las personas y las familias en nutrición, higiene y medicina preventiva. Para esto último había que utilizar folletos, películas y anuncios por radio. En la misma línea, y consistente con el populismo de Perón, Carrillo organizó pintorescas “caravanas de la salud”, compuestas de camiones que salían de Buenos Aires y visitaban los pueblos del interior. Una de sus principales campañas se organizó contra la malaria entre 1947 y 1949, dirigida por Carlos Alvarado, en la que por primera vez se utilizó el insecticida DDT a escala masiva con un esfuerzo por cubrir el total del territorio afectado. Gracias al trabajo de Alvarado, la enfermedad fue prácticamente erradicada del noroeste argentino; algunos expertos —como Soper— interpretaron que ahora podía emprenderse la tarea de la erradicación continental de la malaria. Posteriormente, después de salir de la burocracia sanitaria de la Argentina peronista, Alvarado sería un líder mundial sobre la malaria en la OPS y en la OMS, en donde colaboraría con Soper.

Entre los logros de Carrillo estuvieron la centralización del poder estatal en la salud pública, la creación de decenas de nuevos hospitales, laboratorios y centros maternos infantiles, el duplicar el número de camas en el sistema hospitalario, la importancia que se les dio a nuevas especialidades, como la cardiología, y la realización de campañas educativas efectivas. Carrillo también enfrentó con éxito las enfermedades infecciosas que reaparecieron o persistieron a mediados del siglo xx en Argentina, como ejemplo la peste bubónica, la viruela y la poliomielitis. Asimismo, llegó a organizar un programa contra la enfermedad de Chagas, presentada como un mal rural y de los pobres, que estuvo dirigido por Cecilio de Romaña (1899-1997), un destacado investigador que había trabajado con Salvador Mazza, sobre el que volveremos.

¹⁷ Ramón Carrillo, *Plan analítico de Salud Pública*, p. 5.

Éstas eran enfermedades cuya presencia había sido minimizada por las autoridades y revelaban que persistían problemas serios en las ciudades, como la proliferación de ratas y la insuficiente cobertura de vacunación, y en las zonas rurales, donde las viviendas y las condiciones de vida eran miserables (un contraste en un país cuya capital era frecuentemente presentada como la París de Sudamérica). Carrillo libró una batalla nacionalista para fortalecer el Instituto Bacteriológico que había creado Carlos Malbrán y empezó a llevar el nombre de su fundador. Creado en Buenos Aires, este centro de investigación tenía como objetivo aumentar la producción doméstica de sueros, vacunas y medicamentos, así como supervisar los fármacos nacionales e importados como la penicilina. Era una fábrica nacional que producía los principales medicamentos para los establecimientos de salud, por lo menos inicialmente, nombrando a su director y a sus funcionarios por un concurso de méritos. Los últimos años de Carrillo en el Ministerio no fueron fáciles. Su posición católica conservadora a veces chocaba con los enfoques de los partidarios más radicales de Perón; además, la falta de un número suficiente de profesionales de la salud que apoyaran sus iniciativas hizo que su posición se volviera políticamente vulnerable. La competencia con la Fundación Eva Perón, que desde su creación en 1948 había extendido sus actividades y atribuciones en áreas de protección social relacionadas con la salud, le costaría recursos presupuestarios y autoridad. En 1954, Carrillo renunció a su cargo y viajó primero a los Estados Unidos y después a Brasil, donde se quedó practicando la medicina en el noroeste del país hasta que murió en 1956. Los problemas que Carrillo tuvo que enfrentar sugieren no sólo una falta de recursos, sino también la fragilidad de la alianza entre doctores y políticos para establecer plenamente un Estado de bienestar social, tal como se había conseguido en Europa, y los límites de un individuo que, a pesar de su talento y habilidad, no pudo sostener sus logros porque la comunidad de profesionales de la salud pública estaba apenas en formación.

GUERRA FRÍA MÉDICA

En 1947 la dirección de la Organización Panamericana de la Salud recayó en Fred L. Soper, quien fue elegido en la Conferencia Sanitaria Panamericana de Caracas, con el apoyo de los Estados Unidos, Parran y la Fundación Rockefeller, así como de un número importante de delegados latinoamericanos. La elección de Soper era un legado de la relevancia del enfoque vertical y tecnocrático, que a veces prevalecía en la Fundación para establecer un plan de ac-

ciones impostergables de la salud global y hemisférica. Cuando Soper aceptó el cargo de director ya era conocido y respetado en la región como un líder carismático y efectivo, porque había vivido y trabajado en Brasil y Paraguay. Asimismo, había trabajado en la División de Salud Internacional de la Fundación Rockefeller durante veintitrés años y a lo largo de la guerra fue parte de una generación de funcionarios de la Rockefeller que empezaron a migrar a otras organizaciones, cuando las prioridades de la Fundación cambiaron hacia la ciencia agrícola y la “Revolución verde” en la década de 1940, inicialmente diseñada para México, y luego exportada a otros países. La Fundación buscó aumentar la productividad del maíz con nuevas tecnologías y mejorar el estado nutricional de la población nativa. De esta manera, cerró su División de Salud Internacional en 1951 para dar prioridad a los programas agrícolas, aunque no perdió completamente el interés en la salud internacional y la investigación en medicina tropical.

Soper se llevó consigo los métodos, estilos y supuestos de la Fundación Rockefeller a la Organización Panamericana de la Salud. Sus años como director coincidieron con la primera fase de la Guerra Fría (que empezó aproximadamente en 1947 y duró toda la década de 1950). Fue un periodo marcado por el predominio de los Estados Unidos en un mundo en el que la superpotencia capitalista estaba al borde de entrar en conflicto con la otra superpotencia, la entonces Unión Soviética. Estos “imperios” eran diferentes, no sólo en cuanto a sus regímenes económicos y políticos, sino también en cuanto al modelo social y médico que proponían. En cuanto a la salud, existía una competencia, no tanto en relación con el contenido de la ciencia y la tecnología, sino más bien respecto de la pregunta sobre cuánto control debía tener el Estado (control total en el modelo soviético y una mixtura de lo público y lo privado en el modelo estadounidense). La hegemonía de los Estados Unidos condujo al país a confiar en que podía controlar las agencias multilaterales —lo que en un principio lograron hacer— con formas de dominación más sutiles de las que habían sido desarrolladas por el imperialismo europeo, así como según su propia experiencia en América Latina. Como resultado, las autoridades estadounidenses promovieron la “salud internacional” como una forma más viable que la medicina “colonial” europea, debido no sólo al liderazgo científico de los Estados Unidos, sino también porque las tradiciones políticas estadounidenses nunca habían permitido identificarse incondicionalmente con la connotación imperialista de la medicina tropical. Los líderes de la salud de los Estados Unidos buscaron combinar una propuesta de cooperación en salud con la búsqueda de modelos de modernización capitalista en

países subdesarrollados o descolonizados, como una alternativa al socialismo y a los sistemas médicos nacionalizados elogiados por la entonces Unión Soviética.

Para los países de América Latina y el Caribe, geopolíticamente ubicados en la esfera de influencia de los Estados Unidos, los años de la Guerra Fría significaron la promoción de un modelo de desarrollo que apuntaba a repetir la evolución de los países capitalistas más ricos del mundo a través de reformas agrarias limitadas y regímenes políticos paternalistas, y a menudo antidemocráticos, que buscaban demostrar su “lealtad” a los Estados Unidos. Durante la Guerra Fría, el auge del poderío del nuevo imperio estadounidense fue más intenso durante los dos periodos presidenciales sucesivos del exgeneral Dwight D. Eisenhower (1953 a 1961). A pesar de las críticas al sistema interamericano como una forma velada de imperialismo estadounidense, la mayoría de los regímenes latinoamericanos aceptaron las políticas económicas y de cooperación técnica de su vecino del norte. La conformidad oficial existió, no obstante las flagrantes intervenciones de los Estados Unidos, siendo la más notoria la que ocurrió en Guatemala en 1954, cuando Jacobo Arbenz, el presidente electo democráticamente, confiscó las propiedades de la United Fruit Company y como consecuencia de ello fue derrocado por una invasión apoyada por la CIA. Esta intervención, así como el apoyo a las dictaduras militares, produjo una reacción negativa generalizada en Latinoamérica que condujo a que los Estados Unidos incrementasen sus políticas de cooperación técnica, incluida la de salud. Hacia fines de la década de 1950, los Estados Unidos habían desarrollado una política bilateral más flexible, sofisticada y con más recursos. Adoptaron así los estilos de la Fundación Rockefeller, como establecer la participación en los presupuestos de agencias nacionales, de manera que los gobiernos y las comunidades de especialistas locales pudieran finalmente tomar el control.

En la posguerra ocurrieron cambios demográficos notables, producto de las altas tasas de natalidad y la rápida caída de las tasas de mortalidad. Hacia fines de la década de 1950, siete países de las Américas (a diferencia de los cuatro que había en la década de 1930) tenían una población de más de 10 millones de personas: Brasil tenía 70 millones, México 35 millones, Argentina 21 millones y Colombia y Perú poco más de diez millones. Otros tres países tenían más de cinco millones de habitantes (Chile, Cuba y Venezuela), y otros doce países registraban una población entre los dos y cinco millones de personas. Puerto Rico y Jamaica tenían más de un millón de habitantes. En algunos países, la disminución de la tasa de mortalidad fue espectacular. Por ejem-

plo, en México cayó de 21.8 muertes por cada mil personas durante el periodo entre 1940 y 1944 a 8.9 muertes por cada mil personas durante el periodo entre 1965 y 1970; en Venezuela, en los mismos periodos, cayó de 18.8 a 7.8 muertes por mil, y en Guatemala de 28.5 a 15 muertes por mil. El aumento de la esperanza media de vida al nacer en América Latina también fue impresionante entre 1965 y 1970, alcanzando hasta 69 años en Uruguay, 68 en Argentina y 64 en Costa Rica, y llegó a un promedio de 61.2 años para toda la región. La tasa de crecimiento de la población fue notable entre 1950 y 1960, desde 1.2% por año en Haití hasta un máximo de 3% en Costa Rica. La mayoría de los países vivieron una transición demográfica rápida y contradictoria, con una disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas, así como una alta tasa de fecundidad; se experimentó, además, un proceso acelerado de urbanización. En 1951, casi el 60% de la población no vivía en las ciudades y estaba expuesta a enfermedades rurales como la malaria. De esta manera, el peso que fue adquiriendo la región ayudó a formalizar acuerdos con otras organizaciones internacionales.

En 1949, durante el mandato de Soper en la OPS, se firmó un acuerdo que formalizó las relaciones de esta agencia con la OMS, convirtiéndose así en la Oficina Regional de la OMS para las Américas. Para entonces, muchos latinoamericanos consideraban que la autonomía del organismo continental era crucial, porque, aunque en las primeras reuniones de la OMS se aceptó la regionalización, ésta no se puso en práctica de inmediato, lo que creó la duda de que hubiera alguna resistencia a la idea en Ginebra. Soper también se encargó de renovar los tratados políticos hemisféricos, porque tuvo que redefinir el vínculo entre la OPS y la renovada Unión Panamericana, que desde 1948 en adelante se hizo conocida como la Organización de los Estados Americanos (OEA). La OPS adquirió el estatus de una de sus agencias especializadas. La OEA, que entonces dirigía el diplomático y político colombiano Alberto Lleras Camargo, quien había participado en la fundación de las Naciones Unidas, aceptó trabajar en conjunto con el Departamento de Estado de los Estados Unidos promoviendo activamente en la región programas de cooperación a través de diferentes agencias interamericanas que iban desde las culturales y científicas hasta las militares.

Las afiliaciones de la OPS —simultáneamente a la OEA y la OMS— fueron el resultado de un proceso global. Se forjaron acuerdos militares y tecnológicos entre Estados Unidos y otras regiones del mundo. Para el esquema de regionalización desarrollado finalmente en la OMS, el planeta estaba dividido en zonas que correspondían a las oficinas regionales en el Departamento de Es-

tado de los Estados Unidos. Sin embargo, no todo fue resultado de lo que dictaba la política exterior de Washington. La OMS llegó a crear oficinas en otras partes del mundo, como África, a pesar de la velada oposición de los europeos aliados de los estadounidenses, como el Reino Unido y Francia, que preferían resucitar su hegemonía imperial después de la segunda Guerra Mundial en este y otros continentes sobre países donde empezaban a multiplicarse los movimientos de descolonización. La OPS no sólo fue la primera, sino incluso la más autónoma de las oficinas regionales de la OMS, y Soper la promovió como un modelo al que otras oficinas que incluían a países en desarrollo querían seguir.

Con la dirección de Soper, la OPS pudo sobrevivir en medio de un nuevo escenario internacional. Se defendió, así, el multilateralismo sobre la insistencia de los acuerdos bilaterales con países en desarrollo, tanto de Estados Unidos como de países europeos; para ello se emprendieron programas ambiciosos de control de enfermedades y entrenamiento de los profesionales de salud, procurando articular sus actividades con las de otros organismos nacionales e internacionales como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (FNUI), mejor conocido como UNICEF (por sus siglas en inglés, correspondientes a United Nations International Children's Emergency Fund), que, desde el final de la guerra, tuvo un papel importante en la salud materno-infantil. Soper también se esforzó en mantener relaciones cordiales con el psiquiatra canadiense Brock Chisholm, primer director de la OMS, elegido para el puesto en 1948. Aparte de la diferencia entre ambos, generada por el grado de autonomía que debía tener la OPS (según Chisholm ésta no debía ser mucha), la formación y el estilo del canadiense eran diferentes a los de Soper. Chisholm estaba vinculado con una tradición europea de la medicina social, que era diferente al enfoque aplicado por la Fundación Rockefeller y a los programas sanitarios militares de los Estados Unidos tan admirados por Soper.

ERRADICACIÓN DE ENFERMEDADES

Durante los años de la Guerra Fría, Soper fue uno de los artífices del concepto de erradicación de enfermedades infecciosas. Él imaginaba que éste podía ser aplicado a otras enfermedades como la malaria, la fiebre amarilla e incluso la tuberculosis. En un artículo publicado en 1957 en el *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud*, Soper utilizó hábilmente ejemplos históricos para justificar lo que entendía por erradicación:

Etimológicamente, la palabra erradicar viene del latín y significa sacar de raíz, extirpar... Hoy en día se entiende por erradicación de una enfermedad la supresión total de todas las fuentes de infección o infestación de una manera que, aun cuando no se toma cualquier tipo de medida preventiva, la enfermedad no vuelve a aparecer.¹⁸

Además, en sus publicaciones empezó a resaltar la antecendencia del concepto de erradicación en algunos médicos latinoamericanos como Carlos Seidl, director general de Salud Pública de Brasil; éste había pedido, en la década de 1910, la eliminación de la fiebre amarilla de todo el país.

La aplicación de la “erradicación” fue utilizada, inmediatamente después de la segunda Guerra Mundial, contra el mosquito *Aedes aegypti*, vinculado a la historia de la fiebre amarilla, una campaña en la que Soper y los sanitarios brasileños tuvieron un rol central. Asimismo, la idea estuvo detrás de una serie de programas sanitarios contra enfermedades infecciosas durante las décadas de 1950 y 1960. Más aún, fue decisiva para convencer a muchos trabajadores sanitarios y políticos de que la salud era parte de una cultura en la que el Estado tenía intervenciones puntuales; en tal sentido, se ofrecían los recursos disponibles, siempre limitados, por lo que las personas tenían que obedecer las órdenes de los expertos y contribuir con las tareas y los costos que se requirieran para mantener el bienestar de sus familias. Para mediados del siglo xx, a pesar de que los médicos sabían que el *Aedes aegypti* no era el único transmisor de la fiebre amarilla, muchos lo consideraban el principal, y un mosquito que podía ser eliminado, porque se encontraba en las áreas urbanas y en unas pocas áreas rurales de América Latina. Algunos pensaban que podía eliminarse y así acelerar la disminución de la incidencia de la fiebre amarilla. Los expertos creían que su intervención podía sobreponerse a una ecología crecientemente favorable de la fiebre amarilla, como la persistencia de las precarias condiciones del uso de agua doméstica en las áreas periurbanas, así como a la deforestación y la expansión de poblados en los márgenes de los bosques. Por ello, la noción de la erradicación provino en gran parte de Brasil, un país amazónico que, además de esta ecología adversa, estaba experimentando los problemas sanitarios sufridos en las favelas urbanas que se multiplicaron a mediados de siglo xx por la crisis agrícola, especialmente de los grandes cultivos como el café, que llevaron a un proceso de migración del campo a la ciudad y acentuaron el déficit de vivienda en las ciudades. Soper, quien ha-

¹⁸ Fred L. Soper, “El concepto de erradicación de las enfermedades transmisibles”.

bía dirigido la exitosa campaña de 1938 contra un mosquito transmisor de la malaria, estaba convencido de que podía conseguir un éxito similar contra el mosquito transmisor de la fiebre amarilla. Con habilidad, en diferentes publicaciones, Soper publicitó este y otros logros que supuestamente demostrarían que una campaña enérgica de erradicación tendría buenos resultados y sería bien acogida. De hecho, el ideal de la supresión de la fiebre amarilla y otras enfermedades infecciosas empezó a ser cultivado y promovido por expertos locales en la región; es decir, no sólo fue impuesto desde arriba. La X Conferencia Sanitaria Panamericana de 1947 aprobó una propuesta de Brasil para erradicar el *Aedes aegypti*. El proyecto fue motivado por la preocupación de las autoridades de ese país; éstas, en 1942, habían eliminado la transmisión urbana en Brasil por el posible regreso de la enfermedad proveniente de otros países vecinos donde era endémica. Encontrando una continuidad con los “sonados triunfos” de La Habana, Panamá y Rio de Janeiro, y elogiando el perfeccionamiento de los métodos y las evaluaciones realizados por la Rockefeller y la “magnífica escuela” de los brasileños, el sanitarista argentino Alvarado afirmó que la lucha *antiaedes* iría a parecer “más un capítulo [...] de las ciencias matemáticas que de las ciencias biológicas”.¹⁹

Cabe destacar el papel de los Estados latinoamericanos en esta campaña, especialmente de Brasil. El mito del higienista brasileño Oswaldo Cruz, quien había atacado tanto las larvas como los mosquitos adultos, se había construido en parte sobre el control de la fiebre amarilla en Rio de Janeiro a principios del siglo xx. La decisión de la OPS de erradicar el *Aedes aegypti* para eliminar la fiebre amarilla urbana se hizo en el supuesto de que una operación de este tipo no podía limitarse a un solo país. En ese tiempo, ya se sabía que la erradicación total de la enfermedad era una utopía, porque en la Amazonía existían más especies de mosquitos que transmitían el virus causante de la enfermedad, así como un reservorio natural entre los primates. Es decir, la campaña de la OPS proponía eliminar la enfermedad de las ciudades, pero se resignaba a aceptar la fiebre amarilla en las zonas rurales. En la práctica ello significaba tener a raya la entrada de la enfermedad desde la floresta a las urbes. Aunque Brasil fue el protagonista principal, también otros países fueron bastante activos, como Venezuela por ejemplo, que desde fines de la década de 1930 tenía un efectivo y dinámico servicio sanitario para luchar contra los mosquitos de la fiebre amarilla y la malaria.

¹⁹ Carlos Alvarado, “La lucha antimosquito en la América tropical”.

Nuevas tecnologías prometían buenos resultados contra los mosquitos y otros transmisores de enfermedades. En el caso del *Aedes aegypti*, considerado frágil y con hábitos antropófagos, y el único transmisor urbano de la fiebre amarilla en las Américas, se esperaba que estas tecnologías pusiesen fin al mosquito. Entre ellas destacaba una que había sido usada desde 1944 en la segunda Guerra Mundial para acabar con las pulgas que transmitían el tifus exantemático y, posteriormente, para eliminar varias especies del mosquito *Anopheles* adulto: la fumigación con DDT (dicloro difenil tricloroetano). Éste era un nuevo poderoso insecticida que tenía una acción residual; es decir, cuyos efectos letales quedaban impregnados por meses en las superficies donde era rociado, lo que, se suponía, era mortal para todas las especies de la población adulta de insectos. El DDT fue descubierto por Paul Müller, un científico suizo que trabajaba para la compañía alemana Bayer, que patentó la sustancia química en 1940 (ocho años después, Müller ganó el Premio Nobel en Fisiología y Medicina por su descubrimiento). Al principio, el DDT se utilizó contra las pulgas del tifus y para eliminar al mosquito *Anopheles*. La Oficina de Control de la Malaria en las zonas de combate del ejército de los Estados Unidos ensalzó al DDT; entonces convenció a los incrédulos de que el control y cuasieliminación de las enfermedades epidémicas, como el tifus exantemático y la malaria, era posible sin mejorar las condiciones de vida y sin cambios significativos en las estructuras de salud pública. En 1944, el ejército estadounidense encabezó una importante campaña contra la malaria en el sur de Italia, donde se utilizó el DDT y redujo significativamente el número de mosquitos; se rompió así el ciclo natural de transmisión de la enfermedad, con la respectiva baja de los indicadores de morbilidad a niveles que fueron, desde un punto de vista epidemiológico, insignificantes. Poco después, el gobierno de los Estados Unidos declaró que el insecticida debía ser liberado para su uso entre la población civil, y varios médicos latinoamericanos se apresuraron a utilizarlo en sus países.

La noción de que era posible la contención de las enfermedades en los lugares donde peleaban los soldados, sin cambios sociales significativos ni mejoras en los sistemas de salud pública, era esencial para los militares. Durante el control de las zonas ocupadas no había tiempo para mejorar los sistemas de salud ni modificar las condiciones de vida; en cambio, el objetivo fue proteger a los combatientes controlando los brotes epidémicos al menor costo posible. Hacia el final de la guerra, los programas contra la malaria basados en el uso del DDT fueron implementados con éxito en pequeños territorios como Córcega y Grecia, al igual que en regiones de Italia y países latinoamericanos. Posteriormente, la noción se introduciría en el ámbito de la salud internacio-

nal, y una vez más se creó el supuesto de que la erradicación era posible sin grandes cambios en la salud local. Algo complementario en la política exterior estadounidense fue pensar que, en la tensión de la Guerra Fría, era posible el control de las principales enfermedades sin tener que preocuparse por los gobiernos, aunque fuesen dictaduras, siempre y cuando se tratase de regímenes leales a los objetivos de la política exterior y consintiesen la cooperación de los Estados Unidos.

Algunos de los primeros intentos de usar el insecticida en la región no se limitaron al uso del DDT para combatir la malaria. Así, el Servicio Nacional de la Fiebre Amarilla de Brasil, creado en 1940 y el más experimentado de la región, junto con la OPS, buscaron después de la guerra aplicar el DDT en Paraguay y en otros países. Es importante notar que el servicio brasileño era dirigido exclusivamente por nacionales, es decir, ya no tenía la participación de estadounidenses como había ocurrido hasta antes de la segunda Guerra Mundial. Sin embargo, era presentado como una continuidad del importante trabajo que la Fundación Rockefeller había venido ejecutando en colaboración con los brasileños desde 1932. Esta continuidad era importante después de la guerra, porque entonces la agencia filantrópica estadounidense se estaba retirando de la salud internacional. Como resultado, y durante un tiempo, los brasileños fueron codirectores de facto de la mayoría de campañas de salud sudamericanas en contra del *Aedes aegypti*. En 1949 y 1950, la campaña para erradicar el mosquito se llevó a cabo en Centroamérica, después de que un brote de fiebre amarilla en Panamá hiciera surgir nuevamente el temor a la reaparición de la enfermedad en esa región. Algo parecido ocurrió en Bolivia, donde en 1950 se rompió el “silencio epidemiológico” de la enfermedad que había durado dieciocho años. Combinado con otros brotes epidémicos, indicaba que la fiebre amarilla denominada selvática era un problema que afectaba a casi todos los países del continente.

Este recrudecimiento no fue respondido solamente con la aplicación indiscriminada de DDT. En realidad, durante los años cuarenta hubo una competencia entre dos tecnologías: el uso del insecticida contra los mosquitos adultos, y el “método perifocal” dirigido a luchar tanto contra las larvas como contra los mosquitos adultos. Se consideraba a este método una solución flexible e intermedia, entre la novedad que era trabajar solamente contra los insectos adultos a través de fumigar con DDT el interior de las casas, y el sistema tradicional dirigido contra las larvas que consistía en verter soluciones a base de petróleo dentro de los recipientes de agua domésticos. A veces, el DDT tuvo que enfrentar la resistencia popular debido a que, usado en cantidades

exageradas, era tóxico y producía contaminación. Por ello, el uso del método perifocal, que consistía en utilizar un aparato simple para rociar el DDT en pequeñas cantidades, apareció ante el público como algo similar a la tradición de la fumigación sanitaria, por lo que encontró así una menor resistencia. La campaña siguió adelante con un éxito notable, a pesar de la resistencia del *Aedes aegypti* al DDT, que se registró en la isla de Trinidad (esta dificultad se enfrentó utilizando dieldrín, un insecticida más potente).

Otras tecnologías importantes y novedosas, que se aplicaron en la lucha contra la fiebre amarilla, fueron la vacunación y la difusión de los viscerótomos a comienzos de los años treinta del siglo xx. El nuevo y relativamente simple instrumento médico para seccionar las vísceras de los fallecidos por fiebre amarilla fue diseñado en Brasil y exportado a escala regional y mundial con la ayuda de la Fundación Rockefeller. El viscerótomo hizo posible que trabajadores de salud, con un entrenamiento básico, perforaran los cadáveres de personas que se sospechaba habían fallecido de fiebre amarilla en busca de muestras del tejido del hígado y así poder hacer exámenes microscópicos que confirmasen o no la presencia del virus. Una característica de este instrumento era que evitaba hacer una autopsia, pues sólo implicaba una pequeña incisión en el cadáver, lo que fue importante para reducir la resistencia de los familiares, que no gustaban de que se manipulasen los cuerpos de sus seres queridos. El aparato perforaba el hígado de alguien de quien se sospechara que había fallecido a causa de una fiebre aguda. Para el año 1955, en las áreas rurales, los viscerotomistas, sobre todo los más hábiles, tenían un prestigio como especialistas entre los trabajadores de salud. Un subproducto importante de la viscerotomía fue que permitió la identificación de otras enfermedades. Por ejemplo, en la década de 1930, Henrique Penna examinó las muestras dadas como negativos para la fiebre amarilla y descubrió la presencia de una versión crónica de una dolencia que desde hacía décadas había capturado la atención de algunos especialistas latinoamericanos: la *leishmaniasis* visceral (conocida como kala-azar en Europa).

Otra tecnología importante se descubrió en los Estados Unidos el año 1937: la vacuna 17D. El que la diseñó fue el virólogo Max Theiler, del Instituto Rockefeller de Nueva York, quien previamente señaló el error de Noguchi en los estudios sobre la etiología de la fiebre; él había logrado transmitir la enfermedad a las ratas, haciendo el trabajo en el laboratorio más sencillo. Por esa vacuna, Theiler recibiría el Premio Nobel en Fisiología y Medicina en 1951. Brasil fue el primer país en utilizarla, vacunando el estado de Minas Gerais. Es importante señalar que la vacuna —aunque los doctores estadounidenses

no la recomendaban porque no era un medio infalible de prevención— también fue utilizada en otras partes de América Latina, como Venezuela, por ejemplo, donde la aplicaron Soper y más tarde la ops.

Durante la década de 1950, el mosquito *Aedes aegypti* se eliminó de gran parte de las ciudades y áreas costeras del continente, aunque su presencia continuó siendo endémica en el Caribe y el sur de los Estados Unidos (desde donde años después regresaría y se propagaría por el resto de la región, transmitiendo el dengue). En 1961, varios países y territorios recibieron certificados de la ops que los refrendaban como zonas libres del *Aedes aegypti* (Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guayana Francesa, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Uruguay, Panamá, Perú, la zona del Canal de Panamá y Honduras Británica, luego conocida como Belice). En once localidades e islas (como Aruba), se estuvo cerca de la certificación de erradicación, mientras que en otros trece países (entre ellos Argentina, Jamaica, México y Venezuela) existían programas con logros significativos. Sin embargo, algunas naciones ni siquiera habían empezado un programa consistente (incluyendo a los mismos Estados Unidos, que no le daban la suficiente importancia porque en 1905 habían experimentado, en Nueva Orleans, la última epidemia de fiebre amarilla). En sus memorias, Soper se quejó amargamente de la situación de su país. Sólo después de que la ops pasara una resolución más urgente en 1961, las autoridades sanitarias estadounidenses dejaron los proyectos piloto por la elaboración de un plan nacional para la erradicación del mosquito en los estados del sureste, así como en sus posesiones del Caribe. Aun así, los responsables de las políticas de salud de los Estados Unidos siguieron pensando que éste no era un asunto prioritario y solamente en 1964 lanzaron un programa que fue especialmente intenso en el estado de Florida. De esta manera, a partir de la década de 1970 se registró la presencia del mosquito *Aedes aegypti* en casi toda la región. Durante los siguientes años, la reaparición de la fiebre amarilla en los centros urbanos cercanos a la floresta (muchas veces producidos por viajes de trabajadores agrícolas que no estaban vacunados), junto con la propagación del dengue, llevaron a que los observadores considerasen que, en el largo plazo, el plan de eliminación de la fiebre en la región no había logrado su objetivo.

La viruela también se incluyó en el programa de erradicación a escala mundial que impulsó la Organización Mundial de la Salud desde comienzos de la década de 1960. Una vez más, ello tuvo importantes antecedentes en América Latina, que hicieron que la lucha global por la eliminación de la enfermedad fuera más probable y pareciera más factible. En 1949, gracias a los

esfuerzos de Soper, el comité ejecutivo de la OPS aprobó un Plan para la Erradicación de la Viruela en las Américas que, al año siguiente, fue ratificado en la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana. La iniciativa la respaldaron países como México y Guatemala, donde ya se venían produciendo resultados espectaculares (un año después de la decisión de dicho foro, ambos países declararon que sus territorios se encontraban libres de viruela). El éxito también se debió a que, desde ese año, se difundió la nueva técnica de liofilización utilizada por algún tiempo como una manera de preservar el plasma sanguíneo, la penicilina y otros productos biológicos; la liofilización consistía en eliminar el agua de la vacuna sin cambiar su estructura básica, lo que permitió una solución al problema de la ausencia de refrigeración suficiente en las zonas rurales. Gracias a esta técnica, se creó una vacuna que se podía conservar sin refrigeración por más de un mes, además de ser producida en laboratorios latinoamericanos. En pocos años, esta vacuna reemplazó a las que contenían glicerina (el sistema utilizado hasta entonces), que requerían refrigeración; ello hacía que su aplicación fuera difícil y costosa (aunque la vacuna con glicerina fue más usada en las ciudades donde era más fácil mantener las unidades a una temperatura adecuada).

En México, los progresos contra la viruela fueron el resultado de dos décadas de trabajo de las brigadas de vacunación; éstas llegaron a las zonas rurales desde fines de la década de 1920, así como con la intensificación de la campaña en 1944, que tuvo como objetivo el administrar millones de dosis en un país que tenía entonces alrededor de 16 millones de habitantes. Otros países de la región ya habían logrado obtener éxitos similares en el control de la viruela antes de 1952 gracias al fortalecimiento de la cobertura de los servicios de vacunación, entre ellos la Guayana Francesa (1904), Costa Rica (1920), Panamá (1922), Nicaragua (1924) y Honduras Británica (1939). En Venezuela, que sufrió brotes epidémicos graves entre 1945 y 1950, una investigación médica indicó una cobertura de vacunación únicamente del 45% de la población, que en ese tiempo ya era considerado un índice muy bajo. Poco después se organizó una campaña de control y se tomaron medidas —parecidas a las que años más tarde adoptaría la OMS a partir de fines de la década de 1960—, como las intervenciones enfocadas en lugares que tenían una gran concentración de casos, la vigilancia de las áreas cubiertas y la adecuada financiación del trabajo de vacunación como para mantener el trabajo a escala nacional.

También antes de la intervención global de la OMS, en Chile se registró el último caso de viruela en 1954. Aun así, muchos países tuvieron cautela en proclamar victoria, porque se sabía que esta enfermedad en particular tendía

a volver en ciclos de entre cinco y ocho años; además, la persistencia de esa enfermedad en algunos países era una amenaza para su regreso a otros territorios, lo que sugería que era vital hacer más trabajo a escala continental antes de considerarla erradicada. Como en Venezuela, otros países concentraron su trabajo en las zonas endémicas, donde se incrementaba la cobertura, y no trataron de cubrir exhaustivamente todo su territorio nacional. Se crearon centros nacionales para producir y almacenar la linfa (sustancia de la que se creaba la vacuna). Ello ocurrió, por ejemplo, en la región del Chaco, donde en 1957 se vacunó contra la viruela a más del 80% de la población, lo que permitió que se pudiera erradicar de todo el territorio argentino. Los progresos en viruela, y consecuentemente en la aceptación de la inmunización, también se debieron a que los sectores populares tuvieron un cierto conocimiento, que se remontaba a la vacunación practicada por algunos médicos locales, incluso antes de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna contra la Viruela que partió de España en 1804. Asimismo, los laboratorios para la fabricación de la vacuna existían desde fines del siglo XIX, y se había generalizado el uso de linfas elaboradas a partir de animales especialmente criados para tener una reserva permanente; así, se logró evitar el método de conservación “brazo a brazo” de la cepa utilizado hasta entonces, pues era inseguro para mantener la potencia de la vacuna y conllevaba el riesgo de transmitir otras enfermedades como la sífilis. Finalmente, hay que tener en cuenta la promulgación de normas, códigos y reglamentos en muchos países de la región, especialmente entre 1900 y 1930, que hacían obligatoria la vacunación. Todas las medidas y antecedentes mencionados anteriormente ayudaron a la notable reducción del número de casos en todos los países de América Latina y el Caribe, así como disminuyeron la fobia a las vacunas que había en algunas ciudades y áreas rurales de la región.

Para 1959, cuando los representantes soviéticos convencieron a los delegados de la OMS de lanzar un programa global de erradicación de la viruela, la transmisión de la enfermedad ya se había interrumpido en gran parte de América Central y del Sur. En 1967 la OMS intensificó el plan, proponiendo concentrar recursos en las zonas más afectadas (como habían hecho Venezuela y Argentina), pero entonces varios países ya estaban libres de la viruela. Entre las tecnologías que mejoraron la campaña estaba el uso de la aguja bifurcada, que permitía una dosis estable y exacta. Brasil era el único país de América Latina donde quedaban un número significativo de casos que constituían un peligro para el resto del continente y del mundo. Para las autoridades de la OMS, América Latina —junto con Europa y los Estados Unidos— era la región

donde las perspectivas de erradicación en un tiempo corto parecían más seguras. De hecho, en 1971 los últimos 19 casos se registraron en Brasil, y éstos se convirtieron en los últimos casos oriundos del hemisferio occidental.

Otra experiencia fundamental en la aplicación del concepto de erradicación, promovido por Soper y la OPS, tuvo lugar en Haití a principios de la década de 1950. El país se vio afectado por una enfermedad conocida como fambresia o pian [de ahora en adelante pian], una dolencia producida por el mismo treponema que ocasiona la sífilis. Muchas de las ideas de erradicación se cristalizaron en el programa de Haití y tuvieron un impacto en las campañas subsiguientes. La enfermedad era endémica en las zonas rurales, afectando a entre el 40 y el 60% de la población haitiana. Se la temía por la facilidad de su contagio y sus efectos: consumía la piel y la carne dejando expuestos los huesos, especialmente en las palmas de las manos y las plantas de los pies, y en los casos más graves mutilaba los rostros. Algunos pacientes caminaban despacio, a la manera de los cangrejos, para evitar el dolor generado por las lesiones en sus pies. La respuesta más común fue la segregación compulsiva, que conllevaba la pérdida del trabajo, de la familia y del apoyo social. Las nuevas tecnologías, como las inyecciones intramusculares con penicilina, parecían ser la solución. Ciertamente, éstas fueron más efectivas que el tratamiento tradicional con arsénico y bismuto. En 1950, la OPS, el UNICEF y el gobierno de Haití se unieron en un esfuerzo titánico dirigido a “erradicar” la enfermedad. En un modelo que se repetiría durante los siguientes años, se estableció una división del trabajo. La OPS concentró su labor en el liderazgo y la cobertura de los gastos de sus consultores técnicos dentro y fuera de Haití. El UNICEF suministró la penicilina, el kit y los materiales para la campaña, así como los vehículos necesarios para llegar a lugares remotos. El gobierno de Haití pagó a los empleados encargados de realizar el trabajo administrativo, aplicar los tratamientos y recoger la información estadística; adicionalmente, proporcionó los espacios de trabajo, el mobiliario y los equipos de oficina, además de liberar de impuestos la entrada al país de los materiales usados en la campaña.

Así, dicho gobierno creó un servicio especializado llamado “Campaña para la erradicación del pian”. Aunque era una dependencia del Ministerio de Salud Pública, gozó de una considerable autonomía. Con el plan, se establecieron centros de tratamiento, junto con dispensarios ambulatorios y un sistema de visitas casa por casa siguiendo un detallado mapa epidemiológico del país. Según Soper, ello tuvo como antecedente las campañas llevadas a cabo contra el *Aedes aegypti* y el *Anopheles gambiae* en Brasil. De hecho, toda la disposición y la metodología eran parecidas al programa de erradicación de

la anquilostomiasis de la Fundación Rockefeller a principios del siglo xx, cuando Soper inició su carrera; por ello, una vez más, se demostró la trascendencia del legado de esa experiencia, mientras que el mapeo epidemiológico detallado en el servicio de erradicación se remonta al sistema de Gorgas de 1901 para la erradicación de la fiebre amarilla de La Habana, una metodología que se repitió más adelante durante la construcción del Canal de Panamá. Una diferencia respecto de las campañas contra la viruela, y que se repetiría después en otros programas de erradicación, fue que se trató de cubrir todo el territorio nacional y no sólo concentrarse en las zonas endémicas. La campaña de Haití fue intensa: entre julio de 1950 y marzo de 1952 se trató a casi 900 000 personas, y, a fines de 1954, el 97% de la población rural había recibido inyecciones de penicilina. Las muestras recolectadas en 1958 y 1959 indicaban que las tasas de prevalencia del pian en Haití se habían reducido al 0.32% de la población, una disminución importante, dado que a principios de la década los estimados de la proporción de enfermos oscilaba entre 30 y 60%. Sin embargo, la persistencia de la pavorosa pobreza aunada a un régimen dictatorial limitó estos beneficios; así, la campaña se tornó en otro típico caso de *cultura de la sobrevivencia*, es decir, que reveló los límites de una solución temporal aplicada a una sociedad donde una enfermedad infecciosa ha tenido su origen en la pobreza extrema, y en la que subyace la incapacidad de reconocer que la salud es un derecho de todos los ciudadanos.

La mayor operación de erradicación fue la lucha contra la malaria, una enfermedad, eminentemente rural, caracterizada por fiebres intermitentes que por lo general no eran fatales, pero mermaban la salud y disminuían seriamente la capacidad de trabajo. La ecología de la enfermedad denunciaba los peligros de la modernidad no supervisada por la sanidad. Uno de los lugares favoritos de los *Anopheles*, los vectores de la malaria, era el agua estancada; producida por la necesidad de mantener inundados los cultivos de plantas de arroz (aunque se producía y se consumía el arroz en las Américas desde las postrimerías del periodo colonial, solamente en las primeras décadas del siglo xx se convirtió en un elemento indispensable de la dieta popular). A ello se sumaban los reservorios de agua estancada, producidos por los proyectos de irrigación agrícola que se empezaron a generalizar en la primera mitad del siglo xx, los cuales, así como los pantanos, eran lugares favoritos de las larvas. En 1954, la OPS puso en marcha un ambicioso esfuerzo para eliminar la enfermedad del continente. En esa época, Soper podía contar con un aliado significativo, un nuevo director general en la OMS, el brasileño Marcolino Candau (1911-1983). Candau había estudiado medicina en Rio de Janeiro y, después

de graduarse, desarrolló una carrera en los servicios de salud que combatían la fiebre amarilla y la malaria en Brasil, financiados por la Fundación Rockefeller y dirigidos por Soper. Su talento y su relación cercana con Soper le permitieron obtener una beca de la Rockefeller para estudiar salud pública en la Universidad Johns Hopkins. Al volver a su país a principios de la década de 1940, se incorporó a los programas sanitarios de cooperación bilateral auspiciados por los Estados Unidos. Hacia 1950 empezó su carrera en la salud internacional, y para 1952 se convirtió en el segundo director general de la OMS, reemplazando al canadiense Chisholm, y fue reelegido varias veces después (ocupó el cargo durante veintidós años, es decir hasta 1973).

La voluntad de eliminar la enfermedad se caracterizó por una confianza exagerada en el poder de la ciencia para dominar la naturaleza. La decisión se tomó en la XIV Conferencia Sanitaria en Santiago, Chile (donde Soper fue reelegido como director para un nuevo periodo). Entre los líderes de la campaña, además de Soper, estaba el argentino Carlos Alvarado; este último, después de controlar la malaria en el norte de su país, encabezó una oficina especializada de la OPS en Washington, D. C.²⁰ También fue significativa la participación del venezolano Arnoldo Gabaldón, jefe de una división de la malaria, que eliminó la enfermedad en una gran extensión de su país. Gabaldón (de quien trataremos más detalladamente en el próximo capítulo) compartió la preeminencia en el valioso trabajo de control de la enfermedad y uso del DDT en la región con otras figuras notables como Alvarado, el médico George Giglioli de la Guayana Británica, así como Juan Noé y Amador Negme en el norte de Chile.²¹ Todos estaban convencidos de que no existían razones técnicas que impidieran el éxito en la región, y le dieron mayor importancia a la combinación de la fumigación con la manutención de las medidas antilarvarias. En la misma línea, pero más ingenioso, estaba el método de erradicación del brasileño Mario Pinotti, especialista en malaria, que llegó a ser ministro de Salud en dos gobiernos democráticos, en 1954 y 1958.²² A principios de la década de 1950, Pinotti comenzó a usar sal de cocina mezclada con cloroquina en las regiones rurales, que se pensaban demasiado alejadas como para que llegaran los trabajadores de salud regularmente (ello se conoció posteriormente como el método Pinotti). El método trataba y protegía a los pobladores rurales al usar el principal medicamento de la época. Hacia fines de la década de

²⁰ Eric Carter, *Enemy in the Blood: Malaria, Environment, and Development in Argentina*.

²¹ "El Dr. Juan Noé (1887-1947) y la erradicación de la malaria en el norte de Chile."

²² Renato da Silva y Gilberto Hochman, "Um método chamado Pinotti: sal medicamentoso, malária e saúde internacional (1952-1960)".

1950 se utilizaba masivamente, y, durante un tiempo, incluso fue promovida por expertos internacionales como una técnica más efectiva que los insecticidas. Pero a la larga cayó en el olvido en la década de 1960, probablemente porque su uso era difícil de supervisar y porque Pinotti perdió influencia política.

A la campaña general contra la malaria se unieron el UNICEF y la Administración de Cooperación Internacional (ICA por sus siglas en inglés, correspondientes a International Cooperation Administration), creada en la década de 1950 como la principal agencia estadounidense para la cooperación bilateral (más tarde se transformaría en la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional o USAID [United States Agency for International Development]). La ICA anunció la campaña contra la malaria como el programa sanitario internacional más importante promovido por el gobierno estadounidense hasta ese momento. En 1956, los Estados Unidos hicieron una importante contribución de 1.5 millones de dólares para el fondo especial de erradicación de la malaria, administrado por la OPS, y se esperaba que en el futuro donaran más recursos económicos. A ello se le agregaron contribuciones de los gobiernos de República Dominicana (100 000 dólares con la promesa de financiar cinco veces más ese monto) y Venezuela, que donó 300 000. Más adelante, los gobiernos de Colombia y Haití, entre otros, hicieron también donaciones al fondo. El UNICEF contribuyó con más de 14 millones de dólares para la erradicación de la malaria en el continente, y se esperaba que aportara otros 5.5 millones. A pesar de lo significativo de las sumas donadas, éstas no alcanzaban a cubrir los costos estimados por la OPS, que ascendían a 40 millones de dólares para todo el programa.²³

Según sus partidarios, la erradicación era mejor que el control, el cual básicamente se limitaba a contener la enfermedad a través de métodos como el drenaje de los pantanos y aguas estancadas, leyes que prohibían los campos de cultivo de arroz cerca de las ciudades y la administración de sales con quinina. De hecho, esta droga ya casi no se usaba en la región pocos años después de empezada la segunda Guerra Mundial, por el hecho de que, a pesar de su origen andino, era muy difícil conseguirla, ya que desde comienzos de siglo era producida y comercializada desde las colonias asiáticas neerlandesas. Cuando Alemania invadió los Países Bajos y Japón las Indias Orientales Neerlandesas, éstas ya no fueron la fuente de quinina mundial, la cual empezó a ser reemplazada por atebrina y otros compuestos de cloroquina. Se consideraba que el

²³ Marcos Cueto, *Cold War and Deadly Fevers: Malaria Eradication in Mexico, 1955-1970*.

control tradicional de la malaria no era efectivo y que a la larga sería más costoso, porque requería el constante uso de dinero, recursos y personal. Las principales armas de la campaña eran los nuevos medicamentos contra la malaria, como la atebriina, junto con la fumigación del interior de las casas con insecticidas, especialmente DDT. Se tuvo mucha esperanza en estas armas, pese a que los informes preliminares indicaban que no eran perfectas, debido a la resistencia al insecticida en ciertas especies de mosquitos. Sin embargo, tales informes fueron utilizados por los defensores de la erradicación, quienes alertaron de los peligros provenientes de una ligera e incompleta aplicación del DDT. Según los partidarios de la erradicación, la resistencia del mosquito podía ser superada sólo mediante una aplicación drástica y total del insecticida. En este sentido, la erradicación era la única solución posible, para evitar un brote malárico epidémico incontenible de dimensiones mundiales. Con estas armas, y un detallado esquema de trabajo organizado en cuatro fases, se calculó que una campaña nacional tomaría entre cinco y ocho años.

Por lo general, las campañas nacionales empezaban con un acuerdo tripartito entre la OPS, el UNICEF y el gobierno de un país. Como hemos visto, dichos acuerdos estipulaban que el UNICEF era responsable de proveer los vehículos, los materiales y los kits para la fumigación. La OPS proporcionaba la cooperación técnica y los expertos. Finalmente, los gobiernos aseguraban la aprobación de una adecuada legislación y la disponibilidad de los trabajadores sanitarios locales. Estos acuerdos, además, estipulaban la creación de un organismo especializado, dedicado a la erradicación de la malaria dentro del país. Aunque la mayor parte del financiamiento provenía del UNICEF y de la cooperación bilateral de los Estados Unidos, la OPS asumió el liderazgo en las campañas y entregó becas para especializarse en malaria en Brasil, México y Venezuela. Para algunas dictaduras latinoamericanas, el trabajo contra la malaria fue un medio para legitimar su gobierno. Éste fue el caso, por ejemplo, de François Duvalier, el tirano que gobernó Haití desde 1957 hasta 1971; de Rafael Trujillo, que gobernó despiadadamente la República Dominicana durante tres décadas; y de Marcos Pérez Jiménez, quien, después de manipular las elecciones venezolanas de 1952, se mantuvo en el poder hasta 1958. No era raro que estos regímenes autoritarios participaran en campañas como éstas. En primer lugar, porque eran promovidas por la superpotencia a la que ellos querían expresar su lealtad, y, en segundo lugar, porque formaban parte de lo que era entender la salud pública en función de una *cultura de la sobrevivencia*, en la que los pobres reciben del Estado una asistencia paternalista.

LÍMITES DEL MODELO DE ERRADICACIÓN

A principios de la década de 1960, la mayoría de los gobiernos y autoridades en salud pública de la región confiaban en que la malaria sería erradicada. Los servicios especializados, vinculados a los ministerios de Salud, tuvieron poder, recursos y prestigio significativos. Durante la primera década de la campaña, gran parte de los países lograron notables resultados, especialmente en el control de la transmisión en zonas que eran más productivas económicamente, más densamente pobladas y más accesibles por carretera. Además, la mortalidad asociada con la malaria cayó significativamente. Eventos internacionales sancionaban el liderazgo que tenía América Latina en una renovada versión de la medicina tropical. En 1963 se realizó en Rio de Janeiro el VII Congreso Internacional de Medicina Tropical y Malaria, con la participación de cientos de especialistas internacionales, incluidos Candau y Gabaldón en la mesa de honor que dio inicio al simposio. Una recomendación oficial del mismo fue que se siguiera adelante en la labor de erradicación de la malaria. Para 1974, el esfuerzo de erradicación fue elogiado por haber liberado de la enfermedad a zonas pobladas por 90 millones de personas en las Américas. Desde una perspectiva histórica, las campañas de erradicación de la malaria hicieron que se ampliara la preocupación sanitaria por la población rural. Si los primeros trabajadores de la salud se concentraron en puertos y ciudades, y con poca regularidad en las zonas rurales, esta vez el trabajo se llevó a cabo con intensidad en el campo. De esta manera hicieron posible el contacto entre los servicios de salud y la medicina occidental con las poblaciones marginadas.

Una característica de las campañas fue que algunos individuos de las comunidades afectadas las asumieron como propias. En ciertos países latinoamericanos, los “rociadores” de DDT o fumigadores se convirtieron en personalidades conocidas y respetadas en la cultura popular, y a la vez surgieron voluntarios, que dejaron su huella en los lugares por donde pasaban las campañas. A ellos los llamaban “notificadores” (por lo general eran profesores de escuela), porque su papel era informar sobre la existencia de los casos de fiebre y tomar muestras de sangre, aunque sus responsabilidades llegaron a incluir la distribución de los medicamentos y la educación para la salud. En sencillas revistas mimeografiadas, preparadas por los trabajadores de la salud, aparecían noticias, poemas y letras de las canciones relacionadas con el objetivo de la erradicación, lo que es prueba del esfuerzo por hacer popular la lu-

cha contra la malaria, del compañerismo y el espíritu de grupo que se creó entre los trabajadores de salud.

Sin embargo, la lucha contra la malaria no pudo resolver los problemas técnicos, políticos y administrativos que enfrentó la erradicación desde mediados de la década de 1960 en adelante. Algunos de los principales problemas técnicos fueron la resistencia del *Plasmodium falciparum* —el agente causante de la peor forma de malaria— a la cloroquina y la inmunidad de algunas especies del mosquito *Anopheles* a los insecticidas. Algunos mosquitos no se quedaban dentro de los dormitorios después de haber picado a sus víctimas, tal como se suponía en el diseño original, de manera que la fumigación dentro de las viviendas resultó ser un método ineficaz. Por otro lado, la campaña perdió autoridad cuando la malaria apareció en los hospitales urbanos, debido a las transfusiones de sangre contaminada. Las características sociales, que entorpecían las campañas, incluían los muros extremadamente precarios de las viviendas rurales, cuyas paredes no podían retener los insecticidas, así como la costumbre campesina de dormir afuera de la casa en el verano y el traslado de poblaciones nómadas que pasan la noche en varios lugares. También fue importante la aparición de nuevos criaderos de mosquitos por la construcción de más carreteras, la deforestación, los proyectos hidroeléctricos y la explotación mineral. Estas actividades, desarrolladas en las décadas de 1960 y 1970, atrajeron a nuevos inmigrantes que cayeron víctimas de la malaria.

Existían otros problemas de carácter cultural y tecnológico que eran fundamentales. Los insecticidas eran tóxicos y mataban a los pollos, a las abejas productoras de miel y a otros animales domésticos pequeños que se criaban para el consumo familiar. En algunos lugares, el pluralismo médico no podía reducir la distancia que separaba a los diferentes conceptos que se tenían sobre el cuerpo, las fiebres y la enfermedad. Algunos campesinos pensaban que las fiebres se debían a los cambios bruscos de la temperatura o al consumo de fruta inmadura, y se resistían a entregar muestras de sangre a funcionarios sanitarios, porque los percibían como extraños y creían que les producirían pérdida de virilidad o podían utilizarlas para hacerles brujería. La contaminación ambiental también se volvió una limitación seria y empezó a ser un tema importante en los Estados Unidos. Los ambientalistas comenzaron a atacar al DDT enarbolando el libro *Silent Spring* de Rachel Carson, publicado en inglés en 1962 y traducido al español y portugués pocos años después; éste se convirtió en un símbolo del cambio en la percepción del público sobre los efectos nocivos de los plaguicidas. Las investigaciones que vinieron después argumentaron que el DDT contaminaba la atmósfera y mataba a los peces, pájaros y

una serie de animales pequeños, mientras que la exposición prolongada se volvía peligrosa para los seres humanos. El insecticida fue acusado de ser el causante de la disminución de la población del águila estadounidense, símbolo de la nación. La percepción negativa del uso masivo de insecticidas encontró eco en un viejo dicho popular: “Algunas veces la cura es peor que la enfermedad”.

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO por sus siglas en inglés, correspondientes a Food and Agriculture Organization), dedicada al desarrollo agrícola desde fines de la década de 1940, consideraba importantes los pesticidas, así como los insecticidas, para mantener los cultivos en los países desarrollados. La agencia creía que eran un método seguro en las luchas, no sólo contra la malaria, sino también contra el hambre. La discusión sobre las ventajas y los límites del DDT continuó durante los años siguientes; sin embargo, en 1972, dos años después de la creación de la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos (EPA por sus siglas en inglés, correspondientes a Environmental Protection Agency), el DDT fue el primer pesticida prohibido por esta agencia federal. Ese mismo año se tomaron decisiones similares en Canadá, Inglaterra, Suecia y Noruega. Y ese año también, las Naciones Unidas auspiciaron en Estocolmo la primera conferencia internacional sobre temas ambientales y se creó el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA, o UNEP por sus siglas en inglés, correspondientes a United Nations Environment Programme), cuyo mandato era la búsqueda de consensos en cuestiones ambientales, así como el fomento del “desarrollo sostenible”.

Debido al aumento del costo de producir y verificar la seguridad y la eficacia de los insecticidas (hechos parcialmente a base de petróleo), sumado a las dificultades para conseguir una nueva aprobación legislativa para su uso, Estados Unidos bajó su producción. Aun así, estos productos siguieron exportándose. Durante la década de 1960, las agencias multilaterales evitaron una decisión definitiva sobre el DDT y, tal como lo expresó un estudioso, las compañías químicas desarrollaron “un círculo vicioso del veneno” global.²⁴ Este círculo consistía de dos procesos: por un lado, las compañías no fueron cuestionadas por su venta masiva en el extranjero de pesticidas tóxicos que estaban prohibidos en los Estados Unidos; por otro, estos insecticidas usados para la agricultura de países en vías de desarrollo regresaban a los países industrializados, que importaban productos agrícolas contaminados. Por lo general, los países industrializados no regulaban lo que exportaban sus compañías y

²⁴David Weir y Mark Schapiro, *Circle of Poison: Pesticides and People in a Hungry World*.

los pobres tenían pocas regulaciones, prácticas inseguras y un sistema de etiquetas de advertencia mucho menos efectivo. De esta manera, tanto los usuarios de países pobres como los consumidores estadounidenses fueron víctimas de “venenos” invisibles, que oficialmente estaban prohibidos en países industrializados. Este sistema continuó por años. A principios de la década de 1970, en Centroamérica, ocurrieron más casos de envenenamiento y muerte por causa de los pesticidas. Años después, la OMS reconoció que el número de casos fatales y no fatales de envenenamiento por plaguicidas entre los trabajadores agrícolas se había incrementado notablemente. Sin embargo, a principios de la década de 1980, las autoridades de la salud en América Latina no daban prioridad a los peligros de la contaminación.

Con el paso del tiempo, las zonas infestadas de malaria empezaron a crecer, la cantidad y calidad de las muestras de sangre declinaron y el porcentaje de las poblaciones que vivían en estas zonas creció considerablemente. En 1959 Soper dejó el puesto de director de la OPS, de lo cual resultó el debilitamiento de una campaña que comenzaba a ser asediada por problemas. En la actualidad, sigue siendo uno de los mayores desafíos de la salud pública en América Latina y en el resto del mundo. El programa para la eliminación de la malaria de Soper fracasó, pero la noción de erradicación como parte de una *cultura de la sobrevivencia* perduró y resurgió con fuerza en el siglo XXI con muchas agencias de salud, incluyendo la OMS y la OPS, que actualmente consideran que el DDT se puede utilizar si la bioseguridad es seguida con disciplina. También, a fines del siglo XX, se promovieron mosquiteros tratados con insecticida, y nuevas propuestas aparecieron: especialmente de la Fundación Bill y Melinda Gates (la Rockefeller de nuestro tiempo), que apoyó el diseño de una vacuna viable para la malaria y fijó un nuevo plazo para la erradicación de esta enfermedad el año 2050.

IV. INNOVACIÓN MÉDICA EN EL SIGLO XX

DESDE la primera mitad del siglo xx, muchos médicos latinoamericanos intensificaron e hicieron más explícita la tendencia para que la salud pública y la investigación médica coincidieran. Es decir, diluyeron la tradicional separación entre prevención y tratamiento. Ello significó también que la rehabilitación, muchas veces confundida entre los dos objetivos de la medicina y en profesiones como la enfermería, fuese una prioridad de los trabajadores de salud. Asimismo, la educación y la investigación en medicina experimentaron un proceso gradual hacia la hegemonía del nuevo modelo estadounidense. Ello dio prioridad al entrenamiento en laboratorios dirigidos por profesores —casi siempre especialistas en ciencias de la vida, que trabajaban con dedicación exclusiva— y la práctica clínica en hospitales universitarios. A pesar de la hegemonía estadounidense, las principales figuras de la medicina del continente se destacaron por su habilidad para mantener lazos con investigadores y organizaciones científicas europeas y conservar una relativa autonomía con respecto a los Estados Unidos y a los países benefactores locales. Al hacerlo estaban legitimando su labor nacional e internacionalmente, y creando paralelamente un nicho para sí mismos y para sus discípulos en las condiciones más adversas. Además, dejaron su huella con bastante éxito en disciplinas fuera de la medicina tropical y de la salud pública; así, hubo incursiones pioneras en la fisiología, cardiología, urología, traumatología, oncología, psiquiatría, oftalmología, dermatología y nutrición, al igual que en el dominio de nuevos aparatos como los rayos X. En varios países, los cirujanos hicieron de la asepsia y de las técnicas anestésicas usos comunes y seguros en los quirófanos, por lo que paulatinamente alcanzaron un estatus privilegiado entre todos los practicantes de la salud.

Los médicos latinoamericanos también estuvieron a la vanguardia de un movimiento eugenésico, que se distinguió entre las tendencias sociomédicas dominantes en otros países como una versión, distorsionada, del evolucionismo del británico Charles Darwin. En una versión propia, que ha sido calificada por varios historiadores como “latina”, la eugenesia médica latinoamericana generalmente reafirmó la importancia de la familia como núcleo de la sociedad, algo que sin duda venía del catolicismo. En tal sentido, argumentó que,

aunque la herencia racial era importante, los defectos de las razas inferiores podían superarse con educación y hábitos higiénicos, y que las características adquiridas por estos métodos podían transmitirse hereditariamente. Más aún, que la medicina podía contribuir al crecimiento y fortalecimiento racial de la población, y con ello al progreso de la nación. Estos planteamientos encajaban con la creciente aspiración en varios países a que las masas mestizas pudieran convertirse en ciudadanos plenos de los países modernos. Al mismo tiempo, los médicos latinoamericanos intervinieron en otros asuntos sociomédicos controversiales. Después de la segunda Guerra Mundial, conforme los países latinoamericanos empezaron a mostrar un repunte notable en las tasas de crecimiento de su población, la región se convirtió en un centro de atención para los esfuerzos de control de la natalidad, tanto en los ámbitos nacionales como internacionales.

SALUD RURAL E INVESTIGACIÓN

La tendencia a intercalar las prácticas de saneamiento con la investigación original se consolidó en Brasil con Carlos Chagas (1879-1934), el principal discípulo de Oswaldo Cruz en el Instituto del mismo nombre. Para la segunda década del siglo xx, el Instituto ya contaba con varios locales en el país, incluyendo su insigne castillo de estilo morisco, que todavía engalana el horizonte norte de Rio de Janeiro. El Instituto albergaba una excelente biblioteca y laboratorios bien equipados, para aquellos que se dedicaban a la investigación y a la manufactura de productos biológicos de uso médico y veterinario. A diferencia de Cruz, Chagas estudió medicina en Brasil y no continuó estudios de posgrado en el extranjero. Sus profesores en la Facultad de Medicina de Rio de Janeiro, como el clínico Miguel Couto (1865-1934), le inculcaron una devoción por la investigación. En dicha facultad, el trabajo experimental ya era reconocido y apreciado. A partir de 1902, Chagas fue miembro asociado del instituto dirigido por Cruz, y fue allí donde hizo su tesis de investigación sobre la malaria. Sus primeros trabajos los realizó en el cuerpo de sanidad pública (también dirigido por Cruz), en un hospital de aislamiento y en la práctica privada.

En 1905, Cruz le solicitó ayuda a Chagas para controlar la epidemia de malaria, que había interrumpido la construcción de un proyecto hidroeléctrico en el puerto de Santos. Chagas aceptó trabajar en un tema ligado a la enfermedad que había estudiado en su tesis, y posteriormente amplió su experien-

cia durante los años siguientes combatiendo la enfermedad en las inmediaciones de Rio de Janeiro.¹ Contrariando el consenso médico general, Chagas clasificó la malaria como una enfermedad intradomiciliaria e insistió en que los medios, para prevenirla, no debían limitarse al control de las larvas, que generalmente se encontraban en las aguas estancadas rurales, como la de los pantanos (una noción en la misma línea de pensamiento que los programas de erradicación de la década de 1950). Su trabajo sobre la malaria lo llevó al norte de Minas Gerais en 1907, donde hizo el descubrimiento con el que su nombre se inscribiría en los anales de la medicina mundial. Estableció un laboratorio improvisado en el pueblo de Lassance para estudiar no sólo la malaria, sino también cualquier otra enfermedad transmitida por insectos. Un ingeniero que trabajaba en la construcción de la línea del ferrocarril lo exhortó a que prestara atención a un insecto que infestaba las chozas de los pobladores rurales, conocido como “vinchuca” (popularmente se le denominó “el barbero”, porque succionaba sangre del rostro). Chagas le mandó a Cruz, quien se encontraba en Rio de Janeiro, algunos especímenes del insecto y las primeras muestras microscópicas, que contenían un microorganismo en forma de tripanosoma. Cruz confirmó que los insectos eran capaces de alimentarse de la sangre de primates de laboratorio, y que los mismos microbios podían encontrarse en la sangre de los animales expuestos a los insectos. Los hallazgos hicieron que Chagas regresara a Rio para examinar lo que resultó ser una nueva especie de tripanosoma, a la cual bautizó con el nombre de *Trypanosoma cruzi*, en honor de su mentor.

Convencido de que los organismos eran patógenos para los humanos, Chagas regresó a Lassance —donde posteriormente construiría un hospital— en busca de más vectores. Según la historia oficial, en 1909 encontró el parásito en una niña llamada Berenice, que se encontraba atormentada por fiebres altas, pasando a la historia de la medicina como el primer caso documentado de tripanosomiasis americana, o enfermedad de Chagas. Este descubrimiento confirmó el razonamiento del científico inglés Patrick Manson, quien sospechaba que algunas infecciones eran producidas por protozoos o parásitos, que completaban su ciclo de vida dentro de los vectores que las transmitían. El investigador brasileño tuvo el cuidado de publicar sus resultados no sólo en revistas de su país, sino también en publicaciones francesas y alemanas como el *Bulletin de la Société de pathologie exotique* y el *Archiv fur Schiffs-und Tropen-Hygiene*, respectivamente. Gracias a su propia iniciativa, talento e intui-

¹ Simone Petraglia Kropf, *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação, 1909-1962*.

ción, Chagas consiguió en pocos meses lo que los investigadores sueñan con encontrar durante toda su vida, y cuyo crédito generalmente tienen que compartir con otros. En un inusual “triple juego” de la medicina tropical, Chagas identificó un nuevo cuadro clínico, un nuevo vector y un nuevo microorganismo patógeno. Fue un caso que demostró, una vez más, que no toda la así llamada “ciencia de la periferia” era ciertamente periférica a la ciencia mundial. En el ámbito nacional, el descubrimiento legitimó los planes de convertir al Instituto Oswaldo Cruz en un receptor preferente del apoyo gubernamental y privado, y brindó asimismo la oportunidad de denunciar las miserables condiciones de vida y de vivienda de la mayoría de los habitantes del campo. En cuanto a la ciencia nacional, la nueva enfermedad creó un orden de prioridades de investigación sobre diversos aspectos de la enfermedad de Chagas. En 1912 Chagas recibió el reconocimiento internacional más importante de su carrera, el Premio Fritz Schadinn (otorgado cada cuatro años por el Instituto de Medicina Tropical con sede en Hamburgo) por el trabajo más importante en protozoología. Aunque fue nominado al Premio Nobel, nunca se lo dieron.

Aun así, Chagas tenía sus detractores. Algunas de sus descripciones clínicas, y la declaración de que la enfermedad se había extendido por las zonas rurales, fueron cuestionadas tanto en su país como en el extranjero. En una conferencia que se llevó a cabo en Buenos Aires en 1915, el parasitólogo austriaco Rudolf Kraus puso en duda la propia existencia de la enfermedad. En 1923, la Academia Nacional de Medicina de Brasil —que se reunió en Rio de Janeiro— organizó una sesión en la que se criticó el cuadro clínico señalado por Chagas, especialmente la asociación entre el bocio endémico y la incidencia de la enfermedad, así como las afirmaciones sobre su vasta distribución geográfica, que según sus detractores era una exageración. Chagas también fue criticado, en este caso correctamente, por creer que el protozoario era transmitido a un huésped humano a través de la picadura de insectos triatominos, en vez de propagarse por contaminación fecal del lugar de la picadura, como era el caso. A pesar de todo, Chagas resistió con éxito las críticas, hizo algunos cambios en su afirmación inicial, y mantuvo su protagonismo en la ciencia y en el trabajo por la salud de su país. Años después, nuevas investigaciones mostraron que, si bien algunas de las interpretaciones de Chagas estaban equivocadas —por ejemplo, su insistencia en la relación entre el bocio y la enfermedad que lleva su nombre—, definitivamente había hecho un descubrimiento importante en relación con la enfermedad, que afectaba no sólo a una parte importante de la zona rural de Brasil, sino también a muchas regiones de los países vecinos.

El trabajo sanitario de Chagas y del Instituto Cruz se fortaleció gracias a Belisario Penna (1868-1939), un galeno que formaba parte de un movimiento más amplio de médicos, ingenieros y políticos, quienes buscaban modernizar e integrar socialmente a su país. En 1912, junto con Arthur Neiva (1880-1943), Penna llevó a cabo una expedición de seis meses por el interior de Brasil auspiciado por el Instituto Cruz. Ellos llegaron a cubrir más de 4000 kilómetros para observar de primera mano las miserables condiciones de vida de la población rural, respecto a las cuales las élites y las clases medias urbanas eran indiferentes. Su objetivo no sólo fue denunciar, sino también indicar qué intervenciones debía hacer el gobierno federal. Penna y Neiva proponían que, aunque los habitantes del campo eran víctimas de las infecciones y del hambre, su constitución física esencial era robusta, resistente y capaz de mejorar en un buen contexto sanitario. Esta noción era contraria a las europeas y a las de la élite local sobre la inferioridad de los grupos étnicos indígenas. La publicación de sus informes en la revista del Instituto Cruz fue el prelude de una cruzada a favor de la “profilaxis” rural y del vínculo entre el desarrollo nacional y la salud pública. La profilaxis le dio un nuevo giro proactivo a la noción de higiene; era un término que iba más allá de la prevención o del cuidado médico para incluir una combinación de ideas de desarrollo, educación, nacionalismo y erradicación de los factores que los higienistas creían que causaban la pobreza. Estas ideas médicas contribuyeron al redescubrimiento de los habitantes marginalizados del Sertão (una franja de tierra árida en el centro y el noreste de Brasil) y a la propuesta de que era posible y necesario incorporarlos al resto del país.

El impacto que tuvieron estos informes cuando fueron publicados en 1916, y la frase “Brasil es aún un vasto hospital” —acuñada en la misma época por otro médico, Miguel Pereira—, condujeron a la creación en 1918 de la Liga Pro Saneamiento do Brasil. Éste fue un movimiento nacionalista en favor de una reforma sanitaria, que criticaba los defectos del frágil y descentralizado sistema federal de la República fundada en 1889. La crítica era que una autoridad sanitaria central se había debilitado al acabar el Imperio, que la solidaridad entre los estados había sido dejada de lado y el campesino había quedado en el olvido. Asimismo, se insistía en que el atraso de la población no debía explicarse por la raza o el clima tropical, sino por la pobreza extrema; por lo que el gobierno federal debía reforzar su intervención en las cuestiones sanitarias que trascendían los estados individuales. Su trabajo fue alentado por la decisión del Congreso de 1920 de crear un departamento nacional de salud dentro del Ministerio de Justicia y Comercio Interior, donde Penna llegó a

trabajar. Ello ampliaría el poder y la jurisdicción de un gobierno federal que hasta entonces, en la práctica, se había limitado únicamente a las campañas sanitarias en la ciudad capital y en los puertos.

En 1918, el prestigio de los trabajadores sanitarios y los médicos líderes de Brasil aumentó cuando se aplicaron medidas preventivas para evitar los peores embates de la gripe española, que azotó a la población de algunos estados como Rio de Janeiro y Salvador. En parte por la respuesta a esta crisis y por el prestigio de los médicos del Instituto Cruz, Epiácio Pessoa, presidente de la República entre 1919 y 1922, quien se comprometió a construir los servicios federales de salud, nombró para dirigir el flamante Departamento de Salud Pública a Chagas, quien se mantuvo en el cargo hasta 1926. Gracias al apoyo de Pessoa, el nuevo organismo sería la autoridad sanitaria más poderosa del país. Tal como lo hizo Cruz, Chagas combinó el cargo con el trabajo de director en el Instituto, a pesar de que en su época había más críticos a esta concentración de puestos. Gracias al fortalecimiento del poder del Estado en el ámbito de la salud, se aprobó un código sanitario que enfatizaba la acción del gobierno en las zonas rurales. Al mismo tiempo, se aceleró la capacitación universitaria de los doctores y los trabajadores sanitarios a ser nombrados para el servicio federal de salud, y se lanzaron campañas más consistentes y dirigidas contra la tuberculosis, la sífilis y la lepra. El trabajo rural estuvo orientado a combatir ciertas enfermedades endémicas (en esta última campaña, los trabajadores del servicio de salud federal contarían con la ayuda de la Fundación Rockefeller, tal como se explicitó en el capítulo anterior). Para Brasil, en ese momento, el intento de extender la autoridad sanitaria federal a los estados, especialmente en las zonas rurales, y darle coherencia a la salud pública dentro del modelo federalista, establecido a fines del siglo XIX con la nueva República, fue parte de un proceso gubernamental de imponerse con legitimidad a las autoridades provinciales. Ello fue parte también de relaciones más cercanas entre los movimientos sanitarios y quienes elaboraban discursos tecnocráticos, científicos y políticos.

Los éxitos más importantes de Penna y Cruz fueron la continuidad de su trabajo; el reclutamiento de discípulos y simpatizantes; la ampliación del radio de acción de su labor; y, además, el hecho de que ganaran reconocimiento, tanto nacional como internacional. Durante los últimos años de la vida de Oswaldo Cruz, su instituto fue convocado para asesorar los proyectos de construcción de líneas del ferrocarril y de plantas hidroeléctricas brasileñas, así como para recibir a investigadores de primer nivel de todo el mundo. Después de su muerte en 1917, Chagas se convirtió en el director del Instituto,

que adquirió un rol central en la investigación, producción y certificación de productos biológicos, y cuyo prestigio trascendió las fronteras del país. Desde 1908 en adelante, reconocidos científicos extranjeros pasaron algún tiempo trabajando en el Instituto, entre ellos Stanislaw von Prowazek y Gustav Giemsa de la Escuela de Medicina Tropical de Hamburgo; Max Hartmann, del Instituto de Enfermedades Infecciosas de Berlín; así como Hideyo Noguchi, del Instituto Rockefeller de Nueva York. Ello motivó una importante relación con la Fundación Rockefeller, por lo que el Instituto se pudo sostener, a pesar de sufrir los recortes del gobierno en la década de 1920, hasta que, en 1937, perdió más recursos y autonomía durante el régimen autoritario de Getúlio Vargas. En este periodo del así llamado Estado Novo (1937-1945), el Instituto vio científicos marcharse, porque estaban insatisfechos con los bajos salarios, los materiales y equipos se habían deteriorado y se les demandaba un trabajo más eficiente en dicho contexto.

Aunque el Instituto Oswaldo Cruz colaboró creativamente con organizaciones extranjeras, como la Fundación Rockefeller, nunca fue absorbido por éstas. Dicha distancia creativa también existió en otras partes de Latinoamérica. El médico colombiano Roberto Franco (1874-1958) fue un ejemplo de investigador destacado, que desafió las ideas de importantes científicos estadounidenses. Se formó en su país antes de seguir estudios de posgrado en Francia, Túnez e Inglaterra, y fue uno de los pocos que creyó en la posibilidad de crear una medicina tropical latinoamericana (algo que en parte consiguió desde su cátedra de medicina tropical en la Universidad Nacional de Bogotá entre 1904 y 1940). Asimismo, construyó un laboratorio de bacteriología y medicina tropical en el Hospital San Juan de Dios, donde sus discípulos estudiaban las enfermedades tropicales del país. En 1907, Franco analizó una epidemia de fiebre en las minas de esmeraldas de Muzo, en las inmediaciones de los Andes colombianos, y se convenció de que se trataba de fiebre amarilla y había sido adquirida por los trabajadores que habían incursionado en una selva cercana. Aunque no pudieron identificar al mosquito que la transmitía, consideraron que esta enfermedad era un verdadero peligro. Llegaron a tal conclusión, a pesar de que en 1916 la comisión Rockefeller, en la que había participado Gorgas, determinó que la fiebre amarilla no era endémica en la región ni representaba un peligro en zonas rurales, recomendando tan sólo mantener una vigilancia sanitaria en el puerto de Buenaventura, porque de vez en cuando la infección llegaba desde el Ecuador. Ésta fue una de las primeras advertencias sobre la existencia de una fiebre amarilla “selvática” en la era pos-Finlay (desde 1880 otros médicos colombianos habían argumentado que la

enfermedad existía en zonas rurales de su Amazonía). Por un tiempo, expertos estadounidenses se resistieron a las ideas de sus pares colombianos. En 1934, Fred L. Soper, que por entonces trabajaba para la Fundación Rockefeller, anunció que había “redescubierto” la fiebre amarilla selvática en Brasil, reconociendo de algún modo la originalidad de Franco, pero ignorando a otros científicos médicos colombianos que antecedieron el trabajo de Franco. Según un estudio dirigido por Emilio Quevedo y un equipo de historiadores colombianos, el hecho revela la asimetría que había entre los funcionarios de la Fundación Rockefeller y sus contrapartes colombianas.² Es interesante señalar que, no obstante estas diferencias, Franco, quien también era un experto en anquilostomiasis, seguía siendo invitado a participar en el trabajo contra la anquilostomiasis que llevó a cabo la Fundación en Colombia en 1920.

Algunos países experimentaron interrupciones repentinas en sus avances de investigación. Cuba, por ejemplo, que se había jactado de tener una cultura de investigación médica criolla multifacética y notable durante las últimas décadas del dominio colonial español, cuyos miembros habían hecho contribuciones fundamentales para revelar el misterio de la transmisión de la fiebre amarilla, empezó su vida republicana con poco ímpetu científico. Ello se debió a una falta de fondos públicos para la investigación básica, pero también fue el resultado del desvío de las energías de los científicos más destacados hacia el trabajo aplicado en nuevas instituciones estatales de salud pública, así como a las consultas clínicas y privadas, rutinarias, que pagaban bien y que tenían prestigio, pero no dejaban tiempo para la investigación. Irónicamente, la efectiva erradicación de la fiebre amarilla en Cuba, y especialmente en La Habana, significó que los investigadores de la isla perdieran la ventaja comparativa que antes habían tenido, aun cuando expertos cubanos en fiebre amarilla como Arístides Agramonte (1868-1931), bacteriólogo y patólogo formado en la Universidad de Columbia y profesor de la Universidad de La Habana durante las primeras décadas del siglo xx, junto a Juan Guiteras, trabajaran en comisiones internacionales como las formadas por la Rockefeller.

Sin embargo, la explosión de oportunidades comerciales para los médicos durante el auge azucarero de la isla derivó en fortalecer las especialidades clínicas y quirúrgicas en la nueva Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana. Sin duda estas especialidades eran las de mayor demanda en un mercado médico orientado a la creciente clase médica y alta. Los galenos ofrecie-

²E. Quevedo, C. Manosalva, M. Tafur, J. Bedoya, G. Matiz y E. Morales, “Knowledge and Power: The Asymmetry of Interests of Colombian and Rockefeller Doctors in the Construction of the Concept of ‘Jungle Yellow Fever’”.

ron a las élites atractivos paquetes de tratamientos, que en aquella época estaban de moda, o comenzaron a ganarse la vida como médicos en uno de los hospitales y clínicas administrados por sociedades mutualistas, que cubrían a una población urbana cada vez más numerosa. No fue hasta 1937 cuando en Cuba reapareció un dinámico centro de investigación médica, el Instituto de Medicina Tropical, con la dirección del joven parasitólogo profesor de la Universidad de La Habana Pedro Khouri (1900-1964), quien previamente había fundado una Sociedad Cubana de Biología y Medicina Tropical. En otros países se crearon pequeños, pero significativos, grupos de investigación, por lo general en torno a una personalidad brillante. Éste fue el caso de Clodomiro Picado Twight (1887-1944), botánico y microbiólogo costarricense, graduado en el Instituto Pasteur, quien en las décadas de 1910 y 1920 identificó acertadamente una serie de hongos patógenos y llegó a especializarse en la producción de sueros contra la mordedura de serpientes.

EUGENESIA

No todas las investigaciones médicas pueden inscribirse en marcos de trabajo tradicionalmente obtenidos en laboratorios. Una línea de estudios y producciones médicas ambivalente fue la que se estableció, con mayor intensidad en la primera mitad del siglo xx, entre algunas enfermedades y los tipos étnicos o “razas”. Detrás de la actitud general hacia el saneamiento y padecimientos como la tuberculosis y las enfermedades mentales, estuvieron prejuicios raciales ocultos en discursos científicos y nacionalistas en favor del progreso. El estigma también estuvo presente en la medicalización de la prostitución, el crimen y el alcoholismo (especialmente del tipo provocado por bebidas alcohólicas indígenas como el pulque, la cachaza o la chicha, que los productores industriales de la cerveza y el vino buscaban desplazar del mercado). En nombre de la higiene, los médicos latinoamericanos, junto a abogados, intelectuales y políticos de todas las tendencias, adhirieron y adoptaron las ideas europeas y estadounidenses de la eugenesia. Con este prisma, enfermedades como las mentales y venéreas, al igual que la tuberculosis, el alcoholismo y la epilepsia, se consideraban hereditarias y marcas distintivas de algunas razas. De acuerdo con estas ideas, los gobiernos debían imitar o acelerar las prácticas de selección animal, adecuando los postulados evolucionistas de Charles Darwin —sobre todo el concepto de la sobrevivencia del más apto— para permitir que los mejores especímenes de los seres humanos sobrevivan. Frecuente-

mente, los defensores de la eugenesia se apoyaban en las leyes de la herencia genética del monje austriaco del siglo XIX, Gregor Johann Mendel.

Poco después de la formación de la tristemente célebre Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene o Sociedad Germánica de Higiene Racial (1905), que inspiró muchas de las ideas del Partido Nacionalsocialista Obrero Alemán (conocido en alemán por sus siglas, NSDAP, correspondientes a Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei), o Partido Nazi, en Inglaterra apareció la Eugenics Education Society (1907-1908), en los Estados Unidos la Eugenics Record Office (1910) y en Francia la Société française d'eugénique (1913). Entre los líderes de la eugenesia europea destacaba el inglés Francis Galton, primo de Charles Darwin y a quien se atribuye este concepto. En Latinoamérica, las primeras corporaciones creadas fueron la Sociedad Argentina de Eugenesia (1918) y la Sociedade Eugênica de São Paulo (1919). Las ideas eugénicas fueron otro canal de comunicación transnacional. Por ejemplo, la Primera Conferencia Panamericana sobre Eugenesia y Homicultura se realizó en La Habana, en 1927, congregando a varios latinoamericanos (la homicultura, un término usado con fuerza en Cuba, era promovida como una ciencia para mejorar el crecimiento de los seres humanos). Un Segundo Congreso Panamericano de Eugenesia fue celebrado en Buenos Aires en 1932, y tres años después se formó una Federación Internacional de Sociedades Eugénicas Latinas (1935). La Segunda Jornada Peruana de Eugenesia realizada en 1943 continuó con esta tradición, cuando la disciplina ya estaba siendo criticada mundialmente, y contó con una importante participación de especialistas de otros países latinoamericanos. Asimismo, la eugenesia fue la ocasión para nuevas alianzas y estrategias con especialistas de países industrializados. El patólogo cubano Domingo Ramos (1884-1966) se asoció con el estadounidense Charles Davenport, director del Eugenics Record Office y que había participado en la Primera Conferencia Panamericana sobre Eugenesia y Homicultura en La Habana, para hacer de Cuba la puerta de entrada de la eugenesia estadounidense en América Latina.³

Al mismo tiempo, muchas ligas de lucha contra la tuberculosis y a favor de la salud mental en la región adoptaron la terminología eugénica. Apparentemente, todos parecían estar de acuerdo con proteger la procreación de los individuos más saludables para acrecentar la población a través de, por ejemplo, los exámenes médicos prenupciales; éstos llegaron a ser implementados en Chile, e insistían cada vez más en que ciertas personas enfermas o

³ Armando García González y Raquel Álvarez Peláez, *Las trampas del poder: sanidad, eugenesia y migración: Cuba y Estados Unidos (1900-1940)*.

con malformaciones, consideradas “no aptas”, no debían ser alentadas a tener hijos, como una manera de favorecer una “selección natural” que permitiera la hegemonía de las razas supuestamente superiores. Sin embargo, como encontró Nancy Stepan, en la mayoría de los países latinoamericanos fueron pocos los médicos que promovieron una eugenesia “negativa” como política de gobierno, tal como ocurrió con las leyes nazis de 1933, que fueron devastadoramente crueles y obligatorias. Los partidarios de estas tendencias recurrieron a la esterilización, la eutanasia y el genocidio para evitar la descendencia de quienes eran considerados inferiores a un supuesto ideal de raza aria.⁴ Este tipo de eugenesia propició abiertamente la eliminación de las “razas inferiores”, empezando con la esterilización compulsiva y la eutanasia. Desde sus inicios a principios del siglo XIX, en Europa, y más tarde en los Estados Unidos, la eugenesia fue considerada una disciplina científica médica que ayudaría a la reproducción humana “selectiva”. A pesar de que fue desacreditada durante la segunda Guerra Mundial por su asociación con el genocidio racial nazi, siguió siendo usada en algunos hospitales del mundo contra enfermos mentales y persistió en algunas repúblicas latinoamericanas durante la posguerra.

El entusiasmo por la eugenesia en la región, a comienzos del siglo XX, llevó a organizar concursos de maternidad y bebés saludables, y estuvo emparentado con mitos de degeneración, promiscuidad, inmoralidad y mestizaje en la población (según los eugenistas, la mezcla de razas era una forma de contaminación, porque producía individuos débiles con los defectos que se atribuían a las razas de sus progenitores). Estos temas se volvieron una creciente obsesión entre las élites latinoamericanas, que usaron las ideas científicas para reelaborar el racismo y el orden social, cuando ya no había controles sociales como la esclavitud y el número de habitantes de las ciudades estaba creciendo. Tal como Julia Rodríguez lo ha destacado para el caso de Buenos Aires a principios del siglo XX, esta obsesión dio lugar a programas científicos oficiales para lidiar con las poblaciones urbanas de pobres, criminales y vagabundos, considerándolos miembros de una raza enferma, que podía ser controlada o mejorada por el Estado.⁵ Nancy Stepan ha argumentado que en América Latina predominó una eugenesia “positiva”, más benigna, o neo-lamarckiana (siguiendo los postulados del naturalista francés Jean-Baptiste Lamarck, quien consideraba que las especies podían mejorar en varias generaciones por el aprendizaje y la posibilidad de lo que se denominaba la herencia de los caracteres adquiridos). Según Stepan, para los latinoamericanos el

⁴ Nancy Stepan, *The Hour of Eugenics: Race, Gender, and Nation in Latin America*.

⁵ Julia Rodríguez, *Civilizing Argentina: Science, Medicine, and the Modern State*.

medioambiente y la posibilidad de que la especie humana corrigiera sus defectos eran más importantes que la herencia.

Sin embargo, investigaciones recientes muestran que una diversidad de tendencias estuvo presente en la eugenesia latinoamericana, y lo que faltó fueron Estados lo suficientemente fuertes como para aplicar un determinado sistema. Probablemente uno de los asuntos en que la eugenesia latinoamericana tuvo influencia política fue en la decisión de los gobiernos de muchos países de establecer políticas xenófobas, que redujeran la inmigración internacional generalizada de fines del siglo XIX y trataran de restringir la entrada de inmigrantes asiáticos, considerados de una raza inferior a las locales. En otro nivel cultural más difuso, la eugenesia no sólo reelaboró el racismo, sino que contribuyó a legitimar la intervención de la medicina y del Estado en ámbitos que se consideraban privados, como la reproducción humana, la sexualidad y la familia, y para idealizar a la medicina como un elemento fundamental de programas tecnocráticos, que actuaran como una especie de ingeniería social en favor de la modernidad.

El caso de la eugenesia en Brasil es interesante, porque revela uno de los extremos en que se manifestó esta corriente. La sociedad eugénica de São Paulo fue dirigida por Renato Kehl (1889-1974), en ese entonces profesor de medicina de la facultad en dicha ciudad, que trabajó en la sanidad rural y en la empresa farmacéutica alemana Bayer. Fue, además, un prolífico escritor que publicó algunas de las primeras obras sobre el tema en la región como *Eugenia e Medicina social; problemas da vida* (1923). Kehl se oponía tenazmente al mestizaje porque lo consideraba uno de los factores que conducían a la degeneración de los seres humanos. Otros pensaban que la mezcla de las diferentes razas era positiva, y que la raza “negra” se había embarcado en un proceso de “blanqueamiento” desde la época colonial. Brasil también es interesante porque presenta el caso de una vertiente distante de la radical sostenida por Kehl. El médico brasileño Edgard Roquette-Pinto (1884-1954), quien luego de culminar sus estudios se interesó en la antropología de los indígenas de su país y se volvió uno de los principales investigadores del Museo Nacional de Rio de Janeiro (que dirigió entre 1915 y 1936), fue uno de los pocos que cuestionó la eugenesia. Para Roquette-Pinto, el mestizaje no había producido grupos raciales “inferiores” en Brasil, sino todo lo contrario, individuos saludables.

Un caso más radical y complejo de una propuesta eugenésica negativa, y que tuvo influencia en la Argentina, estuvo inspirada por el trabajo del físico y criminólogo italiano Cesare Lombroso; éste pensaba que ciertas características físicas —como las asimetrías en la mandíbula o el cráneo, los ojos bizcos

e incluso los tatuajes corporales— estaban íntimamente relacionadas con la psicopatología criminal. El “criminal nato” era esencialmente diferente al delincuente, porque finalmente era una persona moral, según Lombroso. La Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social (1932) llevaba a cabo sus reuniones bajo la inspiración de la figura de Lombroso y del endocrinólogo italiano, militante del fascismo, Nicola Pende, quien sostenía que un mal funcionamiento de las glándulas de secreción interna y las hormonas podía generar trastornos en la conducta humana y producir un delincuente. Influidos por estas ideas, algunos gobiernos argentinos promovieron los lazos entre la antropometría, la biotipología, la criminología y la legislación criminal, y desde la segunda década del siglo xx los especialistas publicaban sus estudios en la *Revista de Criminología, Psiquiatría, Medicina Legal y Ciencias Afines*.

Otro extremo del espectro latinoamericano fue la Sociedad Mexicana de Eugenesia para el Mejoramiento de la Raza, creada en 1931, pero que tenía antecedentes desde comienzos del siglo; así, debido a la influencia de la Revolución de 1910, tuvo interés en “integrar” o “civilizar” a la población indígena en una sociedad étnicamente heterogénea, en comparación con la Argentina. Sus partidarios consideraban que las razas “inferiores” podían regenerarse ellas mismas y abandonar sus características indolentes y su falta de laboriosidad, mediante la educación (especialmente la educación sexual y de higiene) y la disciplina militar. Ellos creían que el mestizaje no creaba a un individuo inferior, sino que, por el contrario, originaba un tipo de “mestizo”, idealizado por su sociedad. El énfasis estaba entonces en fomentar los matrimonios en los que uno de los miembros de la pareja fuera de una “raza superior”, en organizar competencias de bebés saludables (inspirados en la versión francesa de la eugenesia que creó términos como “puericultura”), en requerir certificados médicos prenupciales para evitar la procreación de descendientes enfermos y “degenerados”, y en promover la inmigración selectiva (es decir de Europa). Como también lo ha demostrado Alexandra Stern, la eugenesia mexicana fue esencial para la formación de un ideal nacional en México y para la distinción entre mexicanos y estadounidenses.⁶

Uno de los subproductos de la eugenesia fue el énfasis en la salud infantil y la medicalización de la maternidad. En 1921, se realizó en México el Primer Congreso Mexicano del Niño, que promovió la eugenesia y la responsabilidad de las madres en el mejoramiento de la raza. Algunos pediatras adoptaron las

⁶ Alexandra Minna Stern, “Buildings, Boundaries, and Blood: Medicalization and Nation-Building on the U.S.-Mexico Border, 1910-1930”.

ideas eugénicas, como el peruano Carlos Enrique Paz Soldán (1885-1972) y el argentino Gregorio Aráoz Alfaro (1870-1955), quienes fueron líderes sanitarios en sus respectivos países y representantes ante las agencias internacionales de la época, como la OPS. Aunque Paz Soldán nunca estudió en el extranjero, estuvo influido por la medicina francesa y la medicina social europea. Desde 1915 fue el segundo profesor de una cátedra recién inaugurada llamada “higiene”, que le dedicaba atención a la eugenesia, en la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos. Fue promotor del Hospital del Niño que comenzó a funcionar en Lima en 1930, sobre la base de un establecimiento de medicina infantil que atendía desde comienzos de la década de 1920 en un Instituto Pasteur, propiedad de la Beneficencia. Paz Soldán continuó en su puesto de profesor hasta 1958, cuando la universidad creó un departamento de medicina preventiva. Ocupó un lugar destacado en la profesión médica (por ejemplo, fue “secretario a perpetuidad” de la Academia Nacional de Medicina) y abogó por la creación de un Ministerio de Salud, que el Perú recién creó en 1935.

El argentino Aráoz Alfaro también llegó a desempeñar cargos distinguidos en salud y fue reconocido como un experto en eugenesia. Después de un viaje por Europa luego de graduarse como médico, volvió a Buenos Aires con la reputación de patólogo y experto en enfermedades que aquejaban a la infancia, como la difteria, la escarlatina y la tuberculosis. Entre 1918 y 1931, en varias ocasiones fue presidente de la máxima autoridad sanitaria de su país, el Departamento Nacional de Higiene; además, formó y presidió la Sociedad Argentina de Pediatría, fuertemente influida por la medicina francesa. No menos importante fue el hecho de que Aráoz Alfaro, junto con sus colegas Víctor Delfino y Ubaldo Fernández, formara la Sociedad Argentina de Eugenesia en 1918.

No obstante, la higiene así entendida no fue la única perspectiva de salud inspirada en modelos europeos que surgió durante las primeras décadas del siglo xx. Gradualmente fue tomando forma una salud pública rural —con y sin apoyo del Estado—, que buscaba darles importancia a los factores sociales que tenían que ver con la salud y la enfermedad.

MEDICINA SOCIAL EN LAS ÁREAS RURALES

En algunos países de la región, más que en otros, la salud estatal y la investigación médica empezaron a proyectarse desde las ciudades hacia el campo con mayor intensidad después de 1930. De esta manera, incluso se establecie-

ron oficinas importantes en las zonas rurales o en las ciudades de provincia; un esfuerzo diferente al de, por ejemplo, Carlos Chagas, quien trabajó en el interior de Brasil, pero cuyo principal centro de investigación siempre estuvo en Rio de Janeiro. Ello se hizo a menudo para controlar enfermedades que eran típicas de las áreas rurales y amenazaban con propagarse a las ciudades. También fue un factor el interés de algunos médicos de ponerse al servicio de las poblaciones más marginales, ya sea por motivos humanitarios o ideológicos. Estas actividades fueron reforzadas por dos factores políticos y médicos. En primer lugar, fue la respuesta de algunos individuos y Estados a la crisis económica que se desató en 1929. La Depresión condujo a que en muchos países se quebrara el antiguo modelo político oligárquico; irrumpieron así las demandas de las clases media y trabajadora, que buscaban mayores derechos y beneficios sociales como vivienda, salubridad y educación. Lo cual favoreció el establecimiento de gobiernos nacionalistas y populistas que prometían integrar —o más bien asimilar— a la población agraria y a los pobres en general al mercado y a la cultura urbana. Frecuentemente, tales esfuerzos iban acompañados de intentos por asimilar a los indígenas al idioma oficial, y por la aceptación de estos últimos de la medicina occidental.

En ese contexto se difundió en la región una corriente médica, inspirada en la Europa del siglo XIX: la *medicina social*. Ésta fue entendida en muchos países como una extensión de la higiene y como un medio para lograr reformas sociales que favorecieran la salud de la mayoría de la población. El ideal era la medicina social europea que se remontaba al trabajo del médico alemán Rudolph Virchow, durante el siglo XIX, a quien se le atribuía la frase de que los médicos eran los abogados de los pobres. Íconos de la medicina social europea del siglo XX fueron las revistas del belga René Sand, la experiencia en medicina rural china del yugoslavo Andrija Stampar y el trabajo del polaco Ludwick Rachjman como director de la Oficina de Higiene de la Organización para la Salud de la Liga de las Naciones (LNHO). Con ellos brilló la medicina social en Europa, que era, en gran parte, una reacción a la confianza exagerada en la teoría de los gérmenes de las enfermedades. La medicina social insistía en que los factores biomédicos no eran los únicos que podían explicar el problema de la salud y la enfermedad. Las otras explicaciones las constituían factores políticos, sociales y ambientales, que eran básicos para la salud, ya que ésta era parte del orden social y político.

En América Latina se crearon revistas, institutos universitarios y organismos oficiales que izaron la bandera de la medicina social, entendida como una higiene colectiva y estatal, revestida de una dimensión nacional. Ello para

algunos no era un antónimo de la eugenesia; es el caso de Paz Soldán, quien publicó de manera irregular, desde 1915, una revista llamada *La Reforma Médica* (el mismo nombre que utilizó Virchow en su publicación periódica), y en 1927 creó el Instituto de Medicina Social en la Universidad de San Marcos. La revista era una combinación de publicaciones académicas con boletín de noticias y anuncios, en donde aparecían noticias nacionales e internacionales sobre higiene. Aunque Paz Soldán casi no trabajó en las zonas rurales del Perú, otros médicos vinculados al Instituto consideraron que los problemas del campo eran una oportunidad para demostrar que la salud tenía un valor importante en la solución social y política de las pobres condiciones de vida de quienes habitaban en el campo.

En México, las transformaciones agrarias posteriores a la Revolución de 1910 y el idealismo generado entre los políticos, médicos y educadores produjeron un ambiente favorable para la medicina social. Ello fue palpable en 1935, cuando el gobierno de Lázaro Cárdenas empezó una importante lucha contra la malaria. El programa les dio prioridad a la educación de la población, a la sanidad ambiental y a la creación de dispensarios de malaria, para proporcionar tratamiento gratuito con quinina. En la conferencia regional sobre la malaria, celebrada en 1938, se establecieron normas para restringir el uso del agua en el cultivo del arroz con la finalidad de controlar una de las áreas favoritas de reproducción del vector *Anopheles*. También se promovieron las “casas higiénicas” con mallas metálicas en las puertas y ventanas, además del uso de mosquiteros y el incentivo para la plantación de árboles de la quina, que permitían producir localmente el medicamento contra esta dolencia. Asimismo, el gobierno era consciente de la mala distribución de profesionales médicos entre las áreas urbanas favorecidas y las áreas rurales menos favorecidas; así, en 1936 inauguró un programa en el que médicos recién graduados pasaban un periodo de seis meses en una localidad rural. Dos años después se formó la Escuela de Medicina Rural para capacitar a profesionales en el campo. Todo ello se hizo con el ideal de mejorar los índices de mortalidad rural, al igual que proteger y aumentar la población del país. Intelectuales influyentes de la época, como Gilberto Loyo, consideraban que el principal problema para la modernización del país era la despoblación, un tema que estuvo presente en el discurso de salud pública de la región durante casi todo el siglo xx, evocando un antiguo principio de la medicina de la Ilustración: el crecimiento demográfico es una condición para —y un efecto del— desarrollo de un país. Estos adelantos confirman que antes de la segunda Guerra Mundial algunos países trataron de tener programas integrales y de fomentar

la solidaridad médica. Se plasmaron como ejemplos de salud ante la adversidad; no obstante, después de la guerra, los programas de erradicación de la malaria modificarían este modelo y establecerían perspectivas biomédicas más reduccionistas.⁷

Un promotor y arquitecto de estos cambios, en el México de comienzos de siglo xx, fue Miguel Bustamante (1898-1986), miembro de una familia pobre de 14 hermanos del estado rural de Oaxaca. En 1928 obtuvo un doctorado en salud pública en la prestigiosa escuela de Johns Hopkins (el primero de su país en conseguirlo) gracias a una beca de la Fundación Rockefeller. En 1933, rompiendo con la falta de planificación característica del sector y junto con el presidente Cárdenas, organizó un plan de trabajo en salud por seis años, para poder crear la infraestructura necesaria en las zonas rurales y mejorar la provisión de alimentos junto con la educación en higiene. Hacia el final de la segunda Guerra Mundial comenzó una carrera en la salud internacional; así, entre 1947 y 1956 promovió reformas similares a las que había hecho en México desde su cargo como secretario general de la OPS.

En otros países surgieron personalidades parecidas —pero sin el apoyo estatal—, como Salvador Mazza (1886-1946) en el noreste argentino y Manuel Núñez Butrón (1900-1952) en los Andes del sur del Perú. Ambos fueron ejemplos notables del modelo de forjar la *salud en la adversidad*. El argentino Mazza tenía una capacidad excepcional para vincular el uso creativo de recursos limitados con la pertenencia a redes internacionales de conocimiento médico. Mazza empezó sus actividades sanitarias científicas cuando era estudiante (obtuvo su grado en 1910), trabajando en el laboratorio de la colonia de leprosos en la isla Martín García. Más tarde llevó a cabo un viaje de estudios por varios países europeos, y a su regreso fue nombrado profesor de bacteriología en la facultad de la Universidad de Buenos Aires (UBA). En 1923 volvió a Francia para continuar sus estudios de especialización, pero, en lugar de irse a París como muchos de sus compatriotas, viajó a Túnez, que en esa época era colonia francesa. Allí trabajó en el Instituto Pasteur de la ciudad bajo la dirección de Charles Nicolle, famoso por sus estudios sobre el tifus exantemático (después de ganar el Premio Nobel, el francés visitaría a Mazza en Argentina en 1925). Por sugerencia de Nicolle y del cirujano y diputado argentino José Arce (1881-1968), la Facultad de Medicina de la UBA creó la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (MEPRA), con sede en Jujuy y con Mazza como su primer director. La misión utilizaba un laborato-

⁷ Ana María Kapelusz-Poppi, "Rural Health and State Construction in Post Revolutionary Mexico: The Nicolaita Project for Rural Medical Services".

rio móvil instalado en un tren, donde realizaba extracciones de sangre, cultivos, exámenes serológicos y biopsias, y donde llegó a tratar a cientos de personas enfermas del mal de Chagas (confirmando los descubrimientos de su descubridor brasileño). Asimismo, visitaba los poblados y pequeñas ciudades rurales para educar a la población sobre la enfermedad y los medios para evitar el contagio y dialogar con los médicos locales. De esta manera, Mazza acabó con las dudas que existían entre los galenos argentinos sobre la presencia de la dolencia en su país; dudas que habían surgido antes con las críticas de Kraus en Buenos Aires, como ha sido mencionado. Además, apoyándose en el talento local, MEPRA formó la Sociedad Científica de Jujuy, y estudió y atendió a personas con la *Leishmaniasis tegumentaria americana* durante la segunda mitad de la década de 1920. Mazza fue uno de los primeros en denunciar los factores sociales relacionados con la *Tripanosomiasis americana* (enfermedad de Chagas). Aunque el trabajo contra este mal se había concentrado en el vector —la vinchuca o *Triatoma infestans*—, según Mazza había que atender, además, a cambios en los principales factores para su propagación, como la miseria y las pobres condiciones educativas e higiénicas en las zonas rurales del norte de Argentina. En una reunión de la MEPRA en 1935, el investigador médico argentino Cecilio de Romaña describió una forma especial de conjuntivitis, que era el típico signo clínico de la fase inicial de la enfermedad. El “signo de Romaña”, como llegó a ser conocido, hizo más fácil la identificación de la enfermedad. Desgraciadamente, una parte de la élite política y médica de Buenos Aires se negó a reconocer el trabajo desinteresado de Mazza y dejó de proporcionarle el apoyo necesario. En 1946, Mazza murió de un ataque al corazón —probablemente causado por el tripanosoma que estudiaba— cuando participaba en un congreso sobre la enfermedad de Chagas en México. Después de unos años, en 1958, la Misión que había formado empezó a desintegrarse y finalmente fue disuelta con el argumento de que ya no realizaba trabajos de investigación.

Manuel Núñez Butrón, natural de la sierra peruana, inició sus estudios médicos en el Perú, pero terminó su formación en la Universidad de Barcelona, en España, donde permaneció hasta 1925. Dejando a un lado la tentación de instalar un consultorio en Lima y alcanzar una posición acomodada con el prestigio de un diploma obtenido en el extranjero, decidió volver a sus raíces y se instaló en Puno como médico del Estado. Muy pronto descubrió que los recursos disponibles para hacer su trabajo eran totalmente inadecuados. Su labor en favor de la salud rural se llevaría a cabo en un contexto marcado por una población indígena mayoritaria, tensiones entre las

haciendas y las comunidades por la propiedad de las tierras y, en fin, el surgimiento de una ideología indigenista, que le daba prioridad a la cultura de los habitantes originales de los Andes. Asimismo, un proceso que tuvo influencia en su trabajo fue que a Puno llegaron un número significativo de misioneros Adventistas del Séptimo Día, provenientes de los Estados Unidos y Argentina, quienes enfatizaban la higiene personal y la promoción de la educación bilingüe.

La siguiente cita de Núñez Butrón ilustra las dificultades y la frustración de un médico que trabajaba en las zonas rurales de América Latina, especialmente en los Andes, a mediados del siglo xx:

El gobierno paga a un médico titular [...] para combatir las epidemias que se presentan en su jurisdicción, pero ¿qué hace un hombre, por más científico que sea, si su misión es cuidar a miles de habitantes distribuidos a cientos de kilómetros de distancia? ¿Qué hace un médico joven recientemente egresado de la Facultad, si apenas tiene un termómetro y un recetario? Termómetro que le durará poco tiempo y recetario que le sirve para recetar remedios que llegarán varios días después de la muerte del enfermo.⁸

La vasta distribución de la población indígena en pequeños asentamientos, distantes unos de otros, junto con la falta de personal de salud, llevó a Núñez Butrón a formar brigadas de voluntarios itinerantes en las provincias puneñas de Lampa y San Román, grupos que llamó *rijchariy* (“despertadores” en quechua). Los brigadistas eran promotores de salud que combatían la pulga transmisora del tifus exantemático, promovían la vacunación contra la viruela y educaban a las personas en higiene corporal. Los miembros de la brigada complementaron este trabajo sanitario con la construcción de escuelas rurales y bibliotecas itinerantes, competencias deportivas y conciertos al aire libre en los que se cantaban —en los idiomas nativos— tonadas populares con letras sobre temas de salud. Los miembros de estas brigadas eran reclutados entre líderes comunales, adventistas y profesores de escuela, así como exreclutas, y para 1937 llegaron a ser 122. El trabajo de estos agentes de salud se volvió cada vez más radical, criticando a los vendedores de alcohol, así como los abusos de los abogados y los propietarios de grandes extensiones de tierra. Sin embargo, el trabajo nunca se diseminó a escala nacional, como Núñez Butrón esperaba cuando lanzó una infructuosa candidatura al Parla-

⁸ Manuel Núñez Butrón, “¿Qué es el Rijcharismo?”

mento. Este valioso liderazgo se vio interrumpido por su muerte prematura en 1951.

Venezuela ofrece otro caso de salud en la adversidad, que ilustra la intensidad de la circulación de ideas y prácticas médicas entre el campo y la ciudad capital, así como entre un país periférico y las agencias de salud internacional. Su líder fue Arnoldo Gabaldón (1909-1990), quien obtuvo el doctorado en medicina en la Universidad Central de Venezuela en 1930; al año siguiente se diplomó como especialista en el Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo y concluyó su formación, con una beca de la Fundación Rockefeller, en la Universidad Johns Hopkins, donde recibió un doctorado en higiene. En 1936 volvió a su país para dirigir la Dirección Especial de Malariología (más tarde la División de Malariología) en el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social que había sido creado ese mismo año. Conservó este puesto hasta 1950, y posteriormente llegó a ser ministro de la cartera de Sanidad y Asistencia Social entre 1959 y 1964, un experto de la Organización Mundial de la Salud y candidato a la dirección de la OPS.

Al comienzo de su carrera, el carismático Gabaldón lideró un equipo multidisciplinario contra la malaria, que examinó a miles de niños en las zonas más pobres de Venezuela. El equipo clasificó a millones de mosquitos para definir la ecología de los vectores, emprendió miles de visitas en busca de personas que tenían la enfermedad para poder tratarlas, implementó programas de ingeniería para el saneamiento del medio ambiente con el fin de reducir los depósitos de larvas de mosquitos, y distribuyó gratuitamente tratamientos con quinina. Para realizar estas tareas consiguió la valiosa ayuda de profesores, empleados de correo y autoridades no médicas provinciales. Con ellos se produjo y distribuyó una pintoresca publicación llamada *Tijeretazos sobre Malaria* a partir de 1938 (y que continuaría hasta los años cuarenta), donde se resumían trabajos académicos, noticias periodísticas e informes administrativos (resultó tan útil que empezó a circular por varios países sudamericanos). Gabaldón se familiarizó con el DDT y los medicamentos antialérgicos poco después de que se aplicaran contra la malaria, a finales de la segunda Guerra Mundial. Así, implementó una disciplinada campaña en Venezuela que no solamente incluía la fumigación con el insecticida sino que, además, continuaba con las actividades de saneamiento ambiental y educación de la población. En la campaña, que se inició en 1945, se identificaron y fumigaron más de diez mil casas y fueron llevados a cabo programas educativos con los que vivían en ellas. Gracias a esto, Gabaldón logró interrumpir la transmisión de la enfermedad en una vasta región de su país donde la malaria había sido

endémica y redujo dramáticamente el número de víctimas por esta enfermedad.

El éxito del trabajo contra la malaria creó la impresión de haber sido responsable del desarrollo económico de Venezuela. Muchos intelectuales y políticos venezolanos de entonces, y de la segunda mitad del siglo xx, pensaban que la campaña liderada por Gabaldón posibilitó el trabajo de la industria petrolera, porque las reservas se hallaban en zonas fáláricas. Es decir, ellos creían que existía una relación directa —inversamente proporcional— entre la reducción de la enfermedad y el crecimiento de la industria petrolera, que trajo el progreso, al menos por un tiempo, a este país sudamericano. Un indicador de la dimensión del proyecto es que en 1944 contaba con más de 1 600 trabajadores de salud, una cifra que en diez años se incrementó a 2 000.

El trabajo de Gabaldón en Venezuela llamó la atención de las organizaciones internacionales como la Fundación Rockefeller, que en 1939 envió a un experto —Mark F. Boyd— para que informara sobre los métodos en ese país. Algo parecido ocurrió con la OPS, que en 1941 nombró a Gabaldón presidente de su comisión contra la malaria; y más tarde con la OMS, que en 1947 y 1948 lo convocó para dirigir las reuniones de su comisión contra la malaria. A fines de 1943, Gabaldón inauguró una Escuela de Malariología y Saneamiento Ambiental en Maracay, ubicada en las afueras de Caracas; a esta ceremonia asistió el presidente de la República, lo que indicaba el apoyo político con el que contaba. Estudiantes de las Américas fueron a estudiar en Maracay y con el tiempo la Escuela de Malariología se transformó en una facultad de salud pública. Para Gabaldón, éste fue el principio de un liderazgo nacional e internacional que lo distinguiría de otros trabajadores latinoamericanos en programas de salud rural del momento, la mayoría de los cuales no contaban con el pleno respaldo de sus gobiernos.

Estos casos de medicina rural revelan un problema persistente en la historia de la salud pública latinoamericana en el siglo xx: la mala distribución de los profesionales. Ello ha causado tremendas desigualdades en el acceso a la salud, que han sido parte de una inequidad social mayor que atraviesa el interior de las sociedades. Aunque según las cifras de la OPS el número promedio de médicos para todos los países latinoamericanos en 1962 era de 5.8 por cada 10 000 habitantes, su distribución variaba enormemente según el país y entre las áreas rurales y urbanas de cada uno. En las ciudades capitales había una proporción de entre 7.3 y 28.8 médicos por cada 10 000 habitantes, una tasa comparable con la de una nación desarrollada del mundo. Sin embargo, en las zonas rurales, el número promedio de médicos era de 0.5 a 8 por cada

10 000 habitantes, y en las regiones remotas existía escasamente un médico por cada 50 000 o 60 000 habitantes. Un estudio de 1968 en la Argentina revelaba grandes inequidades: mientras que en el área metropolitana de Buenos Aires o la ciudad de Córdoba existían 415 y 35 médicos, respectivamente, por cada 10 000 habitantes, en el interior de la ciudad andina de Tucumán había un profesional por cada 7 776 habitantes.⁹

FISIOLOGÍA

Entre 1930 y comienzos de la década de 1960, las facultades de medicina de América Latina experimentaron la reorganización y modernización del trabajo en laboratorio. En varios países éste se volvió sostenido y alcanzó legitimidad nacional y reconocimiento internacional. Ello ocurrió cuando la investigación médica de la región, más rápidamente que la enseñanza, encontró cabida en las universidades de Norteamérica. Al mismo tiempo, los gobiernos populistas dejaron atrás la confrontación en su relación con los Estados Unidos y buscaron la inversión extranjera junto con una cooperación cultural más cercana; asimismo, reconocieron la importancia de la investigación básica como una herramienta para el desarrollo. Las élites de estos países supusieron que el progreso dependía en gran medida de la formación de tecnócratas, sin ideología ni partido político, entre los cuales se encontrarían expertos en medicina, salud pública y ciencia. Después de la segunda Guerra Mundial, los gobiernos latinoamericanos se adhirieron al discurso anticomunista de los Estados Unidos durante la Guerra Fría para justificar un tipo de desarrollo evolutivo controlado que evitase una revolución social. Formar una élite profesional que controlase los cambios en las universidades y que mantuviese más allá de la frontera a los practicantes de la salud no profesionales fue una necesidad para estos grupos de poder.

Junto con la bacteriología y la parasitología, surgió la fisiología como un medio privilegiado, tanto para renovar los estudios médicos como para promover el modelo educativo estadounidense y los ideales tecnocráticos locales. A diferencia de la bacteriología y la parasitología, que se concentraban en las patologías, la fisiología implicaba el estudio del organismo en condiciones de salud, así como en sus sistemas más íntimos de regulación como las hormonas (se suponía que examinar en detalle el cuerpo en condiciones saludables

⁹E. Quesada y F. Fontana, "Análisis y perspectivas de la distribución de médicos en la Argentina".

serviría para comprender las disfunciones del cuerpo). La fisiología estadounidense, que tenía una posición de liderazgo a comienzos del siglo xx, se inspiraba en la fisiología europea; esta última experimentó un renacimiento a mediados del siglo xix, con doctores como el renombrado médico francés Claude Bernard, gracias a cuyos experimentos, cuidadosamente diseñados, se analizaron la complejidad y la complementariedad de los diferentes órganos y sistemas (nervioso, físico y hormonal) del cuerpo humano en condiciones saludables. Según Bernard, en cualquier organismo vivo existe una tendencia a mantener las condiciones internas estables para poder sobrevivir, a pesar de los cambios en el ambiente externo. La principal idea de Bernard, denominada por él mismo *Milieu intérieur*, abría la posibilidad de que se realizaran investigaciones holísticas y/o acotadas en el funcionamiento de una hormona u órgano específico. Igualmente, la fisiología se convirtió en una disciplina que podía, en el laboratorio y utilizando animales de experimentación, enseñar a los futuros estudiantes de medicina el funcionamiento del cuerpo humano.

No obstante los distintos motivos para justificar el crecimiento de la fisiología en las facultades de medicina latinoamericanas, los primeros investigadores de la región tuvieron que superar condiciones institucionales adversas y políticas desfavorables. Estas condiciones tenían que ver con la preferencia de los médicos por el entrenamiento clínico sobre el realizado en el laboratorio, con escasos recursos financieros, bibliotecas precariamente renovadas, baja estima por las carreras de investigación en ciencia básica y ausencia de personal permanente. En un periodo relativamente breve, lograron forjar un espacio en sus instituciones para promover la investigación como una actividad de tiempo completo, con exclusividad, al mismo tiempo que establecieron un vínculo con la salud pública y la educación médica, llamando la atención de la Fundación Rockefeller y de científicos internacionales. Consiguieron también participar en las redes de conocimiento a escala mundial y reformularon la función local de la educación superior, la práctica de la medicina y la salud pública; de esta manera, consolidaron la noción de que todo estudiante tenía que pasar por una intensa experiencia de investigación y todo médico tenía que diagnosticar con exámenes de laboratorio. Entre los fisiólogos más distinguidos estuvieron el peruano Carlos Monge Medrano (1884-1970), director del Instituto de Biología Andina; el argentino Bernardo Houssay (1887-1971), director del Instituto de Fisiología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires; y los fisiólogos mexicanos José Joaquín Izquierdo (1893-1974) y Arturo Rosenblueth (1900-1970). Todos estos investigado-

res consiguieron subvenciones de la Rockefeller, así como de otras agencias estadounidenses y europeas, y, en algunos casos, de sus propios países.¹⁰

No obstante sus humildes orígenes, Carlos Monge se graduó de médico en la Universidad Mayor de San Marcos en Lima, y estudió en París y Londres. En 1920 ya era profesor de la Facultad de Medicina de San Marcos y miembro de la Academia Nacional de Medicina. Aunque inicialmente se dedicó a la medicina tropical, en 1925 tuvo un encuentro con un paciente que había enfermado al descender de las alturas de los Andes, hecho que lo encaminó a investigar sobre la adaptación del ser humano a la altura. Dos años después empezó a organizar expediciones médicas a la sierra para analizar la adaptación a un ambiente con poco oxígeno, donde las poblaciones indígenas habían vivido durante siglos. Su investigación quiso refutar al fisiólogo inglés Joseph Bancroft, quien en 1921 había afirmado —luego de una corta excursión a los Andes centrales— que la escasez de oxígeno explicaba las cualidades “limitadas” de la aptitud física y mental de los nativos. Monge, por el contrario, encontró que el rendimiento de los indígenas en la altura era excepcional debido a los siglos de adaptación y a ciertas características físicas, como un corazón más grande. Él creía —erróneamente y algo influido por la eugenesia— que ello era parte de una constitución que definía a una especie humana diferente y original. Al fundar el Instituto de Biología Andina en la Universidad de San Marcos, a principios de la década de 1930, Monge creó el primer centro de investigación médica del país y aportó nuevas ideas que tuvieron influencia en los discursos sobre el nacionalismo y la defensa de los indígenas. Fue también conocido por sus estudios sobre la pérdida de capacidad para la adaptación a la altura en algunos individuos, una condición que los médicos franceses consideraron un nuevo cuadro clínico que llegó a ser conocido como la “Enfermedad de Monge”. El segundo al mando del Instituto era Alberto Hurtado, un profesor de fisiopatología de la Universidad de San Marcos, que había estudiado en Harvard. Hurtado era más cercano a la Rockefeller y justificó el nuevo campo de estudios en fisiología de altura como un tema que sentaría las bases para la enseñanza y la investigación médicas modernas en el Perú. La presencia de Hurtado revela que el Instituto creado por Monge no sólo estaba compuesto por sus discípulos. Otros investigadores como Hurtado tuvieron una voz propia, y no siempre estuvieron de acuerdo con Monge, pero ampliaron los estudios sobre la fisiología de la adaptación a las alturas hacia los campos de la anatomía, la bioquímica, la genética y otras ciencias

¹⁰ Marcos Cueto, “The Rockefeller Foundation’s Medical Policy and Scientific Research in Latin America: The Case of Physiology”.

biológicas. Monge y Hurtado discutieron —en verdad insuficientemente— acerca de si la adaptación humana a las grandes altitudes era genética o un fenómeno temporal. Finalmente, el debate lo ganaron Hurtado y sus discípulos, quienes argumentaron —desde una perspectiva darwiniana— que el cuerpo humano se había originado a nivel del mar, y que la adaptación de las poblaciones a las grandes alturas, donde el oxígeno era escaso, no se transmitía a sus descendientes. El caso peruano ilustra una característica interesante de la ciencia médica en la adversidad: la concentración de recursos. A pesar de las divergencias, en vez de dispersarse y crear diversos departamentos en competencia, el trabajo estuvo centrado en el Instituto de Biología Andina. Algunos de estos centros pudieron sostener líneas de investigación médica muy dinámicas, no obstante la abrumadora influencia del fundador, y mantenerse activos aun después de que esta figura se jubilara.

Este tipo de hiperconcentración es evidente en el caso de Bernardo Alberto Houssay, quien estudió medicina y farmacia en Argentina y, como Chagas, nunca realizó posgrado en el extranjero. Inicialmente, al igual que la mayoría de los médicos de comienzos del siglo xx, estuvo influenciado por la medicina europea y la investigación bacteriológica (llegó a trabajar en el Instituto de Bacteriología del Departamento Nacional de Higiene), pero finalmente —como Hurtado— se reorientó hacia las influencias científicas de los Estados Unidos. Su carrera como profesor de fisiología empezó cuando era joven, en 1919, en el recientemente creado Instituto de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, y, algunos años después, fundó una Sociedad de Biología y una revista: *Acta Physiologica Latinoamericana*. Houssay fue un entusiasta promotor de la política de ofrecer a los profesores buenos salarios que les permitiesen dedicarse a la investigación con exclusividad, así como de la formación de estudiantes de medicina en ciencias básicas antes que en la experiencia clínica; además, le dio mucha importancia al trabajo en el laboratorio, que, consideraba, era crucial para cualquier buen estudiante de medicina. En 1947 se convirtió en el primer latinoamericano en ganar el Premio Nobel de Medicina, por su descubrimiento de la función de la glándula pituitaria sobre el metabolismo de los hidratos de carbono en relación con la hipofisis; ello le permitió comprender la diabetes (fue coganador junto con Carl Ferdinand y Gerty Theresa Cori). Houssay y sus discípulos publicaron su famoso texto, *Fisiología humana* (1945), que sería traducido a diferentes idiomas y utilizado en las universidades latinoamericanas en diversas ediciones.¹¹

¹¹ Entre 1951 y 1955 la prestigiosa editorial McGraw-Hill publicó dos ediciones en inglés, y en 1980 se publicó la quinta edición en español, en Buenos Aires. Buena parte de su obra aparece en Ariel Barrios Medina y

El trabajo de Houssay se hizo en la tradición de Claude Bernard, es decir, orientado a la búsqueda del equilibrio interior del organismo humano; esta noción fue reelaborada por Walter B. Cannon, fisiólogo de Harvard, y permitió la consolidación de la endocrinología (el estudio de la función de las glándulas de secreción interna) como un subcampo de la fisiología. Cannon y Houssay fueron los principales puntos de referencia de una red internacional de investigación fisiológica, que incluía a los peruanos Monge y Hurtado. A su vez, Cannon recibió, para profundizar su formación, a los mejores discípulos de Houssay y otros fisiólogos latinoamericanos, quienes lograron obtener becas de la Fundación Rockefeller para estudiar en Boston. A diferencia de Monge, quien por lo general trató de llevarse bien con quienquiera que estuviera en el poder, Houssay se enfrentó con el gobierno autoritario de Juan Domingo Perón (firmó un manifiesto en favor de la democracia) y fue expulsado de su puesto en la universidad durante algún tiempo. Su caso de persecución intelectual, que derivó en una protesta internacional, creó una corriente de solidaridad interamericana, donde fisiólogos de los Estados Unidos y América Latina levantaron su voz de protesta y ayudaron, indirectamente, a que su indudable talento y fama local llamara la atención. Gracias a una fundación local llamada Sauberán, y a la solidaridad interamericana, su trabajo se trasladó por unos años al Instituto de Biología y Medicina Experimental, donde estuvo hasta 1955, cuando un nuevo gobierno le devolvió su puesto en la Universidad de Buenos Aires. Houssay recibió diversos reconocimientos nacionales e internacionales. Probablemente uno de los más importantes fue el hecho de que sus colegas de otros países asistieran al XXI Congreso de la Unión Internacional de Ciencias Fisiológicas realizado en agosto de 1959 en Buenos Aires, con la presidencia de Houssay; éste fue el primer evento de este tipo realizado en una ciudad latinoamericana, desde que comenzaron a celebrarse en 1889, y convocó la participación de investigadores europeos, estadounidenses y de las Américas. En la inauguración, Houssay resaltó los vínculos históricos entre la medicina y la fisiología, criticó también el supuesto de que la fisiología se estaba dividiendo en especialidades como la bioquímica y la biofísica, a la vez que afirmó que la especialización revertiría en perspectivas integrales más complejas (algo que no ocurrió porque la especialización se acentuaría en todo el mundo).¹²

Alejandro C. Paladini (coords.), *Escritos y discursos del Dr. Bernardo A. Houssay*, Editorial Universitaria de Buenos Aires, Buenos Aires, 1989.

¹² Congreso Internacional de Ciencias Fisiológicas, *Sesión de Apertura. Discursos por Prof. Corneille Heymans y Prof. Bernardo Houssay 9-15 de agosto de 1959*.

A pesar de las precarias condiciones universitarias, las políticas adversas y la creciente especialización, los discípulos de Houssay mantendrían el historial de logros de su mentor, quien ejercía sobre ellos un patriarcado benigno. Al igual que Houssay, ellos improvisaron instrumentos complejos, utilizaron con economía animales de laboratorio en experimentos inéditos y hasta fabricaron equipos mecánicos de investigación inusuales; todas respuestas creativas a los limitados presupuestos asignados a sus laboratorios. Algunos estudiantes de Houssay rompieron el patrón de concentración institucional y geográfica que había sido evidente en Monge. Oscar Orías, por ejemplo, creó un centro de investigación fisiológica en Córdoba y Juan Lewis hizo lo mismo en Rosario. Ambos recibieron becas de la Fundación Rockefeller. Entre ellos también estaba Luis Federico Leloir (1906-1988), un médico y bioquímico entrenado por Houssay, que se graduó con una tesis sobre el papel de las glándulas suprarrenales en el metabolismo de los azúcares y trabajó la mayor parte de su vida en Buenos Aires. Posteriormente siguió cursos de diferentes materias, como de química orgánica en la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires; luego realizó estudios posdoctorales en algunos de los principales laboratorios de bioquímica del mundo, como los que eran dirigidos por Frederic Gowland Hopkins y Malcom Dixon en Inglaterra, y por el matrimonio Cori en la Universidad de Saint Louis en los Estados Unidos. Debido a los problemas políticos generados por la intervención del gobierno de Perón en las universidades, nunca se reincorporó por completo a su país a pesar de sus varios intentos, pero sí llegó a trabajar en el Instituto de Houssay, donde comenzó a desarrollar un área de investigación en bioquímica. Leloir, con el apoyo del industrial Jaime Campomar y de Houssay, creó y dirigió el Instituto de Investigaciones Bioquímicas Fundación Campomar; éste se ubicó al lado de otro instituto privado que, sorprendentemente para su época, tuvo a una mujer como miembro del equipo (Margarita Mazzardi): el Instituto de Biología y Medicina Experimental, creado en 1944 con ayuda de la Fundación Sauberán, que dirigía Houssay (lo cual facilitó el uso de recursos y materiales, así como el compartir ideas y resultados de los experimentos). En 1958, el instituto que Leloir fundó se incorporó a la Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires como Instituto de Investigaciones Bioquímicas, con lo que experimentó una época de crecimiento y bonanza hasta 1966 (cuando se produjo otro golpe militar en la Argentina). En ambos institutos Leloir no dudaba en hacer contribuciones financieras, incluso de su propio bolsillo, además de mostrar un ingenio extraordinario para realizar experimentos con equipos simples y pocos materia-

les, que a veces él mismo fabricaba, como un gradillas portaprobetas y un improvisado pero efectivo agitador rotativo para tubos de ensayo, con lo cual economizaba los escasos recursos (un talento formado con Houssay); así también estableció lo que fue, hacia comienzos de la década de 1960, la mejor biblioteca en bioquímica en América Latina, donde se podían consultar los *Chemical Abstracts*, creó una Sociedad Argentina de Investigaciones Bioquímicas y atrajo a investigadores extranjeros de todo el mundo, incluyendo a varios latinoamericanos, que querían aprender las técnicas de los bioquímicos argentinos. Leloir recibió el Premio Nobel de Química en 1970 por sus descubrimientos de los nucleótidos del azúcar y su función en la biosíntesis de los hidratos de carbono. Como ocurre con muchos profesionales e investigadores de la región, después de recibir el reconocimiento internacional fue más valorado en su país y recibió mayores facilidades de trabajo. En 1974 fue injustamente declarado cesante de la universidad, junto con otros investigadores de renombre que llegaron a ser expulsados por razones ideológicas (algunos tuvieron incluso que exiliarse). Era la época de las denuncias entre colegas de la universidad por la oposición al régimen, de guerrillas, represión y censura indiscriminadas, así como de las actividades criminales de la Alianza Anticomunista Argentina. Para Leloir, la situación era insostenible. A mediados de los años setenta, se mudó a la Universidad de Cambridge en el Reino Unido (después de haber rechazado ofertas de trabajo hechas en años anteriores de universidades estadounidenses y haber laborado por temporadas en Argentina o Estados Unidos).

Leloir no sería el último de los argentinos que ganara un Premio Nobel en ciencias. El bioquímico César Milstein (1927-2002) sobresalió en los campos de la investigación sobre enzimas y anticuerpos en el Instituto Malbrán de Buenos Aires. En 1984 compartió el Premio Nobel de Medicina con Niels Kaj Jerne y Georges J. F. Köhler. Antes había estudiado bioquímica en Buenos Aires con el profesor Andrés O. M. Stoppani, discípulo de Houssay y catedrático en la Escuela de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. A fines de la década de 1950, Milstein siguió sus estudios de doctorado en la Universidad de Cambridge, donde finalmente desarrolló gran parte de su carrera. Ello ocurrió por el deterioro institucional de la ciencia y la universidad pública en su país, pero también por razones políticas entre las cuales estaban el antisemitismo y el anticomunismo: durante sus años de estudiante, el joven judío Milstein hizo campaña en contra de las políticas educativas del gobierno de Perón y se opuso a la dictadura militar, que gobernó su país después de 1962, cuando los militares y conservadores interpretaban estas posturas políticas

como comunistas. El golpe de Estado de ese año interrumpió un breve retorno de Milstein a su país, pues un año antes había regresado a la Argentina para dirigir el Departamento de Biología Molecular, recientemente creado en el Instituto Nacional de Microbiología de Malbrán. Después del golpe militar regresó a la Universidad de Cambridge, donde tuvo una destacada carrera en el Departamento de Bioquímica, convirtiéndose años después en ciudadano británico. Como lo demuestra el caso de Milstein, los institutos que empezaron con la promesa de irradiar la ciencia en el resto de la universidad y la profesión médica acabaron siendo refugios para sus practicantes (Leloir, por ejemplo, consideraba totalmente justificado replegarse a instituciones privadas más que enfrentarse a regímenes autoritarios y esperar que el ambiente político mejorara para la ciencia). Sin embargo, no pudieron deshacer la percepción de que eran investigadores privilegiados, que trabajaban en una torre de marfil, y ser acusados de “cientificistas” (o que exageraban el trabajo en el laboratorio en detrimento de los vínculos con la práctica médica). Finalmente, dichos institutos, por razones políticas, no fueron duraderos.

Dos notables fisiólogos mexicanos, José Joaquín Izquierdo y Arturo Rosenblueth, tuvieron relación con Monge y Houssay, así como con el fisiólogo Cannon de Harvard y la Fundación Rockefeller. La carrera profesional de Izquierdo empezó en la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional de la Ciudad de México. En la segunda mitad de los años veinte trabajó por breves temporadas en otros centros científicos de primera clase, como los laboratorios de Cannon; la estación de biología marina de Woods Hole, Massachusetts; y los laboratorios de Joseph Bancroft, en Cambridge, Reino Unido. Al volver a su país publicó en revistas académicas y no académicas. Estos artículos se enfocaban en la necesidad de reformar radicalmente la educación médica para dar mayor énfasis al trabajo científico. Con la ayuda de la Rockefeller también publicó materiales clásicos para la enseñanza, como una edición en castellano de un libro de texto de Cannon. Incursionó con relativo éxito en la investigación histórica elaborando biografías de fisiólogos notables y llamando la atención sobre los estudios fisiológicos de quienes lo precedieron en su país. Llegó a publicar en el prestigioso *Bulletin for the History of Medicine*, editado en Johns Hopkins, fue miembro de la Academia Mexicana de Historia y fue reconocido por otros historiadores internacionales de la ciencia y la medicina (mantuvo correspondencia con Henry Sigerist, el notable historiador médico de Johns Hopkins).¹³

¹³ Gabriela Castañeda López y Ana Cecilia Rodríguez de Romo, “Henry Sigerist y José Joaquín Izquierdo: dos actitudes frente a la historia de la medicina en el siglo xx”.

En cuanto a la investigación fisiológica más ortodoxa, no se desarrolló un corpus de investigación propio pero los discípulos, entrenados en los centros de excelencia científica, consolidaron los progresos institucionales, universitarios y de legitimidad política. Sus esfuerzos fueron acelerados por un estímulo inesperado. A fines de la década de 1930, algunos médicos y científicos españoles republicanos tuvieron que salir huyendo de España, antes de la derrota definitiva a manos de las fuerzas de Franco. Gracias a Cannon (que simpatizaba con la República) e Izquierdo, el presidente Lázaro Cárdenas acogió a los inmigrantes españoles y brindó facilidades para que los profesionales e investigadores pudiesen continuar con su labor. La mayoría de los fisiólogos españoles que llegaron a México eran discípulos de Santiago Ramón y Cajal, un Premio Nobel español, conocido por su investigación en la estructura microscópica del cerebro. Otros eran oriundos de Cataluña, donde se había formado una escuela de investigación asociada a Cannon. Una de estas figuras fue el neurólogo Isaac Costero-Tundaca (quien en México comenzó a firmar sus artículos científicos como Isaac Costero). Poco después de su llegada, Costero estableció un laboratorio de anatomía patológica en la Universidad de México, desde donde empezó a publicar trabajos sobre la hipófisis, un tema que les interesaba a Cannon y a Houssay. Aunque algunos exiliados españoles acabaron emigrando a otros países, como a Venezuela, Costero y otros permanecieron, después de unos años alcanzaron cargos académicos importantes y algunos se naturalizaron mexicanos. Costero no fue el único fisiólogo en desarrollar con éxito una carrera científica en México después de la segunda Guerra Mundial.

Otro caso notable fue el de Arturo Rosenblueth, quien empezó sus estudios en medicina en México en la década de 1920 y los completó especializándose en neurología en Berlín y París. Hacia finales de la década de 1920 regresó a México —aunque no definitivamente aún— para trabajar tanto en el departamento de investigación del Instituto de Higiene, en calidad de tutor de experimentos fisiológicos en la Escuela de Medicina, como en el Asilo La Castañeda. Partió de México una vez más en 1930, para seguir sus estudios de posgrado en los Estados Unidos. Lo que parecía al comienzo una estadía de un año se convirtió en casi una migración definitiva. Rosenblueth estuvo con Cannon en Harvard durante catorce años (1930-1944), inicialmente gracias a becas de la John Simon Guggenheim Memorial Foundation. Se desempeñó como la mano derecha de Cannon, publicando trabajos sobre el sistema nervioso central, particularmente de la corteza cerebral, la motilidad gastrointestinal, el *shock* traumático y las bases fisiológicas de la emoción. Rosenblueth

también fue un intermediario entre Cannon y otros estudiantes graduados, especialmente latinoamericanos que estudiaban en Harvard, como Joaquín Luco de Chile (que posteriormente tuvo una destacada actuación como fisiólogo en su país). También asesoraba a los becarios que volvían a sus países con respecto al equipo de investigación que debían solicitar a la Harvard Apparatus Company (que se pagaba generalmente con becas de la Rockefeller). Los estudiantes latinoamericanos cambiaron la percepción inicial de Cannon acerca de la ciencia en la región: “Hasta hace poco, yo creía que los países latinoamericanos habían sido como parásitos de los avances en medicina conseguidos en otras partes del mundo. Creo que tienen la capacidad de hacer su contribución y deben ocupar su lugar para promover las ciencias médicas”.¹⁴

A principios de la década de 1940, Cannon estaba por jubilarse y trató infructuosamente de transferir su cátedra a Rosenblueth, quien por entonces era profesor asociado. Cuando parecía que no iba a lograrlo, Cannon trató de asegurarle un puesto en otra universidad de los Estados Unidos, algo en lo que tampoco tuvo éxito, porque el mexicano decidió regresar a su país. Rosenblueth aceptó una tentadora oferta de Ignacio Chávez, un profesor de cardiología y empresario académico mexicano, que, además de un buen salario, incluía asistentes con dedicación exclusiva y la prerrogativa de trabajar sobre cualquier aspecto de la fisiología que escogiese en los laboratorios de fisiología y farmacología que dirigiría. Chávez le pidió a Rosenblueth que hiciera en México lo que Houssay había realizado en Argentina, en un nuevo Instituto de Cardiología que tenía proyectado. El Instituto abrió sus puertas en 1944 con un hospital de 120 camas y laboratorios de investigación bien equipados. Era una adaptación del modelo flexneriano de educación médica: combinaba investigación, trabajo clínico y control médico del hospital. Rosenblueth era la estrella científica del instituto (reclutando a Costero en 1945), y gracias al apoyo de Chávez le fue más fácil superar los problemas que tuvo con los equipos de laboratorio importados. Por ejemplo, asemejándose a los fisiólogos argentinos, construyó piezas de repuesto para el equipo eléctrico de los laboratorios, con piezas que no estaban explícitamente hechas para ello o con cualquier cosa que tuviera a la mano. En el instituto, Rosenblueth terminó los manuscritos que había empezado en Harvard e inició nuevos estudios sobre la fisiología del músculo cardíaco y el suministro de sangre a través de las arterias coronarias. Su trabajo se fortaleció cuando, en 1946, Cannon visitó México por diez semanas para verificar su teoría sobre la transmisión química de los impulsos

¹⁴ Walter B. Cannon a Robert A. Lambert, 22 de octubre de 1940.

nerviosos. Ese año se llevó a cabo el Primer Congreso Interamericano de Cardiología en la Ciudad de México, el que dio lugar a una Sociedad Interamericana con sede en el Instituto. El Instituto se convirtió en un centro latinoamericano de una nueva especialidad médica, entrenando estudiantes de la región y publicando una revista: *Archivos del Instituto de Cardiología*. La institucionalización de la cardiología latinoamericana apareció a mediados del siglo xx, es decir, cuando los principales países estaban experimentando cambios demográficos, que incluían más personas viviendo en ciudades más grandes y con estilos de vida sedentarios. Desde 1944 hasta fines de la década de 1950, la Fundación Rockefeller le asignó cuantiosas becas al Instituto, incluyendo donaciones exclusivas para apoyar la colaboración de Rosenblueth con el profesor de matemáticas Norbert Wiener del Massachusetts Institute of Technology (MIT). Ambos desarrollaron el principio “cibernético” de sistemas de retroalimentación similares en ingeniería y en biología (Rosenblueth creía que el sistema nervioso podía considerarse una red de vías de comunicación). Cuando en 1948 Wiener publicó su obra cumbre, *Cybernetics*, se la dedicó a Rosenblueth.

La fisiología desarrollada por científicos de la medicina entrenados en los Estados Unidos no fue el único campo en el que sobresalió la ciencia latinoamericana de mediados del siglo xx. En 1922, el médico uruguayo Clemente Estable partió a Madrid para seguir un posgrado con Ramón y Cajal, ganador del Premio Nobel de Fisiología o Medicina. De regreso a su país, en 1927, creó y dirigió el Laboratorio de Ciencias Biológicas, que formalmente estaba asociado al Ministerio de Salud Pública, pero también formaba parte de la Escuela de Medicina. Sus prioridades fueron concentrarse en la investigación básica y promover a investigadores que se dedicasen con exclusividad a su labor. Estable pudo formar un grupo de investigación creativo, donando una parte de sus dos salarios (uno que recibía como profesor universitario y otro como director del laboratorio) para comprar equipos y pagarles a los asistentes de investigación. Aunque los materiales y aparatos de laboratorio eran insuficientes, logró seguir adelante trabajando en un solo experimento a la vez, desmantelando una máquina para poder utilizar alguna pieza del aparato en otro tipo de experimento; una práctica que se asemejaba a la de los fisiólogos argentinos. Con el tiempo, su laboratorio se fue haciendo conocido como un centro internacional para la citología, histología, embriología y fisiología en general; publicó también artículos que fueron citados por los investigadores del extranjero. Con la ayuda del médico y biólogo argentino Eduardo de Robertis (1913-1988), quien se había especializado en la Universidad de Chicago

y en el MIT, Estable instaló en el centro uno de los primeros microscopios electrónicos de Latinoamérica y entrenó a los especialistas en utilizar este sofisticado y novísimo aparato en la región (un instrumento creado en Europa en la década de 1930 y utilizado, entre otras funciones, para estudiar la ultraestructura de los microorganismos). En 1946 publicó un connotado libro de biología celular, que tuvo varias traducciones y reediciones hasta fines de los años ochenta. A mediados de la década de 1950, De Robertis regresó a la Argentina, donde siguió realizando estudios en el Instituto de Biología Celular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, sobre todo en citología hepática y el estudio de los mecanismos tiroideos. Como otros de sus coterráneos argentinos, en su carrera había tenido que peregrinar por distintos laboratorios del mundo, por razones políticas e institucionales que no lo dejaban trabajar en su país.

Estos ejemplos de investigación en la ciencia médica compartían características comunes y pueden resumirse con el término: “investigación médica en la adversidad”. De esta manera, la ciencia médica que se hacía en América Latina ya no fue considerada por sus pares internacionales como atrasada, imitativa o tan sólo centrada en el uso de aparatos, sino creativa e imaginativa. Ello fue posible porque líderes científicos, pioneros o fundadores de una especialidad, unían a su talento cualidades de liderazgo y podían enfrentarse a la oposición sorda de la tradición académica y a la indiferencia política. Las comunidades científicas que empezaron a surgir eran pequeñas, de modo que la concentración del personal se convirtió en un medio eficaz para economizar recursos humanos y darle dinamismo a la innovación. Esta concentración no significó una uniformidad con las ideas de los fundadores de una disciplina, lo que se observa con claridad en el contraste entre Monge y Hurtado en el Perú. No es casual que muchos de estos investigadores fuesen no solamente líderes en sus disciplinas, sino también en sus comunidades académicas y científicas (varios fueron presidentes de las academias de medicina de su país o los creadores de las primeras agencias gubernamentales de apoyo a la ciencia y la tecnología, como el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas-CONICET de Argentina, del cual Houssay fue el primer director y De Robertis miembro de la primera directiva).

Otro factor en favor de estos investigadores fue que los temas seleccionados para la investigación eran áreas de estudio nuevas para la ciencia mundial de principios del siglo xx. Gracias a ello, los científicos médicos latinoamericanos estuvieron en una posición privilegiada, que les permitió compartir el liderazgo mundial en un área de estudio en formación. Algo relacionado con

lo anterior fue que los desafíos de conseguir tecnologías costosas no eran formidables. Por ejemplo, en el caso de los fisiólogos de altura peruanos, podían explotar el laboratorio natural de los Andes, en donde vivían millones de personas a más de dos mil metros sobre el nivel del mar, quienes participaban en las pruebas y experimentos médicos. Los fisiólogos de altura estadounidenses, en cambio, tenían que recurrir a costosas maquinarias y cámaras que replicaban los efectos de altura, puesto que vivían en un país sin grandes altitudes. Asimismo, los fisiólogos latinoamericanos apelaron a su creatividad para improvisar aparatos científicos, que dejaron sorprendidos a sus pares de países industrializados e hicieron que los presupuestos universitarios y gubernamentales, ciertamente inadecuados, alcanzasen para trabajar en el laboratorio. También fue ello parte de una heterodoxia científica el que algunos apelaran a disciplinas que, estrictamente, no conformaban las ciencias de la vida, como la historia de la ciencia, para legitimar su labor. Al hacerlo, educaban a otros médicos, estudiantes de medicina y políticos sobre la importancia de apoyar el trabajo científico; asimismo, facilitaban la sustentabilidad del difícil vínculo entre la investigación básica local y los intereses nacionales, que podían ser universitarios o políticos, como por ejemplo el uso de la ciencia para mejorar la educación y el desempeño de los médicos, la importancia de tener ciencia desde un punto de vista nacionalista y la aplicación de la fisiología en la clínica (o en la adaptación a la altura de seres humanos, como lo hicieron los peruanos). Finalmente, el orden de prioridades de investigación de los fisiólogos coincidió con los intereses de los investigadores de países más ricos, de manera que aquéllos pudieron atraer más fondos del extranjero. La confluencia de estos factores permitió que se crearan instituciones originales y creativas de la ciencia médica en los países considerados atrasados por su economía y política.

Sin embargo, a partir de fines de la década de 1960, varios factores conspiraron contra la investigación fisiológica en América Latina. Entre ellos estuvo la masificación de la educación universitaria, donde el crecimiento del número de alumnos no fue acompañado por una ampliación similar de la plana docente, lo que acabó haciendo de la enseñanza, y no la investigación, un trabajo abrumador para los profesores e investigadores. La politización, dentro y fuera de la universidad, exigía lealtades ideológicas radicales en favor o en contra de asuntos no estrictamente científicos y se manifestó, por ejemplo, en la persecución que hicieron las dictaduras militares de derecha de todo profesor o investigador que fuese o pareciese de izquierda. Finalmente, un factor interno de la fisiología minó su preeminencia. A partir de los años setenta, esta disciplina ya no era, en las Américas o Europa, un dominio o ámbito aglutinante

que podía concentrar recursos, personal e incipientes subdisciplinas biomédicas con la aptitud de cobrar súbitamente vida propia. Al perder esta capacidad integradora de las ciencias de la vida comenzaron nuevos y vigorosos desarrollos en la genética y la biología molecular, pero se perdió algo del poder y autoridad que había tenido la fisiología.

UNA NUEVA APROXIMACIÓN A LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS

El importante trabajo que realizó Houssay para la fisiología es un claro ejemplo del desarrollo de la capacidad de investigación médica latinoamericana más allá de la medicina tropical, que fue posible gracias a una ventaja comparativa regional. Comunidades de médicos, cada vez más numerosas y complejas, empezaron a desarrollar especialidades de investigación en enfermedades asociadas con los estilos de vida urbanos modernos e intentaron abordar algunas enfermedades endémicas y crónicas, que no parecían prioritarias pero empezaron a atravesar las áreas urbanas. La importancia de sus esfuerzos se reflejó en la creación de instituciones importantes que influyeron en la percepción pública y el interés político en algunas de estas enfermedades. Dichos esfuerzos fueron notables en el caso de tres enfermedades, que hasta hoy siguen siendo preocupantes: el cáncer, la tuberculosis y la enfermedad mental.

La tuberculosis recibió una atención especial a principios del siglo xx. Sus dramáticos síntomas clínicos de decaimiento progresivo, fatiga insoportable y hasta vómitos de sangre reforzaban el temor de una enfermedad muy contagiosa. De igual manera, la dolencia estaba vinculada con el hacinamiento, la desnutrición y las malas condiciones de las viviendas. Este flagelo se convirtió en una especie de modelo para el tratamiento médico del estilo de vida urbana, e indirectamente permitió que la higiene se fuera abriendo paso en la vida cotidiana y se hiciera visible en los medios de comunicación de las ciudades latinoamericanas. De esta manera se generaron preguntas del siguiente tipo: ¿qué elementos debían utilizarse para la limpieza?; ¿cómo se podían reformar las ciudades para que tengan más áreas verdes que puedan funcionar como “pulmones” de la ciudad?; ¿qué tipo de personas debían evitarse para no contagiarse del mal?; ¿qué actividades ocupacionales o estilos de vida eran excesivos, contaminados de inmoralidad y facilitaban el contagio? A principios del siglo xx, en torno a estas preguntas se formularon respuestas médicas y culturales a la tuberculosis con trabajadores de la salud que se empezaron a dedicar a una nueva especialidad llamada tisiología. Las respuestas fueron más allá de

las dolencias físicas para incluir las dimensiones morales e ideológicas, lo que les permitiría a los médicos y autoridades políticas elaborar modelos ideales positivos y negativos de sociedad, pero sobre todo modelos sobre los mismos individuos y la vida higiénica que debían llevar.

Con la tuberculosis reaparecieron como amenazas la inmundicia y el polvo, principales villanos en la época de la teoría miasmática. Ello se juntó con el descubrimiento bacteriológico del bacilo de Koch, que actualizó un conjunto de recomendaciones y prejuicios que incluían la prohibición de escupir, la designación de ciertas razas como “inferiores” e intrínsecamente propensas a la tuberculosis y hasta la condena de una “exagerada” femineidad —encarnada, por ejemplo, en corsés que impedían la respiración normal—. Todo era peligroso. Diego Armus ha demostrado cómo en Argentina las letras de los tangos de principios del siglo xx se apoyaron en la tuberculosis como un pretexto para reformular los estereotipos de género; así, algunas veces consideraban a las mujeres culpables de adquirir la tuberculosis, otras veces como víctimas inocentes de una vida licenciosa o de su atrevimiento a transgredir los roles sociales asignados, como el de esposa obediente, encargada del hogar y madre.¹⁵ Estas letras de músicas populares promovieron valores de la higiene urbana y se retroalimentaron con programas sanitarios, políticos y culturales que incidían en cambios en estilos de vida y en la autosuperación de los problemas individuales más que en cambios estructurales.

Las nuevas ideas médicas empezaron a socavar, pero nunca destruyeron completamente, los supuestos de la climatoterapia medicinal alemana que, desde mediados del siglo xix, recomendaba el clima frío de las montañas y las regiones limpias y puras, alejadas de las ciudades, como lugares donde los enfermos podían recuperarse, lo que condujo a la construcción de sanatorios donde los pacientes eran sometidos a dietas estrictas y reposo obligatorio. En cambio, se esperaba que la tuberculosis pudiera ser controlada en las ciudades. Las escuelas también fueron concebidas como lugares que debían tener buena ventilación y aire puro, donde se inculcaran buenos hábitos. No sólo se trataba de promover la educación respecto de la higiene personal, el fortalecimiento del cuerpo y el ejercicio físico moderado, sino de eludir cualquier responsabilidad de las autoridades por problemas básicos, como la vivienda inadecuada, la mala nutrición popular y el abrigo precario que, indudablemente, predisponían al contagio de la tuberculosis.

¹⁵ Diego Armus, “Tango, Gender and Tuberculosis in Buenos Aires, 1900-1940”.

Esta tendencia ocasionó cierta tensión, porque algunos doctores argumentaron que la causa de la tuberculosis era, por sobre todo, las condiciones de nutrición y vivienda, más que los malos hábitos de higiene. Éste fue el punto de vista de varios médicos en el Congreso Latinoamericano de Medicina de 1901 llevado a cabo en Chile, donde se creó una Comisión Internacional para la Profilaxis de la Tuberculosis que, en su debido momento, recomendó la creación de ligas de lucha contra la enfermedad. Se esperaba que médicos y personas no necesariamente profesionales impulsaran estas ligas, y que éstas contaran con revistas donde se trataran la higiene familiar y personal, así como la responsabilidad de los gobiernos en promover la higiene y aislar a los enfermos. Todo ello no significó un corte radical con las formas de tratamiento que, hasta entonces, se habían ensayado.

Por ejemplo, los sanatorios y el estigma de la tuberculosis continuarían hasta aun después de 1921, cuando Albert Calmette y Camille Guérin diseñaron la vacuna *Bacillus* —que lleva sus apellidos y se conoce con las iniciales BCG— contra la tuberculosis, e incluso después de 1944, cuando Albert Schatz y Selman Waksman descubrieron la efectividad de la estreptomina. Es decir, hacia mediados del siglo xx se sabía que la tuberculosis era contagiosa y su etiología microscópica; sin embargo, en la práctica, la enfermedad era percibida como el resultado de una falta de moral, una dolencia que las familias más ricas preferían esconder, o a veces como producto de la falta de cuidado ante causas naturales, como los cambios bruscos de temperatura. Aunque la incidencia de la enfermedad disminuyó en la mayoría de las ciudades latinoamericanas, como resultado de la promoción de la higiene y, posteriormente, de ciertas mejoras en la vivienda que aliviaron el problema de la tugurización y la creación de comedores populares, sólo en las décadas de 1950 y 1960 se utilizaron masivamente las vacunas y los antibióticos. Ello no sólo trajo una rápida disminución de la enfermedad, sino que también modificó la percepción popular sobre las vacunas, erróneamente percibidas como una intervención peligrosa que debía evitarse. Desgraciadamente, la disminución de la enfermedad fue momentánea, ya que la tuberculosis se reanudaría en forma virulenta y resistente a los medicamentos a comienzos del siglo xxi.

El caso del cáncer fue algo diferente al de la tuberculosis. A principios del siglo xx fue considerado como una sola condición crónica no transmisible. En la mayoría de los países de la región, el cáncer era pensado tradicionalmente como una enfermedad incurable, que llegaba prácticamente sin previo aviso, donde los médicos y las familias sólo podían aliviar la agonía con morfina, y que no tenía remedio o prevención eficaz. Los primeros estudiosos

modernos del cáncer surgieron entre investigadores de la obstetricia y salud de las mujeres (parcialmente porque reinaba el prejuicio de que la enfermedad era sobre todo una cuestión femenina), y en programas que estudiaban problemas de la piel o lo que entonces empezaba a ser otra subespecialidad médica: la dermatología. Desde comienzos del siglo pasado, algunos hospitales organizaron servicios oncológicos, pero la presunción básica de muchos trabajadores de salud era que no se podía hacer mucho para detener la enfermedad. Tiempo después, especialmente desde las décadas de 1930 y 1940, cuando se sistematizó y extendió el uso de la radiología, junto con la prueba del Papanicolau para detectar el cáncer cervical en las mujeres y el análisis histopatológico de las neoplasias, se crearon los primeros institutos nacionales gracias a los especialistas locales. Estos pioneros generalmente se habían entrenado en el extranjero, y sus esfuerzos estaban dirigidos a extirpar tumores mediante intervenciones quirúrgicas, hacer detecciones tempranas y crear los primeros programas de prevención. Así, producían folletos y películas sobre los primeros signos de la enfermedad, como el dolor en los senos de las mujeres, las úlceras anormales que aparecían en la lengua, las irregularidades en la piel que crecían de tamaño o los problemas digestivos recurrentes acompañados de violentas pérdida de peso.

Argentina experimentó un verdadero caso de “precedencia periférica” con Ángel Roffo (1882-1947), un precoz experto en oncología que se anticipó por varias décadas a los estudios antitabaco de los países industrializados. Roffo se graduó de la Universidad de Buenos Aires en 1909, con una excelente tesis sobre el cáncer que lo hizo merecedor del premio de la Facultad de Medicina. En poco tiempo se convirtió en profesor asistente y luego profesor asociado en distintas cátedras clínicas en su alma máter, ya que no existía una especialidad conocida como “oncología”. Utilizando animales de laboratorio llevó a cabo un trabajo experimental sobre el cáncer, que le permitió crear y dirigir, a partir de 1922, el Instituto de Medicina Experimental para el Estudio y Tratamiento del Cáncer (hoy conocido como el Instituto de Oncología Ángel H. Roffo) y la Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer. Ésta fue una de las primeras de su tipo en la región. Gracias a ambas instituciones, Roffo pudo estudiar, tratar y asistir a cientos de pacientes. Con frecuencia visitaba Europa, donde Marie Curie, la líder franco-polaca en el campo de la radiología, lo instruyó en el uso de la radiación con fines terapéuticos. La principal contribución de Roffo fue demostrar empíricamente —en publicaciones académicas que aparecieron en la década de 1930 y en alemán— el vínculo entre el alquitrán del tabaco y la producción de tumores

cancerígenos en la garganta, la zona bronquial, la lengua, las encías y los labios. Lamentablemente, Roffo fue retirado de la dirección del Instituto de Medicina Experimental por razones políticas y sus descubrimientos nunca se tradujeron en enérgicas campañas públicas en contra del consumo del tabaco.

Teixeira ha estudiado un caso pionero para combatir el cáncer en Brasil, que fue más o menos contemporáneo a Roffo, pero, a diferencia de Argentina, sí se tradujo en un programa sanitario público. Según este historiador brasileño, la creación de la Inspeção da Leprosia, Doenças Venéreas e Câncer en el Departamento Nacional de Salud Pública de Brasil, en 1919, fue crucial para organizar campañas masivas de educación sobre los síntomas y el diagnóstico precoz.¹⁶ En 1936, Mario Kroeff (1891-1983) consiguió el apoyo del presidente Getúlio Vargas y estableció un centro de cancerología en Rio de Janeiro, y en 1941 se creó el Servicio Nacional del Cáncer, como parte del Ministerio de Salud que funcionaba también en Río, entonces la capital del país, y donde Kroeff llegó a ser director. Algunos años más tarde fundó uno de los primeros hospitales especializados en cáncer de la región. El servicio publicó la *Revista Brasileira de Cancerologia* y organizó reuniones de especialistas de la Sociedade Brasileira de Cancerologia. Kroeff tuvo un papel fundamental en la difusión de la cirugía especializada en cáncer y el establecimiento de redes con los profesionales de la salud estadounidenses. Estas actividades se consolidaron en la década de 1970, cuando se inauguró un hospital denominado Instituto Nacional de Cáncer (INCA) en Rio de Janeiro, que empezó a utilizar la quimioterapia y luchar para hacer de esta condición un tema prioritario en el plan de acciones impostergables de la salud pública.

Otros países siguieron un curso similar en su lucha contra el cáncer y para terminar con la imagen —que popularmente se tenía— de la enfermedad como un cuadro clínico que necesariamente tendría un final fatal y un mal que afectaba sobre todo a las mujeres. México se destacó, y en 1941 el Departamento de Salud Pública fundó la Campaña Nacional Contra el Cáncer. A fines de 1946, en el régimen del presidente general Manuel Ávila Camacho, se creó el Instituto Nacional de Cancerología, con servicios de rayos X. Empezando la década de 1950, países como Argentina y Brasil generalizaron en sus principales hospitales las técnicas iniciadas en Alemania en la década de 1920, como la colonoscopia y el Papanicolau, estableciendo una alianza entre los obstetras, ginecólogos y oncólogos.

¹⁶ Luiz Antonio Teixeira, "O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século xx".

A escala mundial y regional, el tema de los efectos dañinos del tabaco pasó a primer plano en la década de 1960. En 1964, el director de la OPS aceptó las conclusiones del histórico informe del director de Salud Pública de los Estados Unidos, el cual indicaba que fumar era dañino para la salud. Poco después empezaron a aparecer las primeras medidas discutidas y parcialmente adoptadas por los países de la región, como los impuestos a las empresas tabacaleras y limitaciones en la publicidad de los cigarrillos. Años más tarde se generalizó la obligación de incluir dramáticas advertencias en los paquetes de cigarrillos, al igual que se produjeron investigaciones y publicaciones de mayor contundencia que llevarían a medidas más radicales.

A partir de 1970, la OMS y la OPS lideraron el tratamiento del uso del tabaco como un grave problema médico en respuesta a los cambios sociales. Más allá de que el tabaco siguiera siendo consumido por hombres, su uso entre las mujeres y los adolescentes en las ciudades de América Latina se había incrementado, como resultado del cambio de roles y la autonomía que estaban adquiriendo estos grupos poblacionales, pero también como consecuencia de una astuta e intensa estrategia comercial de la industria tabacalera. Debido a que los gobiernos no reconocían que el uso del tabaco producía un serio problema de salud en la población, se necesitó un poco más de tiempo para que los países decretaran sus primeras leyes para combatirlo. Sólo en 1987 Brasil aprobó una ley federal, que instituyó un “día sin tabaco”, creó los primeros impuestos a la industria tabacalera y puso restricciones a su publicidad, llevando a cabo una campaña educativa sobre el tema. Asimismo, el cáncer se vinculó claramente con los malos hábitos alimenticios y los estilos de vida sedentarios, y además surgieron asociaciones médicas profesionales que organizaron campañas educativas. En el año 2003, los gobiernos latinoamericanos se adhirieron a una iniciativa internacional fundamental: el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), uno de los primeros tratados internacionales de salud con un mandato supranacional. Este convenio buscaba evitar el consumo, obligaba a la industria a incluir claras advertencias en sus paquetes de cigarrillos e hizo que se elevaran los precios e impuestos a los cigarrillos, entre otras medidas (Uruguay fue el primer país en cumplir estrictamente con las órdenes de la convención). Para diciembre de 2010, 171 países habían ratificado el CMCT, entre ellos la mayoría de las naciones latinoamericanas, incluido Brasil, uno de los mayores productores de tabaco. Los resultados definitivos en Brasil, donde se enfrentan los intereses económicos contra la salud de la población, se podrán ver con claridad en algunos años.

Hasta mediados del siglo XIX, los médicos latinoamericanos no habían desarrollado políticas significativas con respecto al tratamiento o prevención de las enfermedades mentales. Las personas consideradas dementes eran literalmente abandonadas o encarceladas, porque se las pensaba peligrosas. En el mejor de los casos, algunos partidarios del médico francés Philippe Pinel crearon “hospicios” o “asilos” para enfermos mentales en las ciudades, donde progresivamente se fueron remplazando las cadenas por camisas de fuerza y, posteriormente, se aplicaron comas insulínicas, terapias de shock, lobotomías y electroshocks. Uno de los primeros en la región fue el de La Convalecencia, en Buenos Aires, creado en 1854 como un hospicio que albergaba a mujeres.¹⁷ Entre fines del siglo XIX y principios del XX se fundaron los primeros centros de reclusión especializados —donde se separaban los pacientes entre hombres y mujeres—, como parte de una retórica de la modernidad. Estos albergues prometían la rehabilitación de las personas confinadas, diferenciaban los comportamientos “normales” de los “patológicos” y eran parte de una incipiente legitimación de la psiquiatría como especialidad. Cabe destacar que estas instituciones se presentaron como símbolos del progreso en el tratamiento de la enfermedad y de la conducta anormal. En esa época, las teorías del médico francés de origen austriaco, Bénédict Morel, sobre la degeneración estaban de moda entre psiquiatras latinoamericanos. La influencia del psicoanálisis también llegó de Europa a América Latina persuadiendo a líderes de la profesión, porque enfatizaba la comprensión del paciente y explicaba la posibilidad de que cualquier persona pueda ser víctima de traumas reprimidos y problemas en su salud mental.

En 1910, al final del régimen de Porfirio Díaz, se inauguró el manicomio La Castañeda en las afueras de la Ciudad de México, anunciando que los enfermos mentales recibirían un tratamiento moderno y racional. Ese mismo año estalló la Revolución y, por los avances y retrocesos que se produjeron como consecuencia de ésta, la promesa inicial no se pudo cumplir plenamente: el manicomio se enfrentó a una difícil situación económica. Sin embargo, algunos médicos y pacientes se sobrepusieron a la adversidad mediante la implementación del trabajo agrícola y artesanal, recomendado por algunos especialistas europeos, que prometía proporcionar simultáneamente el tratamiento y un medio para financiar parte del presupuesto de los establecimientos médicos. Más tarde, desde mediados del siglo XX los fármacos se convirtieron en una herramienta fundamental en estas instalaciones.

¹⁷ Valeria Silvina Pita, *La casa de las locas: una historia social del Hospital de Mujeres Dementes, Buenos Aires, 1852-1890*.

Uno de los primeros seguidores de Sigmund Freud en el continente fue el peruano Honorio Delgado (1892-1969). Al terminar sus estudios en la Escuela de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos, se fue a Alemania para especializarse en psiquiatría. Delgado mantuvo una relación epistolar con el fundador del psicoanálisis hasta fines de la década de 1930, aun cuando hacia fines de los años veinte ya se había distanciado de las ideas de Freud. No obstante, la influencia de Freud se expresaría en una de las primeras revistas de psiquiatría de Latinoamérica, creada por Delgado en 1918: la *Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas*. A mediados de la década de 1930, Delgado claramente adhería a la fenomenología y el conductismo, y fue pionero en el uso de productos biológicos para el tratamiento de los desórdenes psiquiátricos, aunque nunca dejó por completo de utilizar conceptos psicoanalíticos en una versión híbrida de la psiquiatría. El psicoanálisis se extendería con profundidad en otros países sudamericanos, como Brasil y Argentina, donde sus iniciales influencias tuvieron un mayor impacto después de la llegada, en la década de 1930, de la psicoanalista alemana Adelheid Koch (1896-1980) a São Paulo y el neurólogo y psiquiatra español Ángel Garma (1904-1993) a Buenos Aires; este último se había especializado en psicoanálisis en Berlín y era miembro de la prestigiosa Asociación Psicoanalítica de Alemania. El impacto en la Argentina fue notable en la creación de instituciones estables, como la Asociación Psicoanalítica Argentina en 1942, que tuvo en Garma su primer presidente, y la *Revista de Psicoanálisis*, que reforzó el prestigio de sus practicantes. Según Mariano Plotkin, la Argentina de mediados del siglo xx era el país con el mayor número de psicoanalistas per cápita del mundo.¹⁸

La psiquiatra brasileña Nise da Silveira (1905-1999) fue una precursora de la antipsiquiatría, que se haría frecuente a fines del siglo xx. Ella no sólo fue una de las primeras mujeres de Bahía en graduarse de médico y especializarse en psiquiatría, sino que fue una de las primeras especialistas en oponerse enérgica y valientemente ante sus colegas varones por los violentos tratamientos con electroshock y el aislamiento que utilizaban de manera rutinaria con los enfermos mentales. Más aún, ella promovió el uso del arte como terapia, especialmente el dibujo y la pintura, en parte por la influencia de las ideas de Carl Jung, el “segundo líder” alternativo del psicoanálisis europeo, con quien ella mantuvo correspondencia. Según Silveira, el dibujo y la pintura eran alternativas más efectivas y entretenidas que las labores domésticas y ocupacionales, a las cuales se dedicaban algunos de los internos de los hospitales psi-

¹⁸ Mariano Ben Plotkin, *Freud in the Pampas: The Emergence and Development of a Psychoanalytic Culture in Argentina*.

quiátricos. Además, el espacio creativo liberaba a pacientes de sus miedos, complejos y obsesiones, y era especialmente útil para los esquizofrénicos. Asimismo, Silveira proponía que los enfermos se dedicasen a cuidar animales domésticos para que recreasen lazos afectivos. Los años más activos de su carrera tuvieron lugar en Rio de Janeiro a mediados del siglo pasado, especialmente en el Centro Psiquiátrico Pedro II, donde fundó una sección para terapia ocupacional y rehabilitación. Es importante destacar que su trabajo humanitario tuvo algo que ver con el hecho de haber sufrido persecución política: fue encarcelada y se le negó el acceso a cualquier cargo público por sus ideas de izquierda. La psiquiatra brasileña dejó un legado único que comparten la historia de la medicina y del arte, y que se conserva en el Museo de Imágenes del Inconsciente que creó en 1952.¹⁹

Cuando las ideas psicoanalíticas perdieron popularidad entre muchos especialistas, los psiquiatras latinoamericanos siguieron utilizando algunas nociones freudianas y forjando un espacio en el campo de la salud mental internacional. En 1951 se organizó en la Ciudad de México el IV Congreso Internacional de Salud Mental, que fue inaugurado en el vistoso Palacio de Bellas Artes, con representantes latinoamericanos y más de 500 delegados en total, bajo el liderazgo del mexicano Alfonso Millán, presidente de la Federación Mundial de Salud Mental. Millán también fue fundamental en la decisión del distinguido psicoanalista alemán Erich Fromm de emigrar de los Estados Unidos —donde residía desde la década de 1930— a México hacia 1950, donde enseñó en la Universidad Nacional Autónoma durante 25 años.²⁰

Otra nueva área de preocupación para la medicina latinoamericana fue la nutrición. En 1949 se formó en Caracas un Instituto Nacional de Nutrición dentro del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en donde se empezaron a publicar los *Archivos Venezolanos de Nutrición*. Asimismo, Josué de Castro (1908-1973), profesor de la Escuela de Medicina de Rio de Janeiro, se especializó en estudiar los factores biológicos, sociales, culturales y políticos del hambre, rompiendo lo que llamaba la “conspiración del silencio” alrededor del tema. Ocupó varios cargos universitarios y en salud pública (incluyendo el puesto de profesor de geografía en la Universidad de Rio de Janeiro), fundó la revista *Arquivos Brasileiros de Nutrição*, y entre 1943 y 1954 fue director de la agencia nacional encargada de la nutrición (después de varios cambios de

¹⁹ Luiz Carlos Mello, *Nise da Silveira: Caminhos de uma psiquiatria rebelde*.

²⁰ En México se publicó el libro de Erich Fromm y Michael Maccoby, *Social Character in a Mexican Village: A Sociopschoanalytic Study*, que unos años después fue traducido al español [*Sociopsicoanálisis del campesino mexicano: Estudio de la economía y la psicología de una comunidad rural*, trad. de Claudia Dunning de Gago, rev. de la trad. de Ignacio Timochenko Millán, FCE, México, 1973, reed. 2007].

nombre, esta organización se llamó la Comissão Nacional de Alimentação: CAN). La CAN creó restaurantes populares que servían menús saludables a precios accesibles para los pobres de las ciudades, y un programa de almuerzos escolares en las escuelas públicas, además de generalizar el uso del yodo en la sal doméstica para prevenir el cretinismo. Castro también fue asesor en nutrición para otros gobiernos latinoamericanos. Sus libros, principalmente *Geografia da Fome* y *Geopolítica da Fome*, fueron publicados en la década de 1940 y traducidos a varios idiomas. En esos años se empezaba a percibir a la sobrepoblación como la causa del aumento del hambre en el mundo, por lo que demógrafos y economistas abogaban para que se implantase el control de la natalidad en los países en vías de desarrollo, como una manera de que el crecimiento poblacional fuese paralelo al aumento en la producción de alimentos. Contrario a esta teoría, Castro argumentaba que el hambre era resultado de la injusticia social y que el derecho a una alimentación adecuada era un derecho humano fundamental, y debía ser una prioridad para los Estados. También fue un activista y, junto con otras personalidades del mundo, creó una organización internacional sin fines de lucro en contra del hambre: Associação Mundial de Combate à Fome (ASCOFAM). La fama de Castro hizo que ocupara cargos en el Parlamento brasileño, el cuerpo diplomático y las agencias multilaterales. En 1952 fue elegido presidente de la FAO, con sede en Roma. En dos ocasiones estuvo nominado al Premio Nobel, una en fisiología y medicina, y otra vez para el Premio Nobel de la Paz, sin éxito.

LA PARADOJA DE LA SALUD PÚBLICA EN EL CONTROL DEMOGRÁFICO

A principios de la década de 1960, cuando los programas para el control de las enfermedades infecciosas empezaban a ser cuestionados y las campañas contra las enfermedades no infecciosas habían fracasado en obtener suficiente fuerza política, la salud pública centró su atención en el tema de la planificación familiar. Ello ocurrió debido a la preocupación del gobierno estadounidense por el crecimiento acelerado de la población en regiones consideradas atrasadas, como América Latina. Se estimaba que la región tendría 324 millones de habitantes para mediados de la década de 1970 y que el crecimiento demográfico anual estaba por encima de 2.5% —cifras preocupantes ya que significaban que para fines del siglo xx la población latinoamericana se duplicaría—. Esto significó un ritmo mucho más rápido del crecimiento de la po-

blación que el experimentado en los Estados Unidos, y sólo era superado por África. Haciéndose eco de los debates de la eugenesia anteriores a la segunda Guerra Mundial, la mayor preocupación por el crecimiento de la población en la región implicaba un redireccionamiento súbito de la salud pública y la medicina: de una tradicional posición pronatalista a una perspectiva de control del crecimiento poblacional. Entonces empezaron las tensiones entre los médicos, y sus nuevos aliados los demógrafos, los economistas y los planificadores, con las autoridades políticas católicas latinoamericanas.

La importancia dada al crecimiento poblacional llegó paralela al cuestionamiento a los programas enfocados en enfermedades infecciosas. El Banco Mundial lideró la crítica a la erradicación de la malaria y otras campañas de control de enfermedades, con el argumento de ser indirectamente responsables de desencadenar una explosión demográfica en los países pobres, y ejercer presión sobre los recursos y las economías nacionales. El presidente del Banco Mundial apoyó la publicación de un folleto titulado *¿La sobrepoblación significa pobreza?*, donde se cuestionaban “medicinas e insecticidas milagrosos” por su papel en la disminución de las enfermedades infecciosas, en un contexto de elevadas tasas de fertilidad y pobreza. Algunos líderes de las sociedades industrializadas hicieron eco de las críticas, aumentando el temor a que, en un futuro cercano, el planeta tuviera que enfrentarse a la predicción de Malthus, quien sostenía que el ritmo de crecimiento de la población superaría con creces el ritmo de crecimiento de los productos alimenticios, lo que desembocaría en un aumento general de la pobreza y el hambre. Las revistas académicas de los Estados Unidos se unieron al coro neomalthusiano y advirtieron sobre los peligros que la superpoblación tendría para la seguridad nacional y la estabilidad política mundial. Organizaciones filantrópicas privadas, como la Fundación Ford y el Consejo de Población, promovieron un orden de prioridades de investigación sobre la demografía y apoyaron programas piloto de control de la población en países en desarrollo. Algunos libros sobre el tema se convirtieron en *best sellers*, especialmente *The Population Bomb*, que culpaba al DDT por contribuir a un desastre inminente. Escrito por Paul Ehrlich, un profesor de la Universidad de Stanford y fundador del movimiento Crecimiento de Población Cero, el libro llegó a tener veinte reediciones entre 1968 y 1971.

Estos y otros trabajos indicaban que la población mundial había alcanzado la increíble cifra de tres mil millones de personas en 1960, lo cual significaba mil millones de habitantes más que treinta años antes, y que se estaba consolidando una correlación inversamente proporcional entre el crecimien-

to de la población y el aumento de la miseria en los países más pobres. Algunos expertos estadounidenses consideraban que la sobrepoblación era el problema más grave para el desarrollo, y culpaban parcialmente a la salud pública, porque controlaba las enfermedades infecciosas y aumentaba la esperanza de vida sin tener en cuenta, por ejemplo, el crecimiento del empleo. Las agencias internacionales no vinculadas directamente a la salud aceptaron este discurso y consideraron que el aumento de la población urbana en América Latina —resultado de la reducción de la mortalidad infantil y una tasa de la natalidad elevada— era un problema social y de salud prioritario. Es interesante notar que los argumentos en favor del control de la población fueron un resultado inesperado de la campaña para erradicar la malaria. Antes de 1950, las personas que vivían en las zonas de mayor altura del continente, donde no existía la malaria porque los *Anopheles* no sobreviven a la altitud, sufrían ataques severos cuando se trasladaban a zonas más bajas; les aterraban las áreas húmedas y el clima tropical de la costa debido en parte a la malaria y otras enfermedades típicas de las tierras bajas. El miedo desapareció con la disminución de la malaria en las zonas urbanas; así, las poblaciones de las ciudades crecieron con la migración del campo a la ciudad, la cual se aceleró a partir de la década de 1950 debido a la intensificación de la industrialización y la crisis en la agricultura. Este proceso transformó a México y Perú, por ejemplo, que pasaron de ser países donde la mayoría de la población vivía en el campo a países donde la mitad de sus habitantes habitaban en las ciudades. En las siguientes décadas la mayoría de los habitantes de las naciones latinoamericanas optaron por vivir en zonas urbanas.

La salud pública y los líderes políticos latinoamericanos respondieron lentamente a los ataques, y a la larga se sumaron a los programas de control de la población. Las agencias especializadas de las Naciones Unidas, particularmente la OMS, postergaron su participación en los debates sobre este tema. Por su lado, la Fundación Ford, el Consejo de Población, USAID y hasta la misma Fundación Rockefeller compartieron la urgencia de promover programas de control de la natalidad, especialmente en América Latina. Al principio, los líderes sanitarios consideraron que la cuestión de la sobrepoblación era un asunto “técnico”, que interesaba sólo a los demógrafos, o que era un asunto privado de las familias. La OMS respondió tibiamente a las objeciones hechas con respecto a la erradicación de la enfermedad por ser contraproducente, afirmando que quienes erradicaban las enfermedades estaban salvando vidas y evitando que se reprodujeran las epidemias. Esta respuesta, compartida por los directivos de la OPS, reveló que uno de los supuestos culturales tradiciona-

les de la salud pública —que el incremento de la población era positivo porque conformaba la maximización de la vitalidad y la densidad poblacional de las naciones— seguía vivo.

Sólo en 1967 y después de una reorganización de las Naciones Unidas, se le prestó atención a la demanda, hecha por diversos gobiernos de países industrializados, para que se organizase una agencia multilateral de población que ayudase a los países a planificar el crecimiento poblacional. Dos años después se creó, con el auspicio de Naciones Unidas, una organización especializada: el Fondo de Población de las Naciones Unidas, FPNU (más conocido como UNFPA por sus siglas en inglés, correspondientes a United Nations Fund for Population Activities, que en 1987 pasó a llamarse United Nations Population Fund, conservando, no obstante, la “A” en la abreviatura). Al principio, varios gobiernos latinoamericanos, junto con algunos médicos y otros intelectuales, rechazaron el control de la natalidad, debido a la influencia del catolicismo y porque creían que el problema de sus países era la falta de población —exactamente lo contrario que por entonces se proponía en los centros de poder internacional—. Esta posición fue apoyada por la Iglesia católica, que tomó medidas que los especialistas consideraron tibias, como la encíclica papal *Humanae vitae* de 1968; mediante dicho documento el Vaticano desaprobó el uso de los métodos artificiales para el control de la natalidad y tan sólo ratificó la abstinencia sexual periódica entre parejas monógamas casadas como la única forma de planificar el número de hijos de la familia.

A pesar de que las élites latinoamericanas eran reticentes a la planificación familiar, según Gabriela Soto Laveaga, los campesinos mexicanos tuvieron un papel crucial en el surgimiento de la píldora anticonceptiva desde mediados del siglo xx.²¹ Ella estudió cómo el barbasco, un tubérculo silvestre que crecía en la campiña del sur de México, fue identificado por químicos estadounidenses como la principal fuente para la producción de la cortisona y los primeros anticonceptivos orales viables (además, podía remplazar las hormonas que se extraían de animales). Como era imposible trasplantar el barbasco a otros lugares, los científicos estadounidenses, y también mexicanos, confiaron en el conocimiento de los recolectores rurales del tubérculo; éstos, junto con compañías farmacéuticas internacionales y el Estado mexicano, colaboraron y compitieron en establecer una industria del barbasco, la cual siguió hasta su nacionalización por el gobierno populista de Luis Echeverría en la década de

²¹ Gabriela Soto Laveaga, *Jungle Laboratories: Mexican Peasants, National Projects and the Making of the Pill* [ed. en español: *Laboratorios en la selva. Campesinos mexicanos, proyectos nacionales y la creación de la píldora anticonceptiva*, trad. de Víctor Altamirano, FCE, México, 2020].

1970. Aunque la industria colapsó en los últimos años del siglo xx, la experiencia científica y médica fue un trampolín para que miles de campesinos mexicanos interviniesen en la planificación familiar y se convirtieran en asesores internacionales para industrias extranjeras. Al mismo tiempo, y en un proyecto vinculado al anterior, un químico mexicano se destacó en las investigaciones sobre la píldora: Luis Miramontes. En 1951 sintetizó, en un laboratorio de la Ciudad de México, la noretisterona (el descubrimiento de la píldora es atribuido al estadounidense Gregory Pincus), un compuesto activo esencial de los anticonceptivos orales gracias a un proyecto auspiciado por la empresa Syntex, compañía que patentó el descubrimiento en los Estados Unidos.²²

Antes de llegar a un consenso ortodoxo sobre el control demográfico, durante la década de 1960 se promovieron enfoques heterodoxos e inesperados. Según Raúl Necochea, miembros de la Iglesia católica, generalmente misioneros estadounidenses que trabajaban en áreas urbano-marginales de Lima bajo el consentimiento de las autoridades eclesiásticas de Perú, promovieron los métodos anticonceptivos orales, aunados a programas educativos. Ello fue posible gracias a la percepción por parte de la Iglesia del control de la natalidad como un asunto de justicia social, un medio para reducir la pobreza y, para algunos, una forma de evitar el comunismo.²³ María Carranza encontró que los orígenes del control de la natalidad en Costa Rica, también a principios de la década de 1960, se encontraban en algunos esfuerzos de los ambientalistas preocupados por los efectos negativos del crecimiento de la población. La mayoría de los promotores del control de la natalidad eran investigadores forestales y agrónomos estadounidenses, que trabajaban en el Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas (IICA). Ellos estaban preocupados por las familias tan numerosas y la extrema pobreza de los habitantes en poblados rurales, y temían que se agotaran los recursos del medio ambiente como consecuencia del crecimiento poblacional. Influidos por trabajos como *The Population Bomb* de Paul R. Ehrlich, y con el apoyo de los médicos y enfermeras locales, empezaron a promover el uso de dispositivos intrauterinos, que a veces eran de fabricación casera, y advirtieron un notable incremento de su demanda entre las mujeres locales. A ello le siguió la promoción de los anticonceptivos orales. Sólo en 1966, y debido al éxito de este movimiento, así como por su gradual difusión entre los profesionales, la cuestión del control de la natalidad se medicalizó e institucionalizó mediante la Asociación Demográfica de Costa Rica, que fue capaz de llegar a un cordial acuerdo con la Iglesia católica.

²² Elsimar M. Coutinho, "Latin America's Contributions to Contraceptive Development".

²³ Raúl Necochea López, *A History of Family Planning in Twentieth-Century Peru*.

La promoción de los métodos artificiales de control de la natalidad en América Latina contó con el apoyo de compañías farmacéuticas y la cooperación bilateral. En 1960, la US Food and Drug Administration (FDA) aprobó la primera píldora anticonceptiva (Enovid), que fue percibida como una panacea, por no mencionar que llegó a ser un negocio multimillonario. Esta y otras píldoras complementaron otros métodos de planificación familiar, como los condones de látex, la esterilización forzada o voluntaria (principalmente en mujeres) y los dispositivos intrauterinos. Aunque es difícil determinar el número de esterilizaciones no consentidas, los países con mayor número de mujeres esterilizadas sin su consentimiento fueron Puerto Rico, Bolivia, Colombia y Brasil. La incendiaria película *Yawar Mallku* de Jorge Sanjinés, la cual se filmó a fines de la década de 1960 en Bolivia, denunció la esterilización de las mujeres andinas llevada a cabo con la ayuda de voluntarios estadounidenses del Cuerpo de Paz —quienes formalmente prestaban atención médica— y que hizo que este organismo fuese expulsado de Bolivia. Se estima que en Brasil, entre 1965 y 1971, se esterilizó a un millón de mujeres, la mayoría afro-americanas y pobres del nordeste. Al mismo tiempo, las mujeres urbanas de clase media, generalmente mejor informadas y educadas, empezaron a recurrir a costosas operaciones de cesárea por conveniencia personal, aun cuando no existía razón médica alguna que justificara las intervenciones.²⁴ El grave asunto de la violación de los derechos humanos utilizando recursos médicos tendría una dramática aparición tiempo después en el Perú de la década de 1990; en aquella época, el régimen autoritario de Alberto Fujimori, con el apoyo de funcionarios del Ministerio de Salud, esterilizó a algunas centenas de miles de mujeres indígenas de diferentes edades —y a unos cuantos miles de hombres—.²⁵ Por lo general, las víctimas no podían leer el consentimiento escrito requerido, que supuestamente habían firmado, y fueron objeto de engaños, amenazas y ofrecimiento de alimentos a cambio de consentir la intervención médica. Algunos médicos y funcionarios sanitarios del gobierno peruano creían que esta esterilización era la manera de imponer la planificación familiar en zonas rurales, como una suerte de intervención eugenésica para reducir el número de hijos que tenían las familias más pobres del campo.

Desde mediados de la década de 1960, los organismos bilaterales estadounidenses —con la entusiasta aprobación del presidente Lyndon Johnson— apoyaron campañas mundiales de planificación familiar en América Latina.

²⁴ F. C. Barros, J. P. Vaughan, C. G. Victora y S. R. Huttly, "Epidemic of Caesarean Sections in Brazil".

²⁵ Comité Latinoamericano para la Defensa de los Derechos de la Mujer, *Nada personal: reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú, 1996-1998*.

Ello era producto de la necesidad de reducir los gastos en la cooperación técnica internacional. El presidente de los Estados Unidos estaba inmerso en la Guerra de Vietnam y en una serie de problemas domésticos, como el movimiento de los afroamericanos por el reconocimiento de sus derechos civiles. En ese contexto, la planificación familiar pareció a las agencias de cooperación una intervención menos costosa, que iba a resolver una de las causas de la pobreza y evitaba la creación de sociedades que fuesen un caldo de cultivo de ideas comunistas. De esta manera, el gobierno de los Estados Unidos apoyó las organizaciones filantrópicas privadas, las cuales durante años habían sostenido que el exceso de población era el principal problema a escala mundial, y crearon programas piloto en diferentes países pobres. Desde mediados de la década de 1960 se dejó de lado la promesa de una Alianza para el Progreso (lanzada por el presidente John F. Kennedy como una respuesta a la Revolución cubana), y se matizaron dos términos casi sagrados para muchos especialistas: desarrollo y planificación. La ayuda bilateral reducida y enfocada a un objetivo específico fue paralela a una perspectiva de menor consideración por las democracias latinoamericanas y el regreso de una política unilateral. Ello fue evidente en 1964, cuando los infantes de Marina de los Estados Unidos desembarcaron en las costas de la República Dominicana; la finalidad: derrocar a un gobierno acusado de simpatizar con el comunismo. Ésta fue la primera intervención militar en la región en cincuenta años.

A pesar de las tensiones políticas entre los Estados Unidos y la región, la mayoría de los gobiernos latinoamericanos empezaron a adoptar políticas de control de la natalidad a fines de los años sesenta. En 1970 El Colegio de México, una de las universidades especializadas en ciencias sociales más prestigiosas de la región, organizó una conferencia regional sobre población, que fue la primera de su tipo en América Latina. La reunión fue auspiciada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE); ambos, organismos de Naciones Unidas creados en la década de 1950. Los fondos para el simposio provinieron del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), USAID, el Banco Mundial, el Social Science Research Council y la Fundación Rockefeller. En esta reunión políticos, académicos y funcionarios de agencias internacionales rechazaron las políticas a favor de la natalidad y promovieron el control de la natalidad como base para nuevas políticas de población y planificación que condujeran a un desarrollo sostenible. En 1973, el presidente Luis Echeverría de México dejó de lado las políticas de población tradicionales que habían marcado la historia de su país, facilitó el cambio del código de salud para despenalizar el

control de la natalidad y dio inicio a programas de planificación familiar. Por su parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social inició el ofrecimiento de servicios de planificación familiar, y se formó el Consejo Nacional de Población (Conapo) con la aprobación del Congreso. Estas decisiones significaron tomar un camino diferente al de las políticas tradicionales pronatalistas que el mismo Echeverría había defendido en su campaña electoral pocos años antes. Además, ello significó cambiar el supuesto tradicional médico acerca de que el crecimiento de la población era bueno para la sociedad y el Estado, una creencia que puede rastrearse hasta los ideales de la salud pública del siglo XVIII en Europa y las Américas.

LOS MÉDICOS EN LA POLÍTICA

A partir de la década de 1930, el continente fue testigo de la intensificación de un fenómeno aparentemente único, que reflejó indirectamente la consolidación de la profesión médica y la consagración de la salud como un valor nacional. Los médicos y otros especialistas de la salud comenzaron a asumir destacados puestos de liderazgo político en los gobiernos y movimientos moderados, reformistas y radicales. Entre los ejemplos más notables están el del brasileño Juscelino Kubitschek (quien fuera prefecto de Belo Horizonte entre 1940 y 1945 y más tarde presidente de la República entre 1956 y 1961); el del estudiante de medicina argentino Ernesto “Che” Guevara (líder de la Revolución cubana que coadyuvó a lograr y cuya cabeza era Fidel Castro, que conquistó el poder en 1959); y el del chileno Salvador Allende (presidente de un gobierno de izquierda democráticamente elegido entre 1970 y 1973). A ellos se les podrían añadir ejemplos de años anteriores, como Pedro Ernesto Rego Batista, el apreciado cirujano y carismático alcalde de Rio de Janeiro durante los años de la Depresión; Rafael Ángel Calderón Guardia, el respetado médico y reformador populista de Costa Rica en la década de 1940; el calificado patólogo chileno Eduardo Cruz-Coke, quien fuera senador durante las décadas de 1940 y 1950 y candidato por el Partido Conservador en las elecciones presidenciales de 1946, en las que quedó en segundo lugar; y al dentista Cheddi Jagan, quien durante mucho tiempo fue el líder populista en la Guayana Británica que contribuyó a su independencia. Aunque sus programas fueron principalmente políticos, preocupados por una diversidad de temas de esa índole, les dieron atención a la modificación de las condiciones de vida de la población y a la reforma de la medicina; además, su prestigio provenía, en

gran medida, de la estima que les tenían como médicos. Todo ello reflejó la importancia que iba cobrando la asociación del desarrollo sanitario con los cambios sociales en los profesionales de la salud.

Las ideas y políticas sanitarias de Kubitschek (1902-1976) han sido estudiadas por Gilberto Hochman, quien las encontró consonantes con la etapa del “optimismo sanitario” de la época. También algo diferentes de las propuestas de los sanitarios brasileños de principios de siglo, porque estaban basadas en que Brasil —ya habiendo superado las epidemias infecciosas clásicas como la fiebre amarilla y la peste bubónica— debía dedicarse a combatir enfermedades crónicas como la tuberculosis, la lepra y el cáncer.²⁶ Además, Kubitschek pensaba que las enfermedades rurales necesitaban ser examinadas de manera integral y no a través de programas separados de forma vertical, como se estaba haciendo en varios países. Ello condujo a la creación del Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), dentro del cual operó el poderoso programa contra la malaria. Según Kubitschek, el control de estas enfermedades crónicas y rurales haría más productivas a las personas, en un país que esperaba verse convertido en una sociedad desarrollada de productores y consumidores. Su programa de modernización incluyó un viejo anhelo brasileño: la construcción de una nueva ciudad capital en el centro del territorio, Brasilia. Ésta fue fruto de una cuidadosa planificación y de la ejecución de una elegante y creativa arquitectura. Para el presidente, era el ejemplo de que su país lograría el anhelado progreso, o la demostración de que se podía hacer en cinco años lo que generalmente demoraba cincuenta. Asimismo, el presidente brasileño quiso superar el modelo difusionista de desarrollo promovido por los Estados Unidos, y sugería un plan diferente para salvaguardar la seguridad hemisférica contra el demonio de la Guerra Fría: el comunismo. Este plan surgió tras la alborotada y breve visita de 1958 del entonces vicepresidente Richard Nixon a varias capitales de América Latina, donde los estudiantes universitarios organizaron manifestaciones en su contra, identificándolo como un símbolo de la opresión imperialista. El antagonismo que encontró Nixon fue interpretado como una crítica a los Estados Unidos, por la insuficiente atención en resolver los problemas sociales de la región: injusticias sociales, economías inestables que dependían de la exportación de pocas materias primas y condiciones miserables de vida. Kubitschek propuso la “Operación Pan-América”, que se debatió entre los gobiernos de la región, pero desafortunadamente no se

²⁶ Gilberto Hochman, “O Brasil não é só doença: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek”.

siguió, para promover la democracia y el desarrollo económico y social en la región.

El caso de Guevara (1928-1967) es bastante diferente al de Kubitschek. En primer lugar, el argentino no tenía una carrera política tradicional como la del brasileño, quien había sido gobernador de un estado y negociador de alianzas entre partidos. Guevara no había terminado sus estudios de medicina, aunque evidentemente había hecho lo suficiente como para entender las enfermedades comunes y poder brindar cuidados elementales —incluyendo tratar su propia asma—, y saber que las condiciones de vida determinaban la salud de una población. Sus funciones como guerrillero en Cuba eran inicialmente las de actuar como un médico de campaña. Posteriormente se fueron ampliando, para asegurar que uno de los beneficios que las guerrillas cubanas empezaban a ofrecer en 1956 fuera la asistencia médica en las zonas liberadas. Finalmente, Guevara se llegó a convertir en una celebridad y uno de los ideólogos y comandantes de la lucha armada que derrotaron a la dictadura de Fulgencio Batista el día de Año Nuevo de 1959. Ocupó varias carteras en el nuevo régimen, incluyendo la de ministro de Industria, y representó a Cuba en encuentros diplomáticos internacionales. Entre los argumentos ideológicos que legitimaron la Revolución, según Guevara, estaba la creación de un “hombre nuevo”, que no albergara el egoísmo que inculcaba el capitalismo y estuviera preparado para servir a sus semejantes. En una conferencia de 1960 con soldados cubanos, Guevara definió la medicina “revolucionaria”. Según el argentino, se debía partir de un examen de la trayectoria personal y profesional del médico, dejar atrás el individualismo y aprender a escuchar y enseñar a sus pacientes. Además, pensaba que el profesional debía ayudar al Estado para asegurar la prioridad de la medicina preventiva y de la educación en salud. Su imagen jacobina, cierta o no, se consolidó con sus intentos por extender la lucha armada al Congo y Bolivia (país este último donde, luego de ser capturado en 1967, fue ejecutado por el ejército boliviano, que contaba con apoyo de la CIA).²⁷

Antes de Guevara o del triunfo de la Revolución, Cuba había tenido una tradición de médicos con un papel importante en la política de oposición, durante las dictaduras de Gerardo Machado y Fulgencio Batista. Debido en parte al subempleo galopante —especialmente entre los médicos jóvenes—, los estudiantes de medicina de la Universidad de La Habana estaban radicalizados y la Federación Médica Cubana contaba con un ala radical de médicos,

²⁷ Gregorio Delgado García, “Ernesto ‘Che’ Guevara, médico revolucionario e higienista social”.

que abogaban por una extensa red de puestos y establecimientos médicos estatales. Esta intervención política se remonta a comienzos del siglo xx, cuando las sociedades mutualistas pregonaban el cuidado preventivo de grupos de inmigrantes. A fines de la década de 1940, la Federación Médica Cubana lanzó una intensa campaña por la medicina socializada a cargo del Estado. La radical reforma médica que conllevó la Revolución castrista y se desplegó durante la década de 1960 (la cual se examinará con mayor detalle en el próximo capítulo) fue posible por un cambio político y las mejoras en las condiciones de vida de los pobres. En 1961, prácticamente se disolvió el Ministerio de Salud y se comenzó a crear una nueva estructura. En el mismo año, Fidel hizo público el carácter socialista de la Revolución y se precipitó poco después un éxodo masivo —particularmente hacia Miami— de casi tres mil médicos del país; muchos de estos profesionales eran parte de las clases alta y media alta, las cuales temían que esa declaración política afectase su futuro. Paradójicamente, ello permitió reconstruir la burocracia estatal sanitaria y la formación médica universitaria prácticamente desde cero y sin tener que enfrentarse a una soterrada oposición de los antiguos ocupantes de puestos en el Estado o en la universidad. El gobierno cubano no sólo se limitó a cambios internos, y a desplegar enérgicas campañas de control de la viruela y la polio, sino que también empezó a utilizar su sistema de salud como un valor cultural global, indiscutible, el cual demostraba los beneficios de sus opciones ideológicas. De esta manera, la salud fue un medio para extender una red de influencia en torno a otros países en vías de desarrollo del África y de América Latina. Durante un momento dio la impresión de que se podría reproducir el modelo en Chile.

Salvador Allende (1908-1973) fue otro ejemplo de un médico que promovió nuevos programas de salud para hacer frente a la adversidad. Infortunadamente, sus valiosos esfuerzos, y hasta su propia vida, fueron truncados por la intervención militar. Fue el fundador del Partido Socialista de Chile, y, en términos políticos, un caso intermedio entre los líderes brasileño y argentino mencionados líneas arriba. Influidor por la medicina social europea de los años de entreguerras, fue ministro de Salud durante un breve e inestable gobierno de izquierda a fines de la década de 1930, y publicó después su obra: *La realidad médico-social chilena* en 1939. La investigación recalca las pobres condiciones de vida de las personas que trabajaban en la industria (como la desnutrición, las precarias condiciones de vivienda y los bajos salarios), además de señalar que eran la causa más importante de las enfermedades. Fue elegido senador en la década de 1950, participando en la creación de un siste-

ma unificado sanitario, que fue pionero en la región: el Servicio Nacional de Salud Pública de Chile (creado en 1952). El Servicio unificó varias entidades que se ocupaban de la higiene, como las de beneficencia, los seguros y el Instituto Bacteriológico de Chile. El Servicio Nacional de Salud era administrado por un consejo que incluía a trabajadores, empresarios y médicos, y supervisaba un sistema de hospitales y clínicas estatales, que brindaban atención médica gratuita a los pobres.²⁸ Por ello no es extraño que el primer latinoamericano en dirigir la Oficina Sanitaria Panamericana u OSP fuese un chileno íntimamente comprometido con la formación de ese Servicio (Abraham Horwitz, quien en efecto la encabezó entre 1959 y 1975).

Como líder de su partido, Allende hizo una alianza con otros grupos de izquierda en lo que se conocería como la Unidad Popular. Así, prometió reformas radicales a través de nacionalizaciones y medidas de justicia social en las varias elecciones en que compitió (a diferencia de Guevara, el médico chileno creía que el socialismo y la democracia no se excluían). En 1970 Allende se convirtió en el primer Jefe de Estado socialista y marxista elegido por voto popular en América Latina. Un ambicioso plan de salud de seis años anunciaba aumentar la cobertura brindada por los servicios estatales, y eliminar el énfasis en la medicina especializada para dar prioridad, en cambio, a la prevención con la participación de líderes comunitarios y trabajadores no profesionales. Una medida simbólica, pero importante, fue la ampliación del programa del “vaso de leche”, que se remontaba a la década de 1920, y beneficiaba al 70% de las madres gestantes del país.

Aun cuando Allende fue condecorado por la asociación de médicos al inicio de su mandato, los líderes del Colegio Médico de Chile se convirtieron luego en un frente de oposición a su gobierno. Ello no fue del todo inesperado, pues los galenos temían que las reformas sectoriales y sociales tuvieran repercusiones radicales en su pertenencia a la clase media y resentían el desdén por el tratamiento y la medicina especializada que habían aprendido a venerar desde que eran estudiantes universitarios. Tampoco apreciaban el papel secundario al cual creían habían sido relegados en los consejos de medicina comunitarios, y también les molestaba que los hospitales privados no recibieran mayores recursos del Estado. La tensión se fue acumulando cuando la Asociación Médica respaldó una serie de paros y huelgas de los galenos, así como cuando apoyó la huelga de los camioneros en 1972, considerada el principio del fin del régimen. El violento golpe de Estado que derrocó a Allende el

²⁸ Howard Waitzkin, “Commentary: Salvador Allende and the Birth of Latin American Social Medicine”.

11 de septiembre de 1973 marcó no sólo la interrupción de la democracia en ese país —algo que no había ocurrido en Chile desde la década de 1930—, sino que también fue el inicio de una política conservadora radical, que incluyó el desmantelamiento de una buena parte de las reformas de Allende; la persecución, “desaparición” y exilio de los médicos que habían trabajado con el gobierno socialista, y, finalmente, el despido de miles de trabajadores de la salud de los puestos públicos. Tan grave como la pérdida del capital humano fue el comienzo de la privatización de lo que en su momento fue uno de los mejores servicios de salud pública de la región, lo que encontraría el marco propicio para su justificación en las reformas neoliberales de los años venideros.

V. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, RESPUESTA NEOLIBERAL Y SALUD GLOBAL EN AMÉRICA LATINA

DURANTE las últimas décadas del siglo xx se dieron dos procesos que marcaron la salud pública y la medicina en América Latina. Uno de ellos fue la propuesta de la *atención primaria de salud* (APS) como un enfoque integral, para reorientar y enfatizar los servicios de salud preventiva en la región, especialmente en la población de las zonas urbano-marginales y del campo, así como reforzar su involucramiento en los programas de salud. Varios casos de Salud en la Adversidad a fines del siglo xx y principios del XXI pueden entenderse en función de los esfuerzos que se hicieron para adoptar la APS. Al igual que otras experiencias que ocurrían a la par en distintas partes del mundo en desarrollo, finalmente el enfoque se sistematizaría después de una conferencia internacional que se realizó en Alma-Ata, ubicada en lo que hoy es Kazajistán, en 1978; en la declaración final de este foro se hizo un célebre llamado a la implementación de la APS, a fin de lograr una “salud para todos en el año 2000”. Aunque la APS no surgió de América Latina —y varios estudiosos consideran que todavía no ha llegado a implementarse plenamente—, programas parciales y nacionales se anticiparon al consenso de Alma-Ata. Los más ambiciosos sistemas de cuidado primario de salud del continente procuraban tener servicios de salud, tanto preventivos como curativos y de rehabilitación, para todos los miembros de la sociedad, al igual que articular la medicina popular y la biomedicina. Aunque los buenos indicadores de salud alcanzados por Cuba son parte de un debate político, los logros de su medicina integral son un hecho poco contestado, y permitieron a una pequeña isla caribeña convertirse en una potencia médica mundial. El tinte radical y populista del enfoque integral de la APS, que se firmó en Alma-Ata, fue rápidamente cuestionado por los defensores de intervenciones de atención primaria selectivas y objetivamente mensurables y rentables. Estas propuestas más conservadoras fueron promovidas y adoptadas por los principales organismos bilaterales en el contexto del final de la Guerra Fría y durante el surgimiento de un consenso neoliberal, el cual requería de los Estados evitar, en lo posible, ampliar los servicios sociales, porque representaban un gasto excesivo que más bien debía recortarse. Según la lógica sanitaria de esta política, el Estado debía de-

jar de operar programas y trasladar su administración a los proveedores privados. El supuesto era que las prácticas privadas tenían ventajas de eficacia, ahorro y puntualidad que se habían perdido en el sector público y, en todo caso, la competencia entre servicios privados, y entre éstos y los servicios públicos, desembocaría en servicios más eficientes. El público era reformulado como un grupo de clientes individuales, quienes presuntamente tendrían mayores posibilidades de elección. Es decir, las versiones más extremas de las políticas neoliberales de salud concebían la medicina estatal y la salud pública como parte de una cultura de sobrevivencia de los pobres y reproducción de la pobreza.

América Latina fue el escenario donde importantes debates se produjeron sobre las diferencias entre la *atención primaria de salud integral* y la *atención primaria selectiva*. Al mismo tiempo, fue un laboratorio para las drásticas reformas neoliberales de la salud y de los sistemas de seguridad social, que erosionaban la atención primaria en cualesquiera de sus formas. Ello se dio en el contexto de la emergencia y reemergencia de enfermedades infecciosas antiguas y nuevas —en particular el sida, el cólera y el dengue—, las cuales indicaban que la región era parte, epidemiológica y políticamente, de una medicina globalizada. Algunas de estas enfermedades se entretrejían con las condiciones consideradas típicas de los países industrializados, como la diabetes, el cáncer y las enfermedades del corazón. Otras, como la mayoría de los males infecciosos, indicaban los agudos problemas de pobreza no resueltos. Todo esto significó un desafío mixto para la mayoría de los países al acercarse el siglo XXI: aumentaban enfermedades asociadas a una población que envejecía y amenazaban dolencias transmisibles causadas por la miseria.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Algunas experiencias latinoamericanas precedieron la importante conferencia de atención primaria de salud en 1978. De hecho, la declaración que nació en Alma-Ata debe ser vista como el resultado de varios esfuerzos parciales —y mundiales— por construir una medicina comunitaria que diese énfasis a la prevención. Asimismo, la región fue parte del contexto que permitió a la APS convertirse en la estrategia principal de la OMS: la crisis en la hegemonía de los Estados Unidos a fines de la década de los sesenta y principios de los setenta. En esos años, las intervenciones verticales en la salud fueron duramente criticadas. Nuevas propuestas aparecían, como el libro de John Bryant:

Health and the Developing World (editado por Cornell University Press en 1969, traducido al castellano y publicado en México en 1971), el cual cuestionaba los programas verticales y la manera como los países pobres imitaban los sistemas hospitalarios de las naciones industrializadas, argumentando que éstos eran insuficientes para atender a la mayoría de la población. Otro libro que tuvo una gran influencia fue el editado por Kenneth W. Newell, un importante funcionario de la OMS desde 1967, quien resaltó la importancia de los agentes comunitarios de salud en *La salud por el pueblo* (con capítulos dedicados a Cuba, Venezuela y Guatemala).¹ Asimismo, un convincente informe del Canadian Department of National Health and Welfare de 1974 (popularmente conocido como el *Lalonde Report*, porque entonces el jefe del departamento era Marc Lalonde) les dio menos importancia a los servicios de salud, y propuso cuatro factores que determinaban la salud de una población: la biología, los servicios de salud, el medio ambiente (incluyendo el ambiente social) y los estilos de vida.²

Investigaciones por fuera de la salud pública cuestionaban la concepción de que la salud fuera el resultado, tan sólo, de la adquisición de tecnologías médicas complejas y el entrenamiento de más especialistas médicos, como sugería el demógrafo Thomas McKeown desde la década de 1950 (autor de libros como *The Modern Rise of Population*, 1976). Según McKeown, la disminución de las infecciones respiratorias y diarreicas en la Inglaterra, de fines del siglo XIX y principios del XX, ocurrió al margen de cualquier intervención médica eficaz. Pensaba, en cambio, que la salud de una población estaba estrechamente vinculada con la elevación de los estándares de vida y el mejoramiento en la nutrición. De manera más agresiva, el *bestseller* de Ivan Illich, *Medical Nemesis: The Expropriation of Health* (1975), sostenía que la medicina no era sólo irrelevante, sino perjudicial, porque los médicos enfatizaban el tratamiento antes que la prevención. Otras influencias provinieron de religiosos, como los de la Christian Medical Commission (CMC), una organización protestante creada a fines de la década de 1960, que promovía el trabajo de los misioneros médicos y los trabajadores comunitarios provistos de medicinas esenciales. Otra inspiración para la atención primaria de salud fue la popularidad de los “doctores descalzos” rurales en la China comunista, quienes ganaron visibilidad en la época en que China ingresó a las Naciones Unidas (lo que también implicaba su incorporación a la OMS). Ellos eran un grupo de

¹ Kenneth W. Newell (coord.), *La salud por el pueblo*.

² Canada. Department of National Health and Welfare, *A New Perspective on the Health of Canadians; a Working Document*.

trabajadores de la salud de carácter diferente, que vivían en las comunidades rurales donde brindaban sus servicios y estaban más enfocados en la medicina preventiva que en la curativa. Igualmente, se distinguían por combinar la medicina occidental con la tradicional en una época en la que la mayoría de profesionales menospreciaban la medicina tradicional, porque se veía como primitiva e ineficaz. Igualmente importante fue un contexto político caracterizado por la descolonización en África y los movimientos antiimperialistas de izquierda, que circularon por todo el llamado Tercer Mundo. En 1974, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó una resolución, respaldada por una de sus unidades latinoamericanas más activas, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), con sede en Santiago de Chile, para el “establecimiento de un Nuevo Orden Económico Internacional”; éste debería permitir modificar las desfavorables relaciones comerciales para los países que dependían de sus materias primas. La decisión fue, sin duda, parte de un conjunto de propuestas que, como la atención primaria, buscaban fórmulas inéditas para el desarrollo.

Un nuevo liderazgo en la salud internacional lo encarnó el danés Halfdan Mahler. Elegido como director general de la OMS en 1973, posteriormente fue reelegido por dos periodos sucesivos, de más de cinco años cada uno, por lo que estuvo en la cabeza de la OMS hasta 1988. Los inicios de su carrera no estuvieron vinculados a la mariología, la especialidad que dominó la salud internacional en la década de 1950, ni a los programas verticales que la mayoría de miembros de la OMS defendían. Mahler empezó su carrera trabajando con la Cruz Roja en los Andes del Ecuador, a inicios de la década de 1950, y posteriormente estuvo en la India desde 1951 hasta 1960, como funcionario de la OMS en el Programa contra la Tuberculosis (finalmente fue nombrado director de la Unidad de Tuberculosis de la OMS). El danés era carismático, elocuente y se llevaba bien con los exfuncionarios de la OMS, lo que le permitió hacer más fácil la transición de su agencia de un modelo a otro de la salud internacional. En 1973, el mismo año que Mahler asumió el cargo de director general, la OMS publicó un informe sobre la promoción de los servicios básicos de salud. Éste sirvió de base para una nueva colaboración entre la OMS y el UNICEF, donde se buscaba dar énfasis a los “enfoques alternativos” para trabajar en las principales necesidades de salud de los países pobres. El término “alternativo” destacaba los defectos de los programas verticales concentrados en enfermedades específicas. Además, criticaba, una vez más, el supuesto de que el crecimiento de los sistemas médicos “occidentales”, centrados en hospitales, puede satisfacer las necesidades de la gente común. Según el documento

que recogía la colaboración entre la OMS y el UNICEF, las principales enfermedades de los países pobres eran causadas por la desnutrición, el frío, la mala calidad del agua y las negativas condiciones de vida. Este informe moldeó las ideas de la OMS en función de la atención primaria de salud y sentó las bases para una conferencia histórica.³

Los organizadores de este crucial acontecimiento —la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, hoy mejor conocida como Alma-Ata— sostenían su deseo de que la reunión “ejerciera presión moral” mundial para implementar la APS. No obstante los esfuerzos de la OMS por encontrar un lugar alternativo a la Unión Soviética, éstos fracasaron y la organización aceptó la invitación que habían hecho los soviéticos, pero pidió hacerla fuera de Moscú. Así fue como la conferencia se llevó a cabo en septiembre de 1978 en Alma-Ata, la capital de la entonces república soviética de Kazajistán, en Asia Central. Entre 1976 y 1978, la OMS y el UNICEF organizaron reuniones regionales sobre “enfoques alternativos”, y el texto final de la “Declaración de Alma-Ata” fue conocido antes del foro y aprobado por unanimidad. El término “declaración” hizo que el documento tuviera una trascendencia universal, como las declaraciones de independencia o de derechos humanos. La consigna “Salud para todos en el año 2000”, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1976, se incluyó como una visión para el futuro. Muy pronto se convirtió en el lema de la APS, y con el tiempo —paradójicamente— se reformuló con el lema genérico de “Salud para Todos”.

Tres ideas clave atraviesan la declaración de Alma-Ata: “tecnología apropiada”, oposición al elitismo médico y la idea de la salud como un instrumento de progreso socioeconómico. En cuanto a la primera, la así llamada “tecnología orientada a la enfermedad” fue duramente criticada por lo caro y sofisticado del equipo necesario y por ser irrelevante para las necesidades comunes de los pobres. Asimismo, el término “tecnología apropiada” era una crítica a la creación de hospitales especializados y el uso de equipos sofisticados y costosos en los países pobres, porque se percibían como generadores de una cultura de consumidores dependientes, en la que se desperdiciaban los escasos recursos. Por el contrario, una tecnología “apropiada” era la alternativa para atender las necesidades de las personas con menos recursos, pues debía ser científicamente confiable y económicamente viable. Además, se prefería que se construyeran puestos de salud en el campo y en las zonas urbano-marginales pobres antes que hospitales especializados en las ciudades.

³ Marcos Cueto, “The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care”.

La segunda idea clave de la declaración fue la crítica al elitismo y a la superespecialización del personal de salud, así como a las campañas verticales orientadas de arriba para abajo. En cambio, se enfatizó la capacitación del personal no médico y la participación de la comunidad. Finalmente, la declaración relacionó la salud con el desarrollo. El trabajo por la salud no se presentó como una intervención aislada, sino más bien como parte de una mejora significativa en las condiciones de vida. La APS fue diseñada como el nuevo centro del sistema de salud, que requería un enfoque intersectorial, es decir, una serie de instituciones que trabajasen colectivamente (por ejemplo, en educación para la salud y el saneamiento básico). Asimismo, el vínculo entre la salud y el desarrollo tenía implicaciones políticas; según Mahler, la salud debía ser un instrumento para luchar por el desarrollo, y no simplemente un subproducto del avance económico.

Alma-Ata reunió a 3 000 delegados de 134 países y 67 representantes de organismos internacionales de todo el mundo. La conferencia fue presidida por el médico peruano David Tejada de Rivero, uno de los subdirectores generales de la OMS. Infortunadamente, las delegaciones latinoamericanas no estuvieron integradas por los pesos pesados que se esperaba. La mayoría de los delegados, no solamente de la región sino de otras partes del mundo, pertenecían al sector público, especialmente a ministerios de Salud. De los 70 participantes latinoamericanos, 97% provenían de organizaciones estatales de salud pública. La expectativa de los organizadores era que, entre los varios delegados, se encontraran altos funcionarios de planificación o expertos en educación —es decir, especialistas capaces de implementar un enfoque multisectorial—. Desdichadamente no fue así. Entre los latinoamericanos sólo unos cuantos eran directores de planificación, sólo uno pertenecía a una organización no gubernamental y ninguno provenía del sector privado. Entre los pocos políticos latinoamericanos y estadounidenses que estuvieron presentes destacaron Rodrigo Altman, vicepresidente de Costa Rica, y Ted Kennedy, congresista estadounidense. Desde inicios de la década de 1970, Costa Rica había hecho una apuesta decidida por la APS, tomando las medidas adecuadas, como la promulgación de un plan nacional de salud, que ponía a disposición de sus ciudadanos una seguridad social de alcance casi universal, así como programas de vacunación para los niños de las zonas rurales. También asistió el director de la OPS, Héctor Acuña Monteverde, un mexicano que ocupó este cargo entre 1975 y 1983.

Muchos actores de la salud de América Latina y del Caribe habían anticipado los conceptos clave de la APS. Cuba es el ejemplo más obvio: a partir de

la década de 1960, la isla había seguido a los países comunistas en la socialización de su sistema de salud. Una diferencia importante era que estos cambios tenían que darse en un país básicamente rural y con un alto grado de analfabetismo. Es decir, los objetivos de alfabetización e industrialización y las mejoras en la calidad de vida de las personas acompañaron los esfuerzos realizados en el ámbito de la salud cubana. En realidad, no existía una red de postas de salud en las áreas rurales, y debía construirse partiendo de cero (lo que de alguna manera podía ser más fácil que reformar un sistema existente). La Revolución estuvo acompañada de un *ethos* de solidaridad social institucionalizado y una vocación de servicio que benefició a los pobres.

La transformación de la medicina cubana después de la Revolución, de hecho, siguió el orden de prioridades del Che Guevara, al poner en relieve una cultura de la solidaridad en la nueva sociedad que, él esperaba, se crearía mediante el proceso revolucionario. Se formó un nuevo Ministerio de Salud Pública, se amplió la cobertura de vacunas y se nacionalizó la industria farmacéutica, después de que ésta se opuso a bajar los precios de los medicamentos. Al mismo tiempo, se empezaron a construir más hospitales y dispensarios en el campo, donde vivía la mayoría de la población. La educación médica se reformó radicalmente en un sistema universitario más amplio y esta educación se volvió gratuita y accesible para los mejores estudiantes de la secundaria, independientemente de su condición social, género u origen étnico. Todas estas reformas sentaron las bases para un sistema de salud único, gratuito y de acceso universal, que era poco común en América Latina (después de 1970 se hizo conocido como el Sistema Único de Salud Pública Estatal). La Constitución cubana de 1975 garantizaba el cuidado de la salud para todos los ciudadanos, y, por entonces, la proporción de médicos por habitante, así como los índices de mortalidad infantil, mejoraron radicalmente.⁴ Además del logro de sus indicadores de salud, que se acercaban a los de los países industrializados, el gobierno revolucionario usó la salud como herramienta para la diplomacia internacional cubana y apoyó a los movimientos radicales, especialmente en África.

Los cambios en Cuba a lo largo de las décadas de 1960 y 1970 coincidieron con las críticas, tanto radicales como moderadas, a los programas de modernización tradicionales, los cuales replicaban los modelos de desarrollo inspirados en los países industrializados. Se criticaba que estos modelos eran limitados, poco flexibles para adaptarse a realidades locales complejas, y ha-

⁴ Julie Feinsilver, *Healing the Masses: Cuban Health Politics at Home and Abroad*, p. 31.

bían sido incapaces de cumplir con sus objetivos. Por ello se pensaba qué reformas debían ser impuestas por el Estado. Estas ideas tuvieron influencia en varias escuelas de medicina latinoamericanas de la región, las cuales crearon, desde la década de 1950, departamentos de medicina preventiva, que fueron la cuna de líderes que trataron de cambiar el énfasis en el tratamiento y la práctica hospitalaria. Además, diferentes modelos de la salud en la adversidad, o de reforma de la salud pública, surgieron en América Latina y el Caribe. En Jamaica, los trabajadores de la salud comunitaria que trabajaban en zonas urbano-marginales, conocidos como auxiliares de la salud comunitaria, fueron capacitados por el Departamento de Medicina Preventiva de la University of the West Indies en Kingston. En 1972, el departamento publicó un manual sobre atención primaria que capacitó a varias generaciones de médicos, científicos médicos y sanitarios. La universidad patrocinaba una revista, la cual ganó consenso y respeto, y se convirtió en una vía para la investigación médica local y la salud pública: *The West Indies Medical Journal*. En 1972 había 300 auxiliares de la salud comunitaria trabajando en Jamaica, y para 1979 el número se había incrementado a 1 200. Esto fue posible por el compromiso del primer ministro Michael Manley, líder del socialdemócrata Partido Nacional del Pueblo, que se mantuvo en el poder desde 1972 hasta 1980. En 1977 Manley anunció una política nacional llamada “Health for the Nation”, según la cual la salud era un derecho humano fundamental y no un privilegio de la minoría. Jamaica proclamó una serie de disposiciones sociales, como licencias obligatorias por maternidad, educación pública y gratuita en todos los niveles y la ayuda en la adquisición de viviendas para los pobres. Sin embargo, el gobierno de Manley fue remplazado por el del primer ministro conservador Edward Seaga, y cuando Manley retornó al poder en 1998, llegó predicando la buena nueva de la inversión extranjera y la apertura al capitalismo mundial. A pesar de ello, las reformas sociales, puestas en marcha en su anterior periodo, no fueron totalmente desmanteladas.

Otro tema en que América Latina precedió a la conferencia de Alma-Ata fue el relativo a la confluencia de los conceptos de planificación y reforma de la salud pública. En Perú, el gobierno del militar Juan Velasco Alvarado, encabezando una serie de inéditas reformas sociales que incluían la formación de médicos según las necesidades del país, organizó con la OPS un seminario internacional en educación sanitaria y planificación en 1969. En el evento participaron representantes de 19 países y de agencias, entre los cuales se encontraba el peruano David Tejada de Rivero (que posteriormente impulsaría la atención primaria en la OMS). Los participantes hicieron una importante dis-

tinción entre el simple crecimiento económico y el proceso de cambio integral y multisectorial de las estructuras socioeconómicas, lo que significaba una reducción de las desigualdades. Asimismo, consideraban que el éxito de la planificación en salud dependería de la participación de la comunidad. Según el informe final del seminario, la planificación era parte esencial del desarrollo, por lo que era vital tener claros planes nacionales de salud.⁵

En Brasil se produjo una experiencia que ilustra el patrón de salud en la adversidad. Ocurrió por fuera de la jerarquía oficial y finalmente condujo a lo que serían los programas de atención primaria comunitaria. Uno de sus líderes fue el médico y militante comunista Sergio Arouca, formado en medicina preventiva y sociología. Inicialmente trabajó en São Paulo y más tarde llegó a ser asesor de la OPS y presidente de la Fundación Oswaldo Cruz entre 1985 y 1988. Esta fundación, conocida como Fiocruz, es la encarnación moderna del Instituto Oswaldo Cruz, que siempre estuvo ubicado en el barrio de Manginhos de Rio de Janeiro. La tesis doctoral de Arouca, *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*, defendida en el Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de Campinas, São Paulo, en 1975, criticaba el modelo de salud imperante, tanto en su versión hospitalaria como en la preventivista, que surgió en la década de 1970 en Brasil y en otros países de la región. El término “preventivista” implicaba una medicina comunitaria formal hecha por el Estado y que apenas complementaba el sistema existente de una manera asistencial. Así, Arouca fue uno de los forjadores de un concepto que intentaba ir más allá: la *saúde coletiva* (salud colectiva). Desde mediados de la década de 1980 este término se generalizó y tuvo dos significados: era una forma de resistencia y oposición al autoritarismo del régimen militar y, al mismo tiempo, una demanda por hacer de la salud un asunto de la comunidad, y no sólo del Estado. Este enfoque entendía la salud como un tema en el que la sociedad en su conjunto debía involucrarse, y sus defensores contribuyeron a la crisis de la dictadura brasileña inaugurada en 1964; una crisis desatada por los problemas económicos y políticos, que ponían en duda los beneficios y la estabilidad del “milagro económico brasileño” de los años sesenta. El movimiento por la salud, al cual pertenecía Arouca y el grupo que formó —el Centro Brasileño de Estudios de Salud (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde: Cebes)—, abogaban por una ciudadanía más amplia que incluyera derechos sociales como la salud, convencidos de que ello estaba íntimamente conectado con el pleno ejercicio de

⁵ Seminario Latinoamericano de Educación Sanitaria en relación con la planificación en salud, Informe final Paracas Ica, Perú, 20-26 abril 1969, p. 5.

la democracia. La importancia de este término se había hecho evidente en la creación, en 1979, de la Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) o Asociación Brasileña de Posgraduados en Salud Colectiva, que unió no sólo a profesores universitarios y estudiantes, sino también a activistas, funcionarios e investigadores de la salud. Otro acontecimiento nacional significativo ocurrió en marzo de 1986, cuando Arouca presidió la Octava Conferencia Nacional de Salud (de la que se tratará más adelante en este capítulo).

Las reformas de la salud en Nicaragua fueron casi contemporáneas a la conferencia de Alma-Ata. En 1979, después de largos años de guerra civil revolucionaria contra el dictador Anastasio Somoza, el Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN) formó un gobierno revolucionario, que estuvo en el poder desde 1979 hasta 1990. El gobierno desarrolló un novedoso y ambicioso sistema de salud, a pesar de los “contras”, que, respaldados por la CIA, lucharon tenazmente por derrocar al gobierno, y atacaron a los promotores y la infraestructura de la salud rural nicaragüense. Los sandinistas crearon un sistema nacional único de salud, ampliaron y reformaron la educación médica y la capacitación de las enfermeras, lanzaron un ambicioso programa de inmunización y enfatizaron la participación comunitaria en programas de atención primaria, que eran llevados adelante por brigadistas.⁶ Sin embargo, una diferencia importante con respecto a Cuba fue que las autoridades garantizaron políticas para mantener la práctica privada de la medicina, aun entre los profesionales que trabajaban en el Servicio Nacional de Salud, porque querían prevenir un éxodo de profesionales como el que había ocurrido en Cuba. Los logros alcanzados con la creación de la infraestructura nicaragüense de salud rural, así como la movilización de las comunidades en torno a cuestiones de salud, se perdieron parcial pero no totalmente luego de la derrota electoral sufrida por los sandinistas en 1990.

Una discusión sobre los antecedentes de la atención primaria de salud en América Latina tiene que tomar en cuenta la obra del médico y sociólogo argentino Juan César García (1932-1984). Durante la mayor parte de su carrera, aproximadamente desde 1966 hasta su fallecimiento, García fue un destacado funcionario de la OPS. Fue, además, un prolífico escritor, marxista, que produjo algunas obras históricas notables sobre el rol del Estado en la formación de los servicios de salud. En general, tuvo una gran influencia en el renacimiento de la medicina social en América Latina, facilitó becas y subvencio-

⁶J. M. Donahue, “Planning for Primary Health Care in Nicaragua: A Study in Revolutionary Process”.

nes que fueron cruciales para los investigadores y activistas adscritos a esta corriente en la región y apoyó la creación de centros de formación en medicina social. García fue uno de los que permitieron la creación, en 1984, de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social.⁷

CRÍTICA Y REFORMULACIÓN NEOLIBERAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

A pesar del entusiasmo inicial, un año después de la reunión de Alma-Ata surgió un concepto diferente. Se criticó la Declaración por considerársela idealista, con un calendario poco realista y un objetivo no definido. Preocupada por identificar estrategias más efectivas, en 1979 la Fundación Rockefeller auspició una pequeña reunión en su Centro de Conferencias de Bellagio —ubicado en el norte de Italia— para examinar la APS. A la reunión asistieron los directores de las principales organizaciones bilaterales y multilaterales y donantes privados (como el UNICEF, el Banco Mundial, la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional, la Fundación Ford y USAID). La conferencia discutió un documento elaborado por Julia Walsh y Kenneth S. Warren, titulado “Selective Primary Health Care”, que identificaba las principales causas de las enfermedades más comunes en los niños de los países pobres, como la diarrea y las producidas por falta de inmunización.⁸ Los autores no criticaban abiertamente la Declaración de Alma-Ata, pero pretendían enfocarse en “objetivos realistas” de mediano y corto plazo. A su perspectiva la denominaron “atención primaria de salud selectiva” o APSS. Al principio, el contenido de la APSS no estaba del todo claro (a excepción de que costaba menos y aparentemente era más efectiva). Sin embargo, en los años siguientes estas intervenciones se redujeron a cuatro y se hicieron conocidas en inglés como GOBI por las iniciales de la primera palabra de cuatro conceptos (*Growth monitoring, Oral rehydration techniques, Breast-feeding, Immunization*), es decir, monitoreo del crecimiento, rehidratación oral, lactancia materna e inmunización. La mayoría de estas intervenciones pasaron a formar parte de los programas verticales asistenciales, que pueden ser considerados un retorno al patrón de la salud pública entendida como una cultura de la sobrevivencia.

⁷ Véase una reunión de sus principales escritos en Juan César García, *Pensamento social em saúde na América Latina*.

⁸ J. A. Walsh y K. S. Warren, “Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries”.

La primera intervención, el monitoreo del crecimiento de los bebés, tenía como propósito identificar —en una etapa temprana— a los niños que no se estaban desarrollando según los estándares internacionales de talla, peso y edad; se pensaba que la solución era una buena nutrición. La segunda intervención, la rehidratación oral, buscaba controlar la diarrea en los bebés mediante sales de rehidratación oral. La tercera intervención ponía énfasis en el valor protector, psicológico y nutricional de la lactancia materna para los bebés durante los primeros meses de vida; además, la lactancia materna también era considerada un medio para prolongar los intervalos entre nacimientos. La intervención final, inmunización, respaldaba la vacunación, especialmente en la primera infancia. Estas cuatro intervenciones parecían fáciles de monitorear y evaluar. Durante los años siguientes, algunas agencias agregaron la alfabetización de las mujeres, la planificación familiar y los suplementos alimenticios (del programa conocido como FFF en inglés por la inicial de la primera palabra de tres conceptos: Female education, Family spacing y Food supplements) a la abreviatura GOBI, creando así GOBI-FFF. La *atención primaria de salud selectiva* atrajo el apoyo de diferentes donantes, investigadores y agencias. Según algunos expertos, era una propuesta equilibrada entre la escasez de recursos y las posibilidades reales de intervenciones efectivas. La nueva propuesta tuvo influencia en el líder del UNICEF James Grant, un economista y abogado de Harvard. Grant fue nombrado director ejecutivo del UNICEF en enero de 1980 —es decir, después de la conferencia de Alma-Ata— y se mantuvo en el cargo hasta enero de 1995. Con su dinámico liderazgo, el UNICEF empezó a alejarse del enfoque holístico de la atención primaria de salud, aprobado en la conferencia realizada en 1978. Grant, quien era hijo de un médico de la Fundación Rockefeller en China, creía que los organismos internacionales debían ingeniarse para cumplir con sus funciones, siendo conscientes de sus recursos limitados, en relación con las grandes necesidades que existían. No compartía el enfoque holístico de Mahler; para Grant era necesario traducir los objetivos generales y ambiciosos de la Declaración de Alma-Ata en acciones concretas con plazos determinados. Sus intenciones eran atractivas porque él —como Mahler— era un líder carismático, que sabía cómo convencer tanto a jefes de Estado como a líderes de comunidades pobres. Grant editó un libro del UNICEF, en el que proponía una “revolución de los niños” y explicaba las cuatro intervenciones de bajo costo contenidas en GOBI. Poco después parecía que algunas organizaciones y gobiernos gustaban de concentrarse en alguna de ellas. Por ejemplo, USAID abogó por las terapias de rehidratación oral y, en 1983, organizó una importante reunión internacional en

Washington, D. C. Aunque Mahler evitó un enfrentamiento directo con Grant, la lucha entre las dos versiones de APS se hizo inevitable.

Los que respaldaban una “APS integral”, tal como fue llamada la propuesta original, acusaban a la APSS de ser una perspectiva tecnocrática, que desviaba la atención de la relación entre salud y desarrollo, porque no modificaba las causas sociales de la enfermedad, y se parecía demasiado a los programas verticales del pasado. Además, los críticos decían que el “monitoreo del crecimiento” era difícil, porque requería que las madres analfabetas utilizaran gráficos y tablas de información que no eran fáciles de interpretar. De igual manera, las madres que querían una alimentación saludable debían enfrentarse con la propaganda implacable de las compañías de alimentos con exceso de grasa y azúcar. La propuesta de la lactancia materna desafiaba a la poderosa industria alimentaria transnacional, que estaba detrás de las fórmulas de leche artificial en los países en desarrollo. Las compañías sostenían —erróneamente— que se debían utilizar las fórmulas porque las madres desnutridas no podían proporcionar una alimentación adecuada. Los defensores de la APS lanzaron un boicot internacional contra la multinacional suiza Nestlé, la principal productora de alimentos para bebés, acusándola de promocionar de manera agresiva la fórmula infantil como superior a la lactancia materna, y denunciaron que otro de los problemas de la alimentación con biberón era el agua contaminada en las comunidades marginales. La controversia ayudó a cambiar las prácticas maternas en varios países, pero hizo poco para entusiasmar a las organizaciones donantes. Para los defensores de la APS integral, las soluciones de rehidratación oral eran un simple parche en los lugares donde no existían sistemas de agua y alcantarillado seguros. Sin embargo, esta intervención, junto con la inmunización, fue popular entre los organismos bilaterales que trabajaban en América Latina.

La atención primaria de salud selectiva fue criticada por los partidarios de Alma-Ata como una amenaza a una visión integral, y que sólo buscaba objetivos a corto plazo (es decir, no era un “puente” para las metas de la Declaración como se había dicho en Bellagio). Por otro lado, USAID, el Banco Mundial y el UNICEF pensaban que la APSS era la única forma realista de implementar los cambios propuestos en Alma-Ata. El debate entre estas dos perspectivas giró en torno a cuestiones sobre la viabilidad de la atención primaria de salud y en la misma polémica se desdibujaron las posibilidades de implementar la APS. En su versión más radical, la APS constituía una parte fundamental de la revolución social. Para algunos, era ingenuo esperar cambios significativos de las burocracias conservadoras de los países en desarrollo, o era simplista supo-

ner que sus líderes comunitarios harían cambios radicales. En su versión más moderada, la APS era un complemento de los servicios médicos preexistentes, un primer contacto médico, una extensión de los servicios de salud a las áreas rurales o un paquete de intervenciones. Sin embargo, ninguna de estas características podía evitar ser considerada un cuidado médico de segunda calidad o una mala atención de salud dirigida a los pobres. Como corolario, los académicos de la izquierda latinoamericana plantearon dos críticas: que la APS Selectiva era un medio de control social de los pobres y que era una degradación de la regla de oro que se había establecido en Alma-Ata.⁹ Una pregunta relacionada con lo anterior fue si la atención primaria de salud era más económica o más costosa que las intervenciones médicas tradicionales.

Nunca quedó claro cómo se financiaría la atención primaria de salud. A diferencia de otras campañas internacionales, que tuvieron tanto financiamiento de la OPS, la OMS y el UNICEF como asistencia bilateral de los Estados Unidos —como las de erradicación de la malaria en la década de 1950—, no existían recursos significativos en instituciones de salud, nacionales o internacionales para capacitar a personal auxiliar o crear nuevos centros de salud. Era difícil convencer a los países para que cambiaran sus presupuestos de salud, ya que tenían comprometidas sus prioridades en gastos hospitalarios y curativos. Como resultado, la mayoría de los líderes en salud se interesaban en los programas preventivos técnicos de corto plazo, que fuesen complementarios a los tratamientos clínicos y además tuviesen metas y presupuestos claros. Los programas de salud de mayor alcance, holísticos y de larga duración, no tuvieron ni apoyo político ni recursos financieros. Asimismo, en los años ochenta del siglo xx —la “década perdida” para las naciones de América Latina, en la cual varios países sufrieron por la inflación, la recesión y las políticas de ajuste estructural—, los recursos dedicados a la salud disminuyeron significativamente.

El contexto político de la década de 1980 favoreció las actitudes conservadoras arraigadas en muchos profesionales de la salud. Por ejemplo, la mayoría de los médicos latinoamericanos estudiaban en escuelas de medicina parecidas a las universidades estadounidenses, trabajaban en hospitales urbanos, dominaban alguna tecnología médica o se dedicaban a la práctica privada. Igualmente, vivían en las ciudades, recibían salarios elevados en comparación con los estándares locales y pertenecían a la clase social alta y media alta. Menos prestigio e ingresos tenían los profesionales que trabajaban para el Estado, o

⁹ Véase J. Breilh, “Community Medicine under Imperialism: A New Medical Police”; A. Ugalde, “Ideological Dimensions of Community Participation in Latin American Health Programs”.

en centros de salud rural. El problema de recursos humanos médicos inadecuados, o insuficientes, fue agravado por la distribución desigual de dichos recursos. En el caso peruano, se estimaba que en 1985 cerca del 70% de los profesionales de la salud se encontraban en Lima, pues existían pocos incentivos para trabajar en el interior del país. Además, muchos médicos desconfiaban del personal no capacitado en las universidades, cuyos miembros trabajaban como agentes de salud o auxiliares de programas médicos. A ello se sumó un prejuicio de género, porque los médicos varones, en su mayor parte, no querían integrar los programas sanitarios en los que estuvieran en igualdad de condiciones con las enfermeras. Ellos percibían la atención primaria de salud como una propuesta antiintelectual, que promovía soluciones pragmáticas no científicas y les exigía sacrificios personales (pocos tomaban en serio la posibilidad de mudarse a las áreas rurales). Una minoría de médicos, que toleraban la atención primaria de salud, pensaban que el trabajo de los no profesionales debía conducirse bajo una estricta supervisión de profesionales calificados. El debate y la confrontación siguieron porque no se hizo un esfuerzo sostenido por reorganizar la educación médica alrededor de la APS, combatir más sistemáticamente los privilegios y el poder de los profesionales médicos, mejorar el estatus y los ingresos del personal no profesional o articular a la medicina oficial con otras prácticas de curación.

Otro problema en la implementación de la APS fue el acuerdo político por consenso. Algunos regímenes autoritarios latinoamericanos, como la dictadura argentina, formalmente avalaron la declaración de Alma-Ata, pero no implementaron ninguna reforma tangible por temor a sus elementos democratizadores. Debido a que la mayoría de los organismos internacionales favorecía la atención primaria de salud selectiva y su enfoque más pragmático, varios ministerios de Salud latinoamericanos crearon un programa de atención primaria de salud insuficientemente financiado y se concentraron en una o dos de las intervenciones GOBI. Como resultado, la tensión entre quienes defendían los programas verticales y aquellos que abogaban por los programas dirigidos a la comunidad se aceptó como una situación normal. El resultado fue una mayor fragmentación de los sistemas de salud.

A mediados de la década de 1980, Mahler continuó con su cruzada —en diversos foros— promoviendo una atención primaria de salud más holística. Llegó incluso a entrevistarse con líderes políticos de las Américas, como el presidente Jimmy Carter de los Estados Unidos y Raúl Alfonsín de Argentina. Sin embargo, frecuentemente se encontró solo, porque no contaba con el apoyo de todos los funcionarios de la OMS, los antiguos líderes de la APS estaban

ocupados en otros asuntos y no había muchos aliados por fuera de esa agencia. En 1985, el peruano Tejada de Rivero, uno de los principales asistentes de Mahler en Ginebra, se mudó permanentemente al Perú, donde fue nombrado ministro de Salud; a pesar de sus esfuerzos, no llegó a implementar un programa de APS en su país. Cuando el periodo directivo de Mahler terminó en 1988, no apareció nadie con su liderazgo para continuar la batalla por la APS. En una confusa elección, el médico japonés Hiroshi Nakajima (1928-2013) fue elegido director general. Nakajima no era un buen comunicador ni tenía la personalidad carismática de su predecesor. Poco después de su elección se creó la impresión de que la OMS estaba perdiendo su perfil político. En 1997 apareció un documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), entonces liderada por George A. O. Alleyne, de Barbados, que parecía desvirtuar a la APS en un nuevo objetivo o un nuevo plazo: “Salud para todos en el siglo XXI”. La epidemióloga argentina Mirta Roses, que reemplazó a Alleyne en 2003 y sirvió como la primera mujer al frente de un organismo multilateral, procuró retomar la estrategia de la organización de realizar una solución negociada con la APS. Así, los partidarios de una atención primaria de salud holística se convencieron de que nunca había sido plenamente implementada en la región (un reclamo pendiente hasta hoy).

Otro indicador de las fuerzas en contra de una APS integral, existentes en la región poco antes de 1978, fue la posición oficial de la OPS en relación con el tema. La OPS había llegado a Alma-Ata con el supuesto de que la atención primaria era una extensión de la cobertura de los servicios de salud en las áreas rurales y las zonas urbanas marginales (no una transformación de todo el sistema de salud que colocase a la prevención en el centro). Esta idea surgió en una reunión en Washington, D. C., en septiembre de 1977, a la cual acudieron los ministros de Salud de la región y que fue considerada un cónclave preparatorio para Alma-Ata. En ese momento se entendió que un objetivo de la “salud para todos” se mediría en función de una mejora en los indicadores de salud, como la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil. Así, para el año 2000 los ciudadanos de América Latina tenían que alcanzar un estado de salud que les permitiera una vida productiva.

Un programa mexicano nos ofrece un ejemplo de una posición intermedia entre la APS original y el discurso contrario a Alma-Ata. En 1977, el gobierno mexicano y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) firmaron un acuerdo para brindar atención médica a más de 10 millones de indígenas y campesinos. El programa, conocido como IMSS-Coplamar (Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados), era parte de una política más am-

plia para atender las necesidades de alimentación, educación y vivienda de las familias más pobres de las áreas rurales. El nuevo programa reconocía problemas como la dispersión de la población, los deficientes medios de comunicación, las precarias condiciones de vida y la escasez de personal médico. Esta campaña fue una de las pocas que tuvo un impacto positivo en las zonas más remotas. No obstante, en el clima de las reformas neoliberales de fines del siglo xx se determinó que era un programa insostenible y se hizo todo lo posible por debilitarlo, transfiriendo los servicios estatales descentralizados a los hospitales en los centros poblados.

Un episodio de la década de los ochenta en Argentina indica la desesperación por la falta de acceso a medicamentos, la esperanza popular por recibir nuevos tratamientos, así como el poder de las autoridades para regular la práctica médica y evocar los remedios milagrosos, tan comunes durante el siglo xix. Se trata del caso de la Crotoxina, una sustancia aislada de la serpiente de cascabel, que según el investigador del Instituto Nacional de Neurobiología Juan Carlos Vidal, su descubridor, y varios clínicos que la venían usando desde comienzos de los años ochenta, tenía poderosas propiedades anticancerosas. En 1986, primero el Instituto y después autoridades del Ministerio de Salud negaron que pudiese curar el cáncer y detuvieron su producción y uso. Inmediatamente se sucedieron marchas de familiares y pacientes en favor del medicamento, así como acalorados debates en los diarios del país. Es interesante anotar que ni antes ni después de los sucesos de 1986 había sido legitimada la Crotoxina con algún artículo en una revista científica, ni se había dado el caso de que gran parte de su discusión se produjera en medios de comunicación masiva. El ministro de Salud formó una comisión de prestigiosos oncólogos que desautorizó el uso de la Crotoxina. La decisión fue acusada por los partidarios del heterodoxo remedio de estar influenciada por una industria farmacológica que facturaba millones de dólares con remedios contra el cáncer.¹⁰

NUEVAS FORMAS DE ERRADICACIÓN: VIRUELA Y POLIO

El crucial debate sobre la atención primaria de salud ocurrió cuando se produjo un logro extraordinario: la erradicación mundial de la viruela en 1980. La campaña ayudó a consolidar una nueva generación de trabajadores de la

¹⁰ Martha Gavensky, *Crotoxina, informe y testimonios*.

salud, que querían trabajar de un modo diferente al del modelo vertical adoptado para la lucha contra la malaria. Por ejemplo, la campaña contra la viruela introdujo la noción de que no se debía inmunizar a todos los individuos y se podía llegar a eliminar esta enfermedad, concentrándose sólo en las zonas endémicas y no tratando de cubrir todo el territorio nacional, tal como habían hecho los que querían erradicar la malaria. Los nuevos “erradicadores” pusieron hincapié en una cuidadosa vigilancia sanitaria, enfoque que surgió poco antes de Alma-Ata y transformó el estilo de los programas de erradicación. El cambio más importante fue que en los programas de inmunización, especialmente aquellos contra la viruela y la polio, impidieron deliberadamente que se les impusiera un plan rígido desde arriba. Al mismo tiempo, evitaron una repetición de los errores del pasado, como una excesiva confianza en la tecnología y una débil participación de la comunidad. La diferencia respecto a la campaña previa contra la malaria era de tipo y no de grado. Por ejemplo, se buscó adaptar el programa a las diferentes condiciones locales y se realizó un esfuerzo para ganarse la participación de las organizaciones privadas y de los líderes locales. Desde un punto de vista biológico, era más fácil eliminar la enfermedad porque no existía un huésped animal del virus de la viruela (como sí lo había en el caso de la fiebre amarilla, por ejemplo). Desde un punto de vista tecnológico, fue crucial que se desarrollasen métodos baratos y eficientes para preservar una cadena de refrigeración, con la finalidad de tener una vacuna estable y potente, que se usase con una novedosa aguja bifurcada que contenía la dosis exacta que debía recibir una persona.

Los programas latinoamericanos de inmunización contra la viruela en los ochenta se basaron en el éxito previamente alcanzado en la región. Hacia 1960, en Sudamérica había 9 075 casos de viruela, la mayoría de ellos en Brasil (72%). El proceso de erradicación de la enfermedad fue constante pero sufrió avances y retrocesos. Por ejemplo en el Perú, donde no se habían registrado casos de viruela desde mediados de la década de 1950, hubo una epidemia entre 1963 y 1964 que afectó a 1 319 personas. Luego de un cuidadoso trabajo de inmunización, la enfermedad desapareció para siempre. Teniendo en cuenta que la mejor manera de eliminar la viruela era lanzando campañas simultáneas, en la década de 1970 la OPS firmó acuerdos con todos los países de la región para coordinar las campañas de vacunación. Las dimensiones del trabajo se reflejan en las cifras del año 1970: más de 37 millones de vacunaciones en Brasil, un país que en ese entonces contaba con 95 millones de habitantes; 11 millones de vacunaciones en Argentina, con una población de 24 millones; 3.5 millones en Colombia, un país que tenía poco más de 20 millones; y 2.5

millones en el Perú, que en ese entonces contaba con 13 millones de habitantes. Paradójicamente, en 1967 el número de casos se incrementó porque los registros eran mejores: 4514 casos y todos registrados en Brasil, donde la enfermedad siguió siendo endémica. Como Brasil colinda con casi todos los países de Sudamérica, los peligros de infección a través de las fronteras eran reales. El último caso de viruela registrado en América Latina, previsiblemente en Brasil, fue en abril de 1971.

A partir de 1974, el Programa Ampliado de Inmunizaciones de la OPS luchó contra seis enfermedades transmisibles, que afectaban especialmente a los niños y adolescentes: la tuberculosis, el sarampión, la difteria, la tos ferina, el tétano y la polio. El programa estableció una meta de cobertura del 80% en bebés, o la “inmunización infantil universal” para 1990. Contribuyó, asimismo, a establecer medidas para hacer sustentable la inmunización, como la cadena de equipos de refrigeración (para mantener las vacunas); prácticas de esterilización adecuadas; la celebración de días nacionales de vacunación; y sistemas ampliados de vigilancia epidemiológica. Colombia hizo de la inmunización una cruzada nacional. A partir de 1984, y con el firme apoyo del gobierno de Belisario Betancur, cientos de profesores, sacerdotes, artistas de la televisión, oficiales de policía, periodistas y voluntarios de la Cruz Roja participaron en programas de inmunización. Una indicación de los bajos niveles de vacunación es el hecho de que en 1975 sólo el 9% de los niños colombianos menores de un año habían recibido la vacuna triple o DPT (que los protege contra la difteria, la tos ferina y el tétano). Gracias a las campañas, la tasa de mortalidad infantil disminuyó. Así, estas experiencias sirvieron para superar interpretaciones erróneas, que eran comunes —por ejemplo, que la vacunación tenía efectos secundarios negativos, que no era necesaria para los niños sanos y que era insegura para las mujeres embarazadas—. En 1985, la OPS se puso como meta erradicar la polio para 1990 (tres años después, la OMS se comprometió en erradicar la poliomielitis en el año 2000). Las campañas de inmunización fueron una herramienta para conseguir los altos al fuego en la violencia política que sacudía a Centroamérica; para ello se apeló al principio de que no debían haber enfrentamientos en los “días de paz” para la vacunación, lo cual fue impulsado gracias al liderazgo de un médico brasileño, Carlyle Guerra de Macedo, quien estuvo al frente de la OPS entre 1983 y 1995. De esta manera, entre 1985 y 1991, la OPS en El Salvador negoció días de tregua entre el gobierno y la guerrilla, para permitir que los vacunadores ingresaran a las zonas en conflicto. En esas jornadas, los promotores de salud y los medios de comunicación trabajaron intensamente

para conseguir que los padres de familia participaran en la vacunación de sus hijos.

A fines de la década de 1980, los índices regionales de vacunación eran altos. El liderazgo de la OPS fue un factor clave en el éxito del programa contra la polio. Según Héctor Acuña Monteverde, director de la OPS, el jefe del programa contra la viruela con sede en Ginebra, Donald A. Henderson, le envió al más capaz de sus asistentes, Ciro de Quadros, un médico brasileño que había sido jefe de epidemiología de la OMS en Etiopía, en 1970, para luchar contra una de las últimas reservas de la viruela. En la OPS fue un brillante y meticuloso director de la campaña contra la polio. El trabajo de la OPS contra la poliomielitis, una enfermedad que no sólo era incapacitante, sino incluso podía causar la muerte y la asfixia por parálisis, tuvo un antecedente en una reunión llevada a cabo en Washington, D. C., a fines de la década de 1950, para discutir las vacunas. La primera de éstas, inyectable, fue desarrollada en 1955 por el científico estadounidense Jonas Salk y estaba compuesta de virus muertos que producían inmunidad en el organismo humano. En 1961 otro investigador estadounidense, Albert Sabin, desarrolló una vacuna en forma oral, que era más barata y más fácil de aplicar. La vacuna de Sabin estaba compuesta de virus atenuados que creaban inmunidad. Al ser oral, la vacuna se administraba más fácilmente, sin requerir de jeringas o equipos de desinfección. El mismo Sabin realizó ensayos de la vacuna en Chiapas, México, y decidió ponerla a disposición de todo el planeta, en lugar de patentarla. Alrededor de la misma época muchos países latinoamericanos ya tenían sistemas razonables de refrigeración y electricidad en sus centros de salud, lo que permitió conservar las vacunas.

El número de casos de polio empezó a disminuir en varios países de las Américas antes de la introducción de la vacuna. En los Estados Unidos se registró un descenso a partir de 1953, mientras que en varios países latinoamericanos la disminución fue clara desde principios de la década de 1960, especialmente en Chile, Cuba, Argentina, México, Uruguay, Venezuela y Costa Rica (aunque en Centroamérica hubo un pequeño repunte a mediados de esa década). Los países con los más bajos niveles de cobertura de la vacuna a principios de la década fueron Haití, Perú y Bolivia, con cifras que apenas alcanzaban al 40% de la población. Un promedio regional indica que, para mediados de la década de 1980, el nivel de cobertura de la vacuna había llegado al 80%; así, algunos países de la región, como Cuba, tuvieron programas de vacunación eficientes, en los que se había usado una serie de métodos ingeniosos, como los caramelos con la vacuna diluida que eran administrados con

supervisión médica. Se anunció que, gracias a las campañas de vacunación, llevadas a cabo entre 1962 y 1970, se habían evitado 1 200 casos de parálisis y 200 muertes por polio en niños cubanos. Al igual que con la viruela, las campañas eran diseñadas para superar los obstáculos encontrados en experiencias anteriores, como el apoyo político intermitente, la rigidez de los sistemas administrativos y la carencia de una evaluación epidemiológica permanente, además de la falta de continuidad en el trabajo de los voluntarios.

En 1985, la OPS destinó una inversión de 500 millones de dólares para lograr el objetivo de erradicar la polio. Una ayuda fundamental para luchar contra la enfermedad provino del Rotary Club International, una organización privada sin fines de lucro con una importante presencia en Latinoamérica. Los rotarios hicieron de la erradicación de la polio una bandera. Éste fue un temprano y positivo ejemplo en la región de lo que más tarde se llamó una asociación público-privada. Desde 1987, los rotarios de todo el mundo recaudaron fondos para llegar a la meta de recolectar 120 millones de dólares destinados al fondo para la vacunación universal de los niños. Al año siguiente, habían conseguido más del doble de la suma original: 247 millones de dólares. La acción del Rotary fue definitiva. México es un buen ejemplo del éxito de la campaña, donde en un solo día —el primero de enero de 1986— se vacunaron más de 10 millones de niños. La meta para eliminar la polio de las Américas se alcanzó temporalmente. El último caso autóctono de poliomielitis en el continente americano lo sufrió un niño peruano de dos años, Luis Fermín Tenorio Cortez, que vivía en Pichanaqui, una localidad de los Andes en la provincia de Junín, ubicada a ocho horas en auto desde Lima. El niño fue hallado por trabajadores de salud en agosto de 1991 —es decir, sólo ocho meses después del plazo fijado en la OPS para su erradicación en 1985—. A pesar del peligro que en esa época significaba trabajar en dicha zona, donde tenía una presencia el grupo terrorista Sendero Luminoso, trabajadores del Ministerio de Salud del Perú, con el apoyo de la OPS, llevaron a cabo una campaña de “barrido” (es decir, de cuidadosa vigilancia y vacunación) en un periodo de tan sólo una semana, visitando aproximadamente dos millones de viviendas en las que vacunaron a aproximadamente un mismo número de niños menores de cinco años. En 1994, la Comisión Internacional para la Verificación de la Erradicación de la Poliomielitis certificó que la enfermedad ya no existía en las Américas.

Mientras se libraba la lucha contra la polio y seguía el debate sobre la APS, una nueva enfermedad, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), remecería a los sistemas de salud de muchas partes del mundo. Su emergencia

cuestionaría a la APS en cualquiera de sus versiones (holística o selectiva): que la investigación necesaria para controlar las infecciones ya se había hecho y la salud internacional consistía en trabajar solamente en países en desarrollo. El sida era una enfermedad completamente desconocida que, desde un principio, atravesaba a los países ricos y pobres.

EL REGRESO DE LAS EPIDEMIAS (NUEVAS Y ANTIGUAS): SIDA Y CÓLERA

En mayo de 1981, los Centros para el Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés, correspondientes a Centers for Disease Control and Prevention), con sede en Atlanta, recibieron un informe del doctor Michel Gottlieb, un médico de Los Ángeles, que describía a cinco hombres jóvenes que sufrían de una extraña forma de neumonía (*pneumocystis carinni*), hasta entonces registrada en pacientes con una deficiencia inmunológica severa. En junio de ese mismo año, el boletín del centro, *Morbidity and Mortality Report*, informó sobre casos similares en Nueva York y San Francisco, donde los pacientes a veces tenían sarcoma de Kaposi (un cáncer raro que generalmente se presenta en personas con sistemas inmunológicos deprimidos) y toxoplasmosis (un parásito que ataca el cerebro de las personas adultas mayores). En diciembre de 1981, los CDC registraron 200 casos en los Estados Unidos y la definieron como una “epidemia de inmunosupresión”, etiquetándola (o dejando que fuese etiquetada), por un corto tiempo, con las estigmatizadoras siglas GRID (Gay-Related Immune Deficiency o deficiencia inmunitaria relacionada con los gays). Al mismo tiempo surgieron otros términos más estigmatizantes como “cáncer gay” o “neumonía gay”.

No obstante, más estigmatizador aún fue que en los Estados Unidos al sida se le llamó la enfermedad de las 4-H, porque —según los medios de comunicación— parecía afectar a los homosexuales, los adictos a la heroína, los hemofílicos y los haitianos (muchos de ellos inmigrantes que vivían en Miami). Políticos conservadores como Patrick Buchanan consideraron a esta enfermedad como una “venganza de la naturaleza” contra los homosexuales, repitiendo el antiguo prejuicio de que la enfermedad es un castigo divino. De hecho, los conservadores en los medios de comunicación afirmaban que el sida era indirectamente un efecto de la “promiscuidad”, el “libertinaje sexual” y la pornografía. La epidemia del sida era intensa en el propio Haití, donde en septiembre de 1988 se registraron 1 661 casos y 277 muertes. También existía

la percepción de que el turismo sexual había “exportado” la enfermedad a través de los estadounidenses y europeos que visitaban la isla, donde sus habitantes más pobres obtenían ingresos vendiendo sus cuerpos. La lucha contra el sida que se desató en los Estados Unidos, donde las ONG y los activistas gays jugaron un rol crucial, reveló la necesidad de superar la discriminación contra los homosexuales y trabajadores sexuales, así como los estereotipos culturales que injustamente culpaban a la población haitiana por provocar la epidemia.¹¹ A fines de 1982, los CDC comenzaron a usar el término *sida*, que reemplazó al acrónimo GRID, para tratar de evitar la discriminación. “Sida” era un término aglutinante que cubría una variedad de enfermedades y síntomas “oportunistas” que aquejaban a personas con las defensas bajas. “Síndrome” era la definición médica clásica para un conjunto de signos clínicos característicos de una enfermedad, y el término “adquirido” era utilizado para indicar que era una enfermedad que se transmitía.

El sida apareció cuando los países industrializados tenían una cierta complacencia en cuanto a las enfermedades infecciosas, pensando que estaban a punto de desaparecer en sus sociedades y todas podían tratarse con sulfas, vacunas y antibióticos. La enfermedad forzó a que se reparase en la falta de respuestas consistentes a nuevos problemas de salud y, al mismo tiempo, se procediera a revisar las soluciones tradicionales a los brotes epidémicos, que muchas veces incluían discriminación y culpabilización de las víctimas. También subrayaba lo artificial de la distinción entre la prevención y la cura, además de la importancia de juntar a las dos. La íntima relación entre el tratamiento y la promoción de la salud, a mediados de la década de 1990, fue vital a partir del uso de antirretrovirales por dos razones. Por un lado, la exitosa adhesión a tratamientos prolongados era un tema que implicaba la participación de familias y los amigos de las personas que vivían con el virus de la inmunodeficiencia. En segundo lugar, superar el estigma que se colocaba en quienes sufrían la enfermedad requería un esfuerzo individual y también colectivo.

En 1983, virólogos del Instituto Pasteur de París, bajo la dirección de Luc Montanier, describieron un nuevo retrovirus que insertaba material genético en las células que atacaba, y lo clasificaron como la causa de la enfermedad. Al año siguiente, investigadores del National Cancer Institute de Washington, D. C., dirigidos por Robert Gallo, informaron haber aislado lo que resultó ser el mismo retrovirus (probablemente adquirido a través de intercambios con el labo-

¹¹ Paul Farmer, *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*.

ratorio de Montanier). En el año 2012, Montanier obtuvo el Premio Nobel en Fisiología y Medicina por el descubrimiento, y no se lo otorgaron a Gallo, jefe del equipo estadounidense, lo que resolvió implícitamente la disputa por la prioridad del descubrimiento. Hacia 1985, cuando la enfermedad asolaba a grupos que incluían artistas o miembros de clases altas, y cuando los contagios ocurrían por transfusiones de sangre, el sida se volvió un tema que forzosamente debía ser discutido en público, aun dentro de los Estados Unidos en la época conservadora de Ronald Reagan.

Las primeras respuestas latinoamericanas estuvieron marcadas por un temor irracional, homofobia y una segregación contraproducente. Ello para varios países se tradujo en hacer obligatorias las pruebas de sangre, como un requisito para el matrimonio civil. La epidemia reveló su carácter transnacional en varias naciones. En el Perú, los primeros casos fueron de inmigrantes que, habiendo vivido en ciudades estadounidenses, donde contrajeron la infección, regresaron a su patria buscando consuelo entre los suyos. En Cuba, por ejemplo, los primeros casos se dieron entre los veteranos que habían regresado de la guerra civil en Angola. Una medida inhumana y contraproducente fue el intento del gobierno en Cuba, en 1986, de aislar forzosamente a los enfermos en cerca de 10 hospitales estatales o sanatorios. Este sistema fue abolido en 1989 por presión internacional, aunque pacientes diagnosticados con el virus de inmunodeficiencia humana: VIH, irónicamente, elegían quedarse en los sanatorios cubanos, porque ahí se les garantizaba alimentación y atención médica. Médicos, pacientes y activistas se enfrentaron valientemente a las fuerzas conservadoras para hacer del sida una prioridad de la salud pública. Tuvieron que confrontar la indiferencia de las autoridades sanitarias oficiales, que argumentaban en algunos países que la enfermedad no debía ser una prioridad porque en Latinoamérica no había muchos homosexuales. Hacia mediados de la década de 1980, los primeros organismos oficiales en aceptar que existía la enfermedad en la región fueron los gobiernos de algunas ciudades y estados. Las respuestas se hicieron más sólidas, debido a la persistencia y multiplicación de organizaciones no gubernamentales (ONG) que presionaban a los gobiernos. Por ejemplo, la Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, ABIA, creada en Rio de Janeiro en 1985, reunía no sólo a activistas gays sino también a intelectuales destacados como Herbert José de Sousa, “Betinho” —quien era hemofílico y fue infectado en una transfusión de sangre—, que demandaban medidas consistentes del gobierno. Asimismo, la tecnología médica ayudó a que se formasen programas oficiales; sobre todo después de que la comunidad médica aceptase las nuevas pruebas de diagnóstico

—ELISA— como una tecnología capaz de demostrar empíricamente la existencia de la enfermedad, y estableciera los síntomas clínicos más comunes.

Poco antes de la creación de la ABIA en Rio de Janeiro, el Departamento de Salud Pública de São Paulo implementó un programa estatal contra el sida bajo el liderazgo de Paulo Teixeira. Para 1985, al menos diez estados brasileños, incluyendo Rio de Janeiro, habían seguido el ejemplo de São Paulo. Así fue como los programas de VIH-sida locales y estatales precedieron al programa federal que apareció sólo en 1986. El Programa Nacional de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissível e AIDS) siguió las directrices del Programa Global para el sida de la OMS, dirigida en ese momento por el estadounidense Jonathan Mann. Los vínculos que estableció Mann entre los derechos humanos y los programas educativos y preventivos en salud sexual y reproductiva irían a marcar, sin duda, las respuestas futuras a la epidemia. La aparición del VIH-sida coincidió con el proceso de redemocratización en Brasil después de la dictadura militar que acabó en 1985. Por ello, la lucha por los derechos de las minorías sexuales se convirtió en parte de la lucha por los derechos políticos de los ciudadanos. Otro paso significativo fue la proliferación de centros donde se ofrecían, de manera gratuita, análisis de sangre, información y consultas telefónicas.

En México, por presión de activistas gays, en 1986 se creó el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (Censida), para coordinar las acciones del Estado y la sociedad civil en contra de la enfermedad. Las primeras ONG relacionadas con el sida fueron la Fundación Mexicana para la Lucha contra el sida y La Casa de la Sal, ambas creadas alrededor de 1988. Los activistas mexicanos, algunos de ellos familiares de quienes tenían el VIH, establecieron una red de apoyo para los enfermos. Con estas organizaciones aparecieron los primeros funcionarios consagrados al sida en diversos países, así como programas oficiales y privados para conseguir recursos financieros, brindar información telefónica, ayudar tanto en los exámenes de sangre como en el tratamiento de las infecciones “oportunistas”, promocionar el uso del preservativo y establecer las medidas de bioseguridad en los hospitales. Esto último era importante por el control pésimo que existía de estos bancos de sangre, el comercio ilegal que se hacía en ellos y el uso exagerado de las transfusiones por parte de los cirujanos en los hospitales. Al igual que México, la Argentina tuvo ONG dedicadas al sida desde los años ochenta. Entre las principales se encontraban COINSIDA (Cooperación, Información y Ayuda al Enfermo del Sida) y Sida Visión Alternativa; estas organizaciones, junto a

otras que siguieron surgiendo en la década de 1990, se dedicaban a brindar asistencia psicológica y médica, educar a los profesionales de salud, los enfermos y sus familiares en la prevención de la enfermedad y asesorar jurídicamente a los afectados por la discriminación laboral.

El caso peruano es interesante porque tuvo lugar en una cultura conservadora y reticente a la diversidad sexual. Vía Libre, la primera ONG dedicada al tema, apareció en 1990 integrada por investigadores, médicos clínicos, profesionales de la salud y una persona que vivía con el VIH. Ellos se reunían en el Hospital Cayetano Heredia, parte de una de las mejores universidades médicas del país. Las primeras actividades de esta ONG buscaron insertar una cierta racionalidad en el discurso público —más que abogar por abrir un espacio para los homosexuales en la sociedad— y contrarrestar el pánico difundido por la prensa sensacionalista. Los primeros años de esta ONG fueron especialmente dinámicos; implementó cursos, publicó folletos, reprodujo videos y organizó sesiones de información médica en muchas ciudades. Otras actividades incluyeron la creación de grupos de autoayuda, una biblioteca, asistencia ambulatoria, un centro de consejería familiar y un servicio para proporcionar las primeras medicinas, que habían tenido un efecto positivo en la mejora de la calidad de vida de las personas que vivían con la enfermedad.

Al mismo tiempo, se llevaron a cabo los primeros encuentros internacionales en los que empezaron a participar latinoamericanos, como las Conferencias Internacionales sobre el sida, que se iniciaron en 1985. A diferencia del tono académico y profesional clásico de los simposios médicos, estos encuentros reunían a activistas y líderes de ONG (quienes conmemoraban el 1º de diciembre como el Día Mundial del Sida). En 1987, la OMS predijo que en 1990 habría entre 50 y 100 millones de casos en el mundo, un cálculo que afortunadamente resultó ser incorrecto. Este anuncio, junto con la interacción entre inmunólogos, periodistas y políticos, le dio una mayor visibilidad a la enfermedad, pero no necesariamente produjo mejores respuestas. Las ONG generalmente vinculadas al programa de Mann de la OMS, así como las conferencias internacionales, aportaron ideas nuevas sobre el sida que fueron puestas en marcha por los Estados durante los últimos años del siglo xx.

Por ejemplo, se criticó la insuficiencia de uno de los supuestos iniciales: que la información adecuada, automáticamente, provocaría cambios entre los jóvenes, más aún entre quienes formaban parte de los “grupos de riesgo”, como los homosexuales y bisexuales, los hemofílicos, las personas que recibían múltiples transfusiones de sangre y los usuarios de drogas inyectables. Para los jóvenes, por ejemplo, tener varias parejas era un asunto de prestigio entre

sus compañeros. También era difícil confiar únicamente en la información proporcionada por los individuos para determinar la identidad sexual, especialmente entre los soldados o los hombres “activos” en las parejas gays, quienes frecuentemente no se autopercebían como homosexuales. Gracias al trabajo de Richard G. Parker sobre Brasil, muchos sanitaristas empezaron a considerar fundamental entender las culturas sexuales de cada nación, ciudad, grupo poblacional o comunidad, y reconocer la subjetividad y ambigüedad de las fronteras de lo que hasta entonces parecían categorías estables, como heterosexual, homosexual y bisexual.¹² Más aún, no era suficiente ofrecer una buena educación sobre el tema o saber cómo persuadir a las personas sobre el sexo seguro y otros métodos para prevenir nuevas infecciones, además se necesitaba apoyo político para combatir los factores sociales, políticos, culturales y económicos, que reforzaban los estigmas contra las minorías sexuales, y para que el sida se considerase parte de la salud sexual y reproductiva en su conjunto. Por ejemplo, en cuanto a la pobreza, existía una relación profunda entre el sida y el recrudecimiento de la tuberculosis. Asimismo, la transmisión heterosexual y la infección en mujeres fueron crecientemente un asunto de primera importancia, pues varios indicadores señalaban que la enfermedad se estaba extendiendo entre todos los géneros.

Hacia 1995 habían surgido programas estructurados en la mayoría de los países; éstos contaron con el apoyo decidido de un nuevo organismo multilateral que no dependía de la OMS: el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida (en inglés, Joint United Nations Programme on HIV and AIDS, cuya abreviatura es UNAIDS), creado en 2001 como resultado de las diferencias entre Mann y Nakajima. Esta nueva organización apoyó la implementación de programas nacionales más complejos y audaces, capaces de llevar a cabo campañas más eficaces para promover el uso del condón y conseguir recursos financieros. Por ejemplo a comienzos de la década de 1990, el gobierno de Brasil recibió una significativa ayuda del Banco Mundial para mejorar sus sistemas de prevención y fortalecer las redes entre el programa contra el sida y los activistas. Un cambio sintomático fue que desde UNAIDS se promovieran nombres menos estigmatizadores: “hombres que tienen sexo con otros hombres”, “trabajadores sexuales” y “personas que han perdido su libertad” en lugar de “homosexual”, “prostituta” y “preso” (estos últimos eran generalmente un foco de esta dolencia que los programas oficiales no querían atender). Ya no se utilizó el término “grupo de riesgo”, sino más bien “grupos con una ele-

¹²Richard G. Parker, “Behaviour in Latin American Men: Implications for HIV/AIDS Interventions”.

vada prevalencia de enfermedades de transmisión sexual y sida”. Las sutilezas de algunos de estos cambios de nomenclatura no siempre eran aceptadas por el público en general o por los funcionarios del Estado, por lo que no duraron mucho.

UNAIDS promovía el reclutamiento o cooptación de líderes de las ONG en renovados programas nacionales, que ponían el acento en la prevención. Éstos se encontraban mejor financiados por recursos nacionales e internacionales, que provenían generalmente de USAID, el Banco Mundial y la Unión Europea. En esa época la cooperación bilateral estadounidense era menos conservadora, con la administración del presidente Bill Clinton desde 1993 hasta el año 2001. Además, a USAID le interesaba tener un liderazgo en el tema de la salud reproductiva y dirigir su ayuda a las ONG, dejando muchas veces de lado los programas ministeriales como era la costumbre de la cooperación técnica tradicional.

Paradójicamente, el ingreso de varios activistas y miembros de las ONG al aparato estatal significó que se establecieran nuevas alianzas en favor de la salud. Muchos trabajadores de las ONG aceptaron puestos públicos, con la idea de que promoverían buenos programas a mayor escala. La presencia de las ONG permitió que las políticas públicas estuvieran en sintonía con las necesidades de la población afectada, con los estándares de las agencias internacionales y con los derechos humanos. Entre estos últimos se encontraban la confidencialidad de las pruebas, la consejería antes y después de conocerse los resultados, el consentimiento previo informado y la autonomía de los enfermos para decidir sobre su propio tratamiento. Sin embargo, se perdió algún contrapeso que las ONG, inicialmente, habían proporcionado cuando criticaban al Estado desde afuera. Es decir, con algunas excepciones, las renovadas entidades estatales a menudo se convirtieron en pequeñas islas de modernidad tecnocrática en medio de regímenes autoritarios. Éste fue el caso del programa de sida en el Perú de Fujimori —el Programa Nacional de Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (Procetss), creado en 1996—, que captó a gran parte de los líderes de Vía Libre. A pesar de esta limitación, Procetss fue capaz de convocar a un congreso internacional donde participaron destacados investigadores del sida, obtuvo recursos del exterior para inyectarlos en el programa y gestionó la aprobación de leyes para reducir la marginación de las personas que vivían con el VIH-sida.

Aunque en América Latina la epidemia no alcanzó las dimensiones catastróficas encontradas en África, igual existía una gran preocupación por el crecimiento del sida en la región. Así, el año 2003 un estimado de 1.9 millones de

adultos y niños en la región estaban infectados con el VIH; un año antes, UNAIDS calculó que 42 millones de la población mundial eran VIH positivos. También se temía que la enfermedad se propagara entre las mujeres, especialmente entre las trabajadoras sexuales y entre las mujeres pobres, que tenían poca capacidad de negociar con sus maridos el uso de preservativos. Este temor no se materializó. El mayor impacto siempre ha sido en la población gay masculina de las ciudades o, como se hizo cada vez más evidente, entre los hombres que tienen sexo con otros hombres, sin duda una de las minorías sexuales más visibles. También se registró un número de casos significativo entre los usuarios de drogas inyectables, como los que vivían en el sur de Brasil. Todos los anteriores eran de una u otra manera marginados en sus países, lo que fue un estímulo para que los gays se empezasen a identificar como parte de un colectivo más amplio conocido por la sigla LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y transexuales).

Desde la década de 1990, la lucha global contra el sida ha estado marcada por el uso de los medicamentos antirretrovirales y el ejemplo de Brasil. En un contexto neoliberal, el programa brasileño desafió a compañías farmacéuticas transnacionales al desarrollar y distribuir medicamentos genéricos (idénticos a los de marca) con el argumento de que eran un bien humanitario. Brasil demostró que así se podía combinar el tratamiento con la prevención para conseguir un ahorro de los recursos financieros. A fines de 1996, el presidente brasileño Fernando Enrique Cardoso firmó una ley que autorizaba la producción de genéricos como las medicinas contra el sida y los ponía a disposición de los ciudadanos gratuitamente a través del sistema de salud pública. Una medida alentada y apoyada por los activistas al tanto del poder curativo de estas medicinas. Al año siguiente, un renovado programa contra el sida empezó a distribuir a los pacientes antirretrovirales genéricos; lo cual fue considerado como un peligro por las poderosas compañías farmacéuticas transnacionales, que temían que se rompieran las patentes de sus fármacos. Es importante señalar que el diálogo entre el Estado brasileño y las compañías en cuestión nunca se rompió completamente y el país sudamericano produjo genéricos de medicamentos cuyas patentes estaban vencidas. Un hábil ministro de Salud de Brasil (José Serra, que ocupó la cartera entre 1998 y 2002) consiguió que se redujeran los precios de venta de los medicamentos de marca y, sólo en 2007, Brasil rompió una patente de un antirretroviral (Efavirenz) producido por Merck Sharp & Dohme. Para junio de 1998, el programa llegaba a todas las regiones del país impactando en alrededor de 58 000 brasileños que vivían con VIH-sida mediante terapias que poco antes habían sido inaccesibles.

Como resultado, hubo una caída en el número de muertes, una reducción en las hospitalizaciones y mejoró la calidad de vida de las personas con sida. El ejemplo brasileño fue contagioso, y muy pronto otros países, como Argentina, empezaron a distribuir las medicinas por los sistemas de salud. En otros continentes como África del Sur, y en países como Senegal y Tailandia, se dieron leyes parecidas a la brasileña; en la India, por ejemplo, se empezaron a producir antirretrovirales genéricos a un costo mucho menor que el de las empresas farmacéuticas privadas. Sin embargo, detrás de la valiente iniciativa de Brasil se encontraba la demanda de que los bienes públicos humanitarios no tenían precio —un argumento al que finalmente accedieron las compañías farmacéuticas y las agencias reguladoras internacionales como la Organización Mundial del Comercio (OMC)—.

El ejemplo de Brasil fue recogido por la OMS, que a principios del siglo XXI lanzó un ambicioso programa para tratar a tres millones de personas con antirretrovirales para el año 2005 (un programa conocido como “3 × 5”). Esta campaña fue apoyada por la UNAIDS y otros organismos bilaterales y multilaterales. Paulo Roberto Teixeira, responsable del programa de control en São Paulo en los ochenta y coordinador del programa nacional de sida en el Ministerio de Salud entre 2000 y 2003, trabajó en este programa con la OMS entre los años 2003 y 2004. El programa se justificó de la siguiente manera: desde 1996 más de 20 millones de habitantes de los países en desarrollo habían muerto de sida, pero si hubiesen utilizado tratamientos antirretrovirales la mayoría de ellos vivirían. Pero para fines de 2003, menos de 7% de los que necesitaban antirretrovirales en los países en desarrollo estaban recibiendo los. En tal sentido, el acceso universal al tratamiento antirretroviral se convirtió en un grito de guerra de los pacientes y activistas, donde a veces los gobiernos nacionales o municipales fueron llevados a la Corte, para que garantizaran las medicinas entre los más pobres. Esta “judicialización” le dio un nuevo significado al derecho constitucional a la salud, pues lo relacionó con el derecho al acceso a las medicinas. Según estimaciones de las Naciones Unidas, a principios del año 2007 había 33.2 millones de personas que vivían con el VIH en el mundo, de los que 1.6 millones (o 5% del total) vivían en América Latina. Aunque el programa de la OMS no consiguió su objetivo, la región latinoamericana fue la que más se acercó a la meta de atender a todas las personas necesitadas de antirretrovirales.

El sida reveló que América Latina era parte de un mundo globalizado. Además del sida, surgió la tuberculosis resistente a los medicamentos clásicos (TB-MDR por sus siglas en inglés —correspondientes a *multidrug-resistant*

tuberculosis—, un rótulo que se creó en la década de 1980). Este problema afectó tanto a los residentes de los barrios marginales de Lima como a los inmigrantes hispanos en Boston. Fue una de las expresiones más conspicuas de un nuevo perfil epidemiológico, donde predominaban dos términos que se volvieron populares entre los expertos y funcionarios de la salud: enfermedades *emergentes* y *reemergentes*. Aunque la definición no fue del todo precisa, las enfermedades *emergentes* eran consideradas aquellas que aparecían por primera vez en una población. El término *reemergente* fue atribuido a las enfermedades transmisibles que reaparecieron después de un significativo período de ausencia. Las primeras respuestas a estas enfermedades provinieron de investigadores médicos estadounidenses, europeos y de la OMS, quienes exigieron que se prestara atención a estas “nuevas” amenazas. En 1989, una conferencia sobre los “virus emergentes” realizada en el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos analizó las “nuevas” enfermedades y señaló el mayor contacto entre las poblaciones urbanas y las poblaciones rurales, que anteriormente habían permanecido aisladas. En 1992, el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de las Ciencias de los Estados Unidos elaboró un informe titulado *Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States* (y a continuación, en 1997, otro con un título aún más revelador: *America's Vital Interest in Global Health: Protecting Our People, Enhancing Our Economy, and Advancing Our International Interests*). Según el informe de 1992, ninguna localidad se encontraba tan remota como para estar libre de los riesgos transnacionales para la salud. A lo largo de toda la década de 1990, el Centro para el Control de Enfermedades (CDC), así como otras organizaciones, produjeron informes, publicaron revistas, organizaron reuniones y ofrecieron becas para estudiar la nueva realidad epidemiológica.

El concepto de enfermedades reemergentes en la región no siempre fue, simplemente, el resultado de las discusiones académicas en los Estados Unidos o Europa, sino que se forjó en tragedias sanitarias. En febrero de 1991 el cólera, una enfermedad producida por la bacteria *Vibrio cholerae*, brotó simultáneamente en las ciudades peruanas de Chancay, Chimbote y Lima. En poco tiempo se propagó por casi todas las ciudades de Latinoamérica, donde una acelerada y desorganizada urbanización había superado, largamente, el crecimiento de la infraestructura de agua potable y saneamiento. Ese año, un total de 320 000 peruanos tuvieron enfermedad diarreica aguda (EDA), el indicador utilizado para registrar el cólera, ya que era imposible corroborar en un laboratorio si todos los que llegaban a las emergencias tenían el *Vibrio*, aunque estudios posteriores indicaron que no había habido un sobrerregistro

de casos. La cifra representaba 1% de la población nacional de aquel entonces. La enfermedad se transmite básicamente mediante la infección fecal-oral producida por agua o alimentos contaminados. Para fines de 1991, el cólera se había extendido a catorce países de América Latina y el Caribe, registrándose un total de 366 017 casos. Otras naciones de la región se cuidaron de no repetir el error peruano de definir todas las admisiones de cuadros de diarrea aguda en los hospitales como enfermedad del cólera, y así evitarse las sanciones a las exportaciones y a la merma del turismo que se le impusieron injustamente al Perú. Sólo aquellos que recibieron una prueba de laboratorio positiva fueron clasificados como víctimas del *Vibrio cholerae*, lo que significó que las estadísticas en casi todos los demás países fueran mucho menores que las peruanas. A los pocos años, el gobierno autoritario de Fujimori aprendió la lección y dejó de utilizar el indicador EDA para contabilizar los casos de cólera.

A pesar de la extensión de la epidemia, el cólera produjo un número sorprendentemente bajo de muertes: la tasa de mortalidad fue menor a 1% de los casos. Sin embargo, en las áreas rurales la tasa alcanzó 10% de mortalidad, y en la Amazonía llegó a 6%. Estas estadísticas contrastan con las de otras partes del mundo, donde brotes de cólera llegaron a producir una letalidad de 30 a 50%. Estos resultados se dieron gracias al trabajo dedicado del personal de salud, que descubrió, durante la fase de la emergencia, el poder de las dosis de rehidratación oral. Este trabajo estuvo liderado por Carlos Vidal, un trabajador de la salud de la OPS que había vuelto al Perú para encabezar el Ministerio de Salud y tuvo que enfrentarse al presidente Fujimori para decirle la verdad a la población respecto de la epidemia. Vidal promovió la educación de la población, aun cuando esto representase aconsejar medidas impopulares para transformar los hábitos de higiene y alimentación (por ejemplo, exhortó a la población a que dejara de comer pescado crudo en el ceviche, el plato de bandera a nivel nacional) y a hervir el agua. Asimismo, demandó que el gobierno cumpliera su obligación de mejorar el sistema de agua y alcantarillado.

Como resultado de esta epidemia, en el Perú y otros países como Venezuela se culpó a las víctimas: los pobres llamados muchas veces “los sucios”. Asimismo, la población indígena fue presentada como si estuviese compuesta de individuos irracionales que elegían estilos de vida que creaban las condiciones para que se desarrollara la epidemia.¹³ El cólera fue utilizado como un medio para destacar a quienes eran considerados “ciudadanos higiénicos”;

¹³ Charles L. Briggs y Clara Mantini-Briggs, *Stories in the Time of Cholera: Racial Profiling during a Medical Nightmare*.

es decir, individuos que por iniciativa propia y por educación cultivaban estilos de vida saludables y prácticas higiénicas, y confiaban en la medicina habitual, haciéndose así merecedores de más atención de los gobiernos. El gobierno de Fujimori, además de tratar de negar la importancia de la epidemia, hizo poco por contenerla. La comunidad médica confió en el uso de las sales rehidratantes orales y el antibiótico tetraciclina para salvar a los enfermos. Algunas veces se rehidrataron pacientes a través de ambos brazos y piernas, y ocasionalmente en forma intravenosa y oral. Todos éstos eran métodos heterodoxos, que no estaban en los manuales médicos pero que fueron efectivos. Sin embargo, ello no impidió que una enfermedad previamente inexistente en la región se volviera endémica en algunos países, ni dejó de reforzar el patrón de que la diarrea entre los niños pobres era un evento que se presentaba 12 veces al año (es decir, una vez al mes). En términos generales, los esfuerzos heroicos no forzaron la revisión de las prioridades de la salud pública frente a los desafíos sociales importantes planteados por una urbanización no planificada. Peor aún, una versión radical de las políticas neoliberales suponía que el gasto social era un costo que debía reducirse, de acuerdo con los objetivos del ajuste estructural al cual se estaba sometiendo a las economías de la región, y los paliativos sanitarios —como las sales de rehidratación en lugar de inversiones en infraestructura sanitaria— parecían la mejor solución. No fue la última vez que el cólera apareció con furia en el continente. Como consecuencia del terrible terremoto que sacudió a Haití en enero de 2010 ocurrió una epidemia de cólera, la cual devastó al país ese año y se propagó como pólvora a los países vecinos, entre ellos República Dominicana, Cuba y Venezuela.

La aparición del dengue en años recientes en las ciudades de Sudamérica ha sido otro ejemplo de una enfermedad reemergente.¹⁴ Durante mucho tiempo la enfermedad estuvo contenida en el Caribe, donde era endémica. Progresivamente el *Aedes aegypti*, el mismo mosquito que transmite la versión urbana de la fiebre amarilla, fue extendiéndose en el resto del hemisferio occidental. Irónicamente, como consecuencia de las campañas de la OPS contra esta última enfermedad, a fines de la década de los cincuenta muchos países declararon que habían erradicado el *Aedes* de sus territorios. Sin embargo, en la década de los sesenta el mosquito empezó a aparecer en la Amazonía y, debido a la migración hacia esa zona, se incrementó el número de vi-

¹⁴ Un valioso estudio académico de los estragos del dengue en la región es el de Arachu Castro, Yasmin Khawja y James Johnston, "Social Inequalities and Dengue Transmission in Latin America", en Ann Herring y Alan Swedlund (coords.), *Plagues and Epidemics: Infected Spaces Past and Present*.

viendas donde se podía reproducir. En 1967 el entomólogo Leônidas Deane, un experto en malaria de Brasil, identificó al *Aedes* en Belén (probablemente procedente del Caribe). Las larvas del mosquito se multiplicaban en recipientes plásticos de la basura y en los neumáticos desechados, a vista y paciencia de las autoridades que creían, erróneamente, que ello no representaba mayor amenaza. Menos de 10 años después ya se encontraba en Salvador y, para fines de la década de 1970, el mosquito ya estaba en Rio de Janeiro. A principios de la década siguiente ocurrió una epidemia de dengue en Boa Vista, Roraima, y a partir de 1986 aparecieron brotes en varias ciudades del continente.

En 1990 el dengue estaba en Iquitos, la principal ciudad de la Amazonía peruana, donde afectó a un poco más de mil personas. Para 1995 se habían registrado casos en Iquitos, Pucallpa y tres ciudades de la costa norte (Tumbes, Máncora y Los Órganos) con un total de 6 425 infectados. El año 2001, el *Aedes aegypti* ya se había distribuido en más de 174 000 km², donde habitaba 13% de la población del Perú. Ese mismo año se diagnosticaron los primeros casos de dengue hemorrágico, que ya se había registrado en Cuba en 1981 y en Venezuela en 1989 (mucho más serio que el dengue clásico). Poco tiempo después, el número de casos alcanzó la cifra de 23 325, y las cuatro variedades —serotipos— de la enfermedad fueron encontradas en América del Sur. En 1997 la amplia distribución geográfica, tanto de virus como de mosquitos, aumentó los brotes epidémicos, y más de veinte países latinoamericanos y del Caribe reconocieron que tenían dengue. En 14 de ellos se confirmaron casos de dengue hemorrágico. Lo que había comenzado como una infección amazónica en lugares remotos se extendió a ciudades de la costa como Lima y Rio de Janeiro.

En 1986 se desató una epidemia de dengue en Rio de Janeiro que fue el primer paso para convertir este mal en una enfermedad endémica urbana. Desde ese año hasta 1992 se registraron casi 260 000 casos en Brasil, de los cuales 70% se presentó en Rio. El dengue, que para fines del siglo xx atacaba a más de medio millón de latinoamericanos, estalló como la más feroz epidemia del primer lustro del siglo xxi. En 2007 se registraron más de 15 000 casos en Paraguay, y dos años después más de 40 000 casos en Santa Cruz, Bolivia. No obstante la seriedad de la epidemia, la política sanitaria se concentró en el control de los recipientes de agua doméstica donde crecían las larvas de los mosquitos, en alguna propaganda (más intensamente en Brasil) y en la fumigación. Sin embargo, en las zonas urbano-marginales existen determinantes sociales de la salud que no están siendo abordados. No sólo se

trata de la falta de supervisión médica del comercio y de la inmigración, sino de la pobreza que impide a las personas modificar sus estilos de vida. Por ejemplo, la mayoría de la población pobre utiliza sistemas precarios de abastecimiento de agua, porque no tienen otra posibilidad de proveerse de ella; además, entierran a sus muertos en cementerios clandestinos, donde abundan los floreros que contienen larvas del *Aedes*. Asimismo, viven en zonas controladas por pandillas de delincuentes donde es casi imposible que ingresen los trabajadores de salud.

A pesar de todo, desde la década de los ochenta existieron mejoras en los indicadores de salud en la región, algunas de las cuales pueden atribuirse a una mayor calidad de los sistemas médicos y de salud pública. La esperanza de vida al nacer era de más de 65 años en la mayoría de los países latinoamericanos, mientras que la tasa de mortalidad infantil para ambos sexos disminuyó aproximadamente un tercio entre 1980 y 1985 (de 36.9 a 25.3 muertes por cada 1 000 nacidos vivos); la tasa de fertilidad a escala regional disminuyó de 3.1 a 2.4 hijos por mujer durante el mismo periodo, y la tasa de enfermedades transmisibles cayó de 95 por cada 100 000 habitantes en 1980 a 57 en el año 2000. En algunos países las mejoras fueron notables. Gracias al Programa Comunitario de Salud Rural de Costa Rica —un ejemplo de lo que puede conseguir la atención primaria de salud—, la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 69 por cada 1 000 niños nacidos vivos en 1970 a 20 en 1980. Asimismo, muchas causas comunes de mortalidad materna e infantil decrecieron, con excepción de las complicaciones durante el parto y las anomalías congénitas. Estas cifras son parte de cuadros epidemiológicos mixtos y diversos que combinan enfermedades típicas de las sociedades industrializadas (patologías cardíacas, cáncer y enfermedades relacionadas con la obesidad) con las dolencias características de las sociedades más pobres (enfermedades infecciosas prevenibles). Al mismo tiempo, el envejecimiento de la población —creció el número de personas mayores de 65 años— explicaba la relevancia de los males crónicos y no transmisibles. A fines del siglo xx, la población del continente había alcanzado los 850 millones, lo que en ese momento era 14% de la población mundial. Dos tercios de estas personas vivían en ciudades. En algunos países como Colombia, Perú, México y Guatemala la violencia urbana (accidentes, suicidios, homicidios y enfrentamientos políticos), se manifestó con intensa perversidad. Según Saúl Franco Agudelo, un líder de la salud en Colombia, la violencia era un problema de salud pública y afectaba el bienestar físico y mental de las sociedades. Según este sanitarista, la tortura, las desapariciones, la violación, el abuso a niños y ancianos eran un problema

colectivo y una causa de mortalidad sobre la cual deben intervenir los trabajadores de salud.¹⁵

Un caso, reciente y dramático, de una pandemia afectó a México el año 2009 con la así llamada “gripe porcina”, después conocida con el término de gripe H1N1 por el virus que la produce (aunque se desarrolló entre los cerdos, el contagio no provenía de ese animal). Este tipo de influenza se contrae típicamente a través del contagio de una persona a otra por medio de las gotitas de la respiración. Todos los indicios sugieren que esta enfermedad comenzó con la crianza de cerdos en condiciones de hacinamiento e insalubridad de las Granjas Carroll. Éstas, parcialmente, pertenecían a la Smithfield Foods, una poderosa compañía de alimentos con sede en Virginia, que tenía un historial por contaminación ambiental. Los casos humanos aparecieron por primera vez en marzo de 2009, muy probablemente en La Gloria, Veracruz (entre personas que vivían cerca de las Granjas Carroll). Al siguiente mes el virus había llegado a la capital del país. Sin embargo, todo sugiere que meses antes ya estaba en curso una epidemia, no sólo en México sino también en el sur de los Estados Unidos. Para fines de abril ya se habían registrado más de 1 614 casos, 103 muertes y cerca de 400 pacientes que estaban siendo atendidos en hospitales de todo el país, con una concentración en la Ciudad de México.

El mérito del gobierno mexicano fue haber sido rápido y transparente en la información que proporcionó a sus ciudadanos, a la OPS y al resto del mundo, a diferencia de otros gobiernos, como el de China, que en el año 2003 ocultó información y esperó meses para llegar a aceptar el brote del síndrome respiratorio agudo grave. En el mes de abril, el gobierno mexicano recomendó a las personas lavarse las manos con frecuencia y distribuyó gratuitamente alcohol en gel; también recomendó limpiar las manijas de las puertas y que las personas enfermas se quedaran en casa, a la vez que puso en marcha “medidas de distanciamiento social” (como evitar los besos al saludarse). El gobierno distribuyó mascarillas protectoras con la ayuda de soldados y lanzó masivas campañas de vacunación y de distribución de medicina antiviral (especialmente Tamiflu, un medicamento contra el cual el nuevo virus aún debía desarrollar resistencia). Asimismo, impuso sistemas de vigilancia médica en los aeropuertos y estaciones de autobuses, para poder contener la epidemia. Aparentemente, estas medidas consiguieron disminuir el número de casos y evitar las peores predicciones. En una mezcla de respuestas po-

¹⁵ Saúl Franco Agudelo, “Violence and Health: Preliminary Elements for Thought and Action”.

pulares y oficiales estuvieron cerrados por una semanas restaurantes, teatros, escuelas, museos, cines, estadios y sitios arqueológicos en la Ciudad de México.¹⁶

En junio de 2009, la OMS anunció que el H1N1 era un virus nuevo y que podía extenderse mundialmente; por ello la ONU hizo un llamado a los gobiernos para prepararse ante una pandemia. El pavor a una explosión en el número de casos evocaba las historias de la pandemia de gripe “española”, que mató a millones de personas a comienzos del siglo xx y condujo a una discriminación irracional contra los mexicanos y los pasajeros que viajaban en aerolíneas mexicanas. Algunos países como Chile anunciaron que no recibirían a los equipos de fútbol mexicanos para los juegos ya programados, mientras que los gobiernos de Argentina, Perú, Ecuador y Cuba, países a los que se acercaban el invierno y la temporada de gripe, suspendieron absurdamente los vuelos desde México por un tiempo (y algunas agencias de viajes dejaron de vender pasajes a ese país). Las autoridades chinas, atormentadas por los recuerdos de la epidemia del síndrome respiratorio agudo grave, o SRAG (también conocido como SARS por sus siglas en inglés, correspondientes a *Severe Acute Respiratory Syndrome*), en el año 2003 confinaron a docenas de mexicanos en hoteles y hospitales, lo que provocó la protesta del gobierno de ese país. Además, por el miedo a la gripe, la economía mexicana sufrió debido a la reducción del número de turistas y la descabellada decisión de muchos países de reducir el consumo de alimentos producidos en esa nación. El brote de la epidemia hizo evidentes las deficiencias de la salud pública mexicana, el énfasis exagerado en los cambios individuales en el estilo de vida, así como la falta de preparación médica y hospitalaria para las emergencias. Al mismo tiempo, dejó en claro que, aún a comienzos del siglo XXI, la enfermedad cristalizaba miedos, pasiones, intereses políticos y económicos donde los sanitaristas tenían que hacer valer su verdad. Afortunadamente, las advertencias de la OMS no correspondieron a la magnitud de lo ocurrido; el virus no se convirtió en un monstruo impredecible y el número de personas que murieron trágicamente fue menor al esperado. No obstante, en México a fines de 2009 se tuvo que lamentar un número estimado de 70 000 casos y más de 940 muertes, mientras que a escala mundial se registraron 600 000 casos. Según la OMS, al siguiente año el virus H1N1 mató a casi 13 000 personas en todo el mundo, y en México y otros países la enfermedad se convirtió en otro virus estacional, aunque ya menos dramático, por lo menos para los medios de comunicación.

¹⁶ Un análisis a propósito de ello es: Alexandra M. Stern y Howard Markel, “What Mexico Taught the World about Pandemic Influenza Preparedness and Community Mitigation Strategies”.

No era solamente una enfermedad global, sino que sus causas y las respuestas a ella habían sido también globales, fortaleciendo con ello la idea de que la salud pública internacional entraba a una nueva fase.

SALUD GLOBAL Y TRANSFORMACIÓN SECTORIAL

Los términos “globalización” y “salud global” parecen nuevos, pero es innegable que durante siglos la salud internacional ha sido parte de la expansión mundial del comercio, de la seguridad de los puertos y del imperialismo europeo. Sin embargo, como consecuencia del fin de la Guerra Fría (c. 1990), en las universidades y el Departamento de Estado de los Estados Unidos el término “salud internacional” fue considerado como insuficiente para comprender y atender a las nuevas necesidades de la salud mundial. Hasta entonces, la salud internacional se había asociado a los programas bilaterales técnicos de cooperación con los países pobres, a departamentos en las escuelas de salud pública y a algunos organismos multilaterales vinculados con el sistema de la ONU, como la OMS. La salud global fue construida como una especialidad nueva, que daría una respuesta a las amenazas epidémicas transnacionales. El nuevo concepto de salud global fue promovido como un reconocimiento de que las amenazas de enfermedades emergentes y reemergentes eran acen- tuadamente transnacionales, más que en cualquier época del pasado. Ello se debía a la velocidad de los intercambios comerciales, la omnipresencia de las inversiones financieras, el traslado masivo de los viajeros e inmigrantes y la proliferación de hábitos de alimentación perjudiciales a la salud en países ricos y pobres. Asimismo, el surgimiento de nuevas tecnologías de la información, como la Internet, hacía que se difundiesen rápidamente por el mundo las noticias sobre epidemias en cualquier lugar antes considerado remoto. Inclusive la amenaza terrorista hizo peligrar la seguridad mundial, haciendo uso de armas químicas y biológicas, lo que añadió otros peligros frente a los cuales debía responder la salud global. Es como si todos estos procesos hubieran acortado las distancias entre los habitantes del planeta, erosionando las fronteras nacionales y minando la autoridad de los Estados nacionales. Aunque nunca fue del todo claro cómo se haría, se suponía que la salud global iba a modificar el protagonismo de organismos multilaterales tradicionales como la OMS, que desde la década de 1980 estaban siendo duramente criticados por ser lentos, ineficientes y excesivamente burocráticos, así como por estar desfinanciados y sobrecargados de mandatos.

En referencia al uso cada vez más corriente del término *salud global*, trabajos recientes sugieren que la principal diferencia entre *salud internacional* y *salud global* es que la primera sugiere la coordinación de las actividades y necesidades de salud pública de los Estados-nación, mientras que la segunda implica la atención dada a las necesidades básicas de la población mundial, desde una perspectiva transnacional que tome en cuenta por igual a actores no estatales, como las ONG o los grupos de pacientes. Ello significó una propuesta que nunca sería llevada plenamente a la práctica: la planificación de actividades supranacionales, es decir, fuera del control soberano de los Estados. Aquello implicaría —a diferencia de las asambleas mundiales de salud de la OMS donde las resoluciones son intergubernamentales y generalmente por consenso— la existencia de tratados obligatorios para todas las naciones, algo que solamente existe en algunos asuntos sanitarios.

Podría decirse que esto no es totalmente nuevo. Las intervenciones de la Fundación Rockefeller a principios del siglo xx calificarían como si fuesen parte de la salud global, pero también de la salud internacional. Es decir, las fronteras entre los dos conceptos aún no están del todo definidas. En cualquier caso, la “globalización” ha marcado los discursos y las prácticas no sólo económicas y políticas, sino también de la salud pública. Es un término común para dar legitimidad a diversas realidades y aspiraciones. El término “globalización” está asociado al llamado Consenso de Washington de la década de 1990. Éste se refería a un acuerdo entre altos funcionarios del Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, el Banco Interamericano de Desarrollo, el gobierno de los Estados Unidos y algunos organismos bilaterales y multilaterales sobre las crisis de los países en desarrollo, paralizados por una elevada inflación y una abrumadora deuda externa. Las administraciones republicanas de Ronald Reagan y George H. W. Bush, defensoras del neoliberalismo, apoyaron las recomendaciones del Consenso de Washington, las cuales implicaban políticas económicas que ponían énfasis en el rol del mercado por encima del rol del Estado; la desregulación del capital financiero; la privatización de las empresas públicas; los regímenes de tarifas para los servicios sociales; la reducción del déficit fiscal mediante recortes en los servicios estatales; la eliminación de los subsidios a los alimentos, bienes y servicios; así como una ampliación de la base tributaria en los países pobres. Estas políticas se aplicaron en América Latina con una mayor o menor intensidad durante la década de 1990 a través de los programas de ajuste estructural. Los políticos empezaron a utilizar el término *globalización* para designar una nueva etapa de la historia mundial caracterizada por la caída del muro de Berlín, el colapso de la Unión

Soviética y el final del ideal comunista. Los políticos neoliberales utilizaron la noción de globalización para explicar la rápida difusión de las formas democráticas como el modelo ideal de gobierno para cualquier sociedad.

Muchos entendieron la salud global como un epifenómeno de la globalización y la siguiente fase de la historia mundial de la salud. No en vano diversas instituciones, universidades, fundaciones y revistas académicas están utilizando el término. Algunas de ellas consideran, con todo, que éste no debe tener un tinte neoliberal y puede ser una oportunidad para la participación de nuevos actores en la salud mundial. Los defensores de la salud global centran sus esperanzas en este nuevo concepto como remplazo de la salud internacional, y los organismos gubernamentales y multilaterales forman alianzas con órganos privados, y van en busca de construir una “gobernanza” o arquitectura entre los distintos organismos internacionales. Al mismo tiempo, en algunos Estados han surgido respuestas alternativas que, a veces, son críticas de los supuestos beneficios de la globalización y esperan que la salud global ayude a corregir las desigualdades, la precarización de los sistemas de salud, el deterioro ambiental y la multiplicación de los riesgos sanitarios en parte causados por la globalización.

Las reformas neoliberales implicaron la introducción de un régimen gerencial en las políticas sociales y de salud, en el supuesto de que el sector privado era más eficiente y menos corrupto que el sector público.¹⁷ Frecuentemente, suponían un regreso al patrón de entender la salud como un parche, es decir, como parte de una cultura de la sobrevivencia. El papel del Estado se reducía a regular los servicios en vez de producirlos e implementarlos. El libre mercado se encargaría de asegurar una competencia que fuese beneficiosa para las personas, incluyendo los tradicionales servicios de la seguridad social y garantizando la salud para individuos de una pobreza extrema. Como resultado, aparecieron nuevos actores e instituciones en la región, como empresas farmacéuticas y compañías de seguro médico prepago, parte de conglomerados internacionales. Con optimismo, varios investigadores e incluso funcionarios de la OPS declararon que veían estas “reformas de salud” como positivas. Las primeras organizaciones privadas de salud fueron creadas durante el gobierno chileno del general Augusto Pinochet, donde se privatizó la salud pública y la seguridad social; en aquel entonces, los ciudadanos comenzaron a depositar sus ahorros de jubilación en cuentas individuales manejadas por entidades privadas del sector financiero.

¹⁷ Véase Celia de Almeida, “Health Systems Reform and Equity in Latin America and the Caribbean: Lessons from the 1980s and 1990s”.

Los cambios en Chile precedieron por algunos años al patrón de reorganización internacional de los sistemas de salud, y se convirtieron en un punto de referencia para futuras reformas, tanto en términos positivos como negativos.¹⁸ La dictadura de Pinochet redujo el gasto público en salud y creó, a principios de la década de 1980, las Instituciones de Salud Previsional o Isapres, compañías de seguro privadas. Hacia mediados de la década de 1980 eran 17, entre ellas algunas subsidiarias de compañías estadounidenses, y recibían del Estado la cuota obligatoria recolectada para la seguridad social (7% del salario de los trabajadores del sector formal). Las Isapres ofrecían diferentes tipos de pólizas, dependiendo del monto de las contribuciones con diferentes formas de copago y servicios adicionales, que eran cubiertos por los usuarios. Asimismo, cada año ellas podían imponer restricciones en el contrato que tenían con el trabajador, dependiendo de la enfermedad o del riesgo que éste presentaba. Aunque era posible desafiliarse y volverse a afiliarse con otra organización de salud, era difícil que los supuestos beneficiarios supieran qué paquete de servicios les convenía más, porque las Isapres ofrecían cientos de paquetes diferentes y la desregulación era uno de los nortes del gobierno. Dichos sistemas fueron criticados porque eran percibidos como una forma de comercialización de la medicina, como un subsidio estatal al sector privado, por no ser realmente supervisados por el Estado y porque las cuotas de los usuarios fueron creciendo, lo que aumentaba la pobreza. En 1990 se creó una oficina para fiscalizarlos y se trató de corregir algunos excesos, pero las protestas en contra de ellos empezaron a generalizarse.

En 1993 Colombia aprobó la llamada Ley 100, mediante la cual se creó el Sistema de Seguridad Social Integral; con éste se pasó de un sistema estatal de salud creado en la década de 1960 a un sistema mixto, público y privado, de salud y seguridad social. Su arquitecto fue Juan Luis Londoño (1958-2003), un economista colombiano que estudió en la Universidad de Los Andes y luego en Harvard. Londoño desempeñó varios cargos públicos durante la presidencia de César Gaviria (de 1990 a 1994): fue subdirector del Departamento de Planificación Nacional y ministro de Salud al final de su mandato. Fue también el responsable de la fusión de los ministerios de Salud y de Trabajo durante el siguiente gobierno, conservador, de Álvaro Uribe. La Ley 100 intentó que el sector público imitara las prácticas del sector privado, como la competencia entre los servicios estatales y privados y la libre elección por parte del usuario. Las funciones del Estado se redujeron a velar por los sectores

¹⁸ Carla Castillo-Laborde y Pablo Villalobos Dintrans, "Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección".

más pobres, mediante la regulación de la calidad de los servicios, el énfasis en el tratamiento más que en la prevención y la promoción de la solidaridad entre ricos y pobres. Durante algún tiempo parecía que la norma sería viable, porque era obligatorio que todos los ciudadanos se aseguraran (con excepción de los militares y algunos empleados públicos). Para hacer ello posible se creó un fondo único de financiación al cual todos debían aportar. Según Mario Hernández, que ha estudiado la reforma colombiana de salud, a pesar del significativo incremento del gasto en salud, son evidentes la desigualdad en el acceso a los servicios, el aseguramiento parcial de la población, así como la fragmentación de un sistema en el que no había un liderazgo claro (rol que anteriormente jugó el Estado). La tendencia se acentuó unos años después, cuando el Ministerio de Salud dejó de existir como tal.¹⁹ El año 2002, durante el primer periodo del presidente neoliberal colombiano Álvaro Uribe, se decidió unir el Ministerio de Salud (creado en 1946 como Ministerio de Higiene y rebautizado como Ministerio de Salud en 1953) con el Ministerio de Política Social. Aunque recientemente todo parece haber vuelto a su estado anterior, con una nueva reforma que devuelve su autonomía a la salud, el rol y el liderazgo gubernamental en esta materia aún están en debate.

Dichos cambios estuvieron inspirados en un documento producido por el Banco Mundial en 1993, titulado *Investing in Health*. Su mensaje central era que las inversiones, tanto privadas como públicas, en los programas de tratamiento y prevención contribuirían a estimular el crecimiento económico de los países. Éstos tenían que ser eficaces e intervenciones costo-efectivas (es decir, sus resultados traducidos en cifras monetarias, generalmente por la economía que podían producir al evitar costos enfermedades, tenían que superar los gastos que significaban). El mensaje economicista del Banco Mundial reemplazaba el discurso de atención primaria de la alicaída OMS de Nakajima (aunque la OMS se recuperó algo cuando, en 1998, se eligió como director general a Gro Harlem Brundtland, una política conservadora de Noruega). Vale la pena agregar que el médico mexicano Julio Frenk, que fue director fundador del prestigioso Instituto Nacional de Salud Pública, con sede en Cuernavaca, fue un cercano colaborador de Brundtland en la OMS (años después, intentaría llegar —sin éxito— a la dirección general de la OMS, postulado por México mientras se desempeñaba como secretario de Salud de su país). No menos importante para la región fue la reunión llevada a cabo en Washington, D. C., en 1995, con la participación de: USAID, que ofreció millones de dólares para

¹⁹ Mario Hernández, "Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia".

financiar reformas de salud en la región; el Banco Mundial; el BID; la OPS; el UNICEF; la Agencia del Fondo de Población de Naciones Unidas, y CIDA, la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional.

Muchos sistemas de salud sufrieron por tener presupuestos reducidos y haber cambiado su lenguaje para utilizar los nuevos términos clave como *eficiencia*, *eficacia*, *calidad*, *productividad* y *clientes* (pacientes que debían ser “satisfechos”). El nuevo vocabulario médico-administrativo anunció el pleno retorno de la cultura de la sobrevivencia en varios países. Muchos médicos, que trabajaban en los ministerios de Salud de América Latina después del año 2000, tuvieron dificultades para coordinar sus actividades con otros sectores públicos y privados (dando lugar a una mayor fragmentación del sector salud). El lado más siniestro de muchas reformas fue que la precariedad de la atención en instituciones públicas, que teóricamente era gratuita, frecuentemente llevó a que los pacientes pagaran por implementos, como las jeringas y el material quirúrgico, si querían ser operados.

Un problema que revelaron las reformas fue el de la formación y distribución de los recursos humanos, sin lugar a dudas el activo más importante de cualquier sistema médico. La “flexibilización” de la fuerza laboral promovida por el neoliberalismo, justificada como necesaria para reducir costos e incentivar el rendimiento de los empleados, fue aplicada al sector salud. Se dio una reducción de los derechos —históricamente adquiridos— de los trabajadores, un recorte de los salarios y la creación de un tiempo promedio (alrededor de 15 minutos) dedicado por paciente. A ello se sumó la inestabilidad como resultado de contratos temporales, algo inconcebible para los trabajadores de salud comunitaria, que debían pensar en el largo plazo.

El número de trabajadores estatales de salud se incrementó, pero su seguridad en el empleo se volvió precaria. La mayoría tenían contratos precarios de corta duración (en el Perú, durante la dictadura civil de Fujimori, los contratos tenían una duración de 30 días) y parte de su trabajo consistía en llenar formularios para cada uno de los programas del gobierno central, que en ese entonces se encontraban fragmentados. A ello se añadió la necesidad de realizar múltiples trabajos y una pérdida de la autonomía del médico, porque muchos habían empezado a trabajar en compañías privadas sin dejar sus puestos en el sector público. Esto tuvo efectos contradictorios y perversos, como el ausentismo de los trabajadores en los hospitales públicos, así como los conflictos de interés entre los médicos que trabajaban allí, pero que enviaban a sus pacientes a los servicios de salud privada para su tratamiento. El problema de los recursos humanos también se expresó en la pobre distribución de los

trabajadores de salud —concentrados en las ciudades— y en la desproporción entre las diferentes categorías de profesionales y técnicos de la salud. Es decir, por un lado había insuficientes expertos técnicos y profesionales para apoyar el trabajo preventivo y comunitario, y por el otro existían demasiados especialistas médicos, principalmente en las ciudades. En estas condiciones, era difícil pensar en la prevención como una parte esencial de una política nacional y al mismo tiempo se deterioró la calidez humana necesaria en la relación médico-paciente.

Otro efecto adverso de este problema fue un incremento de la migración de médicos jóvenes, investigadores médicos y, en especial, de enfermeras de Latinoamérica hacia los Estados Unidos, Canadá, Australia y Europa (especialmente España, Italia y Gran Bretaña). También se dio una migración desde los países latinoamericanos menos desarrollados hacia los más desarrollados de la región (principalmente hacia Brasil, Chile, Argentina y México). Este problema se remonta a la época posterior a la segunda Guerra Mundial, pero adquirió importancia desde la década de los ochenta, cuando los países industrializados tuvieron una política de inmigración doble y poco ética; así, por un lado se prohibía el ingreso de los trabajadores no profesionales y, por el otro, se atraía a los profesionales bien capacitados provenientes de los países en desarrollo. La mayoría de los médicos inmigrantes trabajaban en centros de atención primaria de salud, ubicados en las zonas periurbanas y en centros de salud rural, mientras que las enfermeras empezaban en los escalafones más bajos de su profesión. Entre sus motivos para emigrar estaban la persecución política, la crisis económica y la aspiración por mejores oportunidades científicas y económicas individuales; la atracción provino de una disminución proporcional en la producción local de profesionales en países ricos que quisiesen trabajar en zonas periféricas. Sin embargo, algunos centros de educación superior latinoamericanos contribuyeron indirectamente a que se agotaran por completo los recursos locales de salud humana, porque, al imitar el modelo de las universidades estadounidenses (una meta originalmente dirigida a elevar los estándares académicos locales de excelencia), acabaron creando graduados súper especializados que no podían encontrar trabajos en su país y preferían emigrar. Otro objetivo educativo en medicina de la región que empezó a ser cuestionado fue la noción de que una formación en el extranjero, en una escuela de medicina del mundo industrializado, era necesariamente beneficiosa para los países menos desarrollados. En realidad, la mayoría de dichos médicos y enfermeras nunca regresaron a sus países. La “fuga de cerebros”, especialmente grave en algunas de las islas del Caribe, porque

allí los profesionales calificados tenían un buen manejo del inglés y acceso privilegiado a los países industrializados anglosajones, es relevante; por lo común, los profesionales que migraban llevaban consigo parte del valor de su formación en universidades públicas, y ampliaban la brecha entre lo producido en las escuelas y el número y tipo de médicos y enfermeras necesarios. El principal informe anual de la OMS, de 2006, está centrado en la migración internacional del personal de salud.

Así pues, claro que han aparecido los críticos de la globalización —y en parte de la salud global—, quienes cuestionan el supuesto de que es un proceso natural o irreversible precipitado por la tecnología, y lo ven más bien como un proceso político y económico asimétrico, señalando que el resultado en toda América Latina ha sido el estancamiento económico.²⁰ Las críticas a ese fenómeno están dirigidas a la creencia de que la expansión del mercado mundial beneficiará a las clases más pobres. Asimismo, se ha acusado a la globalización por el debilitamiento de las Naciones Unidas, por el refuerzo de un globalismo unilateral de los Estados Unidos y por la precarización del trabajo en el Estado, unido ello a la flexibilización de las regulaciones para el capital financiero, que ha producido mayores desigualdades entre países ricos y pobres, así como dentro de los países menos favorecidos. Para algunos, es poco más que una reelaboración del imperialismo, el cual busca mayores oportunidades para el capital financiero en los mercados de la salud y de la seguridad social. Investigadores y organizaciones que cuestionan la inevitabilidad de la globalización consideran que el proceso es una conspiración para terminar con lo que resta del Estado de bienestar. Ellos defienden el principio de que la salud no debería reducirse a mejorar la productividad o mantener la seguridad nacional, sino que es, más bien, un derecho fundamental de las personas y los países. Ante el fenómeno de la globalización, las organizaciones y movimientos regionales de salud se han renovado o han cobrado vida. Entre ellos están la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (Alames) y Abrasco.²¹ Estos actores han demostrado una capacidad, no sólo para resistir, sino para proponer soluciones alternativas y creativas. Los orígenes de Alames están en el Seminario Latinoamericano de Medicina Social, que tuvo lugar en la ciudad de Ouro Preto en Brasil a fines de 1984; un foro en el que se perfiló la propuesta para tratar los problemas de la salud y la enfermedad desde una perspectiva sociomédica.

²⁰ R. H. Wade, "Is Globalization Reducing Poverty and Inequality?"

²¹ Howard Waitzkin, C. Iriart, A. Estrada y S. Lamadrid, "Social Medicine Then and Now: Lessons from Latin America".

El ejemplo más significativo de un país que ha construido un sistema nacional para atender a todos los ciudadanos y ser una alternativa a la corriente neoliberal es el de Brasil con el Sistema Único de Saúde (sus).²² Su creación fue contemplada en la Constitución Federal de 1988 y se hizo posible por el movimiento de salud pública que tuvo como protagonista a Arouca, y cuyos principios se diseñaron en la Octava Conferencia Nacional de Salud realizada pocos años antes en Brasilia. Unas 5 000 personas asistieron a la conferencia, la mayoría de ellos delegados y representantes de comunidades y organizaciones de cerca de 50 millones de personas. El simposio fue inaugurado por el presidente José Sarney (elegido democráticamente y que llegó al poder después de décadas de dictadura militar). El movimiento pudo reunir a organizaciones privadas, estatales (federales, provinciales y municipales) y religiosas, así como también a los institutos de investigación de la salud como Fiocruz y Butantan, para respaldar la garantía de acceso a los servicios para toda la población. La dirección del sus se dejó en manos del Estado, que tenía mayor capacidad para establecer metas y articular a los otros sectores de salud. El sus modificó el antiguo sistema de seguridad social que estaba subordinado al Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), creado por la dictadura militar a mediados de la década de 1970, y era restringido a los empleados formales. Además, logró que las aspiraciones de universalidad, participación comunitaria, equidad y amplitud de la cobertura fueran un derecho. No obstante, es importante señalar que en los últimos años el sus ha enfrentado tiempos difíciles debido a la falta de suficiente apoyo político, la expansión de las compañías privadas de salud y los problemas de acceso a los servicios especializados de calidad.

REFORMAS DE SALUD Y BIENESTAR: NEOLIBERALES Y ALTERNATIVAS

En la década de 1980 tuvo lugar en México una reforma de salud que duró diez años. Se inició con el liderazgo del secretario de Salud Guillermo Soberón, quien contó con la ayuda del presidente Miguel de la Madrid. La oms también influyó en las reformas. De esta manera, se pusieron en marcha proyectos de asistencia social y un plan para que el sistema de salud fuese integrado, descentralizado y tuviese la participación de la comunidad. Al mismo tiempo, se

²² Nísia Trindade Lima, Silvia Gerschman, Flavio C. Edler y Julio Suárez (eds.), *Saúde e democracia: histórias e perspectivas do sus*.

puso énfasis en la reducción de los costos y se elevó la calidad y la eficiencia, consagrando un término que sería visto como una panacea por algunos trabajadores de la salud: las intervenciones “rentables”. Para reducir costos se confió en una nueva combinación entre lo público y lo privado, por lo que las negociaciones entre el Estado y los sectores privados produjeron asociaciones público-privadas. Dicha política sanitaria continuó a cargo de los siguientes secretarios, entre los que estuvieron Jesús Kumate Rodríguez (1988-1994) y Julio Frenk Mora (2000-2006). Un líder nacional e internacional fue Frenk, quien estudió medicina en México, obtuvo una maestría en Salud Pública en la Universidad de Michigan y fue secretario de Salud durante el primer gobierno democrático de México, luego del prolongado gobierno del oficial Partido Revolucionario Institucional (PRI). Frenk refinó los postulados de la reforma en una perspectiva neoliberal. Asimismo, junto con Juan Luis Londoño, el autor colombiano de la Ley 100, ya comentada, llevó a cabo un estudio financiado por el Banco Mundial que se volvió un artículo fundamental para los reformadores de la salud.²³ Proponía un sistema donde confluyesen los servicios públicos y privados, un seguro universal para atender las necesidades de salud más comunes y subsidios por el lado de la demanda, como parte de una nueva filosofía del Banco Mundial, según la cual no era necesario ampliar la oferta de servicios, sino más bien darle incentivos a la población para que utilice los ya existentes. El plan implicó que los servicios públicos y privados debían competir para captar pacientes, y redefinió de esta forma a las autoridades de salud como entidades normativas más que operativas. El ministerio de Frenk, en México, tuvo a partir de 2004 un programa de seguro nacional de salud integral, conocido como el Seguro Popular, que garantizaba el libre acceso a más de cien intervenciones médicas (incluyendo el cáncer en niños y el sida). Las intervenciones se llevaban a cabo en clínicas ambulatorias y hospitales generales, e incluyeron a millones de personas que antes no habían tenido un seguro. Ellos eran parte de un programa llamado Oportunidades, que suponía transferencias de dinero en efectivo condicionadas, además de brindar apoyo nutricional a familias pobres a cambio de que utilicen los centros de salud y envíen a sus hijos a la escuela. Sin embargo, aunque se salvaron muchas vidas individuales entre los sectores más pobres de la sociedad, los críticos argumentaron que el énfasis del programa estaba en la eficiencia administrativa. Sintomático del nuevo régimen fue que, en el año 2012, el secretario de Salud de México fue Salomón Chertorivski Woldenberg, un empresario y econo-

²³ Juan Luis Londoño y Julio Frenk, “Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America”.

mista graduado del Instituto Tecnológico de Monterrey y con estudios en la Escuela de Administración de la Universidad de Harvard. Las calificaciones como médico o experto en salud parecían menos importantes para el liderazgo en salud que ser un buen gerente y administrador (una tendencia similar ocurrió ese mismo año con el nombramiento de Gabriel Jaramillo, un banquero colombiano-brasileño, como gerente general del Fondo Mundial para la Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis con sede en Ginebra).

En toda la región se pusieron en marcha programas de asistencia social que emularon al mexicano.²⁴ Los gobiernos tanto de izquierda como de derecha reprodujeron el patrón. En su dimensión más positiva, este tipo de programa era un medio para reducir la pobreza extrema, promover la igualdad de género, fomentar la participación comunitaria y la corresponsabilidad en los programas sociales y, asimismo, garantizar la igualdad de oportunidades. Casi todos hicieron hincapié en los programas de transferencias condicionadas de dinero en efectivo para las familias pobres; para muchos de la izquierda se trataba de un complemento a sus programas de atención primaria de salud. El año 2003, el presidente brasileño Luiz Inácio Lula da Silva creó *Bolsa Família* para garantizar pequeñas sumas de dinero en efectivo para millones de familias pobres de Brasil si se comprometían a mantener a sus hijos en los colegios públicos y los hacían vacunar (lo que se realizaba gratuitamente en los centros de salud pública). Dos años después, el presidente socialista de Chile, Ricardo Lagos, lanzó el plan Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE), también conocido como el programa Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) para fortalecer al reconstruido sistema universal del cuidado de salud, que garantizaba la cobertura para setenta problemas de salud con una elevada morbilidad. En 2007, el gobierno de izquierda del Uruguay, dirigido por un oncólogo, el presidente Tabaré Ramón Vázquez Rosas (quien en lo económico no siguió una política de izquierda sino que implementó políticas neoliberales), creó un sistema de salud unificado similar al de Brasil que contenía programas antipobreza. Sin embargo, si se examinan estos cambios se puede ver que los planes privados no siempre entregaban una proporción mayor de beneficios que los que tenían antiguamente los planes de los seguros públicos, y que incluso el supuesto acceso universal de la población a la salud no siempre se consiguió. Al mismo tiempo, se ensalzó la eficiencia y la costo-efectividad de las intervenciones por encima de la equidad y la cobertura; ello provocó que la salud pública se redujera a un rol asistencial, que enfatiza-

²⁴ Aline Fátima do Nascimento y Carlos Nelson dos Reis, “Os programas de transferência condicionada na América Latina: especificidades de uma realidade que se mantém”.

ba el tratamiento por encima de la prevención, la educación y la participación de la comunidad.

Venezuela tomó un rumbo diferente, tratando de poner en marcha un nuevo sistema de APS parecido a la visión integral de Alma-Ata. Después de llegar al poder en 1999 y anunciar cambios radicales, el gobierno de Hugo Chávez creó un nuevo Sistema Público Nacional de Salud, que consolidaba el liderazgo del Estado en las municipalidades y otros subsistemas de salud, y promovía paralelamente el ambicioso programa Misión Barrio Adentro (MBA).²⁵ Estas misiones fueron diseñadas para ofrecer atención médica en las zonas rurales y urbanas pobres a través de farmacias y clínicas populares, y que idealmente tratarían a 300 familias cada una (para el año 2008 ya había tres mil clínicas de este tipo en Venezuela). La MBA contó con la colaboración de expertos en salud de Cuba, cuyo número a la larga llegó a poco más de 20 000. El programa buscaba promover la efectiva colaboración entre las poblaciones de los barrios, los agentes comunitarios y los trabajadores de salud venezolanos y cubanos que vivían en las comunidades beneficiadas, al mismo tiempo que integraban los programas de salud con las transformaciones sociales que el régimen estaba tratando de conseguir. Uno de los principales protagonistas de las MBA fue la segunda persona que ocupó el cargo de ministro de salud de Chávez, la neuróloga y especialista en salud pública María Urbaneja, nombrada en 2002, un año difícil para el régimen por las crisis del petróleo, las huelgas y los frustrados intentos de golpe de Estado (se mantuvo en el cargo tan sólo un año). Urbaneja se comprometió a ampliar los servicios preventivos y hospitalarios y hacer de la salud parte de las transformaciones sociales. Este último fue un desafío que el programa no fue capaz de superar por el autoritarismo del gobierno, lo que puso en riesgo la participación popular y generó resistencia entre algunos profesionales médicos venezolanos, los cuales practicaban la medicina privada. La reforma también sufrió la resistencia de diferentes organismos, como el Instituto de Seguridad Social, el Instituto de Prevención y Asistencia Social para el Personal del Ministerio de Educación y los Hospitales de las Fuerzas Armadas, que mantuvieron su distancia frente a los cambios en el Ministerio de Salud.

Los problemas de las MBA venezolanas no fueron los únicos. El sistema de atención primaria de salud de Cuba se encontraba en una profunda crisis hacia el final de la Guerra Fría. El “periodo especial” comprendía la etapa del fin de los subsidios económicos del antiguo bloque soviético terminados los

²⁵ Charles L. Briggs y C. Mantini-Briggs, “Confronting Health Disparities: Latin American Social Medicine in Venezuela”.

años ochenta. Así, la recuperación duró hasta bien entrada la década de 1990. El Estado aún mantenía la infraestructura, las instituciones y el personal de salud aliado que, en el papel, ofrecían una impresionante red de apoyo holístico de salud (en efecto, el régimen sostenía que había excedido los ideales adoptados en la Declaración de Alma-Ata). Sin embargo, se volvió un sistema de atención de salud que no contaba con las herramientas terapéuticas o de diagnóstico más elementales, y donde los salarios de los profesionales de salud eran precarios. El sistema de dispensarios, que tenía equipos de médicos y enfermeras residentes en cada barrio, a menudo no contaba con las medicinas necesarias. El acceso al tratamiento aún más sofisticado y especializado disponible en algunos policlínicos, hospitales y farmacias requería, cada vez más, de un pago en moneda extranjera. Personal de salud mal remunerado y peor equipado alimentó la falta de entusiasmo, por lo que difícilmente podían enfocarse en el cuidado preventivo y la promoción de la salud pública. Paradójicamente, como en el caso de los países con reformas neoliberales, los indicadores nacionales de salud se elevaron en Cuba durante el periodo en el que esta crisis se agudizó, aunque no queda claro si éstos, al descomponerse, reflejarían también las crecientes desigualdades internas que están surgiendo en la sociedad cubana.

Durante el “periodo especial” en que se desmoronaron los regímenes soviéticos en Europa Oriental, de extrema escasez de las reservas en moneda extranjera y de tantas necesidades de la vida cotidiana en la isla caribeña, la medicina se convirtió en una importante fuente de ingresos de divisas para Cuba. Ello ocurrió frecuentemente con la exportación de médicos para obtener subsidios comerciales (por ejemplo, Venezuela enviaba petróleo a Cuba a cambio de sus médicos para las MBA). Otra área en que los cubanos alcanzaron notoriedad internacional fue en el campo de la biotecnología. Un aspecto interesante del “modelo cubano” es que su compromiso con la medicina preventiva no significó el abandono de su participación en la investigación médica de vanguardia. La dirigencia revolucionaria se embarcó en un agresivo programa de capacitación de jóvenes investigadores en el bloque soviético y en otros países de Europa Occidental. Diez años antes del retiro de la ayuda soviética en la década de 1980, el gobierno cubano recurrió a sus investigadores para diseñar nuevos medicamentos y desarrollar biotecnologías para la exportación (como el interferón, vacunas como la que existía contra la hepatitis B y meningitis, y terapias de algunos cánceres). Ello se institucionalizó en 1986 con la inauguración del Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología de Cuba, una división de investigación que supervisó el desarrollo de la exito-

sa biotecnología cubana. Como señala Simon Reid-Henry en su estudio sobre ésta en la “periferia epistémica”, la particularidad del caso cubano recae en su habilidad para poner la biotecnología al servicio de la salud pública.²⁶ Estos ensayos no siempre tuvieron éxito, y los críticos han señalado que plantean cuestiones éticas sobre la eficacia de la investigación en salud pública, la cual ha sido posible gracias a las decisiones de un Estado autoritario con capacidad para movilizar al público según sus estrictos dictados. Sin embargo, Cuba ha sido capaz de convertir este sistema, con sus clínicas y tratamientos experimentales —que, independientemente de su efectividad, no siempre recibieron la aprobación de las agencias estadounidenses que actúan como referente mundial—, en una atracción médica global. La isla logró atraer a clientes acaudalados de países ricos y generar los recursos necesarios para desarrollar vacunas y productos biotecnológicos.

A inicios del siglo XXI se popularizó un nuevo concepto entre algunas sociedades latinoamericanas, los trabajadores de salud y las agencias internacionales: la *salud intercultural*.²⁷ Al ser usado este término por organismos oficiales, se reconocía la persistencia de miles de parteras, herbolarios, hueseros, curanderos, chamanes y espiritistas, así como el hecho de que los indicadores de salud para los pueblos indígenas revelan serios problemas, especialmente en la mortalidad materna e infantil. La nueva noción fue entendida como un puente necesario entre diferentes sistemas de salud tales como la medicina occidental, la medicina indígena tradicional, la medicina herbolaria y la homeopatía. Estas dos últimas ya eran legalmente permitidas en la mayoría de las ciudades, a veces definidas como medicinas alternativas, y contaban con asociaciones oficialmente reconocidas. Más difícil fue que la interculturalidad en salud contagiase la educación médica, por lo que su consecución definitiva sigue siendo un reto.

En varios países han ocurrido novedades en salud intercultural que son prometedoras. Las movilizaciones sociales y rurales de la década de los noventa tuvieron una influencia en la Constitución de 1990 en Ecuador, país reconocido como una nación multicultural y multiétnica, que establece el respeto a quienes practican la medicina tradicional. Un año después, el Ministerio de Salud Pública del Ecuador creó una Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas. En 2008, otra Constitución política ecuatoriana incorporó el principio indígena de *Sumak Kawsay* (el buen vivir en armonía con la naturaleza), y se comprometió con enfoques interculturales sanitarios.

²⁶ S. M. Reid-Henry, *The Cuban Cure: Reason and Resistance in Global Science*, p. 162.

²⁷ Oswaldo Salaverry, “Interculturalidad en salud”.

En Bolivia se dio un reconocimiento constitucional similar, cuando el gobierno del presidente Evo Morales patrocinó y financió farmacias interculturales y centros de salud donde doctores de la medicina occidental y kallawayas están disponibles para cualquier consulta. En 2006 se creó un Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad en el Ministerio de Salud, y un año después el gobierno ratificó la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Estas decisiones tienen el potencial de darle un enfoque más holístico a la medicina, al igual que adaptar las políticas de salud para satisfacer las necesidades de las familias indígenas; con ello se espera lograr la reforma de la educación médica. Sin embargo, aún no está claro cuán efectivas serán estas políticas de salud intercultural en romper las barreras tradicionales y crear una articulación de calidad, sólida y sostenible entre los practicantes de la medicina herbolaria, la ciencia farmacéutica y la bioquímica. También está la cuestión de si se abrirá o no un espacio significativo para las asociaciones médicas indígenas y las medicinas alternativas al lado de las instituciones más establecidas del sistema médico oficial. Para algunos expertos, no es sólo una cuestión de reconocimiento de las culturas médicas indígenas o de reformas en la educación médica profesional, sino que también implica resolver las desigualdades intrínsecas a la pobreza rural, como el analfabetismo, el desempleo y la falta de acceso a los servicios públicos.

Tampoco queda claro si el nuevo enfoque de salud intercultural podrá reducir las disputas sobre los derechos de propiedad intelectual que surgen del uso comercial de la biodiversidad. Estas disputas existen porque frecuentemente las culturas indígenas no son tomadas en cuenta en la búsqueda de nuevos medicamentos derivados de las prácticas herbolarias tradicionales. Un programa etnobiológico denominado International Cooperative Biodiversity Groups (ICBG), o Grupos Cooperativos Internacionales de Biodiversidad, del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos, fue creado en 1993 para promover la investigación en las universidades estadounidenses, de América Latina, Asia y África acerca de recursos genéticos únicos, así como para investigar plantas y animales —utilizados por los médicos tradicionales— con potencial uso farmacéutico. Sin embargo, en 2001 el grupo ICBG —dedicado a recolectar información sobre la población maya de Chiapas, México— fue clausurado por el descuido en obtener el consentimiento previo informado de los grupos indígenas locales.

La popularidad de las hierbas nativas a escala global es parte de un proceso mayor de globalización de los servicios médicos. Cada vez más pacien-

tes y compañías de países industrializados buscan atención médica menos costosa en desarrollo, con frecuencia en Cuba y en ciudades latinoamericanas, que pueden ofrecer una atención de calidad. Inicialmente la demanda era por la atención dental, la cirugía oftalmológica y el tratamiento cardiovascular y ortopédico, pero después llegó a cubrir una gama de condiciones diferentes. Los factores que conducen a la expansión incluyen una demanda creciente e insatisfecha en los países desarrollados, tratamientos lentos y complicados en sus clínicas y una decreciente cobertura en los seguros de salud. De hecho, las farmacias, las clínicas dentales y los consultorios médicos mexicanos se han vuelto una fuente de atención médica importante para los residentes de los Estados Unidos, incluyendo a los hispanos de segunda generación que viven cerca de la frontera con México. Los pacientes de los países industrializados incluso buscan a los médicos tradicionales, porque están cansados de las relaciones doctor-paciente que se han vuelto rápidas, tecnológicas y deshumanizadas. El ideal de la búsqueda de un balance entre la naturaleza, el estilo de vida y el cuerpo humano ha regresado con fuerza en una serie de movimientos de autoayuda y terapia complementaria. Asimismo, surgió en la literatura popular y en los artículos de algunos periódicos la idea de que la medicina indígena, afroamericana, asiática y homeopática era superior a la biomedicina por ser más efectiva y menos costosa. A mediados de los años ochenta, las autoridades de salud brasileñas reconocieron a miles de homeópatas, siendo posteriormente integrados al sistema único de salud (sus). Esto era, según Madel T. Luz, el reconocimiento de que el derecho a la asistencia no solamente tenía que ser universal, sino también integrar el concepto de la potestad de escoger el tratamiento que el paciente y sus familiares querían recibir.²⁸ Este tipo de medicina, por lo general, era integrada al concepto de medicina alternativa, que se hizo popular en las ciudades, y se caracterizaba porque enfatizaba el uso de productos naturales, de métodos parcialmente reconocidos en las tradiciones médicas ortodoxas, como la fisioterapia, y porque criticaba el exceso de uso de tecnología médica. El precursor en la trayectoria literaria fue un antropólogo peruano, Carlos Castaneda, que publicó una serie de libros que fueron traducidos a diversos idiomas (el primero se tituló *The Teachings of Don Juan: A Yaqui Way of Knowledge*, 1968).²⁹

²⁸ Ello es discutido en Madel T. Luz, *A arte de curar versus a ciência das doenças, história social da homeopatia no Brasil*.

²⁹ Edición en español: *Las enseñanzas de Don Juan: una forma yaqui de conocimiento*, trad. de Juan Tovar, prólogos de Octavio Paz y Walter Goldschmidt, 2ª edición, Fondo de Cultura Económica, México, 2000.

Los latinoamericanos ricos y de la clase media alta, desconfiados de sus propios profesionales médicos, acuden masivamente a los hospitales de Miami, donde, paradójicamente, son tratados a menudo por graduados hispanos, formados en América Latina, que han migrado a esa ciudad. Un área del turismo médico en la que los brasileños han logrado fama internacional entre los miembros de la clase alta de todas partes del mundo es la cirugía plástica cosmética. La reputación en este campo está ligada a la fama del médico brasileño Ivo Pitanguy (1926-2016), quien estudió en el Bethesda North Hospital en Cincinnati y después en Europa, regresando a su país de origen en 1953 (diez años después abrió una célebre clínica privada especializada en estética en Rio de Janeiro). En poco tiempo creó un negocio multimillonario con un centro de formación para cientos de cirujanos plásticos que acudían a Brasil desde muchas partes del mundo. Como resultado, el país consiguió tener un excedente de cirujanos “rejuvenecedores” y les prestó poca atención a los procedimientos reconstructivos. Su trabajo se vio alentado por la publicidad alrededor de los productos farmacéuticos de belleza, al igual que por los ideales de belleza física retratados en los medios de comunicación a principios del siglo XXI.

Los defensores de la salud global han reconocido la necesidad de incluir la salud intercultural, controlar el lado perverso del mercado médico y eliminar los efectos negativos de la globalización económica.³⁰ Ello ha significado el reconocimiento del alcance de la marginación de los grupos étnicos pobres, así como el peligro de la propagación de las enfermedades, creado por el comercio de alimentos y sustancias dañinas a la salud (por ejemplo, las derivadas del uso del tabaco y la obesidad como consecuencia del bajo contenido nutricional de muchas comidas rápidas). Los países con profundas desigualdades sociales como el Perú han sufrido doblemente: por un lado, la desnutrición entre los niños del campo, y, por el otro, los elevados índices de sobrepeso y obesidad entre los hombres y mujeres de los barrios marginales.

Aunque la definición del término “salud global” es un proceso abierto, comúnmente se le asocia con una crítica a las limitaciones de los organismos bilaterales y multilaterales tradicionales, así como a las de los ministerios de Salud de cada nación. Sus promotores y quienes la practican se centran más en controlar y tratar enfermedades que en prevenirlas; así, consideran que nuevos actores, como las ONG, los grupos de pacientes y donantes privados, participan con mayor dinamismo y asumen roles de liderazgo. También se

³⁰ Julio Frenk y Octavio Gómez-Dantés, “La globalización y la nueva salud pública”.

dice que la salud global puede ser útil para sacar ventaja de los beneficios de la globalización y neutralizar sus efectos negativos, como el estigma, la exclusión y las desigualdades. Con suerte están en lo cierto, y una articulación dinámica de enfoques “globales” neoliberales y de atención primaria de salud podrá asegurar la salud para todos los latinoamericanos en el siglo XXI. Desdichadamente, responder a este desafío significa algo que no es fácil: una combinación flexible entre sistemas médicos que refuercen el sentido de una ciudadanía que incluya derechos sociales como la salud, garantice las oportunidades democráticas en el desenvolvimiento individual y de grupo en estos derechos, y permita el progreso económico y el bienestar para todos.

Las voces de América Latina seguramente serán parte de la definición del futuro de la salud global. Líderes sanitarios han trabajado o han sido candidatos de fuerza para los cargos de mayor responsabilidad para agencias internacionales. Los actores de la región son reconocidos por sus contribuciones al orden de prioridades y los debates lanzados por las Naciones Unidas en el año 2000 con sus Ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDG por sus siglas en inglés, correspondientes a Millennium Development Goals), tres de los cuales están claramente relacionados con la salud: la reducción en la mortalidad infantil, el control de las enfermedades y la mejora de la salud materna. Así, la discusión actual versa sobre cómo renovar estos objetivos en un nuevo plan de acciones impostergables para el desarrollo global después del año 2015, inicialmente establecido como plazo final para lograr los MDG. Entre estos nuevos objetivos, el concepto de *cobertura universal de salud*, que significa acceso universal a los servicios de salud para todos los ciudadanos, independientemente de su posibilidad de pagar por estos servicios, es promovido con entusiasmo por la OPS, la OMS y el Banco Mundial; ello se está convirtiendo en un principio organizador para varios sistemas de salud en la región. Los latinoamericanos también han tenido un papel clave en las ideas propuestas desde el año 2005 por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Comisión de Salud de la OMS sobre las desigualdades en las condiciones de vida y las vulnerabilidades de los más pobres.³¹ Estos determinantes se entienden como las condiciones sociales injustas y evitables en las que las personas nacen, crecen, viven, envejecen y/o trabajan, y las hacen vulnerables a las enfermedades. Éstas existen entre países y dentro de ellos, y afectan en especial a las mujeres, a los grupos étnicos marginalizados y a las minorías sexuales. Es decir, es una

³¹ Un artículo que destaca la experiencia latinoamericana en los determinantes sociales es O. Solar y A. Irwin, “Social Determinants, Political Contexts and Civil Society Action: A Historical Perspective on the Commission on Social Determinants of Health”.

propuesta que ya no solamente observa los indicadores nacionales de salud, sino que también presta atención a las inequidades internas. Diferentes expertos ven en las ideas de esta comisión una continuidad con la Declaración de Alma-Ata y con una visión integradora, que identifica las causas sociales de la salud y la enfermedad. Las tremendas desigualdades, que existen en la salud y han sido resaltadas por la comisión, se reflejan en hechos como la marcada diferencia en la expectativa de vida entre los indígenas de las áreas rurales y las personas de las ciudades (en promedio 10 años), el desigual acceso a los sistemas de agua segura y las tasas de mortalidad materna —evitables en gran medida con infraestructura sanitaria, la adecuada nutrición y el acceso a los centros de salud—, que son más altas entre las poblaciones rurales que en las ciudades. Otros, más críticamente, acusan a esta perspectiva de ser tímida en su formulación de las causas de las enfermedades, al no haber tenido en cuenta aquellas responsables del deterioro de la vida. El trabajo de la comisión condujo a la realización de una conferencia mundial, llevada a cabo en Rio de Janeiro en octubre de 2011. Esto fue el resultado en buena parte del hecho de que Brasil creara una Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) en 2006, aproximadamente un año después de la comisión de la OMS formada en Ginebra.

Este tipo de trabajo es crucial. Si se mide en términos regionales, ha habido una clara mejoría en cuanto a los indicadores nacionales de salud, como la expectativa de vida y la detección temprana del cáncer. Sin embargo, entre los países de la región —así como dentro de ellos— persisten las desigualdades en la salud y siguen apareciendo brotes epidémicos, en contra de los cuales no hay siempre una respuesta rápida y adecuada. Los Estados que siguieron un programa de APS integral, al igual que aquellos que eligieron un modelo de salud pública más individualista y tecnológico, han experimentado una mejora en los indicadores nacionales en estas áreas. Sin embargo, las evidencias preliminares sugieren que la versión holística tiene más ventajas que el enfoque neoliberal de la reforma de la salud, porque esta última ha dado lugar a mayores desigualdades dentro de las sociedades, no sólo en función de la salud, sino también en otros indicadores sociales.³²

Existe una brecha de salud entre, por un lado, los habitantes urbanos de las clases media y alta con acceso a buenos servicios médicos públicos y privados, y, por otro, grupos sociales en extrema pobreza, que habitan en los barrios urbano-marginales y en el campo, y que tienen limitado acceso a dichos

³²J. A. Montecino, "Decreasing Inequality under Latin America's 'Social Democratic' and 'Populist' Governments: Is the Difference Real?"

servicios. Los grupos étnicos marginados, en particular, sufren de preocupantes y persistentes tasas de mortalidad materna y neonatal, mayor riesgo de desnutrición y obesidad, mayor vulnerabilidad en relación con las enfermedades mentales y de transmisión sexual, y dificultad para acceder a los servicios médicos. El género también es un factor, porque frecuentemente las mujeres cuentan con servicios de salud más precarios. En un sentido, no sorprende encontrar indicadores de salud diferenciados en una región que ya es considerada la de mayor grado de inequidad social del mundo. La superación de estas desigualdades representa uno de los mayores retos para lograr un futuro socialmente inclusivo para América Latina y el Caribe.

CONCLUSIONES

¿Existen patrones recurrentes en la historia de la medicina y la salud pública en América Latina? Nosotros creemos que sí. En primer lugar, hemos visto que en la región se presenta un creciente intercambio de los diferentes sistemas médicos derivados de las culturas coexistentes. Éste es un proceso que tiene su origen en la conquista del siglo xvi y se enriqueció durante las siguientes décadas con la llegada de trabajadores e inmigrantes de diferentes culturas. A diferencia de la aparente autoridad o ideal civilizador logrado por la medicina occidental en diferentes momentos de la historia de América Latina, los factores reinantes en los discursos y prácticas médicas de la mayoría de la población han sido la heterodoxia y la discordancia. El pluralismo médico no ha sido el resultado de deficiencias en el sistema médico, sino más bien una forma de interacción entre diversas ideas sobre la vida, el cuerpo y la enfermedad.

La investigación médica lograda a fines del siglo xix y principios del xx, por personalidades como Carlos Finlay en Cuba, Oswaldo Cruz y Carlos Chagas en Brasil, Carlos Monge en el Perú y Bernardo Houssay en Argentina, destaca un segundo patrón recurrente: la cultura médica y la salud pública de la región —creadas gracias a la circulación de ideas, personas y productos biológicos— han estado marcadas por procesos de adaptación y negociación local. Estas dinámicas trascienden cualquier forma de dependencia concebida en función de centro y periferia, donde esta última tendría una actitud pasiva, sumisa o mimética con respecto a las culturas metropolitanas. El fruto de este intercambio creativo es que cada vez hay una mayor participación de los latinoamericanos como individuos, gobiernos y organizaciones no gubernamentales (ONG) en redes y discusiones internacionales sobre el futuro de la medicina, la investigación médica y la salud. Recientemente, algunas voces latinoamericanas han estado presentes en temas como las dimensiones de la bioética, y han participado en campañas del Fondo Global para controlar el VIH, la malaria y la tuberculosis, así como para implementar la cobertura universal de salud y la comisión de determinantes de salud. Esta afirmación no ignora la existencia de relaciones políticas y económicas asimétricas entre América Latina y los países industrializados del mundo, ni la cooptación de muchas personas

altamente calificadas en instituciones metropolitanas, sino que trata de superar el persistente punto de vista tradicional, el cual considera que todo debe definirse desde el extranjero. El concepto de *coevolución asimétrica*, que presenta Michael Osborne para la ciencia imperial francesa, puede ser de utilidad, no sólo para entender la relación entre América Latina y la metrópolis del mundo, sino también para comprender las flexibles fronteras que se establecen entre ellas, la “inesperada” participación de actores no oficiales y el proceso de creación de jerarquías del conocimiento en redes de alcance mundial que son aceptadas y promovidas por todos sus miembros.¹

Un tercer patrón ha sido la creciente toma de conciencia entre los actores regionales de la salud respecto del trabajo de prevención, tratamiento y rehabilitación como una sola cosa, más que el mandato de diferentes disciplinas o profesiones. Esto ha sido claramente demostrado por los diferentes esfuerzos de activistas latinoamericanos contra el sida, donde el uso de antirretrovirales implicaba obtener el compromiso de familiares, amigos y compañeros de los pacientes, para que en conjunto se involucren en programas de prevención. De esta manera se ha visto también el progresivo acercamiento entre la medicina occidental y las medicinas alternativas. No obstante, a pesar de la retroalimentación entre tratamiento y prevención, y entre la medicina popular y mundial, persiste un problema de asimetría, donde se priorizan las respuestas rápidas asociadas al tratamiento y los grupos más cercanos al poder como los profesionales de salud. Este problema de asimetría es derivado de la doble condición de tener sociedades internamente desiguales —abismalmente desiguales en algunos casos— y algunos líderes de países industrializados, quienes consideran que los países en desarrollo deben seguir siéndolo; es decir, no fortalecen las posibilidades para que progresen definitivamente. Ello ocurre paralelamente a la coexistencia de saberes que interactúan pero mantienen fronteras. Por ejemplo, a pesar de que los profesionales de la salud reconozcan las así llamadas medicinas alternativas, la mayoría de los programas de educación médica no tienen cursos de salud intercultural y sus graduados siguen considerando primitivas las creencias multicausales, pluralistas y sobrenaturales de la etiología, el diagnóstico e, inclusive, el tratamiento de la medicina popular. Simplistamente desechan las ideas acerca de que la humedad es la causa del reumatismo, que el aire transmite a través de la suciedad patógenos, que el frío produce la gripe o que una mirada venenosa puede producir un mal a un niño; y que todo lo anterior se puede arreglar si el doliente está

¹ Michael A. Osborne, “Science and the French Empire”.

dispuesto a reordenar sus lazos espirituales con la familia y la comunidad, y tomar productos naturales indicados por los curanderos o someterse a purgas o ayunos. La tendencia de los actores metropolitanos a generalizar las experiencias de un solo modelo para el resto del mundo necesita ser cuestionada constantemente en América Latina.

Igualmente, existe una necesidad de superar el peligroso olvido al que a veces se ha relegado a la considerable investigación médica latinoamericana, acercándola al escenario mundial y promoviendo un adecuado reconocimiento. Ello no implica dejar de considerar los problemas. Por ejemplo, mientras que puede considerarse un logro el aumento de la cantidad de artículos científicos en la región, es sin duda aún un desafío que la cantidad de citas en revistas internacionales no haya crecido significativamente. Sin embargo, no es sólo un problema internacional. Los actores de la salud latinoamericana tienen que asumir la responsabilidad por el desarrollo contradictorio de sus sistemas de medicina y salud pública. Necesitan volver a los problemas que surgen de la falta de continuidad en los proyectos, la asignación equivocada de las prioridades y la fragilidad de las alianzas políticas con los trabajadores de salud. Asimismo, deben superar la endemoniada obliteración de muchos proyectos. Los ideales sanitarios, sean éstos coloniales, republicanos o neoliberales, han sido imaginados y aplicados fervientemente, sobre todo al principio, cuando tienen un mayor impacto en la población y sus resultados se pueden evaluar rápidamente. Pero con el tiempo han perdido consistencia y sostenibilidad, y a menudo han sido reemplazados, casi inadvertidamente, por programas o regímenes sanitarios nuevos y sin ningún examen crítico sobre las ventajas o limitaciones del enfoque previo. La falta de sustentabilidad de los mismos refuerza un patrón circular de la historia de la salud, donde cada cierto tiempo los trabajadores de salud se entrampan en problemas similares y ensayan respuestas que acaban por ser inconclusas.

La incoherencia y la discontinuidad revelan —en el fondo— la falta de institucionalidad y de compromiso político de los proyectos sanitarios. Una tendencia regional a la discordancia entre los ideales, la sostenibilidad y los logros concretos fue resultado de la inevitable dificultad de la construcción de un Estado de bienestar en una sociedad poscolonial. El contagio de la corrupción —que puede atrapar a cualquier funcionario— es poderoso en un contexto donde los recursos son escasos, el poder externo es influyente y la redistribución es sesgada. Éstos son también problemas heredados que, provenientes de la sociedad colonial, se recrearon y —en algunos casos— se intensificaron durante la república, combinándose con el racismo y la supuesta explicación

racial en el origen de ciertas enfermedades. En resumen, la falta de continuidad, la escasa institucionalidad, así como los prejuicios y la fragmentación social son parte de un círculo vicioso del que es difícil escapar.

Las respuestas oficiales a las epidemias también constituyen un modelo que podría ser mejor descrito como parte de una cultura de la sobrevivencia. El caso de la erradicación de la malaria en la década de los cincuenta es un ejemplo ilustrativo de ello. La primera característica de este modelo fue la glorificación de la tecnología, vinculada a una suposición que sostenía que el éxito conseguido en una región específica podía aplicarse efectivamente en cualquier contexto y que la tecnología era tan poderosa que no requería ninguna adaptación a la realidad local ni consideración por las idiosincrasias culturales. Esta creencia era sustentada por una comunidad epistémica transnacional integrada por directores de agencias bilaterales y multilaterales, así como por las élites políticas y sanitarias nacionales. Así, la erradicación se volvió la única “verdad” y, en palabras de algunos de los defensores de la eliminación de la malaria y de sus postulados, conformaba una “doctrina” (un término que connota la rigidez de los programas). Como resultado, se olvidaron experiencias del pasado, se ignoraron los puntos de vista alternativos que pusieran en duda la inflexibilidad y se desechó el trabajo integral anteriormente aplaudido. Esta “cultura” también reforzó la esperanza en que los nuevos métodos y una gestión eficiente resolvieran los complejos problemas de salud. La impronta tecnológica no le concedió mucha importancia a la construcción de sistemas sanitarios integrales ni a la educación de la comunidad, ni tampoco a la identificación de las necesidades que debían ser atendidas por los programas de salud.

Al mismo tiempo, las trompetas de triunfo, que sonaban por las nuevas tecnologías —DDT en el caso de la malaria, o, más recientemente, la concentración en la distribución de los antirretrovirales, los mosquiteros impregnados de insecticidas para la malaria y el tratamiento supervisado o DOTS para la tuberculosis—, han dado por sentado que el objetivo de las campañas no podía lograr cambios significativos en las condiciones de vida de los más pobres, un proceso percibido como más prolongado y difícil.² Se creía que el deber de los servicios de salud era principalmente el control de las enfermedades, un poco menos la promoción de la salud, pero ciertamente no se pensaba que debían solucionar los problemas que estaban detrás de la pobreza. Más aún, se suponía que, con el tiempo, la racionalidad y la supuesta perfec-

² Véase Marcos Cueto, “Malaria and Global Health at the Turn of the 21st Century: A Return to the Magic Bullet Approach”.

ción de las técnicas llegarían a desplazar otros tipos de nociones y prácticas sanitarias, como los sistemas indígenas, asiáticos o afroamericanos. Sin embargo, la resiliencia de dichas culturas fue notable.

Las campañas de salud que intentaron asimilar a las poblaciones rurales y pobres a una cultura de mercado —que hablaba castellano o portugués y participaba del sistema político establecido—, de hecho, terminaron reforzando la marginación y el prejuicio, al mismo tiempo que estigmatizaron las prácticas de salud populares. Paralelamente, dicha asimilación fue motivada por el ideal de un tipo único de ciudadano higiénico. La mayoría de los habitantes reales y culturalmente diversos de las áreas rurales no fueron reconocidos como ciudadanos con plenos derechos, por no representar o adoptar el ideal de modernización. Así, el estado de la salud y el acceso a los servicios de salud fueron una señal importante para la ciudadanía moderna en la mayoría de países. Ello también se reflejó en la tendencia a acusar a las víctimas (por ejemplo, echándoles la culpa del sida a los hombres gays, o del cólera a los indígenas), aprovechándose de estereotipos populares y buscando confirmar que los pobres, al igual que los enfermos, tenían que cargar con la culpa de su propio destino.

La cultura de la sobrevivencia dio por sentado que toda la tecnología necesaria estaba disponible y había sido validada en las revistas académicas internacionales: lo único que debía hacerse era implementarla. Las adaptaciones locales, cuando surgían, eran más difíciles de convertir en alternativas. El supuesto se inscribía en una tendencia tradicional, al considerar que era imposible hacer investigación relevante —básica o incluso aplicada— en los países en desarrollo, ya que eran percibidos como simples receptores de ciencia y tecnología. Como resultado, se prestó insuficiente atención a fortalecer las capacidades locales para generar conocimiento. Sin embargo, y a pesar de todo, surgieron esfuerzos locales que negociaron la adopción de —o rechazaron de plano— la tecnología y los programas diseñados en el extranjero.

Una segunda característica de la cultura de la sobrevivencia fue una discontinuidad en los esfuerzos y la fragmentación institucional. Programas y campañas languidecían cuando no lograban conseguir sus objetivos en los términos inicialmente propuestos. Ello terminó creando confusión y un retroceso desorganizado de lo que podría haber sido una motivación loable para poner fin a importantes problemas humanos. Se prestó insuficiente atención a la necesidad de analizar las dificultades encontradas con el fin de llamar la atención sobre los desafíos que la salud pública debía enfrentar. Cuando el trabajo se complicaba, había una actitud recurrente de olvidar los objetivos

iniciales que se habían propuesto, celebrando los pequeños logros alcanzados y reorientando la participación hacia algo diferente. La rigidez que impedía reconocer los errores provenía, en parte, de la influencia militar que existe en casi todos los proyectos políticos y burocracias estatales. Debido a la incapacidad para erradicar la malaria, se produjo un cambio con insuficiente discusión hacia nuevos objetivos y plazos, como el expresado en el lema “Salud para todos en el año 2000” lanzado por la conferencia de Alma-Ata organizada por la OMS en 1978. Hacia 1999, la nueva meta era “Salud para todos en el siglo XXI”. Esta discontinuidad se volvió una característica del trabajo en el ámbito de la salud; así, muchos sistemas de salud latinoamericanos estuvieron marcados por dicha fragmentación. Tenían, por ejemplo, programas verticales desconectados y moribundos similares a la campaña de erradicación, y algunas alternativas y programas más holísticos, que formal o informalmente suscribían la atención primaria de salud. El problema principal con esta tensión fue que creaba rivalidades y superposiciones, y minimizaba las condiciones para la capacidad de autocrítica o la integración de programas aparentemente disonantes. Esta segunda característica de la cultura de la sobrevivencia —discontinuidad y fragmentación— debilitó la construcción de sistemas sanitarios flexibles y unificados que pudieran tolerar la divergencia. Al mismo tiempo, socavó la posibilidad de hacer de los trabajadores de salud una fuerza de presión social que pudiera luchar por mejorar la salud pública y las condiciones de vida de sus poblaciones.

Finalmente, la tercera característica de esta cultura de la sobrevivencia fue la promoción de una versión limitada de la naturaleza de la salud pública, entendida como un tipo de parche para las emergencias, con intervenciones ocasionales y rentables. El resultado final fue que el control de las enfermedades o el dedicarse a la promoción de la salud se presentaban como un dilema, uno evidentemente falso. La primera opción parecía una prioridad, mientras que la segunda recibía menos atención. Segmentos de la población pobre de los países latinoamericanos creían —con sinceridad— que la salud pública oficial era una respuesta temporal a las emergencias, dirigida contra los brotes epidémicos que los políticos y los medios de comunicación consideraban “intolerables”. Estas actividades efímeras y más bien aisladas tuvieron el efecto negativo de reforzar las expectativas de corto plazo en materia de salud pública. Actividades sanitarias puntuales, como parte de una cultura que permitió la sobrevivencia de los más pobres, eran, por lo general, la única exigencia que los organismos internacionales les hacían a los gobiernos, o formaban parte de las promesas de los políticos latinoamericanos que aspiraban al

poder. Es decir, prometer el control o la eliminación de una enfermedad específica era percibido como algo más realista, y, por cierto, electoralmente más efectivo, que promover la salud. Esta tercera característica de la cultura de la sobrevivencia, que reforzó el estereotipo de la salud como la ausencia de enfermedad, se reflejó en los “privilegios de la pobreza” simbolizados por la provisión —o “regalo” del gobierno— en forma de vacunas, medicinas y la construcción de hospitales. Uno de los objetivos de estas actividades era legitimar el poder. En tiempos recientes, el mejor ejemplo es la medida aislada del acceso libre a los antirretrovirales. Con frecuencia, se perdió la oportunidad de hacer que esta valiosa intervención fuera parte de un programa general de educación y prevención sexual para encarar, entender y fomentar el cambio en algunas de las prácticas sexuales de los jóvenes, al mismo tiempo que se iniciaba un diálogo público sobre la diversidad sexual. La dimensión más negativa de esta tercera característica fue que buscó hacer de la población un receptor pasivo de programas diseñados por élites transnacionales.

A veces, las intervenciones en salud eran simbólicos rituales de bienestar, complementados por una indolencia popular y del gobierno frente al deterioro de las condiciones de la vida. El trabajo por la salud era popularmente percibido como una actividad a corto plazo, de poca visibilidad y con un valor limitado desde el punto de vista de cambios duraderos para la sociedad. Es decir, no era parte de la ciudadanía o la modernidad, que en algún sentido implicaba el verdadero establecimiento de gobiernos republicanos que incluyen a toda la población. Oficialmente, lo normal volvió a ser la respuesta a emergencias como los nuevos brotes epidémicos en las zonas rurales, considerados especialmente importantes sólo cuando se volvían escandalosos en un medio de comunicación. En países con diversos escándalos compitiendo por la atención del público, las epidemias y los problemas de salud rural se volvían “emergencias urgentes”, trivializando indirectamente la insidiosa morbilidad de dolencias endémicas, como las diarreicas y las infecciones respiratorias, que tenían todo que ver con la pobreza.

De esta manera, la característica principal de la salud pública —la prevención— se vio debilitada. Peor aún, se banalizó la morbilidad de enfermedades prevenibles. La cultura de la sobrevivencia significó con frecuencia convencer a los pobres para que tolerasen el deterioro de sus condiciones de vida, así como el cíclico brote de dolencias, y para que asumieran el cuidado de su vida y su salud. Ello no les impidió luchar por tener acceso a servicios sociales públicos o privados para reducir el dolor, proteger a sus seres queridos y aplazar la muerte. En otras palabras, la salud pública hegemónica renunció a su pro-

pia naturaleza como actividad, que debía asegurar lo que se esperaba de ella en épocas liberales; es decir, que, acompañada de otros servicios sociales como la educación pública de calidad, garantizara la igualdad de oportunidades de vida y el ejercicio de una ciudadanía social que comprende el derecho a la salud, independientemente del lugar de nacimiento, la clase social, el género o la identidad étnica.

La cultura de la sobrevivencia echó raíces, no porque fuera impuesta en individuos y líderes de la comunidad, que eran intrínsecamente pasivos, sino porque reflejaba las virtudes y defectos de los sistemas políticos a los que los trabajadores estatales y los ciudadanos se acostumbraron. Las élites detrás de los Estados de América Latina, construidas a mediados del siglo xx, aspiraban a legitimar su poder a escala nacional mediante la provisión de servicios sociales —aunque insuficientes— y la asimilación de gran parte de la población que se encontraba en la periferia del poder. Este proceso implicó ceremonias y símbolos que hicieron eco de las tradiciones sociales, como la distribución gratuita de bienes y favores, por ejemplo. Reafirmó, igualmente, roles que dieron una imagen de orden, jerarquía y legitimidad, además de permitir un pequeño espacio para intentar una negociación con el poder.

Algunas de las comunidades más pobres han logrado sobrevivir utilizando hábilmente una resistencia contradictoria y aprovechando oportunidades limitadas que por lo general pasan por un ritual de aceptación del paternalismo estatal. Más recientemente, el antropólogo médico João Biehl ha argumentado que en Brasil la población está entendiendo la salud pública no tanto como prevención, sino más bien como acceso a medicinas. Esta manera de entenderla conlleva el riesgo de hacer que las compañías farmacéuticas se vuelvan hegemónicas. Al mismo tiempo miles de pacientes han tenido el valor de iniciar demandas —a menudo exitosas— contra los gobiernos federales, estatales e incluso municipales a fin de obtener medicinas costosas para una serie de enfermedades. Biehl estima que en Brasil, en el año 2012, había más de 240 000 juicios relacionados con la salud, un fenómeno que denomina la “judicialización de la salud”.³

Lo anterior está relacionado con un patrón alternativo a la cultura de la sobrevivencia en las respuestas de salud, que denominamos *salud en la adversidad*. Aunque rara vez está totalmente articulada, y muchas veces no tiene poder de cohesión, esta cultura se expresa en una conciencia de que las intervenciones oficiales en la salud son efímeras e insuficientes y los beneficios du-

³ João Biehl, “The Judicialization of Biopolitics: Claiming the Right to Pharmaceuticals in Brazilian Courts”.

raderos son los que se adquieren mediante los movimientos sociales. Quienes piensan esto también están convencidos, un tanto contradictoriamente, de que las intervenciones oficiales mencionadas anteriormente (por ejemplo, el acceso a una vacuna, a una dosis de rehidratación oral para combatir la diarrea o a un hospital o centro de salud) deben ser aprovechadas a pesar de sus limitaciones.

En el caso de los doctores, enfermeras y otros trabajadores de la salud que laboran a escala local con honestidad y devoción, también es posible distinguir dicho patrón de salud en la adversidad. Éste se caracteriza por innovaciones tecnológicas (del tipo que se vio, por ejemplo, en el caso de las técnicas de rehidratación no ortodoxas para los pacientes de cólera). Aunque dichos casos tienden a ser regionales y no logran llegar a tener continuidad, están marcados por el intento de adaptar programas oficiales a condiciones locales. Ello significa comprometerse con los líderes de las comunidades y realizar intervenciones más horizontales, construir programas holísticos que atiendan las necesidades básicas de salud, responder a los brotes epidémicos y promover la participación de la comunidad. Es decir, hacer que el trabajo por la salud sea un elemento de integración social que pueda garantizar la igualdad de oportunidades para todos los ciudadanos.

El dilema que han tenido los trabajadores de salud a lo largo de todo el siglo xx era si debían concentrarse en salvar vidas o promover campañas para la prevención y la modificación de las condiciones sociales que están detrás de las enfermedades más comunes. Generalmente, ellos han optado por lo primero, y seguramente hicieron lo que esperaban de un médico las familias afectadas por las vicisitudes de la salud: salvar a quienes se encontraban en peligro, curar a sus seres queridos y consolar a quienes estaban sufriendo. Sin embargo, a veces dejaron pasar oportunidades para lograr un cambio social que hubiese mejorado la salud de la población. En casos excepcionales, por supuesto, es posible encontrar a un talentoso sanitario que puede responder a diferentes presiones, es decir, atender a las necesidades inmediatas de salud y al mismo tiempo otear el horizonte y planificar.

Quienes han seguido el modelo de salud en la adversidad por lo común han carecido de un marco teórico. A veces recogían fragmentos de la medicina social europea y tejían coaliciones en contra del poder establecido o con sectores progresistas del Estado. Sobre todo si sus esfuerzos se realizaron fuera de los límites oficiales, dichos practicantes sufrieron por una falta de institucionalidad, una discontinuidad y un aislamiento, ya que a menudo coexistían con los programas oficiales más rígidos y circunscritos. Queda claro que este aislamiento es parcialmente explicable por el hecho de que el poder se encuentra

concentrado en las ciudades. Así, con pocas excepciones, el ejercicio de un trabajo de salud rural innovador y más holístico tuvo lugar lejos del poder urbano y muchas veces en oposición a éste. De esta manera ocurrieron las valiosas experiencias desarrolladas a contracorriente —por ejemplo, por Mazza en Argentina y por Núñez Butrón en Perú—, que lamentablemente sufrieron de invisibilidad porque rara vez fueron recogidas por la historia oficial de la medicina. Una de las excepciones más importantes fue el caso del movimiento de la *saúde colétiva* en Brasil. De todos modos, existen un sinnúmero de temas, sucesos y personajes más que están a la espera de un estudio histórico detallado.

La salud pública latinoamericana ha estado atrapada entre la cultura de la sobrevivencia y los privilegios del poder, así como por el desafío de encontrar continuidad en el discurso y la práctica de la salud en la adversidad. Superar estas restricciones requerirá la transformación de una cultura que aspira a sobrevivir, no a perdurar o proyectarse en el largo plazo, que no asume completamente sus diversas raíces culturales y no es funcional, no sólo al Estado o a los trabajadores de la salud, sino tampoco a la propia población. Otro desafío, uno asumido por los autores de este libro, es hacer que la historia sirva a los trabajadores de la salud (como a veces lo ha hecho), para permitirles conocer mejor de dónde vienen, quiénes son y por qué se pueden sentir orgullosos de sus logros. En el proceso, podrían reflexionar sobre las políticas que se intentaron en el pasado para que en el futuro pueda escribirse una mejor historia, al mismo tiempo que puedan comprender que no existe una sola receta que funcione en todos los países. Esta reflexión histórica acaba formulando una serie de preguntas que consideramos vitales: ¿puede el pluralismo médico ser entendido como un factor positivo en la historia de la salud de América Latina?; ¿pueden superarse los privilegios del poder que restringen el potencial público?; ¿pueden los trabajadores de salud instaurar una salud pública que enfrente la adversidad?; ¿pueden ellos, junto con los investigadores médicos, combinar su trabajo para salvar vidas con una campaña para mejorar los determinantes sociales de la salud?; ¿pueden estudiar y adaptarse a las cambiantes realidades de sus países?; ¿pueden contribuir a garantizar una ciudadanía en salud para todos? Nos inclinamos a responder afirmativamente a todas estas preguntas.

LECTURAS SUGERIDAS

Las siguientes referencias bibliográficas ofrecen nuevas interpretaciones sobre temas esenciales de la historia de la salud y de la medicina en América Latina y el Caribe que han recibido mayor atención hasta el año 2017, cuando fue preparado este texto. Las referencias bibliográficas están organizadas según los temas tratados en cada capítulo. Sin embargo, esta bibliografía no pretende ser exhaustiva (por ejemplo, en ella no se incluyen ni las publicaciones mencionadas a lo largo del libro, ni todas las obras sobre un determinado autor o tema; tampoco ediciones facsimilares de fuentes primarias o guías de fondos archivísticos). En lugar de proyectar una distinción entre clásicos y nuevos enfoques, optamos por una perspectiva más amplia, dejando que los lectores examinen las diferencias según los títulos y las fechas de publicación.

INTRODUCCIÓN

Entre las obras generales sobre América Latina producidas con síntesis introductorias, o que incorporen nuevas interpretaciones sociales y culturales en relación con la medicina, o examinen la historiografía, tenemos las siguientes: Mariola Espinosa, “Globalizing the History of Disease, Medicine, and Public Health in Latin America”, *Isis* 104:4 (2013): 798-806; Simone Petraglia Kropf y Gilberto Hochman, “From the Beginnings: Debates on the History of Science in Brazil”, *Hispanic American Historical Review* 91:3 (2011): 391-408; Anne-Emanuelle Birn y Raúl Necochea López, “Footprints on the Future: Looking Forward to the History of Health and Medicine in Latin America in the Twenty-First Century”, *Hispanic American Historical Review* 91:3 (2011): 503-527; Anne-Emanuelle Birn y Gilberto Hochman, “Communication, Control, and Co-Operation: (Latin) American Interchanges in the History of International Health”, *Canadian Bulletin of Medical History* 25:1 (2008): 7-16; Miguel de Asúa, “Henry Sigerist and the History of Medicine in Latin America: His Correspondence with Juan R. Beltran”, *Bulletin of the History of Medicine* 79:1 (2005): 111-117; Diego Armus y Adrián López Denis, “Disease, Medicine and Health”, en José Moya (coord.), *The Oxford Handbook Of Latin American His-*

tory, Oxford University Press, Oxford, 2011, pp. 424-453; y Christopher Abel, *Health, Hygiene and Sanitation in Latin America, c. 1870 to c. 1950*, Institute of Latin American Studies, University of London, Londres, 1996. Volúmenes importantes que contienen una colección de ensayos, incluyendo capítulos introductorios en los que se desenvuelve una discusión sobre las principales tendencias en el campo de la historia de la salud, son tres libros organizados por Diego Armus: *Disease in the History of Modern Latin America: From Malaria to AIDS*, Duke University Press, Durham, 2003; *Entre médicos y curanderos: cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*, Grupo Editorial Norma, Buenos Aires, 2002; *Avatares de la medicalización en América Latina (1870-1970)*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2005. Sugerimos también el libro editado por Miguel Ángel Cuenya Mateos y Rosalina Estrada Urroz, *Enfermedad, epidemias, higiene y control social: nuevas miradas desde América Latina y México*, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades “Alfonso Vélaz Pliego”, Dirección de Fomento Editorial, Puebla, 2013; así como la colección de textos organizada por Marcos Cueto intitulada *Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas*, Instituto de Estudios Peruanos/Organización Panamericana de la Salud, Lima/Washington, D. C., 1996. Sobre el Caribe, América Central y la mayoría de los países y territorios de la costa atlántica del continente americano, véase Juanita de Barros, Steven Paul Palmer y David Wright (coords.), *Health and Medicine in the Circum-Caribbean, 1800-1968*, Routledge, Nueva York, 2009; y José Amador, *Medicine and Nation Building in the Americas, 1890-1940*, Vanderbilt University Press, Nashville, 2015. Un texto en portugués es Gilberto Hochman y Diego Armus (coords.), *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2004. En relación con estudios transnacionales y comparativos, concentrados en temas específicos, tenemos Hilderman Cardona Rodas y Zandra Pedraza Gómez (coords.), *Al otro lado del cuerpo: Estudios biopolíticos en América Latina*, Ediciones Uniandes, Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Lenguajes y Estudios Socioculturales, Universidad de Medellín, Bogotá, 2014; Gilberto Hochman, María Silvia di Liscia y Steven Paul Palmer (coords.), *Patologías de la patria: Enfermedades, enfermos y nación en América Latina*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2012; Claudia Agostoni y Elisa Speckman Guerra (editoras), *De normas y transgresiones: Enfermedad y crimen en América Latina, 1850-1950*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2005; y José A. Ronzón León, *Sanidad y modernización en los puertos del alto Caribe, 1870-1915*,

Miguel Ángel Porrúa/Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco, México, 2004.

Aunque la historia de la medicina y de la salud pública de índole tradicional —la mayor parte escrita por profesionales de la salud— ha recibido críticas razonables por parte de la reciente generación de historiadores profesionales, muchos de esos trabajos ofrecen un importante repertorio de información, así como excelentes ejemplos de cómo el vínculo entre la medicina y la sociedad era visto por los profesionales de la salud. Esos trabajos aún permanecen como lecturas fundamentales para la historia de la medicina en determinados países (la mayoría son historias nacionales escritas en español o portugués). Entre los más importantes están los siguientes: Ricardo Archila, *Historia de la sanidad en Venezuela*, Imprenta Nacional, Caracas, 1956; José Álvarez Amézquita, Miguel E. Bustamante, Antonio López Picazos y Francisco Fernández del Castillo, *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*, cuatro volúmenes, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1960; Juan Ramón Beltrán, *La organización sanitaria de Buenos Aires durante el virreinato del Río de la Plata (1776-1810)*, Establecimiento Tipográfico de A. Guidi Buffarini, Buenos Aires, 1938; Enrique Laval, *Noticias sobre los médicos en Chile en los siglos XVI, XVII y XVIII*, Universidad de Chile, Centro de Investigación de Historia de la Medicina, Santiago, 1958; Gregorio Delgado García, *Temas y personalidades de la historia médica cubana*, dos volúmenes, Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, Ministerio de Salud Pública, La Habana, 1987; Juan B. Lastres, *Historia de la medicina peruana*, tres volúmenes, Imprenta Santa María, Lima, 1951; Carlos Martínez Durán, *Las ciencias médicas en Guatemala: origen y evolución*, tercera edición, Editorial Universitaria, Guatemala, 1964; Aristides A. Moll, *Aesculapius in Latin America*, Saunders, Filadelfia, 1944; Lycurgo Santos Filho, *História da medicina no Brasil: do século XV ao século XIX*, Editora Brasiliense, São Paulo, 1947; José López Sánchez, *Cuba, medicina y civilización, siglos XVII y XVIII*, Editorial Científico-Técnica, La Habana, 1997; Velarde Pérez Fontana, *Historia de la medicina en el Uruguay: con especial referencia a las comarcas del Río de la Plata*, dos volúmenes, Imprenta Nacional, Ministerio de Salud Pública, Montevideo, 1967; Juan Manuel Balcázar, *Historia de la medicina en Bolivia*, Juventud, La Paz, 1956; Andrés Soriano Lleras, *La medicina en el Nuevo Reino de Granada, durante la conquista y la colonia*, Imprenta Nacional, Bogotá, 1966; y Gordon Schendel, *Medicine in Mexico: From Aztec Herbs to Betatrons*, University of Texas Press, Austin, 1968.

Para estudios contemporáneos que han incorporado nuevas metodologías, temas y fuentes, y que se restringen a las circunscripciones nacionales, tene-

mos los siguientes: Adriana Álvarez, Irene Molinari y Daniel Reynoso (coords.), *Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina de los siglos XIX-XX*, Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata, 2004; Adriana Álvarez y Adrián Carbonetti (coords.), *Saberes y prácticas médicas en la Argentina: Un recorrido por historias de vida*, Editorial de la Universidad Nacional de Mar del Plata, 2008; Sidney Chalhoub, Vera Regina Beltrão Marques, Gabriela dos Reis Sampaio y Carlos Roberto Galvão Sobrinho (coords.), *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de historia social*, Editora Unicamp, Campinas, São Paulo, 2003; Marcos Cueto, Jorge Lossio y Carol Pasco (coords.), *El rastro de la salud en el Perú*, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Instituto de Estudios Peruanos, Lima, 2009; Enrique Florescano y Elsa Malvido (coords.), *Ensayos sobre la historia de las epidemias en México*, dos tomos, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1982; Jorge Márquez Valderrama y Víctor García García (coords.), *Poder y saber en la historia de la salud en Colombia*, Editorial Lealon, Medellín, 2006; Jorge Márquez Valderrama, Álvaro Casas Orrego y Victoria Eugenia Estrada Orrego (coords.), *Higienizar, medicar, gobernar: Historia, medicina y sociedad en Colombia*, Universidad Nacional de Colombia, DIME, Dirección de Investigaciones, Medellín, 2004; María Elena Morales y Elsa Malvido (coords.), *Historia de la salud en México*, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México, 1996; Dilene Raimundo do Nascimento y Diana Maul de Carvalho (coords.), *Uma história brasileira das doenças*, Paralelo 15, Brasilia, 2004; Carlos Fidelis Ponte e Ialê Falleiros (coords.), *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*, Fiocruz, Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010; Steven Paul Palmer, *From Popular Medicine to Medical Populism: Doctors, Healers, and Public Power in Costa Rica, 1800-1940*, Duke University Press, Durham/Londres, 2003; y María Soledad Zárate (coord.), *Por la salud del cuerpo: Historia y políticas sanitarias en Chile*, Universidad Alberto Hurtado, Santiago de Chile, 2008. En relación con el poco explorado Caribe francés, véase Jean-Claude Eymery, *Histoire de la médecine aux Antilles et en Guyane*, Éditions L'Harmattan, París, 1992; David Sowell, *Medicine on the Periphery: Public Health in Yucatán, Mexico, 1870-1960*, Lexington Books, Lanham, 2015; y Christiane Bougerol, *La médecine populaire à la Guadeloupe*, Karthala, París, 1983.

Especial atención se debe brindar a los estudios histórico-críticos de larga duración y con un enfoque amplio que se vienen desarrollando en algunos países, tales como *Historia general de la medicina en México*, editado por la Universidad Nacional Autónoma de México, y del cual se han publicado varios volúmenes, siendo Fernando Martínez Cortés el coordinador general

de los dos primeros (el volumen I, publicado en 1984, trata sobre el México precolombino; y el volumen II, publicado en 1990, estudia la medicina en México durante el siglo XVI), mientras que Carlos Viesca Treviño fue el coordinador general del volumen IV, publicado en 2001, y que aborda el estudio de la medicina en México durante el siglo XVIII. Emilio Quevedo dirige un esfuerzo similar que ya tuvo como resultado cinco volúmenes importantes y ricos, que cubren todo el periodo colonial hasta el siglo XX inclusive, en *Historia de la medicina en Colombia*, Tecnoquímicas, 2007. Un ejemplo de colosal esfuerzo para reunir las obras de un destacado médico y científico (que incluye un fino análisis introductorio) es el realizado por Jaime Larry Benchimol y Magali Romero Sá en *Adolpho Lutz: obra completa*, publicado, en Rio de Janeiro, en doce volúmenes por la Editora Fiocruz entre los años 2004 y 2007.

CAPÍTULO I

Existe una valiosa literatura tanto sobre medicina precolombina como sobre la morbilidad y mortalidad indígena antes de la llegada de los europeos. Estos estudios han sido temas de interés no sólo para los historiadores tradicionales de la medicina en busca de “precursores” foráneos, sino también y sobre todo para arqueólogos, demógrafos históricos y antropólogos. Algunos de los estudios más destacados son los siguientes: Raúl Marino Jr. y Marco Gonzales-Portillo, “Preconquest Peruvian Neurosurgeons: A Study of Inca and Pre-Columbian Trephination and the Art of Medicine in Ancient Peru”, *Neurosurgery* 47:4 (2000): 940-950; Sherburne F. Cook, “The Incidence and Significance of Disease among the Aztecs and Related Tribes”, *Hispanic American Historical Review* 26:3 (1946): 320-335; Sandra L. Orellana, *Indian Medicine in Highland Guatemala: The Pre-Hispanic and Colonial Periods*, University of New Mexico Press, Albuquerque, 1987; Bernardo Ortiz de Montellano, *Aztec Medicine, Health, and Nutrition*, Rutgers University Press, New Brunswick, 1990; John W. Verano, Laurel S. Anderson y Régulo Franco, “Foot Amputation by the Moche of Ancient Peru: Osteological Evidence and Archaeological Context”, *International Journal of Osteoarchaeology* 10:3 (2000): 177-188; Carlos Viesca Treviño, *Medicina prehispánica de México: el conocimiento médico de los nahuas*, Panorama Editorial, México, 1986; Simon Varey, Rafael Chabrán y Dora B. Weiner (coords.), *Searching for the Secrets of Nature: The Life and Works of Dr. Francisco Hernández*, Stanford University Press, Stanford, 2000; y Lourdes Márquez Morfín, Robert McCaa, Rebecca Storey y Andrés del Ángel E.,

“Health and Nutrition in Pre-Hispanic Mesoamerica”, en Richard H. Steckel y Jerome C. Rose (coords.), *The Backbone of History: Health and Nutrition in the Western Hemisphere*, Cambridge University Press, Nueva York, 2002, pp. 307-338.

En relación con los primeros estudios sobre la naturaleza durante el dominio del Imperio español, véase Raquel Álvarez Peláez, *La conquista de la naturaleza americana*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 1993; José Pardo-Tomás y Mauricio Sánchez Menchero (coords.), *Geografías médicas: orillas y fronteras culturales de la medicina hispanoamericana (siglos XVI y XVII)*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2014; y Pablo F. Gómez, “Incommensurable Epistemologies? The Atlantic Geography of Healing in the Early Modern Black Spanish Caribbean”, *Small Axe: A Caribbean Journal of Criticism* 18:44 (2014): 95-107. Para mayor información sobre la polémica Bastien-Foster, véase Joseph W. Bastien, “Differences between Kallawaya-Andean and Greek-European Humoral Theory”, *Social Science and Medicine* 28:1 (1989): 45-51; y George M. Foster, “On the Origin of Humoral Medicine in Latin America”, *Medical Anthropology Quarterly* 1:4 (1987): 355-393. Un tema relacionado con este debate es la relevancia de la medicina precolombina para la actual experiencia de la curación en América Latina. El tema es examinado en Joseph W. Bastien, *Drum and Stethoscope: Integrating Ethnomedicine and Biomedicine in Bolivia*, University of Utah Press, Salt Lake, 1992. Sobre la persistencia de la medicina indígena en Bolivia y en la Amazonía, véase Lynn Sikink, *New Cures, Old Medicines: Women and the Commercialization of Traditional Medicine in Bolivia*, Wadsworth, Cengage Learning, Belmont, 2010; Ricardo Ventura Santos y Carlos E. A. Coimbra Jr. (coords.), *Saúde e povos indígenas*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1994, y Márcio Couto Henrique, “Folclore e medicina popular na Amazônia”, *História, Ciências, Saúde — Manguinhos* 16:4 (2009): 981-998.

El colapso demográfico que ocurrió a través del contacto y de la conquista por España, Portugal y otras potencias europeas, así como las epidemias que muchas veces fueron la principal causa de esta declinación, han sido abordados en muchos estudios, tales como los siguientes: Henry F. Dobyns, “An Outline of Andean Epidemic History to 1720”, *Bulletin of the History of Medicine* 37:6 (1963): 493-515; Noble David Cook y W. George Lovell (coords.), *Secret Judgments of God: Old World Disease in Colonial Spanish America*, University of Oklahoma Press, Norman, 1991; Noble David Cook (coord.), *Born to Die: Disease and New World Conquest, 1492-1650*, Cambridge University Press, Nueva York, 1998; Suzanne Austin Alchon, *A Pest in the Land: New*

World Epidemics in a Global Perspective, University of New Mexico Press, Albuquerque, 2003; Francis J. Brooks, “Revising the Conquest of Mexico: Smallpox, Sources, and Populations”, *Journal of Interdisciplinary History* 24:1 (1993): 1-29; Noble David Cook, *Demographic Collapse: Indian Peru, 1520–1620*, Cambridge University Press, Cambridge, 1981; Massimo Livi Bacci, “Las múltiples causas de la catástrofe: consideraciones teóricas y empíricas”, *Revista de Indias* 63:227 (2003): 31-48; John S. Marr y James B. Kiracofe, “Was the Huey Cocoliztli a Haemorrhagic Fever?”, *Medical History* 44:3 (2000): 341-362; Sherburne F. Cook, “Smallpox in Spanish and Mexican California”, *Bulletin of the History of Medicine* 7:2 (1939): 153-191; Nicolás Sánchez-Albornoz, “El debate inagotable”, *Revista de Indias* 63:227 (2003): 9-18; Robert McCaa, “Spanish and Nahuatl Views on Smallpox and Demographic Catastrophe in Mexico”, *Journal of Interdisciplinary History* 25:3 (1995): 397-431. Notables estudios han sido realizados por Alfred W. Crosby, *The Columbian Exchange: Biological and Cultural Consequences of 1492*, Greenwood, Westport, Conn., 1972; William H. McNeill, *Plagues and Peoples*, Anchor Press, Doubleday, Garden City, Nueva York, 1976; y por John R. McNeill, *Mosquito Empires: Ecology and War in the Greater Caribbean, 1620-1914*, Cambridge University Press, Nueva York, 2010.

Sobre instituciones de salud, práctica médica y libros de medicina durante el periodo colonial, destacamos los siguientes trabajos: Gerardo Martínez Hernández es autor de dos sobre la enseñanza médica en México: “La comunidad de la Facultad de Medicina de la Real Universidad de México en los siglos XVI y XVII a través de las fuentes de archivo”, *Estudios de Historia Novohispana* 47 (2012): 3-44 y “Limpieza de sangre del doctor Juan de la Fuente, primer catedrático de medicina de la Real Universidad de México (1572)”, *Estudios de Historia Novohispana* 50 (2014): 175-211. Asimismo, son importantes: Suzanne Austin Alchon, *Native Society and Disease in Colonial Ecuador*, Cambridge University Press, Cambridge, 1991; Jean-Pierre Clément, “Decadencia y restauración de la medicina peruana a fines del siglo XVIII”, *Asclepio* 39:2 (1987): 217-238; Timothy D. Walker, “The Medicines Trade in the Portuguese Atlantic World: Acquisition and Dissemination of Healing Knowledge from Brazil (c. 1580-1800)”, *Social History of Medicine* 26:3 (2013): 403-431; Sherry Lee Fields, *Pestilence and Headcolds: Encountering Illness in Colonial Mexico*, Columbia University Press, Nueva York, 2008; Lawrence E. Fisher, *Colonial Madness: Mental Health in the Barbadian Social Order*, Rutgers University Press, New Brunswick, 1985; Francisco Guerra, *Nicolás Bautista Monardes: su vida y su obra, ca. 1493-1588*, Compañía Fundidora de Fierro y Acero de

Monterrey, México, 1961; Della M. Flusche, "The Cabildo and Public Health in Seventeenth Century Santiago Chile", *The Americas* 29:2 (1972): 173-190; Luz María Hernández Sáenz, *Learning to Heal: The Medical Profession in Colonial Mexico, 1767-1831*, Peter Lang, Nueva York, 1997; Teresa Huguet-Termes, "New World Materia Medica in Spanish Renaissance Medicine: From Scholarly Reception to Practical Impact", *Medical History* 45:3 (2001): 359-376; Vera Regina Beltrão Marques, *Natureza em boiões: medicinas e boticários no Brasil setecentista*, Editora Unicamp, Campinas, São Paulo, 1999; Lourdes Márquez Morfín y Patricia Hernández Espinoza (coords.), *Salud y sociedad en el México prehispánico y colonial*, Conaculta, México, 2006; Linda A. Newson, "Medical Practice in Early Colonial Spanish America: A Prospectus", *Bulletin of Latin American Research* 25:3 (2006): 367-391; Guenter B. Risse, "Medicine in New Spain", en Ronald L. Numbers (coord.), *Medicine in the New World: New Spain, New France, and New England*, University of Tennessee Press, Knoxville, 1987, pp. 12-63.

Sobre el protomedicato, véase Emanuele Amodio, "Curanderos y médicos ilustrados: la creación del protomedicato en Venezuela a finales del siglo xviii", *Asclepio* 49:1 (1997): 95-129; Pilar Gardeta Sabater, "El nuevo modelo del Real Tribunal del Protomedicato en la América española: transformaciones sufridas ante las Leyes de Indias y el cuerpo legislativo posterior", *Dynamis* 16 (1996): 237-259. Una perspectiva comparada bastante útil sobre la formación médica está disponible en Emilio Quevedo, "La institucionalización de la educación médica en la América hispano-lusitana", *Quipu* 10:2 (1993): 165-188. En relación con los hospitales, algunos estudios son Laurinda Abreu, "O papel das Misericórdias dos 'lugares de além-mar' na formação do Império português", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 8:3 (2001): 591-611; Lilia V. Oliver, *El Hospital Real de San Miguel de Belén, 1581-1802*, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, 1992; Miguel Rabí Chara, "Un capítulo inédito: el traslado del Hospital del Espíritu Santo de Lima a Bellavista (1750)", *Asclepio* 47:1 (1995): 123-133; y A. J. R. Russell-Wood, *Fidalgos and Philanthropists: The Santa Casa da Misericórdia of Bahia, 1550-1755*, University of California Press, Berkeley, 1968.

Para estudiar el tema de la medicina popular durante el periodo colonial, Gonzalo Aguirre Beltrán, *Medicina y magia: El proceso de aculturación en la estructura colonial*, Instituto Nacional Indigenista, México, 1963; Kendall W. Brown, "Workers' Health and Colonial Mercury Mining at Huancavelica, Peru", *The Americas* 57:4 (2001): 467-496; María Emma Mannarelli, "Inquisición y mujeres: las hechiceras en el Perú durante el siglo xvii", *Revista Andina*

3:1 (1985): 141-155; Martha Eugenia Rodríguez, “Costumbres y tradiciones en torno al embarazo y al parto en el México virreinal”, *Anuario de Estudios Americanos* 57:2 (2000): 501-522; Márcio de Sousa Soares, “Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 8:2 (2001): 407-438; Paula de Vos, “The Apothecary in Seventeenth- and Eighteenth-Century New Spain: Historiography and Case Studies in Medical Regulation, Charity, and Science”, *Colonial Latin American Historical Review* 13:3 (2004): 249-285. Dos estudios importantes sobre las relaciones entre medicamentos oficiales, indígenas y afroamericanos durante el periodo colonial hasta comienzos del siglo XIX son Leo J. Garofalo, “Conjuring with Coca and the Inca: The Andeanization of Lima’s Afro-Peruvian Ritual Specialists, 1580-1690”, *The Americas* 63:1: (2006): 53-80; y Tânia Salgado Pimenta, “Barbeiros-sangradores e curandeiros no Brasil (1808-28)”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 5:2 (1998): 349-373.

Sobre las transformaciones en las instituciones médicas durante el siglo XVIII, véase Jean Luiz Neves Abreu, “Higiene e conservação da saúde no pensamento médico luso-brasileiro do século XVIII”, *Asclepio* 62:1 (2010): 225-249; Donald B. Cooper, *Epidemic Disease in Mexico City, 1716-1813: An Administrative, Social, and Medical Study*, University of Texas Press, Institute of Latin American Studies, Austin, 1965; David Geggus, “Yellow Fever in the 1790s: The British Army in Occupied Saint Domingue”, *Medical History* 23:1 (1979): 38-58; y Márcia Moisés Ribeiro, *A ciência dos trópicos: a arte médica no Brasil do século XVIII*, Hucitec, São Paulo, 1997. Otros estudios valiosos sobre medicina y salud durante el siglo XVIII ilustrado son Maria Renilda Nery Barreto, “Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 15:4 (2008): 901-925; D. W. McPheeters, “The Distinguished Peruvian Scholar Cosme Bueno 1711-1798”, *Hispanic American Historical Review* 35:4 (1955): 484-491; Jean-Pierre Clement, “El nacimiento de la higiene urbana en la América Española del siglo XVIII”, *Revista de Indias* 49:171 (1983): 77-95; Patricia Aceves Pastrana, *Química, botánica y farmacia en la Nueva España a finales del siglo XVIII*, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México, 1993; Andrew L. Knaut, “Yellow Fever and the Late Colonial Public Health Response in the Port of Veracruz”, *Hispanic American Historical Review* 77:4 (1997): 619-644; Martha Eugenia Rodríguez, *Contaminación e insalubridad en la Ciudad de México en el siglo XVI-II*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2000; Fiona Clark, “Appealing to the Republic of Letters: An Autopsy of Anti-Venereal Trials in Eighteenth-Century Mexico”, *Social History of Medicine* 27:1 (2014): 2-21;

John E. Woodham, "The Influence of Hipólito Unanue on Peruvian Medical Science, 1789-1820: A Reappraisal", *Hispanic American Historical Review* 50:4 (1970): 693-714.

Sobre cómo influyeron las ideas ilustradas en las expediciones médicas, véase Arthur R. Steele, *Flowers for the King: The Expedition of Ruiz y Pavon and the Flora of Peru*, Duke University Press, Durham, 1964; Eduardo Estrella, "*Flora huayaquilensis*": *La expedición botánica de Juan Tafalla a la Real Audiencia de Quito, 1799-1808*, Ediciones Abya-Yala, Quito, 1991; David Goodman, "Science, Medicine and Technology in Colonial Spanish America: New Interpretations, New Approaches", en Daniela Bleichmar, Paula de Vos, Kristin Huffine y Kevin Sheehan (coords.), *Science in the Spanish and Portuguese Empires, 1500-1800*, Stanford University Press, Stanford, 2008, pp. 9-34; Andrés Galera, "El proyecto botánico de la Expedición Malaspina", *Asclepio* 47:2 (1995): 159-168; Mauricio Nieto Olarte, *Remedios para el Imperio: Historia natural y la apropiación del nuevo mundo*, Instituto Colombiano de Antropología e Historia, Bogotá, 2000; Francisco Javier Puerto Sarmiento, *La ilusión quebrada: botánica, sanidad y política científica en la España ilustrada*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 1988; R. Rodríguez Nozal, "La Oficina Botánica (1788-1835): Una institución dedicada al estudio de la flora americana", *Asclepio* 47:2 (1995): 169-183; Lorelai Brillhante Kury, *Histoire naturelle et voyages scientifiques 1780-1830*, L'Harmattan, París, 2001; y de esta misma autora, su importante artículo "Homens de ciência no Brasil: impérios coloniais e circulação de informações (1780-1810)", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 11:supl. 1 (2004): 109-129.

Para conocer más sobre la historia de la viruela y la Expedición Balmis, véase Sherburne F. Cook, "Francisco Xavier Balmis and the Introduction of the Vaccination to Latin America", *Bulletin of the History of Medicine* 11:5 (1942): 543-560 y 12:1 (1942): 70-101; Michael Smith, "The 'Real Expedición Marítima de la Vacuna' in New Spain and Guatemala", *Transactions of the American Philosophical Society* 64:1 (1974): 1-74, 1974. El caso brasileño fue revisado con cuidado por Tânia Maria Fernandes en los siguientes trabajos: "Imunização antivariólica no século XIX no Brasil: inoculação, variolização, vacina e revacinação", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 10:supl. 2 (2003): 461-474; "Vacina antivariólica: visões da Academia de Medicina no Brasil Imperial", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 11:supl. 1 (2004): 141-163, y *Vacina antivariólica: ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920*, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1999. Otros estudios importantes sobre la viruela son José G. Rigau-Pérez, "The Introduction of Smallpox Vaccine in 1803

and the Adoption of Immunization as a Government Function in Puerto Rico”, *Hispanic American Historical Review* 69:3 (1989): 393-423; Renán Silva, *Las epidemias de viruela de 1782 y 1802 en la Nueva Granada: Contribución a un análisis histórico de los procesos de apropiación de modelos culturales*, Universidad del Valle, Cali, 1992; Angela T. Thompson, “To Save the Children: Smallpox Inoculation, Vaccination, and Public Health in Guanajuato, Mexico, 1797-1840”, *The Americas* 49:4 (1993): 431-455; Marcelo Frías Núñez, *Enfermedad y sociedad en la crisis colonial del Antiguo Régimen: Nueva Granada en el tránsito del siglo XVIII al XIX, las epidemias de viruelas*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 1992. Otros estudios importantes sobre la viruela y la vacunación son Germán Yépez Colmenares, “Epidemias de viruela, inoculación e incorporación del fluido vacuno en la provincia de Caracas a comienzos del siglo XIX”, *Tierra Firme* 18 (2000): 563-577; Paul Ramírez, “‘Like Herod’s Massacre’: Quarantines, Bourbon Reform, and Popular Protest in Oaxaca’s Smallpox Epidemic, 1796-1797”, *The Americas* 69:2 (2012): 203-235; y Claudia Agostoni, *Médicos, campañas y vacunas: La viruela y la cultura de su prevención en México 1870-1952*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2016.

Sobre la relación de la medicina con la esclavitud y los tratamientos populares, véase Pablo F. Gómez, “The Circulation of Bodily Knowledge in the Seventeenth-Century Black Spanish Caribbean”, *Social History of Medicine* 26:3 (2013): 383-402; David Lee Chandler, *Health and Slavery in Colonial Colombia*, Nueva York: Arno Press, 1981; Juanita de Barros, “‘Setting Things Right’: Medicine and Magic in British Guiana, 1803-38”, *Slavery & Abolition* 25:1 (2004): 28-50; José Ramón Jouve Martín, *The Black Doctors of Colonial Lima: Science, Race and Writing in Colonial and Early Republican Peru*, McGill-Queen’s University Press, Montreal, 2014; Steven Paul Palmer, “From the Plantation to the Academy: Slavery and the Production of Cuban Medicine, 1800-1880”, en Juanita de Barros, Steven Paul Palmer y David Wright (coords.), *Health and Medicine in the Circum-Caribbean, 1800-1968*, Routledge, Nueva York, 2009, pp. 56-83; Ariosvaldo da Silva Diniz, *Medicinas e curandeirismo no Brasil*, Editora Universitária UFPB, João Pessoa, 2011; Márcio Couto Henrique, “Escravos no purgatório: o leprosário do Tucunduba (Pará, século XIX)”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 19:supl. 1 (2012): 153-177; Kaori Kodama, Tânia Salgado Pimenta, Francisco Inácio Bastos y Jaime Gregorio Bellido, “Mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1855-1856): uma análise preliminar”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 19:supl. 1 (2012): 59-79; Alisson Eugênio, “Ilustração, escravidão e as condições

de saúde dos escravos no Novo Mundo”, *Varia Historia* 25:41 (2009): 227-244; James E. McClellan III, *Colonialism and Science: Saint Domingue in the Old Regime*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1992; Tânia Salgado Pimenta, “Transformações no exercício das artes de curar no Rio de Janeiro durante a primeira metade do Oitocentos”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 11:supl. 1 (2004): 67-92; Ângela Pôrto, “O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 13:4 (2006): 1019-1027; Karol K. Weaver, “Surgery, Slavery and the Circulation of Knowledge in the French Caribbean”, *Slavery & Abolition* 33:1 (2012): 105-117; Gabriela dos Reis Sampaio, *Nas trincheiras da cura: as diferentes medicinas no Rio de Janeiro imperial*, Editora Unicamp, Campinas, São Paulo, 2001; Piedad Peláez Marín, “El cuerpo, la salud y la enfermedad en los esclavos del Nuevo Reino de Granada, siglo XVIII”, *Historia Crítica* 46 (2012): 154-177; Richard B. Sheridan, *Doctors and Slaves: A Medical and Demographic History of Slavery in the British West Indies, 1680-1834*, Cambridge University Press, Cambridge, 1985; David Sowell, “Contending Medical Ideologies and State Formation: The Nineteenth-Century Origins of Medical Pluralism in Contemporary Colombia”, *Bulletin for the History of Medicine* 77:4 (2003): 900-926.

CAPÍTULO II

El periodo comprendido en este capítulo tiene singular importancia entre los estudios históricos acerca de las instituciones y de las profesiones médicas. Advertimos eso en las siguientes obras: Achilles Ribeiro de Araújo, *A assistência médica hospitalar no Rio de Janeiro no século XIX*, Ministério da Educação e Cultura, Conselho Federal de Cultura, Rio de Janeiro, 1982; Betânia Gonçalves Figueiredo, *A arte de curar: cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais*, Vício de Leitura, Rio de Janeiro, 2002; Cristian Camacho, “Salud pública e inestabilidad política en Venezuela durante los gobiernos de Guzmán Blanco, 1870-1888”, *Anuario de Estudios Americanos* 65:2 (2008): 205-224; Luiz Otávio Ferreira, “Negócio, política, ciência e vice-versa: uma história institucional do jornalismo médico brasileiro entre 1827 e 1843”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 11:supl. 1 (2004): 93-107; Luiz Otávio Ferreira, Marcos Chor Maio y Nara Azevedo, “A Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro: a gênese de uma rede institucional alternativa”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 4:3 (1997): 475-491; Rodrigo Aragão

Dantas, “A trajetória de médicos e barbeiros no Rio de Janeiro da segunda metade do século XIX”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 22:3 (2015): 1043-1050; Manuella Meyer, “‘Of Grand Intentions’ and ‘Opaque Structures’: Managing the Hospício Pedro II during Brazil’s Second Empire (1852-90)”, *Bulletin of the History of Medicine* 89:4 (2015): 733-760; Márcia Regina Barros da Silva, “Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: saúde e assistência se tornam públicas (1875-1910)”, *Varia Historia* 26:44 (2010): 395-420; Reinaldo Funes Monzote, *Despertar del asociacionismo científico en Cuba, 1876-1920*, Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello, La Habana, 2005; Pedro M. Pruna, “National Science in a Colonial Context: The Royal Academy of Sciences of Havana, 1861-1898”, *Isis* 85:3 (1994): 412-426; Ana Cecilia Rodríguez de Romo, “Fisiología mexicana en el siglo XIX: La enseñanza”, *Asclepio* 52:1 (2000): 217-223; Flavio Coelho Edler, *A medicina no Brasil Imperial: clima, parasitas e patologia tropical*, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011; Jorge Lossio, *Acequias y gallinazos: salud ambiental en Lima del siglo XIX*, Instituto de Estudios Peruanos, Lima, 2003; Vicente Guarner, “L’influence de la médecine française sur la médecine mexicaine aux XIX^{ème} siècle”, *Histoire des Sciences Médicales* 42:3 (2008): 277-284; María Silvia di Liscia, *Saberes, terapias y prácticas médicas en Argentina (1750–1910)*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 2002; Ana Cecilia Rodríguez de Romo y Martha Eugenia Rodríguez, “Historia de la salud pública en México: siglos XIX y XX”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 5:2 (1998): 293-310; y Margaret Jones, *Public Health in Jamaica, 1850-1940: Neglect, Philanthropy and Development*, University of West Indies Press, Kingston, 2013.

En relación con el tema poco estudiado de la farmacia, véase Verônica Pimenta Velloso, “Assistência farmacêutica: discursos e práticas na capital do Império do Brasil (1850-1880)”, *Varia Historia* 26:44 (2010): 373-394; Flavio Coelho Edler, *Boticas e farmacias: uma história ilustrada da farmácia no Brasil*, Casa da Palavra, Rio de Janeiro, 2006; Sandra Martínez Solís, Patricia Aceves Pastrana y Alba Morales Cosme, “Una nueva identidad para los farmacéuticos: la Sociedad Farmacéutica Mexicana en el cambio de siglo (1890-1919)”, *Dynamis* 27 (2007): 263-285; Armando Rangel Rivero, “Notas sobre la farmacia cubana (1492-1950)”, *Asclepio* 40:2 (1991): 101-115; Antonio Coello Rodríguez, *Guerra a los boticarios chinos: 1856-1879*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 2009; Tânia Salgado Pimenta y Ediná Alves Costa, “O exercício farmacêutico na Bahia da segunda metade do século XIX”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 15:4 (2008): 1013-1023; y Rodrigo Vega y Ortega, “Los estudios farmacéuticos en el Segundo Imperio a través de

la *Gaceta Médica de México*”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 23:2 (2016): 249-265.

Sobre epidemias durante el siglo XIX, véase Rogelio Jiménez Marce, “Problemática sanitaria y conflictos políticos en una ciudad del centro de Veracruz: la epidemia de cólera morbus de 1833 en Xalapa”, *Secuencia* 91 (2015): 69-101; Dauril Alden y Joseph C. Miller, “Out of Africa: The Slave Trade and the Transmission of Smallpox to Brazil, 1560-1831”, *Journal of Interdisciplinary History* 18:2 (1987): 195-224; Paola Peniche Moreno, “Terapéutica para tratar el cólera en Yucatán, México (1833-1853). Medicina fisiológica, herbolaria local y régimen moral”, *Asclepio* 68:1 (2016): 1-19; Maria Antónia Pires de Almeida, “A epidemia de cólera de 1853-1856 na imprensa portuguesa”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 18:4 (2011): 1057-1071; y Luiz Sávio de Almeida, *Alagoas nos tempos do cólera*, São Paulo: Escrituras, 1996. Estudios reveladores producidos por Donald B. Cooper son “Brazil’s Long Fight against Epidemic Disease, 1849-1917, with Special Emphasis on Yellow Fever”, *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 51:5 (1975): 672-696; y “The New ‘Black Death’: Cholera in Brazil, 1855-1856”, *Social Science History* 10:4 (1986): 467-488. Véase también Laura Márquez Morfín, *La desigualdad ante la muerte en la Ciudad de México: el tifo y el cólera (1813 y 1833)*, Siglo XXI, México, 1994; Dominique Taffin, “A propos d’une épidémie de choléra: science médicale, société créole et pouvoir colonial à la Guadeloupe (1865-1866)”, *Asclepio* 44:1 (1992): 215-221; y Angela Tucker Thompson, *Las otras guerras de México: epidemias, enfermedades y salud pública en Guanajuato, México, 1810-1867*, La Rana, México, 1998. La historiadora argentina María Silvia Di Liscia reunió en la revista *Quinto Sol* un importante conjunto de artículos sobre salud e inmigración en Argentina entre los que se encuentra un estudio transnacional: Fernanda Rebelo-Pinto y Gilberto Hochman, “Cólera en el vapor Araguaya, 1910: epidemias en la travesía inmigratoria entre Europa, Brasil y Argentina”, *Quinto Sol* 20:2 (2016): 1-22.

Sobre controversias y conflictos en relación con la investigación médica y su relación con los problemas de la salud pública, véase Marta de Almeida, “Combates sanitários e embates científicos: Emílio Ribas e a febre amarela em São Paulo”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 6:3 (2000): 577-607; y el libro de la misma autora *República dos invisíveis: Emílio Ribas, microbiologia e saúde pública em São Paulo (1898-1917)*, EDUSF, Bragança Paulista, 2003; Robin L. Anderson, “Public Health and Public Healthiness, São Paulo, Brazil, 1876-1893”, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 41:3 (1986): 293-307; José Pedro Barrán, *Medicina y sociedad en el Uruguay del noviecien-*

tos: *la ortopedia de los pobres*, tomo 2, Banda Oriental, Montevideo, 1994; Jaime Larry Benchimol, *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*, Editora Fiocruz / UFRJ, Rio de Janeiro, 1999; Jaime Larry Benchimol y Luiz Antonio Teixeira, *Cobras, lagartos & outros bichos: uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1993; Mónica García, “Debating Diseases in Nineteenth-Century Colombia: Causes, Interests, and the Pasteurian Therapeutics”, *Bulletin of the History of Medicine* 89:2 (2015): 293-321; Cristina de Campos, *São Paulo pela lente da higiene: as propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade (1925-1945)*, Rima, São Paulo, 2002; Luiz Antonio de Castro Santos, “O pensamento sanitaria na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade”, *Dados. Revista de Ciências Sociais* 28:2 (1985): 193-210; Luiz Antonio de Castro Santos y Lina Rodrigues de Faria, *A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*, EDUSF, Bragança Paulista, 2003; Juan César García, “La medicina estatal en América Latina (1880-1930)”, *Revista Latinoamericana de Salud* 1 (1980): 70-110; Ricardo González Leandri, *Curar, persuadir, gobernar: la construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 1999; Madel Therezinha Luz, *Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde, 1850-1930*, Graal, Rio de Janeiro, 1982; Gilberto Hochman, *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*, Hucitec, São Paulo, 1998; James J. Horn, “The Mexican Revolution and Health Care, or the Health of the Mexican Revolution”, *Latin American Perspectives* 10:4 (1983): 24-39; María Angélica Illanes, *Historia del movimiento social y de la salud pública en Chile, 1885-1920: Solidaridad, ciencia y caridad*, Colectivo de Atención Primaria, Santiago, 1989; Carl J. Murdock, “Physicians, the State and Public Health in Chile, 1881-1891”, *Journal of Latin American Studies* 27:3 (1995): 551-567; Dominichi Miranda de Sá, *A ciência como profissão: médicos, bacharéis e cientistas no Brasil (1895-1935)*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006; Emilio Quevedo, “El tránsito desde la higiene hacia la salud pública en América Latina”, *Tierra Firme* 18:72 (2000): 611-661; Luiz Antonio Teixeira, *Ciência e saúde na terra dos bandeirantes: a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período de 1903-1916*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995; Daniel A. Rodríguez, “‘To Fight These Powerful Trusts and Free the Medical Profession’: Medicine, Class Formation, and Revolution in Cuba, 1925-1935”, *Hispanic American Historical Review* 95:4 (2015): 595-629; Consuelo Cuevas Cardona, “Ciencia de punta en el Instituto Bacteriológico Nacional (1905-1921)”, *Historia Mexicana* 57:1 (2007): 53-89; Vidal Rodríguez Lemoine, “Del

Instituto Pasteur de Caracas (1895) al Instituto Nacional de Higiene (1938)”, *Boletín de la Sociedad Venezolana de Microbiología* 16:1 (1996): 25-31; André de Faria Pereira Neto, *Ser médico no Brasil: o presente no passado*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001; Kristin Ruggiero, *Modernity in the Flesh: Medicine, Law, and Society in Turn-of-the-Century Argentina*, Stanford University Press, Stanford, 2004; Pablo Souza y Diego Hurtado, “Los ‘diputados médicos’: clínica y política en la disputa por los recursos públicos en Buenos Aires (1906-1917)”, *Asclepio* 60:2 (2008): 233-260; Juan Carlos Veronelli y Magali Veronelli, *Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina*, dos tomos, Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires, 2004.

América Molina del Villar examinó el caso de una epidemia en el México colonial en *La Nueva España y el matlazáhuatl, 1736-1739*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, 2001. También sobre epidemias, véase Jaime Larry Benchimol, *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001. Sidney Chalhoub escribió “The Politics of Disease Control: Yellow Fever and Race in Nineteenth Century Brazil”, *Journal of Latin American Studies* 25:3 (1993): 441-463; y *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*, Companhia das Letras, São Paulo, 1996. Véase también Rodolpho Telarolli Jr., *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*, UNESP, São Paulo, 1996. Consúltese, además, Jorge Márquez Valderrama, “¿Rumores, miedo o epidemia? La peste de 1913 y 1914 en la costa atlántica de Colombia”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 8:1 (2001): 133-171; Ronn F. Pineo, “Misery and Death in the Pearl of the Pacific: Health Care in Guayaquil, Ecuador, 1870-1925”, *Hispanic American Historical Review* 70:4 (1990): 609-637.

A pesar de toda la importancia de la homeopatía como disciplina nueva no ortodoxa que hizo rápidas incursiones en América Latina durante el siglo XIX, el tema permanece lamentablemente poco estudiado. Entre las pocas obras sobre este asunto tenemos las siguientes: Manuel A. González Korzeniewski, “El mito fundacional de la homeopatía argentina. La Revista *Homeopatía*, Buenos Aires (1933-1940)”, *Asclepio* 62:1 (2010): 35-59; Madel Therezinha Luz, *A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*, Dynamis, São Paulo, 1996; Ricardo Lafeté Novaes, *O tempo e a ordem: sobre a homeopatia*, Cortez, São Paulo, 1989; Pedro Pruna, “La vacunación homeopática contra la fiebre amarilla en la Habana, 1855”, *Asclepio* 43:2 (1991): 59-68; Beatriz Teixeira Weber, “Estratégias homeopáticas: a Liga Homeopática do Rio Grande do Sul nos anos 1940-1950”, *Histó-*

ria, *Ciências, Saúde – Manguinhos* 18:2 (2011): 291-302; y Ana María Carrillo, “¿Indivisibilidad o bifurcación de la ciencia? La institucionalización de la homeopatía en México”, en Francisco Javier Dosil Mancilla y Gerardo Sánchez Díaz (coords.), *Continuidades y rupturas: Una historia “tensa” de la ciencia en México*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2010, pp. 277-310.

Sobre salud, medicina, imperialismo y la polémica Reed-Finlay acerca de la fiebre amarilla, véase Vincent J. Cirillo, “Fever and Reform: The Typhoid Epidemic in the Spanish-American War”, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 55:4 (2000): 363-397; François Delaporte, *The History of Yellow Fever: An Essay on the Birth of Tropical Medicine*, Cambridge: MIT Press, 1991; y Paul S. Sutter, “Nature’s Agents or Agents of Empire? Entomological Workers and Environmental Change during the Construction of the Panama Canal”, *Isis* 98:4 (2007): 724-754. Sobre la pandemia de gripe española de 1918-1920 en América Latina y el Caribe, véase Cláudio Bertolli Filho, *A gripe espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade*, Santa Ifigênia, São Paulo, 2003; Christiane Maria Cruz de Souza, “A gripe espanhola na Bahia de Todos os Santos: entre os ritos da ciência e os da fé”, *Dynamis* 30 (2010): 41-63, y “A epidemia de gripe espanhola: um desafio à medicina baiana”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 15:4 (2008): 945-972; Gina Kolata, *Gripe: a história da pandemia de 1918*, Record, Rio de Janeiro, 2002; Juan Manuel Ospina, Abel Martínez y Oscar Herrán, “Impacto de la pandemia de gripe de 1918-1919 sobre el perfil de mortalidad general en Boyacá, Colombia”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 16:1 (2009): 53-81; Dora Dávila-Mendoza, *Caracas y la gripe española de 1918: epidemias y política sanitaria*, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, 2000; Víctor Serrón, “Epidemia y perplejidades médicas: Uruguay, 1918-1919”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 18:3 (2011): 701-721.

Sobre las figuras médicas de Oswaldo Cruz y Carlos Chagas, véase Nara Azevedo, *Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995; Simone Petraglia Kropf, Nara Azevedo y Luiz Otávio Ferreira, “Biomedical Research and Public Health in Brazil: The Case of Chagas’s Disease (1909-50)”, *Social History of Medicine* 16:1 (2003): 111-129; Júlio César Schweickardt y Nísia Trindade Lima, “Os cientistas brasileiros visitam a Amazônia: as viagens científicas de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas (1910-1913)”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 14:supl. 1 (2007): 15-50; Nancy Stepan, *Beginnings of Brazilian Science: Oswaldo Cruz, Medical Research and Policy, 1890-1920*, Science History Publications, Nueva York, 1981.

Los temas de la higiene y de la medicina tropical han sido abordados desde diversas perspectivas: María Eugenia Chaoul, “La higiene escolar en la Ciudad de México en los inicios del siglo xx”, *Historia Mexicana*, 62:1 (2012): 249-304; Mercedes Alanís, “Más que curar, prevenir: surgimiento y primera etapa de los Centros de Higiene Infantil en la Ciudad de México, 1922-1932”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 22:2 (2015): 391-409; Adriana Álvarez, “Resignificando los conceptos de la higiene: el surgimiento de una autoridad sanitaria en el Buenos Aires de los años 80”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 6:2 (1999): 293-314; Cristina de Campos, *São Paulo pela lente da higiene: as propostas de Geraldo Horácio de Paula Souza para a cidade, 1925-1945*, Rima, São Carlos, 2002; Claudia Agostoni, *Monuments of Progress: Modernization and Public Health in Mexico City, 1876-1910*, University of Calgary Press, Calgary, 2003; Norma Isabel Sánchez, *La higiene y los higienistas en la Argentina: 1880-1943*, Sociedad Científica Argentina, Buenos Aires, 2007; Ann Shelby Blum, *Domestic Economies: Family, Work, and Welfare in Mexico City, 1884-1943*, University of Nebraska Press, Lincoln, 2009; André Mota, *Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista entre 1892-1920*, EDUSP, São Paulo, 2005; Márcia Regina Barros da Silva, *O laboratório e a República: saúde pública, ensino médico e produção de conhecimento em São Paulo (1891-1933)*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2014; Maria Silvia di Liscia y Graciela Nélica Salto (coords.), *Higienismo, educación y discurso en la Argentina, 1870-1940*, Universidad Nacional de la Pampa, Santa Rosa, 2004; Magali Romero Sá, “The History of Tropical Medicine in Brazil: The Discovery of *Trypanosoma cruzi* by Carlos Chagas and the German School of Protozoology”, *Parassitologia* 47:3-4 (2005): 309-317; André Felipe Cândido da Silva, “Raça, medicina tropical e colonialismo no Terceiro Reich: a expedição de Giemsa e Nauck ao Espírito Santo em 1936”, *Estudos Históricos* 26:52 (2013): 347-368; Eduardo Kingman Garcés, *La ciudad y los otros. Quito 1860-1940: Higienismo, ornato y policía*, Flacso-sede Ecuador, Quito, 2006; Carlos Noguera, *Medicina y política: Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo xx en Colombia*, EAFIT, Medellín, 2003; David S. Parker, “Civilizing the City of Kings: Hygiene and Housing in Lima, Peru”, en Ronn F. Pineo y James A. Baer (coords.), *Cities of Hope: People, Protests, and Progress in Urbanizing Latin America, 1870-1930*, Westview Press, Boulder, 1998, pp. 153-178; Julia Rodríguez, *Civilizing Argentina: Science, Medicine, and the Modern State*, University of North Carolina Press, Chapel Hill, 2006; Emilio Quevedo, Catalina Borda, Juan Carlos Eslava Castañeda, Claudia Mónica García, María del Pilar Guzmán Urrea, Paola Mejía y Carlos Noguera, *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, Bogotá, 2004.

Sobre la obstetricia, enfermería, temas de género y las preocupaciones en relación con la salud infantil al inicio del siglo xx, véase Ana María Carrillo, “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México”, *Dynamis* 19 (1999): 167-190; Laura C. Díaz Robles y Luciano Oropeza, “Las parteras de Guadalajara (México) en el siglo xix: el despojo de su arte”, *Dynamis* 27 (2007): 237-261; Donna J. Guy, “The Pan American Child Congresses, 1916 to 1942: Pan Americanism, Child Reform, and the Welfare State in Latin America”, *Journal of Family History* 23:3 (1998): 272-291; María Soledad Zárate y Lorena Godoy, “Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964)”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 18:supl. 1 (2011): 131-151; Soledad Sánchez Puñales, *Historia de la enfermería en Uruguay*, Trilce, Montevideo, 2002; Hebe M. C. Vessuri, “Enfermería de salud pública, modernización y cooperación internacional. El proyecto de la Escuela Nacional de Enfermeras de Venezuela, 1936-1950”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 8:3 (2001): 507-539; Lina Faria y Luiz Antonio de Castro Santos, “As profissões de saúde: uma análise crítica do cuidar”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 18:supl. 1 (2011): 227-240; Karina Ramacciotti y Adriana Valobra, “La profesionalización de la enfermería en Argentina: disputas políticas e institucionales durante el peronismo”, *Asclepio* 62:2 (2010): 353-374; André Luiz Vieira de Campos, “Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem”, *Ciência & Saúde Coletiva* 13:3 (2008): 879-888; Lissell Quiroz, “De la comadrona a la obstetriz. Nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú del siglo xix”, *Dynamis* 32:2 (2012): 415-437; y Aline da Silva Medeiros, “A dinâmica hospitalar da Maternidade Dr. João Moreira, em Fortaleza, nas primeiras décadas do século xx”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 20:3 (2013): 963-981. Maria Martha de Luna Freire tiene un artículo y un libro sobre la experiencia brasileña: “‘Ser mãe é uma ciência’: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 15:supl. 1 (2008): 153-171, y *Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil*, FGV, Rio de Janeiro, 2009. Finalmente, Anne-Emanuelle Birn tiene diversos trabajos sobre salud infantil en Uruguay y en América Latina como: “O nexo nacional-internacional na saúde pública: o Uruguai e a circulação das políticas e ideologias de saúde infantil, 1890-1940”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 13:3 (2006): 675-708, y “No More

Surprising than a Broken Pitcher'? Maternal and Child Health in the Early Years of the Pan American Sanitary Bureau", *Canadian Bulletin of Medical History* 19:1 (2002): 17-46.

CAPÍTULO III

Sobre instituciones, educación médica y cuidados de la salud, véase Christopher Abel, *Health Care in Colombia, c. 1920 – c. 1950: A Preliminary Analysis*, Institute of Latin American Studies, Londres, 1994; Susana Belmartino, Carlos Bloch, Ana Virginia Persello y María Isabel Carnino, *Corporación médica y poder en salud: Argentina, 1920-1945*, Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires, 1988; Steven Palmer, "Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central", *Dynamis* 25 (2005): 59-85; Márcia Regina Barros da Silva, *Estratégias da ciência: a história da Escola Paulista de Medicina (1933-1956)*, EDUSF, Bragança Paulista, 2003; Juan Carlos Eslava Castañeda, *Buscando el reconocimiento profesional: La salud pública en Colombia en la primera mitad del siglo XX*, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2004; Mario Hernández Álvarez, *La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina: una comparación sociopolítica, 1880-1950*, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2004; Amy Kemp y Flavio Coelho Edler, "A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 11:3 (2004): 569-585. Juanita de Barros es autora de trabajos sobre una región poco estudiada de América del Sur: "Sanitation and Civilization in Georgetown, British Guiana", que fue publicado en un número especial de la revista *Caribbean Quarterly*, titulado "Colonialismo y salud en los trópicos", 49:4 (2003): 65-86; y "Spreading Sanitary Enlightenment': Race, Identity, and the Emergence of a Creole Medical Profession in British Guiana", *Journal of British Studies* 42:4 (2003): 483-504.

Una perspectiva con diferentes matices acerca de la Fundación Rockefeller se puede revisar en Christopher Abel, "External Philanthropy and Domestic Change in Colombian Health Care: The Role of the Rockefeller Foundation, ca. 1920-1950", *Hispanic American Historical Review* 75:3 (1995): 339-376. Anne-Emanuelle Birn es autora del estudio crítico *Marriage of Convenience: Rockefeller International Health and Revolutionary Mexico*, University of Rochester Press, Rochester, 2006. Marcos Cueto ha resaltado el aspecto autoritario de la Rockefeller en sus programas de salud: "Sanitation from Above: Yellow Fever and Foreign Intervention in Peru, 1919-1922", *Hispanic*

American Historical Review 72:1 (1992): 1-22; y “The Cycles of Eradication: The Rockefeller Foundation and Latin American Public Health, 1918-1940”, en Paul Weindling (coord.), *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*, Cambridge University Press, Nueva York, 1995, pp. 222-243. Steven Palmer es autor de una serie de estudios que proporcionaron nuevos temas y perspectivas en relación, como, por ejemplo, “Toward Responsibility in International Health: Death Following Treatment in Rockefeller Hookworm Campaigns, 1914-1934”, *Medical History* 54:2 (2010): 149-170; “‘O demônio que se transformou em vermes’: a tradução da saúde pública no Caribe Britânico, 1914-1920”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 13:3 (2006): 571-589; y “Central American Encounters with Rockefeller Public Health, 1914-1921”, en Gilbert M. Joseph, Catherine LeGrand y Ricardo D. Salvatore (coords.), *Close Encounters of Empire: Writing the Cultural History of U.S. – Latin American Relations*, Duke University Press, Durham, 1998, pp. 311-332. Palmer y Ligia María Peña Torres escribieron “A Rockefeller Foundation Health Primer for US-Occupied Nicaragua, 1914-1928”, *Canadian Bulletin of Medical History* 25:1 (2008): 43-69. Sobre la Rockefeller, véase también: Lina Rodrigues de Faria, *Saúde e política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007; Ilana Löwy, *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006; Paola Mejía Rodríguez, “De ratones, vacunas y hombres: el programa de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller en Colombia, 1932-1948”, *Dynamis* 24 (2004): 119-155; Darwin H. Stapleton, “The Dawn of DDT and Its Experimental Use by the Rockefeller Foundation in Mexico, 1943-1952”, *Parassitologia* 40:1-2 (1998): 149-158; Steven C. Williams, “Nationalism and Public Health: The Convergence of Rockefeller Foundation Technique and Brazilian Federal Authority during the Time of Yellow Fever, 1925-1930”, en Marcos Cueto (coord.), *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America*, Indiana University Press, Bloomington, 1994: 23-51. Sobre el incremento de la participación latinoamericana con instituciones, redes e iniciativas internacionales de salud, algunos trabajos representativos son los siguientes: Jaime Larry Benchimol, Magali Romero Sá, Kaori Kodama, Marcio Magalhães de Andrade y Vivian da Silva Cunha (coords.), *Cerejeiras e Cafezais: relações médico-científicas entre Brasil e Japão e a saga de Hideyo Noguchi*, Bom Texto, Rio de Janeiro, 2009; Anne-Emanuelle Birn, “Child Health in Latin America: Historiographic Perspectives and Challenges”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 14:3 (2007): 677-708; Guillermo Olagüe de Ros, “La Unión Médica Hispano-

Americana (1900) y su contribución al internacionalismo científico”, *Dynamis* 26 (2006): 151-168; Magali Romero Sá, Jaime Larry Benchimol, Simone Kropf, Larissa Viana y André Felipe Cândido da Silva, “Medicina, ciência e poder: as relações entre França, Alemanha e Brasil no período de 1919 a 1942”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 16:1 (2009): 247-261; Marta de Almeida, “Circuito aberto: ideias e intercâmbios médico-científicos na América Latina nos primórdios do século xx”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 13:3 (2006): 733-757; Magali Romero Sá y André Felipe Cândido da Silva, “La *Revista Médica de Hamburgo* y la *Revista Médica Germano-Ibero-Americana*: diseminación de la medicina germánica en España y América Latina (1920-1933)”, *Asclepio* 62:1 (2010): 7-34; Cleide de Lima Chave, “Poder e saúde na América do Sul: os congressos sanitários internacionais, 1870-1889”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 20:2 (2013): 411-434. Sobre la medicina bajo el gobierno populista en Argentina, una obra fundamental es Karina Ramacciotti, *La política sanitaria del peronismo*, Biblos, Buenos Aires, 2009.

CAPÍTULO IV

En relación con una historia multidimensional de la tuberculosis, véase Diego Armus, *The Ailing City: Health, Tuberculosis, and Culture in Buenos Aires, 1870-1950*, Duke University Press, Durham, 2011. Otros estudios importantes son los siguientes: Enrique Beldarraín Chaple, “Apuntes para la historia de la lucha antituberculosa en Cuba”, *Revista Cubana de Salud Pública* 24:2 (1998): 97-105; Cláudio Bertolli Filho, *História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001; Julio Néstor Núñez Espinoza, “Un episodio en la historia de la tuberculosis en el Perú (Tamboraque, 1895)”, *Histórica* 33:1 (2009): 43-64. Adrián Carbonetti es autor del artículo “Discursos y prácticas en los sanatorios para tuberculosos en la provincia de Córdoba, 1910-1947”, *Asclepio* 60:2 (2008): 167-186, y del libro *Enfermedad y sociedad: la tuberculosis en la ciudad de Córdoba, 1906-1947*, Editorial de la Municipalidad de Córdoba, Córdoba, 1999; Enrique Rajchenberg, “Cambio de paradigma médico y tuberculosis: México a la vuelta del siglo xix”, *Anuario de Estudios Americanos* 56:2 (1999): 539-551; y Vera Blinn Reber, “Blood, Coughs, and Fever: Tuberculosis and the Working Class of Buenos Aires, Argentina, 1885-1915”, *Social History of Medicine* 12:1 (1999): 73-100.

Identidades nacionales y regionales son examinadas en estas obras: Stanley E. Blake, “The Medicalization of *Nordestinos*: Public Health and Regional Identity in Northeastern Brazil, 1889-1930”, *The Americas* 60:2 (2003): 217-248; Ann Zulawski, *Unequal Cures: Public Health and Political Change in Bolivia, 1900-1950*, Duke University Press, Durham, 2007; Marcos Cueto, “Indigenismo and Rural Medicine in Peru: The Indian Sanitary Brigade and Manuel Núñez Butrón”, *Bulletin of the History of Medicine* 65:1 (1991): 22-41; Beatriz Teixeira Weber, “Identidade e corporação médica no sul do Brasil na primeira metade do século xx”, *Varia Historia* 26:44 (2010): 421-435; Nísia Trindade Lima, *Um sertão chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*, IUPERJ/Universidade Candido Mendes, Editora Revan, Rio de Janeiro, 1999; y Claudia Agostoni, “Médicos rurales y medicina social en el México posrevolucionario (1920-1940)”, *Historia Mexicana* 63:2 (2013): 745-801. La socióloga e historiadora brasileña Lima también escribió un artículo sobre cómo las identidades nacionales y regionales impregnaron tanto al pensamiento social brasileño como a la élite médica: “Doctors, Social Scientists, and Backlands Peoples: Continuity and Change in Representations of Brazil’s Rural World”, *Canadian Journal of Latin American and Caribbean Studies* 35:69 (2010): 39-66. Sobre la medicina rural, véase también Norma Isabel Sánchez, Federico Pérgola y María Teresa di Vietri, *Salvador Mazza y el archivo “perdido” de la mepra: Argentina, 1926-1946*, El Guión Ediciones, Buenos Aires, 2010. La fascinante historia de Mazza fue el tema principal de la premiada película *Casas de Fuego* (1995), dirigida por Juan Bautista Stagnaro, y que ha llamado la atención de otros estudios académicos, tales como los siguientes: Jonathan Leonard, “Research in the Argentine Outback: The Health Quest of Salvador Mazza”, *Bulletin of the Pan American Health Organization* 26:3 (1992): 256-270; Andrés Ivern, *Vida y obra de Salvador Mazza: Historia de una epopeya científica*, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, 1987; Juan Pablo Zabala, “Historia de la enfermedad de Chagas en Argentina: evolución conceptual, institucional y política”, *História, Ciências, Saúde – Manuais* 16:supl. 1 (2009): 57-74.

Sobre las relaciones entre eugenesia, género, política y raza, véase Juan P. Barrán, “Biología, medicina y eugenesia en Uruguay”, *Asclepio* 51:2 (1999): 11-50; Marisa Miranda, “La biotipología en el pronatalismo argentino (1930-1983)”, *Asclepio* 57:1 (2005): 189-218. Miranda es coordinadora, junto con Gustavo Vallejo, de una obra fundamental sobre el tema: *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino, Siglo XXI*, Buenos Aires, 2005. Otros trabajos valiosos son: Sergio Cecchetto, *La biología contra la democracia: eugenesia,*

herencia y prejuicio en Argentina. 1880-1940, EUDEM, Mar del Plata, 2008; Lara Suárez y López-Guazo, “Eugenesia, salud mental y tipología psicológica del mexicano”, *Asclepio* 54:2 (2002): 19-40; Juan Manuel Sánchez Arteaga, “Las ciencias y las razas en Brasil hacia 1900”, *Asclepio* 61:2 (2009): 67-99; André Mota y Lilia Blima Schraiber, “A infância da gente paulista: eugenia e discurso médico nos anos de 1930-1940”, en André Mota y Lilia Blima Schraiber (coords.), *Infância e saúde: perspectivas históricas*, Editora Hucitec, São Paulo, 2009, pp. 194-233; Stefan Pohl-Valero, “La raza entra por la boca: energy, diet, and eugenics in Colombia, 1890-1940”, *Hispanic American Historical Review* 94:3 (2014): 455-486. Alexandra Stern es autora de diversos estudios sobre el tema, entre los que está “‘The Hour of Eugenics’ in Veracruz, Mexico: Radical Politics, Public Health, and Latin America’s Only Sterilization Law”, *Hispanic American Historical Review* 91:3 (2011): 431-443; otros buenos ejemplos sobre este tema dentro de esta vasta bibliografía son Armando García González y Raquel Álvarez Peláez, *Las trampas del poder: sanidad, eugenesia y migración: Cuba y Estados Unidos (1900-1940)*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 2007; Armando García González, “El desarrollo de la eugenesia en Cuba”, *Asclepio* 51:2 (1999): 85-100; Luis Ferla, *Feios, sujos e malvados sob medida: a utopia médica do biodeterminismo, São Paulo (1920-1945)*, Alameda, São Paulo, 2009; y Andrés H. Reggiani, “Depopulation, Fascism, and Eugenics in 1930s Argentina”, *Hispanic American Historical Review* 90:2 (2010): 283-318.

Sobre la lepra, véase Diana Obregón Torres, *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia*, Banco de la República de Colombia / Fondo Editorial Universitario EAFIT, Medellín, 2002; Dilma Cabral da Costa, *Lepra, medicina e políticas de saúde no Brasil (1894-1934)*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013; María del Carmen Sánchez Uriarte, *Entre la misericordia y el desprecio: los leprosos y el Hospital de San Lázaro de la ciudad de México, 1784-1862*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2005; Keila Auxiliadora Carvalho, “Discussões em torno da reconstrução do significado da lepra no período pós-sulfônico, Minas Gerais, na década de 1950”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 22:2 (2015): 541-557; José Augusto Leandro, “Em prol do sacrifício do isolamento: lepra e filantropia na Argentina e no Brasil, 1930-1946”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 20:3 (2013): 913-938; Ricardo Fabrino Mendonça, “Táticas cotidianas e ação coletiva: a resistência das pessoas atingidas pela hanseníase”, *Varia Historia* 28:47 (2012): 341-360; Marisa Miranda y Gustavo Vallejo, “Formas de aislamiento físico y simbólico: la lepra, sus espacios de reclusión y el discurso medicolegal en

Argentina”, *Asclepio* 60:2 (2008): 19-42; Marcos Cueto, “Social Medicine and ‘Leprosy’ in the Peruvian Amazon”, *The Americas* 61:1 (2004): 55-80. Un estudio que enfatiza las voces de los enfermos es el de Dilene Raimundo do Nascimento y Vera Regina Beltrão Marques (coords.), *Hanseníase: a voz dos que sofreram o isolamento compulsório*, Editora da UFPR, Curitiba, 2011. La enfermedad mental, el aislamiento y la influencia de las ideas de Sigmund Freud han captado la atención de varios historiadores, comenzando con el clásico libro de Roberto Machado, Ângela Loureiro, Rogério Luz y Katia Muricy, *Danção da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*, Graal, Rio de Janeiro, 1978. Véanse además otros trabajos, como los de Magali Gouveia Engel, *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios. (Rio de Janeiro, 1830-1930)*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001; Leonard D. Smith, *Insanity, Race and Colonialism: Managing Mental Disorder in the Post-Emancipation British Caribbean, 1838-1914*, Palgrave Macmillan, Basingstoke, 2014; María José Correa Gómez, “De la Casa de Orates al juzgado: pericia alienista y evaluación judicial de la locura en Santiago de Chile hacia 1860”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 20:2 (2013): 571-585; Mariano Rupertuz, *Freud y los chilenos: un viaje transnacional (1910-1949)*, Pólvora, Santiago, 2015; y Manuella Meyer, *Reasoning against Madness: Psychiatry and the State in Rio De Janeiro, 1830 1944*, Rochester University Press, Rochester, 2017. Cristiana Facchinetti organizó un número especial de la revista *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 17:supl. 2 (2012) con estudios sobre psiquiatria en Brasil durante las primeras décadas del siglo xx. Facchinetti también escribió, junto con Pedro Felipe Neves de Muñoz, “Emil Kraepelin na ciência psiquiátrica do Rio de Janeiro, 1903-1933”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 20:1 (2013): 239-262. Otra historiadora brasileña de la salud mental que ha producido valiosos estudios es Ana Teresa Venancio, “Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século xx”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 18:supl. 1 (2011): 35-52. Para conocer más sobre este tema en Argentina, véase Hugo Vezzetti, *La locura en Argentina*, Folios, Buenos Aires, 1983; Jonathan Ablard, *Madness in Buenos Aires: Patients, Psychiatrists, and the Argentine State, 1880-1983*, University of Calgary Press, Calgary, 2008. Las instituciones mexicanas fueron analizadas por María Cristina Sacristán, “Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la ciudad de México, 1929-1932”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 12:3 (2005): 675-692; y *Locura y disidencia en el México ilustrado, 1760-1810*, El Colegio de Michoacán, Zamora, 1994.

Véase también Andrés Ríos Molina, *La locura durante la Revolución mexicana: los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920*, El Colegio de México, México, 2009; Eduardo Dallal-Castillo, “History of Psychoanalysis in Mexico”, *International Journal of Psychoanalysis* 93:3 (2012): 737-739. Una autora que tiene trabajos producidos según la perspectiva de los pacientes mexicanos es Cristina Rivera-Garza, “‘She Neither Respected nor Obeyed Anyone’: Inmates and Psychiatrists Debate Gender and Class at the General Insane Asylum La Castañeda, Mexico, 1910-1930”, *Hispanic American Historical Review* 81:3-4 (2001): 653-688; y *La Castañeda: narrativas do-lientes desde el Manicomio General, México, 1910-1930*, Tusquets, México, 2010. Otro estudio importante es el del renombrado historiador español Rafael Huertas García-Alejo, “Sobre los orígenes de la psiquiatría cubana: la obra de Gustavo López (1860-1912)”, *Asclepio* 43:2 (1991): 69-87.

Para tener un análisis de la política de las instituciones de salud durante el siglo xx, véase Susana Belmartino, Carlos Bloch, María Isabel Carnino y Ana Virginia Persello, *Fundamentos históricos de la construcción de relaciones de poder en el sector salud: Argentina, 1940-1960*, Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires, 1991; y Vicente Navarro, “The Underdevelopment of Health or the Health of Underdevelopment: An Analysis of the Distribution of Human Health Resources in Latin America”, *International Journal of Health Services* 4:1 (1974): 5-27. Las conexiones específicas entre políticas nacionales y regionales son analizadas, para una región de Argentina, en María José Ortiz Bergia, “Provincia y Nación en el proceso de construcción de un Estado centralizado: políticas sanitarias en Córdoba (1943-1946)”, *Quinto Sol* 16:1 (2012): 1-23.

Entre los estudios socioculturales acerca de la investigación médica en América Latina hacia fines del siglo xix y durante el siglo xx tenemos los siguientes: Ana Carolina Vimieiro Gomes, *Uma ciência moderna e imperial: a fisiologia brasileira no final do século xix (1880-1889)*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013; Alfonso Buch, *Forma y función de un sujeto moderno: Bernardo Houssay y la fisiología argentina (1900-1943)*, Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, 2006; Vanderlei Sebastião de Souza, Rodrigo Ciconet Dornelles, Carlos E. A. Coimbra Jr. y Ricardo Ventura Santos, “História da genética no Brasil: um olhar a partir do Museu da Genética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 20:2 (2013): 675-694; y Marcos Cueto, “Andean Biology in Peru: Scientific Styles on the Periphery”, *Isis* 80:4 (1989): 640-658. México ha recibido especial atención sobre el desarrollo de las ciencias de la vida y en especial de la genética; véanse

los trabajos de Ana Barahona, “The History of Genetics in Mexico in the Light of ‘a Cultural History of Heredity’”, *History and Philosophy of the Life Sciences* 35:1 (2013): 69-74; “Transnational Science and Collaborative Networks. The Case of Genetics and Radiobiology in Mexico, 1950-1970”, *Dynamis* 35:2 (2015): 333-358; así como *Historia de la genética humana en México, 1870-1970*, Facultad de Ciencias, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2009. Asimismo son importantes los siguientes trabajos mexicanos: Ismael Ledesma-Mateos y Ana Barahona, “The Institutionalization of Biology in Mexico in the Early 20th Century. The Conflict between Alfonso Luis Herrera (1865-1942) and Isaac Ochoterena (1885-1950)”, *Journal of the History of Biology* 36:2 (2003): 285-307; Ismael Ledesma-Mateos, *De Balderas a la Casa del Lago: la institucionalización de la biología en México*, Universidad Autónoma de la Ciudad de México, México, 2007; Carlos López-Beltrán y Vivette García Deister, “Aproximaciones científicas al mestizo mexicano”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 20:2 (2013): 391-410; Edna Suárez-Díaz, “Indigenous Populations in Mexico: Medical Anthropology in the Work of Ruben Lisker in the 1960s”, *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences* 47:Pt. A (2014): 108-117; Arturo Argueta Villamar, Ricardo Noguera y Rosaura Ruiz Gutiérrez, “La recepción del lisenkismo en México”, *Asclepio* 55:1 (2003): 235-262.

El sociólogo de la ciencia Pablo Kreimer ha elaborado excelentes estudios sobre los orígenes y las transformaciones vinculadas con el desarrollo de la biología molecular. Precisamente, él es coautor (junto con Manuel Lugones) del artículo “Pioneers and Victims: The Birth and Death of Argentina’s First Molecular Biology Laboratory”, *Minerva* 41:1 (2003): 47-69; y es autor del libro *Ciencia y periferia: nacimiento, muerte y resurrección de la biología molecular en la Argentina: aspectos sociales, políticos y cognitivos*, Eudeba, Buenos Aires, 2010.

Las enfermedades de transmisión sexual y sus respectivas políticas de control han recibido un atento análisis en Carolina Biernat, “Médicos, especialistas, políticos y funcionarios en la organización centralizada de la profilaxis de las enfermedades venéreas en la Argentina (1930-1954)”, *Anuario de Estudios Americanos* 64:1 (2007): 257-288 y en el libro de la misma autora en compañía con Karina Ramacciotti, *Crecer y multiplicarse: la política sanitaria materno-infantil: Argentina 1900-1960*, Editorial Biblos, Buenos Aires, 2013; Katherine Bliss, *Compromised Positions: Prostitution, Public Health, and Gender Politics in Revolutionary Mexico City*, Pennsylvania State University Press, University Park, 2001; Yolanda Eraso, *Representing Argentinian Mothers: Medicine, Ideas, and Culture in the Modern Era, 1900-1946*, Rodopi, Ámsterdam,

2013; Sérgio Carrara, *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1996; Donna J. Guy, “White Slavery, Public Health, and the Socialist Position on Legalized Prostitution in Argentina, 1913-1936”, *Latin American Research Review* 23:3 (1988): 60-80; Glenford D. Howe, “Military-Civilian Intercourse, Prostitution and Venereal Disease among Black West Indian Soldiers during World War I”, *Journal of Caribbean History* 31:1-2 (1997): 88-102; Katherine Paugh, “Yaws, Syphilis, Sexuality, and the Circulation of Medical Knowledge in the British Caribbean and the Atlantic World”, *Bulletin of the History of Medicine* 88:2 (2014): 225-252; Diana Obregón Torres, “Médicos, prostitución y enfermedades venéreas en Colombia (1886-1951)”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 9:supl. (2002): 161-186. Los programas de control poblacional han sido estudiados por algunos especialistas: Paul Singer, “Population and Economic Development in Latin America”, *International Journal of Health Services* 3:4 (1973): 731-736; Juanita de Barros, *Reproducing the British Caribbean: Sex, Gender, and Population Politics after Slavery*, University of North Carolina Press, Chapel Hill, 2014; Ana María Medina Chávez, “Contexto social del debate sobre el control natal en Colombia en las décadas de 1960 y 1970: política, medicina y sociedad”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 21:4 (2014): 1467-1473; María Carranza, “Sobre una relación ‘prolífica’. El papel de ‘la salud’ en la propagación de la esterilización contraceptiva en Costa Rica”, *Dynamis* 24 (2004): 187-212. Un estudio importante sobre el impacto de las políticas de planificación familiar en la cultura popular es Gabriela Soto Laveaga, “‘Let’s Become Fewer’: Soap Operas, Contraception, and Nationalizing the Mexican Family in an Overpopulated World”, *Sexuality Research and Social Policy* 4:3 (2007): 19-33.

El control de la malaria y la erradicación de esta enfermedad durante el siglo xx fueron analizados por Eric D. Carter, “‘God Bless General Perón’: DDT and the Endgame of Malaria Eradication in Argentina in the 1940s”, *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 64:1 (2009): 78-122; Saúl Franco Agudelo, “El saldo rojo de los insecticidas en América Latina: a propósito de su utilización contra la malaria”, *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud* 7:20 (1981): 35-53; Alfredo G. Kohn Loncarica, Abel L. Agüero y Norma Isabel Sánchez, “Nacionalismo e internacionalismo en las ciencias de la salud: el caso de la lucha antipalúdica en la Argentina”, *Asclepio* 49:2 (1997): 147-163; Ana Teresa Gutiérrez, *Tiempos de guerra y paz: Arnoldo Gabaldón y la investigación sobre malaria en Venezuela (1936-1990)*, CENDES, Caracas, 1998; y Gilberto Hochman, “From Autonomy to Partial Alignment: National

Malaria Programs in the Time of Global Eradication, Brazil, 1941-1961”, *Canadian Bulletin of Medical History* 25:1 (2008): 161-192. Sobre el pian véase Érico Silva Muniz, *Basta aplicar uma injeção? Desafios e contradições da saúde pública nos tempos de JK (1956-1961)*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013. Un estudio panorámico sobre la erradicación de enfermedades se encuentra en Nancy Stepan, *Eradication: Ridding the World of Disease Forever?*, Cornell University Press, Ithaca, 2012.

El cáncer es un tema que merece mayor atención. Una edición reciente de la revista española *Dynamis*, titulada “Controlling Female Cancer in South America” 34:1 (2014), incluye valiosos estudios sobre los casos de Brasil y Argentina. Otros trabajos importantes son los de Ana María Carrillo, “Entre el ‘sano temor’ y el ‘miedo irrazonable’: la Campaña Nacional contra el cáncer en México”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 17:supl. 1 (2010): 89-107; de Yolanda Eraso, “Migrating Techniques, Multiplying Diagnoses: The Contribution of Argentina and Brazil to Early ‘Detection Policy’ in Cervical Cancer”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 17:supl. 1 (2010): 33-51; y de Gisele Sanglard, “Laços de sociabilidade, filantropia e o Hospital do Câncer do Rio de Janeiro (1922-1936)”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 17:supl. 1 (2010): 127-147. El historiador brasileño Luiz Antonio Teixeira ha realizado destacados estudios: *De doença desconhecida a problema de saúde pública: o inca e o controle do câncer no Brasil*, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2007; y en coautoría con Ilana Löwy, “Imperfect Tools for a Difficult Job: Colposcopy, ‘Colpocytology’ and Screening for Cervical Cancer in Brazil”, *Social Studies of Science* 41:4 (2001): 585-608.

CAPÍTULO V

Aunque son pocos los trabajos que aplican una metodología histórica para estudiar los orígenes y el desarrollo de la atención primaria de salud y de la salud global, existen algunos buenos estudios: Tom Frieden y Richard Garfield, “Popular Participation in Health in Nicaragua”, *Health Policy and Planning* 2:2 (1987): 162-170. Presentando una perspectiva crítica sobre la implementación de la atención primaria de salud están las obras de Lynn Marie Morgan, *Community Participation in Health: The Politics of Primary Care in Costa Rica*, Cambridge University Press, Cambridge, 1993 e “International Politics and Primary Health Care in Costa Rica”, *Social Science and Medicine* 30:2 (1990): 211-219.

En relación con los modernos esfuerzos de erradicación a fines del siglo xx véanse los estudios sobre la poliomielitis y la viruela en Brasil: Gilberto Hochman, “Priority, Invisibility and Eradication: The History of Smallpox and the Brazilian Public Health Agenda”, *Medical History* 53:2 (2009): 229-252; Dilene Raimundo do Nascimento, “As campanhas de vacinação contra a poliomielite no Brasil (1960-1990)”, *Ciência & Saúde Coletiva* 16:2 (2011): 501-511. Sobre la reemergencia de las epidemias desde una perspectiva histórica en el tránsito hacia el siglo XXI, resultan útiles los siguientes estudios: Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, Ana María Carrillo, Cláudio Bertolli Filho, Christiane Maria Cruz de Souza, Liane Maria Bertucci y Nara Azevedo, “A gripe de longe e de perto: comparações entre as pandemias de 1918 e 2009”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 16:4 (2009): 1065-1113; Dilene Raimundo do Nascimento, *As pestes do século xx: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005. Sobre la especificidad del HIV/AIDS, algunos trabajos importantes son los siguientes: Maria Cristina Marques, *A história de uma epidemia moderna: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil*, Rima, São Carlos, 2003; Shawn C. Smallman, *The AIDS Pandemic in Latin America*, University of North Carolina Press, Chapel Hill, 2007.

Sobre el caso de Cuba y los modelos alternativos de cuidados de la salud, un trabajo reciente es Pierre Sean Brotherton, *Revolutionary Medicine: Health and the Body in Post-Soviet Cuba*, Duke University Press, Durham, 2012. Entre los estudios clásicos están Ross Danielson, *Cuban Medicine*, Transaction Publishers, New Brunswick, N. J., 1979; Sergio Diaz-Briquets, *The Health Revolution in Cuba*, University of Texas Press, Austin, 1983; Katherine Hirschfeld, *Health, Politics, and Revolution in Cuba since 1898*, Transaction Publishers, New Brunswick, N. J., 2007. Sobre transformaciones sociales, sistemas de seguridad social, neoliberalismo y reforma de salud, los estudios clásicos son Carmelo Mesa-Lago, *Social Security in Latin America: Pressure Groups, Stratification, and Inequality*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 1978; Vicente Navarro, “What Does Chile Mean: An Analysis of Events in the Health Sector before, during, and after Allende’s Administration”, *Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society* 52:2 (1974): 93-130. Véase también Silvia Tamez González y Rosa Irene Valle Arcos, “Desigualdad social y reforma neoliberal en salud”, *Revista Mexicana de Sociología* 67:2 (2005): 321-356; Raquel Abrantes Pêgo, “La reforma de los servicios de salud en México y la dinamización y politización de los intereses: una aproximación”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 4:2 (1997): 245-263; John L. Fiedler,

“The Privatization of Health Care in Three Latin American Social Security Systems”, *Health Policy and Planning* 11:4 (1996): 406-417. Una académica crítica y activista mexicana es Asa Cristina Laurell, autora de *La reforma contra la salud y la seguridad social: una mirada crítica y una propuesta alternativa*, Era, México, 1997, y “Three Decades of Neoliberalism in Mexico: The Destruction of Society”, *International Journal of Health Services* 45:2 (2015): 246-264.

BIBLIOGRAFÍA

- Aceves Pastrana, Patricia, *Periodismo científico en el siglo XVIII: José Antonio de Alzate y Ramírez*, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco/Sociedad Química de México, México, 2001.
- Almeida, Carla Berenice Starling de, *Medicina Mestiça: saberes e práticas curativas nas Minas setecentistas*, Annablume, São Paulo, 2010.
- Almeida, Celia de, "Health Systems Reform and Equity in Latin America and the Caribbean: Lessons from the 1980s and 1990s", *Cadernos de Saúde Pública* 18:2 (2002): 905-925.
- Alvarado, Carlos, "La lucha antimosquito en la América tropical", *Proceedings of the Fourth International Congress on Tropical Medicine and Malaria* (mayo 10-18, 1948), Department of State, Government Printing Office, Washington, D. C., 1948, vol. II, pp. 1577-1587.
- Aristides Moll a Geraldo de Paula Souza, 25 de octubre de 1945, Acervo AGHPS, Centro de Memória. Faculdade de Saúde Pública USP, AGHPS, Serie CO, Caja 1945-1955, Carpeta agos-oct 1945.
- Armus, Diego, "Tango, Gender and Tuberculosis in Buenos Aires, 1900-1940", en Diego Armus (coord.), *Disease in the History of Modern Latin America: From Malaria to AIDS*, Duke University Press, Durham, 2003, pp. 101-129.
- Artschwager Kay, Margarita, "The *Florilegio Medicinal*: Source of Southwest Ethnomedicine", *Ethnohistory* 24:3, Duke University Press (1977): 251-259.
- Asúa, Miguel de, "Influencia de la Facultad de Medicina de París sobre la de Buenos Aires", *Quipu* 3 (1986): 79-90.
- Barreto Constantín, Ana María, *Salud, enfermedad y muerte en tiempos de Urquiza (Entre Ríos, siglo XIX)*, Dunken, Buenos Aires, 2012.
- Barros, F. C., J. P. Vaughan, C. G. Victora y S. R. Huttly, "Epidemic of Caesarean Sections in Brazil", *Lancet* 338:8760 (1991): 167-169.
- Bastien, Joseph W., "Qollahuaya-Andean Body Concepts: A Topographical Hydraulic Model of Physiology", *American Anthropologist*, Nueva Serie 87, 3 (1985): 595-611.
- , *Healers of the Andes: Kallawayá Herbalists and Their Medicinal Plants*, University of Utah Press, Salt Lake City, 1987.

- Benchimol, Jaime L., *Pereira Passos: um Haussmann tropical: a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século xx*, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Rio de Janeiro, 1990.
- , “Origens e evolução do Instituto Oswaldo Cruz no período 1899-1937”, en Jaime L. Benchimol (coord.), *Manguinhos, do sonho à vida: A ciência na Belle Époque*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 1990, pp. 5-88.
- , “Domingos José Freire e os primórdios da bacteriologia no Brasil”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 2, 1 (1995): 67-98.
- , “Adolpho Lutz: um esboço biográfico”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 10:1 (2003): 13-83.
- Biehl, João, “The Judicialization of Biopolitics: Claiming the Right to Pharmaceuticals in Brazilian Courts”, *American Ethnologist* 40:3 (2013): 419-436.
- Breilh, Jaime, “Community Medicine under Imperialism: A New Medical Police”, *International Journal of Health Services* 9 (1979): 5-24.
- Briggs, Charles L., y Clara Mantini-Briggs, *Stories in the Time of Cholera: Racial Profiling during a Medical Nightmare*, University of California Press, Berkeley, 2003.
- , “Confronting Health Disparities: Latin American Social Medicine in Venezuela”, *American Journal of Public Health* 99:3 (2009): 549-555.
- Campos, André Luiz Vieira de, *Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.
- Canada, Department of National Health and Welfare, *A New Perspective on the Health of Canadians; a Working Document*, Department of National Health and Welfare, Ottawa, 1974.
- Cañizares Esguerra, Jorge, “New Worlds, New Stars: Patriotic Astrology and the Invention of Indian and Creole Bodies in Colonial Spanish America 1600-1650”, *American Historical Review* 104 (1999): 33-68.
- , “Iberian Colonial Science”, *Isis* 96 (2005): 64-70.
- Carbonetti, Adrián, *Historias de enfermedad en Córdoba desde la colonia hasta el siglo xx*, Universidad Nacional de Córdoba, Centro de Estudios Avanzados, Córdoba, Argentina, 2007.
- Carrillo, Ana María, *Matilde Montoya: primera médica mexicana*, DEMAC, México, 2002.
- , “Médicos del México decimonónico: entre el control estatal y la autonomía profesional”, *Dynamis* 22 (2002): 351-375.
- , “Surgimiento y desarrollo de la participación federal en los servicios de salud”, en Guillermo Fajardo Ortiz *et al.*, *Perspectiva histórica de atención a la*

- salud en México, 1902-2002*, OPS/UNAM/Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina, México, 2002, pp. 17-64.
- Carrillo, Ramón, *Plan analítico de Salud Pública*, vol. 1, Ministerio Nacional de Salud, Buenos Aires, 1947.
- Carter, Eric, *Enemy in the Blood: Malaria, Environment, and Development in Argentina*, University of Alabama Press, Tuscaloosa, 2012.
- Castaneda, Carlos, *Las enseñanzas de don Juan: una forma yaqui de conocimiento* (trad. de Juan Tovar, prólogos de Octavio Paz y Walter Goldschmidt), 2ª ed., Fondo de Cultura Económica, México, 2000.
- Castañeda López, Gabriela, y Ana Cecilia Rodríguez de Romo, "Henry Sigerist y José Joaquín Izquierdo: dos actitudes frente a la historia de la medicina en el siglo xx", *Historia Mexicana* 57:1 (2007): 139-191.
- Castillo-Laborde, Carla, y Pablo Villalobos Dintrans, "Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección", *Revista Médica de Chile* 141:11 (2013): 1456-1463.
- Castro, Arachu, Yasmin Khawja y James Johnston, "Social Inequalities and Dengue Transmission in Latin America", en Ann Herring y Alan Swedlund (coords.), *Plagues and Epidemics: Infected Spaces Past and Present*, Berg Publishers, Nueva York y Oxford, 2010, pp. 231-249.
- Cavalcanti, Juliana Manzoni, "Rudolf Kraus em busca do 'ouro da ciência': a diversidade tropical e a elaboração de novas terapêuticas, 1913-1923", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 20:1 (2013): 221-237.
- Clark, A. Kim, *Gender, State, and Medicine in Highland Ecuador; Modernizing Women, Modernizing the State, 1895-1950*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 2012.
- Coelho Edler, Flavio, "A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 9:2 (2002): 357-385.
- Comité Latinoamericano para la Defensa de los Derechos de la Mujer, *Nada personal: reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú, 1996-1998*, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, Lima, 1999.
- Congreso Internacional de Ciencias Fisiológicas, *Sesión de Apertura. Discursos por Prof. Corneille Heymans y Prof. Bernardo Houssay 9-15 de agosto de 1959*, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Buenos Aires, 1959.
- Coni, Emilio R., *Memorias de un médico higienista, contribución a la historia de la higiene pública y social argentina (1867-1917)*, Talleres Gráficos Flaiban, Buenos Aires, 1918.

- Cook, Noble D., *Born to Die: Disease and New World Conquest*, Cambridge University Press, Cambridge, 1998.
- Cotrim Guimaraes, Maria Regina, “Chernoviz e os manuais de medicina popular no Império”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 12:2 (2005): 501-514.
- Coutinho, Elsimar M., “Latin America’s Contributions to Contraceptive Development”, *Fertility and Sterility* 60:2 (1993): 227-230.
- Cueto, Marcos, “The Rockefeller Foundation’s Medical Policy and Scientific Research in Latin America: The Case of Physiology”, *Social Studies of Science* 20:2 (1990): 229-254.
- , *El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud*, OPS, Washington, D. C., 2004.
- , “The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care”, *American Journal of Public Health* 94:11 (2004): 1864-1874.
- , *Cold War and Deadly Fevers: Malaria Eradication in Mexico, 1955-1970*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2007.
- , “Malaria and Global Health at the Turn of the 21st Century: A Return to the Magic Bullet Approach”, en J. Biehl y A. Petryna (coords.), *When People Come First: Critical Studies in Global Health*, Princeton University Press, Princeton, 2013, pp. 10-30.
- (coord.), *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America*, Indiana University Press, Bloomington, 1994.
- Cuevas Cardona, Consuelo, “Ciencia de punta en el Instituto Bacteriológico Nacional (1905-1921)”, *Historia Mexicana* 57:1 (2007): 53-89.
- Delgado García, Gregorio, “Ernesto ‘Che’ Guevara, médico revolucionario e higienista social”, palabras leídas en la inauguración de la XXI Jornada Científica Estudiantil de la Facultad de Medicina General Calixto García, 6 de junio de 1997. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/his/vol_1_98/his14198.pdf, último acceso: 5 de marzo de 2017.
- Di Liscia, María Silvia, “Viruela, vacunación e indígenas en la pampa argentina del siglo XIX”, en Diego Armus (coord.), *Entre médicos y curanderos: cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*, Norma, Buenos Aires, 2002, pp. 27-70.
- Donahue, J. M., “Planning for Primary Health Care in Nicaragua: A Study in Revolutionary Process”, *Social Science and Medicine* 23:2 (1986): 149-157.
- Dubos, René J., *El espejismo de la salud: utopías, progreso y cambio biológico* (trad. de José Ramón Pérez Lías), Fondo de Cultura Económica, México, 1981.
- Edler, Flavio, *A medicina no Brasil Imperial: Clima, parasitas e patologia tropical*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

- “El Dr. Juan Noé (1887-1947) y la erradicación de la malaria en el norte de Chile”, *Boletín Chileno de Parasitología* 52 (1997): 43-44.
- Espinosa, Mariola, *Epidemic Invasions: Yellow Fever and the Limits of Cuban Independence, 1878-1930*, University of Chicago Press, Chicago, 1910.
- Esteyneffer, Juan de, *Florilegio Medicinal*, Academia Nacional de Medicina, México, 1978.
- Estrella, Eduardo, “Ciencia ilustrada y saber popular en el conocimiento de la quina en el siglo XVIII”, en Marcos Cueto (coord.), *Saberes andinos: ciencia y tecnología en Bolivia, Ecuador y Perú*, Instituto de Estudios Peruanos, Lima, 1995.
- Farmer, Paul, *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*, University of California Press, Berkeley, 1993.
- Feinsilver, Julie, *Healing the Masses: Cuban Health Politics at Home and Abroad*, University of California Press, Berkeley, 1993.
- Few, Martha, “Medical Mestizaje and the Politics of Pregnancy in Colonial Guatemala, 1660-1730”, en Daniela Bleichmar, Paula De Vos, Kristin Huffine y Kevin Sheehan (coords.), *Science in the Spanish and Portuguese Empires, 1500-1800*, Stanford University Press, Stanford, 2008, pp. 132-146.
- , “Circulating Smallpox Knowledge: Guatemalan Doctors, Maya Indians and Designing Spain’s Smallpox Vaccination Expedition, 1780-1803”, *British Journal for the History of Science* 43:4 (2010): 519-537.
- Fonseca, Cristina, *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): Dualidade institucional de um bem*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.
- Foster, George M., *Hippocrates’ Latin American Legacy: Humoral Medicine in the New World*, Gordon and Breach, Langhorne (Pensilvania), 1994.
- Franco Agudelo, Saúl, “Violence and Health: Preliminary Elements for Thought and Action”, *International Journal of Health Services* 22:2 (1992): 365-376.
- Frenk, Julio, y Octavio Gómez-Dantés, “La globalización y la nueva salud pública”, *Salud Pública Mexicana* 49:2 (2007): 156-164.
- Furtado, Júnia Ferreira, “The Indies of Knowledge, or the Imaginary Geography of the Discoveries of Gold in Brazil”, en Daniela Bleichmar, Paula De Vos, Kristin Huffine y Kevin Sheehan (coords.), *Science in the Spanish and Portuguese Empires, 1500-1800*, Stanford University Press, Stanford, 2008, pp. 179-183.
- García, Claudia Mónica, *Las “fiebres del Magdalena”: Medicina y sociedad en la construcción de una noción médica colombiana, 1859-1886*, Instituto de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2007.
- , “Producing Knowledge about Tropical Fevers in the Andes: Preventive Inoculations and Yellow Fever in Colombia, 1880-1890”, *Social History of Medicine* 25:4 (2012): 830-847.

- García, Juan César, *Pensamento social em saúde na América Latina*, Cortez, São Paulo, 1989.
- García González, Armando, y Raquel Álvarez Peláez, *Las trampas del poder: sanidad, eugenesia y migración. Cuba y Estados Unidos (1900-1940)*, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Madrid, 2007.
- Gardner, Dore, *Niño Fidencio: A Heart Thrown Open*, Museum of New Mexico Press, Santa Fe, 1992.
- Gavensky, Martha, *Crotovina: informe y testimonios*, Ruy Díaz, Buenos Aires, 1986.
- Geraldo de Paula Souza a Afranio Peixoto, *1 de febrero de 1938*, Centro de Memória. Faculdade de Saúde Pública, USP, AGHPS, Serie CO, carpeta Jan-Jun 1938.
- Gómez, Pablo F., *The Experiential Caribbean: Creating Knowledge and Healing in the Early Modern Atlantic*, University of North Carolina Press, Chapel Hill, 2017.
- González Galván, Alfonso, *Aspectos históricos de la Sociedad Mexicana de Salud Pública*, Sociedad Mexicana de Salud Pública, México, 2004, disponible en http://www.smsp.org.mx/docs/historia_smsp_2004.pdf, último acceso: 3 de marzo de 2017.
- Hagood, Jonathan, "Agentes de Enlace: Nursing Professionalization and Public Health in 1940s and 1950s Argentina", en Patricia D'Antonio, Julie A. Fairman y Jean C. Whelan (coords.), *Routledge Handbook on the Global History of Nursing*, Routledge, Taylor & Francis Group, Londres, 2016, pp. 183-194.
- Harvey, H. R., "Public Health in Aztec Society", *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 57:2 (1981): 157-165.
- Hernández, Mario, "Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia", *Cadernos de Saúde Pública* 18:4 (2002): 991-1001.
- Hochman, Gilberto, "Cambio político y reformas de la salud pública en Brasil. El primer gobierno Vargas (1930-1945)", *Dynamis* 25 (2005): 199-226.
- , "O Brasil não é só doença: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 16:supl. 1 (2009): 313-331.
- Illanes, María Angélica, "En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia": *Historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973*, Ministerio de Salud, Santiago de Chile, 2010.
- Jouve Martín, José R., *The Black Doctors of Colonial Lima: Science, Race and Writing in Colonial and Early Republican Peru*, McGill-Queen's University Press, Montreal, 2014.
- Kapelusz-Poppi, Ana María, "Rural Health and State Construction in Post Revolutionary Mexico: The Nicolaita Project for Rural Medical Services", *The Americas* 58:2 (2001): 261-283.

- Kodama, Kaori, Tânia Salgado Pimenta, Francisco Inácio Bastos y Jaime Gregorio Bellido, “Mortalidade escrava durante a epidemia de cólera no Rio de Janeiro (1855-1856): uma análise preliminar”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 19:supl. 1 (2012): 59-79.
- Kohn Loncarica, Alfredo Guillermo, *Cecilia Grierson: vida y obra de la primera médica argentina*, Stilcograf, Buenos Aires, 1976.
- Kropf, Simone Petraglia, *Doença de Chagas, doença do Brasil: Ciência, saúde e nação, 1909-1962*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.
- Lanning, John T., *The Royal Protomedicato: The Regulation of the Medical Professions in the Spanish Empire*, Duke University Press, Durham, 1985.
- Lastres, Juan B., y Fernando Cabieses, *La trepanación del cráneo en el Antiguo Perú*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, 1960.
- Lemoine, Walewska, y María Matilde Suárez, *Beauperthuy: de Cumaná a la Academia de Ciencias de París*, Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, Caracas, 1984.
- Lima, Nísia Trindade, Silvia Gerschman, Flávio Coelho Edler y Julio Manuel Suárez (coords.), *Saúde e democracia: histórias e perspectivas do sus*, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.
- Londoño, Juan Luis, y Julio Frenk, “Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America”, *Health Policy* 41:1 (1997): 1-36.
- López Denis, Adrián, “Melancholia, Slavery and Racial Pathology in Eighteenth-Century Cuba”, *Science in Context* 18:2 (2005): 179-199.
- , “Inmunidades imaginadas en la Era de las Revoluciones”, en Gilberto Hochman, María Silvia di Liscia y Steven Palmer (coords.), *Patologías de la patria: enfermedades, enfermos y nación en América Latina*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2012, pp. 29-57.
- Luz, Madel T., *A arte de curar versus a ciência das doenças: História social da homeopatia no Brasil*, Dynamis Editorial, São Paulo, 1996.
- Malaquias, Anderson Gonçalves, “O micróbio protagonista: notas sobre a divulgação da bacteriologia na Gazeta Médica da Bahia, século XIX”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 23:3 (2016): 733-756.
- Márquez Valderrama, Jorge, Víctor M. García y Piedad del Valle Montoya, “La profesión médica y el charlatanismo en Colombia en el cambio del siglo XIX al XX”, *Quiju* 14:3 (2012): 331-362.
- Martínez Cortés, Fernando, *La medicina científica y el siglo XIX mexicano*, Fondo de Cultura Económica, México, 2003.
- , y Xóchitl Martínez Barbosa, *El Consejo Superior de Salubridad, rector de la salud pública en México*, Smithkline Beecham, México, 1997.

- McCrea, Heather, *Diseased Relations: Epidemics, Public Health, and State-Building in Yucatán, Mexico, 1847-1924*, University of New Mexico Press, Albuquerque, 2010.
- McNeill, J. R., *Mosquito Empires: Ecology and War in the Greater Caribbean, 1620-1914*, Cambridge University Press, Cambridge, 2010.
- Mello, Luiz Carlos, *Nise da Silveira: Caminhos de uma psiquiatria rebelde*, Automática Edições, Rio de Janeiro, 2014.
- Millones, Luis (coord.), *El retorno de las huacas: estudios y documentos sobre el Taki Onqoy, siglo XVI*, Instituto de Estudios Peruanos, Lima, 1990.
- Montecino, Juan Antonio, "Decreasing Inequality under Latin America's 'Social Democratic' and 'Populist' Governments: Is the Difference Real?", *International Journal of Health Services* 42:2 (2012): 257-275.
- Nascimento, Aline Fátima do, y Carlos Nelson dos Reis, "Os programas de transferência condicionada na América Latina: especificidades de uma realidade que se mantém", *Revista de Políticas Públicas* 13:2 (2009): 183-193.
- Necochea López, Raúl, *A History of Family Planning in Twentieth-Century Peru*, The University of North Carolina Press, Chapel Hill, 2014.
- Newell, Kenneth W. (coord.), *La salud por el pueblo*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1975.
- Nogueira, André, "Universos coloniais e 'enfermidades dos negros' pelos cirurgiões régios Dazille e Vieira de Carvalho", *História, Ciências, Saúde – Manguihos* 19:1 (2012): 179-196.
- Núñez Butrón, Manuel, "¿Qué es el Rijcharismo?", *Medicina Social* 3 (1944): 9-10.
- Obregón, Diana, *Batallas contra la lepra: Estado, medicina y ciencia en Colombia*, Banco de la República / Fondo Editorial EAFIT, Medellín, 2002.
- Oliver, Lilia V., *Un verano mortal: análisis demográfico y social de una epidemia de cólera: Guadalajara, 1833*, Gobierno del Estado de Jalisco, Guadalajara, 1986.
- Osborne, Michael A., "Science and the French Empire", *Isis* 96:1 (2005): 80-87.
- Packard, Randall, y Paulo Gadelha, "A Land Filled with Mosquitoes: Fred L. Soper, the Rockefeller Foundation, and the *Anopheles gambiae* Invasion of Brazil", *Parasitologia* 36 (1994): 197-213.
- Palmer, Steven, *Launching Global Health: The Caribbean Odyssey of the Rockefeller Foundation*, University of Michigan Press, Ann Arbor, 2010.
- Palmer, Steven, "Beginnings of Cuban Bacteriology: Juan Santos Fernández, Medical Research, and the Search for Scientific Sovereignty, 1880-1920", *Hispanic American Historical Review* 91:3 (2011): 445-468.
- Parker, Richard G., "Behaviour in Latin American Men: Implications for HIV/AIDS Interventions", *International Journal of STD & AIDS* 7:supl. 2 (1996): 62-65.

- Peard, Julyan G., *Race, Place, and Medicine: The Idea of the Tropics in Nineteenth Century Brazilian Medicine*, Duke University Press, Durham, 1999.
- Pita, Valeria Silvina, *La casa de las locas: una historia social del Hospital de Mujeres Dementes, Buenos Aires, 1852-1890*, Prohistoria Ediciones, Rosario, 2012.
- Plotkin, Mariano Ben, *Freud in the Pampas: The Emergence and Development of a Psychoanalytic Culture in Argentina*, Stanford University Press, Stanford, 2001.
- Quesada, E., y F. Fontana, "Análisis y perspectivas de la distribución de médicos en la Argentina", *Revista de Salud Pública* 11-12 (1968), citado en Jorge Alberto Mera, *Política de salud en la Argentina: la construcción del Seguro Nacional de Salud*, Hachette, Buenos Aires, 1988.
- Quevedo, Emilio, Carolina Manosalva, Mónica Tafur, Joanna Bedoya, Giovanna Matiz y Elquin Morales, "Knowledge and Power: The Asymmetry of Interests of Colombian and Rockefeller Doctors in the Construction of the Concept of 'Jungle Yellow Fever'", *Canadian Bulletin for the Medical History* 25:1 (2008): 71-109.
- Quiroz, Lissell, "De la comadrona a la obstetriz. Nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú del siglo XIX", *Dynamis* 32:2 (2012): 415-437.
- Raj, Kapil, "Beyond Postcolonialism... and Postpositivism: Circulation and the Global History of Science", *Isis* 104:2 (2013): 337-347.
- Ramacciotti, Karina, *La política sanitaria del peronismo*, Biblos, Buenos Aires, 2009.
- Ramírez Martín, Susana, *La salud del Imperio: La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna*, Doce Calles, Madrid, 2003.
- Reid-Henry, S. M., *The Cuban Cure: Reason and Resistance in Global Science*, The University of Chicago Press, Chicago, 2010.
- Reis, João José, *Domingos Sodré, um sacerdote africano: Escravidão e candomblé na Bahia do século XIX*, Companhia das Letras, São Paulo, 2008.
- Reverby, Susan M. " 'Normal Exposure' and Inoculation Syphilis: A PHS 'Tuskegee' Doctor in Guatemala, 1946-1948", *Journal of Policy History* 23:1 (2011): 6-28.
- Rodríguez, Julia, *Civilizing Argentina: Science, Medicine, and the Modern State*, University of North Carolina Press, Chapel Hill, 2006.
- Ross, Paul, "Mexico's Superior Health Council and the American Public Health Association: The Transnational Archive of Porfirian Public Health, 1887-1910", *Hispanic American Historical Review* 89:4 (2009): 573-602.
- Sacchetti, Laura, y Mario Rovere, *La salud pública en las relaciones internacionales: cañones, mercancías y mosquitos*, El Ágora, Buenos Aires, 2011.
- Safier, Neil, *Measuring the New World: Enlightenment Science and South America*, University of Chicago Press, Chicago, 2009.
- Salaverry, Oswaldo, "Interculturalidad en salud", *Revista Peruana de Medicina Experimental* 27:1 (2010): 80-83.

- Salomon, Frank, "Shamanism and Politics in Late-Colonial Ecuador", *American Ethnologist* 10:3 (1983): 413-428.
- Samayoa, Marianne B., "More than Quacks: Seeking Medical Care in Late Colonial New Spain", *Social History of Medicine* 19:1 (2006): 1-18.
- Sánchez Uriarte, María del Carmen, *Entre la misericordia y el desprecio: los leprosos y el Hospital de San Lázaro de la ciudad de México, 1784-1862*, Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2005.
- Seminario Latinoamericano de Educación Sanitaria en relación con la planificación en salud, Informe final Paracas Ica, Perú, 20-26 abril 1969*, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D. C., 1969.
- Serrano Pinto, Manuel, Marco Antonio G. Cecchini, Isabel Maria Malaquias, Lygia Maria Moreira Nordemann y João Rui Pita, "O médico brasileiro José Pinto de Azeredo (1766?-1810) e o exame químico da atmosfera do Rio de Janeiro", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 12:3 (2005): 617-673.
- Sevcenko, Nicolau, *A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*, Cosacnaify, São Paulo, 2010.
- Silva, André Felipe Cândido da, "Um brasileiro no Reich de Guilherme II: Henrique da Rocha Lima, as relações Brasil-Alemanha e o Instituto Oswaldo Cruz, 1901-1909", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 20:1 (2013): 93-117.
- Silva, Renato da, y Gilberto Hochman, "Um método chamado Pinotti: sal medicamentoso, malária e saúde internacional (1952-1960)", *Historia, Ciência, Saúde – Manguinhos* 18:2 (2011): 519-544.
- Solar, Orielle, y Alec Irwin, "Social Determinants, Political Contexts and Civil Society Action: A Historical Perspective on the Commission on Social Determinants of Health", *Health Promotion Journal of Australia* 17:3 (2006): 180-185.
- Soper, Fred L., "El concepto de erradicación de las enfermedades transmisibles", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 42:1 (1957): 1-5.
- Soto Laveaga, Gabriela, *Jungle Laboratories: Mexican Peasants, National Projects and the Making of the Pill*, Duke University Press, Durham, 2009 [ed. en español: *Laboratorios en la selva. Campesinos mexicanos, proyectos nacionales y la creación de la píldora anticonceptiva*, trad. de Víctor Altamirano, FCE, México, 2020].
- Souza, Pablo, y Diego Hurtado, "La lectura del libro natural: apuntes para una historia de los estudios anatómicos y quirúrgicos en Buenos Aires (1870-1895)", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 17:4 (2010): 885-908.
- Sowell, David, *The Tale of Healer Miguel Perdomo Neira: Medicine, Ideologies, and Power in the Nineteenth-Century Andes*, SR, Wilmington, 2001.

- Stepan, Nancy, "The Interplay between Socio-Economic Factors and Medical Science: Yellow Fever Research, Cuba and the United States", *Social Studies of Science* 8:4 (1978): 397-423.
- , "*The Hour of Eugenics*": *Race, Gender, and Nation in Latin America*, Cornell University Press, Ithaca, 1991.
- Stern, Alexandra Minna, "Buildings, Boundaries, and Blood: Medicalization and Nation-Building on the U.S.-Mexico Border, 1910-1930", *Hispanic American Historical Review* 79:1 (1999): 41-81.
- , "The Public Health Service in the Panama Canal: A Forgotten Chapter of U.S. Public Health", *Public Health Reports* 120:6 (2005): 675-679.
- , "'The Hour of Eugenics' in Veracruz, Mexico: Radical Politics, Public Health, and Latin America's Only Sterilization Law", *Hispanic American Historical Review* 91:3 (2011): 431-443.
- Stern, Alexandra Minna, y Howard Markel, "What Mexico Taught the World about Pandemic Influenza Preparedness and Community Mitigation Strategies", *Journal of American Medical Association* 302:11 (2009): 1221-1222.
- Sweet, James, *Domingos Álvares, African Healing, and the Intellectual History of the Atlantic World*, University of North Carolina Press, Chapel Hill, 2011.
- Tarcitano Filho, Conrado Mariano, y Silvia Waisse, "Novas evidências documentais para a história da homeopatia na América Latina: um estudo de caso sobre os vínculos entre Rio de Janeiro e Buenos Aires", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 23:3 (2016): 779-798.
- Teixeira, Luiz Antonio, "O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século xx", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 17:supl. 1 (2010): 13-31.
- Ugalde, Antonio, "Ideological Dimensions of Community Participation in Latin American Health Programs", *Social Science and Medicine* 21 (1985): 41-53.
- United States Public Health Service, Bureau of State Service, *Ten Years of Cooperative Health Programs in Latin America, an Evaluation* [mimeo], U.S. Public Health Service, Washington, D. C., 1953.
- Varey, Simon, y Rafael Chabrán, "Medical Natural History in the Renaissance: The Strange Case of Francisco Hernández", *Huntington Library Quarterly* 57:2 (1994): 125-151.
- Vega y Ortega, Rodrigo, "Los estudios farmacéuticos en el Segundo Imperio a través de la *Gaceta Médica de México*", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 23:2 (2016): 249-265.
- Verano, John W., y Douglas H. Ubelaker (coords.), *Disease and Demography in the Americas*, Smithsonian Institution Press, Washington, D. C., 1992.

- Wade, R. H., "Is Globalization Reducing Poverty and Inequality?", *International Journal of Health Services* 34:3 (2004): 381-414.
- Waitzkin, Howard, "Commentary: Salvador Allende and the Birth of Latin American Social Medicine", *International Journal of Epidemiology* 34:4 (2005): 739-741.
- , C. Iriart, A. Estrada y S. Lamadrid, "Social Medicine Then and Now: Lessons from Latin America", *American Journal of Public Health* 91:10 (2001): 1592-1601.
- Walker, Timothy, "Acquisition and Circulation of Medical Knowledge within the Early Modern Portuguese Empire", en Daniela Bleichmar, Paula De Vos, Kristin Huffine y Kevin Sheehan (coords.), *Science in the Spanish and Portuguese Empires, 1500-1800*, Stanford University Press, Stanford, 2008, pp. 247-270.
- Walsh, Julia A., y Kenneth S. Warren. "Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries", *New England Journal of Medicine* 301:18 (1979): 967-974.
- Walter B. Cannon a Robert A. Lambert, *22 de octubre de 1940*, Rockefeller Foundation Archives, Record Group 1.1, Serie 309, Box 2, Folder 18, Rockefeller Archive Center, Sleepy Hollow, Nueva York, 1940.
- Warren, Adam, *Medicine and Politics in Colonial Peru: Population Growth and the Bourbon Reforms*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 2010.
- Weaver, Karol, *Medical Revolutionaries: The Enslaved Healers of Eighteenth-Century Saint Domingue*, University of Illinois Press, Urbana, 2006.
- Weber, Beatriz Teixeira, *As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense, 1889-1928*, EDUSC, Bauru, 1999.
- , "Positivismo e ciência médica no Rio Grande do Sul: a Faculdade de Medicina de Porto Alegre", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 5:3 (1998-1999): 583-601.
- Weindling, Paul, "As origens da participação da América Latina na Organização de Saúde da Liga das Nações, 1920 a 1940", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 13:3 (2006): 555-570.
- (coord.), *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*, Cambridge University Press, Nueva York, 1995.
- Weir, David, y Mark Schapiro, *Circle of Poison: Pesticides and People in a Hungry World*, Institute for Food and Development Policy, San Francisco, 1981.
- Zárate, María Soledad, *Dar a luz en Chile, siglo XIX: de la "ciencia de la hembra" a la ciencia obstétrica*, Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos, Santiago de Chile, 2007.
- Zea, Adolfo de Francisco, *Juan de Dios Carrasquilla, hombre de ciencia*, Academia Colombiana de Historia, Bogotá, 2004.

ÍNDICE ANALÍTICO

- A discourse of the state of health in the Island of Jamaica* (Traphan): 39
- Academia Brasileña de Letras: 136
- Academia Farmacéutica de México (Sociedad Farmacéutica Mexicana): 123
- Academia Nacional de Medicina o Academia Imperial de Medicina (Brasil): 69
- Aceves Pastrana, Patricia: 51n
- Acta Physiologica Latinoamericana*: 224
- Acuña Monteverde, Héctor: 261, 275
- Administración de Cooperación Internacional (ICA): 194
- Administración de Socorro y Rehabilitación de las Naciones Unidas (UNRRA): 172
- Aedes aegypti*: campaña de erradicación del, 131-132, 134, 140, 149-150, 183-188, 191, 288; y el dengue, 288-289; estudio del, y la fiebre amarilla, 127, 129
- afrancesamiento: 118
- África: 15, 37-38, 40-41, 76, 104, 117, 121, 151, 182, 243-244, 253, 259, 262-263, 307; Central, 38; del Norte, 141; Occidental, 38-39; del Sur, 285
- africanos: 21-22, 31, 38-40, 48, 78, 103-104, 119, 123, 152
- afroamericanos: 51, 76, 249, 317
- Agassiz, Louis: 109
- Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional: 266, 298
- Agencia Central de Inteligencia, véase CIA
- Agramonte, Aristides: 207
- Albarrán, Joaquín: 83
- Alberdi, Juan: 88-89
- Alcântara, Glete de: 156
- Alchon, Suzanne Austin: 29-30
- Alemania: 75, 83, 109, 115, 117, 139, 141, 153, 172, 194, 238, 241
- Alfonsín, Raúl: 270
- Alianza Anticomunista Argentina: 227
- Allende, Salvador: 250, 253-255
- Alleyne, George A. O.: 271
- Alma-Ata, véase declaración de Alma-Ata y Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud
- Almeida, Celia de: 295n
- Altman, Rodrigo: 261
- Alvarado, Carlos: 177, 184n, 193
- Álvares, Domingo: 39-41
- Álvarez, Diego de: 25
- Álvarez Peláez, Raquel: 209n
- Alzate y Ramírez, José Antonio: 50-51, 51n
- América: Central o Centroamérica, 68, 98, 145, 149-151, 186, 190, 199, 274-275; Latina, 16, 66, 78, 83-86, 89-92, 97, 103, 108-109, 112-113, 116, 118, 120, 123, 130-131, 133, 135-136, 138-145, 141, 149, 151-153, 155-156, 158, 160, 162-163, 165-175, 179-181, 183-185, 187-188, 190, 196, 199, 201, 206, 209-210, 214, 218, 220-221, 225, 227, 230-233, 239-240, 243, 245, 248-249, 251, 253-254, 256-257, 259, 262-263, 265-266, 268, 271, 274-275, 279, 283, 285-287, 294, 289, 298-300, 306-310, 312-315, 318, 320, 322; Mesoamérica, 25; del Norte, 74, 137, 221; del Sur o Sudamérica, 98, 190, 219, 241, 289
- América española: 38, 41
- América portuguesa: 37, 59
- American Journal of the Medical Sciences*: 127
- americano(s): 21, 51-52, 89, 119
- Américas, las: 21, 23, 27, 29, 33-35, 38-44, 46-47, 51-52, 54, 59, 61-62, 65, 67, 71, 98, 104, 112-113, 116-118, 126, 130, 133, 145, 148, 151, 160, 162-163, 166, 168, 170, 172-173, 180-181, 185, 189, 192, 196, 220, 225, 233-234, 250, 270, 275-276
- America's Vital Interest in Global Health: Protecting Our People, Enhancing Our Economy, and Advancing Our International Interests* (Instituto de Medicina de la Academia Nacional de las Ciencias de los Estados Unidos): 286
- Anales de la Academia de Ciencias de Cuba* (revista oficial de la Academia de las Ciencias de Cuba): 131
- anatomía, estudios anatómicos: 24, 45, 48-49, 53, 71-72, 83, 175, 223-224
- anatomía patológica: 71-72, 229
- anemia (*opilação*): 31, 144
- Angola: 58, 279
- anquilostomiasis: 70, 135, 138, 140, 144-148, 151, 191-192, 207
- anticatolicismo: 121
- anticomunismo: 221, 227-228
- antipsiquiatría: 241
- antisemitismo: 227

- Apología de los Cirujanos del Perú* (Pastor de Larri-
naga): 40
- Aráoz Alfaro, Gregorio: 166, 213
- Arbenz, Jacobo: 180
- Arcano de la Quina* (Mutis): 59
- Arce, José: 216
- Archiv fur Schiffs-und Tropen-Hygiene*: 202
- Archivos* (publicación periódica del Instituto de Hi-
giene de São Paulo): 154
- Archivos del Instituto de Cardiología*: 231
- Archivos Venezolanos de Nutrición*: 242
- Arévalo, Juan José: 164
- Argentina: 69, 75, 89, 91, 96, 154, 157, 164, 176-177,
216, 218, 224, 226, 241, 270; y el cólera, 98, 100;
crecimiento de la población de, tras la segunda
Guerra Mundial, 180; datos de los censos, 88-89;
Departamento Nacional de Higiene, 96, 115, 213,
224; estereotipos de género, 235; eugenesia, 211;
Facultad y Academia Argentina de Medicina, 80;
fiebre amarilla, 104-105, 188; Guillermo Rawson,
pionero de la salud pública en, 91, 96; investi-
gación y tratamiento del cáncer, 237-238; Junta
Nacional de Sanidad, 115; mal de Chagas, 217; y
la malaria, 107; Ministerio de Salud Pública, 176;
Misión de Estudios de Patología Regional Argen-
tina (MEPRA), 216; la peste y otras enfermedades
infecciosas, 112, 177; *Plan analítico de Salud Públi-
ca*, 176-177; proporción de médicos por habitantes,
221; sistema de seguridad social, 175-176; tasa de
esperanza o expectativa media de vida tras la se-
gunda Guerra Mundial, 181; vacunación de la vi-
ruela, 177, 190, 272
- Armus, Diego: 235, 235n
- Arouca, Sergio: 264-265, 301
- Arquivos Brasileiros de Nutrição*: 242
- Artschwager Kay, Margarita: 57n
- Aruba, isla: 188
- Ashford, Bailey: 145
- Asia: 15, 37, 307; Central, 260; Indias Orientales Neer-
landesas, 194; sudeste de, 145, 147; tropical, 148
- asiático(s): 22, 30, 48, 76, 78, 101, 105, 123, 173, 194,
211, 308, 317
- asilos (hospicios) para enfermos mentales: 229, 240,
335, 347
- Asociación Americana de Salud Pública: 95
- Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y
Medicina Social: 212
- Asociación de Mujeres Médicas Mexicanas: 87
- Asociación de Salud Fronteriza México-Estados Uni-
dos: 171
- Asociación Demográfica de Costa Rica: 247
- Asociación Latinoamericana de Medicina Social
(Alames): 300
- Asociación Médica de Buenos Aires: 80
- Asociación Médica de Chile: 254
- Asociación Médica de Costa Rica: 80
- Asociación Médica Homeopática Argentina: 76
- Asociación Médica Peruana Daniel Alcides Carrión:
107
- Asociación Metodófila Gabino Barreda: 90
- Asociación Nacional de Enfermeras Diplomadas Bra-
sileñas (hoy Asociación Brasileña de Enfermería
[ABEN]): 155
- Asociación Psicoanalítica Argentina: 241
- Asociación Psicoanalítica de Alemania: 241
- asociaciones sanitarias: 69, 94, 97
- Associação Mundial de Combate à Fome (ASCOFAM)
o Asociación Brasileña de Posgraduados en Salud
Colectiva: 243
- Asúa, Miguel de: 83n
- atención primaria de salud (APS): de enfoque integral,
256-265, 268, 270-271, 301, 304-305; y el cólera,
286-288; y el dengue, 288-290; y la epidemia de
sida, 276-285; erradicación de la viruela y la po-
lio, 272-277; gripe H1N1, 291-293; mejora en los
indicadores de salud, 290; de naturaleza selectiva,
256-257, 266-271; posición intermedia entre el
enfoque integral y el selectivo, 271-276; reformas
a la, 295-299, 301-303; salud global, 293-295,
309-311
- Australia: 299
- Avicena: 45
- Ávila Camacho, Manuel: 161, 238
- Azeredo, José Pinto de: 50
- bacteriología: 14, 74, 82, 86, 103, 108-109, 221; Car-
mona y Valle, Manuel, 110; y el cólera y la fiebre
amarilla, 101, 103; Cuba, 110-112; Domingos
José Freire, 110; y la "gripe española", 116; João
Batista de Lacerda, 110; medicina tropical y, 74-
75; peste bubónica, 112-113; y positivismo, 90;
transcolonial, 109-110
- Badiano, Juan: 32
- Balmis, Francisco Xavier de: 61-63, 65-66
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID): 249, 294
- Banco Mundial: 244, 249, 266, 268, 282-283, 297-298,
302, 310; y el Consenso de Washington, 294; con-
trol poblacional, 201, 243-244; intervenciones de
GOBI, 266-267, 270
- Bancroft, Joseph: 223, 228
- Bandeira de Mello, Bento: 59
- Barbados: 148, 271
- barbasco (ñame o camote): 246
- Barreda, Gabino: 90
- Barrera y Domingo, Francisco: 54
- Barreto Constantín, Ana María: 89n

- Barrios Medina, Ariel: 224n
 Barros Barreto, João de: 160, 170
 Barros, F. C.: 248n
 Bartolache, José Ignacio: 50, 63
 Barton, Alberto: 107
bartonellosis (verruca peruana): 14, 107
 Bastien, Joseph: 26, 26n, 27, 27n
 Bastos, Francisco Inácio: 99, 99n
 Batista, Fulgencio: 252
 Batista de Lacerda, João: 110
 Baz, Gustavo: 162
 Beauperthuy, Luis Daniel: 71
 Bedoya, Joanna: 207n
 Bélgica: 117, 172
 Belice (Honduras Británica): 188
 Bellido, Jaime Gregorio: 99, 99n
 Benchimol, Jaime L.: 82n, 92, 92n, 93, 110, 110n, 134n
 Benín (Dahomey): 39
 Berenice: 202
 Berman, Gregory: 172
 Bernard, Claude: 222, 225
 Betancourt, Pedro de San José: 44
 Betancur, Belisario: 274
 betlemita, orden religiosa: 44
 Biehl, João: 320, 320n
 Blanes, Juan Manuel: 104-105
 Boerhaave, Herman: 53
Boletín de la Organización Panamericana de la Salud (Oficina Sanitaria Panamericana): 163, 169-170, 182-183
Boletín de la Sociedad Hahnemanniana Argentina: 75
 Bolívar, Simón: 54
 Bolivia: 27, 42, 82, 175, 186, 248, 252, 275, 289, 307; sistema de salud de, 166
 Bonaparte, José: 59
 Bourgeois, Eleodoro: 101
 Boyd, Mark F.: 220
 Brasil: 12, 21, 26, 31; curación con influencia africana, 31, 38-41; datos de los censos, 89; y el dengue, 188, 288-289; Departamento Nacional de Salud Pública, 160, 204-205, 238; entrenamiento informal, 46; Escuela Tropicalista de Bahía, 70; espiritismo, 40, 119-121; fiebre amarilla en, 67, 82, 103-104, 110, 131-132, 134, 145, 148-152, 161, 183-184, 186-187, 192-193, 207, 251, 273; instituciones caritativas, 45; investigación y tratamiento del cáncer en, 238, 238n, 251; judicialización de la salud, 320; Junta Central de Higiene Pública, 99; la mayor importancia social de los médicos en los siglos XVI y XVII, 47; medicina alterna o tradicional, 76, 309; migración de los médicos a, 299; y la peste, 112, 132, 134, 251; población tras la segunda Guerra Mundial, 180; positivismo, 90-91; programa de erradicación de la viruela, 115, 134-135; programas de atención primaria comunitaria, 264-265; reformas al sistema de salud, 175, 264-265, 301, 303; respuesta en, a la epidemia de sida, 279-280, 284-285; Santas Casas de Misericordia, 45; Servicio de la Fiebre Amarilla, 150-152; sistema de seguridad social, 175
 Breilh, Jaime: 269n
 Briggs, Charles: 287n, 304n
 Brundtland, Gro Harlem: 297
 Bryant, John: 257-258
 Buchanan, Patrick: 277
Bulletin de la Société de pathologie exotique: 118, 202
Bulletin for the History of Medicine: 228
 Bush, George H. W.: 294
 Bustamante, Miguel: 216
 Cabieses, Fernando: 24n
 Cabo Verde (República de Cabo Verde): 58
 cactus San Pedro: 25
 Calderón Guardia, Rafael Ángel: 250
 Calles, Plutarco Elías: 125-126
 Calmette, Albert: 236
 Camargo, Luis Patiño: 107-108
 campesinos: 124-125, 197, 204, 246-247, 271
 Campomar, Jaime: 226
 Campos, André: 169, 169n
 Canadá: 83, 163, 170, 172, 198, 258, 266, 298-299; y el cólera, 98; Facultad de Enfermería de la Universidad de Toronto, 156; población después de la segunda Guerra Mundial, 180. Véase también *Lalonde Report*
 cáncer: en Argentina, 237-238, 272; en Brasil, 238, 238n, 251; investigación y tratamiento, 16; y medicinas indígenas, 64; en México, 238
 Candau, Marcolino: 140-141, 192-193, 196
 Cândido da Silva, André Felipe: 118n
 candomblé: 119, 121, 136-137
 Cannon, Walter B.: 225, 228-230
 Cantón, Eliseo: 107
 Cañizares Esguerra, Jorge: 22n, 51, 51n
 capacitación médica, véase educación médica
 Capanema, Gustavo: 160
 capitalismo: 142, 252, 263
 Carbonetti, Adrián: 100n
 Cárdenas, Lázaro: 159, 161, 215-216, 229
 Cardoso, Fernando Enrique: 284
 Caribe, el: 11-12, 15, 21, 23, 29, 38-39, 62, 97, 102-103, 110, 127-128, 131, 139, 141, 144-145, 147-148, 163, 167-168, 171, 180, 188, 190, 249, 259, 261, 287-289, 299-300, 312, 323
 Carlos III, rey: 48, 52
 Carlos IV, rey: 60-61

- Carmona y Valle, Manuel: 110-111, 128
 Carranza, María: 247
 Carrasquilla, Juan de Dios: 81
 Carrillo, Ana María: 69-70, 70n, 86, 86n, 161n
 Carrillo, Ramón: 175-177, 177n, 178
 Carrión, Daniel A.: 106-107
 Carson, Rachel: 197
 Carter, Eric: 193n
 Carter, Henry: 130
 Carter, Jimmy: 270
 Carvalho e Melo, Sebastião José de, marqués de Pombal: 48
 Castaneda, Carlos: 308, 308n
 Castañeda López, Gabriela: 228n
 Castillo-Laborde, Carla: 296n
 Castro, Arachu: 288n
 Castro, Fidel: 250, 253
 Castro, Josué de: 242-243
 Cecchini, Marco Antonio G.: 50n
 cementerios: 43, 290; establecimiento de, 55; como medida sanitaria, 49
 censos, elaboración de: en Argentina, 88-89, 91; en Brasil, 88-89; en Chile, 89; en México, 88-89; en Perú, 89; en el siglo XIX, 87; en Uruguay, 88; en Venezuela, 89
 Centro Brasileño de Estudios de Salud (Cebes): 264
 Centro Internacional de Leprología: 166-167
 Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE): 249
 Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH-sida (Censida): 280
 Centro Psiquiátrico Pedro II: 242
 centroamericanos: 83
 Centros para el Control de Enfermedades (CDC): 277; enfermedades emergentes y reemergentes, 286-288, 293; y la epidemia de sida, 277-281
 Chabrán, Rafael: 32n
 Chagas, Carlos: 82, 141, 155, 166, 201-206, 214, 224, 313
 Chávez, Hugo: 304
 Chávez, Ignacio: 230
Chemical Abstracts: 227
 Chernoviz, Pedro Luiz: 68
 Chertorivski Woldenberg, Salomón: 302-303
 Chile: censo, 89; y el cólera, 101-102; erradicación de la viruela, 189; institucionalización de la atención a la salud, 158; población después de la segunda Guerra Mundial, 180; reformas al sistema de salud, 253-254; Servicio Nacional de Salud Pública, 254; sistema de seguridad social, 158, 295-296, 303
 China: 23, 26, 172, 258, 267, 291; medicina, 123, 214
 Chisholm, Brock: 172, 182, 193
 CIA: 180, 252, 265
 "ciencia criolla patriótica": 51
 cientificismo: 228
 cirugía(s): elevación de su categoría, 71-72; y medicina indígena, 24-25, 72-74
 cirujanos: europeos, 24; no pertenecientes a élites, 11, 26, 39-42, 46-47, 51, 54; plásticos, 309; técnicas, 200; uso del término, 79-80
 Clark, A. Kim: 85, 85n
 Clinton, Bill: 163, 283
Códice De la Cruz-Badiano (Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis): 32, 35-36
Códice Florentino (Historia general de las cosas de Nueva España, de Sahagún): 33
 códigos: farmacéuticos, 34, 56; sanitarios, 91, 94, 101-102, 159-160, 163, 176, 190, 205, 249-250
 coevolución asimétrica: 314
 cólera: 82, 97-103, 109, 112, 115, 165, 257, 277, 286-288, 317, 321
 Colombia: Franco, Roberto, 141, 206-207; Junta Central de Higiene, 115; y la lepra, 81, 108; Ley 100, 296, 302; Miguel Perdomo Neira, 73-74; población después de la segunda Guerra Mundial, 180; programa de inmunización, 110, 274; reformas al sistema de salud, 296-297, 297n, 298, 302; vacunación contra la viruela, 273; Antonio Vargas Reyes, 72-73; la violencia como un asunto de salud pública en, 290
 Colón, Cristóbal: 25, 29
 colonialismo: circulación del conocimiento médico en la América portuguesa, 37, 39; efectos y orígenes de la enfermedad en la población indígena, 35, 38, 48; escuelas médicas, 40; hospitales, 33, 35, 41-47, 53, 58; influencia de las sociedades esclavistas, 39-41, 47; religión occidental, 30; textos médicos del periodo colonial temprano, 31-34. *Véase también* medicina de la Ilustración
 Comellas, Ramón: 76
 Comisión de Higiene (Cuba): 131
 Comisión de los Determinantes Sociales: 310
 Comisión del Ejército de los Estados Unidos contra el Tifus: 141
 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): 249
 Comisión Internacional para la Profilaxis de la Tuberculosis: 236
 Comisión Internacional para la Verificación de la Erradicación de la Poliomiélitis: 276
 Comisión mixta hispano-estadunidense para el estudio de la fiebre amarilla: 127
 Comissão Nacional de Alimentação (CAN): 243
 Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS): 311
 Comité de Salud de la LNHQ: 166
 Comité Interino (CI): 172-173

- Comité Internacional de la Cruz Roja: 157
 Comité Permanente de la OHP: 167
 Comité Técnico Preparatorio: 172-173
 Comte, Auguste: 90-91
 comunismo, comunista: 139, 227-228, 247, 249, 251, 258, 261-262, 264, 294-295
 concepto de cultura de la sobrevivencia: definición, 17, 320; discontinuidad de los esfuerzos y fragmentación institucional, 199, 317-318, 322; y la "enfermedad del baile", 37; glorificación de la tecnología, 316-317; e influencia médica africana, 37-38; límites de una solución temporal, 192; y medidas autoritarias de control, 102; y políticas neoliberales de salud, 257, 295; promoción de una versión paternalista, vertical y limitada de la naturaleza de la salud pública, 195, 266, 318-319; visión médico-administrativa, 299
 Concilio de Trento: 44
 conductismo: 241
 Conferencia Interamericana sobre Problemas de la Guerra y de la Paz: 173
 Conferencia Interamericana sobre Seguridad Social: 175
 Conferencia Internacional de la Salud: 172
 Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata): 256, 260-261, 263, 265-269, 271, 273, 304, 318
 Congo, República del: 252
 Congreso de la Unión Internacional de Ciencias Fisiológicas: 225, 225n
 Congreso Internacional de Higiene y Demografía: 135
 Congreso Latinoamericano de Medicina: 236
 Congreso Médico de la Isla: 136
 congreso sobre la enfermedad de Chagas: 217
 Coni, Emilio: 96, 96n, 97
 conocimiento médico: su circulación en la América portuguesa, 37, 39
 conquista española: 12, 19, 21, 23-26, 28-31, 33, 43, 56, 99, 313
 Consejo Central de la Higiene Pública del Imperio Brasileño: 72
 Consejo de Fiebre Amarilla: 128
 Consejo de Higiene Pública: 80
 Consejo de Población: 244-245
 Consejo del Protomedicato: 47
 Consejo Internacional de Enfermeras: 155
 Consejo Nacional de Higiene: 116
 Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas-CONICET: 232
 Consejo Nacional de Población (Conapo): 250
 Consejo Nacional de Salud: 131, 160
 Consejo Superior de Salubridad: 94
 Consejo Superior de Sanidad Austriaco: 101
Consejos para las familias sobre el comportamiento que deben seguir durante una epidemia (Pereira Rego): 104
 Conselheiro, Antonio: 119
 Contrarreforma: 32-35
 control de la natalidad: 243; en América Latina, 201, 245-246, 248-249; en Costa Rica, 247; y la Iglesia católica, 246-247; en México, 249-250; en Perú, 248
 Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT), de la OMS: 239
 Cook, Noble David: 29n
 Córcega: 185
 Cori, Carl Ferdinand: 224, 226
 Cori, Gerta Theresa: 224, 226
 Cortés, Hernán: 25-26
 Costa Rica: 250; compromiso con la atención primaria de salud, 145, 261, 275, 290; crecimiento poblacional de 1950 a 1960, 181; organizaciones médicas, 80-81, 147; planeación familiar/control natal, 247; tasa de esperanza o expectativa de vida después de la segunda Guerra Mundial, 181; tasa de mortalidad infantil, 290
 Costero-Tundaca, Isaac: 229
 Cotrim Guimaraes, Maria Regina: 68n
 Courti, Esteban: 54-55
 Coutinho, Elsimar M.: 247n
 Couto, Miguel: 201
 Crecimiento de Población Cero: 244
 creencias sobrenaturales: 314
 Cruz, Martín de la: 32
 Cruz, Oswaldo: 93, 133-136
 Cruz-Coke Lassabe, Eduardo: 158
 Cruz Roja: 157, 162-163, 259, 274
 Cuarto Congreso Internacional de Salud Mental: 242
 Cuba: 11, 279; atención primaria de salud, 65, 261-262, 275-276, 304-305; bacteriología, 62, 81n, 112; y el dengue, 289; doctores políticos, 250, 252-253; eliminación de la fiebre amarilla en La Habana, 111-112, 127-129, 132, 207; erradicación de la viruela, 253; eugenesia, 209; expediciones a, 59; hospitales, 44; número excepcional de profesionales, 68-69; *Papel Periódico*, 51; pluralismo poscolonial, 41, 119; población tras la segunda Guerra Mundial, 180; protomedicato, 42; reformas al sistema de salud posrevolucionario: 253, 256, 258, 262, 305-306; reformas al sistema de salud y seguridad social, 253, 261-262, 304-306; santería, espiritismo, misticismo, 119-121
 Cuervo, Luis: 107
 Cuevas Cardona, Consuelo: 114n
Culex: 127

- cultura afrocubana: 120-121
 cultura médica y procesos de adaptación y negociación: 313
 cultura occidental: era colonial y, 13; medicina indígena y, 12, 17, 119-125, 214, 259, 306-307; medicina occidental y medicina en América Latina, 19-20, 22, 27, 30, 36, 40, 47-48, 56-57, 60, 66, 78, 89, 141, 147, 196, 313-314. *Véase también* religión
 Cumming, Hugh S.: 162-163, 166-168, 170-171
 cura, curación: influencia médica africana, 11-12, 21-22, 30, 38-41, 48, 123; *versus* prevención en las sociedades anteriores a la conquista, 23-25. *Véase también* sistema de curación híbrido
 curanderos: 63-64, 67, 72-74, 89, 122, 124, 314-315; africanos, 38-39, 41, 119-120; sus diferentes nombres en América Latina, 26, 35-36, 39; indígenas, 24-27, 31-32, 36, 52; mestizos, 21, 41-43, 54-55
 Curazao: 148
 Curie, Marie: 237
Curso elemental de partostática (Fessel): 122
 Cutler, John: 163-164
Cybernetics (Wiener): 231
 Darling, Samuel Taylor: 153
 Darrouzain, Guillermo: 75
 Darwin, Charles: 200, 208-209
 darwinismo: 92, 224
 datos de los censos: en Argentina, 88-89; en Brasil, 89; en Chile, 89; en México, 88-89; en Perú, 89; en Uruguay, 88; en Venezuela, 89
 Davenport, Charles: 209
 Dazille, Jean-Barthélemy: 39
 DDT (dicloro difenil tricloroetano): 113, 141, 171, 177, 185-187, 193, 195-199, 219, 244, 316
 Deane, Leônidas: 289
 declaración de Alma-Ata: 257, 260-261, 266-268, 270-271, 273, 305, 311
 Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas: 307
 deficiencia inmunitaria relacionada con los gays (GRID): 277-278
 Delgado, Honorio: 241
 Delgado García, Gregorio: 252n
 democracia: 160, 170, 225, 249, 251-252, 254-255, 264-265, 280, 295
 demografía: colapso demográfico, 11, 29, 43; control poblacional, 201, 243-244; después de la segunda Guerra Mundial, 180-181; entre las guerras mundiales, 168
 dengue: 188, 257, 288, 288n, 289
 Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Universidad of the West Indies en Kingston: 263
 Departamento de Medicina Preventiva y Social de Universidad de Campinas, São Paulo: 264
 Departamento de Salubridad (México): 161
 Departamento de Salud Pública (México): 95
 Departamento Nacional de Enfermedades Endémicas Rurales (DNERU): 161
 Departamento Nacional de Higiene (Argentina): 96, 115, 213, 224
 Depresión de 1929: 159, 167, 214, 250
 Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene o Sociedad Germánica de Higiene Racial: 209
Diario Literario de México: 50-51
 Díaz, Eloísa: 85
 Díaz, Porfirio: 76-77, 86-87, 90, 94-96, 119, 240
dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva, O (Arouca): 264
 División Internacional de la Salud de la Fundación Rockefeller (IHD por International Health Division): 145
 Dixon, Malcolm: 226
 Donahue, J. M.: 265n
Du climat et des maladies du Brésil (Sigaud): 66-67
 Dubos, René J.: 92, 92n
 Durán, Carlos: 81
 Duvalier, François: 195
 Echeverría, Luis: 246, 249-250
 economicismo: 297
 Ecuador: 27, 29-30, 108, 112, 148, 175, 188, 206, 259, 292, 306; Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, 306-307; sistema de seguridad social, 175
 Edad Media: 49, 112
 Edler, Flavio Coelho: 69n, 70, 70n, 301n
 educación médica: 13, 45, 71-72, 200, 221-222, 228, 230, 233, 238, 281; y atención primaria de salud, 270; escuelas desde la segunda mitad del siglo XIX, 127, 143, 147, 152; escuelas en el periodo colonial, 43, 46, 80; especialización, 84; en el extranjero, 83, 299-300; Fundación Rockefeller, 146, 153-154, 169, 222, 228; Fundación W. K. Kellogg, 153, 169; e interculturalidad, 306-307; paradigma de, 153; de perfil europeo frente a la indígena o popular, 56-57; de la segunda mitad del siglo XIX a la primera del XX, 109; desde la segunda mitad del siglo XX, 261-262, 265, 299; temprana, 43, 53, 68, 80, 113
 educación sanitaria: 120-121, 153-154, 176-177, 196, 200-201, 212, 215-219, 235, 239, 252, 263, 287, 316
 educación sexual: 93, 212, 247, 280, 282, 319
 Ehrlich, Paul: 244, 247
 Eisenhower, Dwight D.: 180

- El Eco de París*: 83
- El Salvador: 145-188, 274
- Elías, padre: 121
- Elías Calles, Plutarco, véase Calles, Plutarco Elías
- élites médicas: 14-15, 18, 34, 41, 51, 54-56, 61, 72, 74, 76, 79-87, 90, 93, 101, 106, 108, 110, 115-117, 120-121, 125, 131, 142-143, 146-147, 152, 154, 157, 164, 169, 176, 207-208, 210, 217, 221, 316, 319; Asociación Médica de Buenos Aires, 80; cirujanos, 24, 40, 46-47, 51, 61, 68, 72, 84, 128, 162-163; educación médica temprana, 43, 53, 68, 80, 113; especialización, 84, 108, 153, 200, 309; mujeres, 86, 157; origen social, 80-83; *versus* la práctica médica indígena, 51, 54, 68, 72, 89, 120-121, 154, 204; Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana, 80; Real Academia de las Ciencias de Brasil, 58; Sociedad de Estudios Clínicos de La Habana, 80
- Emerging Infections: Microbial Threats to Health in the United States* (Instituto de Medicina de la Academia Nacional de las Ciencias de los Estados Unidos): 286
- “enfermedad de Carrión” (*bartonellosis*): 14, 107
- “enfermedad del baile”, véase *Taki Onqoy*
- enfermedad o mal de Chagas: 14, 29, 107, 177-178, 203, 216-217
- enfermedades emergentes: 286, 293
- enfermedades endémicas: 79, 106, 205, 319; bocio, 203; cáncer, 236-239; cólera, 97-98, 288; dengue, 288-289; fiebre amarilla, 79, 97, 102, 111, 126-127, 132, 150, 184, 188, 192, 206; malaria, 219-220, 251; malnutrición, 242-243; mentales, 54, 92, 209, 240, 240-242, 312; pian, 191; tuberculosis, 234-236; viruela, 190, 274
- enfermedades mentales: 54, 240-242, 312
- enfermedades reemergentes: 293; cólera, 257; definición, 286; dengue, 257, 288; sida, 257
- enfermería: escuelas, 155-157; programa de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Toronto, 156; secularización de, de otras profesiones sanitarias y de la sociedad, 56, 87-88
- Ensayo de geografía médica y climatología de la República Mexicana* (Orvañanos): 107
- epidemias: de cólera, 82, 97-103, 165, 257, 286-288; de dengue, 288-290; de fiebre amarilla, 97, 102-105, 165; de la gripe H1N1, 291-193; de peste, 112-113, 165; procesos sociales y económicos que contribuyen a la diseminación de, 214, 282, 292; de sida, 257, 276-285. Véanse también *enfermedades por su nombre específico*
- Erario Mineral* (Gomes Ferreira): 37
- erradicación de la enfermedad: fiebre amarilla, 126, 132, 141, 183-188, 207; límites del modelo de, 140, 150-151, 184-186, 192, 196-199, 288-289, 318; malaria, 35, 130, 140-141, 151-152, 161, 177, 182-185, 192-199, 202, 216, 244-245, 269, 272-273, 316; pian, 191-192; polio, 253, 274-276; viruela, 188-190, 192, 253, 272-276
- escolástica aristotélica: 53
- Escuela Ana Néri: 155
- Escuela de Administración de la Universidad de Harvard: 302-303
- Escuela de Enfermería Ana Néri de Rio de Janeiro: 155
- Escuela de Enfermería de la Ciudad de México: 156
- Escuela de Enfermería de Montevideo: 155
- Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo: 156
- Escuela de Ingeniería de México: 95
- Escuela de Malariología y Saneamiento Ambiental, Maracay, Venezuela: 220
- Escuela de Medicina de Bogotá: 73
- Escuela de Medicina de Montevideo: 76
- Escuela de Medicina de París (Academia de Medicina de París): 94, 96, 162
- Escuela de Medicina de Rio de Janeiro (Facultad de Medicina de Rio de Janeiro): 70, 82, 99, 132, 154, 201, 242
- Escuela de Medicina del Protomedicato: 42
- Escuela de Medicina Rural, Instituto Politécnico Nacional: 162, 215
- Escuela de Medicina Tropical de Hamburgo: 206
- Escuela de Medicina Tropical de Liverpool: 117
- Escuela de Medicina Tropical de Londres: 117
- Escuela de Minería: 53
- Escuela de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte: 155-156
- Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan: 155-156, 302
- Escuela de Salud Pública de México: 154
- Escuela Médica Militar: 128
- Escuela Nacional de Enfermeras de Venezuela: 155
- Escuela o Facultad de Salud Pública de Johns Hopkins: 147, 153-156, 160, 162, 193, 216, 219
- Escuela Paulista de Medicina: 118
- Escuela Tropicalista de Bahía: 70, 99
- Esculapio: 92
- España: 19, 26, 29, 32, 34, 40-42, 44, 48, 53, 58-61, 63-64, 83, 162, 190, 217, 229, 299
- especialización: de las élites médicas: 84, 108, 153, 200, 309
- Espejo, Eugenio: 52, 63
- Espinosa, Mariola: 129n
- espiritismo brasileño: 40, 119-121
- espiritualismo mexicano: 119-122
- Estable, Clemente: 231-232

- Estado Novo: 206
- Estados Unidos (Norteamérica): 11, 13, 15, 19, 55, 74, 83, 86, 97-98, 102, 109-112, 117, 125-131, 137-146, 148-149, 153-155, 160, 162-174, 178-182, 185-188, 190-191, 193-195, 197-198, 200, 209-210, 218, 221, 224-227, 229-231, 239, 242-244, 247, 249, 251, 257, 269-270, 275, 277-279, 286, 291, 293-294, 299-300, 307-308; Instituto Nacional de Salud, 286, 307
- estadunidense(s): 11, 15-16, 26, 91, 109, 111, 117, 127-132, 134, 138-140, 143-147, 150, 152-153, 156, 164-169, 179-180, 182, 186-189, 194, 198-199, 207-209, 212, 221-223, 227, 232-233, 238, 245-247, 251, 269, 275, 278-280, 283, 286, 296, 299, 306-307
- estereotipos: 118, 235, 278, 317, 319
- Esteyneffer, Juan de: 57, 57n
- Estrada, Alfredo: 300n
- Estrella, Eduardo: 60, 60n
- Estudio sobre profilaxis del cólera basada en las condiciones biológicas del bacilo* (Bourgeois): 101
- Estudios sobre geografía médica y patología del Perú* (Lorente y Flores Córdova): 107
- eugenesia: 16, 208-213; Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene o Sociedad Germánica de Higiene Racial, 209; Eugenics Education Society (Inglaterra), 209; Eugenics Record Office (Estados Unidos), 209; Federación Internacional de Sociedades Eugenésicas Latinas, 209; médica latinoamericana, 200; negativa, 210; positiva, 210; Sociedad Argentina de Eugenesia, 209; Sociedade Eugênica de São Paulo, 209; Sociedad Mexicana de Eugenesia para el Mejoramiento de la Raza, 212; Société française d'eugénique, 209
- Eugenia e Medicina social; problemas da vida* (Kehl): 211
- Eugenics Education Society: 209
- Eugenics Record Office: 209
- Europa: 11-13, 19, 26, 29, 33-35, 37-38, 43-44, 47-48, 52, 64, 66, 68, 74-76, 79, 82-83, 87, 89, 97-98, 101-102, 104, 106, 108-110, 112, 114, 116, 126, 137, 139-140, 143, 160, 165, 170, 174-175, 178, 187, 190-191, 210, 212-214, 231-234, 237, 240, 250, 286, 299, 309; Occidental, 32, 71, 305; Oriental, 165, 305
- europeos: 21, 23-25, 27-30, 34, 36-38, 46, 51-52, 60, 75, 117, 140, 173, 182, 277-278
- evangelio según el espiritismo: explicación de las máximas morales de Jesucristo, su concordancia con el espiritismo y su aplicación a las diversas posiciones de la vida, El* (Kardec): 120
- evolucionismo: 92, 200, 208
- Expedición Balmis (Real Expedición Filantrópica de la Vacuna): 65-66
- expedición franco-hispana La Condamine: 60
- experimentos en Tuskegee: 163-164
- Facultad de Ciencias Exactas y Naturales de la Universidad de Buenos Aires: 226
- Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad del Litoral (Argentina): 154
- Facultad de Higiene y Medicina Preventiva de Argentina (Escuela de Sanidad): 154
- Facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad de São Paulo: 154
- Facultad de Medicina de Berna: 154
- Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (Academia de Medicina/Academia Argentina de Medicina/Facultad y Academia Argentina de Medicina/Escuela de Medicina de la Universidad de Buenos Aires): 80, 85, 96, 115, 175, 216, 222, 237
- Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana: 85, 207
- Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos, Perú: 106, 213, 223
- Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo: 153, 211
- Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (Facultad de Medicina de la Ciudad de México/Escuela de Medicina): 86, 94, 156, 162, 228-229
- Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia: 107
- Facultad de Medicina de Múnich: 154
- Facundo o Civilización y barbarie* (Sarmiento): 89
- familia: importancia de la, como núcleo de la sociedad, 200
- farmacia: estudios sobre, 335
- Farmer, Paul: 278n
- fascismo: 170, 212
- Federación Internacional de Sociedades Eugenésicas Latinas: 209
- Feinsilver, Julie: 262
- Felipe II: 32-33
- fenomenología: 241
- Fernández, Juan Santos: 81, 111
- Fernández, Ubaldo: 213
- Ferreira, Alexandre Rodrigues: 58
- Ferreira Furtado, Júnia: 47n
- Fessel, Benita Paulina: 84, 122
- Few, Martha: 30, 30n, 64, 64n
- fiebre amarilla: en Argentina, 75, 82, 104; y avances en bacteriología, 102-103; en Brasil, 67, 103-104, 110, 150, 161; campaña de erradicación del *Aedes aegypti*, 127, 129-132, 134, 140, 149-150, 183-188, 191; en el Caribe, 102; centro mundial de

- investigación, 111; en Centroamérica, 186; en Cuba, 51, 111-112, 126-128, 192, 207; disputas sobre el descubrimiento de su transmisión, 130-131, 145; Fundación Rockefeller y, 148-151, 192-193; medicina tropical, 118; en México, 110, 161; miasmas y, 73, 128-129; en Perú, 149; "selvática", 151, 206-207; Servicio de la Fiebre Amarilla de Brasil, 150-152, 186; en las sociedades latinoamericanas en general, 79, 103-104; vacunaciones, 110, 128, 151; en Venezuela, 71; viscerotomías, 187
- fiebre amarilla "selvática": 151, 206-207. *Véase también* fiebre amarilla
- fiebre tifoidea: 118
- filantropía y salud pública, *véase* Fundación Rockefeller
- Filipinas, las: 44, 65, 167
- Finlay, Carlos: 81, 111, 127-128, 130-132, 145, 313
- fisiología, estudios fisiológicos: 16, 49, 53, 83, 143, 158, 185, 187, 221-234, 243, 279
- Fisiología humana* (B. Houssay): 224-225
- fisiopatología: 223
- Flexner, Abraham: 143; modelo, 230
- Flores, José: 64
- Flores Córdova, Raúl: 107
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (FNU o UNICEF): 182; colaboración con la ICA en la campaña en contra de la malaria, 194; colaboración con la OMS y la OPS, 182; colaboración con la OPS para la erradicación del pian, 191; James Grant, 267-268; nueva colaboración con la OMS bajo un énfasis en enfoques alternativos, 259-260; reunión dedicada a la APS o a la APSS, 266-269; reunión en Washington, D. C., en 1995, 297-298; su trabajo dentro de campañas nacionales, generalmente mediante acuerdo con la OPS y determinado gobierno, 195
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU o UNFPA): 246, 297-298
- Fondo de Seguro Obligatorio para los Trabajadores: 158
- Fondo Monetario Internacional (FMI): 294
- Fonseca, Cristina M. Oliveira: 159, 159n
- Fontana, F.: 221n
- Formularios* (Chernoviz): 68
- Foster, George M.: 26-27
- Frampton, John: 34
- Francia: 41, 59, 64, 75, 82-83, 109, 117, 139, 153-154, 171-172, 182, 206, 209, 216
- Franco, Francisco: 229
- Franco, Roberto: 141, 206-207
- Franco Agudelo, Saúl: 290-291, 291n
- Freire, Domingos José: 110-111, 128
- Frenk Mora, Julio: 297, 302, 302n, 309n
- Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN), sandinistas: 265
- Freud, Sigmund: 241; freudiano, 242
- Fromm, Erich: 242, 242n
- fuga de cerebros: 299-300
- Fujimori, Alberto: 248, 283, 287-288, 298
- Fundación Bill y Melinda Gates: 199
- Fundación Eva Perón: 157, 178
- Fundación Ford: 244-245, 266
- Fundación Guggenheim (John Simon Guggenheim Memorial Foundation): 229
- Fundación Mexicana para la Lucha contra el sida, 280
- Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz): 264
- Fundación Rockefeller: 141, 160, 162-163, 169, 178-180, 182, 193, 199, 205-207, 216, 219-220, 222-223, 225-226, 228, 230-231, 245, 249, 266-267, 294; y sus actores, 141-157; iniciativas de salud de carácter bilateral o filantrópico, 15; modelo de capacitación médica, 152-154, 184, 186-187; planes de acción tomados por instituciones latinoamericanas, 139; tratamiento de la anquilostomiasis, 138, 144-146, 148, 191-192; tratamiento de la fiebre amarilla, 148-151
- Fundación Sauberán: 225-226
- Fundación W. K. Kellogg: 153, 156, 169
- Funes, Juan: 164
- Gabaldón, Arnoldo: 141, 193, 196, 219-220
- Gaceta Médica*: 73
- Gadella, Paulo: 152n
- Galeno, galénico(a): 45, 53, 68
- Gallo, Robert: 278-279
- Galton, Francis: 209
- Galvis Hotz, Ana: 85
- García, Juan César: 265-266, 266n
- García, Claudia Mónica: 72, 73n, 102-103, 103n
- García, Víctor M.: 74n
- García González, Armando: 209n
- García-Medina, Pablo: 82
- Gardner, Dore: 125n
- Garma, Ángel: 241
- Gavensky, Martha: 272n
- Gaviria, César: 296
- Gazeta Médica da Bahia*: 70, 114
- Geografia da Fome* (Castro): 243
- Geografía médica y patológica de Colombia: contribución al estudio de las enfermedades intertropicales* (Cuervo): 107
- Geopolítica da Fome* (Castro): 243
- germanización: 118
- Gerschman, Silvia: 301n
- Gibier, Paul: 111
- Giemsa, Gustav: 206

- Giglioli, George: 193
 globalización: 285, 293-295, 300, 307-310
 Gomes Ferreira, Luís: 37
 Gómez, Pablo: 38, 38n
 Gómez-Dantés, Óscar: 309n
 Gómez Ortega, Casimiro: 57
 González, Julián: 76
 González Galván, Alfonso: 162n
 Gorgas, William: 129-130, 148, 153, 192, 206
 Gota de Leche, programa: 85-86; clínicas, 93-94
 Gottlieb, Michel: 277
 Gran Bretaña: 104, 109, 172, 174, 299
 Grant, James: 267-268
 Grecia: 185
 Grierson, Cecilia: 85
 gripe española: 116, 165, 292
 gripe H1N1 ("gripe porcina"): 291-292
 Guadalupe, isla: 71
 Guatemala: 27, 64; agentes comunitarios de salud, 258; consulta por correspondencia, 68; epidemias en la década de 1780, 64; erradicación de epidemias, 188-189; experimentos en enfermedades venéreas, 163-164; e intervenciones de los Estados Unidos, 180; Junta Central de Sanidad, 99; y las órdenes religiosas, 44; precedencia periférica, 145; protomedicato, 42; tasa de mortalidad en, tras la segunda Guerra Mundial, 181; el tifus, 171; uso de las plantas medicinales, 35; variolización, 61, 63; violencia urbana, 290
 Guayana Británica: 147-148, 193, 250
 Guayana Francesa: 188-189
 Guérin, Camille: 236
 guerras: Guerra Cristera (Guerra de los cristeros), 126; Guerra de Vietnam, 249; del Contestado ("Guerra do Contestado"), 125; Guerra del Paraguay (Guerra de la Triple Alianza), 155; Guerra Fría, 16, 139, 162, 178-182; Guerra hispano-americana, 112, 128; primera Guerra Mundial, 116, 162-163, 165, 172; segunda Guerra Mundial, 12, 15-16, 117, 138-141, 147, 153, 157, 160, 165, 167-171, 174, 182-183, 185-186, 194, 201, 210, 215-216, 219, 221, 229, 244, 299
 Guevara, Ernesto, "Che": 250, 252, 254, 262
Guia medica das mães de familia, ou A Infancia considerada na sua hygiene, suas molestias e tratamentos (Imbert): 67
Guía Política, Eclesiástica y Militar: 53
 Guinle, Guinherme: 166
 Guiteras, Juan: 131, 148, 207
 Hackett, Lewis W.: 143
 Haenke, Tadeo: 59
 Hagoood, Jonathan: 157, 157n
 Hahnemann, Samuel: 75
 Haití: 15, 41, 68, 167, 194-195; campaña para la erradicación del pian, 191-192; crecimiento poblacional entre 1950 y 1960, 181; cólera, 288; epidemia de sida, 277-278; polio, 275
 Hansen, Gerhard: 108, 167
 Hanson, Henry: 149
 Hartmann, Max: 206
 Harvey, H. R.: 24n
 Harvey, William: 53
 Haussmann, Georges-Eugène: 92
 Hawái: 83
Health and the Developing World (Bryant): 257-258
 Henderson, Donald A.: 275
 Hermanas de la Caridad: 156
 Hermanos de la Caridad de San Hipólito: 44
 Hermanos de Nuestra Señora de Betlehem: 44
 Hernández, Francisco: 32-33
 Hernández, Mario: 297, 297n
 Herring, Ann: 288n
 Heymans, Corneille: 225n
 Higía: 92
 higiene: Departamento Nacional de Higiene (Argentina), 96, 115, 213, 224; higienistas, 84, 87, 90, 92, 95-96, 112, 136, 160, 166, 184, 204; Instituto de Higiene de São Paulo, 153-154; Instituto de Higiene Experimental (Uruguay), 116; Instituto de Higiene (México), 229; Junta Central de Higiene (Colombia), 115; Junta Central de Higiene Pública (Brasil), 99; promoción de la, 67, 103, 236
higiene en México, La (Pani): 95
 higienistas: 84, 87, 90, 92, 95-96, 112, 136, 160, 166, 184, 204
 Hipócrates, hipocrático(a): 27, 39, 45, 49-53, 66-68, 71, 100
 hispanoamericanos: 41
História, Ciências, Saúde – Manguinhos: 11-12
Historia general de las cosas de Nueva España (Código Florentino) (Sahagún): 33
Historia medicinal de las cosas que traen de nuestras Indias occidentales y sirven al uso de la medicina (Monardes): 34
Historia Natural (Plinio, trad. Hernández): 32
Historia natural de Nueva España (Hernández): 32-33
 historias nacionales de la medicina en América Latina: de carácter histórico-crítico y que cubren un largo periodo, 326-327; con nuevas metodologías y temáticas, 326; perspectiva tradicional, 325
Historiología Médica (Rodrigues Abreu): 47
 Hitler, Adolf: 118
 Hochman, Gilberto: 150n, 193n, 251, 251n
 homeopatía, homeopático(a): 75-77, 87, 308
 Honduras: 151; Británica, 188-189

- Hong Kong: 112
 Hoover, Herbert: 167
 Hopkins, Frederick Gowland: 226
 Horwitz, Abraham: 254
 hospicios (asilos) para enfermos mentales: 240
 Hospital Cayetano Heredia: 281
 Hospital de Clínicas: 175
 Hospital de Huaxtepec: 33
 Hospital de Indios de México: 53
 Hospital de Las Ánimas: 131
 Hospital de San Lázaro: 43
 Hospital del Niño: 213
 Hospital Italiano de Buenos Aires: 104
 Hospital Militar Central de Buenos Aires: 175
 Hospital Nacional Dos de Mayo: 105
 Hospital Obrero de Lima: 174
 Hospital San Juan de Dios: 206
 Hospital San Roque de Buenos Aires: 96
 hospitales: curanderos que trabajan en, 41, 43; y las órdenes religiosas, 43-45
 Houssay, Bernardo Alberto: 176, 222, 224-230, 232, 234, 313
 Huamanga: 37
 Huayna Cápac, Inca: 28
Humanae vitae (encíclica papal): 246
 Hurtado, Alberto: 223-225, 232
 Hurtado, Diego: 72, 72n
 Huttly, S. R.: 248n
- ideas "volterianas": 54
 ideología: ausente, 221; indigenista, 217-218; positivista, 78, 89-90
 Iglesia católica: y control de la natalidad/planeación familiar, 246-247; y las escuelas de enfermería, 156; y el espiritualismo mexicano, 121, 126; hospitales, 43, 161; y la medicina indígena, 23; su papel en las tensiones entre las culturas médicas oficiales e indígenas, 30, 40, 72; y santería, 120; y el uso de plantas medicinales, 32, 36
 Illanes, María Angélica: 101n
 Illich, Ivan: 258
 Ilustración: 13, 40, 48-66, 74, 87, 109, 133, 215
 Imbert, Jean-Baptiste: 67
 imperialismo: 78; económico, 15; español, 46, 48; estadounidense, 117, 130, 138, 141, 164, 168, 180, 300; europeo, 117, 168, 179, 182, 293; francés, 121, 314; inglés, 46; médico o científico, 22, 117, 141, 179, 269, 314; portugués, 47, 48
 Imperio(s): brasileño, 21, 68, 72, 91, 98, 103-104, 124-125, 204; británico, 126; español, 54, 56, 66; europeos, 126; inca, 31; norteamericano, 126-127, 179-180; portugués, 37; Segundo (México), 123; soviético en pugna con el estadounidense, 179
 incas: 11, 31, 56
 India: 23, 26, 98, 100, 167
 Indias Orientales, véase Asia
 indicadores de salud: 11, 77, 256, 287, 306, 310-312; mejora en los, 262, 271, 290, 311
 individualismo: 252, 311
 Inglaterra: 62, 64, 117, 126, 147, 198, 206, 209, 258
 inmunización: en Colombia, 110, 274; en las colonias españolas, 60-61; de esclavos en Lisboa, 64; y la Expedición Balmis, 65; y las GOBI asociadas a la APSS, 266-268; Programa Ampliado de la OPS, 274; y las restricciones en los programas de erradicación, 273; y los viajes en aerolíneas, 170; viruela, 190, 273. Véase también vacunaciones
 innovación médica (siglo xx): control de la natalidad, 201, 243-250; enfermedades endémicas, 201-202, 206-207, 234-243; eugenesia, 200-201, 208-213; fisiología, 200, 221-234; médicos involucrados en la política, 250-255; panorama, 200-203; salud rural, investigación e, 203-204; salud rural y medicina social, 205, 213-221
 Inquisición: acusaciones, 35-36, 38; y legislación colonial, 35, 42, 46; y negligencia médica, 36; persecución de los curanderos indígenas, 36, 38
 insecticidas: 113, 141, 171, 177, 185-187, 193-199, 219, 244, 316
 institucionalización de la autoridad y la práctica sanitaria oficial: 133
 institucionalización de la medicina: 122-123
 institucionalización de la salud pública: 109-110, 115, 158-159; en Brasil, 160-161; en Chile, 158; en México, 161-162
 Instituto Bacteriológico de São Paulo: 83
 Instituto Butantan, São Paulo: 116, 132, 301
 Instituto de Bacteriología de Buenos Aires: 224
 Instituto de Biología Andina en la Universidad de San Marcos: 222-224
 Instituto de Biología Celular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires: 232
 Instituto de Biología y Medicina Experimental (de Houssay): 225
 Instituto de Cardiología de México: 230-231
 Instituto de Cirugía Clínica: 175
 Instituto de Enfermedades Infecciosas de Berlín: 206
 Instituto de Enfermedades Marítimas y Tropicales: 118
 Instituto de Fisiología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires: 222, 224
 Instituto de Higiene de São Paulo (Facultad de Higiene y Salud Pública de la Universidad de São Paulo): 153-154
 Instituto de Higiene Experimental de Montevideo: 116
 Instituto de Investigación Médica Rockefeller: 148

- Instituto de Investigaciones Bioquímicas Fundación Campomar: 226-227
- Instituto de Medicina de la Academia Nacional de las Ciencias de los Estados Unidos: 286
- Instituto de Medicina Social en la Universidad de San Marcos: 215
- Instituto de Medicina Tropical de Cuba: 208
- Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo (Instituto de Enfermedades Marítimas y Tropicales): 117, 134, 162, 203, 219
- Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP): 171
- Instituto de Oncología Ángel H. Roffo (Instituto de Medicina Experimental para el Estudio y Tratamiento del Cáncer): 237-238
- Instituto de Prevención y Asistencia Social para el Personal del Ministerio de Educación de Venezuela: 304
- Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales: 162
- Instituto de Seguridad Social de Venezuela: 304
- Instituto Histo-Bacteriológico (Laboratorio Histo-Bacteriológico) de La Habana: 128
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): 14, 250, 271. *Véase también* Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados
- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS): 301
- Instituto Nacional de Cáncer (INCA): 238
- Instituto Nacional de Cáncer: 238
- Instituto Nacional de Microbiología de Malbrán: 228
- Instituto Oswaldo Cruz (Fiocruz): 83, 115, 136, 150, 160, 203, 206, 264, 301
- Instituto Pasteur: 109, 111, 113, 116, 118, 133-135, 208, 213, 216, 278
- Instituto Rockefeller de Nueva York: 206
- Instituto Soroterápico Federal: 133-134
- Instrucciones sobre el cólera, redactadas por el Consejo Superior de Sanidad Austriaco*: 101
- International Cooperative Biodiversity Groups (ICBG), o Grupos Cooperativos Internacionales de Biodiversidad: 307
- intervenciones de GOBI: en la inmunización, 266-268; en la lactancia materna, 266-268; en el monitoreo del crecimiento, 266-268; en la rehidratación oral, 266-268
- investigación médica latinoamericana: 315
- Investing in Health* (Banco Mundial): 297
- Iriart, Celia: 300n
- Irwin, Alec: 310n
- Islas Canarias: 61
- Italia: 64, 124, 141, 185, 266, 299
- Iturrigaray, José de: 62-63
- Izquierdo, José Joaquín: 222, 228-229
- Jagan, Cheddi: 250
- Jamaica: oficina de supervisión, 171; población tras la segunda Guerra Mundial, 180; programa de erradicación de epidemias, 188; reformas al sistema de salud, 263
- Japón: 172, 194
- Jaramillo, Gabriel: 303
- Jenner, Edward: 60-61, 64
- Jerne, Niels Kaj: 227
- jesuitas: y el uso de plantas medicinales, 35, 43, 57
- João María (el primero, predicador asceta): 124
- João María (el segundo, médico lego): 124
- João María de Santo Agostinho o José María de Santo Agostinho (João María el tercero [Miguel Lucena de Boaventura]): 124-125
- João V, rey: 47
- João VI, rey: 64
- Johnston, James: 288n
- José I, rey: 48
- Jouve Martín, José R.: 40, 40n
- Joyful News out of the New Found World* (Monardes, trad. de Frampton): 34
- Juan Pablo II, papa: 32
- Juárez, Benito: 88
- judicialización de la salud: 285, 320
- Jung, Carl Gustav: 241
- Junta Central: de Higiene, en Colombia, 115; de Higiene Pública, en Brasil, 99; de Sanidad, en Guatemala, 99
- Junta Internacional de la Salud: 145
- Junta Internacional de la Salud de la Fundación Rockefeller, *véase* División Internacional de la Salud de la Fundación Rockefeller
- Junta Nacional de Asistencia Pública de Uruguay: 155
- Junta Vacínica da Corte: 64
- kallawayas: 26, 307
- Kapelusz-Poppi, Ana María: 216n
- Kardec, Allan (Hippolyte Rivail): 120
- Kazajistán: 256, 260
- Kehl, Renato: 211
- Kennedy, John F.: 249
- Kennedy, Ted: 261
- Khawja, Yasmin: 288n
- Khouri, Pedro: 208
- Koch, Adelheid: 241
- Koch, Robert: 100-101, 108, 114, 235
- Kodama, Kaori: 99, 99n
- Köhler, Georges J. F.: 227
- Kohn Loncarica, Alfredo Guillermo: 85n
- Kraus, Rudolf: 115-116, 203, 217

- Kroeff, Mario: 238
 Kropf, Simone Petraglia: 202n
 Kubitschek, Juscelino: 250-252
 Kumate Rodríguez, Jesús: 302
- La Casa de la Sal: 280
 La Castañeda: 229, 240
 La Condamine, Charles-Marie de: 60
La Lanceta: 73
La Reforma Médica: 215
 laboratorios: investigación: 108-119
 Laennec, René: 71
 Lagos, Ricardo: 303
 Lalonde, Marc: 258
Lalonde Report: 258
 Lamadrid, Silvia: 300n
 Lamarck, Jean-Baptiste: 210
 Langgaard, Theodoro: 67
 Lanning, John T.: 42n
 Laperrière de Coni, Gabriela: 96-97
 Lastres, Juan B.: 24n
 latinoamericano(s): 11, 15, 19, 21, 57, 59, 73, 76, 80-81, 83, 90, 100-101, 108-109, 113, 117-118, 127, 140, 143-144, 152-153, 155, 166, 173, 178, 181, 183, 185, 187, 189, 200-201, 208-211, 220, 225, 227, 229-230, 233, 240, 242, 245, 261, 269-270, 273, 281, 289, 309-310, 313-314, 318-319
- Lazezar, Jesse: 129
 Leclerc, Georges-Louis: 51
 Leloir, Luis Federico: 226-228
 Lemoine, Walewska: 71n
 lepra: en Colombia, 81, 108; hospitales especializados, 43; teoría de la transmisión de la, 114-115
 Lewis, Juan: 226
 Ley 100 (Colombia): 296, 302
 ley contra el ejercicio simultáneo de más de un cargo público (Brasil): 135
 ley de cementerios civiles (Chile): 55
 ley de establecimiento del registro civil (Argentina, Brasil, México y Uruguay): 88
 ley para autorizar a las mujeres a matricularse en la Universidad (Chile): 85
 ley sobre el consumo del tabaco (Brasil): 239
Libellus de medicinalibus Indorum Herbis (Códice De la Cruz-Badiano): 32, 35-36
 Liceaga, Casimiro: 94
 Liceaga, Eduardo: 90, 94-95
 Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer: 237
 Liga contra la Tuberculosis: 96-97
 Liga de las Naciones (Sociedad de Naciones): 15, 81, 165-166, 171-172, 214
 Liga de Sociedades de la Cruz Roja: 162-163
 Liga Pro Saneamiento do Brasil: 204
- Linneo, Carlos: 57-58
 liofilización: proceso, vacunas: 189
 Liscia, María Silvia di: 65n
 Lister, Joseph: 82-83
 Lleras Camargo, Alberto: 181
 Lombroso, Cesare: 211-212
 Londoño, Juan Luis: 296, 302, 302n
 López, Enrique: 86
 López Denis, Adrián: 54, 54n, 65n
 Lorente, Sebastián: 107
 Loyo, Gilberto: 215
 Lula da Silva, Luiz Inácio: 303
 Lutero, Martín: 32
 Lutz, Adolpho: 82, 115, 133, 145
 Luz, Madel T.: 308, 308n
- Maccoby, Michael: 242n
 Macedo, Carlyle Guerra de: 274
 Machado, Gerardo: 252
 Machado de Assis, Joaquim Maria: 76
 Madero, Francisco I.: 77
 Madrid, Miguel de la: 301
 Mahler, Haldán: 259, 261, 267-268, 270-271
Maladie de Carrion, La (Odrizola): 107
 Malaquias, Anderson Gonçalves: 114, 114n
 Malaquias, Isabel Maria: 50n
 malaria: campaña de erradicación del *Anopheles gambiae*, 152, 185, 191-192, 197, 215, 245; esfuerzos de erradicación de la, 192-195
 Malaspina, Alejandro: 59
 Malbrán, Carlos: 115, 178
 malnutrición: 242-243
 Malthus, Thomas Robert: 244
 Manley, Michael: 263
 Mann, Jonathan: 280-282
 Manosalva, Carolina: 207n
 Manson, Patrick: 202
 Mantini-Briggs, Clara: 287n, 304n
 Manzoni Cavalcanti, Juliana: 116n
 Markel, Howard H.: 292n
 Márquez Escobedo, Manuel B.: 162
 Márquez Valderrama, Jorge: 74n
 Martín García, isla: 216
 Martínez Báez, Manuel: 162, 172
 Martínez Barbosa, Xóchitl: 94n
 Martínez Cortés, Fernando: 94n
 Martínez y Carvajal, Laura: 85-86
 marxismo, marxista: 254, 265
 materialismo: 120
 Matiz, Giovanna: 207n
 mayas: 23, 64, 65, 307
 Mazza, Salvador: 177, 216-217, 322
 Mazzardi, Margarita: 226

- McCrea, Heather: 65, 66n
 McKeown, Thomas: 258
 McNeill, J. R.: 28, 28n
Medical Nemesis: The Expropriation of Health (Illich): 258
Medical News of Philadelphia: 131
 medicina con bases religiosas: Allan Kardec (Hippolyte Rivail), 120; el candomblé, 119, 121, 136-137; curación híbrida, 12-13, 17, 20, 22, 30, 41, 48, 57, 121, 123-124; espiritismo brasileño, 40, 119-121; espiritualismo mexicano, 119-122; panorama, 119-126; santería cubana, 119-121
 medicina de la Ilustración: bajo estatus de los médicos, 46; "ciencia criolla patriótica", 51-54; estudios sobre, 331; expediciones científicas, 57-66; Francisco Barrera y Domingo, 54; José Antonio Alzate y Ramírez, 50-51, 51n; José Ignacio Bartolache, 50, 63; Luis José Montaña, 53; panorama, 48; reformas sanitarias, 48-49; tensiones entre los médicos americanos y ya sea los europeos o la Corona, 51-55; tensiones y alianzas entre los monarcas ibéricos y la Iglesia americana, 55; teoría del miasma, 49-50; Tomás Romay y Chacón, 51, 62, 65; tono variado de las relaciones entre la cultura médica oficial y la indígena, 55-56
 medicina indígena: anestesia, 25; búsqueda de armonía del cuerpo con la comunidad, con la naturaleza y con las fuerzas sobrenaturales, 25; cirugías, 24-25; cultura occidental y, 26-27; curanderos, 24-25; énfasis en las curas, 24; noción binaria de salud y enfermedad, 26-27, 49; panorama, 119-126; propiedades medicinales de la flora americana, 25-26; su sobrevivencia en el siglo xx, 22, 27. Véase también colonialismo
 medicina nacional: consolidación, 158-162; doctores involucrados en la política, 87-97; Fundación Rockefeller, 141-157; laboratorios, 108-119; medicina popular, 119-126; Oswaldo Cruz, 133-136; panorama, 78-79; unificación de las élites médicas, 79-87
 medicina popular: 119-126; Allan Kardec (Hippolyte Rivail), 120; el candomblé, 119, 121, 136-137; curación religiosa híbrida, 12-13, 17, 20, 22, 30, 41, 48, 57, 121, 123-124; espiritismo brasileño, 40, 119-121; panorama, 119-126; santería cubana, 119-121
Medicina preventiva y medicina dirigida (Cruz-Coke): 158
 medicina tropical: 126-133; y bacteriología, 116-119; Carlos Finlay, 127-129; fiebre amarilla, 128-133; Juan Guiteras, 131; Leonard Wood, 128; programas de control de mosquitos, 131-133; teoría de los centros clave, 132-133; Walter Reed, 128-129; William Gorgas, 129-130
médico en casa, El (Villanueva y Francesconi): 67
 médicos o doctores involucrados en la política ("médico político"): 54, 84, 87-97, 250-255; Alberto Pani, 95-96; Carlos Malbrán, 115; Cuba, 252-253; Eduardo Cruz-Coke, 158; Eduardo Liceaga, 90, 94-95; Eduardo Wilde, 82, 96-97; Emilio Coni, 96, 96n, 97; Ernesto "Che" Guevara, 250, 252, 254, 262; Francisco de Paula Rodrigues Alves, 93, 116, 134-135; Gabriela Laperrière de Coni, 96-97; Guillermo Rawson, 91, 96; ideología positivista, 78, 89-90; José María Ramos Mejía, 96; Juscelino Kubitschek, 250-252; y la promoción de la higiene, 67, 103, 236; Rafael Ángel Calderón Guardia, 250-251; Salvador Allende, 250, 253-255
 Medina, Bernardino: 82
 Mello, Luiz Carlos: 242n
Memorias de un médico higienista (Coni): 96
 Mendel, Gregor Johann: 208-209
Mercurio Peruano: 53-54
Mercurio Volante: 50
 mesoamericanos(as): 11, 33
 mestizaje: 30, 89, 210-212
 método anatomoclínico: 71
 mexicas: 24-26, 56
 México: censos, 88-89; y el cólera, 98; Consejo Superior de Salubridad, 94; *Diario Literario de México*, 50-51; erradicación de la viruela, 161, 189; espiritualismo, 119-122; gripe H1N1, 291-292; institucionalización de la atención a la salud, 161-162; Instituto Nacional de Salud Pública, 297; investigación y tratamiento del cáncer, 238; *Mercurio Volante*, 50; órdenes betlemita, de San Juan de Dios, etc., 44; planeación familiar (control natal), 249-250; población después de la segunda Guerra Mundial, 180; programa IMSS-Coplamar, 271-272; programa Oportunidades, 302; reformas al sistema de salud, 301-303; respuesta a la epidemia de sida, 280-281; sistema de seguridad social, 159, 161-162; tasa de mortalidad tras la segunda Guerra Mundial, 181; la violencia como una cuestión de salud pública, 290-291
 migración de médicos jóvenes: 299-300
 Millones, Luis: 37n
 Milstein, César: 227-228
 Ministerio de Salud, Bienestar, Política Social y Trabajo (Chile): 158
 Miramontes, Luis: 247
 Misión Barrio Adentro (MBA): 304
 Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (MEPRA): 216
 Mitre, Bartolomé: 75, 91
 Mociño, José Mariano: 58

- modelo bacteriológico: 126
 Moll, Aristides A.: 156n
 Monardes, Nicolás: 34
 Monge Medrano, Carlos: 222-226, 228, 232, 313
 Montalván, Juan: 107-108
 Montanier, Luc: 278-279
 Montaña, Luis José: 53
 Montecino, Juan Antonio: 311n
 Montoya, Matilde: 86
 Mopox, conde de: 59
 Morales, Elquin: 207n
 Morales, Evo: 307
Morbidity and Mortality Report: 277
 Moreau de la Sarthe, Jacques Louis: 61
 Moreira-Nordemann, Lycia Maria: 50n
 Morel, Bénédicte: 240
 Morquío, Luis: 81
 "mosquito considerado hipotéticamente como agente transmisor de la fiebre amarilla, El" (Finlay): 127
 mosquitos: *Aedes aegypti* (*Culex*), 127, 129, 131-132, 134, 149-150, 183-189, 191, 288-289; programas de control de los, 131-133
 Mozambique: 58
 "Muerte, emperatriz de los médicos" (Del Valle y Caviedes): 46
 mujeres médicas: práctica médica y género: 84-87
 mujeres pertenecientes a las élites médicas: 84-87; Ana Galvis Hotz, 85; Cecilia Grierson, 85; Eloísa Díaz, 85; Laura Martínez y Carvajal, 85-86; Matilde Montoya, 86
 Müller, Paul: 185
 Mure, Benoît Jules: 75
 Mutis, Celestino: 59

 nacionalismo y antiimperialismo en la historia de la medicina de las Américas: 145, 259
 nahuas: 23, 33-36
 Nakajima, Hiroshi: 271, 282, 297
 Napoleón III, emperador: 92
 Nascimento, Aline Fátima do: 303n
 nazismo: 168, 170-171, 174, 209-210
 Necochea, Raúl: 247, 247n
 Neé, Luis: 59
 Negme, Amador: 193
 Neiva, Arthur: 204
 Nelson dos Reis, Carlos: 303n
 Néri, Ana (Ana Justina Ferreira Néri): 155
 Newell, Kenneth W.: 258, 258n
 Newton, Isaac: 53
 Nicaragua: 188-189; reformas al sistema de salud, 265
 Nicolle, Charles: 216
 Niño Fidencio (José de Jesús Fidencio Constantino Sintora): 125-126

 Nixon, Richard: 251
 noción binaria de salud y enfermedad, medicina indígena: 26-27, 49
 Noé, Juan: 193
 Noguchi, Hideyo: 149-151, 187, 206
 Nogueira, André: 39, 39n
 norteamericanización: 118, 141-142
 Noruega: 198, 297
 Nueva España: 32, 58, 63
 Núñez, Solón: 147
 Núñez Butrón, Manuel: 216-218, 218n, 219, 322

 Obregón, Diana: 108, 108n
Observaciones sobre el clima de Lima y sus influencias en los seres organizados, en especial el hombre (Unanue): 52
Observações sobre as enfermidades dos negros (Dazille): 39
 Octava Conferencia Nacional de Salud: 265, 301
 Odriozola, Ernesto: 107
 Oficina de Coordinación de Asuntos Interamericanos (OCIAA): 16, 168-169. Véase también organizaciones interamericanas
 Oficina de Higiene de la LNHO: 214
 Oficina Internacional de Higiene Pública (Office International d'Hygiène Publique, OIHP): 165-166, 171, 173
 Oficina Sanitaria Internacional: 162
 Oficina Sanitaria Panamericana (OSP): 113, 141, 163, 167, 169-171, 173
 Organización Mundial de la Salud (OMS): 171-174, 177, 181-182
 Oficina Sanitaria de las Américas: 166
Oftalmología clínica (López): 86
 O'Gorman, Michael: 42
 Oliver, Lilia V.: 99n
 Oller, Francisco: 62
 Omolu: 135
On the Mode of Communication of Cholera (Snow): 100
 Onceava Conferencia Sanitaria Panamericana: 170
 Oportunidades, programa (México): 302
 órdenes religiosas: 27, 35, 37; y la administración de hospitales, 43-44; betlemitas (Orden de los Hermanos de Nuestra Señora de Betlehem), 44; Hermanas de la Caridad, 156; Hermanos de la Caridad de San Hipólito, 44; San Juan de Dios, 44; uso de plantas medicinales, 35, 43
 Organización de las Naciones Unidas (ONU): 147, 171-174, 181, 198, 245-246, 249, 258-259, 285, 292-293, 300, 310
 Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO): 198, 243

- Organización de los Estados Americanos (OEA): 181
 Organización Internacional del Trabajo (OIT): 174-175
 Organización Mundial de la Salud (OMS): 15, 171-174, 177, 181-182, 259-261, 263, 300, 301, 310, 311, 318; ante el asunto de la sobrepoblación, 245; colaboración con el UNICEF, 259-260; eliminación de la malaria, 192-193, 199, 220; y enfermedades reemergentes, 286; envenenamiento debido a los pesticidas, 199; erradicación de la polio, 274-275; el H1N1, 292; en pos de una medicina comunitaria enfocada en la prevención (la atención primaria de salud), 257-258, 269-271, 297; programa de erradicación de la viruela, 189-191; programas para el sida, 280-282, 285; la salud global, 293-294; uso del tabaco y Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT), 239
 Organización Panamericana de la Salud (OPS): 15, 141, 162, 164-165, 171, 173, 177-179, 181-182, 184, 186, 188-189, 191-195, 199, 213, 216, 219-220, 239, 245-246, 261, 263-265, 269, 271, 273-276, 287-288, 291, 295, 297-298, 310
 Organización para la Salud de la Liga de las Naciones (LNHO): 165-166, 171, 173, 214
 organizaciones interamericanas: 174, 181
 organizaciones no gubernamentales (ONG): 147, 261, 278-281, 283, 294, 309, 313
 Orías, Oscar: 226
 origen social de las élites médicas: 80-83
 Orvañanos, Domingo de: 90, 107
 Osborne, Michael A.: 314, 314n

 Packard, Randall: 152n
 Países Bajos: 194
 Paladini, Alejandro C.: 225n
paludismo y su geografía médica en la República Argentina, El (Cantón): 107
 Panamá: 130-131, 133, 144, 148, 151, 153, 171, 184, 186, 188, 192
 panamericanismo, noción de: 164, 167-168
 Pani, Alberto: 95-96
Papel Periódico: 51
 Paraguay: 75, 104, 112, 141, 155, 179, 186, 188, 289
 Pardo, Manuel: 105
 Parker, Richard G.: 282, 282n
 Parra, Porfirio: 90
 Parran, Thomas: 167-168, 172, 178
 Parsons, Ethel: 155
 parteras: 26, 36, 46-47, 74, 84, 122, 306
 Partido Conservador (Chile): 250
 Partido Laborista: 174
 Partido Nacional del Pueblo: 263
 Partido Nacionalsocialista Obrero Alemán (Partido Nazi): 209
 Partido Revolucionario Institucional (PRI): 161-162, 302
 Partido Socialista de Chile: 253
 Pasteur, Louis: 82-83, 108-109, 111, 114, 135-136; pasteuriano, 110-111
 Pastor de Larrinaga, José: 40
 patología, estudios patológicos: 51, 54, 65, 72-73, 83, 96, 106, 109, 111, 131, 158, 162, 216, 221, 237, 290
 Paula Souza, Geraldo de: 154, 166
 Pavón, José: 58, 60
 Paz Soldán, Carlos Enrique: 212-215
 Peard, Julian: 70, 70n
 Pedro II, emperador: 109
 Peixoto, Afranio: 158, 158n
 Pende, Nicola: 212
 Penna, Belisario: 204-205
 Penna, Henrique: 187
 Penna, José: 96
 Perdomo Neira, Miguel: 73-74
 Pereira, Miguel: 204
 Pereira Passos, Francisco: 92-93, 134
 Pereira Rego, José: 104
 Pérez Jiménez, Marcos: 195
 Perón, Eva: 157
 Perón, Juan Domingo: 157, 176-178, 225-226
 peronismo, peronista: 157, 175-177
 Perú: atención primaria de salud, 261, 270-271; cambios urbanos, 93; censos, 89; y el cólera, 286-287; construcción social de la enfermedad, 37; curanderos, 26-27; demografía colonial, 29; y el dengue, 289; enseñanza de la medicina en, 25, 53; epidemias de mediados del decenio de 1850 y de 1868, 105; eugenesia, 209, 212-213; expediciones a, 32, 58, 60; y la fiebre amarilla, 148-150, 188; glorificación del servicio médico, 106-107; hospitales, 44; H1N1 o gripe española, 292; medicina alternativa, 123, 308; migración del campo a la ciudad, 245; panamericanismo, 164; y la peste, 112; planeación familiar/control natal, 247-248; pluralismo o intercambio de sistemas médicos, 313; población tras la segunda Guerra Mundial, 180; polio, 275-276; programa de erradicación de la viruela, 273-274; Programa Nacional de Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (Procetts), 283; psicoanálisis, 241; reformas en la atención de salud, 216, 263, 298; respuesta a la epidemia de sida, 279, 281, 286; salud en el ámbito rural o bajo una situación de pobreza (salud en la adversidad), 215-217, 224, 232-233; salud intercultural, 309; sistema de seguridad social, 174-175; uso de plantas, 26, 35; variorización, 61; violencia urbana, 290

- Pessoa, Epitácio: 205
 peste bubónica: 28, 79, 112-113, 132-134, 171, 251
 Petit de Murat, Juan: 75-76
 pian: 191-192
 Picado Twight, Clodomiro: 208
 Pineda, Antonio: 59
 Pinochet, Augusto: 295-296
 Pinotti, Mario: 193
 Pirovano, Ignacio: 72, 82
 Pita, Valeria Silvina: 240n
 Pitanguy, Ivo: 309
 plan Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE): 303
 Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (Coplamar): programa IMSS-Coplamar, 271-272
 planeación familiar: 243, 246-250, 267; en Costa Rica, 247; y la Iglesia católica, 246-247; en México, 249-250; en Perú, 247-248
 Plotkin, Mariano: 241, 241n
 pluralismo médico: 17, 21-22, 197, 313. *Véase también* pluralismo poscolonial
 pluralismo poscolonial: anatomía patológica, 71-72; asociaciones sanitarias, 69-70, 72; Cuba, 68-69; homeopatía, 75-77; manuales médicos, 67-68, 76; panorama, 66-77; precedencia periférica, 71; profesionales médicos *versus* la práctica médica de los indígenas, 73-75
 población: ante el asunto de la sobrepoblación, 244-245; control poblacional, 243-250. *Véase también* demografía
 polio, erradicación de la: 272-277
 "Política del Buen Vecino": 167-168
 Polonia: 162-163
 Portugal: 19, 45, 47-48, 64
 prejuicios: de y sobre la Fundación Rockefeller, 142-145
 Premio Nobel: 131, 185, 187, 203, 216, 224, 227, 229, 231, 243, 279
 Primer Congreso Interamericano de Cardiología: 231
 Primer Congreso Médico Latinoamericano: 140
 Primer Congreso Mexicano del Niño: 212
 Primer Congreso Nacional Médico en La Habana: 136
 Primera Conferencia Internacional de los Estados Americanos: 167
 Primera Conferencia Panamericana sobre Eugenesia y Homicultura: 209
 profesionales criollos: 56
 profesionistas médicos, *véase* élites médicas
 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNAIDS): 282
 Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA o UNEP): 198
 Programa del Medio Litro de Leche (programa del "vaso de leche"): 254
 Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmisível e AIDS (Programa Nacional de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida): 280
 programas de esterilización: 210, 248, 274
 propiedades medicinales de la flora americana: 25-26
 prostitución: 163, 282-283; control de la, 93, 208
 protomedicato: 41-43, 47, 49, 53, 80, 84
 Prowazek, Stanislaw von: 206
 psicoanálisis, psicoanalítico: 240-242
 psicopatología: 211-212, 240
 psiquiatría: 200, 240-242
 Puerto Rico: descubrimientos sobre la anquilostomiasis, 145; esterilización forzada, 248; y la fiebre amarilla, 148; población tras la segunda Guerra Mundial, 180; sanadores, 120; vacunaciones contra la viruela, 62
 Quadros, Ciro de: 275
Cuatro libros de la naturaleza y virtudes de las plantas y animales (Hernández/Ximénez): 33
 Quesada, E.: 221n
 Quevedo, Emilio: 207, 207n, 327
 quinina: 19, 35, 194, 215, 219
Quinología o tratado del árbol de quina o cascarilla (Ruiz): 58
 Quinto Congreso Médico Latinoamericano: 140
 Quiroz, Lissell: 84, 85n
 Rachjman, Ludwick: 214
 racionalismo: 44, 121, 142
 racismo: 210-211, 315-316; capacitación médica en el periodo colonial y, 46
 Raj, Kapil: 22n
 Ramacciotti, Karina: 114, 114n
 Ramírez Martín, Susana: 61n
 Ramón y Cajal, Santiago: 229, 231
 Ramos, Domingo: 209
 Ramos Mejía, José María: 96
 Rawson, Guillermo: 91, 96
 Reagan, Ronald: 279, 294
 Real Expedición Botánica al Virreinato de Nueva Granada: 59
 Recchi, Nardo Antonio: 33
 Reed, Walter: 116, 128-132, 145
Reflexiones histórico físico naturales médico quirúrgicas (Barrera y Domingo): 54
 Reformas pombalinas: 48
 reformas, sistema de atención de salud: en Brasil, 175, 264-265, 301, 303; en Chile, 253-254, 295-296; en Colombia, 296-297; confrontación entre las autoridades consolidadas y los reformistas, 262-263,

- 266-268, 270-271, 300; en Cuba, 253, 261-262, 304-306; en Jamaica, 263; en México, 301-303; en Nicaragua, 265, 296; en Perú, 263-264; salud intercultural, 12-13, 27, 306-309, 314; sanitarias, 204, 297; en Uruguay, 239, 303-304; en Venezuela, 304
- Rego Batista, Pedro Ernesto: 250
- Reid-Henry, Simon: 306, 306n
- Reis, João José: 121n
- religión: catolicismo, católico, 38, 43, 121, 120-121, 124, 126, 144, 158, 200, 244, 246-247; Christian Medical Commission (CMC), 258; cristianismo, 36; escuelas de enfermería y, 156; judíos, 227-228; protestantismo, protestante, 36, 121, 218, 258; ritos, rituales: 19, 23-25, 35-36, 38-40, 45, 55, 122, 319-320. *Véase también* Iglesia católica
- Renacimiento: 32, 51
- República Dominicana: 194-195, 249, 288
- Reseña sobre la homeopatía, dedicada a los mexicanos* (Comellas): 76
- respuesta neoliberal a la atención primaria de salud: 266-272
- Reverby, Susan M.: 163, 163n, 164
- revueltas: Revolta da Vaccina: 134-135
- Revista* (Junta Central de Higiene): 115
- Revista Brasileira de Cancerologia*: 238
- Revista Brasileira de Enfermagem*: 155
- Revista Brasileira de Leprologia*: 166-167
- Revista de Criminología, Psiquiatría, Medicina Legal y Ciencias Afines*: 212
- revista de la Academia de la Lengua Española de La Habana: 127
- Revista de Psicoanálisis*: 241
- Revista de Psiquiatría y Disciplinas Conexas*: 241
- Revista del Círculo Médico Argentino y Centro de Estudiantes de Medicina*: 175
- Revista Médica de Hamburgo*: 117
- Revista Médica-Quirúrgica*: 97
- Revista Médico-Quirúrgica*: 97
- revista *Memorias* (del Instituto Oswaldo Cruz): 135, 204
- revista oficial de la Academia de las Ciencias de La Habana: 131
- revoluciones: Revolución cubana, 249; Revolución Industrial, 98; Revolución mexicana, 95, 121; “Revolución Verde”, 179
- Ribas, Emilio: 131-133
- rjcharismo: 218
- Rivail, Hippolyte, *véase* Kardec, Allan
- Robertis, Eduardo de: 232
- Rocha Lima, Henrique da: 117-118
- Rockefeller, John D.: 168
- Rockefeller, Nelson A.: 168
- Rodrigues Abreu, José: 47
- Rodrigues Alves, Francisco de Paula: 93, 116, 134-135
- Rodríguez, Julia: 210, 210n
- Rodríguez de Romo, Ana Cecilia: 228n
- Roffo, Ángel: 237-238
- Romaña, Cecilio de: 177, 217
- Romay y Chacón, Tomás: 51, 62, 65
- Roosevelt, Franklin D.: 167-168
- Roquette-Pinto, Edgard: 211
- Rosas, Juan Manuel de: 82
- Rosenblueth, Arturo: 222, 229-231
- Roses, Mirta: 271
- Ross, Paul: 90n, 130
- rotaries, *véase* Rotary Club International
- Rotary Club International: 276
- Rui Pita, João: 50n
- Ruiz, Hipólito: 58-60
- Rusia: 165
- Sabin, Albert: 275
- Sacchetti, Laura: 105n
- Safier, Neil: 60n
- Sahagún, Bernardino de: 33-34
- Salaverry, Oswaldo: 306n
- Salgado Pimenta, Tânia: 99, 99n
- Salk, Jonas: 275
- Salomon, Frank: 35-36, 36n
- salud en la adversidad: 17-18, 102, 216, 219, 256, 263-264, 320-322
- salud global: 293-301. *Véase también* salud internacional
- salud intercultural: 12-13, 27, 306-309, 314
- salud internacional: Fundación Rockefeller, 141-157; Guerra Fría médica, 178-182; influencia de los Estados Unidos, 167-171; modelo de erradicación de la enfermedad, análisis general, 182-195; modelo de erradicación de la enfermedad, límites del, 196-199; Oficina de Coordinación de Asuntos Interamericanos, 168-169; Oficina Internacional de Higiene Pública, 165-166, 171, 173; Organización Mundial de la Salud, 171-178; Organización Panamericana de la Salud, 162-171; panorama, 138-141; “Política del Buen Vecino”, 167-168; Servicios Especiales de Salud Pública (SESP), 169-170. *Véase también* Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- salud por el pueblo, La* (Newell): 258
- salud rural: investigación y, 201-208; medicina social y, 214-221
- Salvany, José: 61, 63
- Samayoa, Marianne B.: 68, 68n
- San Juan de Dios, orden religiosa: 44
- San Martín, José de: 54, 75

- San Pedro, *véase* cactus San Pedro
 sanación y sanadores o curanderos de ascendencia africana: su influencia en la práctica médica latinoamericana: 38-39, 41, 119-120
 Sanarelli, Giuseppe: 116
 Sánchez Uriarte, María del Carmen: 43n
 Sand, René: 172, 214
 Sanjinés, Jorge: 248
 santería: 119-121
 Santo Tomás, isla: 62
 Santos Fernández, Juan: 81, 111
 Sarmiento, Domingo Faustino: 88-89, 97
 Sarney, José: 301
 Schapiro, Louis: 147
 Schapiro, Mark: 198n
 Schatz, Albert: 236
 Scheele, Leonard A.: 168
 Seaga, Edward: 263
 secularización de la enfermería, de otras profesiones sanitarias y de la sociedad: 56, 87-88
 Segunda Jornada Peruana de Eugenesia: 209
 Segundo Congreso Científico Latinoamericano: 140
 Segundo Congreso Médico Latinoamericano: 140
 Segundo Congreso Panamericano de Eugenesia: 209
 Seguro Popular (México): 302
 "Selective Primary Health Care" (Walsh y Warren): 266
Semana Médica: 97
Semanário de Saúde Pública: 69
 Sendero Luminoso: 276
 Senegal: 116, 285
 Séptimo Congreso Internacional de Medicina Tropical y Malaria: 196
 Serra, José: 284
 Serrano Pinto, Manuel: 50n
 Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos (US-PHS o PHS [United States Public Health Service]): 130-131, 163, 166, 239
 Servicios Especiales de Salud Pública (SESP): 169-170
 Sessé, Martín: 58-59
 Sevchenko, Nicolau: 135n
 sexualidad: 93, 211-212, 246, 277-284, 310, 312, 319
 sida, epidemia de: 277-286
 sífilis: 29, 114, 163-164, 171, 190-191, 205
 Sigaud, José Francisco Xavier: 66-67, 69
 Sigerist, Henry: 228
Silent Spring (Carson): 197
 Silva, João José da: 99
 Silva, Renato da: 193n
 Silveira, Nise da: 241-242
 Simon, Paul-Louis: 134
 sistema de curación híbrido: 12-13, 17, 20, 22, 30, 41, 48, 57, 121, 123-124
 Sistema Único de Salud Pública Estatal: 262
 Sistema Único de Saúde de Brasil (sus): 301, 308
 sistemas de seguridad social: en Argentina, 175-176; en Brasil, 175; en Chile, 158, 295-296, 303; en Ecuador, 175; en Gran Bretaña, 174; en México, 159, 161-162; en Perú, 174-175
 Millie, Wilson G.: 153
 Snow, John: 100
 Soberón, Guillermo: 301
¿sobrepoblación significa pobreza, La? (Banco Mundial): 244
 Social Science Research Council: 249
 socialismo: 179-180, 253-255, 303
 Sociedad Argentina de Eugenesia: 209
 Sociedad Argentina de Investigaciones Bioquímicas: 227
 Sociedad Argentina de Pediatría: 213
 Sociedad Científica de Jujuy: 217
 Sociedad Cubana de Biología y Medicina Tropical: 208
 Sociedad de Amantes del País: 53-54
 Sociedad de Estudios Clínicos de La Habana: 80
 Sociedad Económica de Amigos del País: 65
 Sociedad Hahnemanniana Argentina: 75
 Sociedad Homeopática Argentina: 75
 Sociedad Interamericana (Instituto de Cardiología, México): 231
 Sociedad Mexicana de Eugenesia para el Mejoramiento de la Raza: 212
 Sociedad Patriótica de Amigos del País: 52
 Sociedade Brasileira de Cancerologia: 238
 Sociedade de Medicina e Cirurgia de Rio de Janeiro: 72
 Sociedade Eugénica de São Paulo: 209
 sociedades esclavistas: 54, 81; influencia en las prácticas médicas, 39
 Société française d'eugénique: 209
 Solar, Orielle: 310n
 Somoza, Anastasio: 265
 Soper, Fred L.: 141, 143, 150, 152, 154, 177-179, 181-183, 183n, 184, 188-189, 191-193, 199, 207
 Sordelli, Alberto: 166
 Soto Laveaga, Gabriela: 246, 246n
 Sousa, Herbert José de: 279
 Souza, Pablo: 72, 72n
 Sowell, David: 73-74, 74n
 Stampar, Andrija: 172, 214
 Starling Almeida, Carla Berenice: 31
 Stepan, Nancy: 128, 128n, 210, 210n, 211
 Stern, Alexandra M.: 130n, 212, 212n, 292n
 Sternberg, George: 110-112, 127-128
 Stoppani, Andrés O. M.: 227
 Suárez, Julio: 301n
 Suárez, María Matilde: 71n
 Suecia: 198

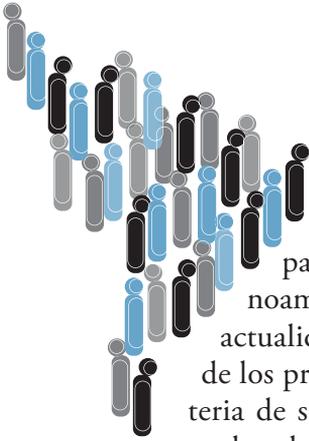
- Suiza: 85, 165
 Swedlund, Alan: 288n
 Sweet, James: 39, 40n
 Sydenham, Thomas: 53
 Szeming, Sze: 172
- tabaco, tabaquismo: 25, 73, 237-239, 309
 Tafur, Mónica: 207n
 Tailandia: 285
Taki Onqoy: 37
 Tamayo, Diego: 111, 128
 Tarcitano Filho, Conrado Mariano: 76, 76n
 tasa de crecimiento de la población en las Américas: 168
 tasa de esperanza o expectativa de vida: de 1965 a 1970, 181; desde 1980, 271, 290; después de la segunda Guerra Mundial, 180
 tasa de mortalidad: efecto de las intervenciones de salud en Costa Rica, 290; tras la segunda Guerra Mundial, 180-181
 Teixeira, Luiz Antonio: 238, 238n
 Teixeira, Paulo Roberto: 280, 285
 Teixeira Weber, Beatriz (Weber, Beatriz): 90, 91, 91n
 Tejada de Rivero, David: 261, 263, 271
 Tenorio Cortez, Luis Fermín: 276
 teoría de la propagación por "fómites": 129
 teoría de los centros clave: 132-133
 teoría de los humores o humoral: 26-27, 34, 71
 teoría del contagio o contagionista: 70-71, 99-101, 114-115
 teoría del germen: 70, 111
 teoría del miasma: 49-50
 Tercer Congreso Científico Latinoamericano: 140
 Tercer Congreso Espiritista Panamericano: 120
 Tercer Congreso Médico Latinoamericano: 140
 Teresita, la Santa de Cábora (México): 119
 textos médicos: *Florilegios*: 57; periodo colonial temprano: 31-34, 36-37; pluralismo poscolonial: 66-67
The Modern Rise of Population (McKeown): 258
The Population Bomb (Ehrlich): 247
The Teachings of Don Juan: A Yaqui Way of Knowledge (Castaneda): 308
The West Indies Medical Journal: 263
 Theiler, Max: 187
Therapeutic Gazette: 131
 tifus: 28-29, 141, 162-163, 165, 171, 185, 216, 218; matlazáhuatl, 29
Tijeretazos sobre Malaria: 219
Traité historique et pratique de la vaccine (Moreau de la Sarthe): 61-62
 Traphan, Thomas: 39
Tratado práctico de homeopatía y guía de las familias (González): 76
 tratamiento con antirretrovirales del VIH/sida: 278, 284-285, 314, 316, 319
 trepanación craneana y medicina indígena: 24-25, 31
 Trindade Lima, Nisia: 301n
 Trinidad: 147-148, 187
 tropicalistas, véase Escuela Tropicalista de Bahía
 Trujillo, Rafael: 195
 Truman, Harry S.: 168
 tuberculosis: 29, 86, 97, 109, 131, 182, 205, 208-209, 213, 234-236, 251, 259, 274, 282, 303, 316
 tuberculosis resistente a los medicamentos clásicos (TB-MDR): 285-286
 Túnez: 206
 turismo: 287; médico: 16-17; sexual: 277-278
- Ubelaker, Douglas H.: 31n
 Ugalde, Antonio: 269n
 Unanue, Hipólito: 52-54
 Unión Panamericana: 167, 181
 Unión Soviética: 171, 174, 179-180, 260
 Urbaneja, María: 304
 Uribe, Álvaro: 296-297
 Uruguay: censos, 88; reformas al sistema de salud, 239, 303-304; tasa de esperanza o expectativa de vida tras la segunda Guerra Mundial, 181
 US Food and Drug Administration (FDA): 248
- vacunaciones: fiebre amarilla, 110, 128, 151; programas de erradicación y, 127, 129-132, 134, 140, 149-150, 183-191, 274; sistema de, de brazo en brazo: 64, 114; viruela: 55, 61-62, 64-65, 114-115, 134, 161, 163, 177, 190
 vacunas con glicerina: 189
 Valle Montoya, Piedad del: 74n
 Valle y Caviedes, Juan del: 46
 Vandelli, Domingos: 58
 Varey, Simon: 32n
 Vargas, Getúlio: 136, 150, 159-161, 169, 175, 238
 Vargas Reyes, Antonio: 72-73
 Vaughan, J. P.: 248n
 Vázquez Rosas, Tabaré Ramón: 303
 Vega y Ortega, Rodrigo: 123, 123n
 Velasco Alvarado, Juan: 263
 Venezuela: censos, 89; y el dengue, 289; erradicación de la viruela, 189; población después de la segunda Guerra Mundial, 180; Sistema Público Nacional de Salud, 304; tasa de mortalidad después de la segunda Guerra Mundial, 181
 Verano, John W.: 31n
 Vesalius, Andreas: 53
 viajes científicos: Expedición Balmis (Real Expedición Filantrópica de la Vacuna), 65-66; expedición franco-hispana La Condamine, 60; Real

- Expedición Botánica al Virreinato de Nueva Granada, 59
- Victoria, C. G.: 248n
- Vidal, Juan Carlos: 272, 287
- Villalobos Dintrans, Pablo: 296n
- Villanueva y Francesconi, Mariano: 67
- Virchow, Rudolph: 214-215
- viruela: 28-29, 63, 65-66, 113, 131, 135, 159
- viscerotomías: 187
- Vital Brazil Mineiro da Campanha: 132-133
- Voltaire (François-Marie Arouet), *véase* ideas “volterianas”
- Wade, R. H.: 300n
- Waisse, Silvia: 76, 76n
- Waitzkin, Howard: 254n, 300n
- Waksman, Selman: 236
- Walker, Timothy: 59n
- Walsh, Julia A.: 266, 266n
- Warren, Adam: 36, 36n
- Warren, Kenneth S.: 266, 266n
- Weaver, Karol: 41n
- Weber, Beatriz, *véase* Teixeira Weber, Beatriz
- Weindling, Paul: 139n
- Weir, David: 198n
- Wiener, Norbert: 231
- Wilde, Eduardo: 82, 96-97
- Wilde, Oscar: 82
- Wilson, Woodrow: 165
- Wood, Leonard: 128
- Wucherer, Otto: 70
- xenofobia: 211
- Ximénez, Francisco: 33
- Yawar Mallku* (Sanjinés): 248
- Zárate, María Soledad: 85n
- Zea, Adolfo de Francisco: 81, 81n
- Zwanck, Alberto: 166

ÍNDICE GENERAL

<i>Sumario</i>	7
<i>Agradecimientos</i>	9
<i>Introducción</i>	11
I. <i>Medicina indígena, salud oficial, pluralismo médico</i>	21
Medicina indígena	23
Mixturas coloniales	28
Adaptación (y reconstrucción) de la Ilustración	48
Pluralismo poscolonial	66
II. <i>Medicinas nacionales y Estados sanitarios</i>	78
Cohesión de las élites médicas	79
Los médicos y el Estado	87
El estímulo de las epidemias	97
Surgimiento de los laboratorios	108
Popularización de la medicina	119
Reconfiguración de la medicina tropical	126
Oswaldo Cruz	133
III. <i>Creando la salud nacional e internacional</i>	138
La Fundación Rockefeller y sus actores	141
Consolidación de la salud nacional	158
La Organización Panamericana de la Salud y los nuevos organismos internacionales	162
América Latina en la fundación de la Organización Mundial de la Salud	171
Guerra Fría médica	178
Erradicación de enfermedades	182
Límites del modelo de erradicación	196

IV. <i>Innovación médica en el siglo xx</i>	200
Salud rural e investigación	201
Eugenesia	208
Medicina social en las áreas rurales	213
Fisiología	221
Una nueva aproximación a las enfermedades endémicas	234
La paradoja de la salud pública en el control demográfico	243
Los médicos en la política	250
V. <i>Atención primaria de salud, respuesta neoliberal y salud global en América Latina</i>	256
Atención primaria de salud	257
Crítica y reformulación neoliberal de la atención primaria de salud	266
Nuevas formas de erradicación: viruela y polio	272
El regreso de las epidemias (nuevas y antiguas): sida y cólera	277
Salud global y transformación sectorial	293
Reformas de salud y bienestar: neoliberales y alternativas	301
<i>Conclusiones</i>	313
<i>Lecturas sugeridas</i>	323
Introducción	323
Capítulo I	327
Capítulo II	334
Capítulo III	342
Capítulo IV	344
Capítulo V	351
<i>Bibliografía</i>	355
<i>Índice analítico</i>	367
<i>Índice general</i>	389



Este libro, ganador del Premio George Rosen otorgado por la Sociedad de Historia de la Medicina de los Estados Unidos, ofrece un panorama de la medicina y la salud pública latinoamericanas desde la época de la Conquista hasta la actualidad, exponiendo el origen y las características de los problemas a los que la región se enfrenta en materia de salud. Marcos Cueto y Steven Palmer refutan muchas de las ideas preconcebidas sobre el desarrollo médico en Latinoamérica al señalar la relación de éste con la medicina internacional. No obstante, también reconocen que los sistemas de salud latinoamericanos son un reflejo de las circunstancias históricas y sociales de sus respectivos países.



FONDO
DE CULTURA
ECONÓMICA
1934-2024



CONAHCYT
CONSEJO NACIONAL DE HUMANIDADES
CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS